

Inégalités socio-économiques et géographiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal

C. Pornef, O. Dejardin, F. Morlais, V. Bouvier, G. Launoy

ER13 Inserm "Cancers & Populations", EA 3936 Université Caen, Unité de recherche et d'évaluation en épidémiologie, Pôle de santé des populations, Faculté de médecine, Caen

INTRODUCTION ET OBJECTIF

La participation au dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) est peu élevée en France (42 %). Les études portant sur les facteurs socio-économiques liés à la participation procèdent majoritairement par questionnaire et se heurtent systématiquement au biais de participation. L'utilisation de données socio-économiques agrégées à un niveau infra-communal, les Iris (îlots regroupés pour l'information statistique), combinées aux données individuelles de la population cible, permet d'envisager une approche agrégée non biaisée. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs socio-économiques et géographiques de participation à une campagne de dépistage sur un échantillon non biaisé à partir de données individuelles fournies par la structure responsable de l'organisation du dépistage du CCR et du sein dans le département du Calvados.

MÉTHODES

La population cible de l'étude est la population âgée de 50 à 74 ans habitant dans le Calvados (N=180 045). Pour apprécier de façon pertinente, le niveau socio-économique des Iris, l'indice de précarité de Townsend, largement utilisé dans les pays anglo-saxons, a été utilisé. Cet indice a été calculé grâce aux données de l'Insee issues du recensement de la population de 1999. Devant la non-indépendance des observations des sujets de la même unité géographique due à la structure hiérarchique des données individuelles et des données socio-économiques agrégées, l'analyse a utilisé un modèle logistique hiérarchique à deux niveaux à intercept aléatoire.

RÉSULTATS

Le taux de participation de la population cible était de 34,4 %. L'analyse univariée a retrouvé des liens significatifs (p -value<0,0001) connus de la littérature, entre la participation et, d'une part le sexe (les femmes participant plus que les hommes ; OR=1,33), d'autre part l'âge : les participants étaient plus âgés que les non-participants et la probabilité de participer était plus élevée chez les sujets d'âge moyen qu'aux âges "extrêmes". Concernant les régimes de l'Assurance maladie, leur répartition était significativement différente chez les participants et les non-participants (p -value=0,0004), les participants ayant plus souvent des régimes spéciaux. Après ajustement sur les variables individuelles, l'analyse multiniveau a révélé une différence de la probabilité de participer de 15 % entre les Iris les plus aisés (Iris du quintile 1 de l'indice de précarité ; OR=1) et les Iris les plus précaires [Iris du quintile 5 ; OR=0,85 (p -value=0,06)]. Cette relation entre la participation et l'indice de précarité prenait la forme d'un gradient continu linéaire concernant l'ensemble des Iris (p -trend<0,0001).

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'analyse multiniveau a permis de détecter des zones géographiques de faible participation corrélées à des zones de forte précarité. Puisqu'il s'est révélé que la difficulté d'accès aux soins primaires représentait un frein non négligeable à la participation au dépistage du CCR, l'analyse pourrait être plus puissante et précise en tenant compte de la distance par la route entre le médecin généraliste le plus proche et le domicile des sujets. Ces analyses permettraient de proposer de nouvelles formes d'organisation du dépistage visant à l'amélioration de la participation concernant les zones défavorisées, et suggèrent l'importance d'actions de promotion du dépistage organisé ciblée sur les zones à risque identifiées dans notre étude.