

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/256-les-femmes-en-situation-de-handicap-vivant-en-institution-ont-elles-un-meilleur-acces-au-depistage-des-cancers-feminins.pdf>

Les femmes en situation de handicap vivant en institution ont-elles un meilleur accès au dépistage des cancers féminins ?

Anne Penneau et Sylvain Pichetti (Irdes)

De nombreuses barrières physiques et psychiques réduisent l'accès à la prévention des cancers féminins pour les femmes en situation de handicap. Pourtant, les institutions qui accueillent certaines de ces femmes sont susceptibles de développer une politique de prévention qui réduit ces difficultés d'accès. Nous questionnons l'effet facilitateur des établissements sociaux et médico-sociaux pour accéder aux dépistages des cancers féminins pour les femmes âgées de 25 à 75 ans déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne. Afin de mesurer les différences de recours aux dépistages des cancers féminins des femmes vivant en institution, leur accès à la prévention est comparé à celui des femmes déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne et résidant à domicile. Ces recours sont également distingués en fonction des types d'établissements sociaux et médico-sociaux dans lesquels elles sont accueillies.

Les femmes vivant en institution ont des profils et des caractéristiques (type de handicap, niveau de dépendance, liens sociaux...) qui diffèrent de ceux des femmes résidant à domicile. Ces caractéristiques peuvent aussi influencer sur la probabilité de réaliser des actes de prévention des cancers féminins. Après prise en compte de ces différences de caractéristiques individuelles, les femmes handicapées résidant en institutions ont une probabilité significativement plus élevée de déclarer avoir été dépistées que les femmes handicapées résidant à domicile. Nos résultats confirment donc un effet facilitateur des institutions pour accéder aux dépistages des cancers féminins des femmes en situation de handicap.

Les personnes en situation de handicap font face à de nombreux obstacles pour accéder aux soins (Denormandie et Cornu-Pauchet, 2018), notamment aux soins de prévention. Le cancer est en France la première cause de mortalité chez les femmes, l'amélioration du dépistage des cancers féminins est donc un enjeu majeur de santé publique. Cette étude

met en évidence le rôle des institutions accueillant les femmes en situation de handicap pour améliorer l'accès au dépistage des cancers féminins en les comparant à celles vivant à domicile.

En France, le cancer du sein reste la principale cause de décès par cancer chez les femmes avec près de 12 000 décès par an (Inca, 2019). Le cancer du

sein est une maladie du vieillissement qui apparaît plus souvent après 50 ans et dont les facteurs de risque comprennent notamment les antécédents familiaux, la densité mammaire, le fait d'avoir eu des enfants, l'obésité, etc. (HAS, 2012). Le cancer du col de l'utérus est à l'origine d'environ 1 100 décès par an. L'âge médian de survenue du cancer du col de l'utérus est de 51 ans et la patho-

logie est peu fréquente avant 30 ans et après 65 ans (HAS, 2013). Les facteurs de risque sont la précocité de l'activité sexuelle, la multiplicité des partenaires sexuels, l'immunodéficience, etc. Pour ces deux cancers, l'accès aux soins préventifs et aux procédures de dépistage sont des leviers importants afin d'éviter la détérioration prématurée de l'état de santé ou la survenue de complications pouvant entraîner la mort (Sun *et al.*, 2017). Ainsi, en France, il existe des recommandations de dépistage pour chacun de ces cancers. La réalisation d'une mammographie, pour dépister le cancer du sein, est recommandée tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 75 ans, tandis que le frottis doit être réalisé tous les trois ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans afin de prévenir la survenue du cancer du col de l'utérus¹.

En France, environ 1 400 000 femmes âgées de 25 à 75 ans déclarent avoir des difficultés pour réaliser seules les activités de la vie quotidienne (*Activity of Daily Living* (ADL) ou *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL)), parmi lesquelles 4 % vivent en institution (foyer de vie, foyer d'hébergement, Maison d'accueil spécialisée (Mas), Foyer d'accueil médicalisé (Fam), Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Unité de soins de longue durée (USLD)). Que ce soit à domicile ou en institution, ces difficultés pour réaliser les actes de la vie quotidienne peuvent représenter un niveau de handicap et de dépendance variable en fonction des personnes et avoir pour origine des profils de limitations différentes (physiques, intellectuelles, sensorielles, cognitives...), qui apparaissent à un moment plus ou moins précoce de la vie de ces femmes. De nombreuses études, qui utilisent différentes définitions du handicap ou ciblent des populations de femmes handicapées

spécifiques, ont largement montré que les femmes en situation de handicap ont une probabilité moins importante de réaliser les dépistages des cancers féminins que les femmes qui ne sont pas dans cette situation (Armour *et al.*, 2009 ; Penneau *et al.*, 2015a). De nombreux obstacles réduisent en effet l'accès au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus pour les femmes handicapées, comme des difficultés d'accès physique, des capacités de communication réduites et des difficultés à interagir avec les professionnels de santé, etc. (Angus *et al.*, 2012).

Pourtant, ces difficultés d'accès physique et psychique au dépistage des cancers féminins peuvent potentiellement être réduites pour les femmes handicapées ou dépendantes résidant en institution. L'une des missions des institutions, médicalisées ou non, accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes consiste à promouvoir l'accès à la prévention et aux soins de leurs résidents

SOURCE

L'enquête Handicap-santé de 2008-2009 sur laquelle repose cette étude comprend un volet Ménages et un volet Institutions dans lesquels sont identifiées les femmes en situation de handicap en âge de réaliser des frottis ou des mammographies.

En institution, trois types d'institutions sont identifiées :

- **Les foyers de vie et les foyers d'hébergement** sont des établissements qui accueillent des adultes handicapés suffisamment autonomes pour se livrer à une occupation quotidienne (travail souvent en milieu protégé, activités pédagogiques, ...). Les foyers de vie hébergent des personnes sans activité professionnelle.

- **Les Maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les Foyers d'accueil médicalisé (Fam)** sont des établissements qui accueillent des personnes adultes en situation de handicap souvent très dépendantes pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, ...) et qui ont un besoin de surveillance médicale et des soins constants. Outre des modalités de financement différentes, les profils de personnes accueillies en Mas ou Fam diffèrent un peu. Les Mas accueillent majoritairement des personnes ayant des déficiences intellectuelles (40 %) ou étant polyhandicapés (30 %), tandis que les Fam accueillent majoritairement des personnes ayant des déficiences intellectuelles (46 %) ou des troubles du psychisme (29 %) [Mordier, 2013].

- **Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les Unités**

REPÈRES

Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux de recherche menés à l'Irdes sur la problématique de l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap à domicile et en institution. Elle complète les résultats présentés dans les *Questions d'économie de la santé* n° 197¹, 207², 208³ et les *Rapports de l'Irdes* n° 560 et 561⁴. Pour l'ensemble de ce projet, l'Irdes a bénéficié d'un financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre d'un appel à projet de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp).

¹ <https://www.irides.fr/recherche/2014/questions-d-economie-de-la-sante.html#n197>

² <https://www.irides.fr/recherche/2015/questions-d-economie-de-la-sante.html#n207>

³ <https://www.irides.fr/recherche/2015/questions-d-economie-de-la-sante.html#n208>

⁴ <https://www.irides.fr/recherche/2015/rapports-560-561-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.htm>

(Couëpel *et al.*, 2011). En effet, les institutions peuvent améliorer l'accès à ces dépistages par l'organisation de

de soins de longue durée (USLD) sont des établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne qui ont un besoin de surveillance médicale et des soins constants. Les personnes en USLD sont souvent plus dépendantes et ont des états de santé plus dégradés que les personnes en Ehpad (Delattre et Paul, 2016).

A domicile comme en institution, les femmes en situation de handicap sont identifiées par le fait d'avoir déclaré des difficultés pour réaliser seules au moins une activité de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, faire sa toilette...) ou au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (faire les courses, le ménage...).

Deux populations à domicile et en institution sont ensuite distinguées : les femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, âgées de 25 à 65 ans, et les femmes éligibles au dépistage du cancer du sein, âgées de 50 à 75 ans. 2 089 femmes âgées de 25 à 65 ans ont répondu à la question sur le dépistage du cancer du col de l'utérus à domicile et 985 en institution (490 en foyers de vie/foyers d'hébergement, 495 en Mas-Fam). Pour cette partie de l'analyse, les femmes en Ehpad ou en USLD âgées de 60 ans ou plus ont été exclues car elles sont très peu nombreuses à être en âge de réaliser ce dépistage. 2 078 femmes âgées de 50 ans à 75 ans ont répondu à la question sur le dépistage du cancer du sein à domicile et 589 en institution (187 en foyers de vie/foyers d'hébergement, 189 en Mas-Fam et 213 en Ehpad/USLD).

¹ Depuis mai 2018, pour les femmes âgées de plus de 30 ans, il est recommandé de réaliser un test HPV tous les cinq ans (<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/dépistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans#:~:text=Un%20nouveau%20programme%20national%20pour,entre%2025%20et%2065%20ans>).

programmes de dépistage spécifique, et par un accompagnement adapté visant à réduire les difficultés rencontrées par les femmes résidant dans l'établissement. Par exemple, les établissements peuvent décider d'améliorer l'accès aux soins en facilitant le transport vers le cabinet de ville qui assure le dépistage, en menant une campagne de prévention (informations, explications, ...) ou en offrant le soutien d'un membre du personnel lors du dépistage du cancer.

Peu d'études ont analysé la prévention du cancer chez les femmes en institution. La plupart des études quantitatives internationales et françaises sur ce sujet portent sur la prévalence du dépistage en institution, ainsi que sur les prédicteurs de ce dépistage. Mack *et al.* (2018) montrent que le diagnostic de déficience cognitive, de fragilité et de démence réduit considérablement la probabilité de bénéficier d'un dépistage du cancer du sein chez les femmes résidant dans les institutions de long séjour aux États-Unis (Mack *et al.*, 2018). Bussière *et al.* (2015) montrent que les femmes handicapées ayant des limitations motrices ou cognitives sévères vivant en institution réduisent leurs chances d'être dépistées pour le cancer du col de l'utérus. Certaines études rendent compte d'un effet protecteur des établissements dans le dépistage des cancers féminins comparativement à la population qui réside à domicile. Une étude américaine montre que les femmes ayant une déficience intellectuelle qui vivent en établissement ont une probabilité plus élevée de subir des tests de frottis cervicaux que celles vivant à domicile (Parish *et al.*, 2013). Trétarre *et al.* (2017) montrent que le dépistage du cancer du sein est plus élevé chez les personnes ayant une déficience intellectuelle vivant en institution que dans la population générale. Cette dernière étude, qui ne contrôle pas des différences de caractéristiques entre les femmes ayant des déficiences intellectuelles résidant à domicile et en institution, semble indiquer un effet protecteur des institutions françaises dans l'accès à la prévention. Une étude portant sur la région Provence-Alpes-

Côte d'Azur indique également qu'un suivi gynécologique régulier est assuré pour les femmes dans 90 % des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés assurant un hébergement, accréditant l'hypothèse que les établissements facilitent l'accès aux soins (Couëpel *et al.*, 2011).

Dans cette étude est questionné l'effet protecteur supposé des institutions sur le recours à la prévention des cancers féminins. Pour cela, l'accès à la prévention des femmes en situation de handicap résidant en institution est comparé à celui des femmes en situation de handicap résidant à domicile. Entre 25 et 75 ans, nous identifions les femmes en situation de handicap à domicile et en institution dans les données de l'enquête Handicap-santé de 2008 par la déclaration de difficultés pour réaliser au moins une activité de la vie quotidienne (encadrés Source p. 2 et Méthode p. 4). Après avoir estimé l'impact global de l'institution sur le dépistage des cancers féminins, les effets observés sont distingués en fonction des types d'établissements sociaux et médico-sociaux étudiés (foyers de

vie/foyers d'hébergement, Mas/Fam, Ehpad/USLD) [encadré Source p. 2].

Les femmes vivant en institution ont des profils et des caractéristiques (niveau de dépendance, liens sociaux...) qui diffèrent de celles des femmes en situation de handicap résidant à domicile. Ces caractéristiques peuvent également influencer sur la probabilité de réaliser des actes de prévention des cancers féminins. Ainsi, en données brutes, l'accès à la prévention des femmes en situation de handicap vivant à domicile apparaît supérieur à celui des femmes vivant en institution, mais cet écart est lié à leurs caractéristiques individuelles différentes, avec des situations plus défavorables pour les femmes en institution.

Une femme sur deux vivant en institution déclare avoir été dépistée

Environ 44 % des femmes vivant en institution déclarent avoir eu un dépistage du cancer du col de l'utérus et 54 % un dépistage du cancer du sein (tableau 1). Ces taux de recours sont

T1

Taux de recours au dépistage des cancers féminins des femmes handicapées en fonction de leur lieu de résidence

	Femmes sans handicap (%)	Femmes handicapées à domicile (%)	Femmes handicapées vivant en institution (%)			
			Ensemble	Foyers de vie/Foyers d'hébergement	Mas ¹ /Fam ²	Ehpad ³ /USLD ⁴
Frottis (réalisé dans les trois ans)	82	64	44	61	26	-
Mammographie (réalisée dans les deux ans)	80	69	54	78	67	46

- 1 Maisons d'accueil spécialisées
- 2 Foyers d'accueil médicalisé
- 3 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- 4 Unités de soins de longue durée

Lecture : Parmi les femmes résidant à domicile qui n'ont pas déclaré de difficultés pour réaliser les actes de la vie quotidienne, 82 % déclarent avoir réalisé un frottis dans les trois ans. Parmi les femmes ayant déclaré des difficultés pour réaliser seules les activités de la vie quotidienne, 64 % d'entre elles déclarent avoir fait un frottis dans les trois ans tandis que 44 % des femmes qui vivent en institution sont dans cette situation.

Champ : Pour le frottis, les femmes âgées de 25 à 65 ans, et pour la mammographie, les femmes âgées de 50 à 75 ans.

Source : Enquête Handicap-santé 2008 2009, volets Ménages et Institutions.

[Télécharger les données](#)

T2

Différences de caractéristiques entre les femmes handicapées éligibles au dépistage des cancers du col de l'utérus résidant en institution et à domicile

Lecture : Les femmes déclarant des difficultés pour réaliser les activités de la vie quotidienne, résidant à domicile et qui sont éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, sont plus âgées en moyenne de sept ans par rapport aux femmes ayant des restrictions d'activités et vivant en institution (50 ans en moyenne à domicile contre 43 ans en institution). Après application de la méthode de *matching*, on n'identifie plus de différences significatives entre ces femmes en situation de handicap résidant à domicile et en institution, les deux populations étant âgées en moyenne de 43 ans. Si pour certains indicateurs des différences significatives peuvent encore persister, elles sont malgré tout largement atténuées par la méthode de *matching*.

Champ : Femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus âgées de 25 à 65 ans.

Source : Enquête Handicap-santé 2008 2009, volets Ménages et Institutions.

[Télécharger les données](#)

	Femmes handicapées éligibles au frottis...			
	... vivant en institution	... vivant à domicile		
		Avant <i>matching</i>	Après <i>matching</i>	
	Moyenne	Différence p-value t-test	Moyenne	Différence p-value t-test
Age	43,24	49,99 -6,75 ***	43,48	-0,24
Être en couple	2,4 %	57,7 % -55,3 ***	3,3 %	-0,9
Activités de la vie quotidienne (ADL)				
Être indépendante	58,9 %	91,6 % -32,7 ***	58,4 %	+0,5
Avoir besoin d'aide pour une activité	9,7 %	3,4 % +6,3 ***	7,2 %	+2,5 *
Avoir besoin d'aide pour 2 à 4 activités	9,6 %	3,1 % +6,5 ***	13,9 %	-4,3 ***
Avoir besoin d'aide pour plus de 5 activités	21,7 %	1,9 % +19,8 ***	20,4 %	+1,3
Cumul de profil de limitations fonctionnelles (moteur, cognitif, visuel, auditif)	2,45	1,59 +0,86 ***	2,34	+0,1 *
Avoir fait des études supérieures	5,0 %	61,6 % -56,6 ***	13,0 %	-8,0 ***
Situation vis-à-vis de l'emploi				
Actuellement employée	22,9 %	24,0 % +1,1 **	26,3 %	-3,4
Avoir déjà travaillé	16,3 %	60,5 % -44,2 ***	13,2 %	+3,1 *
N'avoir jamais travaillé pour cause de handicap	49,3 %	9,2 % +40,1 ***	54,6 %	-5,3 ***
N'avoir jamais travaillé pour une autre raison	11,1 %	6,4 % +4,7 ***	5,9 %	+5,2 *

inférieurs aux taux de recours déclarés par les femmes handicapées² résidant à domicile, qui sont respectivement de 64 % pour le frottis et de 69 % pour la mammographie. Ces différences de

recours peuvent s'expliquer par le profil très différent des femmes handicapées résidant en institution comparativement à celui des femmes résidant à domicile et déclarant des difficultés

pour réaliser au moins une activité de la vie quotidienne (tableaux 2 et 3). Ainsi, les femmes vivant en institution sont plus souvent dépendantes, polyhandicapées et ont également une insertion sociale beaucoup moins développée. En effet, elles sont beaucoup moins souvent en couple (2 % des femmes en institution déclarent être en couple contre 58 % à domicile), elles sont également moins souvent diplômées et sont rarement entrées dans la vie professionnelle. L'ensemble de ces caractéristiques sont des déterminants associés à un moindre recours aux dépistages féminins des femmes handicapées (Penneau *et al.*, 2015b).

Afin de s'affranchir de ce biais de sélection, une méthode d'appariement (*matching*) est appliquée, qui permet de sélectionner au sein des femmes en situation de handicap résidant à domicile une population comparable à celle des femmes vivant en institution (encadré Source, encadré Méthode).

² Définition des femmes handicapées à domicile dans les encadrés Source p. 2 et Méthode p. 4.

MÉTHODE

L'objectif est de comparer le recours au dépistage des femmes résidant en ménage « ordinaire » avec celui des femmes vivant en institution. D'importantes différences de profils (niveau de dépendance, type de handicap, situation matrimoniale, etc.) entre les femmes handicapées à domicile et celles qui vivent en institution peuvent influencer sur la probabilité d'être dépistée. Pour réduire l'impact de ce biais de sélection sur la probabilité d'être dépistée, nous utilisons une méthode de *matching* avec *matching* exact (par tranche de dix ans) et un *kernel matching* par score de propension. Nous avons sélectionné en guise de variables d'appariement des variables influant à la fois sur le fait d'être en institution et d'être dépisté. Plusieurs variables d'appariement sont ainsi considérées : l'âge, la situation de couple, le niveau de dépendance, le cumul de limitations fonctionnelles (motrices, cognitives/intellectuelles, visuelles, auditives), avoir fait des études supérieures et la situation professionnelle actuelle ou passée. L'ensemble des comparaisons de moyenne après et avant *matching* sont pondérées avec la variable de pondération disponible dans l'enquête.

Des analyses de robustesse ont été conduites en modifiant la spécification du modèle de *matching* (méthode du voisin le plus proche, caliper, ...), ce qui a eu très peu d'impact sur les résultats. Nous avons également testé en modifiant ou ajoutant des variables d'appariements. Cela a un impact plus important sur les résultats sans toutefois modifier le sens de l'interprétation. Nous avons également reproduit les analyses en utilisant un modèle de régression linéaire à la place d'une méthode de *matching* qui donne des résultats semblables. Enfin, nous disposons d'une information sur la date d'entrée dans l'établissement social et médico-social de la personne avec quelques données manquantes. Afin de s'assurer que des dépistages réalisés à domicile ne sont pas indûment attribués à l'institution, nous avons vérifié que les effets observés étaient similaires lorsque l'on enlève de l'analyse les femmes vivant en institution depuis moins de deux ans pour le dépistage du cancer du sein et depuis moins de trois ans pour le dépistage du cancer de col de l'utérus. Les résultats sont également très semblables à ceux obtenus avec la configuration retenue.

T3

Différences de caractéristiques entre les femmes handicapées éligibles au dépistage du cancer du sein résidant en institution ou à domicile

	Femmes handicapées éligibles à la mammographie...				
	... vivant en institution	... vivant à domicile			
		Avant <i>matching</i>		Après <i>matching</i>	
	Moyenne	Différence p-value t-test	Moyenne	Différence p-value t-test	
Age	60,7	62,3 -1,6 ***	60,8	-0,1	
Être en couple	4,8 %	57,6 % -52,8 ***	6,2 %	-1,4	
Activités de la vie quotidienne (ADL)					
Être indépendante	56,2 %	89,9 % -33,7 ***	58,7 %	-2,5	
Avoir besoin d'aide pour une activité	11,6 %	4,2 % +7,4 ***	10,7 %	+0,9	
Avoir besoin d'aide pour 2 à 4 activités	9,7 %	3,5 % +6,2 ***	13,1 %	-3,4 *	
Avoir besoin d'aide pour plus de 5 activités	22,5 %	2,4 % +20,1 ***	17,4 %	+5,1 ***	
Cumul de profils de limitations fonctionnelles (moteur, cognitif, visuel, auditif)	2,33	1,57 -0,8 ***	2,22	-0,1	
Avoir fait des études supérieures	20,7 %	59,9 % 39,2 % ***	23,2 %	2,5 %	
Situation vis-à-vis de l'emploi					
Actuellement employée	11,4 %	10,5 % -0,9 %	13,7 %	2,3 %	
Avoir déjà travaillé	45,3 %	75,4 % 30,1 % ***	36,4 %	-8,9 % ***	
N'avoir jamais travaillé pour cause de handicap	31,2 %	3,9 % -27,3 % ***	40,4 %	9,2 % ***	
N'avoir jamais travaillé pour une autre raison	10,8 %	10,1 % -0,7 %	9,5 %	-1,3 %	

Lecture : Les femmes déclarant des difficultés pour réaliser les activités de la vie quotidienne, résidant à domicile et qui sont éligibles au dépistage du cancer du sein, sont plus âgées en moyenne d'un an et demi par rapport aux femmes ayant des restrictions d'activités vivant en institution (62,3 ans en moyenne à domicile contre 60,7 ans en institution). Après application de la méthode de *matching*, on n'identifie plus de différences significatives entre ces femmes en situation de handicap résidant à domicile ou en institution. Si pour certains indicateurs des différences significatives peuvent encore persister, elles sont malgré tout largement atténuées par la méthode de *matching*.

Champ : Femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus âgées de 25 à 65 ans.

Source : Enquête Handicap-santé 2008 2009, volets Ménages et Institutions.

[Télécharger les données](#)

Cette méthode permet de réduire au maximum ces différences de caractéristiques individuelles et donc de faire une comparaison des taux de dépistage entre deux populations plus comparables en termes d'âge, de situation matrimoniale, de niveau de dépendance, de type de handicap et de situation professionnelle passée (tableaux 2 et 3).

Un effet facilitateur des institutions pour accéder aux soins préventifs

Après prise en compte des différences de caractéristiques individuelles entre les femmes handicapées en institution et à domicile, on identifie un effet facilitateur des institutions pour accéder aux soins préventifs. Ainsi, les femmes handicapées résidant en institution ont une probabilité significativement plus élevée de 15 points de déclarer avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus et plus élevée de 5 points pour le dépistage du cancer du sein comparativement aux femmes handicapées résidant à domicile (tableau 4).

T4

Comparaison des taux de recours au dépistage des cancers féminins entre les femmes résidant à domicile et en institution à caractéristiques comparables (après *matching*)

	Taux de recours en institution	Taux de recours à domicile (après <i>matching</i>)	Différence (après <i>matching</i>) [en points]	Intervalles de confiance à 95 % (en points)
Frottis (Dépistage du cancer du col de l'utérus)	45 %	30 %	+ 15,0	14,5 15,7
Mammographie (Dépistage du cancer du sein)	53 %	48 %	+ 5,0	4,0 6,0

Lecture : Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus déclaré par les femmes ayant des restrictions d'activités dans la vie quotidienne et vivant en institution est de 45 %, contre 30 % pour les femmes ayant des caractéristiques comparables et résidant à domicile (après application de la méthode de *matching*, voir encadrés Source et Méthode).

Champ : Pour le frottis, les femmes âgées de 25 à 65 ans, et pour la mammographie, les femmes âgées de 50 à 75 ans.

Source : Enquête Handicap-santé 2008 2009, volets Ménages et Institutions.

[Télécharger les données](#)

Des taux de dépistage du cancer du sein importants

Dans les institutions de type Mas-Fam, foyer de vie ou foyer d'hébergement accueillant des femmes handicapées, les taux de dépistage déclarés du cancer du sein sont d'environ 70 %. Par rapport aux femmes handicapées résidant à domicile ayant des caractéristiques

comparables, ces taux sont de 20 points (foyers) à 35 points (Mas-Fam) supérieurs, indiquant un effet facilitateur de ces établissements pour accéder à ce dépistage (tableau 5). En revanche, pour les femmes âgées ayant des difficultés pour réaliser les activités de la vie quotidienne qui résident en Ehpad, le taux de dépistage du cancer du sein déclaré, inférieur à 50 %, est moins important que dans les établissements

T5

Comparaison des taux de recours au dépistage des cancers féminins entre les femmes résidant à domicile et en institution après *matching* en fonction du type d'institutions médico-sociales

	Taux de recours en institution	Taux de recours à domicile (après <i>matching</i>)	Différence (après <i>matching</i>) [en points]	Intervalles de confiance à 95 % (en points)	
Dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis)					
Foyers de vie/ foyers d'hébergement	61,2 %	35,5 %	+ 25,6	24,9	26,4
Mas ¹ /Fam ²	26,9 %	16,8 %	+ 10,1	9,5	10,8
Dépistage du cancer du sein (mammographie)					
Foyers de vie/foyers d'hébergement	77,8 %	57,8 %	+ 20,0	18,8	21,1
Mas ¹ /Fam ²	67,7 %	33,1 %	+ 34,6	33,4	35,8
Ehpad ³ /USLD ⁴	44,9 %	45,0 %	- 0,1	-1,0	0,9

¹ Maisons d'accueil spécialisées

² Foyers d'accueil médicalisé

³ Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁴ Unités de soins de longue durée

Lecture : Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus déclaré par les femmes ayant des restrictions d'activités dans la vie quotidienne et vivant en foyer de vie ou en foyer d'hébergement est de 61 % contre 35 % pour les femmes ayant des caractéristiques comparables et résidant à domicile (après application de la méthode de *matching*, voir encadrés Source et Méthode).

Champ : Pour le frottis, les femmes âgées de 25 à 65 ans, et pour la mammographie, les femmes âgées de 50 à 75 ans.

Source : Enquête Handicap-santé 2008 2009, volets Ménages et Institutions.

 [Télécharger les données](#)

qui accueillent des femmes adultes handicapées. De plus, nous n'identifions pas de différence de recours avec les femmes âgées comparables résidant à domicile. Ainsi, il semble exister des politiques de prévention efficaces dans les établissements pour personnes en situation de handicap âgées de moins de 60 ans, que ces établissements soient médicalisés ou non, que l'on ne retrouve pas dans les établissements pour personnes âgées dépendantes. Ce résultat peut potentiellement s'expliquer par la part relativement restreinte de femmes âgées de moins de 75 ans résidant en Ehpad et concernées par ce dépistage (environ 6 % dans notre échantillon).

Un effet facilitateur des institutions pour accéder au dépistage du cancer du col de l'utérus

Contrairement au dépistage du cancer du sein, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus sont, pour certains établissements, beaucoup plus faibles. En effet, une importante différence est observée dans les taux de dépistage entre les établissements médicalisés de type Mas-Fam (26 %) et les établisse-

ments non-médicalisés de type foyer de vie et foyer d'hébergement (61 %). Cependant, pour ces deux types d'établissements, les taux de recours aux dépistages sont presque deux fois supérieurs aux taux de dépistage déclarés par les femmes handicapées comparables vivant à domicile, suggérant ainsi un effet facilitateur aussi important que celui identifié précédemment sur le dépistage du cancer du sein. Les faibles taux de recours au dépistage du cancer de col dans les Mas-Fam, parmi les femmes handicapées résidant à domicile ayant des caractéristiques comparables, peuvent s'expliquer par la difficulté à réaliser un frottis pour ces populations. En effet, les personnes accueillies en Mas-Fam sont principalement des personnes ayant des déficiences intellectuelles, des troubles du psychisme lourds ou des personnes poly-handicapées pour lesquelles la réalisation d'un acte intime et invasif comme le frottis peut être potentiellement traumatisant (Swaine *et al.*, 2013). De plus, le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus est l'activité sexuelle (Liu *et al.*, 2015). L'activité sexuelle des personnes en Mas-Fam est un sujet peu étudié (Giami et de Colomby, 2008). Ainsi,

les principales enquêtes sur le handicap ne permettent pas d'identifier les comportements sexuels et, parallèlement, les enquêtes sur les comportements sexuels ne permettent pas de repérer si le répondant est en situation de handicap. On dispose d'indicateurs, comme par exemple la mise en couple, ou le fait de déclarer des enfants, mais qui sont, au final, peu informatifs sur les comportements sexuels. La question du bénéfice par rapport aux difficultés et aux troubles psychiques que peut produire ce type d'acte invasif auprès des femmes en Mas et Fam reste encore à explorer. La poursuite de recherches épidémiologiques et qualitatives sur les comportements sexuels des personnes handicapées en institution serait opportune, permettant ainsi de contribuer à l'élaboration de recommandations nationales sur les bénéfices de réaliser ce dépistage en fonction du type de profils des personnes accueillies en Mas-Fam.

Limites et poursuite des analyses

L'une des principales limites de cette étude est l'aspect déclaratif des dépistages. En effet, la déclaration de dépistage dans les deux à trois ans peut être sujette à des biais de mémoire importants. Il n'est pas rare que la couverture déclarée lors d'enquêtes en population générale soit surévaluée, ce qui peut sans doute s'expliquer par un biais de désirabilité sociale ou de mémoire. En effet, sur la période 2003-2005, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) dénombrait un taux de recours de 58,7 % pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, alors que 81 % des femmes âgées de 25 à 65 ans enquêtées par le baromètre cancer avaient déclaré avoir effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années (Duport, 2008). De plus, les personnes handicapées interrogées dans l'enquête peuvent faire appel à un proxy qui va répondre à leur place lorsqu'elles ne sont pas en capacité de le faire elles-mêmes. Ainsi, peut s'ajouter potentiellement un biais de désirabilité de la part du proxy, d'autant plus

s'il s'agit d'un professionnel de santé de l'établissement tenté de présenter une vision idéalisée de son établissement en matière de prévention. Pourtant, les disparités de résultats dans les Mas-Fam entre le taux de dépistage faible pour le cancer du col de l'utérus et élevé pour le cancer du sein semblent suggérer que, si ce biais existe, il est vraisemblablement d'ampleur limitée. La seconde limite de cette étude renvoie à l'ancienneté des données (2008-2009), qui proviennent toutefois de la

dernière enquête disponible en France, dans l'attente des données de l'enquête Autonomie de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Pour autant, cette étude a permis de faire un état des lieux et montre un impact global positif des établissements sur la prévention des cancers féminins. Les données administratives nationales qui permettent d'identifier les établissements sociaux et médico-sociaux, et qui peuvent être croisées avec les données

de l'Assurance maladie, se développent actuellement (Résid'Ehpad, données de l'enquête Établissements sociaux ou médico-sociaux (ESMS)). Ces données permettront de suivre l'évolution des dépistages dans ces établissements. Par ailleurs, l'enquête Autonomie, lancée sur le terrain en 2021 qui sera apparée à plusieurs années de données du Système national des données de santé (SNDS), sera également utilisable pour étudier cette problématique. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Angus J., Seto L. Barry N. Cechetto N., Chandani S., Devaney J., et al. (2012). "Access to Cancer Screening for Women with Mobility Disabilities". *J. Cancer Educ.* 27(1): 75-82. <http://europepmc.org/article/MED/21927868>
- Armour B. S., Thierry J. M., Wolf L. (2009). "State-level Differences in Breast and Cervical Cancer Screening by Disability Status : United States, 2008." *Womens Health Issues* 19(6): 406-414. <https://psycnet.apa.org/record/2009-20747-012>
- Bussiere C., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N. (2015). "Screening for Cervical Cancer : What Are the Determinants among Adults with Disabilities Living in Institutions ? Findings from a National Survey in France". *Health Policy* 119(6): 794-801. <https://europepmc.org/article/med/25747512>
- Couépél L., Bourgarel S., Piteau-Delord M. (2011). « Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques et difficultés spécifiques en établissement médico-social ». Cnam, *Pratiques et organisation des soins*, 2011/4(42). <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-4-page-245.htm>
- Delattre A., Paul S. (2016). « Les unités de soins de longue durée (USLD) ». Rapport Igas 2015-105R. www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf
- Denormandie P., Cornu-Pauchet M. (2018). « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité ». Fonds CMU ; CNSA. <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport2018-acc%C3%A8s%20aux%20soins%20PP%20et%20PH.pdf>
- Duport N. (2008). « Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : état des connaissances – Actualisation 2008 ». INVS. www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/rapport-synthese/donnees-epidemiologiques-sur-le-cancer-du-col-de-l-uterus-etat-des-connaissances-actualisation-2008
- Giami A., de Colomby P. (2008). « Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête Handicap, incapacités, dépendance (HID) ». *Alter* 2(2), avril. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00511514>
- HAS (2012). « Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Volet 1. Recommandations de santé publique ». Haute Autorité de santé, mai. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
- HAS (2013). « Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) ». Haute Autorité de santé, Juin 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
- Inca (2019). « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2018. Partie 1. Tumeurs solides ». Inca. www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud
- Inca (2017). *Les cancers en France*. Inca. www.oncorif.fr/inca-le-rapport-2017-les-cancers-en-france-est-disponible/
- Liu Z. C., Liu W. D., Liu Y. H., Ye X. H., Chen S. D. (2015). "Multiple Sexual Partners as a Potential Independent Risk Factor for Cervical Cancer: A Meta-analysis of Epidemiological Studies." *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 16(9): 3893-3900. <http://europepmc.org/article/med/25987056>
- Mack D. S., Epstein M. M., Dube C., Clark R. E., Lapane K. L. (2018). "Screening Mammography among Nursing Home Residents in the United States: Current Guidelines and Practice" *J. Geriatr. Oncol.* 9(6): 626-634. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6899058/pdf/nihms-973518.pdf
- Mordier B. (2013). « L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 ». Drees *Études et Résultats*, n°833, février. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er833.pdf>
- Parish S., Swaine J. G., Son E., Luken K. (2013). "Determinants of Cervical Cancer Screening among Women with Intellectual Disabilities: Evidence from Medical Records." *Public Health Reports* 128(6): 519-526. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804095/pdf/phr128000519.pdf

POUR EN SAVOIR PLUS

- Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015a). « Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages (2008) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 208, avril. www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/208-les-personnes-en-situation-de-handicap-vivant-a-domicile-ont-un-moindre-acces-aux-soins-de-prevention-que-elles-sans-handicap.pdf
- Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015b). « L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions (2008-2009) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 207, mars. www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/207-l-hebergement-en-institution-favorise-l-acces-aux-soins-des-personnes-de-moins-de-60-ans-en-situation-de-handicap-en-france.pdf
- Sun Y. S., Zhao Z., Yang Z. N., Xu F., Lu H. J., Zhu Z. Y., et al. (2017). "Risk Factors and Preventions of Breast Cancer". *Int. J. Biol. Sci.* 13(11): 1387-1397. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5715522/pdf/ijbsv13p1387.pdf
- Swaine J. G., Dababnah S., Parish S. L., Luken K. (2013). "Family Caregivers' Perspectives on Barriers and Facilitators of Cervical and Breast Cancer Screening for Women with Intellectual Disability." *Intellectual and Developmental Disabilities* 51(1): 62-73. <https://meridian.allenpress.com/idd/article-abstract/51/1/62/6265/Family-Caregivers-Perspectives-on-Barriers-and?redirectedFrom=fulltext>
- Trétarre B., Bourgarel S., Stoebner-Delbarre A., Jacot W., Bessaoud F., Satge D. (2017). "Breast Cancer and Screening in Persons with an Intellectual Disability Living in Institutions in France". *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(3), 266-278 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jir.12336>

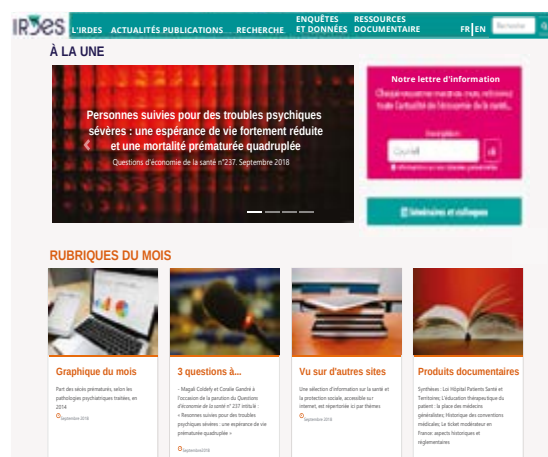


INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Éditrice : Anne Evans • Éditrice adjointe : Anna Marek • Recteurs : Pierre Brasseur, Maude Espagnacq •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) •
Dépôt légal : Mars 2021 • Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

À découvrir sur le site Internet de l'Irdes

<https://www.irdes.fr>



- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
- Elle est également disponible dans une version anglaise trimestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques... www.irdes.fr/documentation/produits-documentaires.html

Le site est disponible **en français et en anglais**.



Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

Contact et abonnements

Service Publications et Communication

117bis, rue Manin 75019 Paris

Tél : 01 53 93 43 02/06 Courriel : publications@irdes.fr