



HAL
open science

Accès aux soins et dépistage du cancer du col de l'utérus en population guadeloupéenne

Jean-Baptiste Azaïs

► **To cite this version:**

Jean-Baptiste Azaïs. Accès aux soins et dépistage du cancer du col de l'utérus en population guadeloupéenne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01412057

HAL Id: dumas-01412057

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412057>

Submitted on 7 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DES ANTILLES
2016

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2016ANTI0042

**ACCES AUX SOINS ET DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE
L'UTERUS EN POPULATION GUADELOUPEENNE**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Présentée le 31 mai 2016

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

AZAÏS Jean-Baptiste

Examineurs de la thèse :

Monsieur Eustase JANKY.....Professeur, Président
Monsieur Philippe KADHEL.....Professeur
Monsieur Mathieu NACHER.....Professeur
Madame Jeannie HÉLÈNE-PELAGE.....Professeur
Monsieur Philippe CARRÈRE.....Directeur

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Eustase JANKY,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury.

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail. Je garderai toujours un excellent souvenir de mon stage réalisé dans votre service. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

À Monsieur le Professeur Philippe KADHEL,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Mathieu NACHER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour l'expérience que vous m'avez transmise lors de mon stage dans votre cabinet. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Philippe CARRÈRE,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour votre aide, votre temps mis à ma disposition et votre soutien tout au long de la réalisation de ce projet.

À l'ensemble du personnel des centres d'examens de santé, secrétaires, infirmières et médecins qui ont veillé au bon déroulement de cette étude dans les quatre centres d'examens de santé.

UNIVERSITÉ DES ANTILLES



FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CÉSAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

Médecine interne

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Fax : 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 - Fax : 05 90 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophthalmologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE	Chirurgie digestive CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie orthopédique CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
André WARTER	Anatomopathologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 50
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Philippe DABADIE	Anesthésiologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Guillaume THIERY	Réanimation CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 17 74
Magalie DEMAR	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 20 85 / 05 96 55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90

Professeurs des Universités - Associés

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Karim FARID

Médecine Nucléaire

CHU de FORT-DE-FRANCE

Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Lauren BRUNIER-AGOT

Rhumatologie

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52

Xavier BOUILLOUX

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66

Philippe CARRERE

Médecine Générale

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 99 99 11

Cédric Sandy PIERRE	ORL CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
Pierre CARRET	Orthopédie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 90 55 22 28
Julie SAMBOURG	Dermatologie – Maladies Infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 59
Katlyne POLOMAT	Médecine interne CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
Teddy TOTO	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 06 90 37 32 40 / 05 90 89 17 90
Laurent BRUREAU	Urologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
JACQUES-ROUSSEAU Natacha	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 11 82
GUILLE Jérémy	ORL CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
BLETTERY Marie	Rhumatologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44
SCHOELL Thibaut	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
ROUX Guillaume	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 09

Professeurs Emérites

CARME Bernard	Parasitologie
CHARLES-NICOLAS Aimé	Psychiatrie Adulte

RÉSUMÉ

Introduction :

Il persiste en France d'importantes inégalités sociales de dépistage. Notre objectif était d'estimer, dans une population française caribéenne, la relation entre dépistage du cancer du col de l'utérus et recours au médecin traitant ou au gynécologue selon la position sociale des usagers.

Méthodes :

Étude transversale multicentrique, rétrospective, portant sur les femmes de 25 à 64 ans ayant réalisé un examen périodique de santé en Guadeloupe de janvier 2012 à mai 2015. La réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) depuis moins de trois ans et le recours au médecin traitant ou au gynécologue dans la dernière année étaient explorés par questionnaire. Le niveau d'études définissait la position sociale. L'analyse statistique a fait appel à la régression logistique.

Résultats :

Parmi les 7747 dossiers complets, 73,6% des femmes disaient avoir réalisé un FCU depuis moins de trois ans. Toutes choses égales par ailleurs, l'OR de réalisation du FCU en rapport avec le recours au médecin traitant était de 2,7 ($p < 0,001$) chez les femmes de niveau d'études supérieur ou égal au Brevet, contre 1,3 ($p = 0,069$) chez celles de niveau d'études inférieur. Les OR de réalisation du FCU en rapport avec le recours au gynécologue étaient respectivement de 5 et 3,2 ($p < 0,001$). L'effet modificateur du niveau d'études était significatif.

Conclusions :

La relation entre suivi médical et dépistage du cancer du col était dégradée chez les femmes en position sociale défavorisée. Un plus grand investissement des professionnels et un meilleur accompagnement des usagers sont nécessaires à la réduction des inégalités de dépistage.

ABSTRACT

Introduction:

Despite universal health coverage, substantial social inequalities in cancer screening remain in France. Our objective was to assess, in a French Caribbean population, if the relation between cervical cancer screening and access to the referring physician or to a gynecologist vary according to the social position of users.

Methods:

A multicenter cross-sectional study was retrospectively conducted, including all women aged 25-64 who had received a periodic health examination funded by social security in Guadeloupe between January 2012 and May 2015. Use of pap smear in the last three years and access to the referring physician or to a gynecologist in the last twelve months were investigated by questionnaire. The education level defined social position. Statistical analyses used multilevel logistic regression, with search for interaction.

Results:

Among the 7747 complete records, 73.6% of women reported having achieved a pap smear in the last three years. All things being equal, the OR of cancer screening in relation to access to the referring physician was estimated at 2.7 ($p < 0.001$) in women with at least a middle school diploma, against 1.3 ($p = 0.069$) in those with less education. Corresponding values in relation to access to a gynecologist were 5.0 and 3.2, respectively ($p < 0.001$). The modifying effect of education level was significant.

Conclusions:

In this population with good access to care, the relation between medical follow up and cervical cancer screening was impaired among disadvantaged women. Greater involvement of professionals and better support to users are required to reduce screening inequalities.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	8
ABSTRACT	9
TABLE DES MATIÈRES	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
INTRODUCTION	12
MÉTHODES	14
TYPE D'ETUDE	14
POPULATION SOURCE	14
RECUEIL DES DONNEES	15
DEFINITIONS	15
ASPECTS ETHIQUES ET JURIDIQUES	16
ANALYSE STATISTIQUE	16
RÉSULTATS	18
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	18
RELATION ENTRE RECOURS AUX CONSULTATIONS MEDICALES ET POSITION SOCIALE	19
RELATION ENTRE PRATIQUE DE FROTTIS CERVICO-UTERIN ET POSITION SOCIALE	20
RELATION ENTRE PRATIQUE DE FROTTIS CERVICO-UTERIN ET RECOURS AUX CONSULTATIONS MEDICALES	20
DISCUSSION	24
RÉFÉRENCES	30
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	35
SERMENT D'HIPPOCRATE	36

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Bac	Baccalauréat
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
FCU	Frottis cervico-utérin
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
OR	Odds Ratio
p	p-value

INTRODUCTION

Quinze pourcent de la mortalité mondiale est d'origine oncologique [1]. Des inégalités sociales ont été démontrées dans l'incidence des cancers et la survie qui y a trait [2], y compris dans les régions à haut niveau de revenu. Le cancer du col utérin, quatrième cancer féminin dans le monde en 2012, n'échappe pas à cette règle. Aux États-Unis entre 2005 et 2007, le risque de décès par cancer du col était près de cinq fois plus élevé chez les femmes de faible niveau d'études[3]. En Europe du Nord, il existe une augmentation du risque de mortalité par cancer du col chez les personnes d'origine étrangère comparativement à celles nées sur le territoire[4].

Ce cancer est pourtant d'évolution lente, parfaitement dépistable, et d'excellent pronostic quand il est pris en charge aux stades initiaux de son développement. Mais des retards de dépistage peuvent survenir, et les inégalités sociales à cet égard sont largement documentées. Aux États-Unis sur la période 2007-2011[5], la proportion de femmes déclarant avoir réalisé un frottis cervico-utérin (FCU) depuis moins de trois ans était de 90,7% chez les femmes de niveau d'études supérieur contre 78,7% chez celles de niveau d'études inférieur au Baccalauréat. Ces disparités ont également été observées en Europe, notamment au Royaume-Uni [6], en Espagne [7] et en Italie [8]. La France ne fait pas exception. En 2010 [9], les femmes de niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat avaient une probabilité 30 à 40% plus élevée d'avoir réalisé un FCU depuis moins de trois ans, comparativement aux niveaux d'études inférieurs. Cette probabilité était augmentée de 40% à 50% chez celles ayant un niveau de revenu supérieur à 1 100 € mensuels, comparativement aux revenus inférieurs. Enfin, les femmes sans activité professionnelle avaient deux fois moins de chance d'avoir réalisé un FCU depuis moins de trois ans, comparativement à celles ayant un emploi.

La France dispose pourtant d'un système de santé réputé performant [10] et généreux. Une couverture sanitaire universelle a été mise en place en 2000. Un dispositif de coordination des soins a été développé en 2005, invitant tous les assurés sociaux à désigner un médecin traitant, responsable en milieu ambulatoire du suivi des patients dont il a la charge. En 2009, 95% de la population française avait effectivement désigné un médecin traitant[11], généraliste dans la quasi-totalité des cas. En 2012 un système de paiement à la performance a été initié. Parmi les indicateurs retenus pour le calcul de la rémunération sur objectif de santé publique qui peut être versée au médecin, figure la proportion de ses patients ayant réalisé un FCU depuis moins de trois ans.

Les Antilles françaises sont parmi les territoires français les plus défavorisés. Près d'un cinquième de leur population est en situation de pauvreté [12]. Elles bénéficient des mêmes systèmes de soin et de couverture sociale que ceux développés en France métropolitaine. Mais la morbi-mortalité par cancer du col y est près de deux fois plus élevée [13]. En Guadeloupe, de fortes inégalités sociales de dépistage ont été démontrées [14].

L'objectif de ce travail était d'estimer, en population guadeloupéenne, la relation entre suivi médical et dépistage du cancer du col utérin selon la position sociale des usagers. Il s'agissait de mieux comprendre comment peuvent se constituer des inégalités sociales de dépistage malgré un bon accès théorique aux soins.

MÉTHODES

Type d'étude

Nous avons mis en œuvre une étude épidémiologique observationnelle transversale, sur données collectées dans les quatre centres d'exams périodiques de santé guadeloupéens entre janvier 2012 et mai 2015.

Population source

La population source était constituée d'adultes réalisant un examen périodique de santé sur invitation de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de la Guadeloupe. Tous les assurés sociaux résidant en Guadeloupe peuvent en bénéficier gratuitement. Tous ceux ne l'ayant pas réalisé depuis moins de trois ans sont susceptibles d'être invités. Leur sélection est effectuée par la CGSS, grâce à un échantillonnage sur liste exhaustive des assurés éligibles. Une stratification sur le bénéfice de prestations sociales assure un sur-échantillonnage des sujets en situation de pauvreté, qui doivent constituer 65% de la population invitée. Chaque année la CGSS émet 15 000 invitations, avec un taux de réponse de 35%.

Pour ce travail ont été extraits les dossiers de femmes âgées de 25 à 64 ans, classe d'âge où le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé en France [13]. Ont été exclues les femmes aux antécédents d'hystérectomie ou suivies pour une anomalie cytologique du col.

Recueil des données

L'étude était basée sur le fonctionnement courant des centres. Conformément à la convention qui les lie à la CGSS, les examens périodiques de santé y sont effectués de façon standardisée. Les données sociodémographiques et de recours aux soins sont explorées par auto-questionnaire, puis entretien entre les secrétaires d'accueil des centres et les patients. Les données de couverture sociale sont obtenues par les secrétaires d'accueil auprès de la CGSS. Les données médicales sont recueillies par les médecins exerçant dans les centres.

Définitions

Parmi les données recueillies par les médecins des centres figurait la date du dernier frottis cervico-utérin (FCU). Les femmes déclarant avoir réalisé un FCU depuis moins de trois ans étaient considérées comme étant dépistés de façon conforme aux recommandations.

Le nombre de consultations chez le médecin traitant au cours des douze derniers mois a été exploré et discrétisé en trois classes : a) aucune consultation, b) une à deux consultations, ou c) trois et plus. L'éventualité d'une consultation au moins chez un gynécologue au cours des douze derniers mois était également explorée.

La position sociale était approchée par le niveau d'études, discrétisé en trois classes selon les déclarations des participants : a) inférieur au Brevet des collèges ou sans diplôme, b) supérieur ou égal au Brevet des collèges mais inférieur au Baccalauréat, c) supérieur ou égal au Baccalauréat.

L'offre de soins environnante a été approchée par la commune de résidence des sondées, seule information géographique disponible. Les vingt-six communes de la Guadeloupe étaient représentées. Pour chaque commune, le nombre de professionnels de santé susceptibles de

réaliser des FCU (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et anatomopathologistes) a été obtenu par consultation de l'annuaire téléphonique, et le nombre d'habitants grâce aux données de l'institut national de la statistique et des études économiques. Le rapport du nombre de professionnels sur le nombre d'habitants définissait la densité de l'offre de soins, qui variait de 0 à 25,9 professionnels pour 10000 habitants. Pour les besoins de l'analyse, cette densité de l'offre de soins a été discrétisée en terciles. Cette méthode a déjà été utilisée en France [12].

Aspects éthiques et juridiques

L'utilisation des données nécessaires à cette recherche a fait l'objet d'une déclaration normale à la commission nationale de l'informatique et des libertés. Toutes les personnes bénéficiant d'un examen périodique de santé sont informées de l'utilisation potentielle des données collectées au cours de leur examen de santé à des fins de recherche. Ils sont libres de refuser l'utilisation de leurs données personnelles, sans aucun impact sur le déroulement normal de leur examen périodique de santé.

Analyse statistique

Elle a été effectuée avec le logiciel Stata v13, sur données complètes.

Les caractéristiques de la population étudiée ont été décrites en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, en moyenne et déviation standard pour les variables quantitatives, sous condition de la normalité de la distribution. En analyse bivariée, les différences de valeurs prises par les variables qualitatives ont été testées grâce au Chi2, les différences de variables quantitatives grâce à l'analyse de variance. L'analyse multivariée a fait appel à la régression logistique multiple et multiniveau (procédure meqrlogit) compte tenu du caractère

multicentrique de l'étude et de la structure hiérarchisée des données [15], avec ajustement systématique sur l'âge, la couverture sociale, l'offre de soins environnante et le centre.

L'effet modificateur de la position sociale sur la relation entre recours au médecin traitant ou au gynécologue et la pratique de FCU a été testé en bivarié par la méthode de Mantel-Haenszel et en multivarié par l'introduction d'un terme d'interaction dans les modèles.

Le seuil de significativité des tests utilisés était fixé à 5%, toujours en situation bilatérale.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Sur 8498 dossiers éligibles, 8,8% présentaient des données manquantes et ont été exclus de l'analyse. La population étudiée comprenait au total 7747 femmes de 25 à 64 ans (tableau 1). L'âge moyen était de 43,6 ans (SD 10,2). Le niveau d'études était inférieur au Brevet des collèges chez 42,6% des participantes.

Près de neuf femmes sur dix bénéficiaient d'une assurance maladie complémentaire (couverture maladie universelle, ou mutuelle), 93,4% avaient eu recours à leur médecin traitant au moins une fois dans l'année, 56,7% à leur gynécologue.

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population

	n	%
<i>Age</i>		
25 - 34	1694	21,9
35 - 44	2485	32,1
45 - 54	2231	28,8
55 - 64	1337	17,3
<i>Niveau d'études</i>		
< Brevet	3302	42,6
≥ Brevet & < Bac	2437	31,5
≥ Bac	2008	25,9
<i>Assurance maladie complémentaire</i>		
Oui	6863	88,6
<i>Recours au médecin traitant dans l'année écoulée</i>		
Oui	7239	93,4
<i>Recours au gynécologue dans l'année écoulée</i>		
Oui	4390	56,7
<i>Dernier FCU réalisé depuis moins de 3 ans</i>		
Oui	5699	73,6

FCU : Frottis cervico-utérin

Au total, 73,6% des participantes déclaraient avoir réalisé un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années.

Relation entre recours aux consultations médicales et position sociale

Le recours au médecin traitant variait selon la position sociale (tableau 2) : de 91,8% chez les femmes de niveau d'études inférieur au Brevet, à 94,9% chez les femmes de niveau d'études supérieur, la différence étant significative en analyse bi- comme multi-variée ($p < 0,001$). Le recours au gynécologue variait également, de 50,1% chez les femmes de niveau d'études inférieur au Brevet à 63,2% chez les femmes de niveau d'études supérieur ($p < 0,001$ en analyse bi- comme multi-variée).

Tableau n°2 : Relations entre accès au médecin traitant ou au gynécologue et niveau d'études - analyses bi- et multivariées

	Au moins une consultation médecin traitant dans l'année			
	n	%	OR ^a	IC 95%
<i>Niveau d'études</i>				
< Brevet	3032	91,8	1	
≥ Brevet & < Bac	2301	94,4	1,56	1,26-1,94
≥ Bac	1906	94,9	1,93	1,51-2,49
	Au moins une consultation gynécologique dans l'année			
	n	%	OR ^a	IC 95%
<i>Niveau d'études</i>				
< Brevet	1654	50,1	1	
≥ Brevet & < Bac	1467	60,2	1,45	1,30-1,62
≥ Bac	1269	63,2	1,58	1,40-1,79

a : ajusté sur l'âge, la couverture sociale, l'offre de soins environnante et le centre

Relation entre pratique de frottis cervico-utérin et position sociale

Chez les femmes déclarant avoir consulté leur médecin traitant au moins deux fois dans l'année, comme chez celles ayant eu recours à un gynécologue, on observait des inégalités de pratique de FCU selon le niveau d'études (tableau 3). Ajustement fait sur l'âge, la couverture sociale, l'offre de soins environnante et le centre, les chances de réalisation d'un FCU depuis moins de trois ans étaient augmentées de 39% à 55% chez les femmes de niveau d'études supérieur ou égal au Bac, comparativement à celles de niveau d'études inférieur au Brevet ($p < 0,001$).

Tableau n°3 : Relations entre pratique de FCU et niveau d'études, chez les femmes suivies par un médecin traitant ou chez celles ayant consulté un gynécologue dans l'année - analyses bi- et multivariées

	Réalisation d'un FCU depuis moins de 3 ans			
	n	%	OR ^a	IC 95%
Chez les femmes ayant consulté leur médecin traitant au moins deux fois dans l'année				
<i>Niveau d'études</i>				
< Brevet	1694	73,3	1	
≥ Brevet & < Bac	1258	77,6	1,30	1,11-1,51
≥ Bac	1025	77,8	1,39	1,17-1,65
Chez les femmes ayant consulté un gynécologue au moins une fois dans l'année				
<i>Niveau d'études</i>				
< Brevet	1380	83,4	1	
≥ Brevet & < Bac	1274	86,8	1,43	1,16-1,76
≥ Bac	1093	86,1	1,55	1,24-1,93

a : ajusté sur l'âge, la couverture sociale, l'offre de soins environnante et le centre

Relation entre pratique de frottis cervico-utérin et recours aux consultations médicales

Il existait une forte relation entre recours au médecin et pratique de dépistage. Cependant les femmes ayant consulté un gynécologue dans l'année étaient plus nombreuses à avoir réalisé

un FCU depuis moins de trois ans que celles ayant consulté leur médecin traitant, même deux fois et plus (85,4% versus 75,8% ; $p < 0,001$ selon le test de Chi2).

De plus, la relation entre recours au médecin et pratique de dépistage variait selon le niveau d'études (tableau 4). Parmi les femmes de niveau d'études inférieur au brevet, 73,9% de celles ayant consulté leur médecin traitant plus de deux fois dans l'année avaient réalisé un FCU depuis moins de 3 ans, contre 68,8% de celles l'ayant consulté moins de deux fois ($p = 0,015$ selon le test de Chi2). Parmi les femmes de niveau d'études supérieur ou égal au brevet, les valeurs correspondantes étaient de 77,5% et 69,1% ($p < 0,001$ selon le test de Chi2). Une variation similaire était observée à l'étude de la relation entre consultation au gynécologue et réalisation de FCU selon le niveau d'études. Ces modifications d'effet étaient significatives ($p = 0,038$ à $p < 0,001$ selon le test de Mantel-Haenszel, respectivement).

Tableau n°4 : Relations entre pratique de FCU et recours au médecin traitant ou au gynécologue - analyses bivariées stratifiées sur le niveau d'études

	Réalisation d'un FCU depuis moins de 3 ans			
	< Brevet		≥ Brevet	
	n	%	n	%
<i>Recours au médecin traitant au cours des 12 derniers mois^c</i>				
< 2 consultations	681	68,8	1041	69,1
2 consultations	388	71,2	610	78,2
> 2 consultations	1306	73,9 ^a	1673	77,5 ^b
<i>Recours au gynécologue au cours des 12 derniers mois^d</i>				
0 consultation	995	60,4	957	56,0
1 consultation ou plus	1380	83,4 ^b	2367	86,5 ^b

a : $p < 0,05$; b : $p < 0,001$ (Chi2)

c : $p < 0,05$; d : $p < 0,001$ (test d'homogénéité de Mantel-Haenszel entre strates de niveau d'étude)

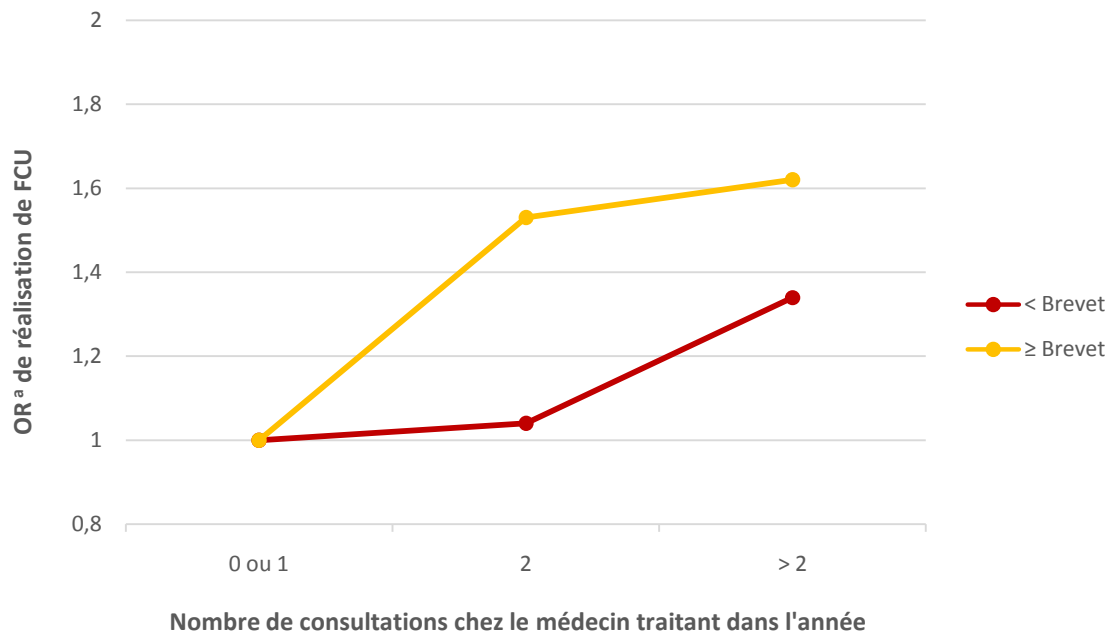
En analyse multivariée, après ajustement sur l'âge, la couverture sociale, l'offre de soins environnante et le centre, les effets modificateurs du niveau d'études sur la relation entre

recours au médecin traitant ou au gynécologue et pratique de FCU étaient également significatifs ($p=0,033$ à $p<0,001$, respectivement).

Le graphique 1 présente les résultats de l'analyse multivariée de la relation entre recours au médecin traitant et pratique de FCU, stratifiée sur le niveau d'études. Parmi les femmes de niveau d'études inférieur au Brevet, les chances de réalisation de FCU étaient augmentées de 4% chez celles ayant consulté leur médecin deux fois (OR=1,04 ; IC95% : 0,82-1,32), et de 34% chez celles l'ayant consulté trois fois et plus (OR=1,34 ; IC95% : 1,12-1,60). Parmi les femmes de niveau d'études plus élevé, les chances de réalisation de FCU étaient augmentées de 53% à la seconde visite chez le médecin traitant (OR=1,53 ; IC95% : 1,24-1,88), et de 62% à la troisième visite (OR=1,62 ; IC95% : 1,39-1,88).

Graphique n°1 : Relation entre recours au médecin traitant et réalisation d'un FCU au cours des trois dernières années, selon le niveau d'études

Niveau d'études



a : OR de pratique de FCU au cours des 3 dernières années en fonction du nombre de consultations au médecin traitant dans l'année, selon le niveau d'études, avec ajustement sur l'âge, la couverture sociale, l'offre de soins environnante et le centre

De la même façon, parmi les femmes de niveau d'études inférieur au Brevet, les chances de réalisation de FCU étaient multipliées par trois chez celles ayant consulté un gynécologue dans l'année (OR=3,21 ; IC95% : 2,71-3,79), contre cinq parmi les femmes de niveau d'études plus élevé (OR=5,00 ; IC95% : 4,31-5,81).

DISCUSSION

Dans cette population guadeloupéenne consultant en centres d'examens périodiques de santé, 73,6% des femmes déclaraient avoir réalisé un frottis cervico-utérin (FCU) depuis moins de trois ans. L'accès au médecin traitant était largement assuré, le recours au gynécologue moins fréquent. On observait des inégalités sociales de recours aux consultations médicales. Chez les patientes suivies par leur médecin traitant ou un gynécologue, on observait également des inégalités sociales de pratique de FCU. La force de la relation entre recours au médecin et pratique de dépistage était significativement diminuée chez les femmes en position sociale défavorisée.

La force de ce travail réside notamment dans la taille de l'effectif réuni et la qualité du recueil de données, effectuée de façon standardisée par un personnel qualifié et expérimenté. La date du dernier frottis était obtenue sur interrogatoire médical, ce qui minimise le risque de confusion entre FCU et prélèvement vaginal. Plusieurs limites doivent cependant être signalées. Le mode de recrutement, consécutif en centres d'examens périodiques de santé, met en cause la représentativité de la population étudiée. Les sujets répondant à une invitation à un bilan de santé peuvent être plus attentifs à leur santé et se prêter plus facilement aux dépistages. Cela peut conduire à une surestimation de la pratique de FCU. Le caractère déclaratif des données de réalisation du FCU pose également problème. De nombreux travaux mettent en cause la validité de ce type de mesure, sa sensibilité et spécificité étant très variable selon les études [16]. Ces variations peuvent avoir trait à un manque d'exhaustivité des données de l'assurance maladie permettant la comptabilité des FCU réellement réalisés[17]. Elles peuvent également avoir trait aux caractéristiques des

populations étudiées. Dans une enquête récente portant sur un large échantillon de sujets résidant en Ontario mais d'origines très diverses, le risque de sur-déclaration de FCU pouvait être augmenté jusqu'à 16% chez les femmes de faible niveau d'études ou de revenu[18]. La sur-déclaration des pratiques de dépistage chez les femmes de faible niveau socio-économique peut en outre conduire à une sous-estimation de la force d'association entre facteurs socio-économiques et pratique de FCU. Quoi qu'il en soit, ces limites ne peuvent nuire à nos résultats sur les inégalités sociales affectant la relation entre suivi médical et pratique de dépistage.

Les données de recours aux consultations médicales et les inégalités sociales d'accès aux spécialistes observées dans notre population sont cohérentes avec les données disponibles au niveau régional et national. En 2014 en Guadeloupe [19], près de 90% d'une population de sujets également recrutés en centres d'examens de santé déclaraient avoir eu recours à leur médecin traitant dans l'année, quelle que soit leur position sociale. Mais chez ceux affectés de facteurs de risque cardiovasculaire et informés de leur statut, on relevait aussi des inégalités de recours aux spécialistes, cardiologue ou endocrinologue. Ces inégalités d'accès aux soins sont bien connues en France. En 2004, selon une étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé reprise par Stirbu et al [20], elles étaient même parmi les plus importantes d'Europe de l'ouest.

Comme dit en introduction, les inégalités sociales de dépistages sont largement documentées, en France[9], en Europe [6,7,8] comme aux États-Unis [5,21]. Nos résultats sont très similaires. Cependant, la force de la relation entre niveau d'études et pratique de dépistage mise en évidence dans notre population était bien moindre que celle observée en Guadeloupe en 2007. Les femmes de niveau d'études limité au primaire avaient alors trois fois plus de risque de non réalisation d'un FCU dans un temps conforme aux recommandations [14]. Les multiples

campagnes d'incitation à la pratique des dépistages des cancers menées dans l'intervalle pourraient expliquer cette évolution.

Notre étude confirme que le recours au gynécologue et au médecin traitant augmente les chances de pratique de FCU, mais n'efface pas totalement les inégalités sociales de réalisation de celui-ci. De la même manière, en région parisienne en 2005-2006, parmi 858 femmes de 50 à 69 ans suivies par 59 médecins généralistes sélectionnés aléatoirement, il persistait une forte relation entre défaut de dépistage du cancer du col et pauvreté ou insécurité financière [22]. En région parisienne en 2005 également, dans un échantillon représentatif de la population âgée de 18 à 74 ans, la relation entre pratique de FCU et niveau d'études persistait chez les femmes déclarant régulièrement consulter un médecin, généraliste ou spécialiste, pour leur suivi gynécologique [12].

L'altération de la relation entre recours au médecin et pratique de dépistage chez les femmes en position sociale défavorisée est notre résultat le plus original. À notre connaissance, ce phénomène n'a été exploré ou relevé dans aucune autre étude, en France ou ailleurs. Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer.

L'accessibilité financière au dépistage peut demeurer un problème. En France, celle-ci est théoriquement garantie par la couverture maladie universelle et l'aide à la complémentaire santé accordées aux assurés en situation de pauvreté. Mais certains professionnels de santé refusent la dispense d'avance de frais à laquelle ces patients peuvent légitimement prétendre [23].

L'accessibilité géographique au dépistage peut aussi être mise en cause [24]. Un tiers des médecins généralistes français ne réalisent plus de FCU [25]. Leurs patients doivent faire face à une offre sanitaire inégalement répartie sur le territoire. Les zones les plus défavorisées sont fréquemment sous dotées [26], et rares sont les sites qui mettent à disposition des usagers

l'ensemble des services de santé nécessaires à leur prise en charge. Quelle que soit leur motivation, les patients manquant de ressources peuvent éprouver des difficultés à identifier les professionnels apportant ces services, à les contacter, à programmer des rendez-vous, et à accéder à leur lieu d'exercice.

L'acceptabilité de ces dépistages par les usagers peut également poser problème. Ici interviennent de manière complexe des facteurs cognitifs et psycho-sociaux étroitement intriqués. En corollaire à une situation sociale défavorisée, des carences d'apprentissage, un défaut de connaissance en matière de prévention, une incorrecte perception des risques de cancer et des bénéfices des dépistages peuvent altérer l'attente de résultat. Le manque de confiance en sa capacité à mettre en œuvre les dépistages augmente l'effet d'un éventuel manque de ressources. Des normes sociales défailtantes entretiennent ces phénomènes. Des expériences négatives du système de soins voire un fatalisme à l'égard des cancers les aggravent. Le tout peut conduire à un renoncement passif ou actif aux dépistages, en particulier chez les patients les plus démunis [27].

Face à ces risques de renoncement, la qualité de relation et de la communication entre médecin et patient est primordiale. En zone défavorisée et sous-médicalisée, le temps médical dédié aux usagers est nécessairement réduit, alors même que ceux-ci sont plus fréquemment en situation de multi-morbidité. Les professionnels de santé peuvent être amenés à prioriser les prises en charge, en accordant d'avantage de temps aux aspects thérapeutiques, et moins aux messages de prévention [28,29]. Ce manque de temps médical consacré au dépistage peut prendre une résonance particulière dans le contexte multiculturel qui prévaut en Caraïbe. Des obstacles linguistiques peuvent survenir, spécialement pour les patients de faible niveau d'études ou d'origine étrangère [24]. Une mauvaise prise en compte par le praticien des représentations du patient autour de la maladie et du dépistage peut induire un

message inadapté, insuffisamment convaincant. De surcroît, des stéréotypes culturels peuvent conduire le praticien à manquer de confiance en sa capacité de communication face aux barrières linguistiques et culturelles, éventuellement du fait d'expériences d'échec ou de façon dissociée de celles-ci [30]. Au final, la relation et la communication entre médecin et patient sont de meilleure qualité lorsqu'ils se perçoivent dans une même communauté, sociale ou culturelle. Dans le cas contraire, on observe moins d'empathie de la part du praticien, les consultations sont plus directives, moins participatives, et laissent une moindre place aux messages de prévention[31]. Cela peut avoir un impact négatif sur les pratiques de dépistage des patients les plus défavorisés.

Enfin, une sous-implication des professionnels ne peut être écartée. En France, le métier de médecin généraliste a considérablement évolué au cours des dernières années, et certains omnipraticiens semblent s'être désinvestis de leurs activités de dépistage, voire ne pas adhérer à leur mission de réduction des inégalités qui y ont trait [32]. Cependant, dans notre population, les inégalités sociales affectant la relation entre consultation médicale et pratique de FCU étaient également observées chez les patientes ayant recouru à un gynécologue dans l'année. Cela pourrait relever de stéréotypes sociaux. De façon subjective, certains praticiens peuvent limiter l'accompagnement d'un patient défavorisé à la prise en charge des risques qu'ils pensent inhérents à son groupe social[33]. Ainsi, certains pourraient estimer a priori que la situation sociale d'un patient défavorisé rend la réalisation de dépistage secondaire. D'autres peuvent entretenir des représentations négatives autour de la compliance et de la motivation d'un patient de faible niveau socio-économique [28,33]. Leurs attentes de résultats peuvent s'avérer inférieures face un patient défavorisé [34], du fait d'expériences d'échec ou de façon dissociée de celles-ci. Le tout peut conduire à un renoncement, passif ou actif, à proposer les dépistages. L'impact sur les pratiques de prévention peut être considérable, alors que précisément les patients les plus démunis sont les moins demandeurs de dépistage [35].

En conclusion, dans cette population guadeloupéenne bénéficiant d'un bon accès théorique aux soins, il existait de fortes inégalités de qualité des soins en matière de dépistage du cancer du col utérin. Réinvestir les professionnels de santé dans leur mission de dépistage semble essentiel. Il faut mieux évaluer les risques présentés par les patients, en particulier ceux en situation sociale défavorisée. Une meilleure communication est requise, en adaptant le message et en accordant le temps médical nécessaire à la transmission des informations de prévention. Il est sans doute nécessaire d'offrir un meilleur accompagnement aux personnes les plus à risque de ne pouvoir se conformer aux programmes de prévention qui leur sont proposés. Cela impose une meilleure formation médicale, voire une diversification des professionnels impliqués. Pour finir, le dépistage systématique, avec prise en charge intégrale des frais par l'assurance maladie, devrait enfin être organisé. Les stratégies laissant place au test de détection de papilloma virus oncogène [36] et à l'auto-dépistage [37] pourraient être mieux évaluées.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Cancer: fact sheet n°297 [Internet]. World Health Organ.2015 [cited 2016 May 30];Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Cella DF, Orav EJ, Kornblith AB, Holland JC, Silberfarb PM, Lee KW, et al. Socioeconomic status and cancer survival. *J. Clin. Oncol.* 1991;9:1500–9.
3. Simard EP, Fedewa S, Ma J, Siegel R, Jemal A. Widening socioeconomic disparities in cervical cancer mortality among women in 26 states, 1993-2007. *Cancer* 2012;118:5110–6.
4. Abdoli G, Bottai M, Moradi T. Cancer mortality by country of birth, sex, and socioeconomic position in Sweden, 1961-2009. *PLoS One* 2014;9:e93174.
5. Walsh B, O’Neill C. Socioeconomic disparities across ethnicities: an application to cervical cancer screening. *Am. J. Manag. Care* 2015;21:e527-536.
6. Douglas E, Waller J, Duffy SW, Wardle J. Socioeconomic inequalities in breast and cervical screening coverage in England: are we closing the gap? *J. Med. Screen.* 2016;23:98-103.
7. Puigpinós-Riera R, Serral G, Pons-Vigués M, Palència L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Evolution of inequalities in breast and cervical cancer screening in Barcelona: population surveys 1992, 2001, and 2006. *J. Womens Health* 2011;20:1721–7.
8. Damiani G, Federico B, Basso D, Ronconi A, Bianchi CBNA, Anzellotti GM, et al. Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2012;12:99.

9. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010 [Internet]. Inpes éditions. 2012 [cited 2014 May 25]. Available from:
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>
10. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization;2000.
11. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Point d'information de l'Assurance Maladie : Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov 23];Available from:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf
12. Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Prev. Med.* 2012;54:259–65.
13. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Argumentaire [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 17];Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
14. Halbert N, Ruelle Y, Hélène Pelage J, Carrère P. Dépistage du cancer du col de l'utérus aux Antilles françaises. *Exercer* 2016;27:4–9.
15. Merlo J, Chaix B, Yang M, Lynch J, Rastam L. A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: linking the statistical concept of clustering to the idea of contextual phenomenon. *J. Epidemiol. Community Health* 2005;59:443–9.
16. Howard M, Agarwal G, Lytwyn A. Accuracy of self-reports of Pap and mammography screening compared to medical record: a meta-analysis. *Cancer Causes Control* 2009;20:1–13.

17. Caplan LS, McQueen DV, Qualters JR, Leff M, Garrett C, Calonge N. Validity of women's self-reports of cancer screening test utilization in a managed care population. *Cancer Epidemiol. Biomark.* 2003;12:1182–7.
18. Lofters A, Vahabi M, Glazier RH. The validity of self-reported cancer screening history and the role of social disadvantage in Ontario, Canada. *BMC Public Health* 2015;15:28.
19. Carrère P, Hérin M, Hélène-Pelage J, Atallah A, Inamo J, Lang T. P4-29: Cardiovascular risk management in the French Caribbean: better coordination needed. *Ann. Cardiol. Angéiologie* 2015;64 Suppl 1:S33.
20. Stirbu I, Kunst AE, Mielck A, Mackenbach JP. Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. *BMC Health Serv. Res.* 2011;11:288.
21. Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. *Prev. Med.* 2004;39:270–8.
22. Rigal L, Saurel-Cubizolles M-J, Falcoff H, Bouyer J, Ringa V. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. *Prev. Med.* 2011;53:199–202.
23. Despres C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris. La documentation française. Paris: Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie; 2009.
24. Fradgley EA, Paul CL, Bryant J. A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: what are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries? *Int. J. Equity Health* 2015;14:52.

25. Poncet L, Rigal L, Panjo H, Gautier A, Chauvin P, Menvielle G, et al. Disengagement of general practitioners in cervical cancer screening. *Eur. J. Cancer Prev.* 2015;[Epub ahead of print]
26. National Institute of Statistics and Economic Studies. Databases [Internet]. [cited 2014 Sep 21]; Available from: <http://www.insee.fr/en/bases-de-donnees/>
27. von Wagner C, Good A, Whitaker KL, Wardle J. Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. *Epidemiol. Rev.* 2011;33:135–47.
28. Taira DA, Safran DG, Seto TB, Rogers WH, Tarlov AR. The relationship between patient income and physician discussion of health risk behaviors. *JAMA* 1997;278:1412–7.
29. Fiscella K, Goodwin MA, Stange KC. Does patient educational level affect office visits to family physicians? *J. Natl. Med. Assoc.* 2002;94:157–65.
30. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient Educ. Couns.* 2015;98:420–45.
31. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ. Couns.* 2005;56:139–46.
32. Liberalotto N. L'engagement des médecins généralistes à l'égard du dépistage des cancers féminins : un révélateur de leurs positionnements face aux transformations de leur contexte d'exercice. *Bull. Amades* [Internet] 2013 [cited 2013 Nov 6]; Available from: <http://amades.revues.org/1506>
33. Schieber A-C, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, et al. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The INTERMEDE study. *Br. J. Gen. Pract.* 2011;61:e105-111.

34. Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber A-C, Lepage B, Rolland C, Afrité A, et al. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc. Sci. Med.* 2011;73:1416–21.
35. Bao Y, Fox SA, Escarce JJ. Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: “between-” versus “within-” physician differences. *Health Serv. Res.* 2007;42:950–70.
36. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 2014;383:524–32.
37. Haguenoer K, Giraudeau B, Gaudy-Graffin C, de Pinieux I, Dubois F, Trignol-Viguiier N, et al. Accuracy of dry vaginal self-sampling for detecting high-risk human papillomavirus infection in cervical cancer screening: a cross-sectional study. *Gynecol. Oncol.* 2014;134:302–8.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population.....17

Tableau n°2 : Relations entre accès au médecin traitant ou au gynécologue et niveau d'études - analyses bi- et multivariées.....18

Tableau n° 3 : Relations entre pratique de FCU et niveau d'études, chez les femmes suivies par un médecin traitant ou chez celles ayant consulté un gynécologue dans l'année - analyses bi- et multivariées.....19

Tableau n°4 : Relations entre pratique de FCU et recours au médecin traitant ou au gynécologue - analyses bivariées stratifiées sur le niveau d'études.....20

Figure n°1 : Relation entre recours au médecin traitant et réalisation d'un FCU au cours des trois dernières années, selon le niveau d'études.....21

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRÉNOM : AZAÏS Jean-Baptiste

SUJET DE LA THÈSE : Accès aux soins et dépistage du cancer du col de l'utérus en population guadeloupéenne.

THÈSE : MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale

Médecine Spécialisée

ANNÉE : 2016

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2016ANTI0042

MOTS CLEFS : Dépistage, Disparités d'accès aux soins, Frottis cervico-utérin, Déterminants sociaux de la santé, Caraïbe, France

Introduction :

Il persiste en France d'importantes inégalités sociales de dépistage. Notre objectif était d'estimer, dans une population française caribéenne, la relation entre dépistage du cancer du col de l'utérus et recours au médecin traitant ou au gynécologue selon la position sociale des usagers.

Méthodes :

Étude transversale multicentrique, rétrospective, portant sur les femmes de 25 à 64 ans ayant réalisé un examen périodique de santé en Guadeloupe de janvier 2012 à mai 2015. La réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) depuis moins de trois ans et le recours au médecin traitant ou au gynécologue dans la dernière année étaient explorés par questionnaire. Le niveau d'études définissait la position sociale. L'analyse statistique a fait appel à la régression logistique.

Résultats :

Parmi les 7747 dossiers complets, 73,6% des femmes disaient avoir réalisé un FCU depuis moins de trois ans. Toutes choses égales par ailleurs, l'OR de réalisation du FCU en rapport avec le recours au médecin traitant était de 2,7 ($p < 0,001$) chez les femmes de niveau d'études supérieur ou égal au Brevet, contre 1,3 ($p = 0,069$) chez celles de niveau d'études inférieur. Les OR de réalisation du FCU en rapport avec le recours au gynécologue étaient respectivement de 5 et 3,2 ($p < 0,001$). L'effet modificateur du niveau d'études était significatif.

Conclusions :

La relation entre suivi médical et dépistage du cancer du col était dégradée chez les femmes en position sociale défavorisée. Un plus grand investissement des professionnels et un meilleur accompagnement des usagers sont nécessaires à la réduction des inégalités de dépistage.

JURY : Président : Professeur Eustase JANKY

Juges : Professeur Philippe KADHEL
 Professeur Mathieu NACHER
 Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Directeur : Docteur Philippe CARRÈRE