

Forte mortalité liée au cancer du col de l'utérus aux Antilles françaises : défaut de dépistage ou défaut de prise en charge ?

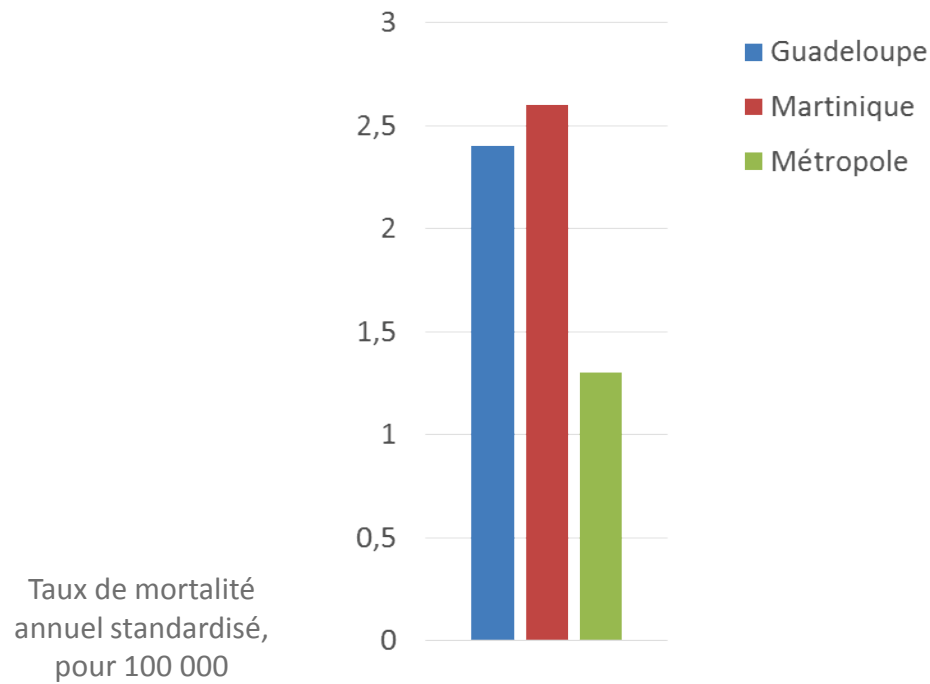
**Nicolas Halbert ¹, Yannick Ruelle ²,
Jennie Hélène-Pelage ¹, Philippe Carrère ¹**

¹ Unité de Recherche de Médecine Générale, UFR Antilles-Guyane

² Département Universitaire de Médecine Générale, UFR Paris 13

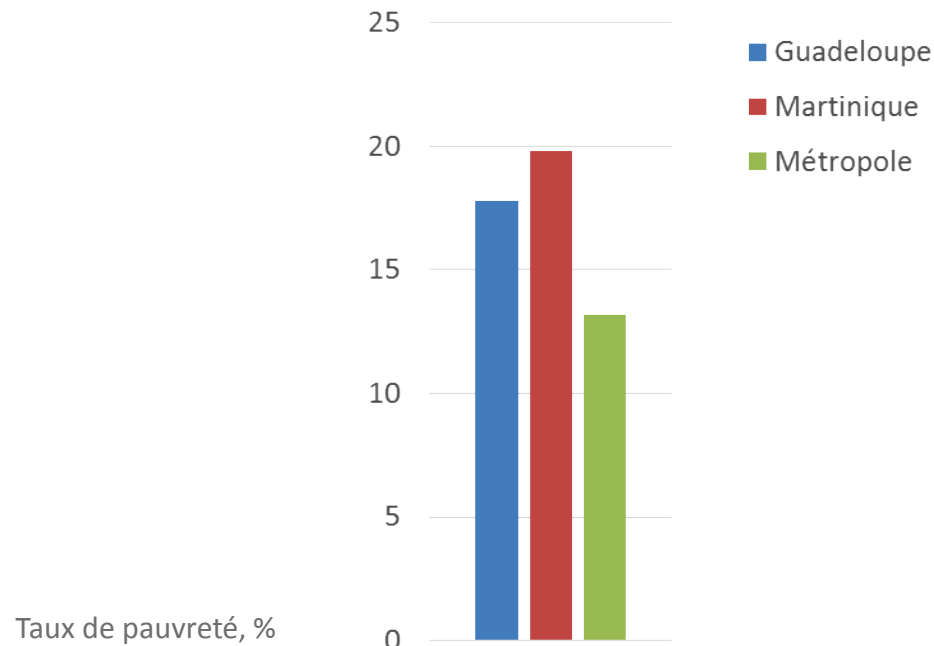
Position du problème

- Une mortalité liée au cancer du col relativement élevée aux Antilles



Position du problème

- Une mortalité liée au cancer du col relativement élevée aux Antilles
- Des situations de précarité fréquentes



Position du problème

- Une mortalité liée au cancer du col relativement élevée aux Antilles
- Des situations de précarité fréquentes
- De fortes inégalités sociales de santé

Position du problème

- Une mortalité liée au cancer du col relativement élevée aux Antilles
- Des situations de précarité fréquentes
- De fortes inégalités sociales de santé
- Quel taux de couverture ?
- Quelle relation entre dépistage et statut social ?

Objectif

- Estimer le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en population féminine adulte guadeloupéenne
- Estimer la relation entre défaut de dépistage et facteurs socio-économiques

Matériel et méthodes

- Étude transversale CONSANT 2007
- Échantillon représentatif de la population guadeloupéenne
- Taux de couverture du dépistage du cancer du col
Proportion de femmes répondant « Il y a moins de 3 ans » à la question « De quand date votre dernier frottis cervico-utérin (FCU) ? »
- Défaut de dépistage
Absence alléguée de FCU dans les 3 ans précédant l'enquête
- Facteurs socioéconomiques
 - Niveau d'éducation
 - Niveau de revenu

Résultats : caractéristiques de l'échantillon

Age, n=441	%
25-44 ans	62,6
45-64 ans	37,4
Niveau d'études, n=436	%
> 12 ans	21,3
6 à 12 ans	64,7
< 6 ans	14,0
Niveau de revenu, n=424	%
RMI	11,6

Résultats : caractéristiques de l'échantillon

- **Taux de couverture : 87,8%**
- **Défaut de dépistage : 12,2%**

Date du dernier FCU, n=435	%
≤ 1 an	61,4
> 1 an & ≤ 2 ans	20,2
> 2 ans & ≤ 3 ans	6,2
> 3 ans	7,1
Jamais	5,1

Résultats : relation défaut de dépistage-facteurs socioéconomiques

- En analyse bivariée

	Dernier FCU > 3 ans	
	%	p
Niveau d'études		
≥ 6 ans	10,7	
< 6 ans	21,7	0,016
Niveau de revenu		
> RMI	11,1	
RMI	20,8	0,054

Résultats : relation défaut de dépistage-facteurs socioéconomiques

- En analyse multivariée

	Dernier FCU > 3 ans		
	OR	IC 95%	p
Niveau d'études			
≥ 6 ans	1		
< 6 ans	3,69	1,54-8,83	0,003
Niveau de revenu			
> RMI	1		
RMI	1,87	0,85-4,11	0,121

OR ajusté sur âge, lieu de résidence, niveaux d'étude et de revenu

Limites

- Étude transversale
- Effectif réduit
- Données déclaratives non comparables aux données assurance maladie
- Dépistage secondaire & hystérectomie non pris en compte

Discussion

- Taux de dépistage similaire en métropole et aux États-Unis
- Relation défaut de dépistage / statut social

Trois axes :

- Patient
 - Professionnels de santé
 - Système de soins
-
- Forte mortalité / cancer du col :
 - Particulière agressivité des cancers du col
 - Accès secondaire aux soins

Conclusion

- Place du dépistage systématique
- Place de l'accompagnement personnalisé

Références

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Effectif de décès 2008-2010, interrogation des données détaillées Guadeloupe et France métropolitaine. CépiDc. <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
- Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? Rev Épidémiol Santé Publique. 2008;56:303-313
- Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among US women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. Prev Med. 2004;39:270-278
- Chan Chee C, Begassat M, Kovess V. Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste. Rev Epidémiol Santé Publique, 2005, 53: 69-75
- Selvin E, Brett KM. Breast and cervical cancer screening: sociodemographic predictors among White, Black, and Hispanic women. Am J Public Health. 2003;93:618–623
- Dejardin O, Berchi C, Mignon A et al. Inégalités sociales, de santé du constat à l'action – Intérêt de la mise en place d'un accompagnement personnalisé pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2011;59:45-51

14ème

CONGRES
national
de CNGE Collège Académique

Lille
2014



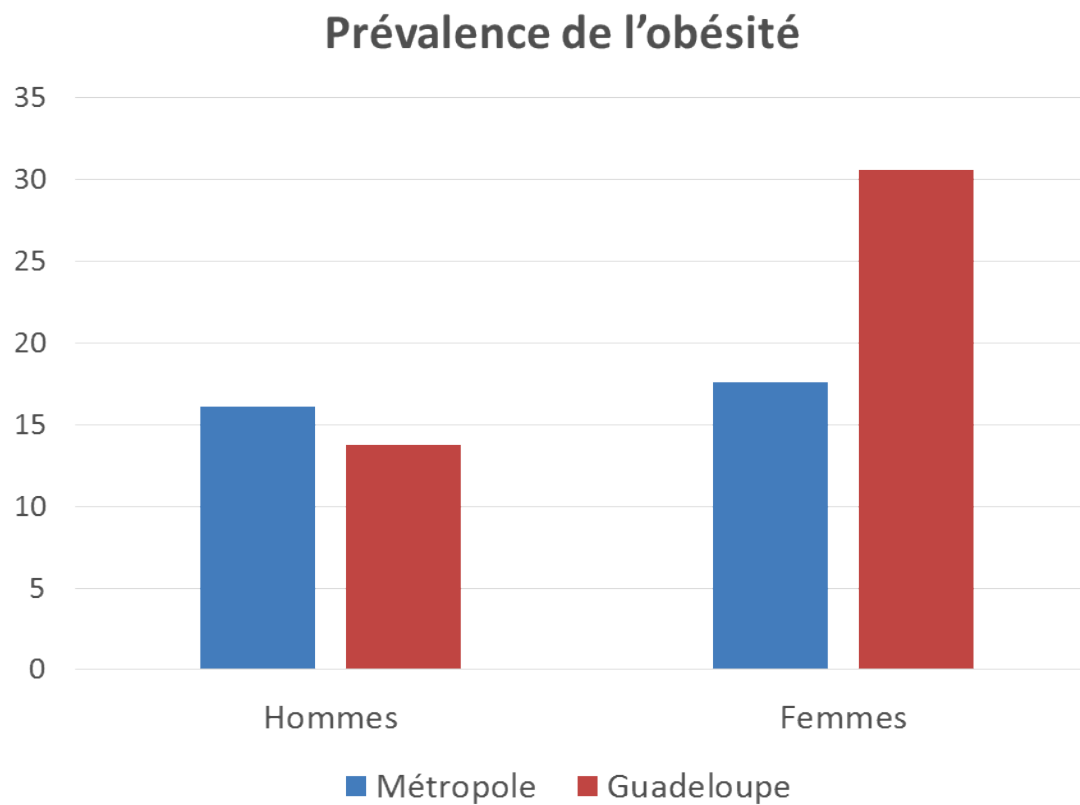
Position sociale, multiparité et obésité aux Antilles françaises

Philippe Carrère ¹, Tomasz Partyka ¹, Pierre Lancelot ²

¹ Unité de Recherche de Médecine Générale, UFR Antilles-Guyane

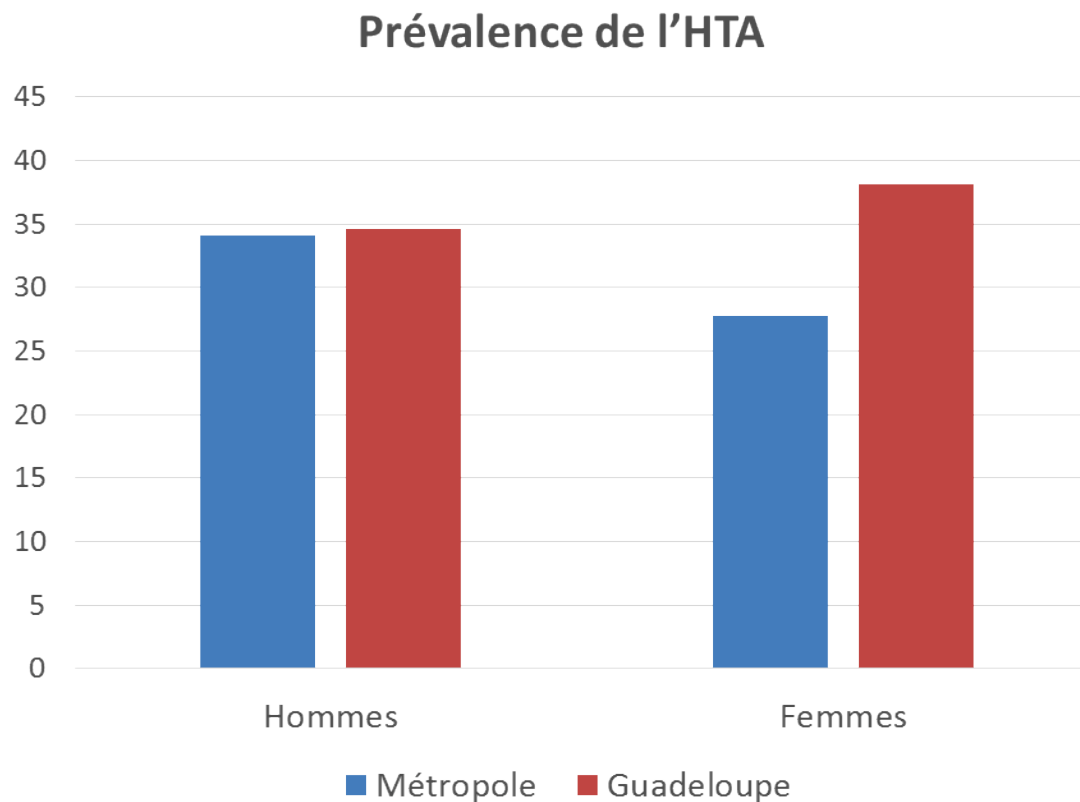
² Service de gynécologie, centre hospitalier de la Basse Terre, Guadeloupe

Position du problème



Sources : ENNS et CONSANT 2007

Position du problème



Sources : ENNS et CONSANT 2007

Position du problème

- Situation épidémiologique particulière :
Femmes inhabituellement exposées aux facteurs de risques cardiovasculaire (CV) et victimes d'évènements CV
- De fortes inégalités sociales de santé
- Stratégie spécifique pour les femmes ?

Objectif

- Estimer les relations entre position sociale, multiparité et obésité en population guadeloupéenne

Méthodes

- Cohorte historique
- Recrutement consécutif et exhaustif des femmes ayant accouché au centre hospitalier de la Basse Terre au cours de l'année 2013
- Recueil poids début de grossesse et fin de grossesse
- Indicateur de position sociale : niveau d'études
- Analyse :
 - Relation multiparité - obésité : régression logistique (ajustement sur l'âge et le niveau d'études)
 - Relation niveau d'études - parité : chi2
 - Relation IMC début de grossesse ou IMC fin de grossesse ou gain d'IMC - niveau d'étude : anova

Résultats : caractéristiques de l'échantillon

Age, n=770	ans
Moyenne (sd)	29,3 (6,9)
Étendue	14,5 - 46,9
Niveau d'études, n=749	%
> 12 ans	32,8
6 à 12 ans	63,7
< 6 ans	3,5
Parité, n=770	%
0	40,9
1	30,7
2	17,3
≥ 3	11,2

Résultats : caractéristiques de l'échantillon

IMC début de grossesse, n=746	%
< 18,5	5,5
≥ 18,5 & < 25	50,3
≥ 25 & < 30	24,0
≥ 30	20,2
IMC fin de grossesse, n=744	%
< 18,5	0,3
≥ 18,5 & < 25	14,4
≥ 25 & < 30	38,3
≥ 30	47,0
Gain d'IMC, n=744	Kg/m²
Moyenne (sd)	4,8 (2,5)
Étendue	-3,2 - 16,4

Résultats : relation obésité - parité

Parité	IMC début de grossesse ≥ 30 kg/m ²			
	%	p	OR *	p
0	12,4		1	
1	18,8		1,37	0,222
2	29,1		2,15	0,006
≥ 3	39,3	< 0,001	2,97	0,001

* : ajustement sur parité, niveau d'études et âge

Résultats : relation IMC - niveau d'études

	Indice de Masse Corporelle, moyenne (sd)		
	Avant grossesse	Gain en cours de grossesse	Après grossesse
Niveau d'études			
≤ 12 ans	26,5 (0,6) *	4,6 (0,2)	31,1 (0,6) *
> 12 ans	24,3 (0,5)	5,2 (0,3) *	29,5 (0,6)

* : p < 0,001, anova

Résultats : relation niveau d'études - parité

	% de femmes ayant...			
	0 enfant	1 enfant	2 enfants	3 enfants ou plus
Niveau d'études				
≤ 12 ans	36,0	29,6	20,5	13,9 *
> 12 ans	52,0	32,5	11,0	4,5

* : $p < 0,001$, chi2

Discussion

- Attendu : relation multiparité - obésité
- Inattendu : relation gain d'IMC - niveau d'étude supérieur
 - IMC de départ plus bas
 - Plus fréquemment primipares
- Problème principal : perte du poids de grossesse
 - Normes sociales
 - Sédentarité
- Relation à double sens : parité - niveau d'études
 - Interruption de formation et de carrière
 - Connaissances de santé
 - Maternité comme perspective de vie

Conclusion

- Politique de santé dédiée à la mère et l'enfant
- Place du médecin généraliste

Je vous remercie