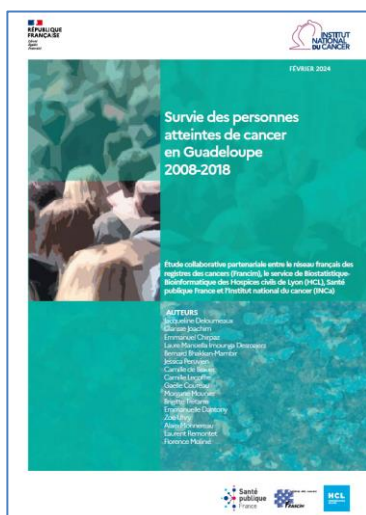


COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Boulogne-Billancourt, le 29 février 2024

Publication de la première étude partenariale sur la survie des personnes atteintes de cancer en Guadeloupe entre 2008 et 2018



Dans le cadre du travail partenarial réunissant l'Institut national du cancer, Santé publique France, le réseau Francim des registres des cancers et les Hospices Civils de Lyon, des [estimations de survie des personnes atteintes de cancer en Guadeloupe sur la période 2008 – 2018](#) sont publiées pour la première fois. Ces travaux s'inscrivent dans les objectifs de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Cette étude, s'appuyant sur les données du Registre général des cancers en Guadeloupe, s'intéresse à 10 localisations parmi les plus fréquentes et d'intérêt régional. Elle apporte des estimations de la survie à 1 an et 5 ans après le diagnostic par âge et par sexe avec la même méthode que celle utilisée pour les données de la France hexagonale. Ces premiers résultats montrent une grande disparité parmi ces localisations et des situations différentes par rapport à la survie estimée dans l'Hexagone.

Ces données constituent un point de repère pour la survie dans ce département et sont autant d'éléments essentiels pour accompagner les acteurs sanitaires des territoires dans l'adaptation des déclinaisons régionales de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers.

Ce [rapport](#), ainsi qu'une [note méthodologique](#) et des [compléments](#), est disponible sur les sites internet de l'Institut national du cancer et de Santé publique France.

Une disparité de survie¹ entre les 10 localisations étudiées

Pour cette première édition des données de survie des personnes, âgées de 15 ans et plus, atteintes de cancers en Guadeloupe, l'analyse a porté sur 10 localisations cancéreuses parmi les plus fréquentes et d'intérêt régional. Elle concerne les personnes atteintes d'un cancer diagnostiqué entre 2008 et 2015 et suivis jusqu'au 30 juin 2018.

¹ L'indicateur principalement utilisé dans cette étude est la survie nette standardisée sur l'âge (cf. encadré en fin de communiqué pour la définition).

Les localisations de cancers étudiées sont : l'ensemble « lèvre-bouche-pharynx », l'œsophage, l'estomac, l'ensemble « côlon, rectum et anus », le poumon, la prostate, le sein, le corps et le col de l'utérus et les « myélomes multiples et plasmocytomes ». Pour certaines localisations, du fait des effectifs trop faibles, les estimations de survie sont parfois présentées hommes et femmes ensemble ou pour l'un des deux sexes seulement.

Ces premiers résultats montrent une survie qui varie fortement selon la localisation étudiée et peut, selon les cas, différer par rapport aux estimations nationales réalisées dans l'Hexagone. La comparaison avec la France hexagonale, au travers d'une valeur unique, ne reflète pas les disparités qui existent entre les départements. Certains d'entre eux, en fonction des localisations, peuvent avoir des taux de survie identiques, voire inférieurs à ceux des territoires ultra-marins.

Les écarts de survie, 5 ans après le diagnostic, varient de - 20 points de pourcentage pour le cancer du corps de l'utérus à + 1 point de pourcentage pour le cancer de la prostate.

Ainsi, les différences de survie nette standardisée (SNS) à 5 ans comparée à la moyenne hexagonale² sont significatives pour 7 des localisations étudiées et en défaveur de la Guadeloupe. Il s'agit des cancers du corps de l'utérus (55 % en Guadeloupe vs 77 % pour l'Hexagone), de l'œsophage (5 % vs 17 %), de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx (35 % vs 45 %), du sein (79 % vs 88 %), de l'ensemble « myélome multiple et plasmocytomes » (51 % vs 60 %) du côlon, du rectum et de l'anus (57 % vs 63 %) et du poumon (14 % vs 20 %).

En revanche, il n'y a pas de différence significative pour 3 cancers. La SNS à 5 ans est donc comparable pour les cancers du col de l'utérus (57 % vs 63 %), le cancer de l'estomac (30 %) et pour le cancer de la prostate, légèrement plus favorable pour la Guadeloupe (94 % vs 93 %).

Comme en France hexagonale, la survie diminue avec l'âge au diagnostic. En Guadeloupe, la survie nette à 5 ans baisse lorsque l'âge au diagnostic augmente pour la quasi-totalité des localisations étudiées.

Par exemple, pour le cancer du corps de l'utérus, une femme diagnostiquée à l'âge de 50 ans présente une survie nette à 5 ans de 72 % ; celle-ci baisse à 41 % pour une femme diagnostiquée à 80 ans. La survie nette à 5 ans diminue, pour les cancers de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx, de 43 % à 50 ans à 33 % à 70 ans.

Déterminants de santé et prévalence des maladies chroniques : des éléments à prendre en compte dans la lutte contre les cancers en Guadeloupe

Certaines caractéristiques, propres au territoire et à leurs résidents, peuvent en partie éclairer ces résultats et les différences observées avec l'Hexagone sans pour autant les expliquer. Une participation moins importante aux dépistages organisés des cancers, un retard dans le recours ou dans l'accès aux soins, une prévalence plus élevée de certaines maladies chroniques ou encore un statut socio-économique défavorisé sont autant de facteurs pouvant impacter négativement la santé des populations.

Des dépistages en vue de réaliser des diagnostics plus précocement et une participation aux dépistages organisés à améliorer

Lorsque l'on s'intéresse plus spécifiquement aux localisations, dont les SNS sont inférieures à celles de la moyenne hexagonale³, plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ces différences.

Pour le cancer du corps de l'utérus, on observe un écart de survie nette standardisée à 5 ans avec l'Hexagone de 20 points en défaveur de la Guadeloupe (55 %). Ce n'est qu'après 75 ans que les écarts de survie nette se réduisent. Ils s'expliquent par des taux de mortalité plus élevés pour tous les âges jusqu'à 3 ans après le diagnostic.

² Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

³ Ibid.

Il convient, pour ce cancer, de considérer l'hétérogénéité des tumeurs présentant des caractéristiques histopathologiques distinctes et ayant des pronostics différents. Ainsi, les écarts de survie peuvent s'expliquer par une répartition différente de sous-types histologiques, des diagnostics à des stades plus avancés et l'existence de comorbidités.

Pour le **cancer de l'œsophage**, l'écart de SNS à 5 ans est de **12 points inférieur** à celui de la moyenne hexagonale⁴ (5 % vs 17 %). Il peut s'expliquer par des diagnostics à un stade plus avancé de la maladie, des délais de prise en charge plus longs et par la lourdeur de certains traitements dans un contexte de patients déjà fragilisés.

Pour les **cancers de l'ensemble « lèvre-bouche-pharynx »**, la SNS à 5 ans en Guadeloupe (35 %) est **inférieure de 10 points**, pour les 2 sexes, comparée à la moyenne hexagonale⁵ observée (45 %). Principaux facteurs de risque de ces cancers, les consommations d'alcool et de tabac⁶, plus faibles en Guadeloupe que dans l'Hexagone, ne peuvent expliquer cet écart. Cela pourrait être dû à des diagnostics à un stade plus avancé, plus fréquemment observé au sein d'une population plus précaire qu'en France hexagonale.

Pour les **cancers du sein et les « myélomes multiples et plasmocytomes »**, la SNS à 5 ans est **inférieure de 9 points** comparée à la moyenne de l'Hexagone⁷ :

- pour le premier, les écarts les plus importants sont observés pour les femmes de 60 ans (82 % en Guadeloupe vs 92 % dans l'Hexagone) et celles de 70 ans (76 % vs 87 %). Une participation moins élevée au dépistage organisé du cancer du sein (sur la période de l'étude) sur ces tranches d'âge pourrait expliquer en partie ces différences. En Guadeloupe, les taux de dépistage organisé chez les femmes de 60 et 70 ans étaient respectivement inférieurs de 3 et 7 points à ceux de la France hexagonale⁸. Les dernières données indiquent un taux de participation plus proche du taux national ; il est de 45,1 % en 2021/2022 vs 47,7 % au niveau national⁹ ;
- pour le second, la survie nette à 5 ans est inférieure à tous les âges sauf pour les personnes de 80 ans. Cette différence observée chez les plus jeunes patients pourrait être liée à un accès moindre aux molécules innovantes, un retard dans le temps pour leur utilisation ou une inclusion moindre dans les essais cliniques. La construction de la filière d'oncohématologie se renforce à partir du Centre Hospitalier Universitaire de la Guadeloupe à Pointe-à-Pitre.

Pour les **cancers du poumon**, de l'ensemble « **côlon, rectum et anus** », et du **col de l'utérus**, la SNS à 5 ans est de **6 points inférieure** à la moyenne de l'Hexagone¹⁰. Elle est, en Guadeloupe, de 14 % pour le cancer du poumon et de 57 % pour l'ensemble « **côlon, rectum et anus** » et le **col de l'utérus**. Ces écarts peuvent s'expliquer :

- pour le **cancer du poumon**, par la distribution des types histologiques qui montre une proportion plus élevée d'adénocarcinomes que dans l'Hexagone et d'autres facteurs pronostiques de survie en lien avec les activités professionnelles et des facteurs environnementaux¹¹ ;
- pour les **cancers du côlon, du rectum et de l'anus**, en grande partie par une mortalité en excès plus importante juste après le diagnostic, reflétant la difficulté de prise en charge précoce de ce cancer, et principalement pour les âges les plus élevés.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Il est important de noter qu'en Guadeloupe, la prévalence quotidienne [du tabac](#) et [d'alcool](#) est inférieure à celle de l'Hexagone. Source BEH Santé publique France.

⁷ Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

⁸ Les données de participation indiquées ici sont celles correspondant à la période d'analyses des données de survie (source Santé publique France) : Plaine J et al. [Évaluation de la performance du programme du dépistage organisé du cancer du sein : résultats et évolution des indicateurs de performance dans les DROM](#). 2023.

⁹ Source Santé publique France. Données également disponibles sur <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

¹⁰ Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

¹¹ Danièle Luce : Cabréra, L., Auguste, A., Michineau, L., Joachim, C., Deloumeaux, J., Luce, D. Lung Cancer in the French West Indies: Role of Sugarcane Work and Other Occupational Exposures (2022) International Journal of Environmental Research and Public Health, 19 (20), art. no. 13444, .

Par contre le taux de dépistage¹² est, depuis 2012, plus élevé en Guadeloupe que dans l'Hexagone, aussi, il ne peut expliquer ces écarts de survie (sur la période 2016 – 2017, le taux de participation était de 36,5 % en Guadeloupe vs 33,1 % dans l'Hexagone) ;

- pour le cancer du col de l'utérus, par l'absence du dépistage organisé sur la période étudiée. La survie nette à 5 ans est très inférieure à celle de l'Hexagone pour les patientes diagnostiquées avant 60 ans, et supérieure pour celles diagnostiquées après 80 ans.

Enfin, deux localisations ont une SNS similaire ou égale à celle de la moyenne de l'Hexagone¹³. Il s'agit du cancer de la prostate dont la survie nette standardisée à 5 ans est de 94 % en Guadeloupe (vs 93 %). Une mortalité en excès est observée pour les hommes de 50 ans dans la première année au diagnostic et à tous les temps du diagnostic pour ceux de 80 ans. Celle du cancer de l'estomac (30 %) est égale à la moyenne de l'Hexagone¹⁴, malgré une incidence plus élevée dans l'ensemble des Antilles.

Par ailleurs, le territoire souffre d'un déficit de médecins spécialistes en oncologie et d'un taux d'équipement en IRM inférieur à celui de l'Hexagone. Ces déficits impactent négativement les délais de prises en soins des patients atteints de cancer. Par exemple, dans l'attente de l'autorisation de chirurgie oncologique thoracique prévue au schéma régional de santé (SRS) 2023-2028 et de la structuration de la filière, la prise en charge chirurgicale du cancer du poumon est majoritairement réalisée en dehors du territoire.

Une forte prévalence de certaines maladies chroniques

La prévalence de certaines maladies chroniques majeure les risques de comorbidités susceptibles de réduire la survie des personnes atteintes d'un cancer.

En Guadeloupe, la prévalence du diabète connu (auto-déclaré) était en 2021 de 12 % en population adulte¹⁵, soit deux fois plus élevée que celle estimée dans l'Hexagone (étude Esteban 2016). De plus, la prévalence de l'hypertension déclarée était de 29,9 % en Guadeloupe en 2021 versus 20 % en France hexagonale¹⁶. Enfin, la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires place la Guadeloupe en seconde position (après la Réunion) des départements les plus touchés : ce type de mortalité est significativement supérieur, sur le territoire guadeloupéen, au taux moyen national (et plus marqué chez les femmes).

Cette problématique de la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est à relier à l'importance notable de la surcharge pondérale (57 % des Guadeloupéens sont concernés, 63 % des femmes et 49 % des hommes, parmi eux 23 % sont obèses). Ceci est plus marqué à Saint-Martin où 26,3 % des enfants (12,6 % en Guadeloupe) sont en situation de surcharge pondérale¹⁷.

Repères démographiques et socio-économiques

La Guadeloupe, archipel constitué de 5 groupes d'îles¹⁸, a une population de 387 629 habitants au 1er janvier 2018. Celle-ci enregistre chaque année depuis 2013, une décroissance moyenne de 0,7 % liée majoritairement au départ des 18/25 ans non compensée par le solde naturel qui recule depuis une trentaine d'années.

¹² Les données de participation indiquées ici sont celles correspondant à la période d'analyses des données de survie. [Les données plus récentes indiquent un taux de participation de 21,4 % sur la période 2021 – 2022 en Guadeloupe et de 34,3 % au niveau national](#). Source Santé publique France. Données également disponibles sur <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

¹³ Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Hernandez H, Piffaretti C, Gautier A, Cosson E, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(20-21):424-31. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_2.html

¹⁶ Olié V, Gabet A, Grave C, Gautier A, Blacher J. Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(8):138-47. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/8/2023_8_2.html

¹⁷ [Données issues du Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028 de l'ARS Guadeloupe](#)

¹⁸ Grande-Terre et Basse-Terre, Marie-Galante, la Désirade et l'archipel des Saintes. À noter la particularité de sa composante caraïbe, la population en Guadeloupe se caractérise historiquement par une grande diversité ethnique issue d'apports historiques et successifs de populations.

[Selon l'Insee](#), en 2020, 34,5 % de la population guadeloupéenne vit au-dessous du seuil de pauvreté national. La pauvreté touche particulièrement les chômeurs, les familles monoparentales et les ménages jeunes. Pour les plus modestes, les prestations sociales sont la principale source de revenus.

En 2022, en moyenne, le taux de chômage s'établit en Guadeloupe à 18,6 % de la population active (en emploi ou au chômage) âgée de 15 ans ou plus. Il est en hausse de 1,5 point par rapport à 2021 et reste plus de deux fois supérieur au taux de chômage national (7,3 %).

Or, il a été observé que la survie des personnes atteintes de cancer tend à être plus basse chez celles vivant dans les environnements socio-économiques les plus défavorisés¹⁹. De nombreux facteurs peuvent l'expliquer, telles que les difficultés d'accès au système de soins (dépistages, diagnostics précoces, délais et certaines modalités d'accès aux traitements), ou les caractéristiques des patients (comorbidités, comportements à risques, facteurs psychosociaux).

De plus, selon l'enquête Santé DOM 2019 publiée en septembre 2021 par l'Insee, trois Guadeloupéens sur 10 ont retardé ou renoncé à un soin médical pour les raisons suivantes : des délais d'attente trop longs, des coûts trop élevés, des problèmes de transport ou simplement par absence de spécialistes. Ainsi, un Guadeloupéen sur six (17 %) a dû renoncer à des soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières (soins médicaux, dentaires, médicaments, psychologiques, optique et auditif) : c'est trois points de plus qu'en France métropolitaine (hors renoncement pour des soins optiques ou auditifs).

Une mobilisation nationale et territoriale dans les politiques de lutte contre les cancers

De par leur situation géographique, les outre-mer doivent être en mesure de proposer à leurs résidents une offre de santé adaptée et de qualité. **La stratégie décennale de lutte contre les cancers dans son axe 4 "S'assurer que les progrès bénéficient à tous" prévoit une mesure spécifique à destination de ces territoires.** Il s'agit d'adapter les actions de lutte contre les cancers, de garantir la coordination de l'ensemble des acteurs, notamment grâce au numérique, de soutenir en lien avec l'Hexagone les coopérations dans les zones ultramarines que ce soit en prévention, soins, recherche, d'assurer l'équité d'accès aux soins tout au long du parcours et de développer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé.

Dans ce cadre, l'Institut national du cancer, le registre des cancers de la Guadeloupe et Santé publique France travaillent en étroite collaboration avec l'Agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy (ARS).

L'ARS a déployé une déclinaison de la stratégie décennale pour adapter les mesures et actions aux spécificités afin de mieux répondre au contexte territorial.

La feuille de route régionale 2021/2025 témoigne de son ambition forte en matière de lutte contre les cancers. Pilotée et mise en œuvre par l'ARS, en collaboration avec les acteurs de cancérologie, elle vise à réduire l'impact des cancers sur la santé et la vie des Guadeloupéens, en s'attachant à relever plusieurs défis.

Il s'agit **d'améliorer la prévention vis-à-vis des addictions** (tabac, alcool, cannabis), en développant une alimentation équilibrée ainsi que l'activité physique et en luttant contre les risques infectieux (dont les virus HPV) notamment en milieu scolaire. Les pointes d'efforts attendues visent à **renforcer la prévention et l'alerte sur les risques de cancers liés au travail ou à l'environnement**, à **augmenter la participation des populations aux dépistages organisés** des cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus et à renforcer l'attractivité du territoire pour diminuer les zones de sous densité médicale. Avec l'appui du milieu associatif, **la qualité de vie des personnes atteintes de cancer** (et leurs aidants) constitue **un axe majeur de la politique régionale**. Cela passe notamment par une meilleure information, la mise à disposition de soins de support pour mieux vivre la maladie et les traitements ainsi que l'amélioration des conditions de prise en charge, quel que soit le lieu de vie du patient.

¹⁹ Tron L, Belot A, Fauvernier M, Remontet L, Bossard N, Launay L, Bryere J, Monnereau A, Dejardin O, Launoy G; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Socioeconomic environment and disparities in cancer survival for 19 solid tumor sites: An analysis of the French Network of Cancer Registries (FRANCIM) data. *Int J Cancer*. 2019 Mar 15;144(6):1262-1274. doi: 10.1002/ijc.31951. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30367459. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30367459/>

Par ailleurs, le SRS 2023-2028 a prévu des modifications de l'offre de soins notamment dans les domaines de la « médecine nucléaire » et du « Traitement du cancer ». La Guadeloupe devrait s'enrichir à la fin du SRS d'un TEP Scan et d'une gamma caméra supplémentaires ainsi que d'une offre de curiethérapie et de chimiothérapie sur l'île de Marie-Galante. Par ailleurs, le nombre d'équipements d'imagerie en coupe (Scanners et IRM) installés ou à venir a évolué favorablement depuis ces 2 à 3 dernières années. Sur la durée du SRS, les projections en termes d'équipement d'imagerie médicale pour l'archipel sont de 12 scanners et 6 IRM. Les titulaires d'autorisations pourront en outre développer leur parc jusqu'à 3 appareils par site d'implantation.

Enfin, dans le cadre du [Comité Interministériel des outre-mer](#) qui s'est tenu le 18 juillet 2023 à Matignon, la Première ministre a annoncé une mesure dédiée à la cancérologie (mesure 25). Celle-ci prévoit de :

« Réduire les délais de prise en charge des cancers Les quatre types de cancers les plus prégnants en outre-mer sont les cancers du côlon-rectum, du sein, du col de l'utérus et de la prostate. Pour ces quatre pathologies, les moyens de prévention et de détection précoce seront doublés en outre-mer. Pour les malades du cancer, l'accès aux soins dans des délais rapides constitue un enjeu majeur justifiant la mise en œuvre de coopérations entre établissements de santé pour renforcer la structuration de l'offre existante. Un plan d'action sera finalisé début 2024 pour réduire significativement les délais de prise en charge des cancers ».

Présentation des résultats : trois catégories de pronostic selon la survie nette standardisée à 5 ans

Les différentes localisations étudiées ont été présentées en trois groupes définis en fonction de la survie nette standardisée (SNS) à 5 ans sur la période 2008 – 2018 :

- pronostic favorable : SNS à 5 ans supérieure à 65 % ;
- pronostic intermédiaire : SNS à 5 ans comprise entre 33 % et 65 % ;
- pronostic défavorable : SNS à 5 ans inférieure à 33 %.

Les indicateurs de l'étude : définitions

- La **survie observée** correspond à la proportion de personnes encore vivantes à un temps donné après le diagnostic, toutes causes de décès confondues.
- La **survie nette** est la survie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer ; elle découle directement du taux de mortalité en excès. Pour contrôler les variations de structures d'âges, la survie nette 'tous âges' est standardisée sur l'âge.
- Le **taux de mortalité en excès** est estimé via une modélisation statistique par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale.

Ces deux indicateurs (survie nette et taux de mortalité en excès) permettent des comparaisons entre sexe, âge, année ou pays qui ne sont pas affectés par des différences de mortalité due aux autres causes que le cancer étudié.

Les partenaires du programme



- [Télécharger le rapport « Survie des personnes atteintes de cancer en Guadeloupe 2008-2018 »](#)
- Télécharger la [note méthodologique](#) et les [compléments](#)

CONTACTS PRESSE

Institut national du cancer
Lydia Dauzet - 01 41 10 14 44
Juliette Urvoy - 01 41 10 14 41
presseinca@institutcancer.fr
06 20 72 11 25

Santé publique France
Stéphanie Champion - 01 41 79 67 48
Camille Le Hyaric - 01 41 79 68 64
presse@santepubliquefrance.fr

Agence régionale de santé La Guadeloupe
CitronMer Communication
Loïc Bauduin - 0590 99 14 62
bauduin@citronmer.com