

L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010

Francesca Grillo (grillo@u707.jussieu.fr)^{1,2}, Marion Soler^{1,2}, Pierre Chauvin^{1,2}

1/ Inserm U707, Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Paris, France

2/ Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, UMR-S 707, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – L'objectif de cette étude était de comparer les pratiques de dépistage du cancer du col utérin par frottis (FCU) entre femmes françaises nées de deux parents français (FFP), françaises nées d'au moins un parent étranger (FPE), et étrangères dans l'agglomération parisienne.

Méthodes – Il s'agit des données de la seconde vague d'enquête de la cohorte « Santé, inégalités, ruptures sociales » (SIRS), conduite en 2010 auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones de l'agglomération parisienne (1 724 femmes). Des modèles de régressions logistiques ont analysé les caractéristiques démographiques, socioéconomiques, d'insertion sociale et de santé associées à l'absence de FCU au cours de la vie.

Résultats – Parmi les femmes âgées de 25 ans ou plus, 91,2% avaient déjà eu au moins un FCU au cours de leur vie. Une fois ajusté sur l'âge, les femmes FPE avaient 2 fois plus de risque de n'avoir jamais été dépistées que les femmes FFP (OR=2,46 ; IC95% [1,60-3,77]), et ce risque redoublait pour les femmes étrangères (OR=5,27 ; IC95% [3,41-8,15]). La proportion de vie passée en France métropolitaine diminuait le risque de non dépistage pour les femmes étrangères, mais les différences entre les FFP et les FPE ou les étrangères persistaient, même lorsque toutes les autres caractéristiques étaient prises en compte.

Conclusion – Des actions spécifiques doivent être entreprises pour réduire les inégalités relatives à l'immigration dans le domaine du dépistage du cancer du col utérin.

Absence of cervical cancer screening for women in Paris metropolitan area according to their migration characteristics in 2010

Objectives – This study aimed to compare cervical screening practices among French women born to two French parents (FFP), French women with at least one foreign parent (Ffp), and foreign women in Paris metropolitan area.

Methods – Data from the second wave of the SIRS cohort survey, conducted in 2010 among a representative sample of 3,000 adults in Paris metropolitan area (1,724 women) were used. Regression models analysed demographic, socioeconomic, social insertion, and health-related characteristics associated to the absence of cervical screening in one's lifetime.

Results – 91.2% of the women aged 25 or above had undergone at least one cervical screening in their lifetime. Compared to FFP, once adjusted on age, the likelihood of never being screened was twice higher for Ffp (OR=2.46; 95CI%[1.60-3.77]) and four times higher for foreign women (OR=5.27 ; 95%CI[3.41-8.15]).

The proportion of life spent in mainland France reduced the non-screening risk for foreign women, but differences between FFP and FFP or foreigners remained, even after adjustment on all other individual characteristics.

Conclusion – More specific strategies need to be implemented in order to reduce immigration-related inequalities in cervical screening.

Mots clés / Key words

Dépistage, cancer du col de l'utérus, santé des femmes, caractéristiques migratoires, agglomération parisienne / Screening, cervical cancer, women's health, migration characteristics, Paris metropolitan area

Introduction

Parmi les cancers féminins, le cancer du col de l'utérus occupait en 2005, en France, le 10^e rang en termes d'incidence. La mortalité de ce cancer a fortement diminué depuis la diffusion à large échelle du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dans les années 1970. En l'absence de dépistage organisé, les recommandations françaises préconisent la pratique d'un FCU tous les trois ans (après deux frottis négatifs à un an d'intervalle) pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans. Environ 6 millions de FCU sont réalisés chaque année en France, mais seulement 10% des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé (40% des femmes sont dépistées trop fréquemment et 50% ne le sont pas, ou trop peu souvent) [1]. Nombre d'études, notamment aux États-Unis et au Canada, ont mis en évidence la vulnérabilité des minorités et des populations immigrées vis-à-vis de ce cancer, notamment par absence ou retard de dépistage [2-4]. En France, où les études sur la santé et le recours aux soins des populations immigrées restent rares, les différences de pratiques de dépistage des cancers féminins entre Françaises et immigrées restent peu documentées, voire inconnues si on s'intéresse également à la situation des Françaises issues de l'immigration.

À partir de données récoltées en 2010 auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones de l'agglomération parisienne, les objectifs de ce travail étaient de comparer la fréquence de l'absence de tout recours au FCU au cours de la vie chez les Françaises nées de parents français, les Françaises nées d'au moins un parent étranger et les immigrées ; et d'étudier si la durée de vie passée en France et certains facteurs sociodémographiques expliquaient, ou non, les différences observées.

Matériel et méthodes

Cette étude se base sur l'analyse transversale des données de la seconde vague d'enquête de la cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales), conduite en 2010 auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones de Paris et de la première couronne de départements, constitué aléatoirement à trois degrés. À l'inclusion, 50 Iris¹ ont été tirés au sort (en stratifiant sur leur type – ouvrier, moyen et supérieur – d'après la typologie d'E. Prêteceille et leur classement ou non en zone urbaine sensible) ; puis 60 logements ont été sélectionnés aléatoirement par Iris ; puis un adulte

francophone par logement a été sélectionné par la méthode de la date anniversaire [5;6]. En 2010, 47% des adultes inclus en 2005 ont pu être réinterrogés (0,6% étaient décédés, 1,5% trop malades pour participer, 3,6% avaient déménagé en dehors des Iris sélectionnés, 8,5% étaient absents à la période d'enquête, 15,7% ont refusé de poursuivre leur participation et 22,9% ont été perdus de vue sans nouvelle). Leur sexe ratio et leur âge moyen était identique aux non-réinterrogés. Les perdus de vue étaient sensiblement plus jeunes et plus aisés que les autres mais le type de leur Iris de résidence et leur état de santé n'étaient pas différents. Les absents au moment de l'enquête étaient, eux, d'un statut socioéconomique plus bas et plus souvent des immigrés. Les personnes incluses en 2005 non réinterrogées en 2010 ont été remplacées par tirage au sort selon une méthode identique au sein des 50 Iris de la cohorte, afin d'obtenir un effectif final de 60 adultes interrogés par Iris. Le taux de refus des nouveaux enquêtés était, en 2010 comme en 2005, de 29%. L'échantillon final a été redressé pour prendre en compte la stratégie d'échantillonnage, puis recalé par âge et sexe d'après le recensement de la population de 2006.

L'échantillon final de 2010 comporte 3 000 adultes, dont 1 819 femmes. Pour cette étude, seules les

¹ Îlots regroupés pour l'information statistique, définis par l'Institut national de la statistique et des études économiques, Insee.

Tableau 1 Absence de frottis du col utérin (FCU) au cours de la vie en fonction des origines migratoires, de la proportion de vie passée en France métropolitaine et d'autres caractéristiques individuelles des femmes âgées de plus de 25 ans dans l'agglomération parisienne en 2010 : fréquence et analyses multivariées / *Table 1* Absence of any lifetime cervical screening according to migration origin, duration of time spent in mainland France and other individual characteristics of women aged 25 years and above in the Paris metropolitan area, in 2010: frequencies and multivariate analyses

Variables	N (=1 724)	Proportion sans FCU (%)	Modèle 1 ORa [IC95%]	Modèle 2 ORa [IC95%]	Modèle 3 ORa [IC95%]
Âge (années)			p<0,0001	p<0,0001	0,004
25-34	316	11,7	1,58 [0,93-2,66]	1,40 [0,82-2,40]	1,60 [0,88-2,90]
35-49	550	7,1	0,97 [0,58-1,61]	0,85 [0,50-1,43]	0,96 [0,55-1,68]
50-65	508	5,7	ref	ref	ref
≥66	350	13,4	2,88 [1,75-4,73]	3,27 [1,97-5,4]	2,28 [1,32-3,94]
Origine			p<0,0001	p=0,0008	0,04
Française de deux parents français	1 168	5,7	ref	ref	ref
Française d'au moins un parent étranger	338	11,8	2,46 [1,60-3,77]	2,10 [1,31-3,37]	1,79 [1,07-2,98]
Étrangère	218	21,1	5,27 [3,41-8,15]	2,82 [1,56-5,08]	2,03 [1,08-3,81]
% vie en France métropolitaine				p<0,0001	P<0,0001
100%	1 037	6,2		ref	ref
[50% - 100%]	450	7,6		0,90 [0,56-1,47]	0,96 [0,57-1,60]
<50%	237	22,8		3,06 [1,73-5,40]	3,24 [1,77-5,93]
Niveau d'études					P<0,0001
Supérieur	801	4,2		ref	ref
Secondaire	756	10,2			2,07 [1,30-3,28]
Primaire ou inférieur	167	24,6			4,35 [2,41-7,86]
Couverture maladie					P=0,06
Sécurité sociale + complémentaire	1 456	6,7			ref
CMUc / AME ^a	112	21,4			1,87 [1,04-3,34]
Sécurité sociale ou CMU seule	145	19,3			1,76 [1,03-2,98]
Pas de couverture maladie	11	18,2			0,91 [0,15-5,36]
Relation sentimentale					P=0,0005
Oui	1 143	6,6		ref	ref
Non	581	13,3			2,10 [1,38-3,19]
Enfants					P=0,002
Oui	1 384	8,5		ref	ref
Non	340	10,3			2,13 [1,32-3,44]
Nombre de relations amicales					P=0,0004
5 ou plus	1 126	5,9		ref	ref
2 à 4	468	12,0			1,66 [1,10-2,51]
0 à 1	130	23,1			2,81 [1,64-4,84]
A déjà été sérieusement malade					P=0,01
Oui	612	7,4		Ref	Ref
Non	1 112	9,6			1,71 [1,13-2,59]
Cancer : je préférerais le savoir le plus tard possible					P=0,048
Oui	226	15,0			1,59 [1,00-2,52]
Non	1 498	7,9			Ref

^a Couverture maladie universelle complémentaire ou Aide médicale de l'État.

femmes âgées de 25 ans ou plus, sans antécédent d'hystérectomie, ont été incluses dans l'analyse (n=1 724).

La variable d'intérêt considérée est l'absence de tout FCU au cours de la vie, déclarée par les femmes. L'« origine migratoire » des femmes a été définie en trois catégories, distinguant les Françaises nées de deux parents français (FPF), les Françaises nées d'au moins un parent étranger (FPE) et les femmes étrangères.

Les covariables étudiées étaient :

- la proportion de vie passée en France métropolitaine en 3 classes (en faisant l'hypothèse que plus celle-ci augmente, plus grandes sont les chances et plus fréquentes sont les opportunités de se conformer aux recommandations françaises) ;
- d'autres caractéristiques démographiques telles que l'âge, le fait d'avoir ou non une relation

sentimentale (quel que soit son statut) et d'avoir ou non des enfants ;

- le statut socioéconomique (niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, revenu mensuel du foyer par unité de consommation) ;
- les insertions sociales (participation associative, isolement ressenti, nombre de relations amicales extrafamiliales) ;
- l'accès au système de santé (avoir ou non un médecin régulier et le type de couverture maladie) ;
- la santé ressentie (avec les trois questions du mini-module européen [7]). Les réponses (oui/non) à deux autres questions ont également été prises en compte : « Avez-vous déjà été sérieusement malade ? », pour prendre en compte l'expérience de la maladie, et « Si vous aviez un cancer, préféreriez-vous le savoir le plus tard possible ? » pour mesurer une attitude générale vis-à-vis du dépistage des cancers.

Trois modèles de régressions logistiques ont été successivement réalisés : le premier comportant uniquement l'origine migratoire ajustée sur l'âge, le second introduisant la proportion de vie passée en France métropolitaine, le troisième incluant finalement toutes les autres variables selon une démarche de sélection pas-à-pas descendante (avec un seuil de significativité p<0,20 en analyse univariée pour sélectionner les variables candidates et un seuil p=0,05 pour les retenir dans le modèle final). Toutes les analyses ont été réalisées avec SAS[®] v9.2.

Résultats

L'échantillon final de la cohorte SIRS en 2010 était composé de 1 819 femmes adultes, dont l'âge moyen est de 49,7 ans (étendue : 18-98). Deux tiers d'entre elles étaient FPF, 20% étaient FPE, et 12,7% étaient étrangères. Parmi ces femmes, 60,5% avaient passé toute leur vie en France métropolitaine, 25,4% avaient vécu en France une proportion de leur vie supérieure à 50% (mais inférieure à 100%), et 14,1% une proportion inférieure à 50%. Alors que 44,7% des femmes avaient un niveau d'études supérieur, 9,5% avaient un niveau d'études inférieur ou égal au primaire. La majorité des femmes (52,4%) exerçaient un emploi, 25,6% étaient retraitées et 9,1% étaient femmes au foyer.

Au total, 91,2% des 1 724 femmes âgées de 25 ans ou plus déclaraient avoir déjà eu au moins un FCU au cours de leur vie. La proportion de femmes déclarant n'en avoir jamais bénéficié était significativement plus élevée chez les étrangères (21,1%) et les FPE (11,8%) que chez les FPF (5,7%, p<0,0001). De même, les femmes ayant vécu moins de la moitié de leur vie en métropole – tous âges et origines confondus – étaient plus souvent dans ce cas (22,8%), ainsi que celles ayant un niveau d'études inférieur ou égal au primaire (24,6%), sans couverture maladie (18,2%), avec la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou l'Aide médicale de l'État (AME) (21,4%), ou encore la Sécurité sociale (SS) de base ou la CMU, sans complémentaire (19,3%).

Le tableau 1 montre les résultats des régressions logistiques multivariées. Le premier modèle montre que, une fois ajusté sur l'âge, les femmes FPE avaient deux fois plus de risque de n'avoir jamais été dépistées que les femmes FPF (OR=2,46 ; IC95% [1,60-3,77]) et que ce risque était de nouveau multiplié par 2 pour les femmes étrangères (OR=5,27 ; IC95% [3,41-8,15]).

Le fait d'avoir passé moins de la moitié de sa vie en France métropolitaine (modèle 2) était associé à un risque accru de non dépistage (OR=3,06 ; IC95% [1,73-5,40]) et le fait d'introduire cette variable dans le modèle diminuait de moitié le risque de non dépistage pour les femmes étrangères qui se retrouvaient au même niveau de risque que les FPE.

Les différences entre les femmes FPF et les femmes étrangères ou FPE persistaient toutefois, même une fois introduites dans le modèle cette proportion de vie passée en métropole et toutes les autres caractéristiques retenues dans le modèle 3 (niveau d'études, couverture maladie, relation sentimentale, parentalité, nombre

de relations amicales, expérience de la maladie et attitude générale vis-à-vis du dépistage des cancers) : les femmes immigrées ou françaises issues de l'immigration avaient 2 fois plus de risque de ne jamais avoir eu recours au dépistage du cancer du col de l'utérus que les FPF. La force d'association avec la proportion de vie passée en métropole restait, quant à elle, semblable entre les modèles 2 et 3.

En analyse multivariée, avaient également un risque accru de n'avoir jamais été dépistées les femmes de plus de 65 ans (OR=2,28 ; IC95% [1,32-3,94]), sans enfants (OR=2,13 ; IC95% [1,32-3,44]), et/ou sans relation sentimentale au moment de l'enquête (OR=2,10 ; IC95% [1,38-3,19]). Bien qu'elle soit un *proxy* très imparfait de l'ensemble de la biographie sexuelle, conjugale et sentimentale des femmes interrogées, cette dernière caractéristique est donc fortement associée au dépistage vie entière. Notons que les plus âgées d'entre elles (au-delà de 75 ans) avaient déjà dépassé la ménopause au moment de la diffusion du FCU dans les années 1970. Parmi les variables socio-économiques, seuls le niveau d'études (avec un gradient à mesure qu'il s'élève) et la couverture maladie restaient associés à la variable d'intérêt (cette dernière à la limite de la significativité). Par rapport aux femmes couvertes par la SS et une complémentaire, celles couvertes par la CMUc ou l'AME et celles couvertes par la SS ou la CMU sans complémentaire avaient un risque près de 2 fois plus élevé de ne jamais avoir bénéficié de FCU. Une force d'association semblable était observée chez les femmes sans expérience antérieure de la maladie et chez celles qui, si elles avaient un cancer, préféreraient le savoir le plus tard possible.

Discussion

Cette étude réalisée en population générale montre que l'origine migratoire des femmes est un facteur d'inégalité très important concernant le recours au moins une fois dans sa vie au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU. Le risque de ne jamais en avoir bénéficié est 2 fois plus élevé chez les femmes FPE (un groupe qui recouvre largement les femmes françaises « issues de l'immigration ») que chez les femmes françaises nées de parents français et ce risque est encore multiplié par 2 pour les femmes étrangères (un groupe qui comprend, à de rares exceptions près, les immigrées non naturalisées). Un tel gradient n'a, à notre connaissance, jamais été mis en évidence en France alors qu'il est observé dans la littérature, notamment nord-américaine [8;9]. Il confirme celui que nous avons observé, certes avec une moindre ampleur, dans l'analyse des facteurs associés au retard de dépistage à partir des données de SIRS 2005 [6].

Nos résultats confirment également l'hypothèse selon laquelle la proportion de vie passée dans un pays influence le recours aux soins [10;11] : après ajustement sur cette caractéristique, les femmes immigrées et les femmes issues de l'immigration partagent un sur-risque semblable de non recours au FCU, de l'ordre de 2. Les autres caractéristiques prises en compte

dans le modèle final n'expliquent, elles, finalement, qu'une faible part de ce risque accru (moins d'un tiers).

Cette étude comporte plusieurs limites. La plus importante est sans doute que le recours au FCU est déclaratif et que les femmes les plus défavorisées ont pu moins bien comprendre la question qui leur était posée. Ceci nous semble assez improbable dans le cas du FCU, le questionnaire ayant été administré en face à face par des enquêteurs qui expliquaient à chaque fois de quel examen il était question, et ses circonstances sont suffisamment particulières et spécifiques pour qu'un biais de mémoire ne soit guère vraisemblable. Une seconde limite de l'étude est l'exclusion (pour des raisons de moyens) des femmes non francophones, dans une situation probablement encore plus défavorisée. Enfin, une troisième limite tient aux catégories d'origine migratoire utilisées. D'une part, elles ne se superposent pas exactement à celles de l'Insee et de l'Ined pour définir les immigrés et les Français « de seconde génération » mais ceci est numériquement assez marginal comme nous l'avons vérifié dans l'échantillon de SIRS (résultats non publiés). D'autre part, ces catégories très globales ne permettent pas d'aller plus loin en fonction des pays et des cultures d'origine des femmes, essentiellement pour des raisons d'effectifs.

Or, si ni l'acculturation, ni les autres caractéristiques démographiques, ni le statut socio-économique, ni la couverture maladie, ni l'étendue du réseau amical, ni certaines expériences de santé et attitudes vis-à-vis du dépistage des cancers (toutes caractéristiques associées par ailleurs) ne peuvent expliquer complètement cette différence, de quoi peut-il s'agir ? D'une part, d'autres facteurs matériels non explorés ici peuvent jouer (l'offre de soins, la fréquence des recours aux soins, la disponibilité des femmes, par exemple). D'autre part, d'autres facteurs psychosociaux et culturels mériteraient d'être pris en compte et/ou spécifiquement étudiés, tels que la connaissance du cancer du col de l'utérus et de sa prévention, la crainte de l'examen en lui-même, la qualité de la relation avec le médecin ou le gynécologue, ou encore, plus largement, les représentations de la santé gynécologique.

Il reste que les inégalités observées en matière de FCU ne se retrouvent pas (dans la même population également interrogée à ce sujet en 2010) pour le dépistage du cancer du sein. Pour celui-ci, l'existence d'un dépistage organisé est probablement le facteur qui explique pourquoi l'absence de toute mammographie au cours de la vie (qui concerne 15,6% des femmes de plus de 50 ans) n'est pas retrouvée associée – ni en analyse univariée, ni en analyse multivariée – avec l'origine migratoire (résultats non montrés).

Ainsi, comme pour le dépistage organisé du cancer du sein, l'instauration d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pourrait réduire – au moins en partie – certaines inégalités observées, notamment celles liées aux origines migratoires. Sa mise en place est d'ailleurs recommandée par la Haute

Autorité de santé (HAS) [1] afin d'augmenter la couverture du dépistage et diminuer l'incidence de ce cancer.

Conclusion

Cette étude montre des inégalités entre femmes françaises et étrangères dans la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus. D'un point de vue de santé publique, en décrivant ces inégalités, nos résultats suggèrent la nécessité de cibler des programmes et des actions dans le domaine du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Remerciements

Cette analyse s'inscrit dans un programme de recherche sur le dépistage des cancers féminins dans la cohorte SIRS, soutenu par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut de recherche en santé publique (Iresp).

Références

- [1] Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé; 2010.
a- Argumentaire disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
b- Recommandations disponibles à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
- [2] Goel MS, Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Ngo-Metzger Q, Phillips RS, *et al.* Racial and ethnic disparities in cancer screening: the importance of foreign birth as a barrier to care. *J Gen Intern Med.* 2003;18(12):1028-35.
- [3] Downs LS, Smith JS, Scarinci I, Flowers L, Parham G. The disparity of cervical cancer in diverse populations. *Gynecol Oncol.* 2008;109(2 Suppl):S22-30.
- [4] Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Predictors of low cervical cancer screening among immigrant women in Ontario, Canada. *BMC Women's Health.* 2011;27(11):20.
- [5] Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS, Paris: Editions de la DIV (coll. Les documents de l'ONZUS); 2009. 105 p.
- [6] Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of perceived activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities. The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place.* 2010;16(5):838-52.
- [7] EHEMU/EHLEIS team. The minimum European health module: background documents. Montpellier : EHEMU Technical report. 2010;(4.6).
- [8] De Alba I, Hubbell FA, McMullin JM, Sweningson JM, Saitz R. Impact of U.S. citizenship status on cancer screening among immigrant women. *J Gen Intern Med.* 2005;20(3):290-6.
- [9] Echeverria SE, Carrasquillo O. The roles of citizenship status, acculturation, and health insurance in breast and cervical cancer screening among immigrant women. *Med Care.* 2006;44(8):788-92.
- [10] Yi JK. Factors associated with cervical cancer screening behavior among Vietnamese women. *J Community Health.* 1994;19(3):189-200.
- [11] Tsui J, Saraiya M, Thompson T, Dey A, Richardson L. Cervical cancer screening among foreign-born women by birthplace and duration in the United States. *J Women's Health (Larchmt).* 2007;16(10):1447-57.