

FÉVRIER 2024

Survie des personnes atteintes de cancer en Guadeloupe 2008-2018

Étude collaborative partenariale entre le réseau français des registres des cancers (Francim), le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa)

AUTEURS

Jacqueline Deloumeaux
Clarisse Joachim
Emmanuel Chirpaz
Laure Manuella Imounga Desroziers
Bernard Bhakkan-Mambir
Jessica Peruvien
Camille de Brauer
Camille Lecoffre
Gaëlle Coureau
Morgane Mounier
Brigitte Trétarre
Emmanuelle Dantony
Zoé Uhry
Alain Monnereau
Laurent Remontet
Florence Molinié

Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim : Guadeloupe, Martinique et La Réunion

Interprétation et commentaires: Jacqueline Deloumeaux (Registre général des cancers de la Guadeloupe), Clarisse Joachim (Registre général des cancers de la Martinique), Emmanuel Chirpaz (Registre général des cancers de La Réunion), Laure Manuella Imounga Desroziers (Registre général des cancers de la Guyane), Bernard Bhakkan-Mambir (Registre général des cancers de la Guadeloupe), Jessica Peruvien (Registre général des cancers de la Guadeloupe), Alain Monnereau (Registre des hémopathies malignes de la Gironde), Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée)

Développements méthodologiques et analyse statistique : Emmanuelle Dantony (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Zoé Uhry (Santé publique France et service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Nadine Bossard (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Remontet (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL)

Coordination de la rédaction

Clarisse Joachim (Registre général des cancers de la Martinique), Jacqueline Deloumeaux (Registre général des cancers de la Guadeloupe), Emmanuel Chirpaz (Registre général des cancers de La Réunion), Laure Manuella Imounga Desroziers (Registre général des cancers de la Guyane), Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Morgane Mounier (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault)

Coordination de la publication

Santé publique France : Camille Lecoffre, Florence de Maria
Institut national du cancer : Lionel Lafay, Estelle Ménard, Camille de Brauer

Remerciements

Toutes les sources de données qui contribuent à l'enregistrement des cancers par les registres, en particulier les laboratoires et services d'anatomie et de cytologie pathologiques, les Départements de l'information médicale (DIM) des établissements de soins publics et privés, les échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie, les cliniciens généralistes et spécialistes, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Conception et réalisation graphique

La maquette, la mise en page et la couverture ont été réalisées par l'Institut national du cancer.

Financement

Institut national du cancer, Santé publique France

Liste des registres des cancers du réseau Francim inclus dans cette étude

Registres généraux

Registre général des cancers de la Guadeloupe	Registre général des cancers de La Martinique Registre général des cancers de la Réunion
---	---



SOMMAIRE

ÉDITORIAL	4
CONTEXTE	5
SYNTHÈSE.....	6
MATÉRIEL ET MÉTHODES	7
LÈVRE, BOUCHE, PHARYNX.....	8
ŒSOPHAGE	11
ESTOMAC	14
CÔLON ET RECTUM	17
POUMON	20
SEIN.....	23
COL DE L'UTÉRUS	26
CORPS DE L'UTÉRUS	29
PROSTATE	32
MYÉLOME MULTIPLE ET PLASMOCYTOME	35
COMPARAISON AVEC LA FRANCE HEXAGONALE	38
BIBLIOGRAPHIE	41

ÉDITORIAL

Indicateur clé pour l'observation et la surveillance épidémiologique des cancers, avec l'incidence, la mortalité et la prévalence, la survie est essentielle pour évaluer le système de santé dans sa globalité et mesurer l'impact des politiques publiques en matière de prévention, de dépistage, et de soins.

Il s'agit de la première étude de survie réalisée à partir des données des registres pour les 3 départements et régions de la Guadeloupe, de la Martinique et La Réunion. Ces travaux s'inscrivent dans les objectifs du plan cancer 2014-2019 et de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, en particulier l'axe relatif à la lutte contre les cancers de mauvais pronostics. Ils sont le fruit du partenariat entre le réseau des registres français de cancers (FRANCIM), le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa).

Cette étude, dont les résultats sont présentés dans des documents distincts pour chaque territoire, propose des estimations de la survie à 1 et 5 ans après le diagnostic de cancer pour dix localisations cancéreuses et compare ces estimations à celles réalisées en France Hexagonale publiées entre septembre 2020 et juillet 2021 (1). Le matériel et la méthode statistique utilisée sont présentés en détail dans un document distinct (2). Le choix a été fait de commenter les résultats pour chaque localisation puis de donner des éléments de comparaison avec l'Hexagone pour mieux comprendre les spécificités rencontrées sur le territoire.

CONTEXTE

L'archipel de la Guadeloupe est constitué de cinq groupes d'îles (Grande-Terre et Basse-Terre, Marie-Galante, la Désirade, l'archipel des Saintes) avec une population de 387 629 habitants au 1^{er} janvier 2018. Sur le plan démographique, une décroissance moyenne de 0,7 % par an est observée depuis 2013 (3). Le solde négatif des entrées/sorties, dû en grande partie au départ des jeunes de 18 à 25 ans, n'est pas compensé par le solde naturel qui ne cesse de reculer depuis une trentaine d'années.

Les indicateurs socioéconomiques font figurer la Guadeloupe, comme les autres départements et régions d'outre-mer (DROM) parmi les territoires les plus défavorisés de France. Ainsi, 34,5 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté national (4) et le taux de chômage s'établissait à 23 % de la population active des 15-64 ans (vs 9 % dans l'Hexagone) et à 46 % chez les 15-29 ans, en 2018 (5).

En matière sanitaire, les collectivités territoriales de Saint-Barthélemy et Saint-Martin sont rattachées à la zone de compétence de l'État couverte par l'Agence Régionale de Santé. L'offre de soins du territoire est moins étoffée que dans l'Hexagone avec une densité médicale tous exercices confondus, de 289 pour 100 000 habitants en Guadeloupe contre 338 dans l'Hexagone au 1^{er} janvier 2018 (6). Dans l'ensemble des territoires d'outre-mer, des inégalités sociales de santé ont été identifiées. Celles liées à l'alimentation ont été documentées par l'expertise scientifique collective de l'Institut de Recherche pour le Développement (7). En Guadeloupe, de fortes prévalences du diabète (11 %), de l'obésité (31 % chez les femmes et 12 % chez les hommes) et de l'hypertension artérielle (39 %) sont retrouvées et sont toutes plus fortement qu'ailleurs, corrélées à la catégorie socio-économique.

En cancérologie, si l'incidence des cancers est globalement inférieure à celle de l'Hexagone (308,8/100 000 personnes-années vs 355,3/100 000 personnes-années sur la période 2007-2016) (8, 9), certaines localisations cancéreuses sont en sur-incidence au premier rang desquelles, le cancer de la prostate, qui représente plus de 33 % de tous les cas de cancers chaque année. Des incidences plus élevées que dans l'Hexagone sont aussi retrouvées pour le cancer de l'estomac, du col de l'utérus et dans une plus faible mesure les myélomes multiples (9) (10). Par ailleurs, en Guadeloupe et en Martinique, des inégalités sociales d'incidences ont été mises en évidence pour certaines localisations (11). Les études de survie présentées ici fourniront des données complémentaires essentielles pour une adaptation des mesures de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 sur ces territoires.

SYNTHÈSE

En Guadeloupe, pour les dix localisations cancéreuses étudiées, la survie nette standardisée (SNS) à 5 ans des cancers est globalement inférieure à celle de l'Hexagone mais les résultats montrent de grandes disparités selon la localisation : les écarts de survie 5 ans après le diagnostic varient ainsi de moins 20 points de pourcentage pour le cancer du corps de l'utérus (en défaveur de la Guadeloupe) à plus 1 point de pourcentage pour le cancer de la prostate.

En termes de pronostic, on peut répartir ces dix cancers en 3 catégories selon la SNS à 5 ans.

Les cancers de bon pronostic pour lesquels la SNS est supérieure à 65 %. C'est le cas du cancer de la prostate (94 %) dont la survie est similaire à celle de l'Hexagone (93 %). C'est aussi le cas pour le cancer du sein chez la femme avec une SNS de 79 % qui reste cependant inférieure à celle de l'Hexagone (88 %).

Les cancers de pronostic intermédiaire pour lesquels la SNS se situe entre 35 % et 65 %. Le cancer colorectal (57 %), les cancers du corps (55 %) et du col de l'utérus (57 %) ainsi que les myélomes multiples et plasmocytomes (51 %) répondent à ce critère. La différence de SNS la plus importante dans ce groupe est retrouvée pour le cancer du corps de l'utérus avec 20 points de pourcentage de moins que la SNS dans l'Hexagone (74 %).

Les cancers de mauvais pronostic dont la SNS est inférieure à 35 %. Les cancers de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx (35 %), le cancer de l'estomac 30 %, le cancer du poumon (14 %) et le cancer de l'œsophage (5 %) font partie de cette catégorie. Les différences de SNS avec l'Hexagone sont significatives, avec des survies nettes plus basses en Guadeloupe, pour les personnes atteintes de cancers de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx, le cancer de l'œsophage et du poumon. La SNS des personnes atteintes du cancer de l'estomac est identique à celle observée dans l'Hexagone.

Pour la majorité des cancers étudiés, les taux de mortalité en excès sont maximums au moment du diagnostic et durant les 2-3 années suivant le diagnostic. Différents facteurs liés à l'individu (âge au diagnostic, comorbidités), à la maladie (stade au diagnostic, lourdeur des traitements) ou à l'offre de soins (délai de prise en charge liés au plateau technique) peuvent être à l'origine des écarts de SNS constatés et doivent faire l'objet d'analyses supplémentaires, notamment pour les localisations où les différences sont les plus importantes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une fiche relative aux [Matériel et méthodes pour la survie dans les DROM](#) est disponible (2). Elle présente les détails du matériel et des méthodes statistiques employées ainsi qu'un guide de lecture des résultats.

Pour le Registre général des cancers de la Guadeloupe, les personnes âgées de 15 ans et plus diagnostiquées entre 2008 et 2015 et suivies jusqu'au 30 juin 2018 ont été incluses. Les données analysées selon les localisations sont décrites au début de chaque partie. Pour certaines localisations, des résultats sont présentés uniquement tous sexes confondus (ou pour l'un des deux sexes seulement), lorsque les effectifs par sexe sont trop faibles.

Pour chaque localisation :

- un bref descriptif des données analysées est donné ;
- des résultats complémentaires sont présentés dans la [Fiche compléments aux résultats de la Survie des personnes atteintes de cancer en Guadeloupe](#).

Indicateurs clés

Deux indicateurs clés permettent d'appréhender la mortalité due au cancer étudié : le taux de mortalité en excès et la survie nette. **Le taux de mortalité en excès** correspond au taux de mortalité lié au cancer. Il est estimé via une modélisation et par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale. **La survie nette** découle directement du taux de mortalité en excès et correspond à la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer étudié (pour de plus amples informations, voir le document « Matériel et Méthode » mentionné ci-dessus).

Les différentes localisations étudiées sont généralement classées en trois groupes définis en fonction de leur survie nette standardisée (SNS) à 5 ans sur la période 2008-2015 : pronostic favorable (SNS >65 %), pronostic intermédiaire (SNS entre 33 et 65 %) et pronostic défavorable (SNS <33 %).

LÈVRE, BOUCHE, PHARYNX

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

LÈVRE- BOUCHE- PHARYNX		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C00.0 à C14.8	C00.0 à C14.8	C00.0 à C14.8
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

À RETENIR

- SNS à 5 ans de 35 % pour les 2 sexes confondus, significativement inférieure à celle décrite en France hexagonale (45 %)
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 4 % quel que soit l'âge au diagnostic (compris entre 50 et 80 ans)

INCIDENCE

En Guadeloupe, durant la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx (LBP) est de 380. L'âge médian au diagnostic est de 62 ans (Table 1).

Parmi les 380 cas diagnostiqués, 238 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer de l'ensemble LBP en Guadeloupe pour la période 2008-2015 ont **une SNS à 5 ans de 35 %** (Table 2). Ces tumeurs sont donc des cancers de pronostic intermédiaire. **La survie est inférieure à celle décrite en France Hexagonale pour la période 2010-2015 (12)** : la SNS à 1 an est de 62 % en Guadeloupe et de 73 % dans l'Hexagone, et respectivement de 35 % et de 45 % à 5 ans.

La survie observée et la survie nette à 5 ans sont assez proches, respectivement de 34 % et 37 % (Table 2). Ainsi, les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic d'un cancer de l'ensemble LBP sont en grande majorité liés à ce cancer.

La survie nette à 5 ans est fonction de l'âge au diagnostic. Elle est de 43 % pour les personnes âgées de 50 ans au diagnostic contre 29 % pour celles âgées de 80 ans au diagnostic (Table 2 ; Figure 2).

Les taux de mortalité en excès sont maximums immédiatement après le diagnostic. Ils dépendent de l'âge au diagnostic, variant de 0,45 décès par personne-année chez les personnes âgées de 50 ans au diagnostic (soit une probabilité mensuelle de décès de 3,7 %) à 0,78 chez les personnes âgées de 80 ans au diagnostic (soit une probabilité mensuelle de décès de 6,3 %) (Figure 1a ; Compléments Guadeloupe : Table C2, page 1). Les taux de mortalité en excès diminuent progressivement au cours du suivi : 5 ans après le diagnostic, ils sont similaires pour tous les âges, à 0,04 décès par personne-année (soit une probabilité annuelle de décès dans l'année de 4 %).

Les taux de mortalité en excès élevés la première année peuvent s'expliquer notamment par un diagnostic à un stade avancé, la lourdeur de certains traitements et le poids des comorbidités dont celles liées à l'alcool et au tabac.

TABLE 1. Descriptif des données analysées – Lèvre – bouche - pharynx, Guadeloupe

	Hommes	Ensemble
Nombre de cas	308	380
Nombre de décès à 5 ans	206	238
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	61 (47-81)	62 (46-84)

Résultats non présentés chez les femmes du fait d'effectifs trop faibles

TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Lèvre, bouche, pharynx, Guadeloupe

	1 an		5 ans	
	Hommes	Ensemble	Hommes	Ensemble
Survie observée	60 [55; 65]	63 [59; 68]	29 [24; 34]	34 [29; 38]
Survie nette	61 [56; 66]	64 [60; 69]	32 [27; 38]	37 [32; 42]
Survie nette standardisée	58 [52; 63]	62 [57; 67]	31 [24; 37]	35 [29; 41]
Survie nette par âge				
50 ans	65 [57; 72]	70 [64; 75]	34 [25; 42]	43 [35; 50]
60 ans	65 [58; 71]	66 [61; 70]	35 [27; 43]	38 [33; 43]
70 ans	61 [53; 68]	61 [55; 66]	33 [25; 42]	33 [27; 40]
80 ans	46 [34; 56]	56 [46; 64]	23 [13; 36]	29 [20; 38]

FIGURE 1. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Lèvre - bouche - pharynx, Guadeloupe

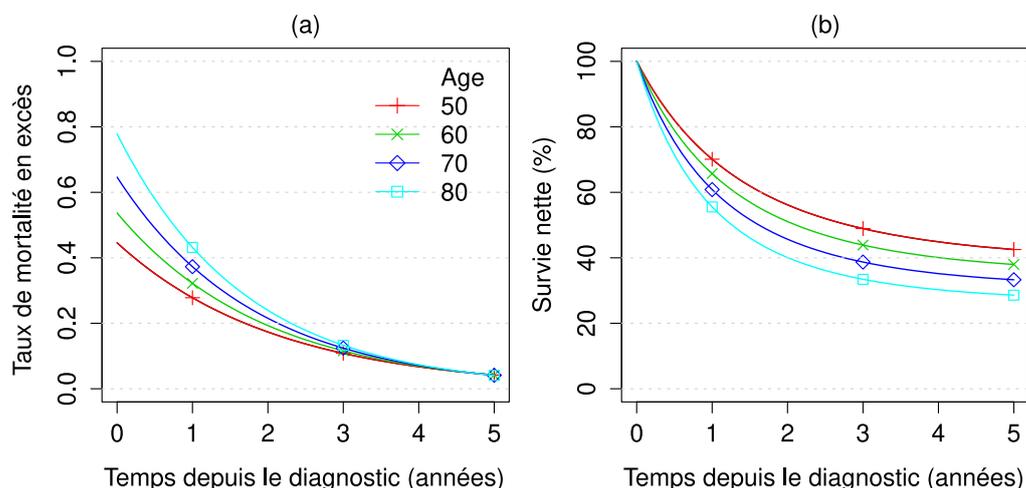
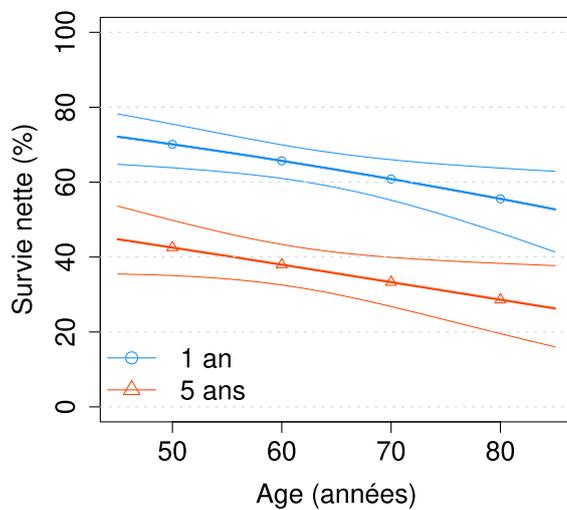


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Lèvre - bouche - pharynx, Guadeloupe



CESOPHAGE

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

CESOPHAGE	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C15.0 à C15.9	C15.0 à C15.9	C15.0 à C15.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- SNS à 5 ans de 5 %, bien inférieure à celle de l'Hexagone (17 %)
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 20 % à 50 ans contre 14 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, durant la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'œsophage est de 175. L'âge médian au diagnostic était de 64 ans (Table 3).

Parmi les 175 cas diagnostiqués, 161 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer de l'œsophage en Guadeloupe pour la période 2008-2015 ont **une SNS à 5 ans de 5 %** (Table 4). Le cancer de l'œsophage est donc un cancer de pronostic défavorable. **Les SNS sont significativement inférieures à celles décrites dans l'Hexagone sur la période 2010-2015 (13)** : Les SNS sont respectivement de 29 % en Guadeloupe et de 49 % en France hexagonale à 1 an, et de 5 % vs 17 % à 5 ans.

La survie observée et la survie nette à 5 ans sont identiques (5 %) (Table 4). Ainsi, les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic de cancer de l'œsophage sont en grande majorité liés à ce cancer.

La mortalité en excès est élevée et maximale au diagnostic, variant de 1,16 décès par personne-année chez les personnes âgées de 70 ans au diagnostic à 1,85 chez les personnes âgées de 80 ans au diagnostic (soit respectivement une probabilité mensuelle de décès de 9,2 % et 14,3 %) (Figure 3a ; Compléments Guadeloupe : Table C2, page 3). Elle diminue progressivement à mesure que le temps depuis le diagnostic augmente, variant de 0,22 décès par personne-année chez les personnes âgées de 50 ans à 0,15 décès par personne-année chez les personnes plus âgées à 5 ans (soit respectivement une probabilité annuelle de décès de 20 % et 14 %).

Les taux de mortalité en excès élevés la première année peuvent s'expliquer notamment par un diagnostic à un stade avancé, la lourdeur de certains traitements et le poids des comorbidités dont celles liées à l'alcool et au tabac.

TABLE 3. Descriptif des données analysées – Œsophage, Guadeloupe

	Ensemble
Nombre de cas	175
Nombre de décès à 5 ans	161
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	64 (48-84)

TABLE 4. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Œsophage, Guadeloupe

	1 an	5 ans
	Ensemble	Ensemble
Survie observée	29 [24; 35]	5 [2; 9]
Survie nette	30 [24; 36]	5 [2; 9]
Survie nette standardisée	29 [23; 35]	5 [2; 9]
Survie nette par âge		
50 ans	28 [18; 40]	3 [1; 12]
60 ans	29 [21; 37]	5 [2; 11]
70 ans	39 [28; 49]	8 [3; 17]
80 ans	23 [13; 35]	3 [0; 16]

FIGURE 3. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Œsophage, Guadeloupe

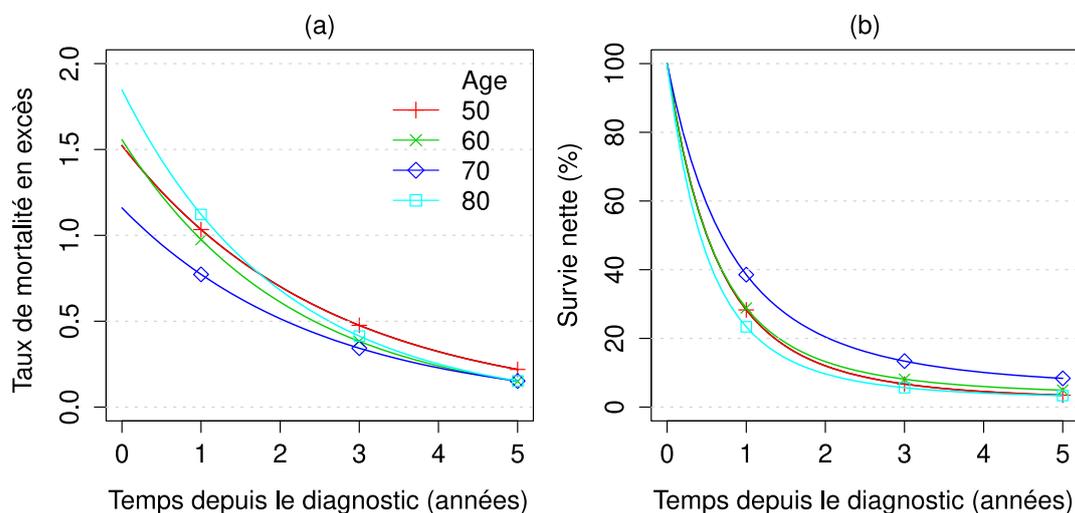
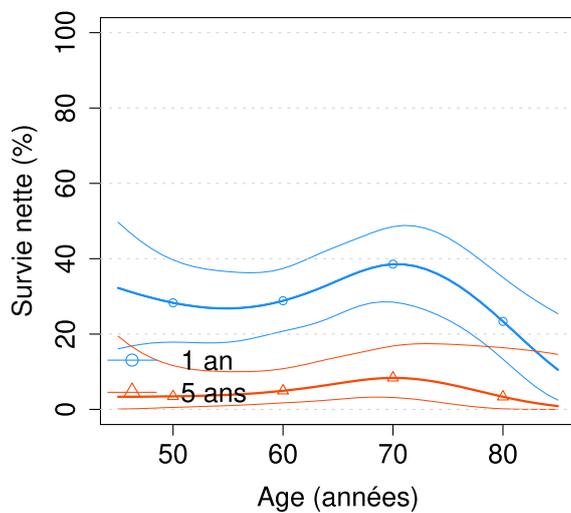


FIGURE 4. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Œsophage, Guadeloupe



ESTOMAC

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

ESTOMAC	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C16.0 à C16.9	C16.0 à C16.9	C16.0 à C16.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- SNS à 5 ans de 30 %, équivalente à celle de la France Hexagonale (30 %)
- Meilleure SNS à 5 ans chez les femmes (37 % vs 26 % chez les hommes)
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 5 % à 50 ans contre 3 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, sur la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'estomac est de 669 dont 400 chez l'homme et 269 chez la femme. L'âge médian au diagnostic est de 72 ans (Table 5)

Parmi les 669 cas diagnostiqués, 407 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Le pronostic du cancer de l'estomac est défavorable avec une **SNS** estimée respectivement 1 an et 5 ans après le diagnostic à 57 % et 30 %, comparable à celle observée en France Hexagonale (60 % et 30 %)(14), et plus élevée chez la femme que chez l'homme (respectivement 65 % et 50 % à 1 an et 37 % et 26 % à 5 ans) (Table 6). Les principaux facteurs de risque de survenue du cancer de l'estomac sont l'infection à *Helicobacter pylori*, le tabac et l'alimentation. Des habitudes alimentaires caractérisées dans nos régions par une consommation élevée de sel, de viande et de poissons fumés communes à certains pays d'Asie du Sud (15), de même que certains facteurs de risque environnementaux pourraient aussi être impliqués (16). Le caractère longtemps asymptomatique de ces tumeurs explique que la majorité des cancers de l'estomac soit diagnostiquée à un stade avancé.

La **survie observée** et la **survie nette** 5 ans après le diagnostic sont proches (respectivement de 24 % et 29 %), ce qui signifie que les personnes atteintes d'un cancer de l'estomac et qui décèdent dans les 5 ans après le diagnostic meurent essentiellement de leur cancer (Table 6).

La **survie nette** à 5 ans est de 35 % pour les personnes de 50 ans et de 27 % pour celles de 80 ans, traduisant la moins bonne curabilité des cancers survenant chez les personnes les plus âgées (Table 6 ; Figures 5b et 6).

Comme en France Hexagonale, la surmortalité liée à ce cancer survient principalement juste après le diagnostic et apparaît plus marquée pour les personnes âgées de 80 ans au diagnostic (Figure 5a).

Le taux de mortalité en excès est de 1,42 décès par personne-année (soit une probabilité mensuelle de décès de 11,2 %) pour les personnes de 80 ans juste après le diagnostic et est bien inférieur pour les personnes de 50 ans à 70 ans respectivement de 0,56 et 0,79 décès par personne-année (soit une probabilité mensuelle de décès de 4,6 % à 50 ans et de 6,4 % à 70 ans) (Compléments Guadeloupe : Table C2, page 4).

Les hommes de 50 et 60 ans présentent une survie nette à 1 an bien inférieure à celle des hommes diagnostiqués au même âge dans l'Hexagone (53 % vs 67 % et 55 % vs 65 % respectivement) (Table 6) [3].

TABLE 5. Descriptif des données analysées – Estomac, Guadeloupe

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	400	269	669
Nombre de décès à 5 ans	301	169	470
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	72 (49-89)	73 (47-90)	72 (49-90)

TABLE 6. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Estomac, Guadeloupe

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	47 [42; 51]	59 [54; 64]	52 [48; 55]	20 [16; 24]	30 [25; 36]	24 [21; 27]
Survie nette	49 [44; 53]	60 [55; 65]	54 [50; 57]	25 [20; 30]	34 [28; 40]	29 [25; 33]
Survie nette standardisée	50 [45; 55]	65 [60; 70]	57 [53; 61]	26 [21; 31]	37 [30; 43]	30 [26; 34]
Survie nette par âge						
50 ans	53 [41; 64]	79 [70; 86]	66 [58; 73]	27 [17; 38]	44 [31; 56]	35 [26; 43]
60 ans	55 [47; 62]	78 [70; 84]	65 [59; 70]	26 [18; 34]	44 [34; 54]	33 [27; 39]
70 ans	56 [49; 62]	70 [62; 76]	61 [56; 65]	28 [21; 35]	40 [30; 49]	32 [26; 37]
80 ans	46 [39; 53]	52 [44; 60]	48 [43; 53]	26 [18; 34] ^c	30 [21; 40]	27 [22; 34]

FIGURE 5. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Estomac, Guadeloupe

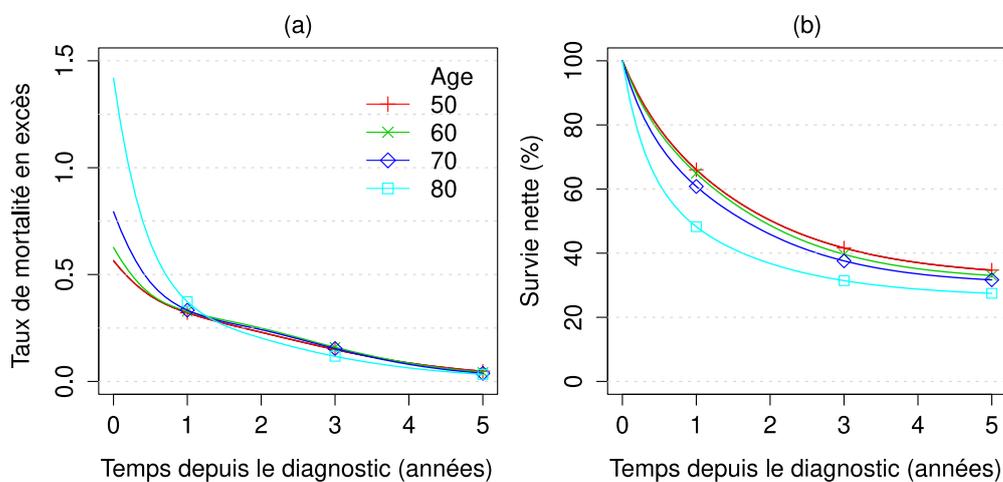
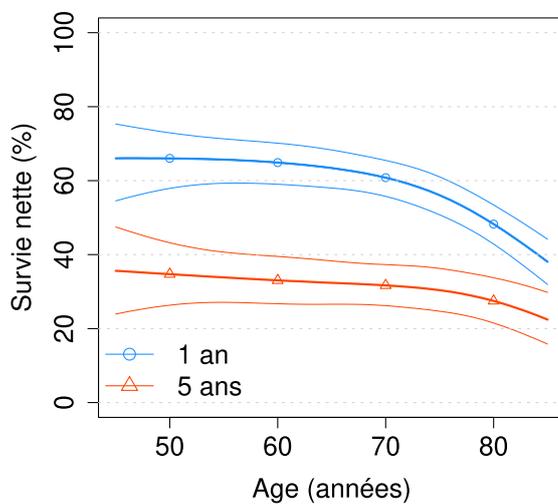


FIGURE 6. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Estomac, Guadeloupe



CÔLON ET RECTUM

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

CÔLON ET RECTUM	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8	C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8	C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans chez la femme de 62 % vs 65 % en France hexagonale
- Survie nette standardisée à 5 ans chez l'homme de 53 % vs 62 % en France hexagonale
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 7 % à 50 ans contre 3 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, sur la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon et du rectum est de 1 262, soit 674 chez les hommes et 588 chez les femmes. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans (Table 7).

Parmi les 1 262 cas diagnostiqués, 569 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer colorectal ont **une SNS à 1 an de 80 % et à 5 ans de 57 % (Table 8)**, inférieure à celle estimée en France Hexagonale (respectivement 84 % et 63 %) (17). Cette SNS est toujours supérieure chez la femme par rapport à l'homme en Guadeloupe comme dans l'Hexagone.

La survie observée et la survie nette sont équivalentes à 1 an (78-79 %) mais diffèrent de 7 points de pourcentage à 5 ans (respectivement 50 % et 57 %) quel que soit le sexe. Cette différence s'observe principalement chez les plus âgés, ce qui témoigne de l'importance relative des autres causes de mortalité dans les tranches d'âges concernées par le cancer colorectal (Table 8 ; Compléments Guadeloupe : Table C1, page 6).

Pour les deux sexes, la survie nette à 5 ans est respectivement de 62 % pour les personnes âgées de 50 ans au diagnostic et de 53 % pour celle âgées de 80 ans (Table 8).

Six mois après le diagnostic, **le taux de mortalité en excès** dû au cancer colorectal est de 0,11 décès par personne-année à 50 ans, soit une probabilité mensuelle de décès de 0,9 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,24 décès par personne-année, soit une probabilité mensuelle de décès de 2,0 %. Le taux de mortalité en excès à 6 mois est deux fois plus important à 80 ans qu'à 50 ans.

Trois ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 50 ans est de 0,09 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 9 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,07 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 7 %.

Cinq ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 50 ans est de 0,07 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 7 %. À 80 ans le taux de mortalité en excès est de 0,03 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 3 % (Compléments Guadeloupe : Table C2, page 6).

Le **taux de mortalité en excès** chez les personnes de 80 ans et une **survie nette** plus basse chez les sujets les plus âgés au diagnostic laissent penser que les difficultés de prise en charge liées à l'âge se concentrent dans la période suivant immédiatement le diagnostic. Cette surmortalité liée au cancer colorectal survient principalement dans la première année suivant le diagnostic et apparaît de manière marquée à 80 ans (Figure 7a). Cette situation reflète la moins bonne curabilité des cancers survenant chez les personnes âgées (Table 8 ; Figure 7b).

Au-delà des 3 ans, ce taux se stabilise pour toutes les tranches d'âges inférieures à 80 ans. Cela marque la persistance d'un risque minime d'évolution de la maladie au moins jusqu'à 5 ans après le diagnostic.

TABLE 7. Descriptif des données analysées – Côlon et rectum, Guadeloupe

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	674	588	1262
Nombre de décès à 5 ans	337	232	569
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	68 (45-86)	68 (44-88)	68 (45-87)

TABLE 8. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Côlon et rectum, Guadeloupe

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	75 [72; 78]	80 [77; 83]	78 [75; 80]	46 [42; 50]	56 [51; 60]	50 [48; 53]
Survie nette	77 [73; 80]	82 [78; 84]	79 [77; 82]	53 [48; 57]	61 [57; 66]	57 [54; 60]
Survie nette standardisée	77 [73; 80]	82 [79; 85]	80 [77; 82]	53 [48; 57]	62 [57; 66]	57 [54; 60]
Survie nette par âge						
40 ans	85 [77; 91]	95 [91; 97]	89 [84; 93]	52 [40; 63]	75 [65; 82]	64 [55; 72]
50 ans	84 [79; 88]	92 [88; 95]	88 [84; 90]	53 [46; 60]	72 [65; 78]	62 [57; 67]
60 ans	81 [77; 85]	88 [84; 91]	85 [82; 87]	54 [48; 59]	68 [62; 72]	60 [56; 64]
70 ans	77 [73; 81]	82 [79; 85]	80 [77; 83]	54 [49; 60]	62 [56; 66]	57 [53; 61]
80 ans	70 [64; 75]	74 [68; 78]	72 [68; 76]	52 [44; 59]	53 [46; 60]	53 [47; 58]

FIGURE 7. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble - Côlon et rectum, Guadeloupe

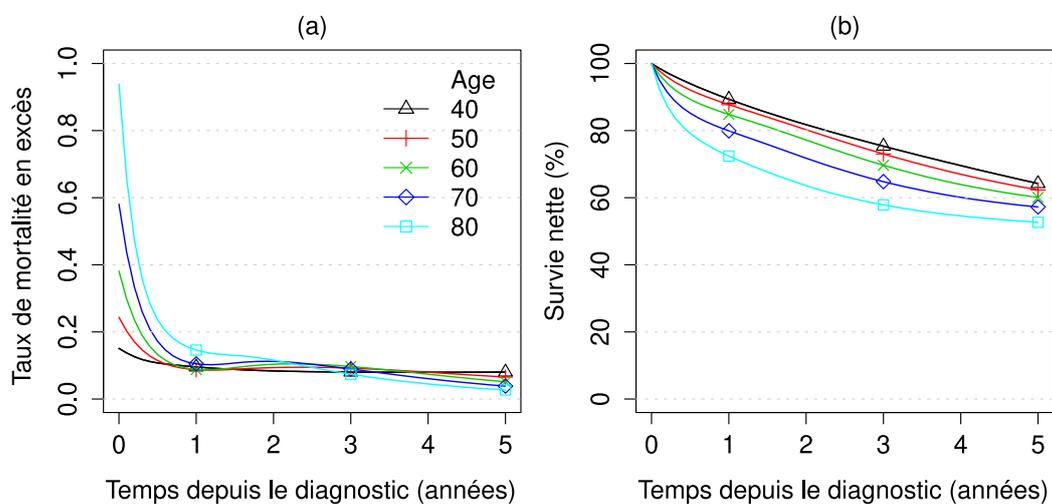
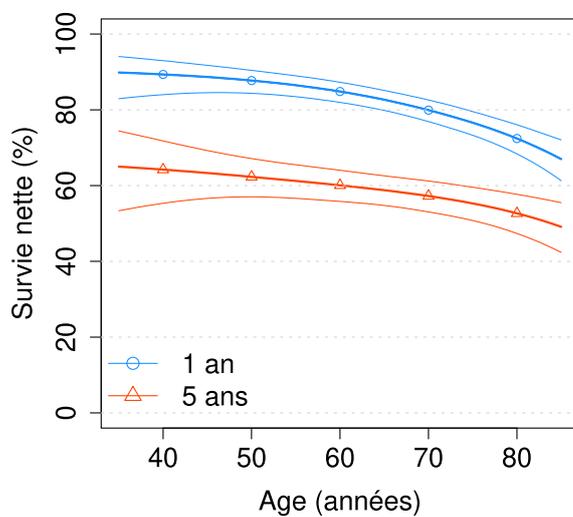


FIGURE 8. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Côlon et rectum



POUMON

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

POUMON		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C33- C34	C33- C34	C33- C34
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

À RETENIR

- SNS à 5 ans de 14 % pour les 2 sexes, significativement inférieure à celle décrite en France Hexagonale (20 %).
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 10 % à 50 ans contre 27 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, durant la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon est de 461. L'âge médian au diagnostic est de 65 ans (Table 9).

Parmi les 461 cas diagnostiqués, 382 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer du poumon en Guadeloupe pour la période 2008-2015 ont **une SNS à 1 an de 40 % et à 5 ans de 14 %** (Table 10). Le cancer du poumon est donc un cancer de pronostic défavorable. La SNS des personnes diagnostiquées en Guadeloupe est donc inférieure à celle des personnes diagnostiquées dans l'Hexagone pour la période 2010-2015 (18) où elle est de 48 % à un an et de 20 % à 5 ans.

La survie observée et la survie nette à 5 ans sont très proches, respectivement de 13 % et 14 % (Table 10). Ainsi, les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic de cancer du poumon sont en grande majorité liés au cancer.

La survie nette à 1 an et 5 ans est plus faible chez les personnes les plus âgées au diagnostic. Ainsi, 5 ans après le diagnostic, elle est de 18 % pour les personnes diagnostiquées à 50 ans contre 11 % pour les personnes diagnostiquées à 80 ans (Table 10 ; Figure 10).

Le taux de mortalité en excès est élevé et maximum au diagnostic. Il dépend de l'âge au diagnostic, variant de 1,01 décès par personne-année chez les personnes âgées de 50 ans (soit une probabilité mensuelle de décès de 8,1 %) à 1,95 chez celles âgées de 80 ans (soit une probabilité mensuelle de décès de 15 %) (Figure 9a ; Compléments Guadeloupe : Table C2, page 8). Le taux de mortalité en excès diminue avec le temps : à 5 ans, il reste élevé, variant de 0,10 décès par personne-année chez les personnes âgées de 50 ans à 0,31 chez celles de 80 ans, ce qui correspond à des probabilités annuelles de décès de 10 % à 27 % respectivement.

Les taux de mortalité en excès élevés la première année suivant le diagnostic peuvent s'expliquer par la proportion importante de patients diagnostiqués à un stade avancé, la lourdeur des traitements et le poids des comorbidités notamment chez les personnes les plus âgées.

TABLE 9. Descriptif des données analysées – Poumon, Guadeloupe

	Hommes	Ensemble
Nombre de cas	301	461
Nombre de décès à 5 ans	263	382
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	65 (47-84)	65 (46-85)

TABLE 10. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Poumon, Guadeloupe

	1 an		5 ans	
	Hommes	Ensemble	Hommes	Ensemble
Survie observée	36 [31; 41]	40 [36; 44]	10 [7; 14]	13 [10; 16]
Survie nette	37 [32; 42]	41 [37; 45]	11 [8; 16]	14 [11; 18]
Survie nette standardisée	36 [31; 41]	40 [36; 44]	11 [8; 15]	14 [11; 17]
Survie nette par âge				
50 ans	44 [35; 52]	48 [41; 55]	17 [10; 24]	18 [12; 24]
60 ans	39 [34; 45]	44 [39; 48]	13 [9; 17]	15 [12; 19]
70 ans	35 [29; 40]	39 [34; 43]	9 [6; 14]	13 [9; 17]
80 ans	30 [22; 38]	33 [27; 40]	7 [3; 13]	11 [6; 16]

FIGURE 9. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Poumon, Guadeloupe

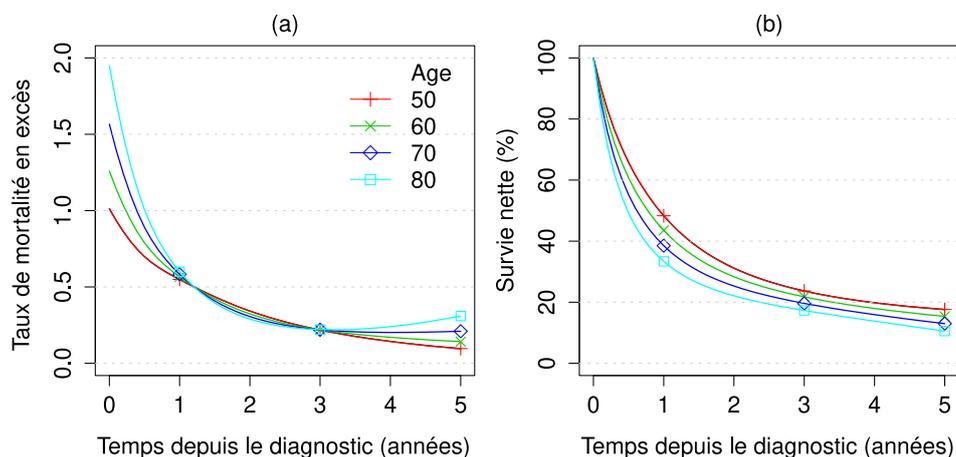
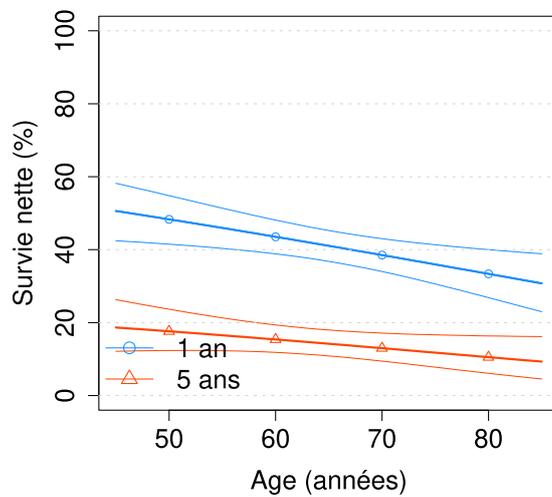


FIGURE 10. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Poumon, Guadeloupe



SEIN

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

SEIN	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C50.0 à C50.9	C50.0 à C50.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans chez la femme de 79 % vs 88 % en France Hexagonale
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 3 % à 40 ans contre 7 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, sur la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein chez la femme est de 1 741. L'âge médian au diagnostic est de 56 ans (Table 11).

Parmi les 1 741 cas diagnostiqués, 329 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein ont **une SNS à 1 an de 95 % et à 5 ans de 79 %**, inférieure à celle estimée en France Hexagonale (respectivement 97 % et 88 %)(19).

La survie observée et la survie nette sont équivalentes à 1 an (95-96 %) et diffèrent de 4 points de pourcentage à 5 ans (respectivement 78 % et 82 %). Les femmes atteintes de cancer du sein et qui décèdent dans l'année suivant le diagnostic meurent de leur cancer, alors que 5 ans après le diagnostic la part des autres causes de mortalité est un peu plus importante (Table 12).

La survie nette à 5 ans est de 85 % chez les femmes de 40 ans au moment du diagnostic et de 74 % chez celles âgées de 80 ans au moment du diagnostic (Table 12 ; Figures 11b et 12).

Six mois après le diagnostic, **le taux de mortalité en excès** dû au cancer du sein est de 0,03 décès par personne-année à 40 ans, soit une probabilité mensuelle de décès de 0,3 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,07 décès par personne-année, soit une probabilité mensuelle de décès de 0,7 %. Le taux de mortalité en excès à 6 mois est deux fois plus important à 80 ans qu'à 40 ans.

Trois ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 40 ans est de 0,04 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 4 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,05 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 5 %.

Cinq ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 40 ans est de 0,03 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 3 %. À 80 ans le taux de mortalité en excès est de 0,07 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 7 %.

Le **taux de mortalité en excès** chez les personnes de plus de 80 ans et la **survie nette** diminuant avec l'âge laissent penser que les difficultés de prise en charge liées à l'âge se concentrent dans la période suivant immédiatement le diagnostic.

Durant les 2 ans après le diagnostic, période où se produisent classiquement les rechutes précoces, la surmortalité liée au cancer est observée et apparaît de manière marquée à 80 ans (Figure 1a ; Compléments Guadeloupe : Table C2, page 10). Cette situation reflète la moins bonne curabilité des cancers survenant chez les personnes âgées (Table 12 ; Figure 11b).

Au-delà des 3 ans, ce taux se stabilise pour toutes les tranches d'âges inférieures à 80 ans. Cela marque la persistance d'un risque minime d'évolution de la maladie au moins jusqu'à 5 ans après le diagnostic.

TABLE 11. Descriptif des données analysées - Sein, Guadeloupe

	Femmes
Nombre de cas	1 741
Nombre de décès à 5 ans	329
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	56 (37-84)

TABLE 12. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % - Sein, Guadeloupe

	1 an	5 ans
	Femmes	Femmes
Survie observée	95 [94; 96]	78 [76; 80]
Survie nette	96 [95; 97]	82 [80; 84]
Survie nette standardisée	95 [93; 96]	79 [76; 82]
Survie nette par âge		
40 ans	97 [96; 98]	85 [81; 87]
50 ans	97 [96; 98]	85 [83; 87]
60 ans	96 [95; 97]	84 [81; 86]
70 ans	95 [93; 97]	81 [77; 84]
80 ans	93 [90; 96]	74 [67; 80]

FIGURE 11. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne - année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges - Sein, Guadeloupe

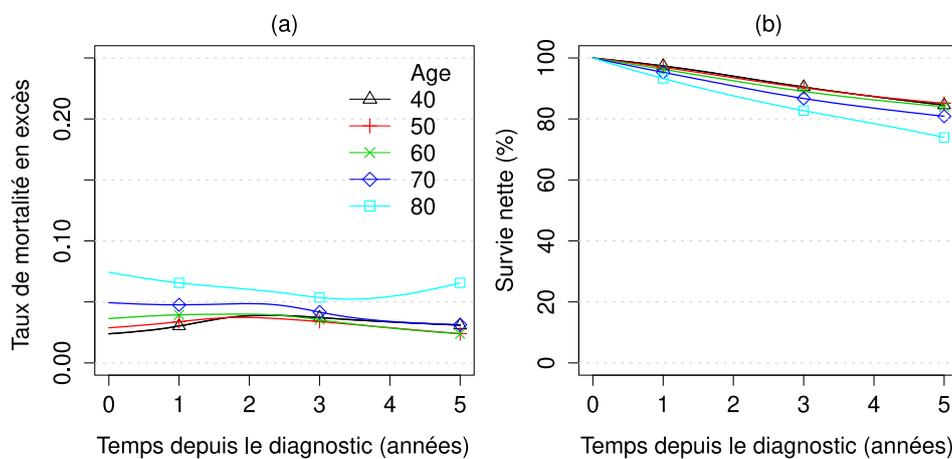
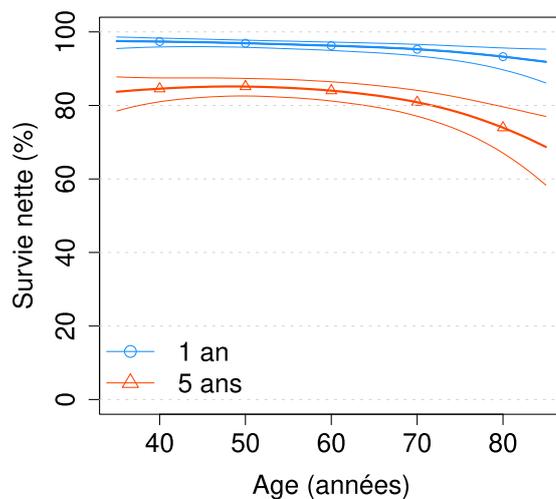


FIGURE 12. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % - Sein, Guadeloupe



COL DE L'UTÉRUS

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

COL DE L'UTÉRUS	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C53.0 à C53.9	C53.0 à C53.9	C53.0 à C53.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 57 %, inférieure à celle estimée pour la France Hexagonale (63 %)
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 4 % à 30 ans et de 10 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, sur la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus est de 214. L'âge médian au diagnostic est de 57 ans (Table 13).

Parmi les 214 cas diagnostiqués, 88 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les femmes diagnostiquées d'un cancer du col de l'utérus ont **une SNS à 1 an de 86 %** proche de celle estimée en France Hexagonale (85 %). En revanche, à 5 ans du diagnostic, la SNS est de 57 % en Guadeloupe, plus basse que celle observée en France Hexagonale (65 %) (20).

La survie observée et la survie nette sont équivalentes à 1 an (85-86 %) et diffèrent légèrement à 5 ans (respectivement 54 % et 57 %). Les femmes atteintes de ce cancer et qui décèdent dans l'année suivant le diagnostic meurent principalement de leur cancer, alors qu'à distance du diagnostic, la part des autres causes de mortalité est un peu plus importante (Table 14).

La survie nette à 5 ans est fonction de l'âge au diagnostic. Elle est plus élevée chez les femmes les plus jeunes : 69 % chez les femmes âgées de 30 ans au diagnostic et 46 % chez celles âgées de 80 ans au diagnostic (Table 14 ; Figures 13b et 14).

Six mois après le diagnostic, **le taux de mortalité en excès** dû au cancer du col de l'utérus est de 0,11 décès par personne-année à 30 ans, soit une probabilité mensuelle de décès de 0,9 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,20 décès par personne-année, soit une probabilité mensuelle de décès de 1,7 %. Le taux de mortalité en excès à 6 mois est deux fois plus important à 80 ans qu'à 30 ans.

Trois ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 30 ans est de 0,06 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 6 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,19 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 17 %.

Cinq ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 30 ans est de 0,04 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 4 %. À 80 ans le taux de mortalité en excès est de 0,11 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 10 % (Compléments Guadeloupe : Table C2, page 11).

Le taux de mortalité en excès augmente avec l'âge au diagnostic et diminue au cours du temps, quel que soit l'âge. L'excès de mortalité demeure deux fois plus important qu'à 30 ans chez les femmes diagnostiquées à 80 ans où il est égal à 0,21 décès par personne-année juste après le diagnostic, soit une probabilité mensuelle de décès de 1,8 % (Figure 13a ; Compléments Guadeloupe : Table C2, page 11).

L'âge et le stade au diagnostic, le moindre recours au dépistage des femmes âgées de plus de 65 ans (moins suivies sur le plan gynécologique et non ciblées par le dépistage organisé qui concerne les femmes de 25 à 65 ans), la présence de comorbidités liées à l'âge ainsi qu'un état général moins bon sont autant de facteurs pronostiques qui expliquent les probabilités de survie nette plus faibles chez les femmes plus âgées.

TABLE 13. Descriptif des données analysées – Col de l'utérus, Guadeloupe

	Femmes
Nombre de cas	214
Nombre de décès à 5 ans	88
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	57 (33-84)

TABLE 14. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Col de l'utérus, Guadeloupe

	1 an	5 ans
	Femmes	Femmes
Survie observée	85 [80; 88]	54 [47; 61]
Survie nette	86 [81; 89]	57 [50; 64]
Survie nette standardisée	86 [81; 89]	57 [50; 64]
Survie nette par âge		
30 ans	89 [80; 94]	69 [56; 80]
40 ans	88 [81; 92]	65 [55; 74]
50 ans	87 [82; 91]	61 [53; 68]
60 ans	85 [81; 89]	56 [49; 63]
70 ans	84 [77; 89]	51 [41; 60]
80 ans	82 [72; 89]	46 [31; 59]

FIGURE 13. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges – Col de l’utérus, Guadeloupe

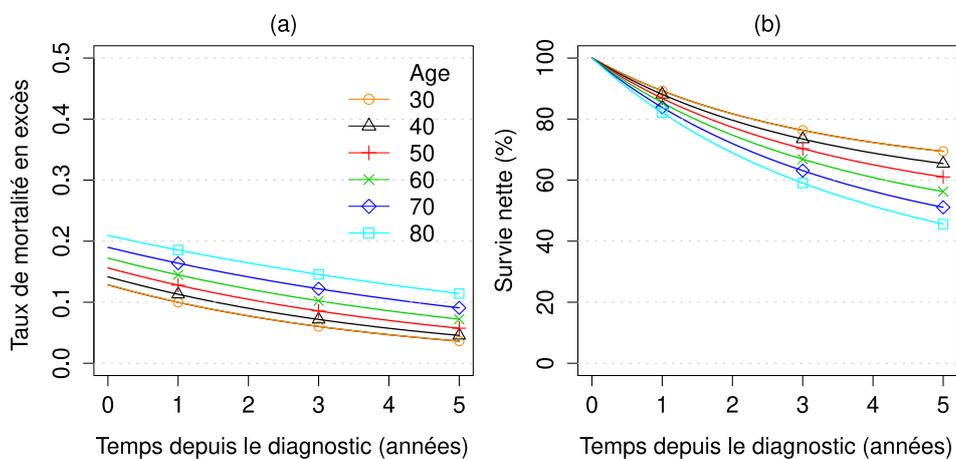
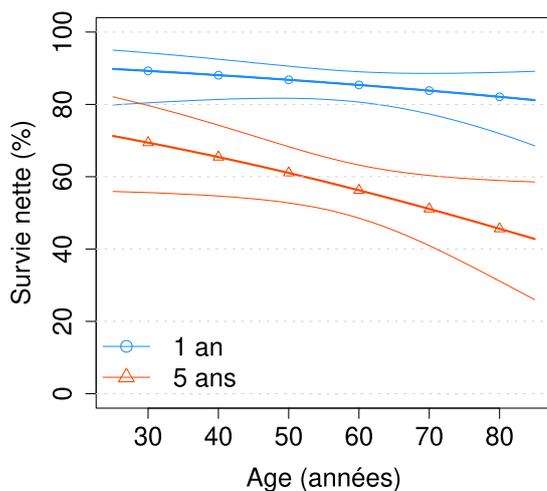


FIGURE 14. Survie nette à 1 et 5 ans selon l’âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % – Col de l’utérus, Guadeloupe



CORPS DE L'UTÉRUS

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

CORPS DE L'UTÉRUS	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C54	C54	C54
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 55 %, inférieure à celle de la France Hexagonale (74 %)
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 2 % à 50 ans et 7 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, sur la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers du corps de l'utérus est de 328. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans (Table 15).

Parmi les 328 cas diagnostiqués, 152 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les femmes diagnostiquées d'un cancer du corps de l'utérus ont **une SNS à 1 an du diagnostic de 80 % et à 5 ans de 55 %** (Table 16), très inférieure à celle de la France Hexagonale (respectivement 90 % et 74 %) (21).

La survie observée et la survie nette sont équivalentes à 1 an (79-80 %) et diffèrent légèrement à 5 ans (respectivement 50 % et 54 %). Les femmes atteintes de ce cancer et qui décèdent dans l'année suivant le diagnostic meurent principalement de leur cancer, alors qu'à distance du diagnostic la part des autres causes de mortalité est un peu plus importante (Table 16).

La survie nette à 5 ans est fonction de l'âge au diagnostic. Elle est plus élevée chez les femmes les plus jeunes au moment du diagnostic : 72 % chez les femmes âgées de 50 ans au diagnostic et de 41 % chez celles âgées de 80 ans au diagnostic (Table 16 ; Figures 15b et 16).

Six mois après le diagnostic, **le taux de mortalité en excès** dû au cancer du corps de l'utérus est de 0,13 décès par personne-année à 50 ans, soit une probabilité mensuelle de décès de 1,1 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,31 décès par personne-année, soit une probabilité mensuelle de décès de 2,6 %. Le taux de mortalité en excès à 6 mois est plus de deux fois plus important à 80 ans qu'à 50 ans.

Trois ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 50 ans est de 0,11 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 10 %. À 80 ans, le taux de mortalité en excès est de 0,26 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 23 %.

Cinq ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès à 50 ans est de 0,02 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 2 %. À 80 ans le taux de mortalité en excès est de 0,07 décès par personne-année, soit une probabilité annuelle de décès de 7 % (Compléments Guadeloupe : Table C2, page 12).

Le taux de mortalité en excès augmente avec l'âge au diagnostic et diminue au cours du temps quel que soit l'âge. L'excès de mortalité est plus important chez les femmes de plus de 70 ans et en particulier chez celles de 80 ans où il est égal à 0,37 décès par personne-année juste après le diagnostic, soit une probabilité mensuelle de décès de 3,1 % (Figure 1a ; Compléments Guadeloupe : Table C2, page 12).

Les principaux facteurs pronostiques de ce cancer sont le stade, le type et le grade histologiques, et l'âge au diagnostic. L'âge et le stade au diagnostic, le moindre suivi gynécologique des femmes plus âgées et un état général moins bon, sont autant de facteurs pronostiques qui expliquent la surmortalité importante et précoce chez les femmes les plus âgées.

TABLE 15. Descriptif des données analysées – Corps de l'utérus, Guadeloupe

	Femmes
Nombre de cas	328
Nombre de décès à 5 ans	152
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	68 (47-86)

TABLE 16. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % - Corps de l'utérus, Guadeloupe

	1 an	5 ans
	Femmes	Femmes
Survie observée	79 [74; 82]	50 [44; 55]
Survie nette	80 [75; 83]	54 [48; 60]
Survie nette standardisée	80 [76; 83]	55 [49; 60]
Survie nette par âge		
50 ans	88 [81; 92]	72 [62; 79]
60 ans	84 [79; 88]	63 [55; 69]
70 ans	79 [75; 83]	52 [46; 58]
80 ans	73 [66; 79]	41 [31; 50]

FIGURE 15. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges - Corps de l'utérus, Guadeloupe

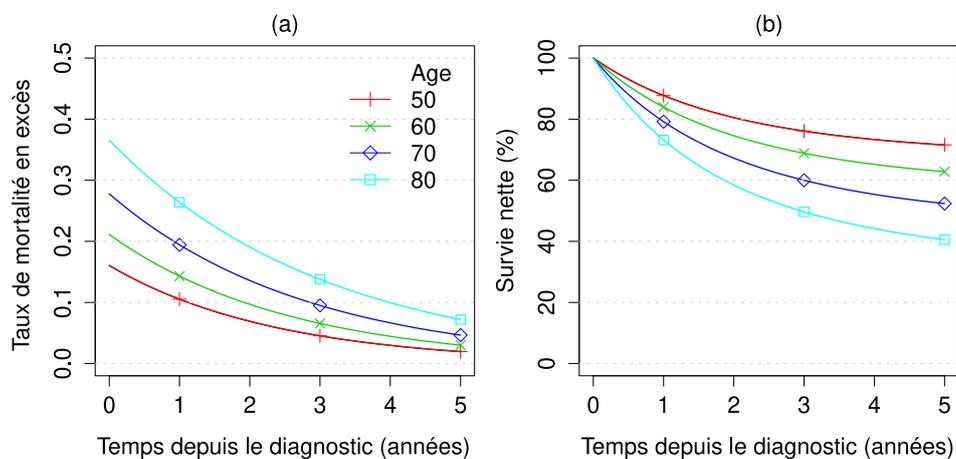
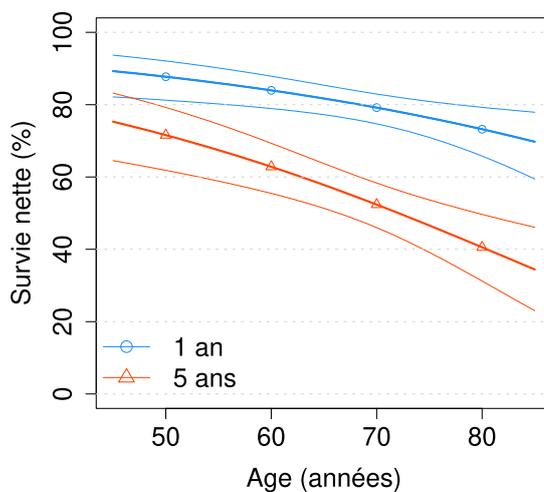


FIGURE 16. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % - Corps de l'utérus, Guadeloupe



PROSTATE

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

PROSTATE	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C61.9	C61.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 94 %, équivalente à celle de la France Hexagonale (93 %)
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 0 % pour les 50 ans et de 2 % pour les 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, sur la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de cancers de la prostate est de 4 302. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans (Table 17).

Parmi les 4 302 cas diagnostiqués, 705 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les cancers de la prostate en Guadeloupe ont, dans leur ensemble, un pronostic très favorable avec une SNS à 5 ans de 94 % (Table 18) équivalente celle estimée en France Hexagonale (93 %) (22).

La **survie observée** et la **survie nette** à 5 ans après le diagnostic sont très différentes (respectivement de 82 % et 95 %), ce qui signifie que les hommes atteints d'un cancer de la prostate décèdent rarement de leur cancer dans les 5 ans qui suivent leur diagnostic, mais principalement d'autres causes (Table 18).

Les survies nettes à 5 ans sont sensiblement identiques pour les hommes âgés de moins de 80 ans au diagnostic (Table 18 ; Figures 17b et 18). Pour les hommes de 80 ans au diagnostic, l'**excès de mortalité** reste élevé durant les 5 années qui suivent le diagnostic. La présence de comorbidités et/ou un diagnostic tardif pourrait empêcher une prise en charge optimale de leurs cancers (Figure 17a ; Compléments Guadeloupe : Table C2, page 13).

Chez les hommes de 50 ans au diagnostic, on observe un excès de mortalité élevé le mois suivant le diagnostic (0,03, soit une probabilité mensuelle de décès de 0.2 %) qui disparaît après la troisième année. Cela qui pourrait correspondre à des formes de cancers plus agressifs atteignant des sujets plus jeunes. Cette décroissance du taux de mortalité en excès durant les 3 premières années chez les patients les plus jeunes diffère de l'évolution de ce taux dans l'Hexagone (stabilité à 0,01 durant les 5 années, soit une probabilité annuelle de décès de 1 %).

TABLE 17. Descriptif des données analysées – Prostate, Guadeloupe

Hommes	
Nombre de cas	4302
Nombre de décès à 5 ans	705
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	68 (53-85)

TABLE 18. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % - Prostate, Guadeloupe

	1 an	5 ans
	Hommes	Hommes
Survie observée	96 [95; 96]	82 [81; 83]
Survie nette	98 [98; 99]	95 [93; 96]
Survie nette standardisée	98 [98; 99]	94 [93; 96]
Survie nette par âge		
50 ans	98 [96; 99]	97 [94; 99]
60 ans	99 [98; 99]	98 [97; 99]
70 ans	99 [98; 99]	97 [95; 98]
80 ans	97 [95; 98]	89 [84; 93]

FIGURE 17. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges – Prostate, Guadeloupe

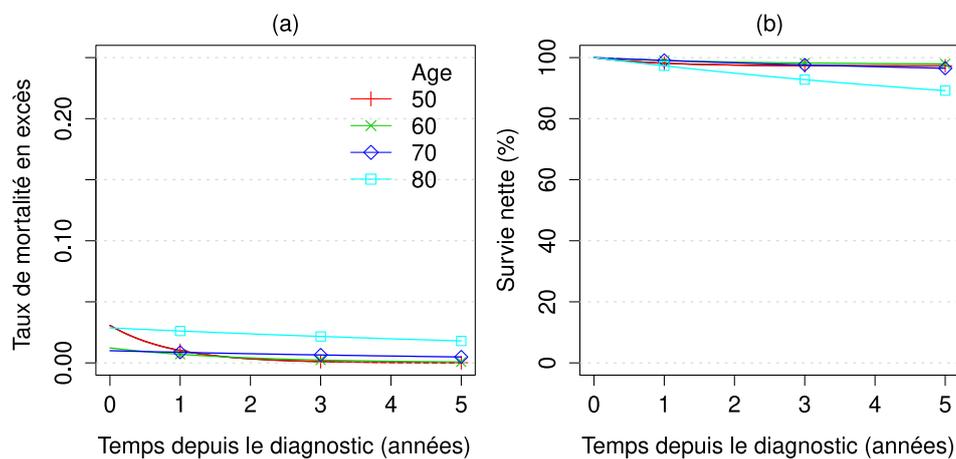
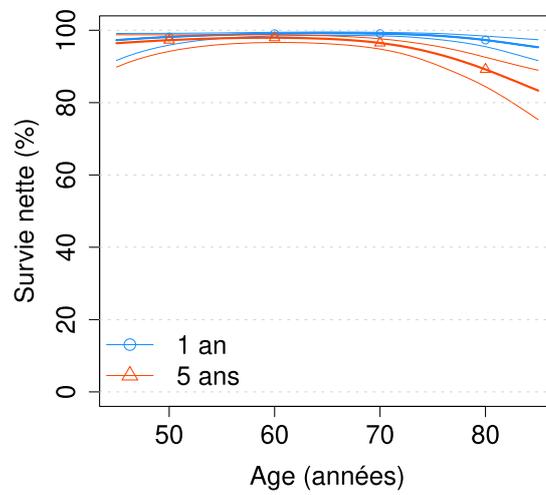


FIGURE 18. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % - Prostate, Guadeloupe



MYÉLOME MULTIPLE ET PLASMOCYTOME

DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

MYÉLOME MULTIPLE ET PLASMO CYTOME		CIM-O-3
	Morphologie	9731/3, 9732/3, 9733/3, 9734/3

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 51 %, plus basse que dans l'Hexagone (60 %)
- Probabilité annuelle nette de décès à 5 ans de 5 % à 50 ans contre 13 % à 80 ans

INCIDENCE

En Guadeloupe, sur la période 2008-2015, le nombre de nouveaux cas de myélome multiple et plasmocytome est de 311. L'âge médian au diagnostic est de 72 ans (Table 19).

Parmi les 311 cas diagnostiqués, 163 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

La **SNS** des personnes atteintes de myélome multiple et plasmocytome est de 81 % à 1 an et de 51 % à 5 ans ce qui en fait une hémopathie de pronostic intermédiaire (Table 20). La SNS est plus faible que celle de la France Hexagonale (86 % et 60 % respectivement à 1 an et 5 ans) (23).

La **survie observée** et la **survie nette** 5 ans après le diagnostic diffèrent de 6 points de pourcentage (respectivement de 42 % et 48 %), ce qui signifie que les personnes atteintes de myélome multiple et plasmocytome décèdent plus fréquemment de leur maladie dans les 5 ans suivant leur diagnostic que d'une autre cause (Table 20).

La survie nette à 5 ans est de 65 % chez les personnes âgées de 50 ans au diagnostic et de 41 % chez celles âgées de 80 ans au diagnostic (Table 20 ; Figure 19b et 20). Cette différence est le reflet d'un taux de mortalité en excès toujours plus élevé chez les personnes âgées et ceci dès le diagnostic et au cours des premiers mois de suivi (Figure 19a). La différence de survie nette à 5 ans entre la Guadeloupe et la France Hexagonale est plus importante chez les sujets jeunes.

Six mois après le diagnostic, le taux de mortalité en excès est 3 fois plus important à 80 ans qu'à 50 ans (0,24 vs 0,08 soit une probabilité mensuelle de décès de 2 % vs 0,7 %), laissant penser que les difficultés de prise en charge liées à l'âge se concentrent dans la période suivant immédiatement le diagnostic (Complément Guadeloupe : Table C2, page 14).

Durant le suivi, le taux de mortalité en excès reste élevé pour tous les âges (il reste supérieur à 0,05 décès par personne-année, soit une probabilité mensuelle de décès supérieure à 5 %). Après 3 ans de suivi, le taux reste haut particulièrement chez les personnes de 70 et 80 ans (respectivement de 0,08 et 0,14) soit une probabilité annuelle respectivement de 8 % et 13 % ce qui peut refléter l'apparition de rechute ou une progression de la maladie (Figure 19a ; Table C2, page 14-compléments Guadeloupe).

TABLE 19. Descriptif des données analysées – Myélome multiple et plasmocytome, Guadeloupe

	Ensemble
Nombre de cas	311
Nombre de décès à 5 ans	163
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	72 (48-90)

TABLE 20. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Myélome multiple et plasmocytome, Guadeloupe

	1 an	5 ans
	Ensemble	Ensemble
Survie observée	77 [72 ; 81]	42 [36 ; 47]
Survie nette	80 [75 ; 84]	48 [41 ; 55]
Survie nette standardisée	81 [77 ; 85]	51 [44 ; 57]
Survie nette par âge		
50 ans	90 [80 ; 95]	65 [51 ; 76]
60 ans	87 [80 ; 91]	57 [48 ; 66]
70 ans	81 [75 ; 86]	49 [40 ; 57]
80 ans	73 [65 ; 80]	41 [31 ; 51]

FIGURE 19. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble - Myélome multiple et plasmocytome, Guadeloupe

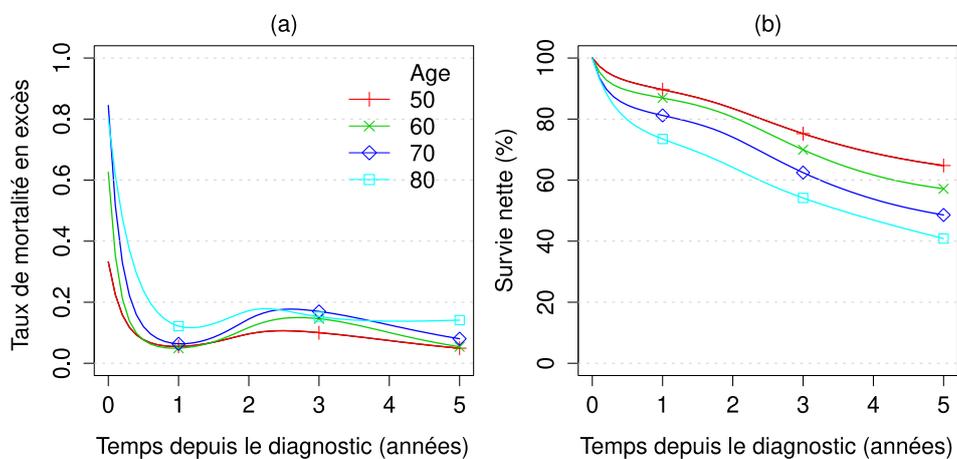
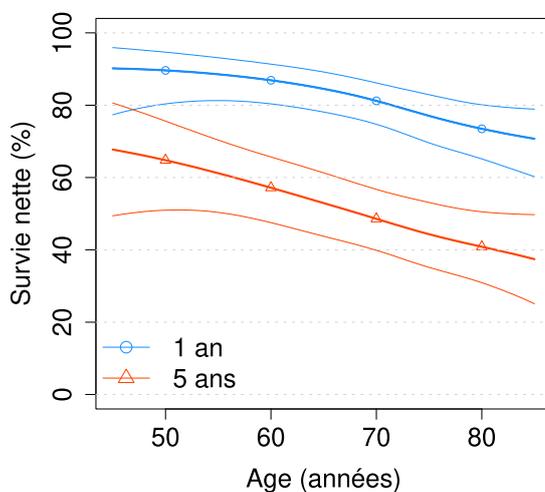


FIGURE 20. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Myélome multiple et plasmocytome, Guadeloupe



COMPARAISON AVEC LA FRANCE HEXAGONALE

Pour la Guadeloupe, les SNS à 5 ans sont significativement inférieures à celles de la France Hexagonale pour toutes les localisations étudiées à l'exception du cancer de la prostate, du cancer du col de l'utérus et du cancer de l'estomac (Table 21).

TABLE 21. Comparaison des survies nettes standardisées à 5 ans (SNS 5) en % et Intervalle de confiance à 95 % [IC95%] : France hexagonale (2010-2015) et Martinique, La Réunion et Guadeloupe (2008-2015)

Site	Hexagone**	Martinique	La Réunion	Guadeloupe	Différence SNS 5 * Guadeloupe Hexagone
Lèvre-Bouche-Pharynx	45 [44; 46]	40 [34; 46]	37 [33; 42]	35 [29; 41]	-10 [-16; -5]
Œsophage	17 [16; 18]	3 [1; 7]	13 [9; 18]	5 [2; 9]	-12 [-15; -8]
Estomac	30 [29; 31]	31 [27; 35]	25 [22; 29]	30 [26; 34]	0 [-4; 5]
Côlon et rectum	63 [63; 64]	53 [50; 55]	57 [54; 60]	57 [54; 60]	-6 [-10; -3]
Poumon	20 [19; 20]	16 [13; 20]	17 [15; 20]	14 [11; 17]	-6 [-9; -2]
Sein	88 [88; 89]	83 [80; 86]	81 [77; 84]	79 [76; 82]	-9 [-12; -6]
Col de l'utérus	63 [61; 64]	59 [51; 66]	62 [57; 68]	57 [50; 64]	-6 [-13; 2]
Corps de l'utérus	74 [73; 75]	50 [44; 56]	67 [60; 74]	55 [49; 60]	-20 [-26; -14]
Prostate	93 [93; 93]	95 [94; 96]	85 [82; 88]	94 [93; 96]	1 [0; 3]
Myélome multiple et plasmocytome	60 [59; 61]	55 [49; 60]	52 [44; 59]	51 [44; 57]	-9 [-16; -3]

* Différence absolue en points de pourcentage (cette différence est calculée avec les valeurs exactes de SNS puis elle est arrondie)

** Source : [Coureau et al \(1\)](#)

La SNS à 5 ans du **cancer des lèvres-bouche-pharynx** est inférieure de 10 points à celle de la France Hexagonale (35 % versus 45 %). Comme dans l'Hexagone, les taux de mortalité en excès sont maximums au diagnostic et augmentent avec l'âge au moment du diagnostic. Certains cancers de l'oropharynx ont été associés à des infections par des Papillomavirus humains (HPV) à haut risque oncogène (24). Ces cancers HPV induits sont classiquement associés à une meilleure survie (25). Aux Antilles, cette association a été décrite (26), mais l'impact sur la survie globale de ces cancers n'est pas connu. La consommation d'alcool et de tabac, principaux facteurs de risque de survenue de ces cancers, reste inférieure en Guadeloupe à celle de la France Hexagonale (Baromètre santé DOM 2014)(27) et ne peut expliquer ces écarts de survie. Dans un travail de thèse non publié (G. Huygues Des Etages, 2018), un allongement du délai de prise en charge entre le diagnostic histologique et la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire était retrouvé sur des périodes de temps successives (2011-2013 vs 2014-2016). Ce délai, qui correspond au temps du bilan pré-thérapeutique (bilan lésionnel et d'extension), est un indicateur des difficultés d'accès aux plateaux techniques dans un contexte d'insularité. Par ailleurs, une plus grande fréquence de diagnostics à un stade avancé de la maladie était constatée au sein d'une population plus précaire que dans l'Hexagone.

Le cancer de l'œsophage, de pronostic défavorable, a une SNS à 5 ans inférieure de 12 points à celle de l'Hexagone (5 % versus 17 %) et comparable à celle de la Martinique (SNS à 5 ans de 3 %). Un écart plus important est observé avec La Réunion (SNS à 5 ans de 13 %). En Guadeloupe et en Martinique, de forts taux de mortalité en excès sont retrouvés au sixième mois suivant le diagnostic chez les personnes âgées de 50 ans au moment du diagnostic (Guadeloupe : 1,25 décès par personne-année à 50 ans ; Martinique : de 1,24 décès par personne-année à 50 ans). Pour La Réunion, ce taux bien qu'élevé (de 0,79 décès par personne-année à 50 ans) est plus proche de celui de l'Hexagone (de 0,60 décès par personne-année à 50 ans). Comme pour les cancers des lèvres - bouche-pharynx, on retrouve pour le cancer de l'œsophage les mêmes principaux facteurs de risque de survenue et les mêmes facteurs pronostiques de survie (diagnostics à un stade avancé de la maladie, délais de prise en charge, lourdeur de certains traitements) pouvant expliquer ces excès de mortalité par rapport à l'Hexagone.

Le cancer de l'estomac dont l'incidence est plus élevée aux Antilles qu'en France Hexagonale (9) est un cancer de pronostic défavorable. La SNS à 5 ans est de 30 %, égale à celle de l'Hexagone. La SNS est meilleure chez les femmes que chez les hommes aux Antilles comme dans l'Hexagone, tandis qu'à La Réunion, elle est plus faible chez les femmes.

Le cancer colorectal a une SNS à 5 ans inférieure de 6 points à celle de la France Hexagonale avec des écarts plus importants chez les hommes (53 % vs 62 %) que chez les femmes (62 % vs 65 %). Le taux de dépistage du cancer colorectal en Guadeloupe est sensiblement plus élevé que dans l'Hexagone depuis 2012 (28) et ne peut expliquer ces écarts de survie. La mortalité en excès de ce cancer est maximale juste après le diagnostic, posant le problème de la prise en charge précoce de ce cancer, et est plus marquée pour les âges les plus élevés. Des tendances similaires sont observées dans les autres DROM.

La SNS à 5 ans du **cancer du poumon**, inférieure de 6 points à celle de l'Hexagone (14 % vs 20 %), est la plus basse des 3 DROM. Le taux de mortalité en excès tous sexes confondus est maximal au cours de la première année après le diagnostic et augmente avec l'âge. Pour ce cancer, on note un tabagisme moins important dans les DROM qu'en France Hexagonale (29). La distribution des types histologiques qui montre une proportion plus élevée d'adénocarcinomes que dans l'Hexagone et l'existence d'autres facteurs pronostiques de survie en lien avec des activités professionnelles et des facteurs environnementaux pourraient expliquer ces écarts. (30). En Guadeloupe, la prise en charge chirurgicale de ce cancer est réalisée majoritairement en dehors du territoire dans l'attente de la structuration d'une filière pour la chirurgie oncologique thoracique.

La SNS à 5 ans du **cancer du sein** en Guadeloupe est comparable à celle de l'Hexagone à 1 an (95 % vs 97 %) mais lui est inférieure de 9 points 5 ans après le diagnostic (79 % vs 88 %). Des écarts similaires avec l'Hexagone pour la SNS à 5 ans sont observés à La Réunion (95 % à 1 an et 81 % à 5 ans) et en Martinique (94 % à 1 an et 83 % à 5 ans). Les différences de survie nette avec l'Hexagone sont maximales en Guadeloupe chez les femmes de 60 ans (92 % vs 82 %) et 70 ans (87 % vs 76 %). Dans l'Hexagone, les taux de dépistage organisé sont les plus élevés pour ces âges permettant de dépister des cancers à un stade précoce. En Guadeloupe, les taux de dépistage organisé chez les femmes de 60 ans et 70 étaient inférieurs respectivement de 3 et 7 points par rapport à l'Hexagone sur la période 2008-2012 (31) et pourraient expliquer en partie ces écarts.

Le cancer du col de l'utérus a une SNS à 5 ans inférieure de 6 points à celle de l'Hexagone (57 % vs 63 %). La survie nette est très inférieure à celle de l'Hexagone pour les patientes de moins de 60 ans et supérieure pour les patientes de 80 ans (Table 4). Les chiffres sont proches de ceux de la Martinique (59 %) et inférieurs à ceux de La Réunion (62 %). Il faut souligner l'absence de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Guadeloupe et à La Réunion sur la période étudiée contrairement à la Martinique où ce dépistage existe depuis 1989.

Le cancer du corps de l'utérus présente les écarts de SNS les plus importants avec l'Hexagone. La différence de SNS entre l'Hexagone et la Guadeloupe est de 20 points à 5 ans (74 % vs. 55 %). La SNS reste comparable à celle observée à la Martinique (SNS à 5 ans de 50 %) mais nettement inférieure à celle de La Réunion (SNS à 5 ans de 67 %). En Guadeloupe, les écarts de survie nette avec l'Hexagone se maintiennent pour les âges de 50 à 70 ans puis se réduisent chez les personnes de plus de 75 ans. Les différences observées avec l'Hexagone s'expliquent par des taux de mortalité en excès plus élevés pour tous les âges jusqu'à 3 ans après le diagnostic. Ces cancers représentent un groupe hétérogène de tumeurs présentant des caractéristiques histopathologiques distinctes et ayant des pronostics différents (32). Les écarts de survie nette peuvent traduire une répartition différente des sous-types histologiques, des diagnostics à des stades plus avancés et l'existence de comorbidités associées.

Le cancer de la prostate est un cancer de bon pronostic avec une SNS à 5 ans similaire à celle de l'Hexagone (respectivement 94 % et 93 %, Table 21). Ces chiffres sont comparables pour la Martinique, mais sont inférieurs de 8 points à ceux de l'Hexagone pour La Réunion. En Guadeloupe, une mortalité en excès est observée pour les hommes de 50 ans dans la première année du diagnostic et à tous les temps après le diagnostic pour ceux de 80 ans. Le risque de cancer de la prostate a été associé à l'exposition environnementale à la chlordécone par Multigner et al. (33). Le large recours au dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) pourrait être associé à un plus grand nombre de diagnostics chez les patients de 50 ans pour de très petits cancers. Pour les patients les plus âgés, la persistance d'un dépistage par le dosage des PSA même après l'âge de 75 ans, pourrait expliquer ces différences.

Les patients atteints de **myélome multiple/plasmocytome** ont en Guadeloupe une SNS à 5 ans inférieure de 9 points avec celle estimée en France Hexagonale. L'écart de SNS à 5 ans avec l'Hexagone est de 8 points pour La Réunion et de 5 points pour la Martinique. Cependant les intervalles de confiance des estimations de la survie dans les DROM sont larges du fait de la faiblesse des effectifs. La survie nette est inférieure à celle de l'Hexagone à tous les âges dans les 3 DROM sauf chez les personnes de 80 ans. On observe une amélioration récente de la survie de cette maladie en particulier chez les patients jeunes en France Hexagonale. Une explication de ces différences de survie chez les jeunes pourrait être un accès moindre aux molécules innovantes, un retard dans le temps pour leur utilisation (diffusion de l'innovation) ou une moindre inclusion des patients dans les essais cliniques. On note par ailleurs l'absence de filière structurée d'oncohématologie en Guadeloupe sur la 1^{re} période de l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Coureau G, Tretarre B, Dantonny E, Uhry ZM, A., Woronoff A-S, Grosclaude P, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Synthèse. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, juillet 2021, 20 p [Internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Synthese> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-synthese-des-resultats-tumeurs-solides-et-hemopathies-malignes>.
2. Uhry Z, Dantonny E, Roche L, Fauvernier M, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer dans les Départements et régions d’Outre-Mer 2008-2018 – Matériel et méthodes. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, juillet 2022, 52 p [Internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/> et <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/enquetes-etudes/2023/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-dans-les-departements-et-regions-d-outre-mer.-2008-2018.-materiel-et-methodes>
3. Chanteur B, Reif X. Recensement de la population en Guadeloupe : 387 629 habitants au 1er janvier 2018 Insee : Insee Flash Guadeloupe, décembre 2020 - N° 142 [Internet] [disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5006477>.
4. Audoux L, Mallemanche C, Prévot P. Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte. Insee : Insee Première, Juillet 2020 [Internet]. [Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622377>.
5. Cratère F. Enquête emploi en continu Insee : Insee analyses Guadeloupe, Avril 2019 N° 36 [Internet] [disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3975584>.
6. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 : comparaisons régionales Insee : Chiffres clés, paru le 14/04/2020 [Internet]. [Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016.
7. Méjean C, Debussche X, Martin-Prével Y, Réquillart V, Soler L-G, Tibère L. Alimentation et nutrition dans les départements et régions d’Outre-mer / Food and nutrition in the overseas regions. Expertise collective bf-a, editor. Marseille: IRD Editions; 2020.
8. Defossez G, le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantonny E, et al. Estimations nationales de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, juillet 2019. 372 p [Internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>.
9. Deloumeaux J, Bhakkan-Mambir B, Peruvien J, Hierro R, Kouyate S, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d’incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Guadeloupe Saint-Maurice : Santé publique France, janvier 2019 [Internet]. [Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-guadeloupe>.
10. Le Guyader-Peyrou S, Defossez G, Dantonny E, Mounier M, Cornet E, Uhry Z. Estimations nationales de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 2 - Hémopathies malignes. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 [Internet] <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-2-hemopathies-malignes>
11. Luce D, Michel S, Dugas J, Bhakkan B, Menvielle G, Joachim C, et al. Disparities in cancer incidence by area-level socioeconomic status in the French West Indies. Cancer Causes and Control. 2017;28(11):1305-12.
12. Guizard A-V, Lapôte-Ledoux B, M. V, Lecoffre C, Lafay L. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Lèvre, bouche, pharynx Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, sept 2020, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Levre-bouche-pharynx> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-levre-bouche-pharynx>.

13. Cariou M, Robaszekiewicz M, Bouvier A-M, Bouvier V, Lecoffre C, Lafay L. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Œsophage. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, sept 2020, 10 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/OEsophage> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-aesophage>].
14. Nousbaum J-B, Cariou M, Bouvier A-M, Bouvier V, Lecoffre C, de Brauer C, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Estomac. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, déc 2020, 10 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Estomac> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-estomac>].
15. Wang X, Terry P, Yan H. Stomach cancer in 67 Chinese counties: Evidence of interaction between salt consumption and helicobacter pylori infection. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2008;17(4):644-50.
16. Khazaei S, Mohammadbeigi A, Jenabi E, Asgarian A, Heidari H, Saghaipour A, et al. Environmental and ecological factors of stomach cancer incidence and mortality: A systematic review study on ecological studies. *Reviews on Environmental Health*. 2020;35(4):443-52.
17. Launoy G, Cariou M, Bouvier A-M, Bouvier V, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Côlon et rectum. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Colon-rectum> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-colon-et-rectum>].
18. Delafosse P, Defossez G, Molinié F, D’Almeida T, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Poumon. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Poumon> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-poumon>].
19. Molinié F, Trétarre B, Arveux P, Woronoff A-S, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Sein. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Sein> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-sein>].
20. Woronoff A-S, Trétarre B, Molinié F, Delafosse P, Guizard A-V, Lecoffre C, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Col de l’utérus. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Col-de-l-uterus> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-col-de-l-uterus>].
21. Hammas K, Trétarre B, Guizard A-V, Woronoff A-S, Lecoffre C, de Brauer C, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Corps de l’utérus. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, décembre 2020, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Corps-de-l-uterus> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-corps-de-l-uterus>].

22. Grosclaude P, Plouvier S, Daubisse-Marliac L, D'Almeida T, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Prostate. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, novembre 2020, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Prostate> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-prostate>.
23. Monnereau A, Cornet E, Maynadié M, Mounier M, Troussard X, Orazio S, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Myélome multiple et plasmocytome. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, mars 2021, 12 p [internet]. [Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Hemopathies-malignes/Myelome-multiple-et-plasmocytome> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-myelome-multiple-et-plasmocytome>
24. Ernoux NeufCoeur P, Arafa M, Delvenne P, Saussez S. Involvement of human papillomavirus in upper aero-digestive tracts cancers. *Bulletin du Cancer*. 2009;96(10):941-50.
25. Gatta G, Botta L, Sánchez MJ, Anderson LA, Pierannunzio D, Licitra L, et al. Prognoses and improvement for head and neck cancers diagnosed in Europe in early 2000s: The EURO CARE-5 population-based study. *European Journal of Cancer*. 2015;51(15):2130-43.
26. Auguste A, Deloumeaux J, Joachim C, Gaete S, Michineau L, Herrmann-Storck C, et al. Joint effect of tobacco, alcohol, and oral HPV infection on head and neck cancer risk in the French West Indies. *Cancer Medicine*. 2020;9(18):6854-63.
27. Richard J-B, Pitot S, Cornely V, Pradines N, Beck F. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Guadeloupe Saint-Maurice : Santé publique France, 2015 : 12p. [Internet] [disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014>.
28. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-colon-rectum-sur-la-periode-2013-2014-indicateurs-par-regions-et-departements> Saint-Maurice : Santé publique France, avril 2018 [Internet] [Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees>.
29. Auguste A, Dugas J, Menvielle G, Barul C, Richard JB, Luce D. Social distribution of tobacco smoking, alcohol drinking and obesity in the French West Indies. *BMC public health*. 2019;19(1):1424.
30. Cabrera L, Auguste A, Michineau L, Deloumeaux J, Joachim C, Luce D. Occupational and environmental risk factors for lung cancer in the French West Indies. *Medecine/Sciences*. 2020;36:11-5.
31. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005 Saint-Maurice : Santé publique France, avril 2019 [Internet] [disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>.
32. Noer MC, Antonsen SL, Ottesen B, Christensen IJ, Høgdall C. Type I Versus Type II Endometrial Cancer: Differential Impact of Comorbidity. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2018;28(3):586-93.
33. Multigner L, Ndong JR, Giusti A, Romana M, Delacroix-Maillard H, Cordier S, et al. Chlordecone exposure and risk of prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(21):3457-62.



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-964-3
ISBN net : 978-2-37219-965-0
DÉPÔT LÉGAL Février 2024

Ce document doit être cité comme suit : Deloumeaux J, Joachim C, Chirpaz E, Imounga-Desroziers M, Bhakkan-Mambir B, Peruvien J et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en Guadeloupe 2008-2018*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, février 2024, 44 p. disponible à partir des URL : e-cancer.fr et santepubliquefrance.fr

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N° 78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.