

FRANK A.G. ASSOGBA  
FRANÇOISE HAMERS  
DIMITRI LASTIER  
ISABELLE GRÉMY  
NATHALIE BELTZER  
Santé publique France

# **Baromètre santé DOM 2014**

## **Dépistage du cancer colorectal**

## INTRODUCTION

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent dans le monde et la troisième cause de mortalité par cancer en 2012 [1, 2]. L'incidence et la mortalité varient considérablement dans le monde. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés dans les zones géographiques développées (Australie/Nouvelle-Zélande, Europe du Sud, de l'Ouest et du Nord), et les plus bas dans les zones à revenu faible (Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Sud de l'Asie centrale) [3]. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés en Europe centrale et orientale, et les taux les plus faibles dans le Sud de l'Asie centrale, en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest.

Ces disparités géographiques d'incidence et de mortalité observées à l'échelle mondiale sont aussi visibles en France, où les taux varient entre les départements d'outre-mer (DOM) pour lesquels des données sont disponibles (Antilles-Guyane et La Réunion, pas encore de données à Mayotte), et sont plus bas dans ces départements ultramarins qu'en métropole [4-6]. Chez les hommes, la Guadeloupe présente des taux d'incidence standardisés assez proches des taux observés en Martinique et à La Réunion (31,0 cas pour 100 000 hommes-années sur la période 2008-2010 pour la Guadeloupe, 28,9 pour la Martinique et 28,5 pour La Réunion en 2011), mais presque deux fois plus élevés qu'en Guyane (16,7 pour 100 000 hommes-années). En revanche, chez les femmes, les taux d'incidence sont relativement proches entre ces quatre départements (20,7, 21,7, 23,0 et 24,4 pour 100 000 femmes-années respectivement en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique et à La Réunion). En métropole, les taux d'incidence étaient estimés en 2012 à 38,4 pour 100 000 hommes-années et à 23,7 pour 100 000 femmes-années [6].

Le pronostic du cancer colorectal dépend du stade au diagnostic. Le dépistage, en détectant des lésions précancéreuses et des cancers à un stade précoce, permet de traiter ces lésions et ainsi de diminuer la mortalité ainsi que l'incidence du cancer colorectal. En France, le

programme de dépistage organisé initié en 2002 s'est progressivement déployé pour couvrir l'ensemble du territoire national en 2009. Ce programme propose un test de détection de sang occulte dans les selles tous les deux ans aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans ne présentant, outre l'âge, aucun risque particulier de développer ce cancer — absence de signes cliniques évocateurs ou d'antécédents personnels ou familiaux d'adénomes ou de cancer colorectal, de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou de prédispositions génétiques particulières. Ce test est suivi systématiquement d'une coloscopie en cas de résultat positif. Les personnes présentant un risque particulier font l'objet d'un suivi spécifique par un gastroentérologue ou un spécialiste en oncogénétique et ne sont pas concernées par le dépistage organisé. En 2015, le test au gâïac, jusque-là utilisé, a été remplacé par le test immunologique.

Depuis la mise en œuvre du dépistage organisé, la participation au programme demeure insuffisante, se situant bien en dessous du seuil minimal acceptable de 45 % fixé par les recommandations européennes [7]. Pour la période 2012-2013 par exemple, les données d'évaluation du programme indiquent que les taux de participation sont particulièrement bas en Guyane (17,4 %) et à La Réunion (22,7 %) par rapport à la Martinique (29,1 %) et à la Guadeloupe (33,1 %), où ils sont assez proches du taux observé au niveau national (31,0 %). Le sexe, l'âge, le statut marital, la fragilité financière et la gêne vis-à-vis de la manipulation des selles sont autant de facteurs pouvant expliquer cette faible participation des personnes au dépistage du cancer colorectal par le test au gâïac [8, 9]. La présente étude s'appuie sur des données déclaratives issues de l'enquête Baromètre santé réalisée dans les DOM en 2014, pour déterminer, pour chaque DOM, les facteurs associés à la déclaration de pratique du test de dépistage du cancer colorectal à profil sociodémographique, état de santé, recours aux soins et comportements de santé et culturels identiques entre départements.

## INFORMATIONS

L'enquête Baromètre santé a été réalisée dans les DOM du 29 avril au 27 novembre 2014. Sa méthodologie ainsi que les premiers résultats de l'enquête ont été présentés [10, 11]. Pour évaluer les pratiques de dépistage du cancer colorectal, les questions posées étaient formulées comme suit : « Avez-vous déjà fait un test recherchant du sang dans les selles, pour un dépistage du cancer colorectal ? », « Quand était-ce la dernière fois ? », et « Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fait ce test ("au cours des deux dernières années" si déjà fait) ? ».

Ce chapitre sur le dépistage du cancer colorectal porte sur les personnes de la tranche d'âge éligible au dépistage organisé du cancer colorectal, c'est-à-dire âgées de 50 à 74 ans. Il étudie en particulier les facteurs associés à la déclaration de pratique du test de dépistage du cancer colorectal dans les deux dernières années à profil sociodémographique, état de santé, recours aux soins, comportements de santé et culturels identiques entre départements.

## RÉSULTATS

### CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Parmi les 2 794 personnes âgées de 50 à 74 ans ayant répondu à l'enquête, 31 % résident en Martinique, 30 % en Guadeloupe, 23 % en Guyane et 16 % à La Réunion. Les répondants sont relativement plus jeunes en Guyane qu'aux Antilles [tableau I]. En Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion, ils déclarent plus souvent être nés dans un département ou une collectivité d'outre-mer quel qu'il soit, ou en France métropolitaine plutôt qu'à l'étranger. Plus de neuf répondants sur dix en Martinique (91,8 %), Guadeloupe (92,3 %) et à La Réunion (92,4 %), presque autant en métropole (89,4 %) et moins en Guyane (84,9 %,  $p = 0,008$ ) déclarent avoir eu recours à un médecin (généraliste ou traitant) au cours des douze derniers mois. Les Réunionnais déclarent autant vivre en couple ou avoir bénéficié d'une complémentaire santé que les métropolitains (71 % vs 75 % et 96,1 % vs 95,2 % respectivement), et plus souvent que les Antillais et les Guyanais. Ces derniers déclarent moins souvent avoir une situation financière difficile (27,1 %) ou juste (23,9 %) que les personnes résidant en Martinique (34,1 % et 27,9 %, respectivement,  $p < 0,0001$ ). Dans les départements ultramarins, les répondants déclarent plus souvent avoir une situation financière difficile ou juste qu'en métropole.

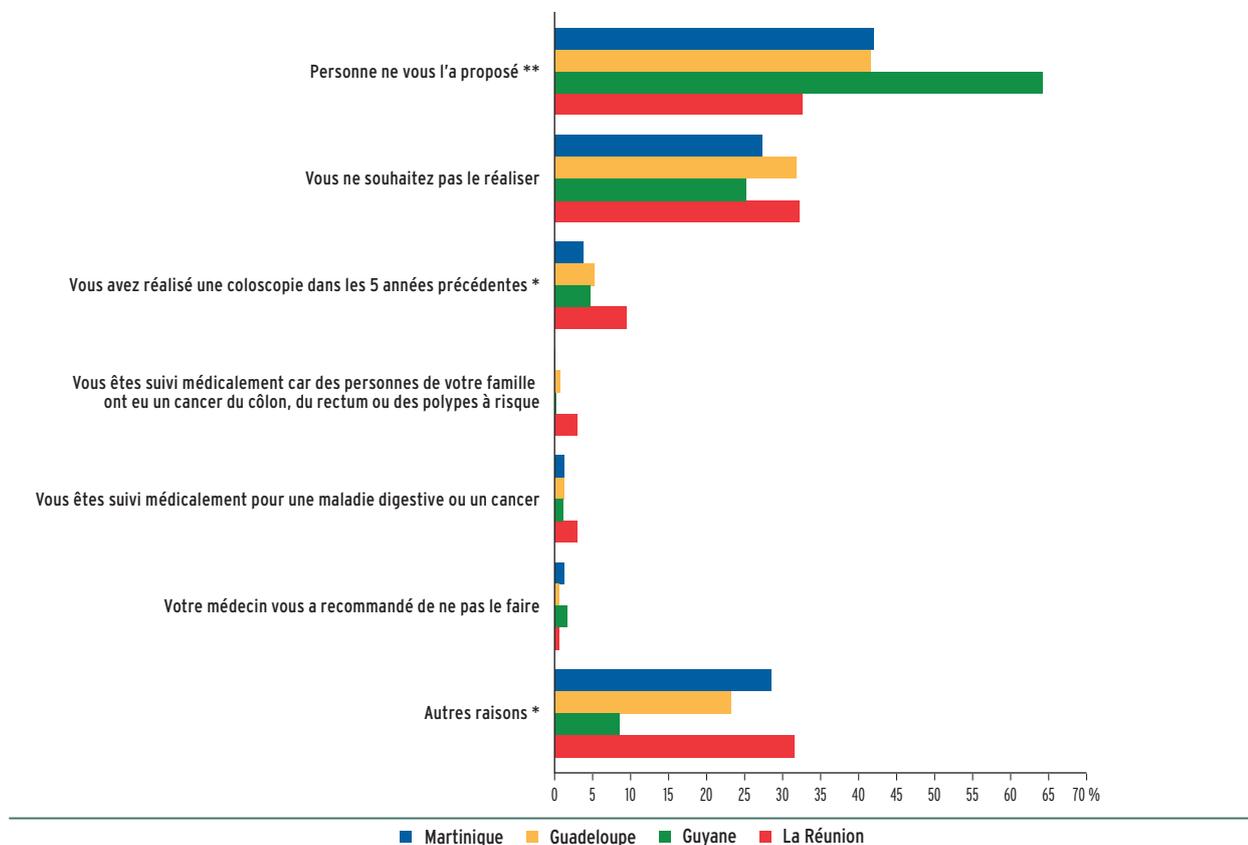
Les proportions de personnes qui déclarent avoir réalisé un dépistage du cancer colorectal au cours de la vie, ou dans les deux ans, sont comparables entre la Martinique (62,9 % et 52,9 %, respectivement) et la Guadeloupe (63,6 % et 55,3 %), où elles sont plus élevées qu'en Guyane (47,8 % et 40,1 %), à La Réunion (47,9 % et 39,4 %) ou en métropole (51,6 % et 44,5 %).

Pour les personnes qui déclarent ne pas avoir réalisé de test de dépistage dans les deux ans, l'absence d'incitation à faire le dépistage mesurée par la question « personne ne vous l'a proposé », et le souhait de ne pas le réaliser demeurent les principales raisons de non-réalisation [figure 1]. Près de deux personnes sur trois (64 %) en Guyane déclarent ne pas avoir réalisé le dépistage parce que personne ne le leur a proposé, contre deux personnes sur cinq (42 %) en Martinique et en Guadeloupe et une sur trois (33 %) à la Réunion.

### LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRATIQUE DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LES DEUX ANS

Toutes choses étant égales par ailleurs, déclarer avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux ans augmente significativement avec l'âge aux Antilles et en Guyane [tableau II]. En revanche, cette association

**FIGURE 1** Raisons de non-réalisation du dépistage du cancer colorectal au cours des deux dernières années



Note de lecture : les \* indiquent une différence significative (\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ) entre départements d'outre-mer pour la raison de non-réalisation à laquelle le symbole se rapporte. Par exemple, près de deux personnes sur trois (64 %) en Guyane déclarent ne pas avoir réalisé le dépistage parce que personne ne le leur a proposé, contre deux personnes sur cinq (42 %) en Martinique et en Guadeloupe et une sur trois (33 %) à la Réunion (différence statistiquement significative  $p < 0,01$ ).

**TABLEAU I** Caractéristiques de la population étudiée : hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion		Métropole		p-value entre DOM ‡	p-value DOM vs métropole#
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES</b>												
<b>Âge (années)</b>												
Médiane (Q1-Q3)	871	58,8 (53,1-64,8)	832	58,6 (53,2-64,7)	489	57,1 (51,9-62,1)	602	57,8 (53,1-64,2)	1429	59,4 (58,8-60,1)		
50-54 ans	251	28,8	240	29,6	164	35,4	192	30,8	332	25,3	0,05	0,89
55-59 ans	199	22,1	190	22	127	26,1	152	24,7	336	22,4		
60-64 ans	179	19,5	167	19,5	94	19	133	18,7	377	23,1		
65-69 ans	139	17,2	142	17,4	65	12,5	78	15,4	231	18,2		
70-74 ans	103	12,4	93	11,5	39	7	47	10,4	153	11,1		
<b>Sexe</b>												
Homme	361	47,3	339	46,7	223	48,7	236	48,3	586	47,7	0,93	0,96
Femme	510	52,7	493	53,3	266	51,3	366	51,7	843	52,3		
<b>Lieu de naissance</b>												
Métropole	51	4,1	90	8,4	75	10,2	82	9,2	-	-	< 0,0001	-
Département ou collectivité d'outre-mer	791	92,4	685	83,1	272	52,6	473	84,6				
Étranger	29	3,5	57	8,5	142	37,3	47	6,2				
<b>Vie en couple</b>												
Oui	428	56,5	402	56,0	241	56,0	384	71,0	892	75,0	< 0,0001	< 0,0001
Non	443	43,5	430	44,0	248	44,0	218	29,0	536	25,0		
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>												
Employés	342	39,9	306	36,7	181	39,9	229	39,1	-	-	0,43	
Agriculteurs, exploitants, artisans, commerçants	80	10,9	68	8,9	30	7,6	50	8,8				
Cadres et professions intellectuelles	65	6,0	88	7,0	63	7,8	51	5,3				
Professions intermédiaires	205	19,1	185	19,6	113	17,0	138	17,3				
Ouvriers	173	23,1	166	25,8	93	25,7	124	28,5				
Inactifs	6	1,0	17	1,9	9	2,1	10	1,0				
<b>Ressenti financier</b>												
Difficile ou recours aux dettes	280	34,1	232	29,6	106	27,1	161	28,4	159	12,8	0,03	< 0,0001
C'est juste	234	27,9	227	27,7	110	23,9	143	26,6	369	28,3		
À l'aise ou ça va	354	38,1	369	42,7	268	49,0	297	44,9	883	58,9		
<b>Bénéficiaire du revenu de solidarité active au cours des 12 derniers mois</b>												
Non	752	85,2	737	87,7	430	82,6	524	83,7	-	-	0,34	
Oui	115	14,8	91	12,3	59	17,4	76	16,3				
<b>Bénéficiaire d'une complémentaire santé, souvent appelée mutuelle, ou la CMU-Complémentaire †</b>												
Oui	786	90	737	83,8	392	79,2	579	96,1	1316	95,2	< 0,0001	< 0,0001
Non	85	10	93	16,2	97	20,8	23	3,9	66	4,8		
<b>ÉTAT DE SANTÉ</b>												
<b>Sentiment d'être plus ou moins bien informé sur le cancer</b>												
Mal informé	207	26,3	213	28,4	101	21,5	134	24	315	26,9	0,11	0,13
Bien informé	664	73,7	619	71,6	388	78,5	466	76	992	73,1		
<b>Perception des soins de santé : pensez-vous que vous prenez soin de votre santé?</b>												
Oui, parfaitement	480	56,8	443	53,7	248	52,7	330	57,7	-	-	0,36	-
Oui, mais pas dans les détails	292	31,4	296	34,8	180	35,4	194	28,6				
Non pas du tout ou non pas trop	97	11,7	90	11,4	59	11,9	74	13,8				
<b>RECOURS AUX SOINS</b>												
<b>Consultation d'un médecin généraliste ou d'un médecin traitant au cours des 12 derniers mois</b>												
Oui	801	91,8	770	92,3	424	84,9	564	92,4	1277	89,4	0,005	0,008
Non	70	8,2	62	7,7	65	15,1	38	7,6	152	10,6		
<b>Consultation d'un gastroentérologue au cours des 12 derniers mois</b>												
Oui	19	2,2	28	2,5	14	2	20	2,7	-	-	0,87	-
Non	852	97,8	804	97,5	475	98	582	97,3				
<b>COMPORTEMENTS CULTURELS</b>												
<b>Religion</b>												
Pas de religion	108	11,5	152	18,4	109	19	99	14,4	-	-	0,0003	-
Pas de pratique, mais un sentiment d'appartenance	157	17,1	154	18,4	84	16,7	128	21,6				
Pratique occasionnelle	195	23,7	193	24,1	98	20,9	155	27,7				
Pratique régulière	400	47,8	323	39,1	197	43,5	218	36,3				
<b>PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE   DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL</b>												
<b>Test réalisé dans les 2 ans</b>												
Oui	460	52,5	457	55,3	208	40,1	246	39,4	632	44,5	< 0,0001	< 0,0001
Non	402	47,5	365	44,7	276	59,9	347	60,6	795	55,5		
<b>Test réalisé au cours de la vie</b>												
Oui	548	62,9	533	63,6	247	47,8	295	47,9	738	51,6	< 0,0001	< 0,0001
Non	314	37,1	289	36,4	237	52,2	298	52,1	687	48,3		

‡ Ajustée sur l'âge et le sexe (sauf pour les variables âges et sexe) comparant les pourcentages (en colonnes) des 4 départements ultramarins entre eux. # Réalisée sur taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine comparant les pourcentages (en colonnes) des 4 départements ultramarins et de la métropole. † Chez les personnes âgées de moins de 60 ans.

Sources : Baromètre cancer 2010, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

**TABLEAU II** Caractéristiques des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir réalisé un dépistage du cancer colorectal dans les 2 ans chez soi (test Hemoccult®)

	Martinique			Guadeloupe			Guyane			La Réunion		
	N	%	ORa [IC 95 %]	N	%	ORa [IC 95 %]	N	%	ORa [IC 95 %]	N	%	ORa [IC 95 %]
<b>VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES</b>												
<b>Âge (années)</b>		***	*		***	**		**	*			
50-54 ans (réf.)	251	38,7	1	240	41,5	1	164	28,4	1	192	32,4	1
55-59 ans	199	49,7	1,49 [0,96; 2,32]	190	55,6	1,76 [1,11; 2,80]	127	37,1	1,46 [0,79; 2,71]	152	45,8	1,71 [0,99; 2,93]
60-64 ans	179	62,0	2,19 [1,39; 3,45]	167	55,0	1,56 [0,95; 2,54]	94	49,8	2,44 [1,2; 4,94]	133	41,6	1,14 [0,63; 2,06]
65-69 ans	139	60,2	1,91 [1,16; 3,14]	142	65,5	2,39 [1,42; 4,02]	65	54,9	2,84 [1,34; 6,03]	78	37,5	1,01 [0,53; 1,93]
70-74 ans	103	63,2	3,09 [1,62; 5,9]	93	74,7	3,45 [1,88; 6,36]	39	57,7	2,38 [0,97; 5,86]	47	43,7	1,04 [0,44; 2,44]
<b>Sexe</b>					*							*
Homme (réf.)	361	48,8	1	339	50,5	1	223	40,6	1	236	39,3	1
Femme	510	55,7	0,91 [0,62; 1,34]	493	59,4	1,08 [0,73; 1,59]	266	39,6	1,37 [0,78; 2,4]	366	39,4	0,59 [0,37; 0,94]
<b>Lieu de naissance</b>					**	*		*	*			
Métropole	51	39,3	0,79 [0,37; 1,68]	90	51,6	0,99 [0,56; 1,75]	75	44,0	1,56 [0,76; 3,17]	82	34,2	0,68 [0,35; 1,29]
Département ou collectivité d'outre-mer (réf.)	791	53,7	1	685	58,3	1	272	46,9	1	473	39,6	1
Étranger	29	36,3	0,45 [0,19; 1,09]	57	26,7	0,33 [0,16; 0,69]	142	29,6	0,50 [0,28; 0,96]	47	44,3	0,98 [0,47; 2,12]
<b>Vie en couple</b>		**	*					*				
Oui (réf.)	428	58,3	1	402	55,4	1	241	45,0	1	384	40,4	1
Non	443	44,8	0,60 [0,43; 0,84]	430	55,1	1,12 [0,79; 1,57]	248	33,9	0,72 [0,43; 1,20]	218	36,8	1,01 [0,64; 1,60]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>			*						**		**	**
Employés (réf.)	342	57,6	1	306	63,6	1	181	39,2	1	229	43,6	1
Agriculteurs, exploitants, artisans, commerçants	80	39,7	0,42 [0,22; 0,79]	68	47,9	0,91 [0,45; 1,84]	30	20,3	0,70 [0,24; 2,07]	50	45,5	0,97 [0,46; 2,04]
Cadres et professions intellectuelles	65	51,1	0,68 [0,33; 1,43]	88	51,6	0,81 [0,42; 1,55]	63	35,8	0,62 [0,26; 1,47]	51	32,8	0,57 [0,23; 1,38]
Professions intermédiaires	205	58,7	0,99 [0,63; 1,58]	185	53,6	0,64 [0,41; 1,02]	113	37,8	0,71 [0,38; 1,32]	138	45,7	0,98 [0,57; 1,74]
Ouvriers	173	45,1	0,71 [0,44; 1,14]	166	49,8	0,74 [0,46; 1,21]	93	51,9	2,67 [1,26; 5,64]	124	28,1	0,35 [0,20; 0,63]
Inactifs	6	44,0	0,63 [0,09; 4,36]	17	32,4	0,37 [0,11; 1,20]	9	16,9	0,52 [0,09; 2,97]	10	71,5	4,24 [0,94; 19,08]
<b>Ressenti financier</b>									*			
Difficile ou n'y arrive pas sans faire de dettes	280	48,9	0,86 [0,58; 1,29]	232	52,6	0,81 [0,54; 1,22]	106	27,4	0,49 [0,26; 0,94]	161	35,6	0,96 [0,57; 1,63]
C'est juste	234	56,8	1,01 [0,67; 1,51]	227	53,8	0,77 [0,51; 1,17]	110	47,9	1,35 [0,75; 2,43]	143	39,8	0,92 [0,55; 1,53]
À l'aise ou ça va (réf.)	354	52,9	1	369	58,2	1	268	44,6	1	297	41,3	1
<b>Bénéficiaires du revenu de solidarité active au cours des 12 derniers mois</b>										**	**	**
Non (réf.)	752	54,6	1	737	56,0	1	430	42,9	1	524	43,0	1
Oui	115	41,2	0,85 [0,53; 1,37]	91	49,6	1,08 [0,61; 1,92]	59	26,8	0,97 [0,44; 2,15]	76	21,4	0,37 [0,18; 0,79]
<b>RECOURS AUX SOINS</b>												
<b>Consultation d'un médecin généraliste ou un médecin traitant au cours des 12 derniers mois</b>												
		***	***		***	***		**	**		*	*
Oui (réf.)	801	55,4	1	770	58,4	1	424	43,9	1	564	41,4	1
Non	70	19,3	0,23 [0,11; 0,47]	62	16,1	0,17 [0,07; 0,37]	65	19	0,28 [0,13; 0,63]	38	16,0	0,27 [0,10; 0,77]
<b>COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET CULTURELS</b>												
<b>Religion</b>					**	**						
Pas de religion (réf.)	108	45,2	1	152	41,3	1	109	35	1	99	35,7	1
Pas de pratique, mais un sentiment d'appartenance	157	49,3	0,95 [0,54; 1,69]	154	55,7	1,77 [0,97; 3,08]	84	39,4	1,09 [0,50; 2,38]	128	33,0	1,01 [0,49; 2,05]
Pratique occasionnelle	195	49,3	0,97 [0,54; 1,76]	193	52,0	1,40 [0,82; 2,40]	98	40,3	1,17 [0,55; 2,50]	155	43,9	1,92 [0,93; 3,99]
Pratique régulière	400	56,7	1,19 [0,69; 2,07]	323	64,4	2,21 [1,36; 3,62]	197	42,4	1,32 [0,66; 2,63]	218	40,3	1,22 [0,61; 2,44]

La comparaison des pourcentages en colonnes est ajustée sur l'âge et le sexe (sauf pour les variables âges et sexe). \* : p < 0,05; \*\* : p < 0,01; \*\*\* : p < 0,001. Résultats des tests bivariés obtenus par régression logistique pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne ORa (odds ratios ajustés issus des régressions logistiques).

† Variables issues du mini-modèle européen

Note de lecture à propos des \* dans la colonne Pourcentage/Exemple de la variable âge pour le département de la Martinique : la comparaison du pourcentage de personnes déclarant avoir réalisé un test de recherche de sang dans les selles au cours des deux dernières années entre les différentes classes d'âge est significative.

n'est pas retrouvée à La Réunion, où on observe en outre un recours au dépistage moins fréquent chez les femmes que chez les hommes (OR = 0,6 [0,4 ; 0,9]).

Être né à l'étranger par rapport à être né dans un département ou une collectivité d'outre-mer, quel qu'il soit, est significativement associé à un recours au dépistage moins fréquent en Guadeloupe et en Guyane, alors qu'il n'y a pas de différence significative en fonction du lieu de naissance en Martinique et à La Réunion.

Le statut familial influence peu le recours au dépistage puisque c'est seulement en Martinique que les répondants vivant en couple sont plus nombreux que les célibataires à déclarer avoir effectué un test dans les deux dernières années. De même, pratiquer une religion est peu associé au recours au dépistage, sauf en Guadeloupe où les répondants pratiquant régulièrement sont plus nombreux à déclarer avoir réalisé un test de dépistage que ceux sans religion : 64,4 % vs 41,3 % (OR = 2,2 [1,4 ; 3,6]).

Le recours au dépistage selon la catégorie socioprofessionnelle ou la situation financière ressentie est assez hétérogène selon les départements ultramarins. Ainsi, en Martinique, ce sont les agriculteurs, exploitants, commerçants qui sont les moins nombreux à déclarer avoir réalisé ce test dans les deux dernières années :

39,7 % (OR = 0,4 [0,2 ; 0,8] par rapport aux employés). À La Réunion, les ouvriers sont les moins nombreux à déclarer avoir eu recours au dépistage : 28,1 % (OR = 0,4 [0,2 ; 0,6] par rapport aux employés), alors qu'à l'inverse, ce recours est plus fréquent chez les ouvriers en Guyane : 51,9 % (OR = 2,7 [1,3 ; 5,6] par rapport aux employés). On observe en revanche dans ces deux départements un recours moins fréquent parmi les répondants socio-économiquement plus vulnérables : les Guyanais sont moins nombreux à avoir effectué un dépistage lorsqu'ils disent avoir des difficultés financières (27,4 % vs 44,6 % parmi ceux déclarant une situation financière plus favorable) et c'est vrai également pour les Réunionnais qui bénéficient du revenu de solidarité active (21,4 % vs 43,0 % OR = 0,4 [0,2 ; 0,8]) ; ce n'est pas le cas pour les autres territoires.

Quel que soit le DOM, les répondants qui déclarent avoir consulté un médecin (généraliste ou traitant) dans les douze derniers mois sont plus nombreux à avoir réalisé un dépistage. À l'inverse, des facteurs tels que la langue le plus souvent parlée en famille, la perception de l'état de santé, l'existence d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou le handicap ne sont jamais significativement associés à la pratique du dépistage (résultats non montrés).

## DISCUSSION

Au moins une personne âgée de 50 à 74 ans sur deux aux Antilles et près de deux personnes sur cinq en Guyane et à La Réunion déclarent avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux ans. Toutes choses étant égales par ailleurs, les facteurs associés au recours à ce dépistage relèvent pour chacun des départements des caractéristiques sociodémographiques, économiques ou financières et du recours aux soins, sauf pour la Guadeloupe, où les conditions économiques ou financières ne semblent pas être déterminantes, et dans une moindre mesure pour la Martinique. La pratique régulière d'une religion est par contre associée à la déclaration de pratique du dépistage en Guadeloupe.

Ces résultats montrent l'existence d'un gradient social avec deux groupes de territoires distincts, d'une part la Guyane et La Réunion, où les facteurs économiques ou financiers apparaissent comme des déterminants de la déclaration de pratique du dépistage et d'autre part les Antilles, où ces facteurs ne l'influencent pas ou très peu. Ils soulignent également des inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage du cancer colorectal entre les Antilles et la Guyane/Réunion, sans doute en lien avec l'hétérogénéité de l'offre médicale (démographie médicale : densité médicale, accessibilité ou répartition spatiale) [12] et les disparités socioéconomiques et sociales préexistantes — un niveau socioéconomique relativement élevé en Martinique et en Guadeloupe et plus modeste à La Réunion et en Guyane [13]. Dans le cadre du dépistage organisé, le faible niveau socioéconomique demeure, en Guyane comme à La Réunion, un frein à la pratique du dépistage, puisque bien que le test de dépistage ainsi que sa lecture au laboratoire d'analyse soient pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sans

avance de frais pour les patients, une partie des frais de la consultation au cours de laquelle le médecin remet le kit de dépistage et de réalisation d'une coloscopie en cas de résultat positif restent à la charge de la personne.

Dans notre étude, la déclaration de pratique du test de dépistage augmente significativement avec l'âge aux Antilles-Guyane. Comme souligné dans une récente étude [14], la participation est plus faible dans la tranche la plus jeune et plus active pour qui le cancer semble être une préoccupation éloignée car considérée comme une maladie du sujet âgé.

De façon logique, comme c'est le médecin (généraliste ou traitant) qui initie dans la grande majorité des cas le dépistage, remet le kit en expliquant les modalités de réalisation et en assure le suivi [9, 15, 16], on observe sans surprise que le recours au test de dépistage est plus fréquent, pour chacun des départements, parmi celles et ceux qui ont consulté au moins une fois un médecin généraliste ou un médecin traitant dans l'année.

Comme souligné dans d'autres études [14, 15, 17], nos résultats montrent que la vie en couple est indépendamment et significativement associée en Martinique à une déclaration de pratique du dépistage plus fréquente. Même si aucune différence significative n'a été observée pour les autres départements, on peut cependant noter une tendance à l'adhésion au dépistage plus élevée chez les personnes vivant en couple par rapport à celles ne vivant pas en couple en Guyane et à La Réunion. Cette tendance conforte l'hypothèse selon laquelle les femmes, souvent plus investies dans les actions de prévention pour la famille, contribuent fortement à inciter leur partenaire à changer des comportements liés à la santé, en l'occurrence à pratiquer le dépistage du cancer colorectal [16, 18, 19].

La pratique religieuse régulière est un facteur significatif de la déclaration de la pratique du dépistage en Guadeloupe. Cette tendance est aussi observée en Martinique et en Guyane où, bien que statistiquement non significative, la déclaration de pratique du dépistage semble augmenter avec la régularité de la pratique religieuse. Ce constat corrobore les résultats d'études précédentes qui ont souligné le lien entre la pratique religieuse et le recours fréquent au dépistage des cancers [20-23]. Leyva *et al.* en 2015 [24] montrent qu'aux États-Unis, le mécanisme de ce lien s'explique par le fait que l'appartenance à une communauté religieuse renforce indéniablement le soutien social des personnes, qui en retour a un rôle incitatif sur la pratique du dépistage.

Dans les DOM, les principales raisons de non-réalisation du test de dépistage avancés sont le manque d'incitation à faire le dépistage — particulièrement élevé en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane (64 %), et le souhait de ne pas le réaliser. Ces résultats corroborent ceux d'autres études [15] et reflètent un déficit d'information du public. Ils mettent en exergue deux leviers potentiels sur lesquels devraient être orientés les messages de sensibilisation au dépistage organisé du cancer colorectal auprès des patients et surtout des professionnels de santé dans ces régions.

Dans notre étude, la proportion de personnes qui déclarent avoir réalisé le test de dépistage au cours des deux dernières années dans chacun des DOM est nettement supérieure — de 17 à 23 points de pourcentage par

rapport aux taux de participation pour la période 2012-2013 — au taux respectif observé dans le cadre du programme de dépistage organisé [25]. Cette discordance est même importante. Pour rappel, les taux observés dans le cadre du programme de dépistage organisé n'intègrent pas les données du dépistage individuel qui s'adresse aux personnes, qui du fait d'un risque particulier de développer un cancer colorectal sont exclues du dépistage organisé et orientées vers un suivi plus spécifique par coloscopie. Sans qu'il soit possible de le vérifier, les données déclarées dans cette enquête intègrent le dépistage individuel par coloscopie. De plus, des biais de sélection et de désirabilité sociale inhérents aux enquêtes déclaratives comme la nôtre sont à l'origine d'une surestimation des pratiques de dépistage recommandées pour la population. Par exemple, pour la Guyane, la sélection de la population à partir d'une base d'échantillonnage fondée sur les numéros de téléphones pourrait conduire à la sélection de personnes résidant dans les communes du littoral à forte concentration démographique et ayant accès au système de santé, en l'occurrence au dépistage, plutôt que de personnes résidant dans les communes qui en sont éloignées avec un accès moindre au système de soins. Si cette enquête déclarative ne permet pas d'estimer avec précision le taux de recours au dépistage organisé, elle a pour avantage de souligner les freins et les leviers au dépistage en proposant pour la première fois une comparaison des facteurs associés au recours au dépistage du cancer colorectal dans les territoires d'outre-mer.

## CONCLUSION

Cette enquête en population générale, réalisée pour la première fois dans les départements français d'outre-mer, montre qu'au moins une personne âgée de 50 à 74 ans sur deux aux Antilles et près de deux sur cinq en Guyane et à La Réunion déclarent avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux ans. Les facteurs associés à la déclaration du recours à ce dépistage relèvent des caractéristiques sociodémographiques, économiques ou financières et du recours aux soins. Nos résultats montrent l'existence d'un gradient social avec deux

groupes de territoires distincts, avec d'une part la Guyane et La Réunion, où les facteurs économiques ou financiers apparaissent comme des déterminants de la déclaration de pratique du dépistage et d'autre part les Antilles, où ces facteurs ne l'influencent pas ou très peu. Ce sont là autant d'éléments sur lesquels pourraient s'appuyer les campagnes de communication en vue d'améliorer l'adhésion de la population au dépistage du cancer colorectal dans ces territoires.

## SOURCES ET RÉFÉRENCES

1. Bray F., Ren J.S., Masuyer E., Ferlay J. Global Estimates of Cancer Prevalence for 27 Sites in the Adult Population in 2008. *International Journal of Cancer*, 2013, vol. 132, n° 5 : p. 1133-1145.
2. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., *et al.* Cancer Incidence and Mortality Worldwide : Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 2015, vol. 136, n° 5 : p. E359-386.
3. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., *et al.* GLOBOCAN 2012 v1.0, Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 : IARC Cancer base No. 11 [base de données]. Lyon, France : International Agency for Research on Cancer, 2013. En ligne : <http://globocan.iarc.fr> [dernière consultation le 16/11/2016].
4. Roué T., Plenet J., Belliardo S. Épidémiologie du cancer colorectal aux Antilles et en Guyane : données des registres des cancers. *Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane*, Octobre-Novembre 2013, n° 8-9 : p. 5-8.
5. Bardot M. *Tableau de bord. Le cancer à La Réunion*. Saint-Denis (La Réunion) : Observatoire régional de la santé Océan indien, 2015 : 26 p. En ligne : [http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux\\_bord/TDB\\_Cancer\\_2015.pdf](http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Cancer_2015.pdf) [dernière consultation le 16/11/2016].
6. Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.S., Bossard N. *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1 : tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2013 : 122 p.
7. Moss S., Ancelle-Park R., Brenner H. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. First Edition : Evaluation and Interpretation of Screening Outcomes. *Endoscopy*, 2012, vol. 44, supplément n° 3 : p. S49-64.
8. Bridou M., Aguerre C., Reveillere C., Haguenoer K., Viguier K. Facteurs psychologiques d'adhésion au dépistage du cancer colorectal par le test Hémocult® II. *Psycho-Oncologie*, 2011, vol. 5, n° 1 : p. 25 - 33.
9. Goulard H., Boussac Zarebska M., Duport N., Bloch J. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2009, n° 2-3 : p. 25-9.

10. Richard J.-B., Andler R. *Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2015 : 16 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf> [dernière consultation le 16/11/2016].
11. Richard J.-B. *Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe*. Saint-Denis : Inpes, 2015 : 32 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1662.pdf> [dernière consultation le 16/11/2016].
12. Le Breton-Lerouillois G., Rault J.-F. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016*. Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins, 2016 : 326 p. En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medecale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf) [dernière consultation le 20/01/2017].
13. Sudrie O. Quel niveau de développement des départements et collectivités d'outre-mer ? Une approche par l'indice de développement humain. *Document de travail* n° 129. Paris : Agence Française de Développement, 2013 : 62 p. En ligne : <http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Documents-de-travail/129-document-travail.pdf> [dernière consultation le 16/11/2016].
14. Michel S., Véronique-Baudin J., Dorival M.J., Plumelle Y., Rosine J., Dieye M., et al. Facteurs d'adhésion et freins de participation au dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et du colon-rectum à la Martinique en 2011. *Bulletin de Veille sanitaire Antilles Guyane*, Octobre-Novembre 2013, n° 8-9 : p. 12-17.
15. Calazel-Benque A., Viguier J., Roussel C., Pivot X., Eisinger F., Blay J.Y., et al. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency in the general population. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation*, 2011, vol. 20, Supplément n° 1 : p. S20-25.
16. Viguier J., Calazel-Benque A., Eisinger F., Pivot X. Organized colorectal cancer screening programmes: how to optimize efficiency among general practitioners. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation*. 2011, vol. 20, Supplément n° 1 : p. S26-32.
17. Beck F., Gautier A., dir. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : 272 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf> [dernière consultation le 16/11/2016].
18. Hanske J., Meyer C.P., Sammon J.D., Choueiri T.K., Menon M., Lipsitz S.R., et al. The influence of marital status on the use of breast, cervical, and colorectal cancer screening. *Preventive medicine*, 2016, vol. 89 : p. 140-145.
19. Van Jaarsveld C.H., Miles A., Edwards R., Wardle J. Marriage and cancer prevention : does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation ? *Journal of medical screening*, 2006, vol. 13, n° 4 : p. 172-176.
20. Allen J.D., Perez J.E., Pischke C.R., Tom L.S., Juarez A., Ospino H., et al. Dimensions of religiousness and cancer screening behaviors among church-going Latinas. *Journal of religion and health*, 2014, vol. 53, n° 1 : p. 190-203.
21. Benjamins M.R. Religious influences on preventive health care use in a nationally representative sample of middle-age women. *Journal of behavioral medicine*, 2006, vol. 29, n° 1 : p. 1-16.
22. Kinney A.Y., Bloor L.E., Dudley W.N., Millikan R.C., Marshall E., Martin C., et al. Roles of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among Blacks and Whites. *American journal of epidemiology*, 2003, vol. 158, n° 11 : p. 1097-1107.
23. McFall S.L., Davila M. Gender, social ties, and cancer screening among elderly persons. *Journal of aging and health*, 2008, vol. 20, n° 8 : p. 997-1011.
24. Leyva B., Nguyen A.B., Allen J.D., Taplin S.H., Moser R.P. Is religiosity associated with cancer screening? Results from a national survey. *Journal of religion and health*, 2015, vol. 54, n° 3 : p. 998-1013.
25. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2012-2013 [page de site Internet]. 25/02/2014. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2012-2013> [dernière consultation le 16/11/2016].

## REMERCIEMENTS

### Relecture

**Jean-Baptiste Richard** (Santé publique France)  
**Fabrice Quet** (Santé publique France)

### Sources et références

**Manon Jeuland** (Santé publique France)

### Édition

**Jeanne Herr** (Santé publique France)

## POUR NOUS CITER

Assogba F. A. G., Hamers F., Lastier D., Grémy I., Beltzer N. *Baromètre santé DOM 2014. Dépistage du cancer colorectal*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 8 p.