

Citer cet article :

Grenier C, Erouart S, Blanchard M, Kouam L, Gonano F, Teyssandier M, Martel M. Investigation d'un syndrome collectif inexpliqué dans un foyer d'accueil : approche pluridisciplinaire et enseignements. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(8):141-8. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026\\_8\\_2.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026_8_2.html)

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



> ARTICLE // Article

## ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER COLORECTAL EN GUYANE FRANÇAISE DE 2003 À 2017 : UNE ANALYSE DESCRIPTIVE ET SPATIALE À PARTIR DES DONNÉES DU REGISTRE DES CANCERS

// EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN FRENCH GUIANA FROM 2003 TO 2017: A DESCRIPTIVE  
AND SPATIAL ANALYSIS BASED ON DATA FROM THE CANCERS REGISTRY

Sarah Bailly<sup>1</sup> ([sarah.bailly@ch-cayenne.fr](mailto:sarah.bailly@ch-cayenne.fr)), Alolia Aboikoni<sup>2</sup>, Qiannan Wang<sup>1</sup>, Meg Rouvreau<sup>1</sup>, Hakim Amroun<sup>3</sup>,  
Dominique Louvel<sup>2</sup>, Mathieu Nacher<sup>1</sup>, Kinan Drak Alsibai<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Registre des cancers de Guyane (RCan Guyane), Institut santé des populations en Amazonie (Isipa), Centre hospitalier universitaire (CHU) de Guyane, Cayenne

<sup>2</sup> Service de médecine gastro-entérologie, CHU de Guyane, Cayenne

<sup>3</sup> Service de chirurgie viscérale et digestive, CHU de Guyane, Cayenne

Soumis le 15.09.2025 // Date of submission: 09.15.2025

### Résumé // Abstract

En Guyane française, territoire marqué par de fortes disparités sociodémographiques et géographiques, l'incidence du cancer colorectal (CCR) a été très peu documentée malgré son enjeu majeur de santé publique. Cette étude vise à décrire l'épidémiologie du CCR en Guyane française de 2003 à 2017.

Nous avons analysé l'ensemble des cas incidents de CCR enregistrés par le Registre des cancers de Guyane entre 2003 et 2017. L'analyse a porté sur la répartition des cas selon le sexe, l'âge et les territoires de santé. Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale (TSM) ont été calculés et les tendances temporelles et spatiales ont été examinées.

Un total de 464 cas de CCR a été recensé sur la période étudiée. Le TSM a diminué en moyenne de 3,3% par an, passant de 20,1 cas à 12,6 pour 100 000 personnes-années. Cette tendance masque des dynamiques opposées : une baisse moyenne annuelle de 8,4% chez les femmes et une augmentation moyenne de 2,2% par an chez les hommes. Le taux spécifique a progressé d'environ 2,4% par an chez les 50-64 ans et une tendance à la hausse a été observée dans la tranche des 40-49 ans (+3,3% par an chez les hommes, +1,1% par an chez les femmes) sur la période 2003-2017. L'analyse spatiale a révélé une forte concentration des cas dans le Centre Littoral (88% des cas), avec un TSM cinq fois supérieur à celui du territoire du Maroni.

Ces résultats mettent en évidence des contrastes épidémiologiques marqués du CCR en Guyane française, notamment selon le sexe et la géographie. L'augmentation de l'incidence chez les hommes et la forte concentration des cas dans les zones littorales soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de dépistage et de prévention. Une surveillance particulière est requise pour le CCR précoce chez les jeunes adultes, une tendance émergente qui pourrait justifier une adaptation des recommandations à l'avenir.

*In French Guiana, a territory marked by pronounced sociodemographic and geographic disparities, the incidence of colorectal cancer (CRC) has been scarcely documented despite its major public health importance. This study aims to describe the epidemiology of CRC in French Guiana from 2003 to 2017.*

*We analyzed all incident cases of CRC recorded by the French Guiana cancers Registry between 2003 and 2017. The analysis focused on the distribution of cases by sex, age, and health territories. Age-standardized incidence rates (ASIR) were calculated, and temporal and spatial trends were examined.*

*A total of 464 CRC cases were recorded during the study period. The overall ASIR decreased by 3.3% per year, from 20.1 to 12.6 per 100,000. However, this trend conceals opposing dynamics: a mean annual decrease*

of 8.4% among women and an increase of 2.2% among men. Incidence increased among individuals aged 50-64 years (+2.4% per year), and an upward trend was also observed in the 40-49 age group (+3.3% per year in men and +1.1% in women). The spatial analysis revealed a strong concentration of cases in the Central Coastal territory (88% of cases), with an ASIR five times higher than in the Maroni health territory.

These findings highlight significant epidemiological disparities in CRC in French Guiana, particularly by sex and geography. The increase in incidence among men and the high concentration of cases in coastal areas underscore the need to strengthen screening and prevention strategies. Particular attention is required for early-onset CRC in young adults, an emerging trend that may warrant adapting future recommendations.

---

**Mots-clés :** Cancer colorectal, Épidémiologie, Incidence, Disparités géographiques, Guyane française  
**// Keywords:** Colorectal cancer, Epidemiology, Incidence, Geographic disparities, French Guiana

---

## Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est la troisième cause de cancer incident et la deuxième cause de décès par cancer dans le monde, avec près de deux millions de nouveaux cas et plus de 900 000 décès estimés en 2020<sup>1</sup>. Les données internationales montrent de fortes disparités d'incidence et de mortalité selon les régions du monde et le niveau de revenu des pays, traduisant des différences d'exposition aux facteurs de risque, d'accès au dépistage et aux soins<sup>1,2</sup>. En Guyane, le cancer colorectal est la troisième cause de cancer incident, et la quatrième cause de décès par cancer<sup>3</sup>.

La Guyane française, région ultrapériphérique située en Amérique du Sud, présente un contexte démographique, territorial et sanitaire unique au sein des départements et régions d'outre-mer (DROM). La population guyanaise est plus jeune que celle de la France hexagonale et des autres DROM : l'âge médian est de 25 ans en Guyane française contre 42 ans en France hexagonale. La population guyanaise est constituée à 40% d'habitants de moins de 20 ans<sup>4</sup>. La transition épidémiologique du territoire est rapide mais hétérogène, marquée par la persistance des maladies infectieuses et l'augmentation des pathologies chroniques, dont les cancers<sup>5</sup>.

Plus de 90% de la population guyanaise est concentrée sur le littoral, tandis que l'intérieur du territoire est constitué de grandes zones faiblement peuplées et difficilement accessibles, notamment le long des fleuves Maroni et Oyapock<sup>4</sup>. Cet isolement géographique se traduit par un accès limité aux structures de soins et des inégalités marquées dans le recours au dépistage et aux soins spécialisés<sup>6</sup>. La participation au programme de dépistage organisé du CCR y demeure particulièrement faible : pour la période récente 2022-2023, elle est estimée à environ 9,5% en Guyane contre plus de 20% dans les autres DROM et en France hexagonale<sup>7</sup>. Ces contrastes territoriaux constituent un enjeu majeur de santé publique.

Cette situation est complexifiée par une forte diversité culturelle et linguistique, avec la cohabitation de populations créoles, amérindiennes, noirs marrons, hmongs, brésiliennes ou encore surinamaises<sup>8</sup>. Cette pluralité s'accompagne de représentations et de parcours de soins hétérogènes, susceptibles d'influencer le recours à la prévention, au

dépistage et au diagnostic<sup>9</sup>. Les dimensions socio-culturelles constituent ainsi un élément structurant du contexte dans lequel s'inscrit la prise en charge du CCR en Guyane, et distinguent ce territoire des autres DROM.

Malgré l'existence depuis 2005 d'un registre des cancers, membre du réseau France cancer incidence et mortalité (Francim)<sup>(1)</sup>, dont l'objectif principal est d'assurer une surveillance à partir de données de qualité, celles publiées décrivant l'incidence et la distribution du CCR en Guyane française restent limitées. Le registre des cancers de Guyane constitue une source unique permettant d'exposer, de manière exhaustive et cartographique, l'incidence du CCR en Guyane française entre 2003 et 2017, selon le sexe, l'âge et les communes de Guyane. Ce travail vise à mieux caractériser les dynamiques temporelles et spatiales de l'incidence du CCR dans un territoire en pleine transition, afin de contribuer à l'adaptation des stratégies de prévention et de dépistage.

## Matériel et méthodes

### Source de données

Les données utilisées proviennent du Registre des cancers de Guyane, évalué par le Comité national des registres (CNR) et membre du réseau Francim. Le registre collecte de manière exhaustive depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, les cas incidents de cancers diagnostiqués chez les personnes résidant en Guyane depuis au moins 3 mois, à partir de multiples sources de données comme par exemple l'anatomopathologie, les comptes rendus opératoires et d'endoscopie, les imageries ou encore le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le chaînage inter-sources repose sur l'appariement nominatif selon les règles de Francim, avec détection et suppression des doublons, puis validation manuelle. La qualité des données est assurée par des contrôles réguliers de cohérence et de complétude.

### Critères d'inclusion

Tous les cas de CCR invasif enregistrés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et le 31 décembre 2017 ont été retenus. Les cas inclus correspondent aux codes

---

<sup>(1)</sup> Le réseau français des registres du cancer. <https://www.francim-reseau.org>

de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O), 3<sup>e</sup> édition : C18 (côlon), C19 (jonction recto-sigmoïdienne) et C20 (rectum) ; avec la morphologie M-8220/3. Les tumeurs bénignes, in situ et les métastases n'ont pas été incluses.

### Analyse statistique

Des taux d'incidence bruts (TB) ont été calculés à partir des données de populations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Des taux d'incidence standardisés sur la population mondiale (TSM) ont été calculés par la méthode directe, avec standardisation sur la population mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>(2)</sup>. Les taux ont été exprimés pour 100 000 personnes-années, avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%). Les taux spécifiques par âge (TSA) ont été calculés en rapportant le nombre de cas au nombre de personnes-années de la population correspondante, exprimés pour 100 000 personnes-années. Les TSA ont été présentés par sexe et par classe d'âge.

Pour faciliter l'analyse, l'interprétation et les comparaisons avec d'autres études, les âges ont été agrégés en catégories basées sur les recommandations de dépistage du CCR en France<sup>10</sup>. Ces regroupements reflètent à la fois les classes d'âges ciblées par le dépistage organisé du CCR (50-74 ans) et les recommandations de l'Institut national du cancer (INCa), tout en permettant d'explorer la problématique émergente des CCR précoces (<50 ans)<sup>11</sup>. Les moins de 50 ans ont été divisés en deux groupes (les moins de 40 ans et les 40-49 ans) pour suivre l'évolution de l'incidence chez les populations jeunes, ce qui est un enjeu de santé publique croissant dans notre territoire.

### Analyse temporelle

Des analyses descriptives ont été menées pour exposer l'évolution temporelle de l'incidence, globalement et selon le sexe et l'âge. La période d'étude de 15 ans a été scindée en trois périodes quinquennales. Les variations moyennes annuelles des taux ont été estimées à partir des différences de TSM rapportées au nombre d'années correspondantes. L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel Stata 19.5<sup>®</sup>.

### Analyse spatiale

L'analyse spatiale de l'incidence du CCR a été réalisée à l'échelle communale. Dans cette analyse, trois cas n'ont pas été pris en compte, en raison de l'absence d'adresse et de commune de résidence. Les résultats ont été représentés sous forme cartographique afin de visualiser la distribution spatiale de l'incidence par commune en Guyane française. Les représentations de la distribution spatiales ont été effectuées avec le logiciel QGIS 3.36<sup>®</sup>.

<sup>(2)</sup> Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). Standard populations (Millions) for age-adjustment. <https://seer.cancer.gov/stdpopulations/>

## Résultats

### Description générale des cas

Entre 2003 et 2017, 464 cas de cancer colorectal ont été enregistrés en Guyane française, avec 252 cas chez les hommes (54,3%) et 212 cas chez les femmes (45,7%). Le nombre de cas annuel variait de 8 à 48, avec un effectif moyen de 31 cas par an. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 62,5 ans (écart-type=13,8), avec un âge médian de 62 ans. La majorité des cas survenait entre 50 et 74 ans (64,6%) avec 40,7% chez les 50-64 ans et 23,9% chez les 65-74 ans. Les moins de 50 ans représentaient 15,5% des cas, tandis que les 75 ans et plus comptaient pour 19,8% des cas.

Le site tumoral le plus fréquent était le côlon (C18) avec 74,8% des cas, suivi du rectum (C20) avec 16,8%, et enfin de la jonction recto-sigmoïdienne (C19) avec 8,4% des cas enregistrés sur la période étudiée (tableau 1).

### Analyse temporelle de l'incidence

Au cours de l'année 2003, le TSM s'élevait à 20,1 cas pour 100 000 personnes-années, contre 12,6 en 2017, correspondant à une diminution de la moyenne annuelle de 3,3%. Lorsqu'on regroupe les années en périodes quinquennales, le TSM passait de 18,1 en 2003-2007 à 20,5 en 2008-2012, soit une augmentation moyenne de 2,5% par an. Entre la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> période, le TSM a légèrement diminué (-0,8%) (tableau 2).

### Analyse selon le sexe

Sur l'ensemble de la période d'étude, l'effectif annuel moyen est de 17 cas chez les hommes et 14 chez les femmes. Le TSM du CCR était plus élevé chez les hommes (21,5 cas pour 100 000 personnes-années) que chez les femmes (17,4 pour 100 000 personnes-années). Chez les femmes, le TSM a diminué en moyenne de 8,4% par an tandis que chez les hommes, il a augmenté en moyenne de 2,2% par an. Ces tendances reflètent

Tableau 1

### Répartition des cas de cancer colorectal par sexe, tranche d'âge et site tumoral, Guyane française, 2003-2017

	Effectif total (n=464)	Hommes (n=252)	Femmes (n=212)
<b>Groupes d'âges</b>			
<40 ans	24 (5,2%)	10 (3,4%)	14 (6,6%)
40-49 ans	48 (10,3%)	22 (8,7%)	26 (12,3%)
50-64 ans	189 (40,7%)	112 (44,4%)	77 (36,3%)
65-74 ans	111 (23,9%)	71 (28,2%)	40 (18,9%)
75 ans et plus	92 (19,8%)	37 (14,7%)	55 (25,9%)
<b>Site tumoral</b>			
Côlon	347 (74,8%)	178 (70,6%)	169 (79,7%)
Rectum	78 (16,8%)	51 (20,2%)	27 (12,7%)
Jonction recto-sigmoïdienne	39 (8,4%)	23 (9,1%)	16 (7,5%)

## Incidence du cancer colorectal en Guyane française, selon trois périodes quinquennales de 2003 à 2017

Période	Sexe	Cas observés	TB (pour 100 000 personnes-années)	TSM (pour 100 000 personnes-années)	TSM IC95% (min-max)
2003-2007	Hommes	51	10,1	16,9	[12,3-21,5]
	Femmes	61	12,0	19,3	[14,5-24,2]
	Total	112	11,0	18,1	[14,8-21,5]
2008-2012	Hommes	88	15,2	23,9	[18,9-28,9]
	Femmes	69	11,8	17,1	[13,0-21,1]
	Total	157	13,5	20,5	[17,3-23,7]
2013-2017	Hommes	113	17,4	23,6	[19,3-28,0]
	Femmes	82	12,4	15,7	[12,3-19,2]
	Total	195	14,9	19,7	[16,9-22,5]
2003-2017	Hommes	252	14,6	21,5	[18,8-24,1]
	Femmes	212	12,1	17,4	[15,0-19,7]
	Total	464	13,3	19,4	[17,7-21,2]

Taux bruts et taux standardisés (population mondiale OMS) pour 100 000 personnes-années.

TB : taux d'incidence bruts ; TSM : taux d'incidence standardisés sur la population mondiale ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

une divergence de l'évolution de l'incidence selon le sexe au cours de la période étudiée (tableau 2).

### Analyse selon les groupes d'âges

L'analyse selon l'âge montre que les taux les plus élevés sont observés chez les personnes de 75 ans et plus, avec un taux (tout sexe confondu) de 153,3 cas pour 100 000 personnes-années sur la période 2003-2017. Dans cette classe d'âge, une augmentation annuelle moyenne de 3,1% a été notée chez les hommes (figure 1). Chez les 65-74 ans, la tendance est à la baisse chez les femmes (-5,3% par an). Dans cette même classe d'âge, les TSA culminaient à 174,1 cas pour 100 000 chez les hommes sur la période 2008-2012. La tranche des 50-64 ans suivait avec des taux modérés chez les femmes (environ 40 pour 100 000) et un plateau à 62,4 pour 100 000 chez les hommes. Enfin, malgré des taux faibles chez les moins de 40 ans (<2/100 000), une tendance à l'augmentation a été observée dans le groupe des 40-49 ans, tant chez les hommes (+3,3% par an) que chez les femmes (+1,1% par an).

### Analyse spatiale par commune

Sur l'ensemble de la période 2003-2017, les cas de CCR étaient majoritairement concentrés dans les communes du Centre Littoral, en particulier dans les zones les plus urbanisées (figure 2). Cinq communes n'ont enregistré aucun cas diagnostiqué sur l'ensemble de la période d'étude de 15 ans, notamment dans les territoires du Maroni et de l'Est guyanais. Les TSM présentaient une forte hétérogénéité spatiale à l'échelle communale (figure 2), avec des valeurs allant de 0,48 pour 100 000 personnes-années à Papaïchton, à 33,9 à Sinnamary. Les TSM les plus élevés étaient observés dans plusieurs communes du Centre Littoral : Sinnamary (33,9 pour 100 000 personnes-années), Kourou (29,4), Rémire-Montjoly (26,5) et Cayenne (25,9).

### Discussion

Cette étude, basée sur les données du Registre des cancers de Guyane, analyse et décrit l'évolution temporelle et spatiale de l'incidence du cancer colorectal de 2003 à 2017. En 2017, le TSM du CCR était de 12,6 cas pour 100 000 personnes-années en Guyane française, avec des variations selon le sexe, l'âge et les communes, dans un contexte d'incidence inférieure à celle observée en France hexagonale (32,1 cas pour 100 000 personnes-années)<sup>3</sup>.

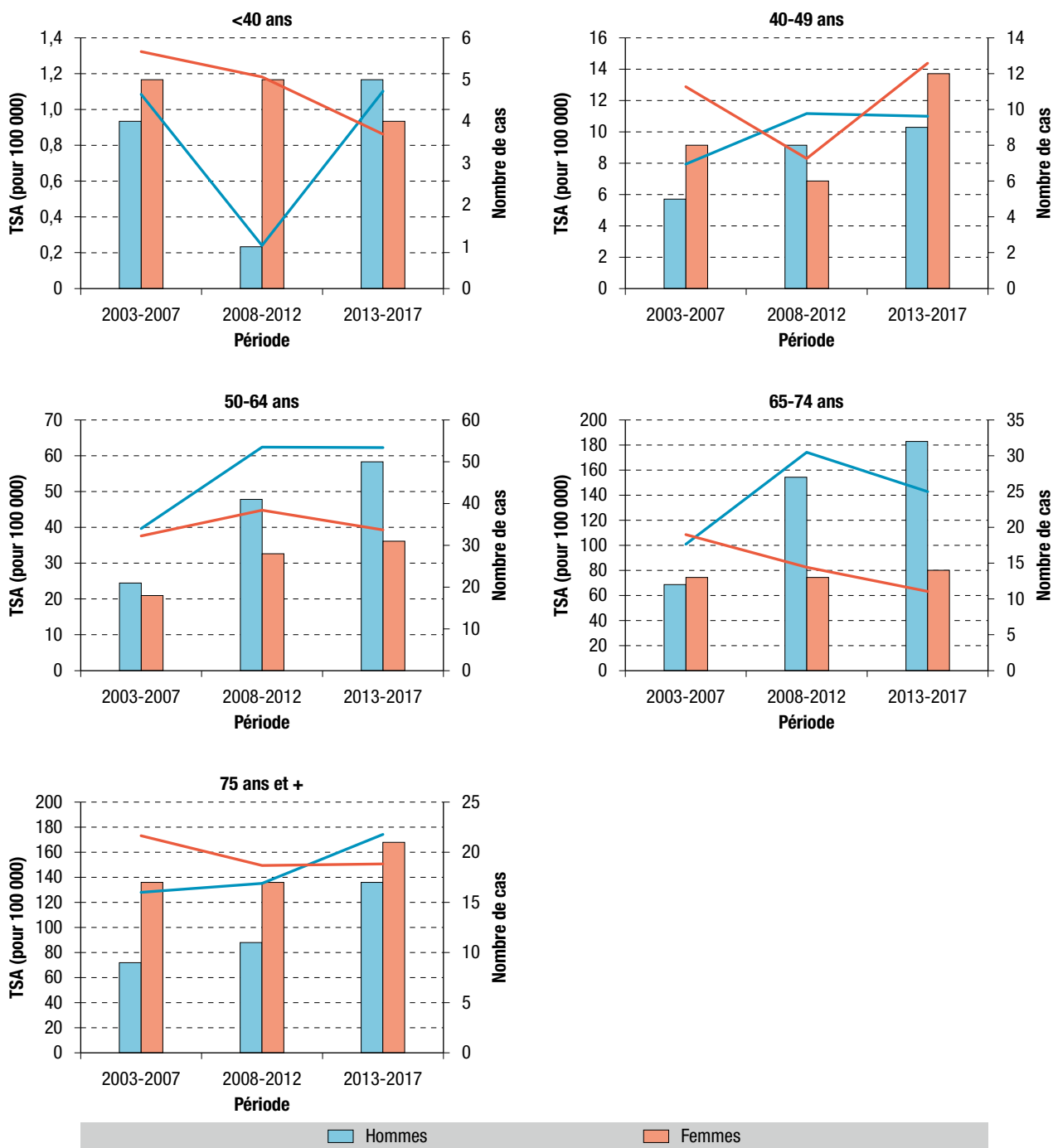
Sur l'ensemble de la période étudiée, l'incidence du CCR était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, avec un TSM moyen de 21,5 cas pour 100 000 personnes-années chez les hommes, contre 17,4 chez les femmes. Dans les Antilles françaises, on observe également un TSM plus élevé chez les hommes, avec des TSM supérieurs à 26 pour les hommes, et compris entre 17 et 20 pour les femmes, sur la période 2007-2014<sup>3</sup>. Cette tendance est la même en France hexagonale avec un TSM de 35,9 pour les hommes et 25,5 pour les femmes<sup>12</sup>.

L'évolution temporelle de l'incidence du CCR observée en Guyane française, révèle des dynamiques contrastées selon le sexe sur la période 2003-2017. Globalement avec les deux sexes, le TSM a diminué en moyenne de 3,3% par an entre 2003 et 2017. Toutefois, des trajectoires divergentes émergent entre les hommes et les femmes. Chez les femmes, le TSM a diminué en moyenne de 8,4% par an, alors que chez les hommes il a augmenté (+2,2% par an). Ces évolutions pourraient refléter des différences d'exposition aux facteurs de risque<sup>13</sup> (surpoids, consommation d'alcool, tabagisme, habitudes alimentaires), ainsi que des comportements de recours au dépistage<sup>14</sup>.

L'analyse par groupes d'âges montre une augmentation nette des taux spécifiques à partir de 50 ans, avec un maximum entre 70 et 74 ans. Cette distribution est

Figure 1

**Analyse temporelle des taux spécifiques d'âge (TSA) et du nombre de cas de cancer colorectal par sexe et périodes quinquennales en Guyane française, 2003-2017**



TSA : taux spécifiques par âge.

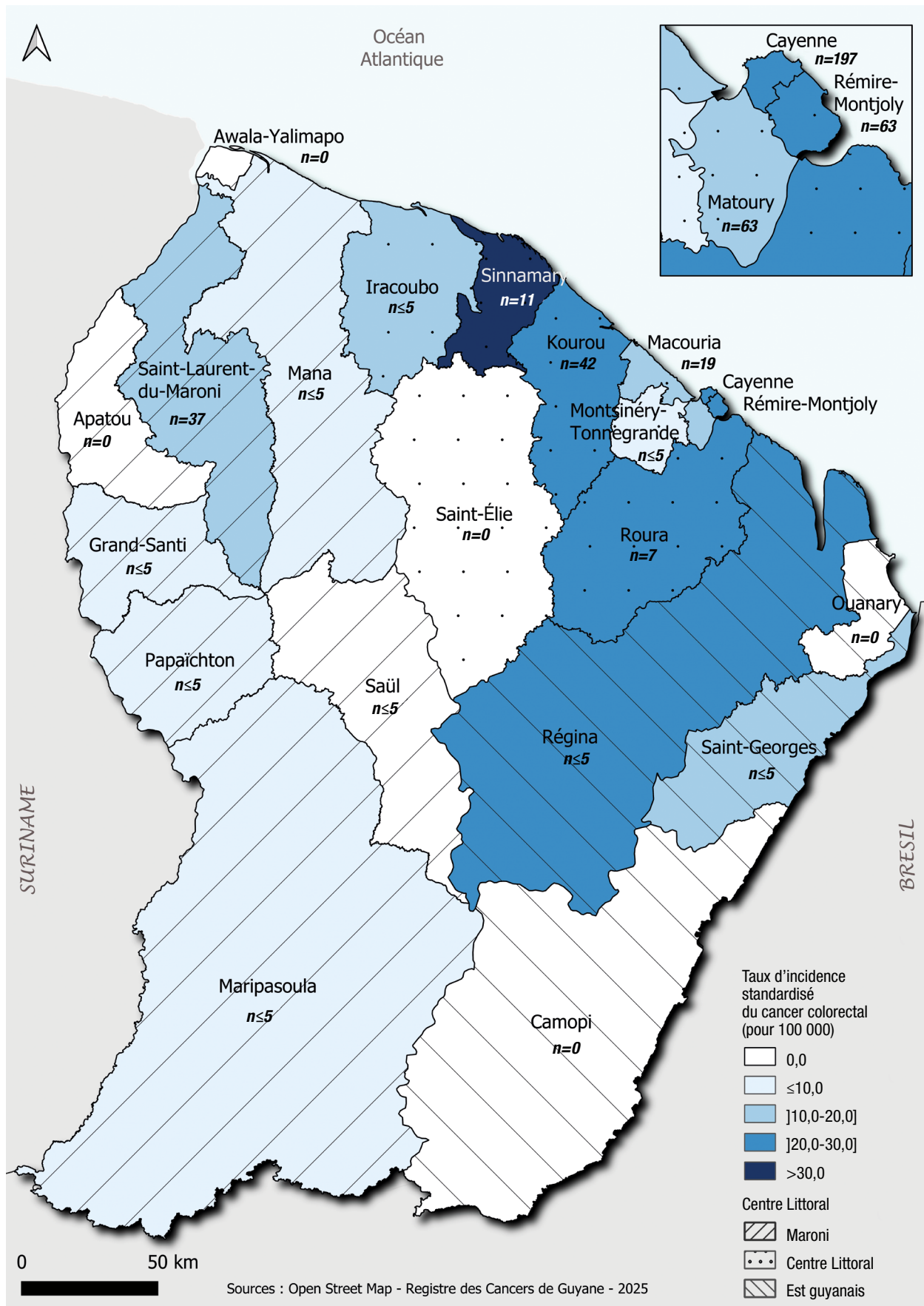
en accord avec les données observées dans d'autres régions, où l'incidence est fortement concentrée après 50 ans, âge à partir duquel débute le programme national de dépistage<sup>10,11</sup>. Une observation notable concerne la présence persistante de cas chez les moins de 50 ans. On remarque une tendance à la hausse des taux dans la tranche des 40-49 ans, particulièrement chez les hommes (+3,3% par an). Cette évolution rejoint les tendances observées en Europe et en Amérique du Nord, où l'incidence du CCR précoce (<50 ans) augmente depuis deux décennies<sup>11-15</sup>. Les cancers colorectaux survenant avant 50 ans sont

plus fréquemment associés à des formes familiales ou à des prédispositions génétiques<sup>16,17</sup>. Néanmoins, en Guyane française, l'identification et l'exploration de ces formes restent limitées par plusieurs facteurs structurels : la complexité des structures familiales, la mobilité géographique importante, la proportion élevée de populations étrangères (notamment surinamaises, brésiliennes et haïtiennes), et l'accès restreint aux enquêtes génétiques en population générale. Ce signal doit être surveillé avec attention, notamment dans un territoire où 40% de la population a moins de 20 ans. La survenue de CCR avant 50 ans, même



Figure 2

Distribution spatiale des taux standardisés du cancer colorectal, en Guyane française, 2003-2017



n : nombre de cas par commune.

à faible taux, est susceptible d'avoir un impact disproportionné en termes de morbidité et mortalité prématurée. Si cette tendance se confirmait, cela pourrait justifier l'adaptation des critères d'âge à partir duquel le dépistage est recommandé. Chez les personnes âgées de 70 ans et plus, l'incidence élevée observée souligne également l'importance de la prise en charge oncogériatrique, afin d'adapter les décisions thérapeutiques à l'état fonctionnel, aux comorbidités et au contexte social, dans un territoire où l'accès aux soins spécialisés peut être complexe.

L'analyse spatiale met en évidence une forte hétérogénéité spatiale de l'incidence du CCR en Guyane française sur la période d'étude. En moyenne les TSM sont 5 fois plus élevés dans le Centre Littoral par rapport au territoire du Maroni. Les communes du Centre Littoral regroupent 88% des cas diagnostiqués. Ces contrastes spatiaux peuvent s'expliquer en partie par la différence majeure d'accessibilité aux soins, de diagnostic et de prise en charge, concentrés dans les trois établissements hospitaliers de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Les zones plus éloignées, accessibles principalement par voie fluviale ou aérienne (comme les communes de Camopi, Maripasoula, Papaïchton), peuvent faire face à des retards diagnostiques importants, malgré la proximité relative de certains centres hospitaliers, notamment dans l'Ouest guyanais. Ce gradient spatial est cohérent avec des observations réalisées dans d'autres contextes, où la distribution spatiale varie selon la densité de population et l'organisation de l'offre de soins<sup>18,19</sup>. Au-delà de l'accessibilité géographique, les résultats suggèrent un rôle possible des contextes culturels et démographiques. Les zones présentant des TSM faibles ou nuls correspondent majoritairement à des territoires à dominante amérindienne ou Noire marronne, tandis que les zones à TSM élevé sont principalement situées dans la sphère urbaine du littoral, caractérisée par des populations créoles, européennes et haïtiennes. L'absence de données ethniques individuelles ne permet pas d'aller au-delà de ces observations. Le recours à des méthodes de lissage spatial, telles que le krigeage, permettrait de mieux visualiser la distribution de l'incidence du CCR, en tenant compte des relations spatiales entre communes, tout en réduisant l'instabilité des estimations dans les zones faiblement peuplées<sup>20</sup>. Cette approche constituerait un outil complémentaire pour l'exploration des inégalités territoriales et l'identification d'éventuels gradients ou zones de concentration du risque.

La période de l'étude couvre une phase de structuration progressive du dépistage du CCR en Guyane, avec la mise en place initiale de l'Association guyanaise du dépistage organisé des cancers (Agedoc), puis la création du Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) en 2018. Si le dépistage organisé du cancer colorectal repose théoriquement sur la réalisation d'un test immunologique fécal (FIT)<sup>(3)</sup> ne nécessitant pas de recours

hospitalier, son accessibilité effective dépend fortement de l'organisation locale des soins, dans un contexte territorial de faible densité médicale et de forte hétérogénéité de l'offre de soins. Les étapes ultérieures du parcours de dépistage – coloscopie en cas de test positif et analyse anatomo-pathologique – sont largement centralisées dans les établissements hospitaliers du territoire, avec parfois une externalisation des examens d'anatomo-pathologie hors de Guyane. Cette centralisation peut allonger les délais diagnostiques et renforcer les inégalités territoriales d'accès à une prise en charge précoce. Les évolutions récentes, notamment la création du CHU de Guyane, le renforcement des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) et l'ouverture d'hôpitaux de proximité, constituent des leviers importants pour réduire les inégalités observées. En Guyane, les données disponibles suggèrent une faible couverture du dépistage organisé du CCR, estimée à 18,8% chez les hommes et 22,1% chez les femmes en 2022<sup>13</sup>, avec un recours majoritaire à l'endoscopie parmi les personnes dépistées. Cette situation pourrait contribuer à une détection plus tardive, et participe probablement aux différences observées d'incidence et de dynamique temporelle.

Cette étude repose sur les données du registre des cancers de Guyane, qui constitue une source exhaustive et standardisée des cas incidents de cancer colorectal sur le territoire, permettant une analyse longitudinale sur une période de 15 ans. L'utilisation de taux standardisés sur l'âge et l'exploitation conjointe d'analyses temporelles (par sexe, par âge et spatiale) représentent un atout majeur pour décrire les dynamiques de l'incidence dans un contexte territorial marqué par de fortes disparités géographiques et démographiques. Toutefois, plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Les faibles effectifs observés dans certaines communes et territoires, liés à la faible densité de population, peuvent entraîner une instabilité des estimations et limiter les comparaisons spatiales fines. L'absence de données individuelles sur l'origine ethnique, le statut migratoire, le niveau socio-économique ou les facteurs de risque comportementaux ne permet pas d'explorer directement le rôle de ces déterminants, pourtant susceptibles d'influencer l'incidence du CCR en Guyane. En outre, les données du registre portent sur les personnes domiciliées en Guyane au moment du diagnostic, sans information détaillée sur les parcours migratoires ou la durée de résidence, ce qui peut introduire un biais de classification de l'exposition aux facteurs environnementaux ou socioculturels.

Ces résultats plaident pour un renforcement du dépistage, en ciblant particulièrement les hommes et les zones isolées, ainsi que pour une meilleure sensibilisation des jeunes adultes. L'adaptation culturelle et linguistique des campagnes de prévention est donc une condition indispensable à l'efficacité des stratégies de dépistage en Guyane française.

<sup>(3)</sup> *Fecal Immunological Test*

## Conclusion

Cette analyse, basée sur les données du Registre des cancers de Guyane, fournit un état des lieux précis de l'épidémiologie du cancer colorectal sur le territoire. Elle révèle des inégalités marquées selon le sexe, l'âge et la géographie. Ces résultats appellent à des stratégies différenciées de prévention : intensifier le dépistage chez les hommes et dans les zones isolées du territoire, tout en renforçant les campagnes de sensibilisation adaptées aux réalités linguistiques et culturelles de la Guyane. Une attention particulière doit être portée à la surveillance de l'incidence précoce (<50 ans), afin d'anticiper d'éventuelles adaptations des recommandations de dépistage. La prévention primaire, l'éducation à la santé et la médiation culturelle jouent un rôle central pour améliorer l'adhésion aux messages de prévention et de dépistage. Dans un territoire qui poursuit sa transition épidémiologique et démographique, les évolutions récentes de l'organisation du système de santé – structuration du CHU, renforcement des hôpitaux de proximité – constituent des perspectives encourageantes pour réduire les inégalités territoriales, et améliorer durablement la prise en charge et la prévention des cancers colorectaux. ■

## Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

## Références

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
- [2] GBD 2019 Colorectal cancer collaborators. Global, regional, and national burden of colorectal cancer and its risk factors, 1990-2019: A systematic analysis for the Global burden of disease study 2019. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022;7(7):627-47.
- [3] Belliardo S, Carvalho L, Andrieu A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Guyane. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 109 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-guyane>
- [4] Institut de la statistique et des études économiques. L'essentiel sur ... la Guyane. Montrouge: Insee; 2026. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4313999>
- [5] Nacher M, Basurko C, Douine M, Lambert Y, Hcini N, Elenga N, et al. The epidemiologic transition in French Guiana: Secular trends and setbacks, and comparisons with continental France and South American countries. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(4):219.
- [6] Valmy L, Gontier B, Parriault MC, Van Melle A, Pavlovsky T, Basurko C, et al. Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:34.
- [7] Santé publique France. Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2022-2023 et évolution depuis 2010. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 10 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal.-periode-2022-2023-et-evolution-depuis-2010>

[8] Droz JP, Couppié P, Fayette J. La cancérologie en Guyane : un défi à gagner. *Bull Cancer.* 2024;111(6):597-607.

[9] Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health.* 2012;12:53.

[10] Institut national du cancer. Dépistage du cancer colorectal. Boulogne Billancourt: INCa. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-colorectal>

[11] Vuik FE, Nieuwenburg SA, Bardou M, Lansdorp-Vogelaar I, Dinis-Ribeiro M, Bento MJ, et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. *Gut.* 2019;68(10):1820-6.

[12] Lapôte-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023\\_12-13\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html)

[13] Nacher M, Basurko C, Imounga LM, Wang Q, Van Melle A, Lucarelli A, et al. Complex sex differences in life expectancy in French Guiana. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(13):6195.

[14] Quintin C, Denis B, Delasalle P, Sengchanh-Vidal S, Quartier MC, Seitz JF. Estimation du taux de couverture du dépistage du cancer colorectal en France en 2022. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(3-4):48-56. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/3-4/2025\\_3-4\\_4.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/3-4/2025_3-4_4.html)

[15] Wong MCS, Huang J, Lok V, Wang J, Fung F, Ding H, et al. Differences in incidence and mortality trends of colorectal cancer worldwide based on sex, age, and anatomic location. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021;19(5):955-66.e61.

[16] Lynch HT, de la Chapelle A. Hereditary colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2003;348(10):919-32.

[17] Butterworth AS, Higgins JPT, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: A meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2006;42(2):216-27.

[18] Thatcher EJ, Camacho F, Anderson RT, Li L, Cohn WF, DeGuzman PB, et al. Spatial analysis of colorectal cancer outcomes and socioeconomic factors in Virginia. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1908.

[19] Darmadi D, Mohammadian-Hafshejani A, Kheiri S. Global disparities in colorectal cancer: Unveiling the present landscape of incidence and mortality rates, analyzing geographical variances, and assessing the human development index. *J Prev Med Hyg.* 2025;65(4):E499-E514.

[20] Goovaerts P. Geostatistical analysis of disease data: Accounting for spatial support and population density in the isopleth mapping of cancer mortality risk using area-to-point Poisson kriging. *Int J Health Geogr.* 2006;5:7.

## Citer cet article

Bailly S, Aboikoni A, Wang Q, Rouvreau M, Amroun H, Louvel D, et al. Épidémiologie du cancer colorectal en Guyane française de 2003 à 2017 : une analyse descriptive et spatiale à partir des données du Registre des cancers. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(8):148-55. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026\\_8\\_3.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026_8_3.html)

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

