

# Le recours au dépistage des cancers féminins dans la population sans logement personnel en Ile-de-France



observatoire  
du **samusocial** de Paris



Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique  
Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health

Pierre Louis (French physician, 1767-1872, contributed to the development of epidemiology)

Instituts  
thématiques **Inserm** **UPMC**  
SORBONNE UNIVERSITÉS

**Rapport pour le Cancéropole d'Ile-de-France**

Cécile Vuillermoz

Pierre Chauvin

Stéphanie Vandentorren

Octobre 2014



## Acronymes et abréviations

CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CHS	Centre d'hébergement et de stabilisation
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CMU	Couverture maladie universelle
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CPP	Comité de protection des personnes
DRIHL	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
ENFAMS	(enquête) Enfants et familles sans logement
ERES	Equipe de recherche en épidémiologie sociale
ESPS	(enquête) Enquête santé et protection sociale
HAS	Haute autorité de santé
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRESP	Institut de Recherche en Santé Publique
SD	(enquête) Sans Domicile
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SIRS	(enquête) Santé, inégalités et ruptures sociales
UC	Unité de consommation
UE	Union européenne



## Table des matières

Acronymes et abréviations .....	3
Table des matières .....	5
Introduction .....	1
Contexte et objectifs.....	3
Présentation de l'enquête quantitative ENFAMS .....	5
Présentation générale.....	5
Méthode d'enquête.....	6
Principales caractéristiques des familles sans domicile .....	7
Méthodologie de l'étude.....	9
Sélection de la population et variables d'intérêt .....	9
Choix des caractéristiques à étudier .....	10
Estimations de prévalences et pondération.....	10
Régression .....	11
Le <i>Behavioral Model of Health Service Use</i> .....	11
Etude de la distribution de l'absence de dépistage.....	13
Taux de couverture des deux dépistages .....	13
Caractéristiques sociodémographiques .....	14
Caractéristiques relatives à l'hébergement .....	16
Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins .....	17
Caractéristiques relatives à la santé.....	18
Caractéristiques relatives aux événements de vie difficiles et aux addictions.....	19
Caractéristiques relatives aux liens sociaux.....	20
Caractéristiques relatives à la mobilité et aux moyens de transport.....	22
En résumé .....	23
Facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus (analyse univariée) .....	24
Facteurs pré-disposants .....	24
Facteurs favorisants ou limitants.....	27
Facteurs en lien avec les besoins en soins .....	30
Facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus (analyse multivariée) .....	32

Discussion .....	36
Taux de couverture du dépistage des cancers féminins chez les femmes sans domicile.....	36
Profil des femmes n'ayant jamais réalisé une mammographie ou de frottis .....	37
Barrières à la réalisation du frottis du col de l'utérus.....	37
Extrapolation des résultats à l'ensemble des femmes sans domicile .....	38
Conclusion et perspectives .....	39
Recommandations.....	40
Améliorer l'information .....	40
Améliorer l'accès aux dépistages.....	40
Améliorer le suivi des résultats anormaux.....	41
Références bibliographiques.....	42
Table des figures et tableaux .....	46
Annexe 1. Le projet ENFAMS .....	48
Annexe 2. Définitions des variables dépendantes.....	49
Annexe 3. Liste des pays cités dans l'enquête, par zone :.....	53

## Introduction

L'Observatoire du Samusocial conduit depuis 2011 un projet interdisciplinaire de recherche-action sur les enfants et les familles sans-logement (ENFAMS). Le projet ENFAMS comprend une enquête sociologique sur le système d'hébergement des familles, différentes enquêtes par observation et entretiens sur leurs parcours et leurs conditions de vie, ainsi qu'une enquête quantitative d'épidémiologie et sociodémographique sur cette même population, en Ile-de-France. Ces différents volets ont été financés par de nombreuses institutions (cf. Annexe 1). Le soutien du Cancéropôle Ile-de-France a porté sur une partie de cette enquête quantitative, précisément sur la partie des dépistages des cancers féminins (cancer du sein et cancer du col de l'utérus). Le projet a reçu l'avis éthique favorable du CPP en juillet 2012, l'avis favorable du CCTIRS en septembre 2012 et l'autorisation de la CNIL en mars 2013.

Bien qu'elle soit la région la plus richement dotée en structures de soins de France, l'Ile de France se caractérise par des inégalités sociales et territoriales de recours aux services de soins et à la prévention particulièrement marquées (Chauvin and Parizot 2009). Des études récentes ont montré le rôle de facteurs sociaux individuels "classiques" (le niveau d'éducation, l'emploi, les revenus ou la couverture maladie) sur le recours aux soins (Grillo et al. 2012a), mais aussi celui de facteurs plus originaux (comme la situation familiale, les origines migratoires, l'étendue des espaces d'activité quotidiens, l'intensité des liens sociaux (Vallée et al. 2010a)) et ont estimé leurs poids relatifs en population générale. Elles ont ainsi objectivé la situation précaire de certains sous-groupes de femmes, notamment les plus vulnérables et/ou défavorisées dans l'agglomération parisienne.

Or, la région francilienne connaît actuellement l'augmentation fulgurante d'une population particulièrement précaire : les familles sans logement personnel. L'Observatoire du Samu Social de Paris rapporte en effet l'explosion du nombre de familles sans logement prises en charge en Ile-de-France, qui a augmenté de près de 300% en dix ans parmi les personnes hébergées via le 115 de Paris (Guyavarch and Le Méner 2010; Méner and Guyavarch 2014). Ces familles constituent une population invisible des statistiques publiques françaises, exclue des enquêtes épidémiologiques en population générale (conduites en « ménage ordinaire ») et peu représentée dans les rares enquêtes spécifiquement conduites auprès des personnes sans domicile (Laporte A. and Chauvin P. 2010).

Si on s'attend à ce que leurs conditions de vie précaires constituent des facteurs de risque pour leur santé et leurs recours aux soins et à la prévention, des données précises sur cette population manquent complètement en France à ce jour. Menées principalement en Amérique du Nord où la recherche sur les « homeless » constitue un corpus de recherche en épidémiologie, en sciences humaines et sociales et en santé publique, historique et conséquent, les études portant sur ce sujet, soulignent un état de

santé, physique et psychique, inquiétant. Dès les années 1980, des études indiquent que les familles sans logement sont affectées par des problèmes de santé importants, notamment de santé mentale et d'insécurité alimentaire, sans pour autant ressembler aux individus sans domicile fréquentant habituellement les services d'aide. Les études montrent que les femmes sans-logement souffrent plus fréquemment de maladies chroniques et infectieuses (Weinreb et al. 1998; Hwang et al. 2005; Teruya et al. 2010). La prévalence des problèmes de santé mentale (dépression, troubles anxieux, notamment) est également particulièrement élevée chez ces femmes (Vostanis et al. 1998; Laporte A. and Chauvin P. 2010). Elles sont notamment plus nombreuses à être atteintes du VIH/sida, d'infections sexuellement transmissibles et de problèmes gynécologiques (Beijer et al. 2012).

Pour ces familles, les conditions de promiscuité, d'instabilité ou d'isolement et leur éloignement des services sociaux et de santé, leurs problèmes de langues constituent de véritables barrières à l'accès aux soins et à la prévention (Kushel et al. 2001; Stein et al. 2007; Teruya et al. 2010). On peut également faire l'hypothèse qu'en France et particulièrement dans l'agglomération parisienne ces femmes sans logement personnel sont confrontées à une difficulté supplémentaire : nombre de services s'adressant à la population sans logement ont été conçus pour les hommes et ne peuvent répondre de façon adéquate aux besoins des femmes (et de leurs enfants), en particulier à leurs besoins en terme de santé gynécologique (contraception, dépistage des cancers féminins, voire suivi de grossesse) (Riley et al. 2007). La multiplicité des facteurs de risque de la survenue de nombreux problèmes de santé et du non-recours aux soins retrouvés dans la littérature (Gallagher et al. 1997; Gelberg et al. 1997; Kushel et al. 2001; Wenzel et al. 2001; Lewis et al. 2003; Teruya et al. 2010) interroge : de quoi souffrent ces familles ? Quels sont leurs parcours de soins, en particulier en ce qui concerne la prévention, comme le dépistage des cancers ?

Dans une première partie, ce rapport introduit la situation du dépistage des cancers féminins en France, le contexte de vie et sanitaire dans lequel vivent les femmes sans domicile, ainsi que l'état de littérature à propos des cancers féminins et du dépistage chez ces femmes. Dans une deuxième partie, le rapport présente la méthodologie de l'enquête quantitative ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de vie et de santé des femmes interrogées. La troisième partie s'intéresse précisément au dépistage des cancers féminins chez ces femmes. Après avoir présenté les estimations de la prévalence de l'absence de recours aux dépistages des deux cancers féminins, le profil de ces femmes non dépistées sera étudié. Cette partie présentera également les résultats de l'étude sur les facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus chez ces femmes.

## Contexte et objectifs

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme avec plus de 48 000 nouveaux cas en 2012, et représente la première cause de mortalité par cancer féminin avec 11 886 décès estimés en 2012. Depuis 2004, le dépistage du cancer du sein en France fait partie des dépistages organisés. Les femmes âgées de 50 à 74 ans, sont invitées par courrier, à se faire dépister tous les deux ans (mammographie avec double lecture et examen clinique des seins) - programme pris en charge à 100% par l'assurance maladie (Haute Autorité de Santé (HAS) 2011). Le dépistage du cancer du sein peut être aussi individuel, c'est-à-dire à l'initiative de la femme ou du médecin.

Le cancer du col de l'utérus est moins fréquent que le cancer du sein avec 3028 nouveaux cas par an, le plaçant au 11<sup>ème</sup> rang des cancers chez la femme. La mortalité du cancer du col de l'utérus est estimée à environ 1000 cas en France en 2012, soit le 12<sup>ème</sup> cancer le plus meurtrier (Binfer-Foucard et al. 2013). Il existe deux types de prévention du cancer du col de l'utérus : la vaccination des jeunes filles contre certaines formes du virus HPV<sup>1</sup>- responsable de la survenue de ce cancer dans 99% des cas (prévention primaire), et le dépistage des lésions précancéreuses (prévention secondaire). La technique de dépistage la plus répandue est le frottis cervico-utérin<sup>2</sup>, destiné à prélever des cellules provenant du col de l'utérus. En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est individuel<sup>3</sup>. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé en France, le frottis doit être pratiqué chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, tous les 3 ans après deux frottis normaux pratiqués à un an d'intervalle (Haute Autorité de Santé (HAS) 2010). Il peut être pratiqué par les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes.

La mise en place de techniques de dépistage pour les cancers féminins a fortement diminué l'incidence et la mortalité de ces deux cancers. Cependant, il existe des inégalités dans l'accès à la prévention au sein de certaines populations. L'étude de la littérature montre que l'absence de participation aux dépistages des cancers féminins en population générale est associée en outre, au fait d'être célibataire, d'avoir un niveau d'éducation faible, d'être migrant, de ne pas avoir d'enfant, de ne pas avoir d'assurance santé, de n'avoir jamais eu de problème de santé important, de n'avoir jamais travaillé et de ne connaître personne de malade dans son entourage (Duport et al. 2008a; Vallée et al. 2010b; Duport 2012; Grillo et al. 2012b).

---

<sup>1</sup> Les HPV (Human Papillomavirus) sont des virus à ADN qui infectent les cellules de la peau et des muqueuses. Certains provoquent des lésions bénignes et d'autres sont oncogènes. La transmission se fait par contact cutanéomuqueux (nombreuses localisations et infections indirectes par les mains ou le linge)

<sup>2</sup> Le frottis est un prélèvement réalisé en frottant au fond du vagin avec une spatule pendant un examen gynécologique.

<sup>3</sup> On parle de dépistage individuel lorsqu'il est réalisé à l'initiative du médecin ou du patient, sur prescription médicale.

En France, l'étude réalisée en 2005 par l'Observatoire du Samusocial auprès de 30 femmes prises en charge par le Samusocial de Paris s'intéressait notamment au recours aux soins gynécologiques (Laporte et al. 2005). Cette étude met en évidence plusieurs types de profils de femmes face au recours aux soins gynécologiques (préventifs, curatifs et actifs ou passifs). Le délai depuis lequel elles sont sans logement, les violences conjugales, les antécédents addictifs et leur état de santé sont des éléments qui paraissent jouer un rôle dans le mode de recours aux soins gynécologiques. Par ailleurs, une enquête menée par Médecins du monde sur les dépistages des cancers féminins auprès de femmes en situation de précarité a souligné la rareté des pratiques de dépistages ainsi qu'un déficit de connaissances sur les pratiques préventives chez ces femmes (Médecins du Monde 2013).

Les études de la littérature insiste sur le fait que l'absence de logement est associé à l'absence de participation aux dépistages des cancers féminins et aussi à un risque plus élevé de développer un cancer du fait de la prévalence importante des facteurs de risques cités ci-dessus, mais les femmes sans domicile présentent également un risque élevé de ne pas être suivies après un dépistage négatif (Cardin et al. 2001; Engelstad et al. 2001; Quinlivan et al. 2004; Coker et al. 2006; Karliner et al. 2012). Ce résultat pourrait s'expliquer d'une part, par le fait même d'être sans logement (ne pas disposer d'une adresse où recevoir ces résultats) et d'autre part, par la discontinuité dans le parcours de soins chez ces femmes. En effet, la discontinuité entre le site de dépistage, le site de l'établissement du diagnostic et les services de traitement résultent d'une perte de suivi. Il apparaît essentiel de commencer par décrire l'état de la couverture du dépistage chez les femmes sans domicile aujourd'hui et d'identifier les barrières qu'elles rencontrent dans l'accès à ces dépistages.

A partir des données issues de l'enquête ENFAMS, ce rapport présente dans un premier temps, la part de femmes non dépistées pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus et estime la proportion de femme non dépistées selon les plusieurs caractéristiques (socio-démographiques, mode d'hébergement, revenus, état de santé perçu et mesuré, suivi médical, recours aux soins, événements de vie difficiles). Dans un second temps, une étude des facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus sera présentée. Cette analyse n'a pu être réalisée concernant le dépistage du cancer du sein du à la faible présence, dans l'enquête, de femmes concernées par les recommandations actuelles sur les pratiques de dépistage.

## Présentation de l'enquête quantitative ENFAMS

### Présentation générale

L'analyse des données du 115 a mis en lumière une augmentation croissante des familles au sein de la population sans domicile. En 1999, les usagers du 115 sont principalement représentés par des hommes âgés de 25 à 40 ans en moyenne (Figure 1). En 2011, la proportion de familles parmi les usagers explose et on voit apparaître un grand nombre de femmes et d'enfants sans logement (Figure 2). Cette population est différente concernant les conditions de vie et la santé que la population sans domicile classiquement étudiée, comme le montre l'enquête Samenta menée en 2010 sur la santé mentale et les addictions auprès des sans-domiciles franciliens. Toutefois, à part ces premiers éléments exploratoires, ces familles restent invisibles de l'espace public - puisqu'elles sont dans le système d'hébergement, et sont, par conséquent, invisibles du domaine scientifique en France.

Figure 1. Pyramide des âges des usagers du 115 de Paris en 1999

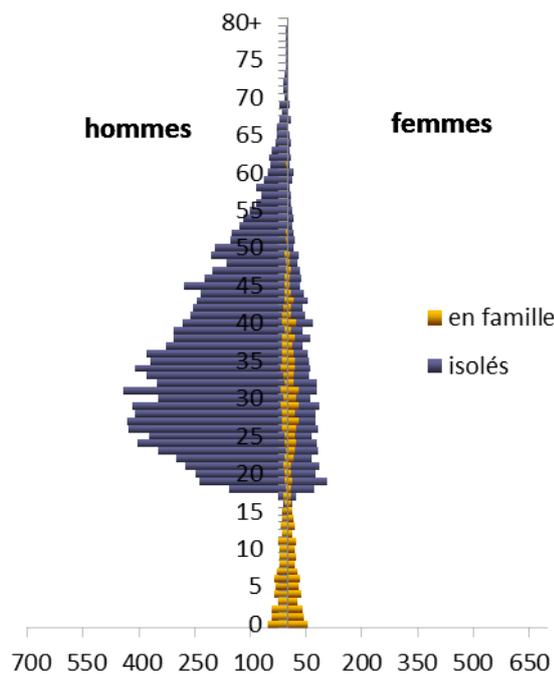
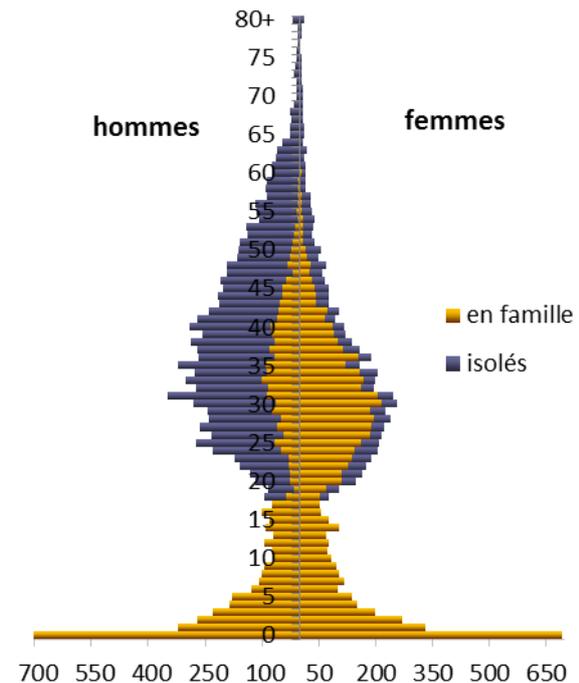


Figure 1. Pyramide des âges des usagers du 115 de Paris en 2011



Source : (Guyavarch and Garcin 2014)

L'enquête quantitative menée auprès des familles par entretien pendant l'hiver 2012-2013 a été construite pluri-disciplinairement (épidémiologie, géographie de la santé et sciences sociales). Destinée à améliorer l'état de la connaissance sur ces familles, les objectifs de l'enquête quantitative étaient les suivants :

- Estimer le nombre de familles en Île-de-France ;
- Décrire leurs caractéristiques socio-démographiques et leur état sanitaire ;

- Analyser l'impact de l'absence de logement sur la santé, sur le recours aux soins et notamment sur le dépistage des cancers féminins ;
- Produire des indicateurs de santé publique ;
- Emettre des recommandations et mettre en place des actions de prévention en identifiant les leviers et les freins dans le parcours de prise en charge de ces personnes.

## Méthode d'enquête

### Population d'étude

L'enquête quantitative a été menée durant l'hiver 2012-2013 et s'est déroulée en trois phases auprès de 801 familles sans logement. La population enquêtée est composée d'adultes vivant avec au moins un de ses enfants de moins de 12 ans, dans un lieu non prévu pour l'habitation ou bénéficiant d'un hébergement gratuit ou à faible participation financière.

### Echantillonnage

Afin d'être représentatif des familles sans domicile franciliennes ayant recours à certains centres d'hébergement, l'échantillonnage a été réalisé avec un plan de sondage complexe à trois degrés (tirage au sort de structures d'hébergement, de familles dans les structures, et d'un enfant de moins de 13 ans par famille). A chaque degré les probabilités d'inclusion sont calculées. Le produit de ces trois probabilités donne la probabilité finale de tirage d'une prestation individuelle.

Au 1er degré, les services d'hébergement ont été tirés proportionnellement à leur taille, en stratifiant selon le type de service d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, hôtel) et leur distance entre la gare et le centre-ville et la zone de transport francilienne de l'hébergement (reflétant la distance à Paris). Une base de sondage des établissements accueillant ces femmes sans logement avec enfant a été créée à partir de différentes sources de données régionales telles que la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), les Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), les 115, le Pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH), les conseils généraux et le ministère de l'intérieur. Le tirage des structures a été stratifié sur le type de structures et sur la distance à la gare et la zone géographique en raison de deux hypothèses. La première hypothèse repose sur le fait que le type de population hébergée, la prise en charge et l'équipement ne diffèrent selon le type de structure mais ne diffèrent pas entre les structures de même type d'hébergement. La seconde hypothèse est géographique et part du principe que le recours aux soins, l'accessibilité aux structures de suivi social et à l'emploi des familles dépend de la localisation du lieu d'hébergement des familles. Afin d'appréhender ces difficultés, il a semblé nécessaire d'échantillonner en tenant compte de deux variables spatiales : la distance à Paris et la distance à la gare la plus proche.

Au 2ème degré, les familles ont été sélectionnées selon un tirage aléatoire simple et, au 3ème degré, un des enfants a été tiré au sort.

### *Déroulement des entretiens*

L'enquête auprès des familles s'est déroulée en trois phases. Dans un premier temps, un enquêteur s'est rendu au sein des structures d'hébergement tirées au sort, présentait l'étude au gérant de la structure, établissait la liste des familles et la langue parlée pour réaliser in situ un tirage au sort des familles à interroger. Les familles étaient alors contactées ce jour-là et si elles acceptaient de participer elles fixaient une date d'entretien avec l'enquêteur.

Dans un deuxième temps, l'entretien se déroulait par questionnaire en face-à-face avec un binôme enquêteur-psychologue en 17 langues ; ce qui constitue également une première en France (44% de l'échantillon d'adultes a ainsi été interrogé dans une langue étrangère). Les questionnaires étaient disponibles en anglais, arabe, arménien, bulgare, français, mongol, roumain, russe, tamoul. Ils ont également été passés dans d'autres langues, à l'aide d'une traduction orale (sans traduction écrite des questionnaires) pour le bambara, l'espagnol, l'italien, le lingala, le portugais, le serbe, le soninké, et le wolof.

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire auprès des adultes (une autre partie de l'enquête, auprès des enfants, repose également sur un questionnaire auprès du parent et de l'enfant quand celui-ci était en âge d'être scolarisé). De nombreuses informations inédites sur ces adultes ont été recueillies telles que les caractéristiques sociodémographiques, la composition familiale, les trajectoires résidentielles et migratoires, le réseau relationnel, différentes informations sur la santé (dont l'insécurité alimentaire, la santé mentale), et le recours aux soins (y compris la contraception et le dépistage des cancers féminins), la couverture et les prestations sociales, les violences conjugales, les événements de vie difficiles.

Dans une troisième phase, une infirmière se rendait auprès de chaque famille enquêtée afin de collecter des informations sur la croissance, le calendrier vaccinal et des mesures anthropométriques et des prélèvements biologiques ont été effectués sur le parent et l'enfant enquêtés.

### **Principales caractéristiques des familles sans domicile**

Le nombre estimé de familles sans domicile en Île-de-France est de 10 280 familles. Sur 801 familles, 764 femmes ont été interrogées, âgées en moyenne de 32 ans (allant de 18 à 57). Ces femmes sont nées majoritairement en Afrique (64%) ou en Europe (30%). Les trois quarts d'entre elles ont un niveau supérieur ou égal au bac. Elles sont pour 34% d'entre elles célibataires et accompagnées de 2 enfants en moyenne (allant de 1 jusqu'à 9). Environ 18% d'entre elles occupent un emploi. Le revenu

médian est de 211€ par mois et par unité de consommation. Ainsi la majorité vit en dessous du seuil de pauvreté (94%) qui se situe à 964 euros par mois et par unité de consommation en 2013. Quant au parcours résidentiel, elles sont sans logement depuis 3 ans en moyenne (allant de 0 à 19ans), et change de structure d'hébergement environ 3,2 fois par an depuis qu'elles sont sans logement (allant de 0 à 36 fois par an). Avant d'être sans domicile elles étaient principalement hébergées ou logées gratuitement ou avec participation chez la famille, les amis ou un tiers (47%), ou venaient d'arriver en France (29%).

**Tableau 1. Description des caractéristiques sociodémographiques des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013**

Caractéristiques	Effectifs (N=764)	Proportions pondérées	IC 95%
<b>Pays de naissance*</b>			
Union européenne	91	14,1%	[11,0 ; 17,2]
CEI	140	15,7%	[12,8 ; 18,5]
Autre Europe	4	0,4%	[0 ; 0,8]
Afrique sub-saharienne	282	35,1%	[31,3 ; 39,0]
Maghreb	65	12,2%	[9,1 ; 15,3]
Autre Afrique	140	16,2%	[13,0 ; 19,3]
Asie	26	4,0%	[2,4 ; 5,6]
Proche et moyen orient	4	<1%	[0 ; 0,4]
Amérique et Océanie	12	2,1%	[0,7 ; 3,5]
<b>Niveau d'éducation</b>			
Jamais scolarisé	68	9,3%	[6,6 ; 11,9]
Enseignement primaire	99	13,0%	[10,2 ; 15,8]
Enseignement secondaire	460	60,0%	[55,8 ; 64,2]
Enseignement supérieur	121	15,0%	[12,2 ; 17,9]
<b>Statut matrimonial</b>			
Vit en couple et vit avec	339	47,9%	[43,4 ; 52,4]
Vit en couple et ne vit pas avec	129	17,3%	[13,5 ; 21,2]
Ne vit pas en couple	293	34,1%	[29,5 ; 38,8]
<b>Situation professionnelle</b>			
Actifs occupés	110	17,8%	[14,4 ; 21,2]
Chômeurs	621	78,0%	[74,2 ; 81,8]
Inactifs	32	3,8%	[2,3 ; 5,2]
<b>Revenus par unité de consommation</b>			
Au-dessus du seuil de pauvreté (964€/mois/UC)	23	3,1%	[1,5 ; 4,7]
En dessous du seuil de pauvreté (964€/mois/UC)	720	93,7%	[91,5 ; 95,9]

\*voir regroupement des pays en annexe

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées

NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

**Tableau 2. Situations avant d'être sans domicile.**

Caractéristiques	Effectifs (N=764)	Proportions pondérées	IC 95%
Propre logement	33	6,1%	[3,9 ; 8,3]
Logement de son conjoint	46	7,0%	[4,4 ; 9,5]
Chez les parents	20	2,6%	[1,1 ; 4,0]
Venait d'arriver en France	254	28,7%	[24,6 ; 32,8]
Chambre d'hôtel paye par elle même	24	3,1%	[1,6 ; 4,6]
Hébergée gratuitement ou pas chez la famille	118	16,4%	[12,4 ; 20,4]
Hébergée gratuitement ou pas chez un ami	138	18,4%	[15,1 ; 21,7]
Hébergée gratuitement ou pas chez un compatriote	45	4,8%	[3,3 ; 6,3]
Hébergée gratuitement ou pas chez un tiers	57	7,0%	[4,9 ; 9,1]
Foyer de travailleur migrant ou résidence sociale	5	<1%	[0 ; 1,6]
Campement, bidonville	12	2,6%	[0,9 ; 4,4]

\*voir regroupement des pays en annexe

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées

NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

## Méthodologie de l'étude

Dans un premier temps, ce rapport présente les taux de dépistage pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus et estime la proportion de femme non dépistées selon les plusieurs caractéristiques (socio-démographiques, hébergement, revenus, état de santé perçu et mesuré, suivi médical, recours aux soins, événements de vie difficiles). Dans un second temps, il présente l'étude des facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus. .

### Sélection de la population et variables d'intérêt

La partie descriptive sur l'étude de la distribution de la proportion de femmes non dépistées a été réalisée en prenant en compte l'ensemble des femmes ayant participé à l'enquête et ayant répondu aux questions sur le dépistage :

G14. Avez-vous déjà fait une mammographie de dépistage (radiographie des seins) ?

G18. Avez-vous déjà eu un frottis du col de l'utérus ?

Concernant la partie analytique sur l'étude des facteurs associés à l'absence de participation au dépistage, la population a été sélectionnée sur l'âge ciblé par les recommandations actuelles. Les

recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus s'appliquent aux femmes âgées de 25 à 65 ans, ce qui représente 661 des femmes de l'échantillon, soit 87%. Par ailleurs, l'analyse a été réalisée en cas complets, c'est-à-dire, sur un échantillon de femmes ne comportant aucune donnée manquante pour toutes les variables choisies en analyse univariée représentant 500 femmes âgées de 25 à 65 ans.

Quant au dépistage du cancer du sein, la population ciblée est âgée de 50 à 74 ans, représentant seulement 11 femmes, soit 1% de l'échantillon. Il n'est donc pas envisageable de réaliser une régression sur cet échantillon.

### Choix des caractéristiques à étudier

Les caractéristiques mobilisées dans les analyses descriptives et analytiques ont été sélectionnées grâce à l'étude de la littérature (voir l'Annexe 2 pour les définitions exactes des variables dépendantes) :

- **Caractéristiques socio-démographiques** : être jeune, avoir un niveau d'éducation faible, le pays de naissance, être en situation administrative irrégulière, avoir des difficultés en français
- **Ressources et situation professionnelle** : avoir un faible revenu, ne pas disposer de prestations sociales, être sans emploi
- **Hébergement** : être en centre d'hébergement d'urgence (ou ne pas être en centre d'hébergement et de réinsertion sociale), déménager plus fréquemment
- **Couverture maladie** : ne pas disposer de couverture maladie
- **Recours aux soins et dépistage** : ne pas consulter de médecin au cours de l'année, ne pas avoir de suivi gynécologique régulier, ne pas pratiquer d'autre dépistage
- **Santé perçue** : avoir un bon état de santé
- **Santé mesurée** : ne pas avoir de comorbidités
- **Addictions** : avoir des comportements addictifs (tabac, alcool, drogues)
- **Evénements de vie difficiles** : avoir été victime d'agressions sexuelles, être excisée
- **Réseau de sociabilité** : ne pas avoir de relations sociales
- **Mobilité** : ne pas se déplacer

### Estimations de prévalences et pondération

L'estimation des prévalences et les moyennes prennent en compte le plan de sondage et sont pondérées à l'aide du package survey du logiciel R. Les prévalences et les moyennes sont comparées à l'aide du test du chi-deux et du t-test.

## Régression

Afin de déterminer les facteurs associés à l'absence de dépistage, nous avons modélisé la probabilité que les femmes sans domicile ne soient pas dépistées en fonction de plusieurs caractéristiques, et à l'aide d'une régression de Poisson à variance robuste (Zou 2004). Les résultats sont exprimés en rapports de prévalence (PR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC 95%) sont estimés. Ces rapports de prévalence s'interprètent comme des risques relatifs.

La construction de deux modèles de régression a été réalisée passant par deux méthodes différentes. La première méthode est une sélection pas-à-pas descendante. Les associations entre chaque variable et l'absence de dépistage (analyse univariée) sont étudiées. L'ensemble des variables significativement associée à l'absence de dépistage ( $p < 0,05$ ) ainsi que les variables dont la significativité est inférieure à 0,20 ont été incluses dans un modèle multivarié. Le modèle final est issu d'une procédure pas-à-pas descendante.

La deuxième méthode utilise un cadre conceptuel. Les associations entre plusieurs variables d'un groupe défini et l'absence de dépistage sont étudiées. Et ensuite seules les variables significatives à l'intérieur de chaque groupe sont sélectionnées pour construire le modèle multivarié final. Le cadre conceptuel utilisé est le Behavioral Model for Health Services Use (voir détails ci-dessous).

### *Le Behavioral Model of Health Service Use*

Le « Behavioral Model of Health Service Use » (BMHSU) est un modèle conceptuel, développé en 1968 par Andersen pour conceptualiser les facteurs agissant sur l'utilisation des services de santé par une population (Andersen 1968, 1995). Il se base sur l'hypothèse selon laquelle le recours aux soins est fonction de trois catégories de facteurs : des facteurs prédisposant à utiliser les services de santé (« predisposing factors »), des facteurs favorisant (ou empêchant) son utilisation (« enabling factors ») et des besoins de soins de l'individu (« need factors »). En 2000, ce modèle a été modifié en divisant chaque composante du modèle (predisposing, enabling, need) en deux parties : l'une composée des facteurs « classiques » utilisés dans le modèle d'origine et l'autre composée de facteurs de « vulnérabilité » (Figure 3) (Gelberg et al. 2000). On entend par facteurs de vulnérabilité les caractéristiques de la population étudiée qui lui sont propres et qui peuvent avoir un impact sur le recours aux soins.

Les facteurs prédisposant (predisposing factors) « classiques » incluent les facteurs démographiques (l'âge, le sexe), les facteurs sociaux (niveau d'éducation, la situation professionnelle, les origines ethniques, la taille de la famille, le statut matrimonial). Les facteurs prédisposant de vulnérabilité incluent les caractéristiques du parcours des personnes sans domicile (trajectoires résidentielles et migratoires), les événements de vie difficile (violences conjugales, sexuelles) et l'abus de substances

(tabac, alcool, drogues). Les facteurs empêchant l'utilisation de services de santé classiques incluent les facteurs relatifs aux ressources financières, à la couverture maladie, au suivi médical. Les variables empêchant l'utilisation de services de santé de vulnérabilité concernent les transports, la langue, le réseau social. Enfin les besoins en soins incluent les facteurs décrivant la santé perçue ou mesurée. Dans le domaine vulnérable on retrouvera des indicateurs mesurant la santé particulièrement important dans la population étudiée (maladies sexuellement transmissibles, dépression, l'insécurité alimentaire).

**Figure 2. Le "Behavioral Model for Vulnerable Populations"**

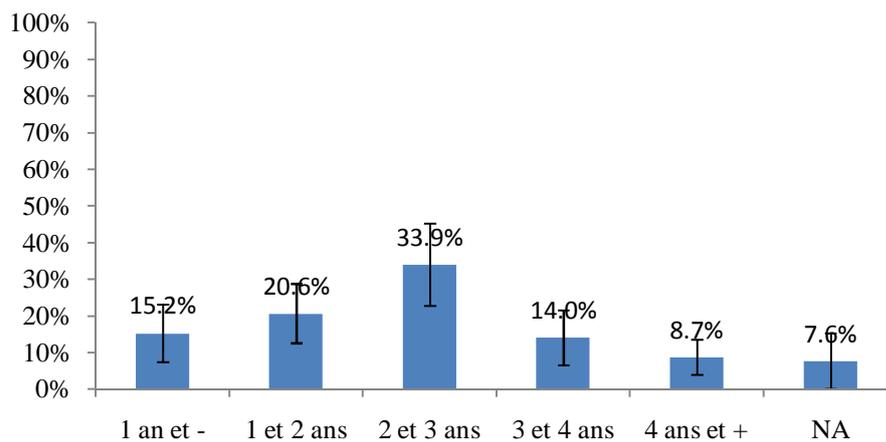
## Etude de la distribution de l'absence de dépistage

### Taux de couverture des deux dépistages

En considérant l'ensemble des femmes ayant répondu à la question sur la réalisation de la mammographie (N= 9792 | n=759), on estime que **80,5%** [76,9 ; 84,1] **d'entre elles n'ont jamais eu de mammographie au cours de leur vie**. Si l'on considère la tranche d'âge ciblées par les recommandations actuelles, c'est-à-dire **les femmes âgées de 50 à 74 ans** (N=147 | n=11), on estime que **28.1%** [0 ; 56,9] **ne seraient pas dépistées**. Cette estimation est très imprécise, étant donné le faible effectif de l'échantillon âgé de plus de 50 ans.

Parmi les femmes ayant déjà réalisé une mammographie au cours de leur vie, 49,1% [38,1 ; 60,1] d'entre elle l'ont fait au cours des deux dernières années.

**Figure 3. Distribution du délai de la dernière mammographie chez les femmes sans domicile personnel, en Île-de-France, en 2013 (N=1910 | n=135)**



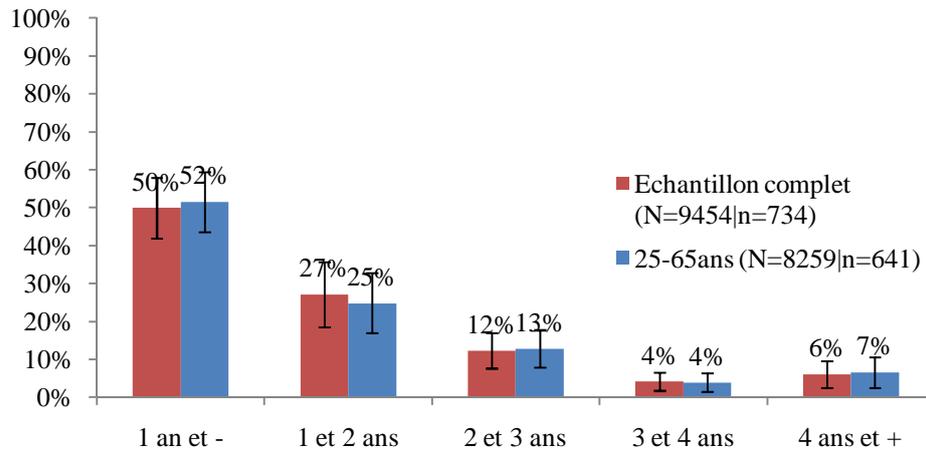
Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes

Lecture : Parmi les femmes ayant déjà réalisé une mammographie au cours de leur vie, 15,2% d'entre elles ont réalisé leur dernière mammographie dans l'année précédant l'enquête ENFAMS. L'intervalle de confiance à 95% est indiqué en-dessous de chaque pourcentage à l'aide d'un segment noir («I»).

En considérant l'ensemble des femmes ayant répondu à la question sur la réalisation du frottis (N=9454 | n=734), on estime que **57,3%** [53,2 ; 61,3] **d'entre elles n'ont jamais eu de frottis au cours de leur vie**. Si l'on considère la tranche d'âge ciblées par les recommandations actuelles, c'est-à-dire **les femmes âgées de 25 à 65 ans** (N=8259 | n=641), on estime que **58,1%** [53,7 ; 62,5] **des femmes n'auraient jamais été dépistées**. Parmi les femmes âgées de 25 à 65 ans, ayant réalisé déjà un frottis au cours de leur vie, 89,2% [84,5 ; 93,9] d'entre elle l'ont fait au cours des trois dernières années.

**Figure 4. Distribution du délai du dernier frottis réalisé chez les femmes sans domicile personnel, en Île-de-France, en 2013**



Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 734 répondantes

Lecture : 52% des femmes, âgées de 25 à 65ans, ayant réalisé un frottis du col de l'utérus, ont réalisé leur dernier frottis dans l'année précédant l'enquête ENFAMS. L'intervalle de confiance à 95% est indiqué en-dessous de chaque pourcentage à l'aide d'un segment noir («I»).

## Caractéristiques sociodémographiques

L'absence de dépistage du cancer du sein varie selon :

- **l'âge.** L'absence de dépistage est plus importante dans les catégories d'âge les plus jeunes (86.6% chez les femmes de la tranche des 25-34 ans contre 62.2% chez les femmes âgées de plus de 45 ans)
- **la région de naissance.** L'absence de dépistage est la plus élevée chez les femmes nées en Afrique sub-saharienne (86.0%) et dans les autres pays de l'Afrique (85.8%), ainsi que dans les pays de la communauté d'états indépendants et les autres pays de l'Europe (82.1%).
- **la langue.** Les personnes ayant déclaré avoir au moins une difficulté à comprendre, lire, écrire ou parler le français sont moins dépistées que les femmes ne déclarant pas de difficultés en français (85.9% contre 72.7%).
- **la région de naissance :** Les femmes nées en Afrique Subsaharienne ou dans le reste de l'Afrique (voir en Annexe 3 le détail des regroupements géographiques) sont moins dépistées que les autres (respectivement 86,0% et 70.5%).
- **le niveau d'éducation :** Plus le niveau d'éducation est faible et plus la proportion de femmes non dépistées est élevée (83.7% des femmes n'ayant jamais été scolarisée n'ont jamais été dépistées, contre 40.6% des femmes ayant un niveau d'éducation supérieur au bac).

- **la langue.** Les personnes ayant déclaré avoir au moins une difficulté à comprendre, lire, écrire ou parler le français sont moins dépistées que les femmes ne déclarant pas de difficultés en français (64.8% contre 46.5%).
- **la situation professionnelle.** La proportion de femmes non dépistées est plus élevée parmi les chômeuses (60.5%) que parmi les actifs occupés (47.8%) et les inactifs (34.6%).

**Tableau 3. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Mammographie	Frottis
	Non dépistées (N=7881   n=624)	Non Dépistées (N=5414   n=414)
<b>Âge<sup>\$\$</sup></b>		
18-25	82,1% [66,7-97,5]	51,6% [37,0-66,2]
25-34	86,6% [82,8-90,4]	61,6% [56,2-67,0]
35-44	72,7% [65,7-79,7]	54,7% [47,6-61,8]
+45	62,2% [45,9-78,6]	43,9% [24,0-63,7]
<b>Région de naissance<sup>\$\$ ***</sup></b>		
Afrique subsaharienne	86,0% [81,2-90,8]	58,3% [52,0-64,6]
Maghreb	63,3% [52,5-74,1]	38,2% [26,9-49,6]
Autres régions de l'Afrique	85,8% [79,1-92,4]	70,5% [59,1-81,8]
CEI et autre pays de l'Europe	82,1% [75,4-88,7]	47,5% [38,0-57,0]
UE	80,5% [69,8-91,1]	64,4% [52,2-76,6]
Autres	65,4% [43,4-87,4]	66,3% [50,5-82,0]
<b>Niveau d'éducation<sup>***</sup></b>		
Jamais scolarisé	87,6% [76,4-98,8]	83,7% [70,8-96,6]
Enseignement primaire	85,7% [78,0-93,5]	69,5% [57,8-81,3]
Enseignement secondaire	80,7% [75,7-85,7]	56,0% [51,2-60,8]
Enseignement supérieur	75,9% [67,7-84,1]	40,6% [30,3-50,9]
<b>Statut administratif</b>		
Français	84,5% [72,2-96,7]	56,8% [42,4-71,3]
Régularisé	77,9% [72,6-83,2]	53,1% [47,5-58,8]
En voie de régularisation	83,4% [77,6-89,3]	63,9% [56,6-71,2]
<b>Difficulté en français (comprendre, lire, écrire, parler)<sup>\$\$\$ ***</sup></b>		
Oui	85,9% [82,4-89,4]	64,8% [59,6-70,0]
Non	72,7% [65,7-79,7]	46,5% [40,2-52,8]

Situation professionnelle**		
Actifs occupés	79,0% [68,0-90,0]	47,8% [36,8-58,7]
Chômeurs	80,9% [77,2-84,5]	60,5% [56,2-64,9]
Inactifs	80,0% [66,4-93,7]	34,6% [16,9-52,3]
Revenu (par unité de consommation)		
Inférieur à 211€/mois <sup>1</sup>	82,1% [77,0-87,1]	60,5% [54,7-66,3]
Supérieur à 211€/mois	78,6% [73,6-83,5]	54,3% [48,3-60,3]
Prestations sociales en France dans l'année		
Aucune	78,0% [72,1-83,8]	60,2% [55,1-65,3]
Au moins une prestation	82,3% [78,0-86,6]	53,3% [46,7-59,9]

<sup>1</sup> correspondant au revenu médian dans la population d'enquête

\$ p<0.05, \$\$ p<0.01, \$\$\$ p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour la mammographie)

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour le frottis)

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie et 734 répondantes pour le frottis.

## Caractéristiques relatives à l'hébergement

On n'observe pas de différence dans le taux de dépistage du cancer du sein selon les caractéristiques relatives à l'hébergement.

Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus varie selon les caractéristiques relatives à l'hébergement :

- **la durée du sans-logement.** Les femmes sans domicile depuis moins de 2 ans sont moins dépistées que les autres.
- **le type de lieu d'hébergement.** La proportion de femmes non dépistées est plus élevée chez les femmes hébergées en centre d'accueil pour demandeur d'asile (61.2%) et en hôtel social (59.5%).

**Tableau 4. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à l'hébergement des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Mammographie	Frottis
	Non dépistées (N=7881   n=624)	Non Dépistées (N=5414   n=414)
<b>Durée du sans-logement **</b>		
Depuis moins de 24 mois	80,6% [75,2-86,1]	63,6% [57,8-69,4]
Depuis plus de 24 mois	80,3% [74,5-86,2]	51,0% [45,0-57,1]
<b>Nombre moyen déménagement/an</b>		
Moins de 4 déménagements par an	80,0% [75,9-84,2]	55,3% [50,7-60,0]
Plus de 4 déménagements par an	81,6% [72,5-90,7]	62,6% [53,8-71,5]
<b>Type de lieu d'hébergement*</b>		
Hôtel social	82,2% [78,0-86,4]	59,5% [54,7-64,3]
Centre d'hébergement d'urgence	80,0% [68,7-91,3]	53,3% [41,7-64,9]
Centre d'accueil de demandeurs d'asile	81,5% [74,4-88,6]	61,2% [52,7-69,8]
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	71,2% [60,1-82,2]	45,4% [34,2-56,5]

§ p<0.05, §§ p<0.01, §§§ p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour la mammographie)

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour le frottis)

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie et 734 répondantes pour le frottis.

### Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins

Le taux de dépistage du cancer du sein varie selon les caractéristiques relatives au recours aux soins :

- **le suivi gynécologique.** Les femmes déclarant ne pas avoir de suivi gynécologique régulier sont moins dépistées (84.6%) que les autres (66.4%).
- **le dépistage du cancer du col de l'utérus.** Les femmes n'ayant jamais eu de frottis au cours de leur vie sont moins dépistées (86.9%) que les autres (71.2%).

Le taux de dépistage du cancer du col utérin varie selon les caractéristiques relatives à la couverture maladie et selon le recours aux soins :

- **le fait d'avoir consulté un médecin dans l'année.** L'absence de dépistage est plus importante chez les femmes n'ayant pas consulté de médecin (81.1%) que chez les autres (51.9%).
- **le suivi gynécologique.** Les femmes déclarant ne pas avoir de suivi gynécologique régulier sont moins dépistées (66.6%) que les autres (26.9%).
- **le dépistage du cancer du sein.** Les femmes n'ayant jamais eu de mammographie au cours de leur vie sont moins dépistées (62.1%) que les autres (37.9%).

**Tableau 5. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Mammographie Non dépistées (N=7881   n=624)	Frottis Non Dépistées (N=5414   n=414)
Couverture maladie*		
SS ou CMU et Mutuelle	89.3% [78.7-99.9]	52.5% [29.5-75.5]
SS ou CMU et CMUc ou AME	80.6% [75.6-85.6]	60.9% [55.7-66.2]
SS ou CMU seules	85.1% [75.9-94.2]	53.2% [41.5-64.8]
Aucune	76.8% [68.3-85.2]	57.3% [48.2-66.4]
Non précisées	78.8% [68.5-89.1]	30.9% [15.9-46.0]
Consulter un médecin dans l'année***		
Oui	79.3% [75.2-83.4]	51.9% [47.1-56.6]
Non	86.0% [79.3-92.7]	81.1% [73.8-88.5]
Suivi gynécologique régulier <sup>\$\$\$</sup> ***		
Oui	66.4% [57.0-75.9]	26.9% [19.8-34.0]
Non	84.6% [80.9-88.4]	66.6% [62.1-71.2]
Avoir déjà réalisé un frottis <sup>\$\$\$</sup>		
Oui	71.2% [64.8-77.6]	
Non	86.9% [82.3-91.5]	
Avoir déjà réalisé une mammographie***		
Oui		37.9% [26.9-49.0]
Non		62.1% [57.6-66.6]

<sup>§</sup> p<0.05, <sup>\$\$</sup> p<0.01, <sup>\$\$\$</sup> p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour la mammographie)

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour le frottis)

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie et 734 répondantes pour le frottis.

### Caractéristiques relatives à la santé

Le taux de dépistage du cancer du sein varie selon l'état physique perçu : les femmes déclarant que leur **état physique** est très bon, bon ou moyen sont moins dépistées (81.6%) que celle qui se déclare en mauvais état physique (70.7%).

Concernant le dépistage du cancer du sein, les femmes en **sécurité alimentaire** sont moins dépistées (68.8%) que celles en insécurité alimentaire (55.4%).

**Tableau 6. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à la santé des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Mammographie	Frottis
	Non dépistées (N=7881   n=624)	Non Dépistées (N=5414   n=414)
Accouchement en France		
Au moins un	82.1% [77.7-86.5]	55.7% [50.6-60.8]
Aucun	76.2% [70.6-81.9]	61.2% [54.9-67.6]
Problème de santé important déclaré		
Oui	79.6% [74.0-85.2]	54.4% [47.5-61.2]
Non	80.7% [76.3-85.2]	58.8% [53.9-63.7]
Etat de santé perçu		
Très Bon/Bon/Moyen	80.3% [76.2-84.4]	56.7% [52.2-61.1]
Mauvais/Très Mauvais	81.4% [71.2-91.5]	62.0% [49.2-74.8]
Etat physique perçu <sup>§</sup>		
Très Bon/Bon/Moyen	81.6% [77.7-85.4]	57.7% [53.5-61.9]
Mauvais/Très Mauvais	70.7% [59.4-82.0]	53.8% [41.3-66.4]
Etat psychologique perçu		
Très Bon/Bon/Moyen	81.8% [77.5-86.2]	56.7% [52.0-61.4]
Mauvais/Très Mauvais	75.7% [68.2-83.2]	59.3% [50.2-68.4]
Dépression		
Oui	74.8% [67.7-81.9]	52.4% [44.9-59.8]
Non	81.9% [77.6-86.2]	59% [53.9-64.0]
Insécurité alimentaire**		
Sécurité alimentaire	77.8% [70.2-85.5]	68.8% [59.9-77.7]
Insécurité alimentaire	81.4% [77.3-85.6]	55.4% [51.0-59.7]

<sup>§</sup> p<0.05, <sup>\$\$</sup> p<0.01, <sup>\$\$\$</sup> p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour la mammographie)

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour le frottis)

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie et 734 répondantes pour le frottis.

### Caractéristiques relatives aux événements de vie difficiles et aux addictions

L'absence de dépistage du cancer du sein varie selon les caractéristiques suivantes :

- **l'excision.** L'absence de dépistage est plus fréquente parmi les femmes excisées (90.0%).
- **le fait d'avoir subi des violences physiques ou sexuelles.** L'absence de dépistage est moins fréquente chez les femmes ayant subi une violence physique ou sexuelle (69.7%) que chez les autres (81.7%).

On n'observe pas de différence de dépistage du cancer du col de l'utérus selon les caractéristiques relatives aux événements de vie difficiles ou aux addictions.

Tableau xx - Comparaison des caractéristiques relatives chez les femmes sans logement ayant déjà été dépistées et celles n'ayant pas été dépistées.

**Tableau 7. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à la santé des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Mammographie	Frottis
	Non dépistées (N=7881   n=624)	Non Dépistées (N=5414   n=414)
Excision <sup>§§</sup>		
Oui	90.0% [85.8-94.2]	58.8% [49.5-68.0]
Non	78.5% [74.1-82.9]	56.7% [51.8-61.5]
Victime de violence physique ou sexuelle <sup>§§</sup>		
Oui	69.7% [60.1-79.3]	51.2% [40.4-62.0]
Non	81.7% [77.9-85.6]	58.2% [53.7-62.8]
Tabagisme		
Fume	78.9% [66.2-91.7]	47.8% [33.7-61.8]
Ne fume pas/plus	80.7% [77.0-84.4]	58.4% [54.3-62.5]
Consommation excessive d'alcool au cours de la vie		
Oui	77.4% [62.6-92.3]	51.0% [36.6-65.4]
Non	80.7% [76.9-84.5]	57.7% [53.4-62.0]

<sup>§</sup> p<0.05, <sup>§§</sup> p<0.01, <sup>§§§</sup> p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour la mammographie)

<sup>\*</sup> p<0.05, <sup>\*\*</sup> p<0.01, <sup>\*\*\*</sup> p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour le frottis)

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie et 734 répondantes pour le frottis.

### Caractéristiques relatives aux liens sociaux

L'absence de dépistage du cancer du sein varie seulement selon **la fréquence des événements sociaux** : les femmes qui ne rencontrent ou invitent des amis que rarement sont moins dépistées (85.9%) que les autres (77.0%).

L'absence de dépistage du cancer du col utérin varie selon le réseau social des femmes :

- **les contacts par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis.** Les femmes ayant peu de contact par téléphone, texto, internet ou courrier avec la famille et les amis sont moins dépistées (60.4%) que les autres (49.5%).

- **la présence de membres de la famille en IDF.** La proportion de femmes non dépistées est plus importante chez celles qui n'ont pas de membre de la famille en Île-de-France (62.7%) que les autres (51.4%).
- **la confiance en un tiers.** Les femmes déclarant ne pas s'être confié à au moins une personne au cours de l'année sont moins dépistées (66.2%) que les autres (53.0%).
- **les événements sociaux.** Les femmes participant peu ou ne participant pas à des événements sociaux sont moins dépistées (65.7%) que les autres (51.9%).

**Tableau 8. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives au réseau social des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Mammographie	Frottis
	Non dépistées (N=7881   n=624)	Non Dépistées (N=5414   n=414)
<b>Vie en couple</b>		
Ne vit pas en couple	78.6% [72.0-85.1]	56.3% [49.1-63.5]
Vit en couple et ne vit pas avec	85.4% [78.4-92.4]	61.6% [52.9-70.2]
Vit en couple et vit avec	79.9% [75.0-84.8]	57.2% [51.4-63.1]
<b>Nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée</b>		
2 enfants ou moins	79.2% [74.6-83.8]	56.7% [52.0-61.3]
au moins 3 enfants	85.4% [79.6-91.2]	59.5% [50.1-69.0]
<b>Contact par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis*</b>		
Au moins un contact pendant 3 jours	75.9% [68.1-83.7]	49.5% [41.1-57.8]
Pas de contact pendant 3 jours	82.5% [78.7-86.4]	60.4% [55.5-65.3]
<b>Présence de membres de la famille en IDF**</b>		
Oui	79.6% [73.5-85.8]	51.4% [44.7-58.0]
Non	81.3% [77.0-85.7]	62.7% [57.6-67.8]
<b>S'est confié à au moins une personne dans l'année **</b>		
Oui	80.7% [76.0-85.4]	53.0% [47.8-58.2]
Non	79.9% [73.0-86.8]	66.2% [59.3-73.2]
<b>Evènements sociaux<sup>\$</sup> **</b>		
Inexistants ou rares	85.9% [80.2-91.5]	65.7% [59.0-72.4]
Fréquent ou très fréquent	77.0% [72.0-81.9]	51.9% [46.2-57.6]

<sup>\$</sup> p<0.05, <sup>\$\$</sup> p<0.01, <sup>\$\$\$</sup> p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour la mammographie)

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour le frottis)

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie et 734 répondantes pour le frottis.

## Caractéristiques relatives à la mobilité et aux moyens de transport

L'absence de dépistage du cancer du sein est plus élevée lorsque les femmes déclarent de ne pas avoir **quitté la région parisienne** durant plus d'une journée au cours de l'année (83.6% contre 68.9%).

L'absence de dépistage du cancer du col utérin est plus importante selon :

- **la possession d'un véhicule ou d'un deux-roues motorisé.** Les femmes qui ne sont pas propriétaire d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé sont moins dépistées (59.0% contre 43.8%).
- **le fait de se déplacer hors IDF.** Les femmes qui n'ont pas quitté la région parisienne plus d'une journée au cours de l'année sont moins dépistées que les autres (59.9% contre 47.6%).
- **les difficultés à prendre les transports en commun.** Les femmes qui ont déclaré avoir des difficultés à se déplacer en transport en commun sont moins dépistées que les autres (62.3% contre 53.7%).

**Tableau 9. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives aux moyens de transport et à la mobilité des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Mammographie	Frottis
	Non dépistées (N=7881   n=624)	Non Dépistées (N=5414   n=414)
Est propriétaire d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé*		
Oui	72.5% [59.6-85.4]	43.8% [29.4-58.2]
Non	81.6% [77.9-85.3]	59.0% [54.8-63.1]
A quitté la région parisienne durant plus d'une journée dans l'année <sup>\$\$\$</sup> *		
Oui	68.9% [59.7-78.0]	47.6% [38.6-56.5]
Non	83.6% [79.9-87.4]	59.9% [55.1-64.8]
A bénéficié d'une aide au transport		
Oui	80.9% [76.5-85.3]	59.2% [53.4-65.0]
Non	80.2% [74.7-85.8]	55.0% [48.8-61.1]
A des difficultés à se déplacer en transport en commun*		
Oui	78.0% [71.4-84.7]	62.3% [56.0-68.6]
Non	82.3% [78.2-86.4]	53.7% [48.2-59.1]

<sup>§</sup> p<0.05, <sup>\$\$</sup> p<0.01, <sup>\$\$\$</sup> p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour la mammographie)

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001 (p-value des tests de comparaison des proportions pour le frottis)

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie et 734 répondantes pour le frottis.

## En résumé

La proportion de femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie est plus élevée chez les femmes qui sont âgées de 25 à 34 ans, sont nées en Afrique sub-saharienne ou dans les autres pays d'Afrique, ont des difficultés en français, n'ont pas de suivi gynécologique régulier, n'ont jamais réalisé de frottis ou de mammographie, n'ont pas de relations amicales ou presque pas, et n'ont pas quitté l'Ile-de-France plus d'une journée dans l'année, ont déclaré avoir un état de santé « très bon, bon ou moyen », sont excisées, n'ont pas été victimes de violences sexuelles.

La proportion de femmes n'ayant jamais réalisé de frottis est plus élevée chez les femmes qui sont nées en Afrique sub-saharienne ou dans les autres pays d'Afrique, ont des difficultés en français, n'ont pas de suivi gynécologique régulier, n'ont jamais réalisé de frottis ou de mammographie, n'ont pas de relations amicales ou presque pas, et n'ont pas quitté l'Ile-de-France plus d'une journée dans l'année, ont un niveau d'éducation faible (jamais scolarisée); sont au chômage; sont sans domicile depuis moins de 24 mois; sont hébergées en CADA ou en hôtel; ont la CMUc ou l'AME; n'ont pas consulté de médecin dans l'année; ne sont pas en insécurité alimentaire; ne sont pas confiée à une personne au cours de l'année; n'ont pas de contact avec les membres de leur famille et leurs amis pendant 3 jours; n'ont pas de membre de la famille présent en Ile de France; ne sont pas propriétaire de leur voiture; et ont des difficultés à prendre les transports en commun.

## Facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus (analyse univariée)

### Facteurs pré-disposants

En analyse univariée, l'absence de dépistage chez les femmes sans domicile est associée significativement à quelques facteurs pré-disposants traditionnels (Tableau 10):

- **l'âge** : les femmes âgées de 25 à 29 ans sont moins dépistées que les femmes de 30 à 34 ans (PR=1.12 [1.04-1.21]).
- **le pays de naissance** : les femmes nées dans les pays de l'Union européenne, en Afrique subsaharienne ou autres pays d'Afrique sont moins dépistées que les femmes nées dans les pays du Maghreb (respectivement PR=1.22 [1.08-1.37], PR=1.12 [1.01-1.24] et PR=1.20 [1.07-1.35])
- **le niveau d'éducation** : les femmes n'ayant jamais été scolarisées ou ayant un niveau d'éducation égale primaire ou secondaire sont moins dépistées que les femmes ayant un niveau d'éducation de l'enseignement supérieur (respectivement : PR=1.34 [1.22-1.47] ; PR=1.26 [1.12-1.40] ; PR=1.11 [1.01-1.23])
- **la situation professionnelle** : les chômeuses sont moins dépistées que les inactives (PR=1.24 [1.03-1.49]).
- **la durée du sans-logement** : les femmes sans logement depuis moins de 2 ans sont moins dépistées que celles qui sont sans logement depuis plus de 2 ans (PR=1.10 [1.03-1.18]).

Les variables non significatives mais dont la p-value était inférieure à 0.20 ont été incluses dans le modèle multivarié pas-à-pas descendant (voir plus bas) : la vie de couple, le type de structure d'hébergement, le nombre de déménagement par an.

Si l'on procède à une analyse multivariée (préalable) pour ce groupe de variables, les résultats obtenus sont similaires à ceux de l'analyse univariée, hormis la situation professionnelle qui n'apparaît plus être associée à l'absence de dépistage (Tableau 10, colonne 2).

Parmi les facteurs pré-disposants de vulnérabilité (Tableau 11), seule la durée de l'absence de logement apparaît significativement associée mais les forces d'association sont faibles (du moins dans une première analyse en distinguant un seuil de +/- 2 ans).

**Tableau 10. Analyse univariée et multivariée des facteurs «classiques » prédisposant à l'absence de dépistage de cancer du col de l'utérus chez les femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013**

Facteurs traditionnels prédisposant	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	PR	IC 95%	PR	IC 95%
Âge	p=0.007		p=0.026	
25-29	1.12	[1.04-1.21]	1.11	[1.04-1.20]
30-34	réf.		réf.	
35-44	1.02	[0.93-1.11]	1.04	[0.96-1.12]
+45	0.97	[0.82-1.15]	0.98	[0.85-1.14]
Région de naissance	p=0.006		p=0.023	
Union Européenne	1.22	[1.08-1.37]	1.18	[1.04-1.34]
Autre Europe + CEI	1.05	[0.93-1.19]	1.08	[0.96-1.23]
Afrique sub-saharienne	1.12	[1.01-1.24]	1.08	[0.97-1.20]
Maghreb	réf.		réf.	
Autre Afrique	1.20	[1.07-1.35]	1.19	[1.06-1.33]
Autres	1.05	[0.89-1.24]	1.07	[0.91-1.25]
Niveau d'éducation	p<0.001		p<0.001	
Jamais scolarisé	1.34	[1.22-1.47]	1.34	[1.22-1.48]
Enseignement primaire	1.26	[1.12-1.40]	1.23	[1.11-1.37]
Enseignement secondaire	1.11	[1.01-1.23]	1.14	[1.04-1.26]
Enseignement supérieur	réf.		réf.	
Situation professionnelle	p=0.048		p=0.116	
Inactifs	réf.		réf.	
Actifs occupés	1.15	[0.95-1.40]	1.12	[0.94-1.34]
Chômeurs	1.24	[1.03-1.49]	1.19	[1.00-1.43]
Vie couple	p=0.176		p=0.073	
Est en couple et vit avec	réf.		réf.	
Est en couple et ne vit pas avec	1.05	[0.96-1.14]	1.07	[0.97-1.17]
N'est pas en couple	0.96	[0.89-1.03]	0.96	[0.89-1.03]
Nombre d'enfants vivant avec la mère	p=0.431		p=0.606	
Deux enfants ou moins	réf.		réf.	
Au moins 3 enfants	1.03	[0.95-1.11]	1.02	[0.95-1.09]

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 500 répondantes âgées de 25 à 65 ans

**Tableau 11. Analyse univariée et multivariée des facteurs de «vulnérabilité» prédisposant à l'absence de dépistage de cancer du col de l'utérus chez les femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Facteurs de vulnérabilité prédisposant	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	PR	IC 95%	PR	IC 95%
Statut administratif	p=0.474		p=0.670	
Français	réf.		réf.	
Régularisé	0.97	[0.86-1.08]	0.94	[0.82-1.09]
En voie de régularisation	1.01	[0.90-1.14]	0.97	[0.84-1.12]
Durée du sans-logement	p=0.005		p=0.020	
Depuis plus de 2 ans	réf.		0.92	[0.85-0.99]
Depuis moins de 2 ans	1.10	[1.03-1.18]		
Type de structure	p=0.179		p=0.254	
CHRS	réf.		réf.	
Hôtel	1.14	[1.01-1.28]	1.12	[1.00-1.25]
CHU	1.09	[0.95-1.25]	1.06	[0.92-1.21]
CADA	1.12	[0.98-1.27]	1.09	[0.96-1.25]
Nombre de déménagements/an	p=0.100		p=0.839	
Moins de 4 par an	réf.		réf.	
Plus de 4 par an	1.06	[0.99-1.14]	0.99	[0.92-1.07]
Excision	p=0.703		p=0.400	
Non	réf.		réf.	
Oui	1.01	[0.94-1.10]	1.03	[0.96-1.11]
Victime de violence physique ou sexuelle	p=0.956		p=0.881	
Non	réf.		réf.	
Oui	1	[0.91-1.10]	0.99	[0.89-1.10]
Tabagisme	p=0.804		p=0.621	
Ne fume pas/plus	réf.		réf.	
Fume	0.99	[0.88-1.11]	0.97	[0.85-1.10]
Consommation excessive d'alcool au cours de la vie	p=0.640		p=0.609	
Non	réf.		réf.	
Oui	0.98	[0.88-1.08]	0.97	[0.86-1.09]

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 500 répondantes âgées de 25 à 65 ans

## Facteurs favorisant ou limitants

En analyse univariée, l'absence de dépistage chez les femmes sans domicile est associée significativement à quelques facteurs favorisant ou empêchant (Tableaux 12 et 13):

- **la perception d'aides sociales** : les femmes n'ayant reçu aucune prestation sociale dans l'année sont moins dépistées que les autres (PR=1.07 [1.01-1.14]).
- **la consultation d'un médecin** (généraliste, spécialiste ou dentiste) : les femmes n'ayant pas consulté un médecin au cours de l'année soins moins dépistées (PR=1.17 [1.10-1.23]).
- **le suivi gynécologique** : les femmes sans suivi régulier sont moins dépistées (PR=1.25 [1.14-1.36])
- **la réalisation d'une mammographie au cours de la vie** : les femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie sont moins dépistées (PR=1.17 [1.06-1.28])
- **la confiance en un tiers** : les femmes déclarant ne pas s'être confié à un tiers (en dehors du conjoint et des enfants) au cours de l'année sont moins dépistées (PR=1.11 [1.04-1.19])
- **la langue** : les femmes déclarant avoir des difficultés à comprendre, lire, écrire ou parler le français sont moins dépistées (1.16 [1.09-1.24])
- **les difficultés de transport** : les femmes déclarant rencontrer des difficultés à se déplacer en transport en commun sont moins dépistées (1.09 [1.01-1.17])

Les variables non significatives mais dont la p-value étaient inférieures à 0.20 ont été incluses dans le modèle multivarié pas-à-pas descendant (voir plus bas) : le revenu, la couverture maladie, le réseau social, la présence d'un membre de la famille en Île-de-France, le fait d'avoir accouché au moins une fois en France.

Si l'on procède à une analyse multivariée de ce groupe de variables, les résultats obtenus sont similaires à ceux de l'analyse univariée, hormis la perception d'aides sociales au cours de l'année qui n'apparaît plus être associée à l'absence de dépistage (Tableau 12, colonne 2). Par ailleurs, un facteur supplémentaire apparaît être associé et concerne la perception d'aide financière au transport (Tableau 13, colonne 2) : les femmes bénéficiant d'une aide au transport au cours du dernier mois sont un peu moins souvent dépistées (0.93 [0.88-0.99]). Ces 3 variables (revenus, aides sociales et aides au transport) étant très associées les unes aux autres, différents regroupements devront sans doute être plus précisément analysés.

**Tableau 12. Analyse univariée et multivariée des facteurs « classiques » favorisant ou limitant l'absence de dépistage de cancer du col de l'utérus chez les femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Facteurs traditionnels favorisant ou limitant	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	PR	IC 95%	PR	IC 95%
Revenu (par unité de consommation)	p=0.090		p=0.740	
Inférieure à 211€/mois	1.06	[0.99-1.13]	1.01	[0.93-1.10]
Supérieure à 211€/mois	réf.		réf.	
A reçu des prestations sociales en France dans l'année	p=0.027		p=0.352	
Aucune prestation	1.07	[1.01-1.14]	1.04	[0.96-1.12]
Au moins une	réf.		réf.	
Couverture maladie	p=0.080		p=0.309	
SS/CMU + Mutuelle	réf.		réf.	
SS/CMU et CMUc ou AME	1.07	[0.91-1.27]	1.04	[0.87-1.23]
SS/CMU seules	1.04	[0.86-1.26]	0.98	[0.81-1.19]
Aucune	1.13	[0.94-1.36]	1.00	[0.80-1.24]
Manquante	0.89	[0.71-1.11]	0.86	[0.67-1.11]
Consultation d'un médecin dans l'année	p<0.001		p<0.001	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.17	[1.10-1.23]	1.13	[1.06-1.20]
Avoir un suivi gynécologique régulier	p<0.001		p<0.001	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.25	[1.14-1.36]	1.21	[1.10-1.33]
Avoir une contraception	p=0.277		p=0.295	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.04	[0.98-1.11]	1.03	[0.97-1.09]
Avoir déjà réalisé une mammographie	p<0.001		p=0.016	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.17	[1.06-1.28]	1.12	[1.02-1.23]

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 500 répondantes âgées de 25 à 65 ans

**Tableau 13. Analyse univariée et multivariée des facteurs de « vulnérabilité » favorisant ou limitant l'absence de dépistage de cancer du col de l'utérus chez les femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Facteurs de vulnérabilité favorisant ou limitant	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	PR	IC 95%	PR	IC 95%
Contact par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis	p=0.391		p=0.965	
Moins d'un contact tous les 3 jours	1.04	[0.95-1.14]	1.00	[0.92-1.09]
Plus d'un contact tous les 3 jours	réf.		réf.	
Événement sociaux	p=0.061		p=0.508	
Faible ou nul	1.08	[1.00-1.16]	1.03	[0.95-1.10]
Moyen ou élevé	réf.		réf.	
Présence d'un membre de la famille en IDF	p=0.100		p=0.647	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.06	[0.99-1.13]	1.01	[0.95-1.08]
S'être confié à quelqu'un dans l'année	p=0.002		p=0.007	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.11	[1.04-1.19]	1.09	[1.02-1.16]
Difficultés en français	p<0.001		p<0.001	
Oui	1.16	[1.09-1.24]	1.16	[1.09-1.23]
Non	réf.		réf.	
Est propriétaire d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé	p=0.316		p=0.367	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.07	[0.94-1.23]	1.06	[0.94-1.20]
A des difficultés à se déplacer en transport en commun	p=0.023		p=0.008	
Oui	1.09	[1.01-1.17]	1.09	[1.02-1.17]
Non	réf.		réf.	
A bénéficié d'une aide au transport	p=0.542		p=0.030	
Oui	réf.		réf.	
Non	0.98	[0.91-1.05]	0.93	[0.88-0.99]
A quitté la région parisienne durant plus d'une journée au cours de l'année	p=0.241		p=0.392	
Oui	réf.		réf.	
Non	1.05	[0.97-1.13]	1.03	[0.96-1.12]

Avoir au moins 1 accouchement en France	p=0.105	p=0.892
Oui	réf.	réf.
Non	1.05 [0.99-1.12]	1.00 [0.95-1.07]

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 500 répondantes âgées de 25 à 65 ans

### Facteurs en lien avec les besoins en soins

En analyse univariée, l'absence de dépistage chez les femmes sans domicile est associée significativement à un seul facteur relatif à la santé mesurée (Tableau 14) : l'insécurité alimentaire. Les femmes en insécurité alimentaire sont plus dépistées que les autres (0.91 [0.86-0.97]). On retrouve le même résultat dans l'analyse par bloc de variable.

La seule variable non significative mais dont la p-value étaient inférieures à 0.20 (l'état de santé perçu) a été incluse dans le modèle multivarié pas-à-pas descendant (voir plus bas).

**Tableau 14. Analyse univariée et multivariée des facteurs classiques et de vulnérabilité liés aux besoins en soins des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Facteurs liés aux besoins en soins	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	PR	IC 95%	PR	IC 95%
<b>Facteurs classiques</b>				
Problème de santé important	p=0.494		p=0.332	
Oui	0.98	[0.91-1.05]	0.96	[0.89-1.04]
Non	réf.		réf.	
Etat de santé perçu	p=0.194		p=0.173	
Très bon/Bon/Moyen	réf.		réf.	
Mauvais/Très mauvais	1.07	[0.97-1.17]	1.08	[0.97-1.22]
Etat physique perçu	p=0.639		p=0.707	
Très bon/Bon/Moyen	réf.		réf.	
Mauvais/Très mauvais	1.03	[0.92-1.14]	0.98	[0.86-1.11]
Etat psychologique perçu	p=0.482		p=0.710	
Très bon/Bon/Moyen	réf.		réf.	
Mauvais/Très mauvais	1.03	[0.95-1.11]	1.02	[0.94-1.10]
<b>Facteurs de vulnérabilité</b>				
Insécurité alimentaire	p=0.004		p=0.003	
Sécurité	réf.		réf.	
Insécurité	0.91	[0.86-0.97]	0.91	[0.85-0.97]
Dépression	p=0.586		p=0.451	
Oui	1.02	[0.95-1.09]	1.03	[0.96-1.09]
Non	réf.		réf.	

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 500 répondantes âgées de 25 à 65 ans

## Facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus (analyse multivariée)

Globalement, les résultats de l'analyse multivariée par sélection pas-à-pas descendante ou avec l'utilisation du cadre conceptuel du BMHSU sont similaires (Tableau 15).

Les variables retenues communes aux deux modèles qui sont significativement associées à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes sans domicile sont <sup>4</sup> :

- **l'âge** : les femmes âgées de 25 à 29 ans sont moins dépistées que les femmes de 30 à 34 ans (PR=1.08 [1.01-1.16]).
- **le pays de naissance** : les femmes nées dans les pays de l'Union européenne, ou dans les autres pays d'Afrique sont moins dépistées que les femmes nées dans les pays du Maghreb (respectivement PR=1.15 [1.02-1.30], PR=1.15 [1.01-1.30])
- **le niveau d'éducation** : les femmes n'ayant jamais été scolarisées ou ayant un niveau d'éducation égale primaire ou secondaire sont moins dépistées que les femmes ayant un niveau d'éducation de l'enseignement supérieur (respectivement : PR=1.19 [1.07-1.33] ; PR=1.12 [1.01-1.25] ; PR=1.11 [1.02-1.21])
- **la consultation d'un médecin** (généraliste, spécialiste ou dentiste) : les femmes n'ayant pas consulté un médecin au cours de l'année soins moins dépistées (PR=1.09 [1.03-1.15]).
- **le suivi gynécologique** : les femmes sans suivi régulier sont moins dépistées (PR=1.21 [1.12-1.31])
- **la réalisation d'une mammographie au cours de la vie** : les femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie sont moins dépistées (PR=1.09 [1.01-1.18])
- **la langue** : les femmes déclarant avoir des difficultés à comprendre, lire, écrire ou parler le français sont moins dépistées (1.11 [1.04-1.19])
- **l'insécurité alimentaire** : les femmes en insécurité alimentaire sont plus dépistées que les autres (0.92 [0.87-0.97]).

---

<sup>4</sup> Les estimations des rapports de prévalence et leurs intervalles de confiance sont assez similaires entre les deux modèles. Par souci de simplicité, seuls les rapports de prévalence de la régression pas-à-pas seront présentés pour les variables significatives communes aux deux modèles.

Les variables retenues seulement dans le modèle pas-à-pas sont :

- **la vie de couple** : les femmes ne vivant pas en couple sont plus dépistées que les femmes vivant en couple et physiquement avec le conjoint (PR=0.93 [0.87-0.99]).
- **la présence d'un membre de la famille en Ile-de-France** : les femmes sans membres de leur famille en Île-de-France sont moins dépistées que les autres (PR=1.06 [1.01-1.12]).
- **l'accouchement en France** : les femmes n'ayant jamais accouché en France sont moins dépistées que les autres (PR=1.10 [1.03-1.16]).

Les variables retenues seulement à l'issue de la sélection multivariée par bloc préalable selon le BMHSU sont :

- **la durée du sans-logement** : les femmes sans logement depuis moins de 2 ans sont moins dépistées que celles qui sont sans logement depuis plus de 2 ans (PR=1.07 [1.01-1.14]).
- **la confiance en un tiers** : les femmes déclarant ne pas s'être confiée à un tiers (en dehors du conjoint et des enfants) au cours de l'année sont moins dépistées (PR=1.07 [1.01-1.14]).
- **la difficulté à se déplacer en transport en commun** (et l'aide au transport mais la variable est non significative) : les femmes déclarant rencontrer à se déplacer en transport en commun sont moins dépistées (1.06 [1.01-1.12]).

**Tableau 15. Analyse multivariée des facteurs classiques et de vulnérabilité liés aux besoins en soins des femmes sans logement personnel, en Île-de-France, en 2013.**

Variables	Analyse multivariée pas-à-pas		Analyse multivariée après sélection par bloc du BMHSU	
	PR	IC 95%	PR	IC 95%
<b>Facteurs prédisposant traditionnels</b>				
Âge	p=0.135		p=0.147	
25-29	1.08	[1.01-1.16]	1.07	[1.00-1.15]
30-34	réf.			
35-44	1.04	[0.96-1.12]	1.04	[0.97-1.12]
+45	0.99	[0.88-1.11]	0.97	[0.86-1.1]
Région de naissance	p< 0.001		p=0.011	
Union Européenne	1.15	[1.02-1.30]	1.12	[0.98-1.27]
Autre Europe + CEI	0.91	[0.80-1.04]	0.96	[0.84-1.09]
Afrique sub-saharienne	1.07	[0.96-1.20]	1.05	[0.94-1.18]
Maghreb	réf.		réf.	
Autre Afrique	1.15	[1.01-1.30]	1.10	[0.98-1.24]
Autres	0.96	[0.83-1.12]	0.98	[0.83-1.14]
Niveau d'éducation	p=0.014		p=0.008	
Jamais scolarisé	1.19	[1.07-1.33]	1.18	[1.06-1.31]
Enseignement primaire	1.12	[1.01-1.25]	1.15	[1.04-1.28]
Enseignement secondaire	1.11	[1.02-1.21]	1.12	[1.04-1.22]
Enseignement supérieur	réf.		réf.	
Vie couple	p=0.021			
Est en couple et avec	réf.			
Est en couple et ne vit pas avec	1.04	[0.96-1.12]		
N'est pas en couple	0.93	[0.87-0.99]		
<b>Facteurs prédisposant de vulnérabilité</b>				
Durée sans-logement			p=0.018	
Depuis moins de 2 ans			1.07	[1.01-1.14]
Depuis plus de 2 ans			réf.	

Facteurs classiques favorisant ou limitant		
Consultation d'un médecin dans l'année	p=0.004	p=0.009
Oui	réf.	réf.
Non	1.09 [1.03-1.15]	1.08 [1.02-1.14]
Avoir un suivi gynécologique régulier	p<0.001	p<0.001
Oui	réf.	réf.
Non	1.21 [1.12-1.31]	1.17 [1.08-1.27]
Mammographie	p=0.039	p=0.025
Oui	réf.	réf.
Non	1.09 [1.01-1.18]	1.09 [1.01-1.18]
Facteurs de vulnérabilité favorisant ou limitant		
Présence d'un membre de la famille en Île de France	p=0.039	
Oui	réf.	
Non	1.06 [1.01-1.12]	
S'être confié à quelqu'un dans l'année		p=0.021
Oui		réf.
Non		1.07 [1.01-1.14]
Difficultés en français	p = 0.001	p<0.001
Oui	1.11 [1.04-1.19]	1.13 [1.05-1.21]
Non	réf.	réf.
Difficultés à se déplacer en transport en commun		p=0.039
Oui		1.06 [1.01-1.12]
Non		réf.
A bénéficié d'une aide au transport		p=0.085
Oui		réf.
Non		0.95 [0.90-1.01]
Avoir au moins 1 accouchement en France	p=0.002	
Oui	réf.	
Non	1.10 [1.03-1.16]	
Facteurs de vulnérabilité liés aux besoins de soins		
Insécurité alimentaire	p=0.004	p=0.043
Sécurité	réf.	réf.
Insécurité	0.92 [0.87-0.97]	0.94 [0.88-0.99]

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 500 répondantes âgées de 25 à 65 ans

## Discussion

### Taux de couverture du dépistage des cancers féminins chez les femmes sans domicile

Plus de 8 femmes majeures sans domicile sur 10 (80.5% [76.9 ; 84.1]) n'ont jamais réalisé de mammographie. Chez les femmes âgées de 50-74 ans, la population cible des recommandations de dépistage du cancer du sein, 28.1% [0 ; 56.9] des femmes n'ont jamais été dépistées. Concernant le frottis, 57.3% [53.2 ; 61.3] des femmes majeures sans domicile n'ont jamais réalisé et cette proportion est semblable dans la classe d'âge cible du dépistage (25-65 ans).

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Île-de-France, a exploité les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2008-2010 menée auprès de 2 661 femmes en Île-de-France (Beltzer 2014). Cette étude montre que chez les femmes, dans la tranche d'âge concernée par le dépistage du cancer du sein (50-74), seules 4% des femmes n'ont jamais réalisé de mammographie en Île-de-France (et 7% France entière). Par ailleurs, dans la tranche d'âge des 18-49 ans, 60% des femmes d'Île-de-France n'auraient jamais réalisé de mammographie. Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 5 à 9% des 25-65ans ont déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis.

L'enquête Santé, Inégalités et Ruptures Sociales (SIRS), menée en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de la population générale de l'agglomération parisienne (dont plus de 1 800 femmes), indique que 35% des femmes n'ont jamais réalisé de mammographie et qu'à partir de 50 ans cette proportion approche les 7% (Rondet et al. 2014).

Les résultats avec notre étude sont difficilement comparables étant donné la différence de structure d'âge. En effet, les femmes de l'enquête ESPS et l'enquête SIRS sont âgées en moyenne de 47 ans contre 32 ans environ pour les femmes de l'étude ENFAMS. Cette différence d'âge est à prendre en considération dans la comparaison des proportions de femmes dépistées.

L'enquête « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France » menée par Médecin du Monde, en 2013, auprès de 203 femmes accueillies dans les Centres d'accueil de Soins et d'orientations (CASO), met en évidence de faibles taux de couverture des dépistages des cancers féminins (Médecins du Monde 2013). Seules 30,2% des femmes âgées de 50 à 74 ans ont déjà réalisé une mammographie et 33,1% des femmes âgées de 25 à 65 ans, ont déclaré avoir réalisé un frottis au cours de leur vie. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude ENFAMS, indiquant des taux de dépistage faibles chez des femmes ayant des caractéristiques proches de celles faisant partie de l'étude de Médecins du Monde (femmes précaires âgées en moyenne de 35 ans).

## Profil des femmes n'ayant jamais réalisé une mammographie ou de frottis

Le profil des femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie ou de frottis est globalement semblable. Ces premières analyses montrent l'importance du suivi médical dans la réalisation du frottis ou de la mammographie ainsi que la relation entre ces deux dépistages et la réalisation de l'un est associé à la réalisation de l'autre examen de dépistage.

Par ailleurs, il semble que l'absence de mammographie chez ces femmes sans domicile soit liée à l'état de santé et aux événements difficiles de vie (excision et violence sexuelles) et caractéristiques qu'on ne retrouve pas dans l'absence de frottis. La modestie des effectifs des femmes de plus de 50 ans dans l'enquête ENFAMS empêche d'aller plus loin dans les analyses. Des études complémentaires au près d'un plus grand nombre de femmes sans logement spécifiquement âgées de plus de 50 ans seraient nécessaires afin de pouvoir identifier les facteurs associées à l'absence de dépistage chez ces femmes.

## Barrières à la réalisation du frottis du col de l'utérus

Les résultats du modèle multivarié entre le modèle à sélection pas à pas descendante et celui avec le *Behavioral Model of Health Service Use* diffèrent peu. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus est associée à de nombreuses caractéristiques. On retrouve principalement et dans les deux modèles, les variables socio-démographiques (pays de naissance, niveau d'éducation), les variables liées au suivi médical (consultation d'un médecin dans l'année, suivi gynécologique régulier, avoir déjà réalisé une mammographie) et certaines variables concernant les liens sociaux.

L'étude de la littérature sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en population générale indique que l'absence de dépistage est principalement associée au niveau d'éducation, à la situation professionnelle, au statut matrimonial, aux revenus du ménage, à la couverture maladie, au suivi médical et à l'accès aux soins (Jepson et al. 2000; Duport et al. 2008b).

Chez les femmes sans logement, la littérature est assez éparse et principalement nord-américaine (Weinreb et al. 1998, 2002; Chau et al. 2002; Lewis et al. 2003; Bharel et al. 2009). Les études interrogeant cette question indiquent qu'il existe de nombreuses barrières à la réalisation du frottis telles que la langue, les moyens de transport, le coût, le déni des besoins en soins et la compétitivité des « besoins primaires » (logement, alimentation, santé) et en plus des facteurs identifiés en population générale.

La plupart des facteurs associés à l'absence de frottis en population générale renseignés par la littérature ont été retrouvés dans cette étude. En revanche certains facteurs comme le niveau de revenus, le statut matrimonial, la couverture maladie, ne sont pas apparus associés à l'absence de frottis dans notre étude. On peut penser que l'absence d'association est liée à l'homogénéité de

certaines caractéristiques des femmes sans logement interrogées dans notre étude. En effet la majorité ne peut travailler et donc les revenus sont très faibles pour la majorité d'entre elles. Elles sont toutes hébergées et ont toutes des enfants. A l'inverse, on aurait pu penser qu'un revenu inférieur à 211 euros par unité de consommation (les plus pauvres des pauvres) constituerait une véritable barrière à la réalisation du frottis mais cela n'est pas le cas.

Ainsi, une comparaison analytique entre les différences d'association à l'absence de dépistage entre la population générale et ces femmes sans domicile paraît nécessaire. Nous envisageons d'ailleurs de poursuivre cette étude en réalisant cette comparaison à l'aide des données de la cohorte SIRS qui a interrogé la population générale francilienne (même zone géographique) en 2010.

### **Extrapolation des résultats à l'ensemble des femmes sans domicile**

L'extrapolation des résultats de cette étude à l'ensemble des femmes sans domicile ne semble pas pertinente. Les femmes sans-abri (c'est-à-dire dormant à la rue ou dans un lieu non prévu pour l'habitation - et les femmes hébergées mais n'ayant pas d'enfant ne font pas partie du champ d'enquête.

On peut aisément penser que l'absence de dépistage est plus importante chez les femmes sans-abri ou chez elles n'ayant pas d'enfants. Les femmes isolées à la rue rencontrent certainement encore davantage de barrières au recours aux soins par rapport aux femmes hébergées. Quant aux femmes n'ayant pas d'enfants, elles ont sans doute moins d'opportunités d'avoir déjà eu un frottis au cours de leur vie. En effet, d'une façon générale, la grossesse constitue l'occasion d'un suivi gynécologique et, spécifiquement, de la réalisation d'un frottis (selon les recommandations sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes de la HAS, si la patiente n'a pas été dépistée (ou qu'elle l'a été mais depuis plus de 3 ans, il est recommandé qu'elle réalise un frottis (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

## Conclusion et perspectives

Ce travail constitue une première étude sur les comportements de dépistage chez les femmes sans domicile. Il a permis de mettre en évidence que respectivement 30% et 60% des femmes sans logement en âge d'être dépistées n'ont jamais réalisée de mammographie et de frottis. Cette étude a montré l'existence de nombreux facteurs associés à l'absence de frottis chez les femmes âgées de 25 à 65ans.

Ce document a présenté les limites de ce travail et propose dans ce qui suit, des perspectives d'amélioration méthodologique et d'études complémentaire à réaliser afin d'avoir une connaissance plus complète des comportements de dépistage chez les femmes sans domicile.

Concernant la modélisation, l'utilisation du cadre conceptuel Behavioral Model of Health Service Use permet une approche thématique des facteurs associés. A ce stade il n'y a pas d'autre intérêt par rapport à la sélection pas-à-pas descendante. Il est envisagé d'ajouter à l'utilisation du cadre conceptuel une approche avec une modélisation d'équations structurelles (Tomarken and Waller 2005), tel qu'il a été réalisé dans une étude sur le recours aux soins des femmes sans logement à Los Angeles (Stein et al. 2007). Cette approche permettra de quantifier des relations de cause à effet décrites par un modèle théorique, et d'établir des liens entre deux ou plus concepts latents, chacun étant mesuré à partir d'indicateurs observables.

L'absence de certains facteurs associés à la non-participation au dépistage classiquement retrouvés dans la littérature, dû certainement à l'hétérogénéité de certaines caractéristiques des femmes dans cette étude, fait émerger la nécessité d'une étude comparative analytique entre les différences d'association à l'absence de dépistage entre la population générale et ces femmes sans domicile.

Enfin, des études sur le contexte de réalisation des examens de dépistages (organisé, individuel, motif de réalisation dans le cadre d'un dépistage individuel, lieu de réalisation), ainsi que sur le suivi des résultats anormaux sont nécessaires afin de pouvoir agir sur chaque étape dans le parcours de dépistage.

## Recommandations

Les femmes sans domicile restent insuffisamment repérées, informées, sollicitées et accompagnées dans la réalisation des dépistages des cancers féminins. Dans cette population globalement défavorisée, les non francophones, les plus pauvres, les moins mobiles et les plus isolées sont particulièrement à risque d'être exclues de ces dépistages médicalisés.

### Améliorer l'information

Les retours de terrain ainsi que les faibles taux de participation aux dépistages féminins constatés indiquent que, outre les barrières rencontrées dans l'accès aux dépistages, le manque d'information au sujet de la prévention est criant chez ces femmes. Certaines femmes interrogées ignoraient totalement l'existence de ces pratiques de dépistages et d'autres qui pourtant avait réalisé un frottis du col de l'utérus ou une mammographie, ne connaissaient pas le but de ces deux examens.

Améliorer leur information pourrait passer par 3 stratégies : 1) une déclinaison des campagnes d'information grand public à destination des femmes non francophones, que ce soit dans l'espace public ou dans le lieux d'hébergement ; 2) une information par l'intermédiaire des services sociaux qui les prennent en charge et/ou avec lesquels ces femmes sont susceptibles d'être en contact (au moins de façon itérative) ; 3) une information systématique lors de leurs contacts avec les professionnels de santé (notamment de premier recours et en particulier les services de santé materno-infantiles). Les contacts que ces femmes ont avec le système de soins, que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, ne devraient plus constituer des occasions manquées d'information, de prescription et/ou de réalisation des ces dépistages.

Lors des consultations gynécologiques (chez un médecin généraliste, chez un gynécologues ou en centre de santé etcí ), il est important que les professionnels de santé informent également ces femmes sur le but des examens qui sont réalisés. Le suivi de grossesse et l'accouchement sont également des occasions d'information qu'il ne faut pas manquer chez ces femmes jeunes.

### Améliorer l'accès aux dépistages

L'accès effectif aux dépistages s'inscrit dans une démarche générale de fréquentation des services de santé. Elle reste à ce titre conditionné (subjectivement ou objectivement) par le bénéfice effectif d'une couverture maladie, par une adresse stable (notamment pour recevoir les propositions de dépistage organisé) et par la connaissance des modalités de prescription, de réalisation et de prise en charge financière des frottis. Pour les populations les plus à distance du système de soins et dont les connaissances en santé sont les plus faibles, l'accès à ces dépistages est facilité par l'inscription dans

une démarche de soins primaires (avoir un médecin régulier ou un médecin de famille pour soi-même) et de suivi gynécologique régulier.

De la même façon que ces femmes réussissent, dans une proportion remarquablement élevée, à assurer la scolarisation de leurs enfants malgré leurs difficultés (dans un contexte, certes, où l'obligation scolaire s'impose aux institutions publiques), il faudrait trouver les moyens de proposer et de garantir à ces femmes un suivi gynécologique régulier en mobilisant dans leur territoire les acteurs de santé primaire qui s'y trouvent (médecine libérale, PASS hospitalières, centres de santé, etc.). Pour ces services, la diversité des origines et les obstacles linguistiques soulignent l'importance de disposer d'outils d'information en langues étrangères, de traducteurs et/ou de médiateurs culturels.

### **Améliorer le suivi des résultats anormaux**

Afin de réduire l'incidence et la mortalité des cancers au sein de ces femmes, outre l'amélioration à l'accès au dépistage, il est nécessaire ensuite d'améliorer le suivi des résultats des examens de dépistage. Pour cela, il est indispensable d'indiquer aux femmes les modalités de suivi et les personnes auxquelles elles peuvent s'adresser pour obtenir leur résultat.

## Références bibliographiques

- Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995 Mar;36(1):1610.
- Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2012 Nov;12(11):859-670.
- Beltzer N. Le recours aux soins des femmes en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête ESPS 2008-2010. 2014 p. 120.
- Bharel M, Casey C, Wittenberg E. Disparities in cancer screening: acceptance of Pap smears among homeless women. *J Womens Health* 2002. 2009 Dec;18(12):2011-66.
- Binfer-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 : Tumeurs solides. *Inst Veille Sanit.* 2013;122.
- Cardin VA, Grimes RM, Jiang ZD, Pomeroy N, Harrell L, Cano P. Low-income minority women at risk for cervical cancer: a process to improve adherence to follow-up recommendations. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2001 Dec;116(6):608-616.
- Chau S, Chin M, Chang J, Luecha A, Cheng E, Schlesinger J, et al. Cancer Risk Behaviors and Screening Rates Among Homeless Adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 May 1;11(5):431-68.
- Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS [Internet]. 2009 p. 105. Available from: [http://hal-ens.archives-ouvertes.fr/docs/00/41/59/71/PDF/Chauvin\\_Parizot\\_DIV\\_Onzus\\_2009.pdf](http://hal-ens.archives-ouvertes.fr/docs/00/41/59/71/PDF/Chauvin_Parizot_DIV_Onzus_2009.pdf)
- Coker AL, Bond SM, Pirisi LA. Life stressors are an important reason for women discontinuing follow-up care for cervical neoplasia. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol.* 2006 Feb;15(2):321-65.
- Duport N. Characteristics of women using organized or opportunistic breast cancer screening in France. Analysis of the 2006 French Health, Health Care and Insurance Survey. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 2012 Dec;60(6):421-630.
- Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP.* 2008 a Jun;17(3):218-624.
- Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 2008 b Oct;56(5):303-613.
- Engelstad LP, Stewart SL, Nguyen BH, Bedeian KL, Rubin MM, Pasick RJ, et al. Abnormal Pap Smear Follow-Up in a High-Risk Population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2001 Oct 1;10(10):1015-620.
- Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Determinants of regular source of care among homeless adults in Los Angeles. *Med Care.* 1997 Aug;35(8):814-630.

- Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res.* 2000 Feb;34(6):1273-302.
- Gelberg L, Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health.* 1997 Feb;87(2):217-220.
- 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 a Apr;54(3-4):259-665.
- 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 b Apr;54(3-4):259-665.
- Guyavarch E, Garcin E. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles. *Inf Soc.* 2014 Apr 1;182(2):142-69.
- Guyavarch E, Le Méner E. A Paris, de plus en plus de familles sans domicile. *Mag Feansea.* 2010;(Automne):19-21.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Synthèse des recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2007. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_orientation\\_femmes\\_enceintes\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS). État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Argumentaire [Internet]. HAS; 2010 juillet. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS). La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspectives d'évolution. Synthèse et recommandations [Internet]. 2011 Nov. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/synthese\\_et\\_recommandations\\_participation\\_depistage\\_cancer\\_du\\_sein.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/synthese_et_recommandations_participation_depistage_cancer_du_sein.pdf)
- Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to Improve the Health of the Homeless: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2005 Nov;29(4):311-311.e75.
- Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2000;4(14):i-ivii, 1-133.
- Karliner LS, Ma L, Hofmann M, Kerlikowske K. Language barriers, location of care, and delays in follow-up of abnormal mammograms. *Med Care.* 2012 Feb;50(2):171-68.
- Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA J Am Med Assoc.* 2001 Jan 10;285(2):200-66.
- Laporte A, Carpentier S, Brunet L, Pourette D, Guillon B. Féminité, Accès aux soins, Maternité et Risques vécus par les femmes en grande précarité. [Internet]. Observatoire du Samu Social; 2005 Juin. Available from: <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Rapgy1005w.pdf>

- Laporte A., Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel de France (Samentz [Internet]. Observatoire du Samu Social, Inserm; 2010. Available from: <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf>
- Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L. Health care for homeless women. *J Gen Intern Med.* 2003 Nov;18(11):921-6.
- Médecins du Monde. Enquête «Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France.» Médecins du monde; 2013 Mar.
- Méner EL, Guyavarch E. Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à découvrir. *Polit Soc Fam.* 2014;115(1):80-6.
- Quinlivan JA, Petersen RW, Davy M, Evans SF. Abnormal pap smears in teenage mothers and the association with domestic violence, homelessness, and Chlamydia. *J Low Genit Tract Dis.* 2004 Apr;8(2):112-7.
- Riley ED, Weiser SD, Sorensen JL, Dilworth S, Cohen J, Neilands TB. Housing Patterns and Correlates of Homelessness Differ by Gender among Individuals Using San Francisco Free Food Programs. *J Urban Health.* 2007 Jan 30;84(3):415-22.
- Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PloS One.* 2014;9(1):e87046.
- Stein JA, Andersen R, Gelberg L. Applying the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations to health services utilization in homeless women. *J Health Psychol.* 2007 Sep;12(5):791-804.
- Teruya C, Longshore D, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B, et al. Health and health care disparities among homeless women. *Women Health.* 2010 Dec;50(8):719-36.
- Tomarken AJ, Waller NG. Structural Equation Modeling: Strengths, Limitations, and Misconceptions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1(1):31-65.
- Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of 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 a Sep;16(5):838-52.
- Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of 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 b Sep;16(5):838-52.
- Vostanis P, Grattan E, Cumella S. Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. *BMJ.* 1998 Mar 21;316(7135):899-902.
- Weinreb L, Goldberg R, Lessard D. Pap smear testing among homeless and very low-income housed mothers. *J Health Care Poor Underserved.* 2002 May;13(2):141-50.
- Weinreb L, Goldberg R, Perloff J. Health characteristics and medical service use patterns of sheltered homeless and low-income housed mothers. *J Gen Intern Med.* 1998 Jun;13(6):389-97.

Wenzel SL, Andersen RM, Gifford DS, Gelberg L. Homeless women's gynecological symptoms and use of medical care. *J Health Care Poor Underserved*. 2001 Aug;12(3):323-41.

Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol*. 2004 Apr 1;159(7):702-6.

## Table des figures et tableaux

Figure 1. Pyramide des âges des usagers du 115 de Paris en 1999.....	5
Figure 2. Pyramide des âges des usagers du 115 de Paris en 2011.....	5
Figure 3 - Le "Behavioral Model for Vulnerable Populations" .....	12
Figure 4. Distribution du délai de la dernière mammographie chez les femmes sans domicile personnel, en Île-de-France, en 2013 (N=1910   n=135) .....	13
Figure 5. Distribution du délai du dernier frottis réalisé chez les femmes sans domicile personnel, en Île-de-France, en 2013 .....	14
Tableau 1. Description des caractéristiques sociodémographiques. ....	8
Tableau 2. Situations avant d'être sans domicile. ....	9
Tableau 3. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes sans logement.....	15
Tableau 4. L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à l'hébergement des femmes sans logement.....	17
Tableau 5 - L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins des femmes sans logement.....	18
Tableau 6 - L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à la santé des femmes sans logement. ....	19
Tableau 7 - L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à la santé des femmes sans logement. ....	20
Tableau 8 - L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives au réseau social des femmes sans logement. ....	21
Tableau 9 - L'absence de réalisation de mammographie ou de frottis selon les caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne des femmes sans logement. ....	22



## Annexe 1. Le projet ENFAMS

Outre le Cancéropole Ile-de-France, le projet ENFAMS a bénéficié du soutien financier des institutions suivantes : l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la Fondation de France, la Fondation Macif, la Fondation Sanofi Espoir, la Fondation State Street, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), l'Institut de veille sanitaire (InVS), le Ministère de l'Intérieur, l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) et l'entreprise Procter et Gamble. Il a également bénéficié de l'appui institutionnel initial de l'Unicef France.

La direction scientifique du projet est assurée par Emmanuelle Guyavarch (démographe, Observatoire du Samusocial de Paris), Erwan Le Méner (sociologue, Observatoire du Samusocial de Paris) et Stéphanie Vandentorren (médecin épidémiologiste, Observatoire du Samusocial de Paris, InVS et ERES/IPLESP).

Le projet a été conduit avec la participation d'un Conseil scientifique réunissant Katia Castetbon (Université Paris 13), Hélène Charreire (Université Paris Ouest Nanterre La Défense), Pierre Chauvin (INSERM), Pascale Dietrich (INED), Séverine Euillet (Université Paris Ouest Nanterre La Défense), Bruno Falissard (Université Paris Sud), Isabelle Frechon (INED), Anne Laporte (ARS Ile-de-France) Amandine Lebugle (INED), Yann Le Strat (InVS), Maryse Marpsat (INED), Maria Melchior (INSERM).

Le rapport final de l'ensemble du projet est disponible à [http://observatoire.samusocial-75.fr/images/ENFAMS\\_rapport\\_final.pdf](http://observatoire.samusocial-75.fr/images/ENFAMS_rapport_final.pdf)

## Annexe 2. Définitions des variables dépendantes

Age (4 catégories) : âge de l'enquêtée au moment de l'enquête.

Région de naissance : regroupé par grandes régions du monde (voir Annexe 3.)

Niveau d'éducation : (4 catégories), jamais scolarisé, enseignement primaire (maternelle jusqu'au cours élémentaire 2), enseignement secondaire (de la 6<sup>ème</sup> à la Terminale), enseignement supérieur (au-delà du lycée).

Statut administratif : (3 catégories), « Français » : a la nationalité française, « Régularisé » : titre de séjour valable, et « En voie de régularisation » : sans titre de séjour valable

Difficultés en français : (oui/non) a déclaré avoir au moins (ou ne pas avoir) une difficulté à comprendre, lire, écrire ou parler le français.

Situation professionnelle : (3 catégories), « Actifs occupés » regroupe les personnes ayant déclaré avoir un travail, « Chômeurs » regroupe les personnes sans emplois, et « Inactifs » regroupe les retraités, les étudiants et stagiaires, les personnes en formations professionnelles ou en congé maternité ou parental.

Revenu par unité de consommation : (2 catégories) inférieur ou supérieur au revenu médian par unité de consommation calculé à partir du revenu mensuel total déclaré par les personnes ayant participé à l'enquête (211 euros).

Définition de l'INSEE : « Le revenu fiscal médian est le revenu qui divise la population en deux parties : la moitié de la population a un revenu fiscal inférieur au revenu fiscal médian et la moitié un revenu supérieur. Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans ».

Prestations sociales en France dans l'année : (2 catégories) « aucune » regroupe les personnes (enquêtées et conjoints) ayant déclaré de pas avoir reçu d'aides sociales en France, « au moins une prestation sociale » regroupe les personnes ayant déclaré avoir reçu au moins le RMI, RSA, ou RMA, l'allocation chômage, l'allocation parent isolé (API), l'allocation adulte handicapé (AAH) ou COTOREP, Aide au logement (APL), des allocations familiales, un complément familial, dispositif Paje de la CAF, une pension alimentaire ou de veuvage.

Durée sans-logement : (2 catégories) « depuis moins de 24 mois », « depuis plus de 24 mois », durée calculée à partir de la date où l'enquêtée a déclaré avoir été pour la première fois sans-logement et la date où elle a été enquêtée.

Nombre moyen de déménagement par an : (2 catégories) : « moins de 4 déménagement par an », « plus de 4 déménagements par an », calculé en effectuant le rapport du nombre total de déménagements déclarés depuis que l'enquêtée est sans logement sur le nombre d'années passées sans logement.

Type de lieu d'hébergement : (4 catégories), « hôtel social », « Centre d'hébergement d'urgence », « Centre d'accueil de demandeurs d'asile », et « Centre d'hébergement et de réinsertion sociale », regroupe les personnes par leur structure d'hébergement au moment de l'enquête.

Couverture maladie : (4 catégories), « SS ou CMU et Mutuelle » regroupe les personnes bénéficiant de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle, et d'une mutuelle, « SS ou CMU et CMUc ou AME » regroupe les personnes bénéficiant de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle et de la couverture maladie universelle complémentaire ou celles bénéficiant de l'Aide médicale de l'Etat, « SS ou CMU seules » regroupe les personnes bénéficiant de de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle sans couverture complémentaire, et « Aucune » pour les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture maladie.

Consulter un médecin dans l'année (oui/non) : avoir déclaré avoir consulté ou non un dentiste, un médecin généraliste ou spécialiste au cours des douze derniers mois.

Suivi gynécologique régulier (oui/non) : avoir déclaré être régulièrement suivie pour des questions de gynécologie.

Avoir déjà réalisé un frottis (oui/non) : avoir déclaré avoir déjà réalisé un frottis du col de l'utérus.

Avoir déjà réalisé une mammographie (oui/non) : avoir déclaré avoir déjà réalisé une mammographie de dépistage.

Accouchement en France (2 catégories) : « Au moins un », regroupe les personnes qui ont au moins un enfant né en France, « Aucun » regroupe celles n'ayant aucun enfant né en France.

Problème de santé important déclaré (oui/non) : avoir déclaré ou non avoir un ou plusieurs problèmes de santé important gênant dans la vie quotidienne.

Etat de santé perçu : (2 catégories), « Très bon/Bon/Moyen », « Mauvais/Très Mauvais » regroupe les personnes selon leur description de leur état de santé général (Très bon, Bon, Moyen, Mauvais, Très Mauvais).

Etat physique perçu : (2 catégories), « Très bon/Bon/Moyen », « Mauvais/Très Mauvais » regroupe les personnes selon leur description de leur état de santé physique (Très bon, Bon, Moyen, Mauvais, Très Mauvais).

Etat psychologique perçu : (2 catégories), « Très bon/Bon/Moyen », « Mauvais/Très Mauvais » regroupe les personnes selon leur description de leur état de santé physique (Très bon, Bon, Moyen, Mauvais, Très Mauvais).

Dépression (oui/non) : seuil calculé à partir des réponses aux questions concernant le CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Insécurité alimentaire : (2 catégories), calculée à partir du questionnaire de la *United-States Household Food Security Survey*. Compris entre 0 et 18, un score a permis de créer une variable à 4 catégories (sécurité alimentaire, insécurité alimentaire légère, insécurité alimentaire modérée et insécurité alimentaire sévère).

Excision : (oui/non) : avoir déclaré ou non être excisée.

Victime de violence physique ou sexuelle : (oui/non) avoir déclaré avoir été violée ou agressée sexuellement.

Tabagisme : (oui/non) avoir déclaré ou non être fumeur.

Consommation excessive d'alcool au cours de la vie : (oui/non) l'enquêtée a déclaré ou non qu'il y a une période de sa vie où elle consommait trop de boissons alcoolisées.

Vie en couple : (3 catégories) « Ne vit pas en couple » regroupe les personnes sans conjoint, « Vit en couple et ne vit pas avec » regroupe les personnes ne vivant pas avec leur conjoint, et « Vit en couple et vit avec » regroupe les personnes vivant avec leur conjoint.

Nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée : (2 catégories) « 2 enfants ou moins » regroupe les femmes ayant déclaré vivre avec deux enfants ou moins, « au moins 3 enfants » regroupe les femmes ayant déclaré vivre avec trois enfants ou plus.

Contact par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis : (2 catégories) variable construite à partir d'une question se déclinant à plusieurs entités (père, mère, personne ayant joué un rôle de parents dans l'enfance, frère/sœur, autres membres) sur le rythme de communication avec

celles-ci (« chaque jour », « une ou plusieurs fois par semaine », « plusieurs fois par mois », « une fois par mois », « au moins une fois par an, jamais »). « Pas de contact pendant 3 jours » regroupe les femmes n'ayant aucun contact avec sa famille ou ses amis pendant 3 jours. « Contact » regroupe les femmes ayant au moins un contact en 3 jours.

Présence de membres de la famille en IDF : (oui/non) avoir au moins un membre de la famille (en dehors du ménage) résidant en Île-de-France.

Se être confié à au moins une personne dans l'année : (oui/non) avoir déclaré se être confié à au moins une personne en dehors du conjoint et des enfants au cours des 12 derniers mois.

Événements sociaux : (2 catégories) variables créée à partir de trois questions sur le nombre de fois où l'enquêtée a rencontré ses amis en dehors du logement, a reçu des visites d'amis ou de membres de la famille, et a été invité par des amis ou de la famille à une fête ou une cérémonie familiale. « Inexistants ou rares » regroupe les personnes ayant été jamais ou une fois invité à un des 3 événements si dessous.

Est propriétaire d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé : (oui/non) déclare être (elle-même ou le conjoint) être propriétaire d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé.

A quitté la région parisienne durant plus d'une journée dans l'année : (oui/non)

A bénéficié d'une aide au transport : (oui/non) a déclaré ou non avoir bénéficié d'une aide au transport au cours du derniers mois sous la forme de carnet de tickets, ou sous la forme d'une prise en charge partielle (ou totale) de l'abonnement.

A des difficultés à se déplacer en transport en commun : (oui/non)

### Annexe 3. Liste des pays cités dans l'enquête, par zone :

- Afrique Subsaharienne : Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun ; Comores ; Congo (Brazzaville) - Ex Zaïre ; Côte d'Ivoire Gabon ; Guinée Conakry ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; République centrafricaine ; Sénégal ; Togo.
- Maghreb : Algérie ; Maroc ; Tunisie.
- Autre Afrique : Afrique du Sud ; Angola ; Burundi ; Cap Vert ; Ethiopie ; Gambie ; Ghana ; Guinée Bissau ; Guinée Equatoriale ; Kenya ; Libéria ; Libye ; Madagascar ; Namibie ; Nigeria ; Ouganda ; République démocratique du Congo (Kinshasa) ; Rwanda ; Sahara Occidental ; Sao Tome ; Sierra Leone ; Somalie ; Soudan ; Tchad ; Zanzibar ; Proche et Moyen Orient.
- Arabie Saoudite : Bahreïn ; Egypte ; Emirats Arabes Unis ; Iran ; Jordanie ; Liban ; Syrie ; Turquie.
- Communauté des Etats Indépendants (CEI) : Abkhazie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Biélorussie ; Daghestan (fédération de Russie) ; Géorgie ; Ingouchie (fédération de Russie) ; Kabardino Balkarie (fédération de Russie) ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Russie ; Tchétchénie (fédération de Russie) ; Transnistrie (Ukraine) ; Turkménistan ; Ukraine.
- Union Européenne (UE) : Allemagne ; Angleterre ; Autriche ; Belgique ; Bulgarie ; Danemark ; Espagne ; Finlande ; France ; Grèce ; Guadeloupe ; Guyane française ; Hongrie ; Ile Maurice ; Irlande ; Italie ; Lituanie ; Martinique ; Mayotte ; Norvège ; Pays Bas ; Pologne ; Portugal ; Roumanie ; Slovaquie ; Suède.
- Autre Europe : Albanie ; Kosovo ; Moldavie ; Serbie ; Suisse ; Asie ; Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Chine ; Inde ; Japon ; Malaisie ; Mongolie ; Népal ; Pakistan ; Philippines ; République de Corée (Corée du Sud) ; Sri Lanka ; Thaïlande ; Amérique et Océanie ; Colombie ; Equateur ; Etats Unis ; Guyana ; Haïti ; Mexique.