

BAROMÈTRE DOM DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2014

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est dû à une infection par un virus transmis par voie sexuelle, le papillomavirus humain (HPV). Il représente le quatrième cancer féminin le plus fréquent dans le monde et il demeure l'une des principales causes de décès par cancer chez les femmes dans les pays en développement [1]. Les pays où l'on trouve les taux d'incidence les plus élevés sont principalement situés en Afrique sub-saharienne, mais certains sont également situés en Amérique latine et dans les Antilles [2]. En France, chaque année, environ 3 000 femmes sont diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus et 1 100 en meurent [3]. Pourtant, ce cancer est largement évitable. Sa prévention repose sur deux stratégies efficaces et complémentaires : la vaccination par le vaccin anti-HPV (prévention primaire) et le dépistage (prévention secondaire). En France, comme dans la plupart des pays industrialisés, l'incidence et la mortalité de ce cancer ont diminué de manière continue depuis plusieurs décennies [4]. Ces diminutions sont attribuées au dépistage par examen cytologique du col utérin (frottis cervico-utérin) dont la pratique est largement répandue [5].

Les départements d'outre-mer (DOM), de par leur situation géographique, leur environnement, leur développement socio-économique nettement plus défavorable que dans l'Hexagone, leur mode de vie et les origines de leurs populations, constituent des territoires particuliers [6, 7]. Ces caractéristiques, qui contribuent à l'état de santé de leur population, peuvent influencer la survenue des cancers et notamment celle du cancer du col de l'utérus. Ce cancer est plus fréquent dans les DOM et en

particulier en Guyane que dans l'Hexagone. Son taux d'incidence standardisé pour 100 000 femmes-années en 2012 est estimé à 36,6 en Guyane, 15,3 à La Réunion, 13,0 en Guadeloupe et 8,7 en Martinique, comparé à 6,8 dans l'Hexagone [1, 6].

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est recommandé tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans [8]. À l'exception de quelques programmes dans certains départements où le dépistage est proposé systématiquement à l'ensemble de la population cible (dépistage organisé), le dépistage du cancer du col de l'utérus était, au moment de l'enquête Baromètre DOM de Santé publique France 2014, avant tout un dépistage dit individuel (ou opportuniste), c'est-à-dire réalisé à l'initiative du clinicien ou de la femme lors d'une consultation médicale [9]. Les études disponibles montrent qu'un dépistage organisé est plus efficace, plus efficient et plus équitable qu'un dépistage individuel [10]. La généralisation du dépistage organisé sur l'ensemble du territoire national est une mesure phare du Plan Cancer 2014-2019 [11], le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus étant actuellement en cours de déploiement.

Parmi les quelques départements pourvus d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en 2014, on comptait deux DOM : la Martinique, où un programme existe depuis le début des années 1990, et La Réunion, où un programme a été mis en place plus récemment, en 2010, dans le cadre d'une expérimentation dans treize départements français [9, 12]. En Guyane, des efforts ont été initiés depuis 2012 pour organiser le dépistage de ce cancer [13].

Dans ce vaste département recouvert à 99 % par la forêt amazonienne et où les neuf dixièmes de la population se concentrent sur le littoral, la Haute Autorité de santé a recommandé que les modalités du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus soient adaptées compte tenu des spécificités géographiques, épidémiologiques et culturelles et des difficultés d'accès aux soins et à la prévention d'une partie de la population [8].

Des études en France comme dans d'autres pays ont montré que les femmes de plus de 50 ans, celles présentant des caractéristiques socio-économiques défavorables, celles en situation de handicap et celles ayant un moindre recours au système de santé étaient moins bien dépistées pour le cancer du col de l'utérus que les autres femmes [14-18]. Très peu d'études spécifiques aux DOM ont cependant été publiées dans la littérature.

La présente étude, réalisée à partir de données déclaratives du Baromètre santé DOM 2014, a pour objectif de comparer dans les DOM et en France métropolitaine le recours déclaré au frottis cervico-utérin chez les femmes de 25 à 65 ans, c'est-à-dire celles constituant la population cible du dépistage du cancer du col de l'utérus, et d'identifier, pour chaque DOM, les facteurs associés à la non-réalisation par ces femmes d'un frottis dans les trois dernières années.

MÉTHODES

La description détaillée de la méthode de l'enquête, ainsi que le questionnaire, sont disponibles ailleurs [19, 20]. Les deux questions relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus étaient (i) « Avez-vous déjà eu un frottis vaginal, c'est-à-dire un dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis ? » et, si la réponse à cette première question était oui, (ii) « Quand était-ce la dernière fois ? ».

Indicateur

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans est défini comme la proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin en trois ans. Cet indicateur fait partie des indicateurs de suivi de l'état de santé de la population et du Plan Cancer 2014-2019.

Les taux de couverture déclarés (proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans déclarant avoir réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années) dans les différents DOM ont été comparés à ceux de la France métropolitaine issus de l'enquête Baromètre cancer 2010. Un modèle logistique a été réalisé pour chacun des DOM pour identifier les facteurs associés à la non-réalisation d'un frottis cervico-utérin (dépistage) récent (au cours des trois dernières années) par les femmes âgées de 25 à 65 ans.

RÉSULTATS

COUVERTURE DÉCLARÉE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le Baromètre santé DOM 2014 a interrogé 939 femmes âgées de 25 à 65 ans en Martinique, 947 en Guadeloupe, 849 en Guyane et 976 à La Réunion. Le taux de couverture déclaré du dépistage du col de l'utérus sur trois ans était de 77,2 % en Martinique, 78,9 % en Guadeloupe, 79,7 % en Guyane et 79,1 % à La Réunion (Tableau I). En comparaison, le taux de couverture déclaré en France métropolitaine en 2010 était de 81,4 %. [14]. Autrement dit, 22,8 % des femmes de 25 à 65 ans en Martinique, 21,1 % en Guadeloupe, 20,3 % en Guyane, 20,9 % à La Réunion et 18,6 % en France métropolitaine déclaraient ne pas avoir réalisé de frottis dans les trois ans. Aucun de ces taux n'était statistiquement différent l'un de l'autre. La proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans déclarant n'avoir jamais réalisé de frottis au cours de leur vie était quant à elle sensiblement plus faible en Martinique (6,7 % ; $p = 0,02$) et en France métropolitaine (5,1 % ; $p < 0,0001$) qu'en Guadeloupe (10,8 %), en Guyane (11,9 %) et à La Réunion (10,6 %).

Les taux de couverture déclarés par âge variaient entre les différents DOM et entre les DOM et la France métropolitaine mais globalement, à partir de 50 ans, les femmes déclaraient moins fréquemment un frottis récent (Figure 1).

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ABSENCE DE DÉPISTAGE RÉCENT DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

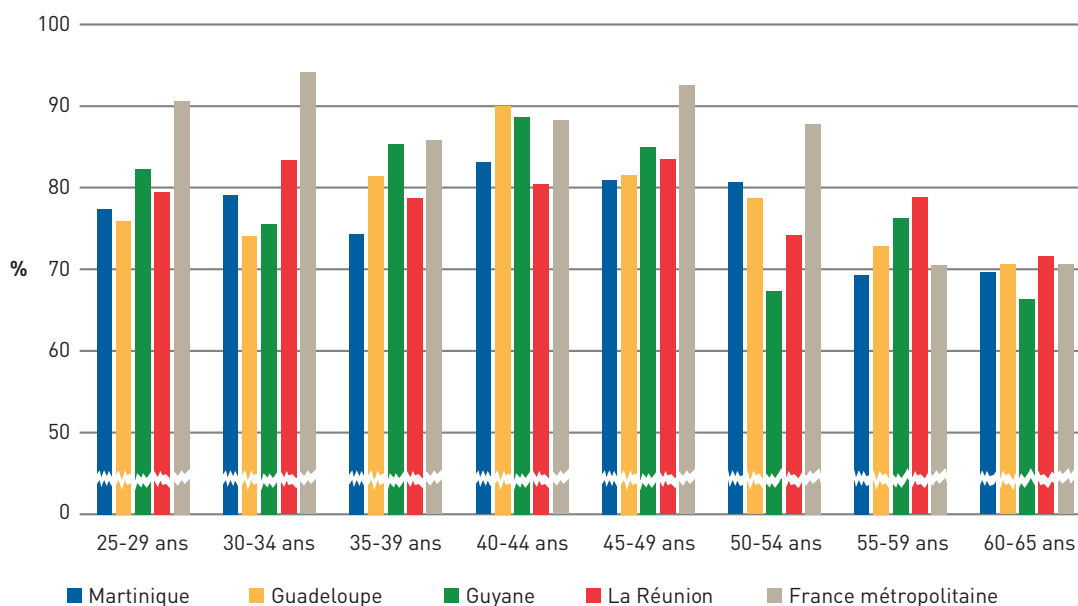
Le tableau II montre les variables relatives au statut sociodémographique, à l'état de santé et au recours aux soins, associées en analyse bivariée à

TABLEAU I | Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans déclarant avoir réalisé un frottis cervico-utérin (FCU) au cours des trois dernières années et au cours de leur vie dans les DOM (2014) et en France métropolitaine (2010)

	Martinique (N = 939)		Guadeloupe (N = 947)		Guyane (N = 849)		La Réunion (N = 976)		France Métropolitaine (N = 1 514)		p entre les DOM*	p DOM vs France métropolitaine*
	%	[IC 95 %]	%	[IC 95 %]	%	[IC 95 %]	%	[IC 95 %]	%	[IC 95 %]		
FCU ans les 3 ans											0,73	0,26
Au moins un	77,2	[74,2 – 80,3]	78,9	[75,8 – 82,1]	79,7	[76,2 – 83,3]	79,1	[76,0 – 82,3]	81,4	[79,0 – 83,8]		
Aucun	22,8	[19,7 – 25,8]	21,1	[17,9 – 24,2]	20,3	[16,7 – 23,8]	20,9	[17,7 – 24,0]	18,6	[16,2 – 21,0]		
FCU au cours de la vie											0,02	<0,0001
Au moins un	93,3	[91,4 – 95,1]	89,2	[86,6 – 91,7]	88,1	[85,1 – 91,1]	89,4	[87,0 – 91,9]	94,1	[93,5 – 96,3]		
Aucun	6,7	[4,9 – 8,6]	10,8	[8,3 – 13,4]	11,9	[8,9 – 14,9]	10,6	[8,1 – 13,0]	5,1	[3,7 – 6,5]		

N = effectifs observés.
% = pourcentages pondérés.
* Degré de signification obtenu par le test du Chi-2 de Rao-Scott.

FIGURE 1 | Proportion de femmes âgées de 25 à 65 ans déclarant avoir réalisé un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années par groupe d'âge, dans les DOM (2014) et en France métropolitaine (2010)



la non-réalisation d'un frottis dans les trois ans. Les femmes de 50 ans et plus, celles ayant un niveau d'éducation inférieur ou égal au bac et celles ayant les revenus les plus faibles (1^{er} tercile) déclaraient plus fréquemment ne pas avoir réalisé un dépistage récent, dans l'ensemble des DOM. La non-réalisation d'un frottis récent était associée au lieu de naissance et en particulier au fait d'être née à l'étranger parmi

les femmes résidant en Guadeloupe et à La Réunion, et au fait de ne pas habiter en couple parmi les femmes résidant en Guyane et à La Réunion. Dans les Antilles les femmes obèses (IMC ≥ 30), et dans l'ensemble des DOM excepté la Guadeloupe, les femmes ayant un handicap reconnu ou perçu, déclaraient plus fréquemment ne pas avoir réalisé de dépistage récent que les autres femmes. Enfin, ne

TABLEAU II | Caractéristiques des femmes déclarant ne pas avoir réalisé de frottis cervico-utérin (FCU) au cours des trois dernières années et facteurs associés à la non-réalisation de ce FCU, parmi les femmes âgées de 25 à 65 ans, dans les DOM, en 2014

	Martinique (N=939)			Guadeloupe (N=947)			Guyane (N=849)			La Réunion (N=976)		
	%	ORa	[IC 95 %]	%	ORa	[IC 95 %]	%	ORa	[IC 95 %]	%	ORa	[IC 95 %]
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES												
Âge	***			***			***			***		
25-34 ans	21,7	1,28	[0,71 – 2,31]	25,0	1,69	[0,88 – 3,24]	21,3	1,63	[0,84 – 3,17]	18,3	0,99	[0,57 – 1,74]
35-49 ans (réf.)	19,8	1		15,0	1		13,4	1		19,1	1	
50-65 ans	26,5	1,56*	[1,03 – 2,38]	25,7	2,15**	[1,32 – 3,50]	29,7	2,18*	[1,16 – 4,11]	25,4	1,40	[0,88 – 2,22]
Lieu de naissance				**						*		
Département ou collectivité d'outre-mer	23,4	1,33	[0,67 – 2,64]	20,4	1,08	[0,55 – 2,12]	19,3	1,17	[0,59 – 2,33]	22,2	1,84	[0,99 – 3,43]
France métropolitaine (réf.)	15,5	1		14,6	1		13,9	1		9,4	1	
Étranger	32,1	1,23	[0,40 – 3,80]	33,6	1,29	[0,48 – 3,45]	23,4	0,94	[0,39 – 2,26]	24,7	2,18	[0,85 – 5,59]
Habite en couple							**			***		
Oui (réf.)	20,9	1		18,2	1		15,7	1		16,8	1	
Non	24,4	1,17	[0,80 – 1,72]	23,6	1,08	[0,70 – 1,67]	24,4	1,49	[0,86 – 2,58]	28,0	1,82**	[1,20 – 2,77]
Diplôme	***			***			*			*		
≤ bac	26,5	1,94**	[1,18 – 3,19]	24,6	2,35**	[1,32 – 4,18]	21,6	1,4	[0,75 – 2,61]	22,6	1,18	[0,71 – 1,97]
> bac (réf.)	12,0	1		9,2	1		13,5	1		13,4	1	
Situation professionnelle	*			***			***					
Active (travail/étude) (réf.)	20,0	1		16,6	1		14,8	1		17,9	1	
Inactive (chômage, retraite, autre)	26,0	0,92	[0,59 – 1,43]	26,3	1,12	[0,68 – 1,85]	26,0	1,06	[0,53 – 2,13]	23,6	0,96	[0,60 – 1,56]
Revenus	*			***			**			**		
1 ^{er} tercile	28,3	1,36	[0,84 – 2,19]	29,9	1,81*	[1,03 – 3,19]	24,5	1,33	[0,60 – 2,94]	28,4	1,33	[0,78 – 2,29]
2 ^e tercile (réf.)	20,8	1		16,4	1		14,9	1		20,2	1	
3 ^e tercile (les + riches)	16,9	0,97	[0,59 – 1,58]	16,9	1,36	[0,78 – 2,38]	17,2	1,30	[0,65 – 2,59]	14,5	0,77	[0,45 – 1,29]
ÉTAT DE SANTÉ												
Indice de masse corporelle (IMC)	***			*								
< 30 (réf.)	19,2	1		18,6	1		17,8	1		20,0	1	
≥ 30	34,0	1,94**	[1,24 – 3,03]	25,2	1,21	[0,74 – 1,98]	17,1	0,80	[0,43 – 1,47]	26,5	1,45	[0,88 – 2,41]
Handicap	*						**			*		
Non (réf.)	21,8	1		20,6	1		18,7	1		19,9	1	
COMPORTEMENT DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS												
A consulté un médecin généraliste dans les 12 mois	**						**					
Oui (réf.)	21,5	1		20,4	1		18,8	1		20,5	1	
Non	41,8	2,59*	[1,25 – 5,38]	30,2	2,11	[0,99 – 4,53]	31,3	1,85	[0,90 – 3,81]	28,0	1,87	[0,85 – 4,11]
A consulté un gynécologue dans les 12 mois†	***			***			***			***		
Oui	8,9			9,4			11,2			6,7		
Non	40,4			39,1			31,7			38,1		

N=effectifs observés.

%=pourcentage de femmes déclarant ne pas avoir réalisé de frottis dans les 3 ans ; il s'agit de % pondérés.

* : p < 0,05 ; ** : p < 0,01 ; *** : p < 0,001. Résultats obtenus par le test du Chi-2 de Rao-Scott 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).

† variable non incluse dans le modèle car elle masque l'effet des autres variables, le frottis étant fréquemment réalisé par un gynécologue.

pas avoir consulté, dans les douze mois, de médecin généraliste en Martinique et en Guyane et de gynécologue dans l'ensemble des DOM était associé à la non-réalisation d'un dépistage récent.

Les facteurs sociodémographiques qui restaient significativement associés à la non-réalisation d'un dépistage récent après ajustement sur l'ensemble des autres variables en analyse multivariée étaient : un âge supérieur ou égal à 50 ans dans l'ensemble des DOM excepté La Réunion (Martinique : OR = 1,56 [IC 95 % : 1,03 – 2,38] ; Guadeloupe : 2,15 [1,32 – 3,50] ; Guyane : 2,18 [1,16 – 4,11], un niveau d'éducation inférieur ou égal au bac dans les Antilles (Martinique : OR = 1,94 [1,18 – 3,19] ; Guadeloupe : OR = 2,35 [1,32 – 4,18]), des revenus faibles en Guadeloupe (OR = 1,81 [1,03 – 3,19]) et le fait de ne pas vivre en couple à La Réunion (OR = 1,82 [1,20 – 2,77]). En Martinique, l'obésité (OR = 1,94 [1,24 – 3,03]) et le fait de ne pas avoir consulté de médecin généraliste dans les douze mois (OR = 2,59 [1,25 – 5,38]) étaient également associés à la non-réalisation d'un dépistage récent. D'autres facteurs, comme la consommation de tabac, le fait de se sentir bien informé sur le cancer ou le fait de pratiquer une religion n'étaient pas significativement associés à la pratique du dépistage (résultats non montrés).

DISCUSSION

Le Baromètre santé DOM 2014 est, à notre connaissance, la première enquête fournissant des résultats quantitatifs sur le recours déclaré au dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population générale ultramarine. Il permet des comparaisons entre chacun des quatre DOM ainsi qu'avec les résultats observés en France métropolitaine lors d'enquêtes similaires (Baromètre de Santé publique France 2010 notamment).

Près de huit femmes de 25 à 65 ans sur dix déclaraient avoir réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois années précédant l'enquête et environ neuf femmes sur dix au cours de leur vie, avec des taux relativement similaires entre les DOM. Les taux de couverture à trois ans étaient légèrement plus faibles dans les DOM qu'en France métropolitaine, sans que cette différence ne soit statistiquement significative. L'existence d'un programme organisé ne semble pas avoir influencé les taux de couverture déclarés. On aurait en effet pu s'attendre à ce que les taux de couverture du dépistage soient plus élevés dans les deux DOM disposant d'un programme organisé – Martinique et La

Réunion – que dans les deux autres. Ceci n'était pas le cas. Le fait que le programme martiniquais ait été initié il y a plusieurs décennies pourrait néanmoins expliquer que dans ce département une plus faible proportion de femmes que dans les autres DOM déclaraient n'avoir jamais été dépistées au cours de leur vie (7 % vs 11-12 %).

Les taux de couverture déclarés étaient nettement plus élevés que ceux obtenus à partir de bases de données permettant d'objectiver la pratique réelle de frottis cervico-utérin, notamment les données des programmes de dépistage organisé ou les données médico-administratives. La différence entre les taux de couverture déclarés et les taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus obtenus lors de l'expérimentation de dépistage organisé – qui incluait l'ensemble des dépistages qu'ils aient été réalisés spontanément ou suite à une invitation par courrier – était de 21,2 points de pourcentage (79,1 % vs 57,9 %) à La Réunion, et de 35,6 points (77,2 % vs 41,6 %) en Martinique [12]. De manière similaire, les taux de couverture déclarés dans des enquêtes par questionnaire en France métropolitaine (72 % [16], 81 % [14]) étaient bien supérieurs aux taux de couverture calculés à partir des données de l'Assurance Maladie (51 % sur la période de 3 ans 2010-2012 pour la France entière [21]).

Les facteurs associés à une absence de dépistage récent sont avant tout un âge supérieur à 50 ans et, dans les Antilles, une situation socio-économique défavorable (faible niveau d'étude en Martinique et en Guadeloupe, faibles revenus en Guadeloupe). Ne pas habiter en couple était également associé à un moindre dépistage à La Réunion, et l'obésité ainsi qu'un faible recours au médecin généraliste, en Martinique. Ces facteurs sont retrouvés dans de nombreuses études, en France et à l'étranger [14-18, 22]. En France métropolitaine, dans l'enquête Baromètre cancer 2010, les facteurs associés à un moindre dépistage étaient l'âge supérieur à 50 ans, le fait de ne pas vivre en couple, un niveau d'étude inférieur au bac et le fait d'être au chômage ou inactive professionnellement [14].

Une limite de l'étude a trait à la validité des données déclaratives sur le dépistage des cancers. De nombreuses études ont montré que les données déclaratives surestiment le recours au dépistage [23-25] et les résultats présentés ici le confirment. Les données déclaratives sont en effet sujettes à divers biais dont le biais d'acquiescement (tendance à donner des réponses positives aux questions en cas de doute) et le biais de désirabilité sociale (tendance à répondre d'une manière qui, selon les répondants, sera

perçue favorablement). Par ailleurs, de nombreuses femmes peuvent confondre examen gynécologique et frottis cervico-utérin et peuvent sous-estimer le temps écoulé depuis leur dernier dépistage. Les données déclaratives peuvent en outre masquer des disparités de recours au dépistage entre les groupes sociaux, la sur-déclaration étant associée à un niveau socio-économique défavorable [23, 25, 26]. En conséquence, les disparités de recours au dépistage pourraient être en réalité plus importantes que celles mesurées dans notre étude.

CONCLUSIONS

Si cette enquête déclarative ne permet pas d'estimer de manière fiable le taux de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus, elle a pour avantage de souligner certains freins au dépistage en proposant pour

la première fois une comparaison des facteurs associés au recours au dépistage du cancer du col de l'utérus dans les territoires d'outre-mer. Toutes choses étant égales par ailleurs, seuls les facteurs sociodémographiques restaient significativement associés à un moindre dépistage pour l'ensemble des DOM. À ces facteurs, se surajoutent, pour la Martinique, les facteurs liés à l'état de santé et au recours aux soins. Ces informations sont utiles au développement d'actions potentiellement différenciées en direction de chacun des groupes identifiés. Il s'agit notamment d'informer les femmes de plus de 50 ans de l'importance de continuer à se faire dépister jusqu'à 65 ans et d'inscrire dans le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus des stratégies ciblées en direction de territoires spécifiques et de populations vulnérables ou très éloignées du système de santé comme par exemple la médiation sanitaire, la remise de kits d'auto-prélèvement ou la mise en place d'unités mobiles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ferlay J SI, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, *et al.* GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer-Base No. 11 [Base de données]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013 [consultée le 08/08/2018]. Disponible sur: <https://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/GLOBOCAN-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1.0-2012>
- [2] de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*. 2017;141(4):664-70.
- [3] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, *et al.* Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Volume 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.
- [4] Karim-Kos HE, de Vries E, Soerjomataram I, Lemmens V, Siesling S, Coebergh JW. Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. *Eur J Cancer* . 2008;44(10):1345-89.
- [5] International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10: Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC Press, 2005.
- [6] Kadhel P, Janky E, Multigner L. Incidence et mortalité des cancers gynécologiques en Guadeloupe. *Bulletin du cancer*. 2009;96(2):157-64.
- [7] Creusvaux H. L'outre-mer : territoires et populations. Actualité et dossiers en santé publique. 2015;91:10-23.
- [8] 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, juillet 2010.
- [9] Duport N, Beltzer N. Évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux. Expérimentation 2010-2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016.
- [10] Arbyn M, Rebolj M, De Kok IM, Fender M, Becker N, O'Reilly M, *et al.* The challenges of organising cervical screening programmes in the 15 old member states of the European Union. *Eur J Cancer*. 2009;45(15):2671-8.

- [11] Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. JORF [Internet]. 6 mai 2018, n°0105 [consulté le 30/04/2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000036877136&categorieLien=id>
- [12] Hamers F, Duport N, Beltzer N. Population-based organized cervical cancer screening pilot program in France. *Eur J Cancer Prev.* 2018;27(5):486-92.
- [13] Adenis A, Dufit V, Douine M, Najioullah F, Molinie V, Catherine D, et al. The singular epidemiology of HPV infection among French Guianese women with normal cytology. *BMC public health.* 2017;17(1):279.
- [14] Eisinger F, Beck F, Léon C, Garnier A, Viguier J. Dépistage du cancer du col de l'utérus. In: Beck F, Gautier A, editors. *Baromètre cancer 2010.* Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2012. p.215-22
- [15] Menvielle G, Richard JB, Ringa V, Dray-Spira R, Beck F. To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010. *Cancer Causes Control.* 2014;25(8):977-83.
- [16] Sicsic J, Franc C. Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings: what remains to be achieved by French national programmes? *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:465.
- [17] Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;2-3(2-3):39-47.
- [18] Menvielle G, Dugas J, Richard JB, Luce D. Socioeconomic and healthcare use-related determinants of cervical, breast and colorectal cancer screening practice in the French West Indies. *Eur J Cancer Prev.* 2018;27(3):269-73.
- [19] Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2015.
- [20] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Questionnaire du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014.
- [21] Santé publique France, Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice: Santé publique France, 2017.
- [22] IARC. Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. Lyon: IARC Press, 2005.
- [23] Rauscher GH, Johnson TP, Cho YI, Walk JA. Accuracy of self-reported cancer-screening histories: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17(4):748-57.
- [24] 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):1-13.
- [25] Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? *Int J Womens Health.* 2013;5:29-33.
- [26] 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.



**Santé
publique**
France

12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex France
www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 – ISBN-NET : 979-10-289-0560-6 – RÉALISATION : GROUPE JOUVE – DÉPÔT LÉGAL : SEPTEMBRE 2019

AUTEURS

Françoise F. Hamers

Julie Plaine

Frank Assogba

Santé publique France

Édition

Jeanne Herr

Santé publique France

Documentation

Manon Jeuland

Santé publique France

Citation suggérée : Hamers FF, Plaine J, Assogba F. Baromètre DOM de Santé publique France 2014. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 8 p.
