

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 8 novembre 2013, à Poitiers
par **Marlène MALFAIT**

**Comment améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes
en situation de précarité :**

**Etude prospective dans un centre médico-psycho-social,
Le Relais Georges Charbonnier**

Composition du Jury

Président : Madame le Professeur Christine SILVAIN

Membres : Monsieur le Professeur Gérard AGIUS

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Monsieur le Docteur Jacques BERNAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe AUBRY



UNIVERSITE
DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUOJA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro- entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane GRANDCOLIN
Stéphanie PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Madame le Professeur Christine Silvain,

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse. Merci pour votre temps et vos conseils. Soyez assurée de mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur Philippe Aubry,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de ton aide, de tes encouragements dans ce travail et de m'avoir permis d'effectuer cette étude sur ce sujet qui me tenait à cœur dans une structure qui m'a beaucoup apporté.

A Monsieur le Professeur Gérard Agius,

Vous avez accepté de juger ce travail. Pour l'intérêt que vous y portez je tiens à vous remercier et à vous adresser ma gratitude.

A Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha,

Vous me faites l'honneur de participer à ce travail et d'y apporter votre jugement. Recevez mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Jacques Bernat,

Je vous remercie d'être présent en ce jour important et de m'avoir accompagnée au cours de mes trois années d'internat. Merci de m'avoir accordé votre temps, votre disponibilité et vos conseils tout au long de mon parcours.

A ma famille, à l'origine de mon intérêt pour la médecine et sans laquelle je n'aurais pas pu réaliser cette thèse. Merci pour tout.

A mes ami(e)s, qui m'ont aidée de diverses manières pendant ce travail avec toujours beaucoup d'encouragements.

A tout le personnel du Relais Georges Charbonnier, qui m'a accueillie pendant six mois et donné envie de faire ce travail.

A Inès et Suzanna, nos interprètes au Relais, dont le travail et la disponibilité ont permis de réaliser cette thèse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
I. PRECARITE, SANTE.....	15
I.1. Généralités.....	15
I.1.1. Définitions et repères chiffrés sur la précarité et l’immigration.....	15
I.1.2. Quelques données sur l’immigration en France	15
I.1.3. Quelques données sur la précarité en France.....	16
I.1.4. Etat des lieux de l’immigration et de la précarité en Poitou-Charentes	17
I.2. Santé et précarité	21
I.2.1. Inégalités de santé.....	22
I.2.2. Prise en charge des plus démunis en matière de santé en France.....	23
I.3. Le Relais Georges Charbonnier : une structure originale en France.....	26
I.3.1. Présentation du Relais Georges Charbonnier	26
I.3.2. Description de la population du Relais Georges Charbonnier	30
I.4. Conclusion.....	35
II. LE DEPISTAGE EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE.....	36
II.1. Généralités	36
II.1.1. Définitions et objectifs	36
II.1.2. Critères de choix d’un dépistage	37
II.2. Le dépistage comme outil de santé publique : exemple du dépistage du cancer du col de l’utérus.	39
II.2.1. Caractéristiques du Papillomavirus.....	39
II.2.2. Epidémiologie	41
II.2.3. Lésions histologiques cervicales et cancer invasif.....	48
II.3. Outils de dépistage et recommandations.....	52
II.3.1. Les outils	53
II.3.2. Recommandations	54
II.3.3. Conduite à tenir devant un frottis anormal.....	55
II.4. Mise en œuvre du dépistage et difficultés rencontrées selon les types de populations	56
II.4.1. Etat actuel du dépistage en France	56
II.4.2. Augmenter l’efficacité et l’efficience du dépistage	58
II.4.3. Le dépistage chez les femmes en situation de précarité.....	59

II.4.4. Comment améliorer le dépistage du cancer du col utérin chez les femmes en situation de précarité ?	61
II.5. Conclusion	62
III. REFLEXION SUR UN PROTOCOLE POUR AMELIORER LE SUIVI ET LE DEPISTAGE CHEZ LES FEMMES MIGRANTES ET/OU EN SITUATION DE PRECARITE	63
III.1. Objectif principal de l'étude	63
III.2. Objectifs secondaires	63
III.2.1. Déterminer les facteurs médico-psycho-sociaux rendant difficile la participation à des consultations ciblées	63
III.2.2. Analyser la pertinence de propositions pratiques pour la mise en place de consultations de dépistage à destination des femmes migrantes et/ou en situation de précarité du RGC	64
III.3. Méthodologie	64
III.3.1. Etude	64
III.3.2. Difficultés rencontrées	65
III.4. Résultats et Discussion	66
III.5. Conclusion	77
CONCLUSION GENERALE	79
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES	87
RESUME	119
SERMENT	121

ABREVIATIONS

ACS : Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé
ADN : Acide DésoxyriboNucléique
AGC : Atypic Glandular Cells
AME : Aide Médicale d'Etat
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASC : Atypical Squamous Cells = atypies des cellules malpighiennes
ASC-H : ASC cannot exclude HSIL = atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale de haut grade
ASC-US : ASC of Undetermined Significance = atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée
BEH : Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire
CASA : Centre d'Aide et de Soins en Addictologie
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHHL : Centre Hospitalier psychiatrique Henri Laborit
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDAG : Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia
CIPAT : Centre d'Information et de Prévention de l'Alcoolisme et de la Toxicomanie
CIS : Carcinome In Situ
CMU : Couverture Médicale Universelle
CMU-c : Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EGB : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires de l'assurance maladie
FCV : Frottis Cervico-Vaginal
FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
HAS : Haute Autorité de Santé
HPV : Human Papilloma Virus
HSIL : High grade Squamous Intra epithelial Lesion = lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade)
IARC : International Agency for Research on Cancer
InVS : Institut de Veille Sanitaire
Insee : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LSIL : Low grade Squamous Intra epithelial Lesion = lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RGC : Relais Georges Charbonnier
RSA : Revenu de Solidarité Active
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UE : Union Européenne
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Depuis longtemps, les sociétés industrialisées sont confrontées à l'intégration sociale des personnes n'ayant ni ressource personnelle ni revenu lié au travail. De nombreuses tentatives ont été mises en place pour résoudre ce problème. Dans nos sociétés, l'intégration passe principalement par l'emploi qui permet de socialiser les individus et éviter leur marginalisation.

Si la période de développement industriel a permis l'émergence progressive d'un système de protection sociale et d'assurance, c'est à la sortie de la 2^{ème} guerre mondiale que les bases de la protection sociale actuelle ont été posées. Cette organisation a connu son apogée pendant les « trente glorieuses » où l'on pouvait penser que seuls les inaptes au travail avaient besoin d'aide et d'être pris en charge.

Dans les dernières décennies, le marché du travail a connu plusieurs évolutions déstabilisant cet équilibre : la montée du chômage et notamment celui de longue durée, les difficultés des jeunes à trouver un emploi, la précarisation de l'emploi lui-même avec le développement des contrats à durée déterminée ou à temps partiels, sans compter les difficultés d'insertion résultant d'un affaiblissement des liens sociaux et relationnels.

La précarisation ou l'exclusion sociale se définissent dès lors comme des processus multidimensionnels, se déclinant à la fois dans le domaine professionnel et relationnel. Ces processus peuvent également toucher d'autres domaines sociaux comme le logement ou l'accès aux soins par exemple. Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale: enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires vivant avec de bas revenus, ...

Au-delà de ces situations, la précarité concerne aussi un nombre de personnes qui sont – objectivement ou qui se sentent – menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées. Elles risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps, glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion, compromettant ainsi gravement leurs chances de réinsertion sociale.

L'exclusion peut donc être définie comme la manifestation extrême et parfois l'aboutissement de différents processus de fragilisation des liens sociaux. (1)

Sur le marché du travail, les immigrés ont représenté la majorité de la main d'œuvre industrielle dans la période d'après-guerre permettant de reconstruire le pays, notamment en provenance des pays de la péninsule hispanique (Espagne et Portugal en tête). Lorsque la part des services est devenue prépondérante, la France a eu moins besoin de cette main-d'œuvre ouvrière peu qualifiée et cette dernière s'est retrouvée sans emploi et s'est peu à peu précarisée. Actuellement, l'immigration persiste, même si elle est bien plus contrôlée qu'avant, en provenance en particulier des pays de l'est. Ce sont les femmes immigrées qui

sont le plus en situation de précarité avec un taux de chômage bien supérieur à la population non-immigrée, des enfants à charge et souvent une incompréhension de la langue.

Si la précarité a longtemps été considérée comme un phénomène marginal et souvent confondue avec l'exclusion ou la grande pauvreté, elle a atteint un tel niveau touchant aujourd'hui, directement ou indirectement, une partie de la population qui va bien au-delà des plus défavorisés. Ce que confirme le Haut Comité de Santé Publique : « Ne voir et ne vouloir traiter que l'exclusion et la grande pauvreté revient à occulter le fait que la précarité est la traduction d'un renforcement des inégalités sociales qui est devenu en quelques années le problème le plus considérable que la société française ait eu à affronter depuis longtemps. Ses causes et ses effets vont bien au-delà de la population visible des exclus. »

A partir de ce constat, des questions peuvent se poser sur ce que recouvre la notion de précarité. Qui touche-t-elle dans notre pays ? Comment avoir une action sur ses conséquences ? Travailler sur l'accès aux soins des personnes en situation difficile peut-il être un moyen d'atténuer ses effets ?

La promotion de la santé consiste à donner aux individus une meilleure maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer individuellement (conseils individuels, bonnes pratiques hygiénistes et médicales, responsabilisation individuelle, ...) mais aussi d'un point de vue collectif (accès aux soins, système de soins, qualité des soins, qualité de vie des patients hospitalisés, ...). Historiquement le projet de modifier l'environnement, les conditions de vie et les comportements individuels datent des premières réflexions des hygiénistes de la fin du 18^{ème} siècle. La seconde moitié du 19^{ème} siècle a vu se succéder les initiatives, d'abord locales, puis collectives, qui ont contribué à accentuer les dispositifs de prévention. La période de l'entre-deux-guerres a finalement permis l'instauration d'un réseau national de dispensaire mais seul le passage à un accès aux soins généralisés, permis et garanti par l'établissement de la Sécurité Sociale, a ouvert la voie à une généralisation de la promotion de la santé dans tous les milieux et dans tous les domaines de la vie quotidienne, professionnelle et familiale. En ce sens les trois dernières décennies ont probablement marqué un tournant important. (2)

Les politiques de santé et d'accès aux soins en France sont désormais basées sur le médecin généraliste comme premier recours de soins primaires. Dans les dernières années sa place n'a fait que grandir pour devenir le pilier principal du système de soins français. Outre son rôle de soignant, il est aussi médecin coordinateur. A ce titre il exerce une prise en charge globale du patient qui permet de centraliser toutes les informations le concernant. En second recours un spécialiste pourra être consulté. Notons que la prévention et le dépistage sont aussi une des missions fondamentale du généraliste.

Cependant cette organisation, bien qu'adaptée à des populations intégrées au niveau emploi, logement, couverture sociale..., ne répond pas aux besoins des plus démunis. En effet la précarité se caractérise souvent, par une absence de couverture sociale complète (base et complémentaire) frein notable à la consultation d'un médecin généraliste, par une

désocialisation induisant des difficultés de prise en charge personnelle (prise de rendez-vous, hygiène personnelle, ...) allant jusqu'à l'impossibilité de communication en cas de barrière de la langue.

Depuis plusieurs années, la prise en charge sanitaire des personnes en difficulté est une question présente dans les politiques de santé. Plusieurs structures ont été ouvertes en France permettant un accueil pluridisciplinaire principalement pour ces populations. L'accueil social et médical sans frais permet de prendre en charge ces personnes qui échappent au système de soin classique. Elles les aident tant dans leurs démarches de réinsertion qu'au niveau médical. Notons que ces structures, souvent publiques et /ou associatives, sont de plus en plus sollicitées au fur et à mesure que la précarité des populations augmente. Ces structures remplacent le rôle tenu par le médecin généraliste. Elles renforcent leurs compétences pour essayer de réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins, notamment vers certaines spécialités comme la gynécologie.

La gynécologie médicale est une exception française, d'activité principalement libérale. Les gynécologues médicaux s'occupent du suivi de la femme que ce soit pour la contraception, la grossesse, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques. Ce dernier point est une priorité des politiques de santé publiques actuelles. Le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus sont les principales cibles. Le cancer du col utérin est encore, au niveau mondial, le 2^{ème} cancer de la femme en termes d'incidence et de mortalité. Ce cancer est beaucoup plus fréquent dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. Cette baisse d'incidence est principalement due à une politique de dépistage efficace basée sur un examen simple, le frottis cervico-vaginal. Ce dépistage a prouvé son efficacité en réduisant l'apparition de cancers nécessitant des traitements lourds. Il est en majorité réalisé en France par les gynécologues médicaux libéraux et donc les populations en difficulté y ont peu accès. Notons au passage que la gynécologie médicale va connaître dans quelques années un problème de démographie. L'arrêt de la formation de nouveaux internes entre 1984 et 2004 présage une faiblesse au niveau de l'offre de soins sur tout le territoire et est déjà présente dans certaines régions. On peut supposer que le relais sera pris par les médecins généralistes et les sages-femmes, mais les problèmes généraux d'accès des femmes en situation de précarité resteront entiers. Il faudrait donc diversifier les lieux d'accueil et de réalisation de consultation de gynécologie, et ce dans les structures accueillant déjà ces populations.

Le Relais Georges Charbonnier (RGC) accueille ces populations dites précaires tant au niveau médical que social. Actuellement il n'est pas proposé de consultation gynécologique. L'objectif de notre travail sera de proposer un protocole de suivi gynécologique et de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes fréquentant le Relais.

Nous commencerons par situer la problématique de la précarité en France et nous soulignerons le rôle primordial que joue le RGC dans la région Poitou-Charentes. Nous présenterons ensuite, dans le cadre des politiques de dépistage, le contexte spécifique du

cancer du col de l'utérus et les protocoles mis en œuvre en France. Nous soulignerons enfin la difficulté de mettre en œuvre ces protocoles dans le cas des populations de femmes en situation de précarité.

Face à ce constat nous étudierons, à l'aide d'une enquête, si le RGC est bien la structure adaptée pour toucher ces populations en matière de dépistage du cancer du col. Nous cernerons, à côté des caractéristiques socio-culturelles des femmes consultant au Relais, l'état de leur suivi gynécologique et leur rapport aux protocoles de dépistage existants. La suite des questions devra nous conduire à comprendre les raisons des réticences éventuelles à ces examens de contrôle et à améliorer, dans le futur, leur prise en charge. Enfin cette enquête devra nous permettre d'évaluer la possibilité réelle d'ouvrir une consultation de gynécologie au RGC et de déterminer quelles en seraient les modalités pratiques pour obtenir une adhésion importante des femmes qui fréquentent le Relais Georges Charbonnier.

I. PRECARITE, SANTE

I.1. Généralités

Dans le cadre de l'analyse de la précarité, on portera une attention particulière au phénomène de l'immigration qui peut être un facteur aggravant de la précarité.

I.1.1. Définitions et repères chiffrés sur la précarité et l'immigration

Dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », contenu dans l'avis adopté par le Conseil Economique et Social français en février 1987, le père Joseph Wresinski, définit la précarité comme telle :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible". »

Cette définition a été reprise par les Nations Unies, en particulier dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits et l'extrême pauvreté. (3)

La notion d'immigration recouvre plusieurs concepts.

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil de l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont pas comptabilisées. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. (4) Ce qui le différencie d'un étranger, qui est une personne qui réside en France et qui ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle en possède une autre, soit qu'elle n'en ait aucune. (5)

I.1.2. Quelques données sur l'immigration en France

L'immigration en France est un phénomène ancien : au début du 20^{ème} siècle, un million d'immigrés résidait en France métropolitaine ; ils étaient 2,3 millions en 1954 et 4,2 millions en 1990. Après une stabilisation dans les années 90, la population des immigrés progresse à nouveau depuis 1999. En 2009, 5,4 millions d'immigrés vivaient en France dont 5,3 millions en métropole (8,5% de la population).

Jusqu'au milieu des années 70, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins comblant les besoins de main-d'œuvre d'après-guerre. En 1974, un frein est mis à l'immigration de main-d'œuvre non qualifiée et les migrations familiales prennent une part croissante dans les flux d'immigration. Ces flux sont maintenant majoritairement composés

de femmes venant rejoindre leur conjoint. En 2009, 51% des immigrés sont des femmes, contre 44% en 1968. (6)

- Origines géographiques

En France, la part des immigrés originaires du continent européen a baissé : elle s'élève à 38% en 2009 contre la moitié en 1990 et les deux tiers en 1975.

En 2009, 43% des immigrés sont nés dans un pays africain, soit 2.3 millions de personnes. 70% d'entre eux viennent des trois pays du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie) et 16% d'Afrique sub-saharienne (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire, Cameroun et Congo).

14% sont originaires d'Asie avec 32% nés en Turquie, 21% dans un des pays de la péninsule indochinoise et 11% de Chine. Les immigrés originaire d'Amérique et d'Océanie sont beaucoup moins nombreux (5%). (6)

- Activité - Emploi

En 2011, 2,7 millions d'immigrés âgés de 15 ans ou plus sont présents sur le marché du travail en métropole, qu'ils exercent une activité professionnelle ou qu'ils soient au chômage ; ils représentent 10% de la population active. Le taux d'activité des immigrés de 15 à 64 ans s'élève à 68% ; il est inférieur de trois points à celui des non immigrés. En effet, si les hommes immigrés sont souvent plus actifs que les autres (79 contre 74%), le taux d'activité des femmes immigrées est nettement inférieur à celui des femmes non-immigrées (58% contre 67%).

Le taux de chômage des immigrés (16,3% en 2011) est supérieur de près de huit points à celui des non-immigrés (8,5% en 2011).

Les immigrés non originaires de l'Union européenne ont un taux de chômage encore plus élevé (20,3%) alors que celui des immigrés natifs d'un pays d'Europe (UE à 27) est inférieur à celui des non immigrés (7,8 contre 8,5%). (6)

I.1.3. Quelques données sur la précarité en France

La forme la plus courante de la précarité en France, dans le langage courant, concerne l'activité professionnelle. C'est souvent par la dégradation de la qualité de l'emploi et sa durée que l'on débouche sur une précarité sociale complète. En 2011, on compte 25,8 millions d'emploi ; 12,3% sont des emplois précaires qui concernent principalement les moins qualifiés et les jeunes. Le taux de précarité a surtout augmenté entre 1982 et 1990 avec un taux qui est passé de 5,3 à 7,6% puis entre 1993 et 2000 de 8 à 11,8%. Après une baisse d'un point jusqu'en 2002, il a atteint, en 2011, 11,9%. (7)

Cette précarité de l'emploi frappe d'abord les plus jeunes : 55,1% des actifs occupés de 15 à 29 ans ont un CDD, contrat aidé, stage ou sont en apprentissage, contre 7,9% des 30-49 ans. (8)

Cette forme de précarisation chez les jeunes a été très forte entre 1980 et 2000 avec un taux qui est passé de 17,2% à 47,2%, la moyenne nationale passant elle de 5,3 à 11,8%. Depuis le milieu des années 2000, ce taux oscille entre 46 et 50%. Cette situation a de lourdes

répercussions sur les modes de vie des jeunes : difficultés à disposer d'un logement autonome faute de garanties, à s'établir en couple, à avoir des activités de loisirs... (9)

La véritable précarité, au sens classique, apparaît lorsque les personnes ne disposent plus des moyens nécessaires à leur existence.

En 2009, le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté¹ était de 7.9 millions et 1.8 millions étaient en extrême pauvreté². (10)

Le taux de déclaration d'un mauvais état de santé par la population cible habitant dans une zone urbaine sensible (ZUS) était de 28% pour les hommes et de 36% pour les femmes.

La part de la population déclarant ne pas avoir de couverture médicale complémentaire était d'environ 7%.

Le taux d'absence de couverture complémentaire par population cible était pour les immigrés étrangers de 35%, pour les immigrés naturalisés de 20% et pour les français nés en France de 7%. Le taux de la population cible bénéficiant effectivement de l'aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire (ACS) était de 10%.

I.1.4. Etat des lieux de l'immigration et de la précarité en Poitou-Charentes

D'après l'Insee, la région Poitou-Charentes comptait, en 2009, 66 350 immigrés. Avec 3,8% de population immigrée, cette région est l'une des moins concernées par l'immigration. 35% ont acquis la nationalité française (23 240) et 43 110 ont conservé leur nationalité d'origine. (11)

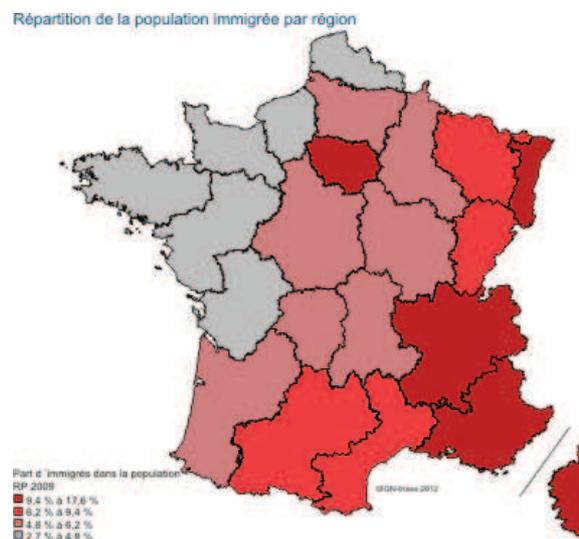


Figure 1 : Répartition de la population immigrée par région, Source Insee (11)

¹ En France, le seuil de pauvreté est fixé de façon relative. Est considérée comme pauvre, une personne dont les revenus sont inférieurs à un certain pourcentage du revenu dit « médian ». Par définition le revenu médian est celui qui correspond au revenu divisant la population en deux parties égales (il y a autant d'individus qui gagne moins que le revenu médian qu'il n'y en a qui gagne plus). En pratique on considère que le seuil de pauvreté correspond à un revenu inférieur à 60% de ce revenu de référence. (60)

² Privation durable ou chronique des ressources, des possibilités, des choix, de la sécurité et de la force nécessaire pour jouir d'un niveau de vie suffisant et des droits civiques, culturels, économiques, politiques et sociaux (définition du Comité pour les droits sociaux et culturels des Nations Unies – 2001)

La population adulte immigrée en Poitou-Charentes vit majoritairement en couple (73%). Les femmes immigrées vivent moins souvent en couple que les hommes (71% contre 75%). Comme dans la population non-immigrée, les femmes sont plus concernées par l'homoparentalité (près d'une sur douze).

En 10 ans, la région Poitou-Charentes a vu sa population d'immigrés augmenter de 70%.

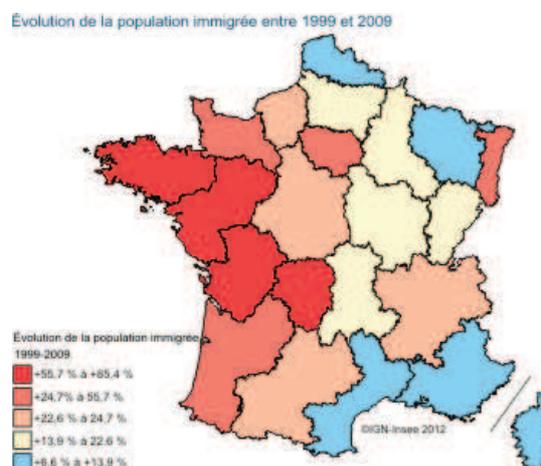


Figure 2 : Evolution de la population immigrée entre 1999 et 2009, Source Insee (11)

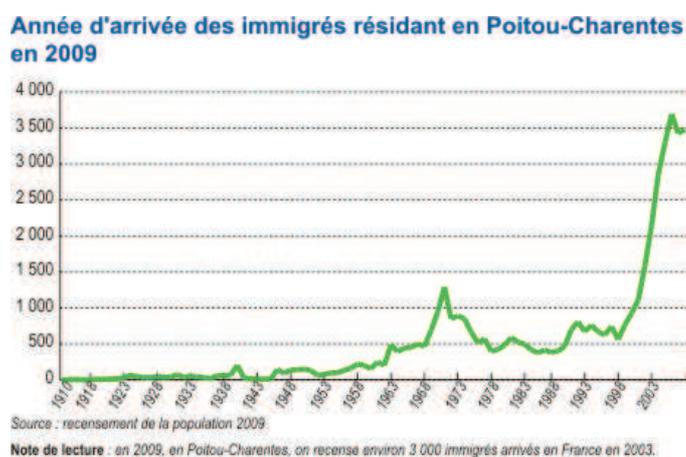


Figure 3 : Année d'arrivée des immigrés résidant en Poitou-Charentes en 2009, Source Insee (11)

En 1999, la région comptait 39 030 immigrés, soit 2,4% de la population régionale. La principale origine des immigrés était portugaise avec 1 immigré sur 5. En 10 ans, la région a gagné 27 320 immigrés. Alors que le nombre d'immigrés d'origine italienne ou de la péninsule ibérique est en diminution entre 1999 et 2009, les populations d'origine chinoise, camerounaise, turque, algérienne ont augmenté de plus de 50% et se situent, en 2009, parmi les quinze nationalités les plus représentées dans la région.

Mais ce sont les immigrés d'origine britanniques qui sont les plus nombreux, avec une multiplication par cinq des effectifs en 10 ans. Actuellement, ils représentent 25% des

effectifs. Il s'agit bien évidemment d'une forme d'immigration, souvent de retraités, qui ne répond pas exactement aux mêmes motivations que pour les autres origines.

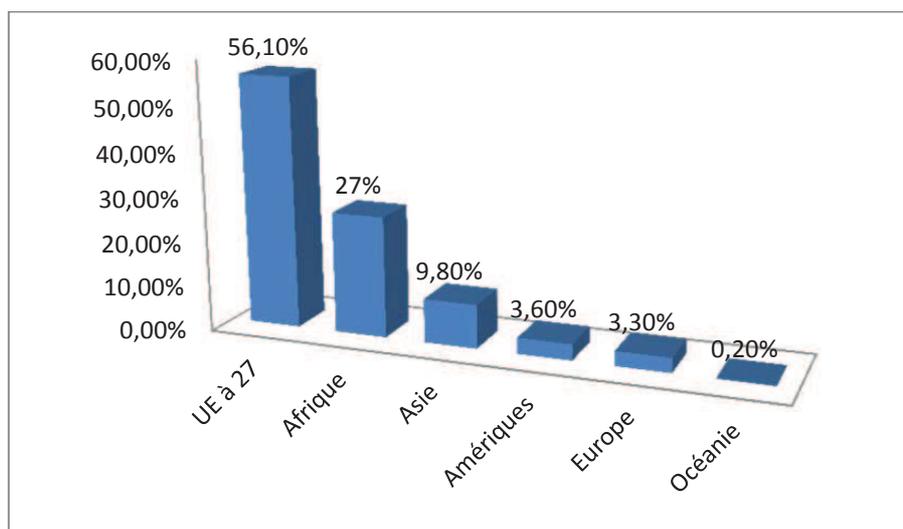


Figure 4 : Origine de la population immigrée en Poitou-Charentes en 2009
Source Insee, Recensement 2009 (11)

Pour le continent africain, les trois premiers pays sources d'immigrés sont le Maroc, la Tunisie et l'Algérie. Dans l'Union Européenne à 27, c'est la Grande-Bretagne, le Portugal, l'Espagne et l'Italie qui restent en tête.

En ce qui concerne la précarité de l'emploi dans la région Poitou-Charentes, la Vienne présente, en 2012, la plus forte hausse du taux de chômage avec + 9,5% (10,7% au niveau national). Au mois de janvier 2013, la Vienne enregistrait une hausse de + 2,1%. (12)

En ce qui concerne la précarité au sens large, d'après les associations d'aides aux personnes, comme le Secours catholique, la pauvreté s'installe dans le département de la Vienne comme au niveau national. En 2008, 13,2% de la population picto-charentaise vivait en dessous du seuil de pauvreté. (13)

Parmi ses bénéficiaires, cette association compte de plus en plus de femmes (17% en 2012, 19% en 2011) ainsi que des couples avec enfants (22% en 2010, 30% en 2011). On note également un basculement vers les âges supérieurs, avec une augmentation de + 4% des plus de 50 ans entre 2010 et 2011. (14)

Les demandes d'aide de la part de la population immigrée (Afrique sub-saharienne, Europe de l'Est) ont, quant à elles, explosé, avec notamment, une augmentation de 6 à 21% pour les populations sub-sahariennes. (14)

Si on fait un focus sur la ville de Poitiers, d'après l'état des lieux santé du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Poitiers (15), au 1^{er} janvier 2012 (d'après les données de l'Insee), Poitiers comptait 91 345 habitants dont :

- 54% de femmes,
- 23,6% de moins de 20 ans,
- 62% de 20 à 60 ans,
- 14,2% de plus de 60 ans,
- 6,6% d'étrangers.

Sur la période 1990-2010, la ville de Poitiers bénéficie d'un solde naturel et migratoire positif, avec une augmentation de la population de 0,7% par an. Il existe un renouvellement rapide de la population à cause d'une grande mobilité des 20-24 ans. Poitiers est la première ville de plus de 50 000 habitants au niveau des jeunes avec 37,6% de sa population ayant entre 15 et 29 ans.

A Poitiers, 50,2% des foyers fiscaux sont non imposables. En 2009, on comptait près de 6000 chômeurs. Cela correspondait à 9% de la population et 49,1% était des femmes.

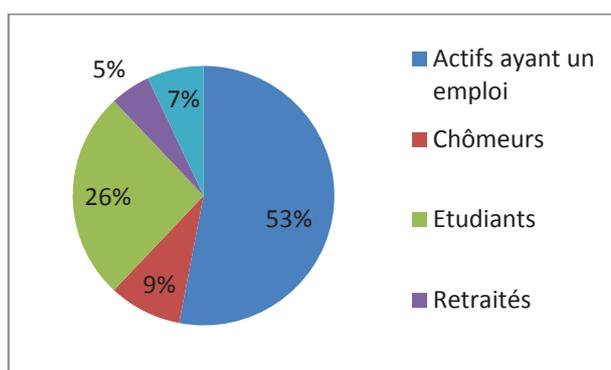


Figure 5 : Population de 15 à 64 ans par type d'activité en 2009
Sources Insee, CCAS Poitiers (15)

En juin 2012, le nombre de demandeurs d'emploi catégorie³ A est passé à 10 821 (11,8% de la population de Poitiers), avec une majorité dans la tranche d'âge 25-49 ans (64,2%). Les femmes représentent toujours près de 50% des personnes au chômage. (16)

En 2010, selon le CCAS, 5,5% de la population est allocataire du RSA (Revenu de Solidarité Active) et 11% de la population profite indirectement du RSA. En comparaison, au niveau régional le taux d'allocataires est de 5%, et de 3,5% au niveau national. Près de 25,6% de la population de Poitiers touche une aide au logement. (13)

Comme énoncé dans la définition de la précarité du Père Wresinski, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités... » (3). Si l'emploi en est une, qui touche particulièrement les jeunes et les immigrés comme nous venons de le voir, la santé et l'accès aux soins sont aussi des éléments essentiels d'intégration sociale.

³ Personne sans emploi, tenue d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, quel que soit le type de contrat.

I.2. Santé et précarité

En 1946, l'OMS est constituée et donne une définition de la santé comme un « état de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité. »

Dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'OMS en 1986, « la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie... ». Ce texte ajoute « la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu doit pouvoir se loger, se nourrir... ».

Ces différents textes nous montrent que diminuer la précarité passe par l'amélioration de chaque sécurité ou déterminant social et que celles-ci sont étroitement liées les unes aux autres. (17)

La volonté politique de lutter contre l'exclusion sociale et la précarité liée à la santé et l'accès aux soins, a commencé en 1987 avec le rapport Wresinski qui observe que pour lutter contre la misère, il faut prendre en compte les problèmes de santé.

Egalement en 1987, le rapport Revol-Strohl (groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation précaire) confirme cette ligne d'action.

En 1994, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) met en évidence, dans son rapport, les inégalités sociales en matière de santé en France. Il montre que la santé est bonne en France mais avec des faiblesses structurelles.

En 1995, le groupe de travail « Ville, Santé mentale, précarité et exclusion sociale » ou « rapport Lazarus » indique que les populations démunies ont une utilisation du système de soins plus restrictive et n'accèdent pas forcément à des activités ou des modes de vie leur permettant d'améliorer leur bien-être.

La loi de 1998 de lutte contre les exclusions sociales confirme l'exigence de lutte contre les divers facteurs de précarité. Cette loi énonçait que « la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains.. » et poursuivait par « la présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé [...]. (17)

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comprenait deux objectifs concernant le thème de la précarité et des inégalités : « Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU » et « Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires... » (18)

Enfin dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de juillet 2009, « les Agences régionales de santé [...] doivent veiller à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion ». (17)

I.2.1. Inégalités de santé

Les inégalités sociales résultent d'un ensemble de déterminants, à savoir accès aux soins et à la prévention, mais aussi conditions économiques : logement, emploi et conditions de travail, niveau de ressources et d'éducation.

En France, malgré un système de santé envié par le monde entier, les inégalités n'ont pas disparu, bien au contraire, surtout en matière de mortalité. On peut dire que la prévention profite surtout au plus aisés. L'espérance de vie a bien augmenté ces dernières années mais principalement chez les plus favorisés. Dans l'étude de l'Insee portant sur la période 1976-1999, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie à 35 ans de 47 ans, soit sept années de plus que les ouvriers, tendance qui s'aggrave depuis les vingt dernières années. (19) En 2006, l'espérance de vie des personnes sans domicile fixe était de 45 ans. (20)

Il existe aussi une différence sur la qualité de vie selon les populations. En effet les cadres vivront 73% de leur vie sans incapacité contre 60% pour un ouvrier. Ceci est particulièrement vrai pour les hommes. Les inégalités de santé entre les femmes sont un peu moindres au niveau mortalité mais restent importantes au niveau de la qualité de vie.

Au niveau européen, la France est un des pays avec le plus d'inégalités sociales en matière de mortalité. (19)

La santé est une des « sécurités » le plus souvent mise de côté par les personnes en difficulté; ce n'est pas une priorité pour elles, comparé au logement ou à l'emploi.

En 2009, la part de la population déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois était d'environ 14,3% (63% pour des soins bucco-dentaires, 25% pour les lunettes, 16% pour des soins de spécialistes). (10)

Le taux de renoncement aux soins selon le type de couverture complémentaires était de 32% si pas de complémentaire, 19,1% si CMU-c et 12,6% en cas de complémentaire privée.

La probabilité de recours à un médecin généraliste selon le type de couverture complémentaire par rapport à un ratio de référence = 1 (français né en France) était de 1,05 en cas de CMU-c et 0,48 si absence de couverture.

La probabilité de recours à un médecin spécialiste selon le type de couverture complémentaire, par rapport à un ratio de référence = 1, était de 0,87 en cas de CMU-c et 0,61 si absence de couverture.

Le graphique de la page suivante illustre ce constat :

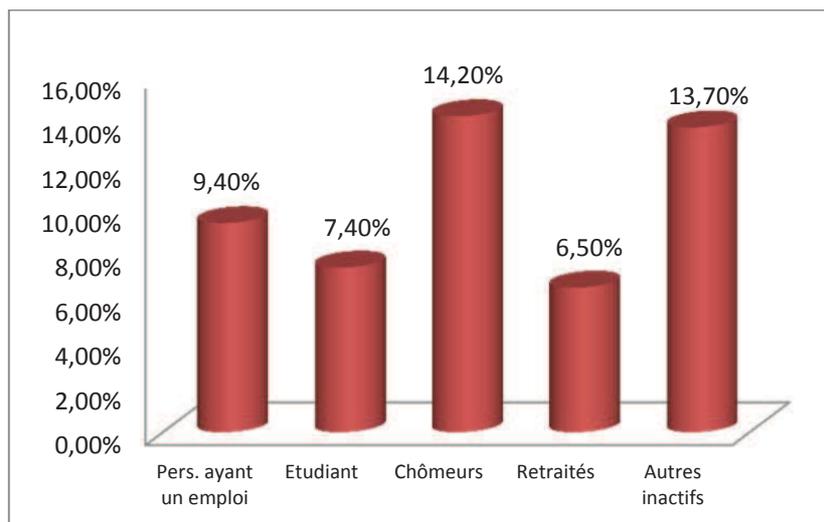


Figure 6 : Taux de non recours aux soins pour des raisons financières par situation professionnelle en Poitou-Charentes en 2010, Source ORS Poitou-Charentes (13)

Tous ces éléments ont fait en sorte que la précarité en matière de santé est devenue un sujet politique de notre temps. Cela a permis la mobilisation, la réflexion et l'écriture de lois permettant d'avancer dans la prise en charge de cette question.

Malgré cela, il faut continuer à se mobiliser pour que ces populations en difficulté aient un accès aux soins facilité et ciblé.

I.2.2. Prise en charge des plus démunis en matière de santé en France

- La médecine au service des plus démunies

Tout le monde a le droit à la santé, quelles que soient les conditions dans lesquelles les personnes vivent. En tant que médecin, nous devons aider toute personne qui en fait la demande.

Le Serment d'Hippocrate, toujours d'actualité, précise : « Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent et à quiconque me les demandera. [...] » (21)

Le Code de Déontologie, nous rappelle à travers plusieurs articles, notre mission auprès de tous les individus :

- Article 7 : « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il éprouve à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée », (22)
- Article 12 : « le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire... » (23)

La Société Française de Médecine Générale déclare : « Le médecin généraliste doit fournir des soins complets à quiconque les lui demande. Il doit organiser l'accès aux soins délivrés chaque fois que nécessaire. Il doit accepter de prendre en charge le demandeur de soins sans limite d'âge, de sexe, ni de diagnostic. Il doit traiter l'individu en tenant compte de son contexte familial et social sans distinction ethnique, religieuse, culturelle ou de classe. Il doit être compétent cliniquement pour la plupart des soins, en tenant compte des facteurs socioculturels, économiques et psychologiques du patient. Il doit exercer son rôle soit directement, soit avec d'autres agents médicaux si nécessaire. » (24)

- Les aides existantes pour améliorer le recours aux soins (15)

En France, il existe plusieurs types d'aide pour améliorer le recours aux soins des personnes en situation de précarité, notamment pour l'obtention d'une couverture santé.

– L'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) : c'est une réduction forfaitaire sur le montant de la cotisation annuelle à payer à un organisme complémentaire de santé, comme une mutuelle.

Conditions de l'obtention de l'ACS : avoir des ressources ne dépassant pas de plus de 35% le seuil d'accès à la CMU-c ; remplir toutes les autres conditions d'accès à la CMU-c.

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge du bénéficiaire.

En 2011, on note une augmentation nationale des bénéficiaires d'une attestation de l'ACS de 20,8% ainsi que du nombre d'utilisateurs (+16,3%). Cependant tous les bénéficiaires ne s'en servent pas. Le fond CMU comptabilise 85% d'utilisateurs mais sur l'ensemble des personnes susceptibles d'y avoir recours, 75% y renonce, probablement à cause de la complexité du dispositif et des démarches administratives.

– L'Aide Médicale d'Etat (AME) : elle vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière irrégulière, avec cependant une durée ininterrompue de trois mois minimum de présence, ayant sur le territoire français leur foyer ou lieu de séjour principal.

Accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU-c, l'AME prend en charge à 100% les soins de maladie, de maternité ainsi que le forfait hospitalier.

En 2011, 227 700 personnes ont eu accès à l'AME en France. En Vienne, on compte 525 bénéficiaires la même année.

– La Couverture Maladie Universelle (CMU)

La CMU de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre.

La CMU complémentaire (CMU-c) permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite, sans dépense à charge ni avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

A Poitiers, le nombre d'assurés CMU-C a augmenté de 27,2% et le nombre d'ayant droits de 28% entre 2008 et 2011. 5,9% de la population est assurée avec la CMU-c et 11,5% sont couverts.

Les bénéficiaires de la CMU-c se déclarent en plus mauvaise santé que le reste de la population. Bien qu'il s'agisse d'un indicateur subjectif, des études ont montré que la santé ressentie correspondait bien à la santé réelle. De plus, les enquêtes Santé et Protection Sociale de 2006-2008 confirment que les bénéficiaires de la CMU-c sont en moins bonne santé que les autres assurés.

- Dispositifs d'aide pour améliorer le recours aux soins en Poitou-Charentes (13)

Plusieurs dispositifs sanitaires ont été développés et mis en place pour permettre une approche spécifique des personnes en situation précaire.

On peut citer en exemple :

- Les lits halte soins de santé (LHSS): ils assurent des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social au bénéfice de personnes sans domicile fixe dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire. Trois structures départementales ont ce type de dispositif, la Vienne, la Charente Maritime et les Deux-Sèvres (17 lits).
- Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) : il y en a 13 dans la région. Ce sont des services hospitaliers visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes les plus démunies et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.
- Les équipes mobiles de psychiatrie précarité : elles mènent des actions spécifiques en dehors de leurs structures en direction de leur public cible.
- Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) : elles assurent, au titre du service public hospitalier, au sein des centres pénitentiaires, les consultations, les soins et le développement d'action de prévention et de promotion de la santé.
- Les centres d'examens de santé : gérés par les caisses primaires d'assurance maladie (Poitiers, Niort, Angoulême), ils ont pour mission de développer la prévention et les examens périodiques de santé à destination des populations les plus éloignées du système de santé.
- Les Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) : gérés par les Conseils généraux, ils assurent l'accompagnement autour de la grossesse, les consultations médicales et les vaccinations gratuites des moins de 6 ans ainsi que l'accompagnement social des parents.
- Les centres de lutte antituberculeuse, les Ateliers Santé Ville...

I.3. Le Relais Georges Charbonnier : une structure originale en France

Le Relais Georges Charbonnier (RGC), du nom de l'ancien président du Toit du Monde, est une structure sanitaire, pluridisciplinaire, unique en son genre à Poitiers, spécialement conçue pour accueillir et aider les publics les plus précaires et les plus marginalisés. Elle est également la seule structure à offrir la possibilité de consultation en soins primaires aux patients échappant au droit commun.

J'ai découvert le Relais pendant mon internat en Médecine Générale. Nous avions la possibilité de faire un « Stage Précarité ». Après six mois au contact des personnes fréquentant le Relais, j'ai décidé de m'investir davantage pour améliorer la prise en charge de leur santé et j'ai donc décidé de faire porter mon sujet de thèse sur ces populations précaires. Je me suis particulièrement intéressée aux femmes et à leur vision de la gynécologie.

Il est donc nécessaire de présenter un peu plus précisément cette structure et sa population.

I.3.1. Présentation du Relais Georges Charbonnier

- *Histoire de la création du Relais Georges Charbonnier*

Depuis 1986, Médecins du Monde est présent dans la ville de Poitiers, assurant une permanence pour les populations en difficulté. Devant l'augmentation croissante, année après année, de la fréquentation, s'est posée la question de la prise en charge sanitaire de ces personnes.

De plus, l'accueil de toute personne malade étant une obligation du service public hospitalier, il a été demandé aux hôpitaux par décret et circulaires ministérielles (décret du 17/03/1993 et circulaires du 21/03/1995), de mettre en place des dispositifs de soins gratuits et d'aide dans les démarches administratives pour les personnes les plus démunies.

Dans un premier temps, en 1996, le CHU de Poitiers a signé, avec la préfecture de la Vienne, la convention d'Aide Médicale, permettant la délivrance gratuite de soins et de médicaments en consultation externe, aux populations en situation de précarité.

Cependant, ces populations ne fréquentant pas forcément l'hôpital, il a donc fallu développer cette politique de prise en charge des plus démunis. C'est ce qui a été fait au second trimestre 1996 avec :

- Couverture médicale des plages horaires vacantes à la permanence de Médecins du Monde avec une participation volontaire de praticiens hospitaliers qui y effectuaient leur part de temps d'intérêt général,
- Affectation d'une assistante sociale aux urgences générales en 1997,
- Création d'une cellule d'accès aux soins pour aider les personnes à connaître et faire reconnaître leurs droits et harmoniser les procédures de prise en charge en cas de transfert ville-CHU,
- Elaboration du projet d'un Pôle Social Santé en centre-ville pour le dernier trimestre 1999 par la collaboration de la Ville, du CCAS, de Médecins du Monde et du CHU.

Ce Pôle Social Santé, renommé plus tard Relais Georges Charbonnier, a pour but de prolonger l'action des permanences médico-sociales de Médecins du Monde. Ce projet est issu de plusieurs réflexions :

- Face à l'augmentation de la fréquentation des patients en situation précaire au CHU ainsi qu'à Médecins du Monde, se posait la question de comment améliorer sa mission de proximité pour une prise en charge médico-sociale efficace, l'hôpital étant excentré et perçu comme source de difficulté,
- Le Centre Hospitalier Henri Laborit, hôpital psychiatrique (CHHL), souhaitait pouvoir atteindre ces populations en souffrance ou à risque, ce qui signifiait transférer une partie de son activité au plus près d'elles,
- La DDASS avait piloté un groupe de travail pour disposer d'éléments de connaissance et de réflexion pour améliorer les réponses apportées.

C'est sur ces bases que le projet d'un Pôle Social Santé est devenu réel sous l'impulsion de la Ville, du CHU, du CHHL, de Médecins du Monde, Pharmaciens sans frontière, le Toit du Monde et la Maisons des trois Quartiers.

Le Relais Georges Charbonnier ouvre ses portes le 17 janvier 2000.

Ses missions, définies par l'ensemble des partenaires impliqués dans sa création, sont :

- Créer des conditions d'accueil et de réponse adaptées aux attentes des publics concernés,
- Faciliter l'accès aux droits et aux soins,
- Améliorer les liaisons entre les intervenants par la proximité des réponses offertes sur un même lieu,
- Mettre en place un accompagnement individualisé qui permette à chacun de réintégrer le système de soins et de droits offerts à tous et de faciliter ainsi l'exercice de la citoyenneté. (24)

- Description

Le RGC se trouve en centre-ville de Poitiers, rue du Mouton, dans le quartier de Montierneuf. Il est proche du plateau, de la gare et des boulevards extérieurs, permettant une facilité d'accès pour les populations les plus précaires et les plus marginalisées. C'est un quartier calme, peu fréquenté par les piétons ; les riverains ont accepté la présence du Relais, même si quelque fois, des tensions existent.

Il se situe à côté de la Maison des trois Quartiers, avec qui le Relais partage des locaux.

Les usagers entrent par la rue du Mouton. Ils passent d'abord devant le service de restauration puis arrive au pôle médico-social qui se trouve au fond de la cour. A son entrée, le patient s'adresse au personnel accueillant qui décrypte leurs problèmes; celui-ci le prend en charge pour l'orienter vers le professionnel correspondant à ses besoins. Le hall d'entrée est circulaire et chaque bureau est situé autour, ce qui permet au patient d'être au centre de la structure et de pouvoir accéder facilement à chaque service. Une boisson leur est proposée pendant qu'ils attendent.

L'ambiance est accueillante et chaleureuse, sans débordement et dans le respect mutuel. Ses règles sont clairement exprimées à l'entrée du Relais ainsi que la non consommation de produits comme l'alcool ou les produits stupéfiants dans l'enceinte du Relais. Les chiens, étant des compagnons fréquents des populations sans domicile fixe, peuvent être laissés dans un emplacement prévu à cet effet. (24)

- Les différents services

Le relais Georges Charbonnier regroupe :

Le pôle médico-social : qui comprend des médecins, des assistantes sociales, une infirmière, des infirmiers psychiatriques et des éducateurs de rue.

Les consultations et entretiens se font sans rendez-vous de 14h à 17h, excepté le jeudi où la matinée est consacrée à des rendez-vous programmés, dont ceux avec les interprètes, le midi à une réunion entre les différentes équipes. Les consultations commencent à 14h30 ce jour-là. L'accueillant fait le tri pour inscrire les patients pour le professionnel concerné.

Les consultations médicales sont principalement de la médecine de soins primaires. Les médecins peuvent être amenés à réaliser des consultations plus administratives notamment pour aider les patients nécessitant un titre de séjour pour soins. Sur le plan gynécologique, le cabinet médical est équipé d'une table d'examen permettant un examen gynécologique. Cependant la non pratique régulière des actes gynécologiques par les praticiens et le nombre élevé de patients consultant chaque jour rendent difficile cette pratique de manière non organisée.

Actuellement le personnel du pôle médico-social se compose :

- D'un médecin du service des urgences qui supervise la structure et participe aux consultations. Il est aidé, à chaque semestre d'un interne en médecine générale qui est à mi-temps entre le relais et l'UCSA du centre pénitentiaire de Poitiers-Vivonne,
- De deux assistantes sociales, faisant partie de la PASS, en association avec le CHU. Une permanence sociale est assurée tous les jours au relais. Sa mission est d'aider ces patients, souvent sans assurance, au travers des diverses démarches administratives pour obtenir un meilleur accès aux soins. Elles ont également permis la création d'une PASS médicament en association avec le CHU, permettant la délivrance gratuite de médicaments aux patients du relais,
- D'une infirmière, qui travaille également à l'UCSA. Elle est d'une grande d'aide dans le tri des patients venant en consultation médicale, pour les soins (certains patients sans domicile ayant parfois besoin de soins quotidiens ; les vaccinations..) ainsi que pour gérer la pharmacie,
- De deux infirmiers psychiatriques, qui par une écoute spécialisée, prennent en charge les patients en difficultés psychologiques ou atteints de pathologies psychiatriques, ce qui est fréquent dans ces populations. Ils permettent de faire le lien avec le CHHL et d'avoir une prise en charge la plus adaptée possible,
- D'une sage-femme qui participe à l'activité du CIDDIST,
- De deux éducatrices de rue qui travaillent avec les patients, dont les plus marginalisés, pour les aider et les amener vers une réinsertion,

- D'une accueillante qui aide les patients à s'orienter vers le professionnel concerné, les écoute et leur offre un contact humain chaleureux,
- De deux interprètes, arménienne et russe, qui sont d'une très grande aide pour communiquer avec les patients étrangers et non francophones,
- De la PASS dentaire, créée en 2011, qui offre la possibilité d'une consultation gratuite de dépistage et de prévention des problèmes odontologiques,
- D'un médiateur « de cour », présent entre 11h30 et 15h30, pour faciliter la communication et la discussion avec et entre les populations reçues.

Le pôle restauration ou restaurant social propose des repas le midi de 11h30 à 14h aux personnes les plus démunies ainsi qu'aux personnes âgées du quartier et aux enfants du centre de loisir de la Maison des Trois Quartiers.

Le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST, ancien CIDAG) qui est ouvert deux fois par semaine, le lundi et le mercredi, de 17h30 à 19h, sans rendez-vous. Il accueille toute personne, que ce soit des patients du relais ou non, pour un dépistage anonyme et gratuit des principales infections sexuellement transmissibles. Il fonctionne grâce aux médecins du relais et à une sage-femme qui réalise les prélèvements et dispense des conseils de prévention. (24)

- Les partenaires

Le RGC travaille en collaboration avec plusieurs structures, telles que :

- Le Toit du Monde : association loi 1901 qui reçoit des subventions pour permettre aux personnes étrangères d'établir leurs droits à résider en France (demande d'asile, titre de séjour pour soins). Il finance également le pôle restauration du relais et propose diverses activités culturelles,
- Les CSAPA: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie qui prennent en charge et accompagnent les personnes ayant des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux substances illicites (remplacent les anciennes structures CIPAT et CASA),
- La PMI : pour les femmes enceintes et les enfants jusqu'à 6 ans,
- Le CHU : qui est en étroite collaboration avec le relais à travers la PASS et le service des urgences dont dépend le relais du point de vue médical, (24)
- La Croix Rouge : qui offre la possibilité d'une domiciliation, première étape vers la réinsertion,
- Le Secours Catholique : qui propose un hébergement de jour ainsi qu'un aide pour l'alimentation.

I.3.2. Description de la population du Relais Georges Charbonnier

- Population générale

- **File active**

Le nombre de consultations augmente tous les ans depuis trois ans avec un maximum l'année 2012 (3243 consultations pour 805 patients consultants). Entre 2011 et 2012, on note une augmentation de près de 27%.

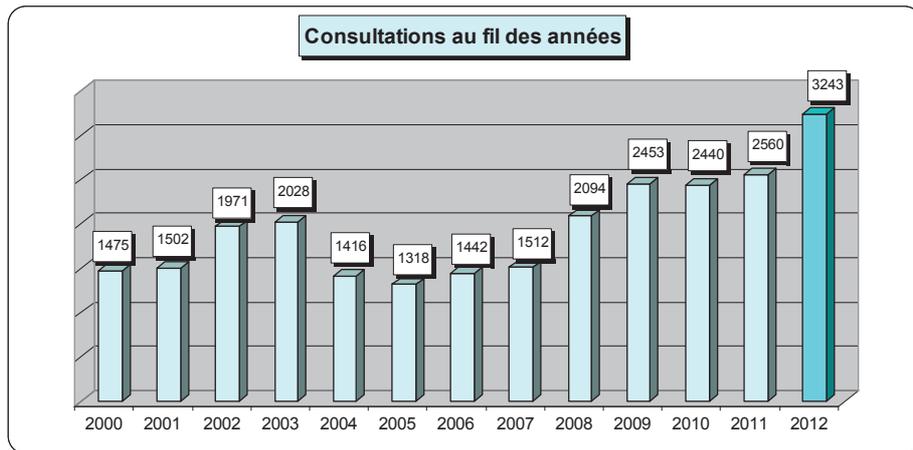


Figure 7 : nombre de consultations médicales recensées au RGC par année, Source Bilan d'activité RGC 2012 (25)

En 2012, le nombre de consultations mensuelles variait de 333 au mois de février à 148 au mois de septembre. En effet depuis septembre, les consultations ne se font que l'après-midi de 14h à 17h. Cependant, on constate que le nombre de consultations mensuelles au dernier trimestre était à peu près équivalent à celui du reste de l'année, lorsque le relais était encore ouvert matin et après-midi.

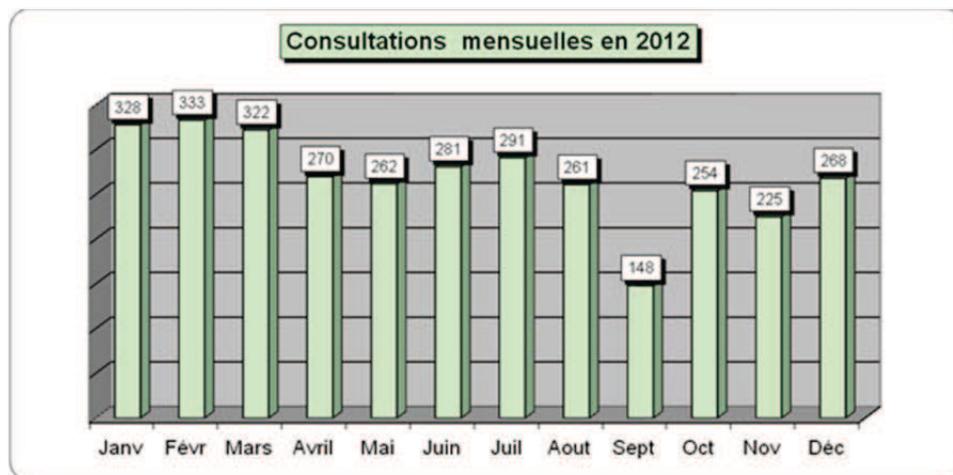


Figure 8 : Nombre de consultations médicales recensées par mois en 2012, Source Bilan d'activité RGC 2012 (25)

- Ancienneté

Une des missions du Relais est de permettre aux usagers de retourner dans le droit commun notamment sur le plan médical.

Comme chaque année, on note que la majorité des patients consultant en 2012 n'était jamais venu avant.

Année de 1ère consultation	File active	%	Consultations	%
2012	531	66,0%	1846	56,9%
2011	126	15,7%	701	21,6%
2010	51	6,3%	344	10,6%
2009	41	5,1%	139	4,3%
2008	28	3,5%	67	2,1%
2007	9	1,1%	69	2,1%
2006	7	0,9%	19	0,6%
2005	1	0,1%	5	0,2%
2004	2	0,2%	7	0,2%
2003	4	0,5%	28	0,9%
2002	5	0,6%	18	0,6%
Totaux	805	100,0%	3243	100,0%

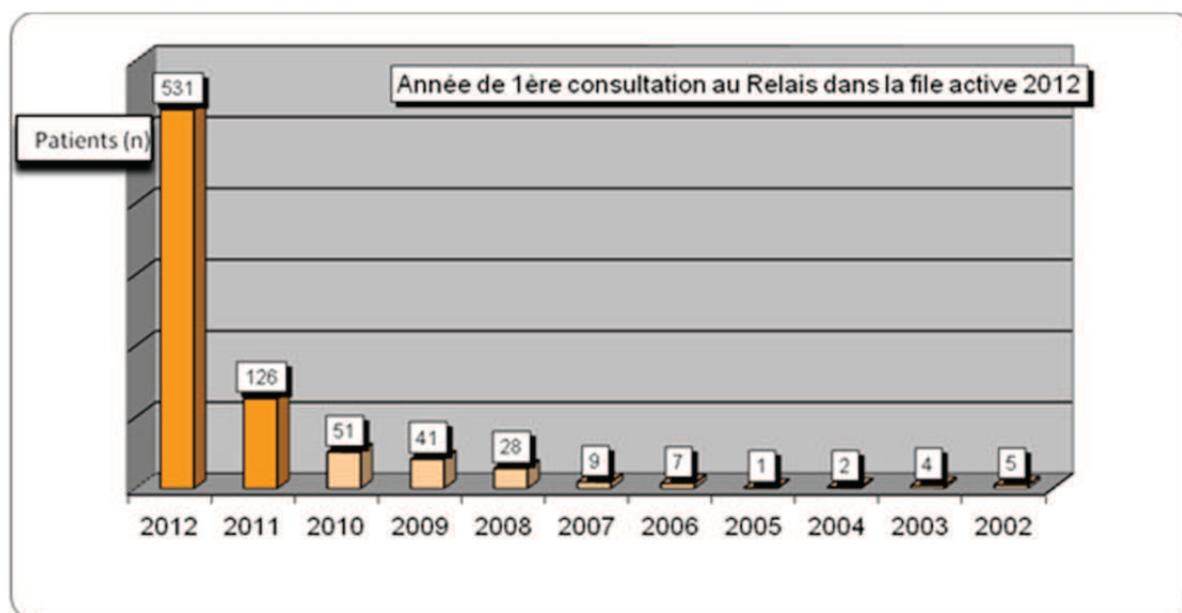


Figure 9 : Nombre de patients recensés par année sur la base de l'année de leur première consultation au RGC, Source Bilan d'activité RGC 2012 (25)

Ainsi sur 805 patients, 531 sont venus pour la première fois consulter au relais en 2012, soit 66%. 126 sont revenus en 2012 après avoir consulté pour la première fois en 2011, soit 16% de la file active.

En définitive, on constate que près de 82% des patients ont une ancienneté inférieure à deux ans. Donc, malgré quelques cas de patients fidèles depuis plusieurs années, le relais semble remplir sa mission pour la réinsertion des patients.

- Sex ratio

En 2011, le nombre d'hommes ayant consulté au relais était légèrement supérieur à celui des femmes (52,3% contre 47,7%) et ils représentaient un plus grand nombre de consultations (52,7% pour les hommes, 47,3% pour les femmes).

En 2012, cette tendance se confirme avec sur les 805 patients, environ 58% d'hommes et 48% de femmes.

Ils représentent également 61% des consultations contre 39% pour les femmes.

Sexe	Patients (n)	Consultations (n)	Ratio C/P	Patients (%)	Consultations (%)
Femmes (n)	337	1260	3,74	41,9%	38,9%
Hommes (n)	468	1983	4,24	58,1%	61,1%
Totaux	805	3243		100,0%	100,0%

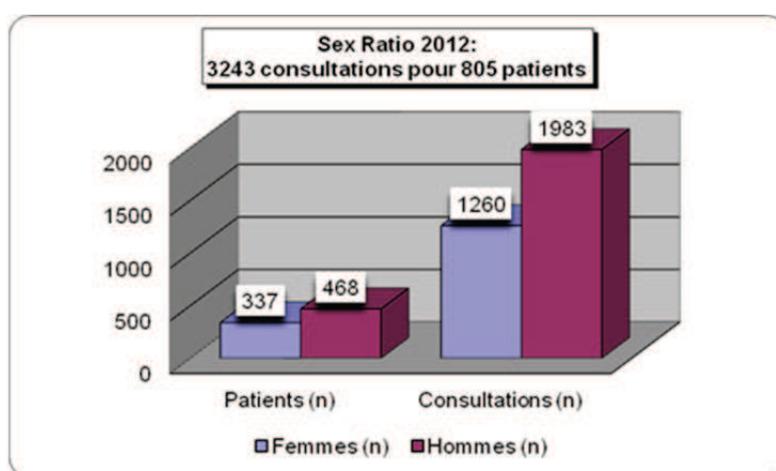


Figure 10 : Répartition des patients et du nombre de consultations de 2012 selon le sexe, Source Bilan d'activité RGC 2012 (25)

- Répartition selon l'âge

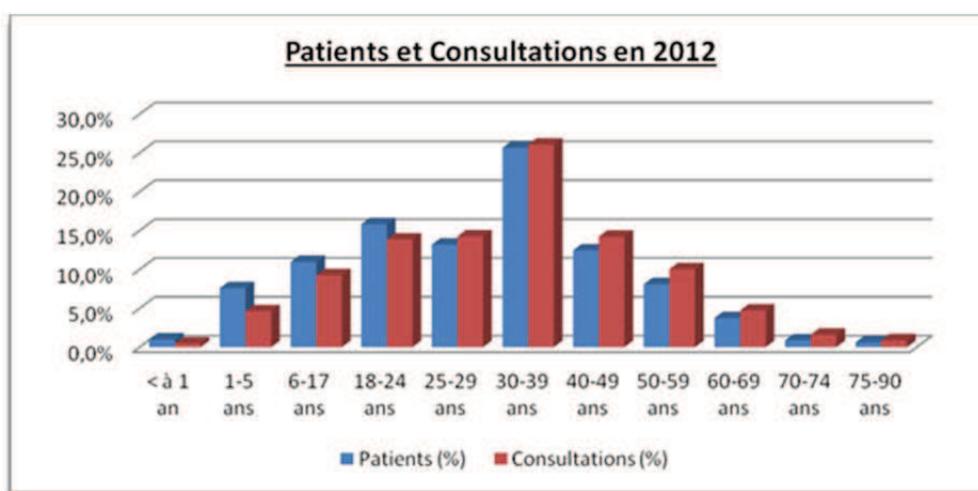


Figure 11 : Répartition par classe d'âge des patients de la population générale du RGC et du nombre de consultations en 2012, Source Bilan d'activité RGC 2012 (25)

Ce sont les 30-39 ans qui représentent le plus de patients, 25.7%, et le plus grand nombre de consultation, 26%. Les moins de 6 ans sont généralement adressés au service de PMI pour prise en charge de la prévention, des vaccinations...

- Origine des patients

Le Relais accueille toute personne sollicitant une aide médico-sociale, qu'elle soit française ou étrangère, avec ou sans titre de séjour. La population du relais est donc très variée avec une multitude de pays représentés.

Si on groupe ces pays par région, voici ce que l'on obtient pour l'année 2012 :

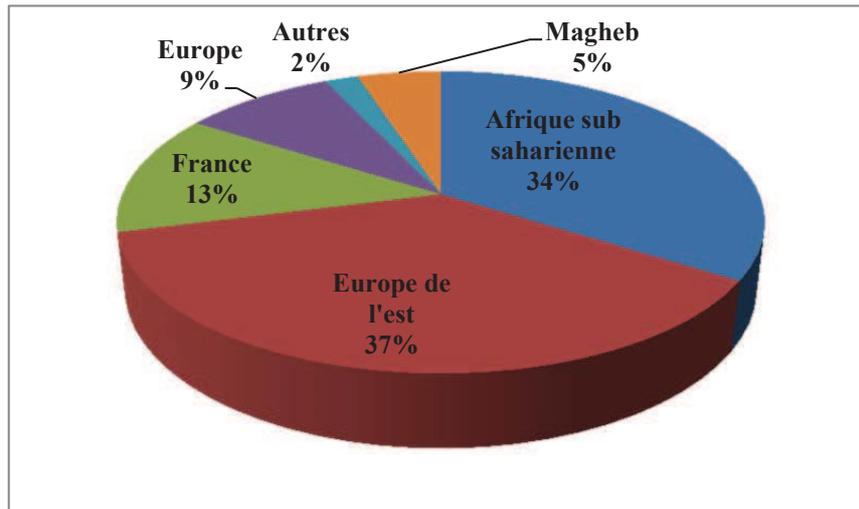


Figure 12 : Répartition des patients de la population générale du RGC selon leur origine, Source Bilan d'activité RGC 2012 (25)

Depuis quelques années, les patients venus de l'Europe de l'Est sont les plus nombreux avec une grande majorité venant de quatre pays : Géorgie, Russie, Arménie et Roumanie.

Mais en 2012, le nombre de consultation de patients venant d'Afrique sub-saharienne a beaucoup augmenté avec 34% contre 26% en 2011, le pays le plus représenté étant la Guinée. Les patients français représentaient, en 2012, 13% des consultations. Ce sont principalement des jeunes, touchant le RSA, souvent marginalisés.

• Population féminine

La proportion de femmes sur le nombre total de patient fréquentant le relais est en légère baisse en 2012.

Elle est de 42% contre environ 48% les deux dernières années. Elles représentent 39% des consultations en 2012 contre 47% en 2011.

L'âge allait de 0 à 90 ans. Les femmes âgées de plus de 15 ans étaient 275 avec un maximum chez les 25-34 ans.

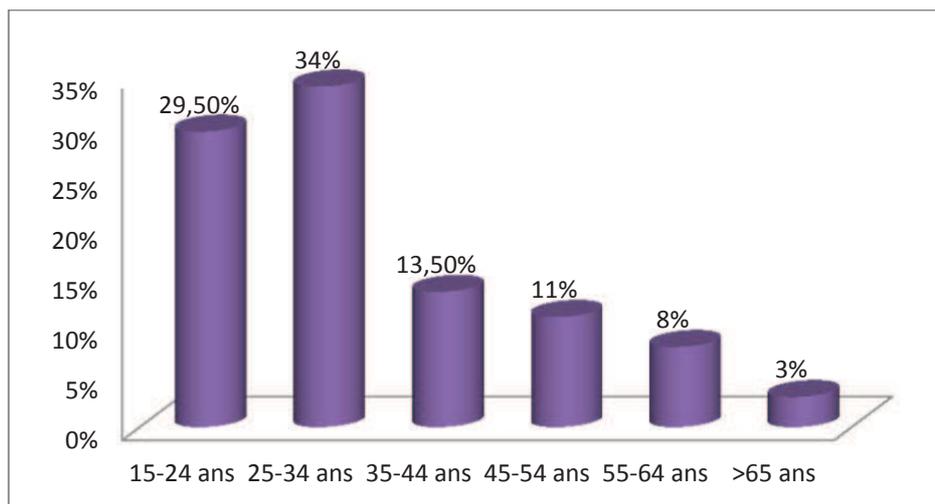


Figure 13 : Répartition des patientes du Relais en 2012 en fonction de l'âge
Source base d'accueil du RGC

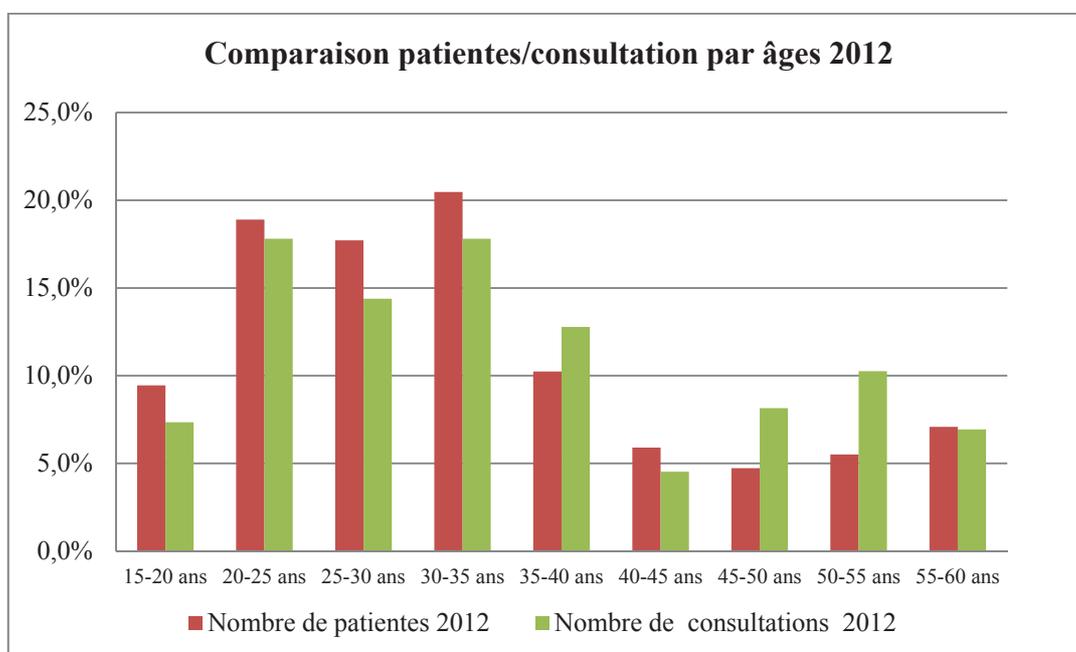


Figure 14 : Répartition par classe d'âge de la population féminine du RGC et du nombre de consultation en 2012, Source base d'accueil du RGC

Si l'on compare, sur les trois dernières années, le nombre de consultations médicales chez les femmes par tranche d'âge, chez les femmes de 15 à 60 ans, on peut noter que les jeunes femmes représentent toujours le plus grand nombre de consultation dans cette population et ceci sur les trois années. La population féminine du RGC est donc plutôt jeune, nécessitant un suivi sur le long terme.

Cependant sur la période 2010-2012, comme le montre le graphique de la page suivante, si le nombre de patientes de plus de 45 ans est relativement stable par classe d'âge, on note que le nombre de consultations, lui, peut varier sensiblement d'une année à l'autre, sans qu'on puisse apporter actuellement d'explication à ces variations.

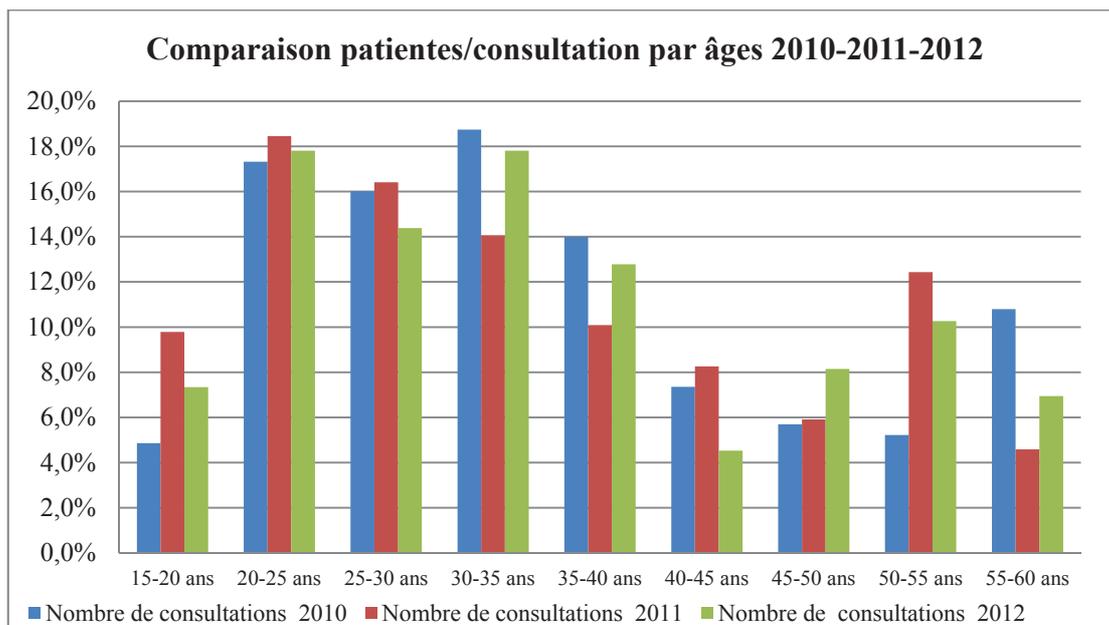


Figure 15 : Répartition par classe d'âge de la population féminine du RGC et du nombre de consultation sur les trois dernières années, Source base d'accueil du RGC

En 2011, sur un échantillon de 1171 consultations, la gynécologie-obstétrique représentait 7,7% des motifs de consultation (soit 90 consultations) et était le 4^{ème} motif de consultation en fréquence.

En 2012, sur un échantillon de 2174 consultations, cela représentait 5% des motifs de consultation (soit 109 consultations) et passait au 8^{ème} rang des motifs de recours médicaux.

I.4. Conclusion

D'après les définitions, une personne en situation de précarité manque d'une ou plusieurs sécurités, au sens du père Joseph Wresinski, lui permettant d'assumer ses responsabilités et de jouir de ses droits.

Dans cette population, on retrouve beaucoup de migrants et de jeunes et dans ces deux catégories les femmes sont souvent majoritaires et les premières touchées par la précarité.

Pour la plupart des personnes en difficulté, l'emploi et le logement reste la priorité pour sortir de la précarité. La santé est, quant à elle, souvent reléguée au second plan, n'apparaissant pas prioritaire dans l'esprit des gens. L'accès aux soins peut être difficile, l'avance des frais, les déplacements nécessaires ou encore la mauvaise compréhension de la langue peuvent être des freins.

Cependant de nombreuses inégalités de santé existent dans notre pays, entraînant une surmortalité des personnes les plus précaires et un mauvais accès à la prévention.

Améliorer la prise en charge en matière de santé dans ces populations en difficulté est une des étapes nécessaires pour prendre en charge la précarité. Pour cela, une des solutions est de promouvoir et de faciliter l'accès au dépistage.

II. LE DEPISTAGE EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE

II.1. Généralités

II.1.1. Définitions et objectifs

Un dépistage est une action de santé publique, c'est-à-dire une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la santé d'une population.

Le dépistage d'une maladie a des retombées favorables chez les sujets correctement identifiés comme positifs ou négatifs. (26)

Pour les vrais positifs (sujets effectivement malades pour lesquels le test est positif), les avantages peuvent être une meilleure efficacité de l'intervention (traitement ou mesure préventive) instaurée plus précocement, de meilleures chances de survie des patients, ou une amélioration de la qualité de vie des patients par réduction des traitements, et une économie de ressources générée par une réduction du coût total de la prise en charge de la maladie (traitements initiaux moins radicaux et diminution de la morbi-mortalité). (26)

Pour les vrais négatifs (sujets effectivement non malades pour lesquels le test est négatif), les avantages peuvent être un sentiment de tranquillité éprouvé par les patients et un éventuel allègement des mesures de surveillance. Par ailleurs, le dépistage peut contribuer à l'équité en permettant l'accès aux soins à une partie de la population dépistée. Cette dernière n'aurait pas bénéficié de ces soins si elle n'avait pas été concernée par le programme de dépistage. (26)

Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement. (27)

L'objectif du dépistage est d'améliorer la santé des individus par le diagnostic précoce des maladies à un stade où elles sont curables ou quand leurs conséquences peuvent être limitées.

Les répercussions de la maladie sur l'individu et la société doivent être mesurées.

Cependant, il n'existe pas d'échelle permettant de définir l'importance du problème de santé publique représenté par la maladie à dépister. (27)

On peut mesurer l'impact que représente la maladie d'après les répercussions sur l'individu et la société (mortalité, morbidité, impact socio-économique).

- À l'échelle individuelle, le coût social est représenté par les années potentielles de vie perdues, le coût de la prise en charge de la pathologie, le degré d'incapacité, la douleur et l'inconfort ainsi que l'impact sur la famille. Le patient peut voir sa qualité de vie se détériorer

et avoir des difficultés financières, outre la douleur et la souffrance associées à la maladie et la possibilité d'un décès prématuré,

- À l'échelle collective, le coût social peut concerner la société au sens large du terme ou les proches du patient :

- le coût pour la société peut être décrit par la mortalité, la morbidité et les coûts de la prise en charge de la pathologie à assumer, les pertes productives,

- la famille et les amis peuvent encourir des pertes financières et subir des traumatismes psychologiques et affectifs. La maladie peut donc avoir de nombreuses répercussions sur le plan social (stigmatisation d'un groupe) et économique.

L'analyse des données épidémiologiques permet par ailleurs d'estimer la taille de la population cible du dépistage. (26)

En 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4% de la dépense courante de santé, dont environ 2,5 milliards étaient dévolus au dépistage. (28)

Le dépistage est donc une démarche de prévention secondaire qui a pour caractéristiques :

- de ne pas répondre à une demande explicite des populations: c'est le médecin qui prend l'initiative de l'examen, clinique ou biologique, de personnes a priori en bonne santé car ne présentant pas de signes de la maladie.
- de n'être qu'une étape avant le diagnostic de certitude. Les outils utilisés pour le dépistage sont différents des examens diagnostiques ; ils permettent de sélectionner dans la population générale les personnes porteuses d'une affection définie et de différencier, avec un certain taux d'erreur, les sujets probablement sains des sujets probablement malades. Ces derniers seront ensuite référés aux médecins et soumis à d'autres tests avant que le diagnostic ne soit établi ou récusé. (27)

II.1.2. Critères de choix d'un dépistage

Le dépistage doit répondre à un certain nombre de critères définis par l'O.M.S. (de Wilson et Jungner, établis en 1968) comme les 10 principes servant au choix d'un programme de dépistage. (27)

1. La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, la gravité des cas, ...).
2. Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée.
3. Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.
4. La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
5. Il existe un examen de dépistage efficace.
6. Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population.
7. Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie.
8. Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.

9. Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.

10. Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée «une fois pour toutes».

Le choix d'un programme de dépistage en population dépend de quatre critères essentiels : (27)

- Le test de dépistage: il faut avant tout disposer d'un test de bonne sensibilité, d'emploi facile, rapide, peu cher et acceptable pour la population,
- La maladie à dépister: la maladie doit constituer une «menace» pour la santé publique. Il existe des moyens diagnostiques à un stade pré symptomatique. Il existe un traitement d'efficacité démontrée,
- La population cible: si l'on veut augmenter le rendement (nombre de cas dépistés) d'un dépistage, il vaut mieux choisir une population où la prévalence de la maladie est élevée (population à risque) ; les dépistages chez des sujets volontaires ou demandeurs ont une valeur limitée, il faut que la population soit approchée de manière active et systématique,
- La notion de priorité: un programme de dépistage ne sera mis en place qu'après avoir examiné les autres priorités sanitaires dont la réalisation entraînerait un coût identique: n'y a-t-il pas un autre niveau d'intervention à envisager (prévention primaire par exemple) ?

En France, un des domaines où le dépistage est un élément essentiel, est la lutte contre le cancer.

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. (29)

Il est aujourd'hui possible de dépister ou de détecter précocement certains cancers. Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique (cancer du sein, cancer colorectal), soit de façon individuelle à l'initiative du professionnel de santé ou du patient (cancer du col de l'utérus, mélanome...). (29)

Par exemple, pour le cancer du sein : le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004, après avoir fait l'objet d'une expérimentation dès la fin des années 80 puis d'une généralisation progressive sur l'ensemble du territoire. Ce programme, organisé par les pouvoirs publics, cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans symptôme apparent ni antécédent de cancer du sein. Elles sont invitées tous les deux ans à faire pratiquer une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé. (30)

II.2. Le dépistage comme outil de santé publique : exemple du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus répond aux critères nécessaires pour mettre en place un programme de dépistage.

Il représente un problème de santé publique au niveau mondial.

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus est bien connue et d'évolution lente. Plusieurs stades de lésions précancéreuses existent, sur plusieurs années, avant l'apparition d'un cancer invasif et celles-ci permettent un traitement efficace et peu coûteux en comparaison. Ces lésions sont principalement dues à une infection par un virus au niveau du col utérin, le Human Papilloma Virus ou HPV. Ce qui fait que le cancer du col de l'utérus est un des rares cancers dû à un virus.

Le dépistage a donc un retentissement direct sur l'incidence du cancer. Il est sûrement à l'origine de la baisse de cette incidence dans les années précédentes. L'augmentation de la couverture par frottis devrait permettre de maintenir cette diminution dans le temps. La loi de santé publique de 2004 préconisait de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an.

Nous allons analyser plus précisément son histoire naturelle et sur quoi repose le dépistage. (31)

II.2.1. Caractéristiques du Papillomavirus

- Définition

Les papillomavirus humains ou HPV sont des virus nus, de petite taille, appartenant à la famille des Papovaviridae. A ce jour, on identifie 118 génotypes de papillomavirus parmi lesquels 96 papillomavirus humains (HPV 1 à 96) et 22 papillomavirus animaux.

Les papillomavirus sont épithéliotropes et infectent les épithéliums cutanés et muqueux.

Tous les papillomavirus se distinguent en fonction de leur tropisme (cutané ou muqueux), de leurs propriétés biologiques et de leur potentiel oncogénique (haut-risque et bas-risque). (32)

- Types d'HPV et sites d'infection

Parmi les HPV cutanés les plus fréquents, les HPV 1, 2, 3, 4 ou 10 sont responsables des verrues plantaires et palmaires.

Parmi les HPV muqueux les plus fréquents, on distingue :

- les HPV à bas risque oncogène (HPV-BR 6 et 11) responsables de lésions anogénitales bénignes telles que les condylomes acuminés ou verrues génitales ;
- les HPV à haut risque oncogène (HPV-HR 16 et 18) qui sont associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. (33)

Bien que la peau soit le site le plus commun d'infection extra-génitale à HPV, on peut retrouver des infections au niveau de la bouche, l'œsophage, larynx, trachée et conjonctive. (34)

- Multiplication

L'HPV infecte les cellules basales de l'épithélium et se multiplie dans les couches mieux différenciées de l'épithélium. Les cellules souches basales sont capables d'auto-renouvellement ce qui est nécessaire au maintien d'une infection virale chronique. Les nouvelles particules virales sont libérées quand la couche superficielle de l'épiderme est éliminée. Les infections permissives suivent le cycle viral classique, absorption et pénétration, transcription, translation, réplication d'ADN (Acide désoxyribonucléique) et maturation. L'infection des cellules hôtes par HPV peut entraîner la persistance d'infections. (34)

- Transmission

L'infection par un HPV peut se transmettre, via différents contacts, à travers les micro-abrasions de l'épiderme ou des muqueuses. La transmission se fait par contact direct avec des revêtements cutanés ou muqueux lésés, du sujet lui-même (auto-inoculation de verrues) ou d'une autre personne atteinte (hétéro-inoculation). La transmission peut être indirecte, par contact avec des objets et surfaces contaminés. (33)

La transmission par voie sexuelle, via les lésions ano-génitales, reste la plus fréquente et place l'infection génitale par HPV parmi les 3 principales infections sexuellement transmissibles (IST) dans la population générale mondiale avec les infections à *Chlamydiae trachomatis* et *Trichomonas vaginalis* et en première place des IST d'origine virale avant l'herpès génital. (32)

Comme les autres virus à ADN, les HPV doivent utiliser le système de réplication de l'ADN des cellules hôtes. Quand le développement de l'HPV est stoppé à certains stades de son cycle normal de réplication, une infection persistante apparaît. Cela a été très souvent retrouvé dans les études sur l'évolution du cancer du col de l'utérus. (34)

- Clairance

La clairance virale signifie que l'ADN viral a été éliminé par les défenses immunitaires de l'hôte et n'est plus détecté dans les prélèvements. Dans le cas d'HPV, après une primo-infection, le portage du virus évolue dans la majorité des cas, dans le sens d'une clairance virale. Plus de 80% des infections à HPV régressent spontanément avec en moyenne 70% en 12 mois et 90% en 24 mois. (32)

- Facteurs influençant (32)

Certains facteurs peuvent influencer sur la clairance ou la persistance de l'infection. On peut les subdiviser en 3 catégories :

– Facteurs environnementaux ou exogènes : utilisation au long cours de contraceptifs oraux (>= 5 ans), tabagisme actif ou passif, présence d'autres IST (en particulier Herpès Simplex Virus 2 et *Chlamydiae*), déficit immunitaire acquis (VIH, transplanté). Il existerait également

des facteurs nutritionnels notamment une concentration élevée en homocystéine. En revanche, un régime riche en fruits et légumes serait protecteur.

– Cofacteurs viraux : infection à HPV 16 voire 18, charge virale élevée, certains variants viraux à plus haut risque au sein d'un même géotype...

– Facteurs endogènes, propres à l'individu : les facteurs endogènes correspondent à certains facteurs génétiques en rapport avec le groupe de gènes dans le complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) humain qui code pour le système HLA (human leukocyte antigen ; protéines présentatrices d'antigène de surface). Certaines hormones endogènes (nombre de grossesse, statut ménopausique) sont également impliquées, de même que les capacités de réponse immunitaire propres à l'individu (déficits immunitaires constitutionnels).

L'âge du premier rapport sexuel, le nombre de partenaire au cours de la vie, l'historique des IST ne sont pas considérés comme des facteurs favorisant la persistance de l'infection à HPV ou comme des cofacteurs de la carcinogénèse mais plutôt comme des facteurs de risque d'infection par les HPV.

- Développement des lésions précancéreuses

L'infection persistante à HPV est un prérequis pour le développement de lésions précancéreuses de haut grade et de cancers du col de l'utérus. Cependant, d'un point de vue épidémiologique, il n'existe pas vraiment de consensus sur la définition d'une infection persistante. La plupart des investigateurs appellent « infection persistante » celle dans lesquelles le même HPV ou le même type d'HPV est détecté à deux visites consécutives. Seulement, les visites peuvent être espacées de 4 mois comme de 5 à 7 ans, ce qui pose un problème conceptuel. Une nouvelle définition a été proposée, basée sur la durée de l'infection. Cependant beaucoup de paramètres de l'histoire naturelle restent inconnus et globalement la distinction entre infection transitoire et infection persistante est impossible à établir véritablement.

Malgré ces limitations, la persistance d'une infection à HPV peut être définie par la présence d'HPV à 2 visites ou plus et est associée à un risque accru de lésions précancéreuses dans la plupart des études.

Une infection persistante seule n'est pas suffisante pour une carcinogénèse car il existe des types d'HPV non oncogènes qui peuvent persister sans risque oncogène, tel que l'HPV 61. Moins de 5% des femmes infectées par HPV 16 développeront un cancer du col utérin au cours de leur vie. (35)

II.2.2. Epidémiologie

- Epidémiologie de l'infection à HPV

Répartition mondiale

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévalence des infections aux HPV est estimée à 660 millions de personnes infectées. L'infection par HPV est considérée comme l'IST la plus répandue au monde.

L'étude épidémiologique menée par l'International Agency for Research on Cancer (IARC) sur 15000 femmes issues de onze pays (Nigeria, Inde, Vietnam, Thaïlande, Corée, Colombie, Argentine, Chili, Pays-Bas, Italie et Espagne) montre que tout âge confondu, la plus faible prévalence est retrouvée en Espagne (1,4%) et la plus élevée au Niger (25,6%). La prévalence en Amérique du Sud (14,1%) et en Asie (8,7%) est intermédiaire par rapport à l'Europe (5,2 %) et à l'Afrique (25,6%). (36)

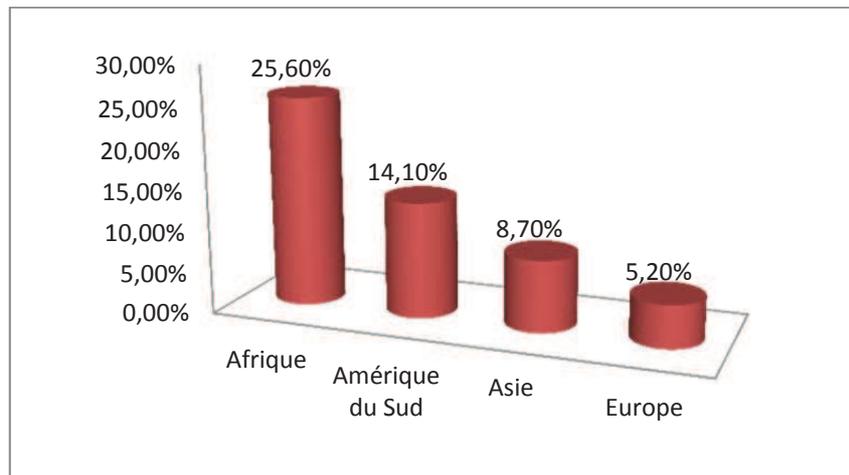


Figure 16 : Prévalence de l'infection à HPV dans le monde, tout âge et tous types de HPV confondus (36)

Le nombre de nouvelles infections génitales chez la femme par HPV, dans le monde, est estimé à 30 millions par an. On estime que 50 à 75% des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV. (32)

Types d'HPV dans les lésions précancéreuses et cancéreuses

Une analyse de 12 études conduites dans 25 pays par l'IARC a mis en évidence la prévalence des différents types d'HPV dans 3085 cas de cancer du col de l'utérus.

Les HPV 16 et 18 comptent pour 70% des cancers du col. Les 8 types les plus communs d'HPV à haut risque 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35, comptent pour près de 90% des cas mondiaux de cancer du col de l'utérus⁴.

Une méta-analyse de 85 études portant sur 14500 cas retrouvait des résultats similaires avec les huit mêmes types d'HPV les plus fréquents, à l'exception, peut-être de l'HPV 52 qui pourrait être remplacé par HPV 56 en Europe. (37)

Le graphique de la page suivante montre cette répartition selon les deux études.

⁴ La connaissance de ces virus a permis l'élaboration d'un vaccin (HPV 16 et 18), utilisé depuis quelques années en France. La vaccination est une méthode de prévention primaire (dans ce cas, on conseille de vacciner toutes les jeunes filles de 11 à 19 ans inclus, quel que soit l'âge de début de l'activité sexuelle) qui n'entre pas dans le champ de ce travail dont l'objet est le dépistage qui par définition fait partie de la prévention secondaire.

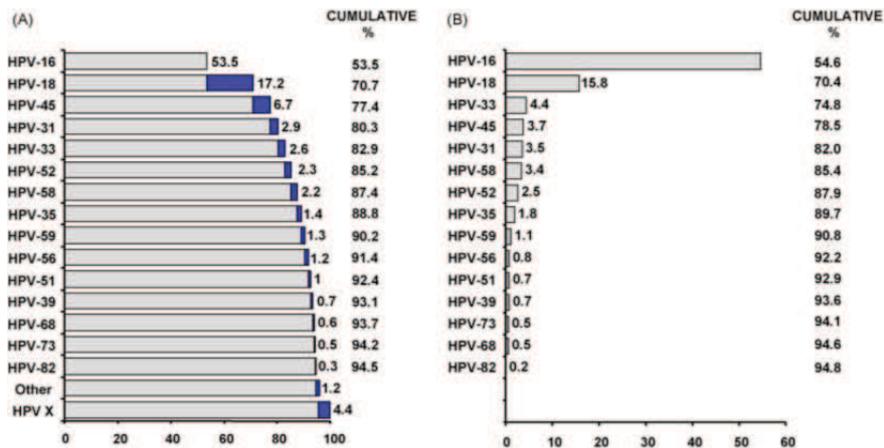


Figure 17 : Pourcentage de cancer du col en fonction des types les plus fréquents d'HPV dans le monde, toute région confondue, estimé à partir de (A) étude de l'IARC sur 3085 cas ; (B) méta-analyse portant sur 14500 cas (37)

La prévalence d'HPV 16 varie de 52% en Asie à 58% en Europe. Celle d'HPV 18 varie de 13% en Amérique du Sud/Centrale à 22% en Amérique du Nord. Pour les autres types d'HPV, leur répartition semble différée quelle que soit la région du monde, avec quand même une grande proportion de HPV 58 retrouvé en Asie. Dans les lésions précancéreuses, la prévalence d'HPV 16 et 18 reste la plus importante quelle que soit la région du monde.

On note également une différence significative dans la distribution des types d'HPV entre les différents types anatomopathologiques de cancer du col de l'utérus. L'HPV 16 est retrouvé préférentiellement dans les cancers épidermoïdes et l'HPV 18 dans les adénocarcinomes. (37)

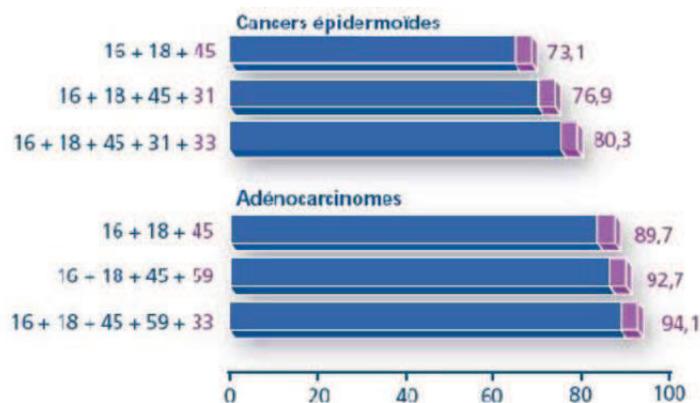


Figure 18 : Prévalence cumulative des différents types d'HPV dans le cancer du col de l'utérus.

Études de l'IARC, incluant quelque 2288 cancers épidermoïdes invasifs du col, 141 adénocarcinomes et 2513 témoins appariés dans 9 pays (38)

Age

La prévalence de l'infection à HPV est fonction de l'âge. (32) D'après une étude américaine chez les femmes de 14 à 59 ans, la prévalence d'infection à HPV dans l'ensemble de la population était de 26,8%. On note une augmentation progressive de ce taux chez les 14-19

ans pour chaque année d'âge, le pic de prévalence étant atteint chez les 20-24 ans avec un taux de 44,8%, suivie d'une décroissance graduelle au fur et à mesure de l'âge. (39)

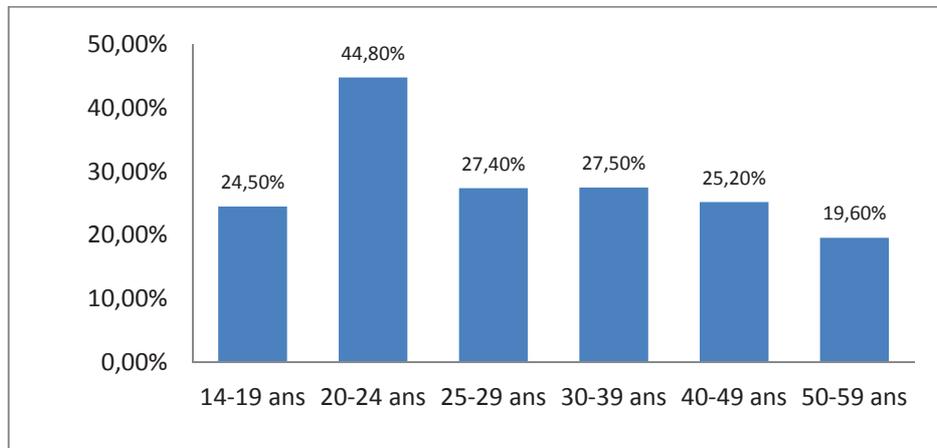


Figure 19 : Prévalence de l'infection par HPV en fonction de l'âge dans une population de 1921 femmes américaines âgées de 14 à 59 ans- Etude du National Health and Nutrition Examination Survey (39)

Cette diminution sensible de la prévalence, passé 25-30 ans, pourrait s'expliquer par l'apparition d'une immunité naturelle. En effet, 80% des infections à HPV régressent spontanément (clairance virale). Une seconde explication serait que le nombre de partenaires sexuels diminue après 30 ans et donc cela limiterait les primo-infections ou les réinfections.

Cependant face à une infection persistante à HPV au-delà de 30 ans, on considère que ces femmes font partie d'une population à risque plus élevé de lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et qu'elles sont donc à surveiller plus étroitement.

- Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

Dans le monde :

Le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme avec près de 493 000 nouveaux cas estimés en 2002 et plus de 500 000 en 2005. Le cancer du col a provoqué en 2005 près de 260 000 décès dont près de 95% dans les pays en voie de développement, pays dans lesquels il est la 1^{ère} cause de mortalité par cancer dans la population féminine.

Il existe une grande inégalité de répartition de l'incidence selon les pays, au détriment des pays en voie de développement, 83% des nouveaux cas survenant dans ces pays.

Le taux d'incidence standardisé varie selon les pays de 2.1 (Egypte) à 47.3 (Zimbabwe) cancers invasifs du col de l'utérus pour 100 000 femmes. Le risque d'être atteint d'un cancer du col utérin au cours de la vie est estimé à 4% dans les pays en voie de développement alors qu'il est inférieur à 1% dans les pays industrialisés. (32)

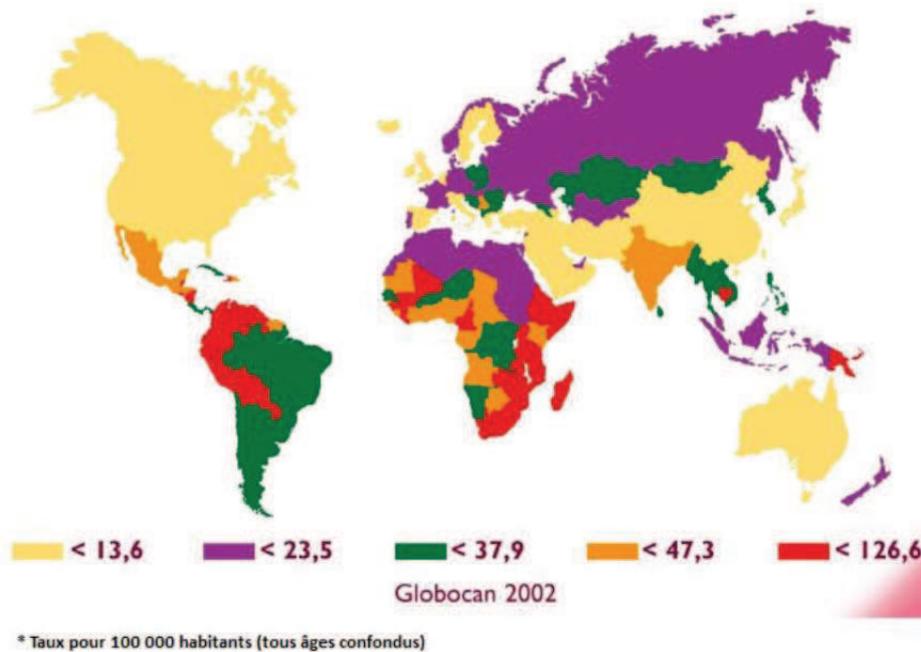


Figure 20 : Incidence du cancer du col de l'utérus dans le monde (33)

Dans l'Union Européenne

En 2004, il y avait 30 400 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, ce qui en faisait le 9^{ème} cancer chez la femme dans l'Union Européenne, et près de 13 500 décès (12^{ème} rang en mortalité chez les femmes européennes). Chez les femmes jeunes (15-44 ans), il représente la 2^{ème} cause de mortalité.

Selon les pays, le taux d'incidence du cancer du col est très hétérogène. La France est en position moyenne en termes d'incidence (11^{ème} rang) et de mortalité (9^{ème} rang) parmi les Etats membres de l'UE (25 au lieu de 27 actuellement, la Roumanie et la Bulgarie ne sont entrées dans l'UE qu'en 2007). (32)

En France

Le cancer du col de l'utérus était, en 2005, le 10^{ème} cancer chez la femme par sa fréquence avec 3096 cas estimés. Cette même année, il était le 15^{ème} cancer en termes de mortalité avec 1067 décès estimés. (32)

En 2011, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) estime le nombre de nouveaux cas à 2800, ce qui le placerait au 12^{ème} rang des cancers chez la femme, le nombre de décès à 998 (13^{ème} rang en termes de mortalité). (40)

On observe que le taux d'incidence a diminué constamment entre 1980 et 2005 avec un taux annuel de décroissance de 2,9%. Le taux de mortalité a lui aussi diminué en moyenne de 4% par an dans cette même durée. Cette décroissance a tendance à se ralentir depuis les années 2000 : entre 2000 et 2005, la décroissance moyenne annuelle du taux d'incidence était de 1,8% par an et celle du taux de mortalité de 3,2%. (32)

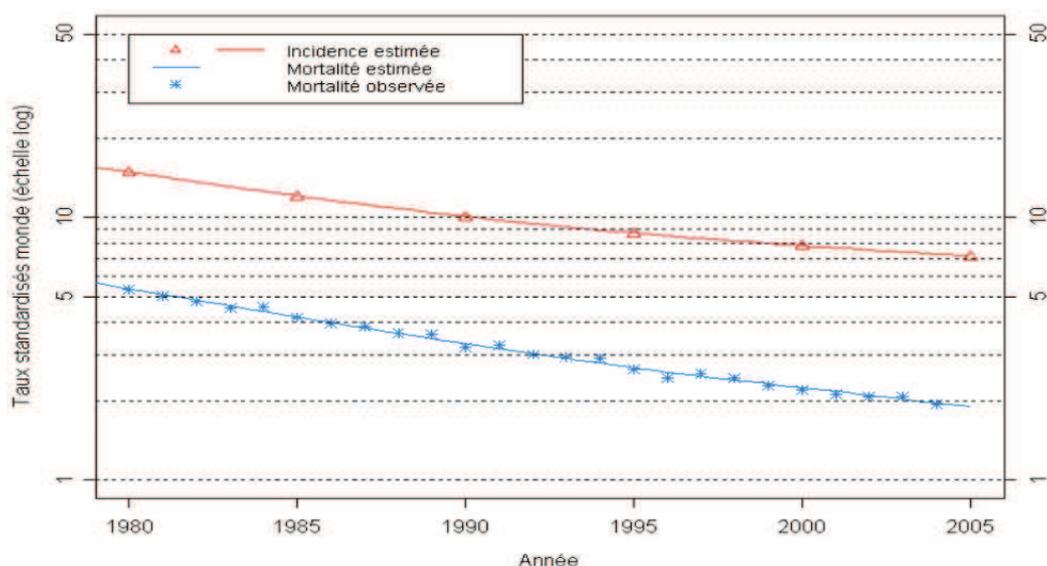


Figure 21 : Tendances chronologiques des taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus (cancer invasif et micro-invasif) – France (standardisation sur la population mondiale) (32)

Ces évolutions pourraient être expliquées, en partie, par le développement du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal, notamment chez les plus jeunes.

On note que 67% des cancers ont été diagnostiqués chez les femmes de moins de 65 ans. (32)

Le cancer du col utérin est un cancer de pronostic dit « intermédiaire » avec un taux de survie relative à 3 ans de 75% et à 5 ans de 70%. Le pronostic est plus favorable chez les femmes plus jeunes : 82% de survie à 5 ans chez les 15-44 ans contre 38% chez les femmes de 75 ans et plus. La détection et le traitement à un stade précoce améliore nettement le pronostic avec un taux de survie à 5 ans de 91,5% contre 57,7% pour un cancer à un stade régional et 17,2% pour un stade métastatique. (41)

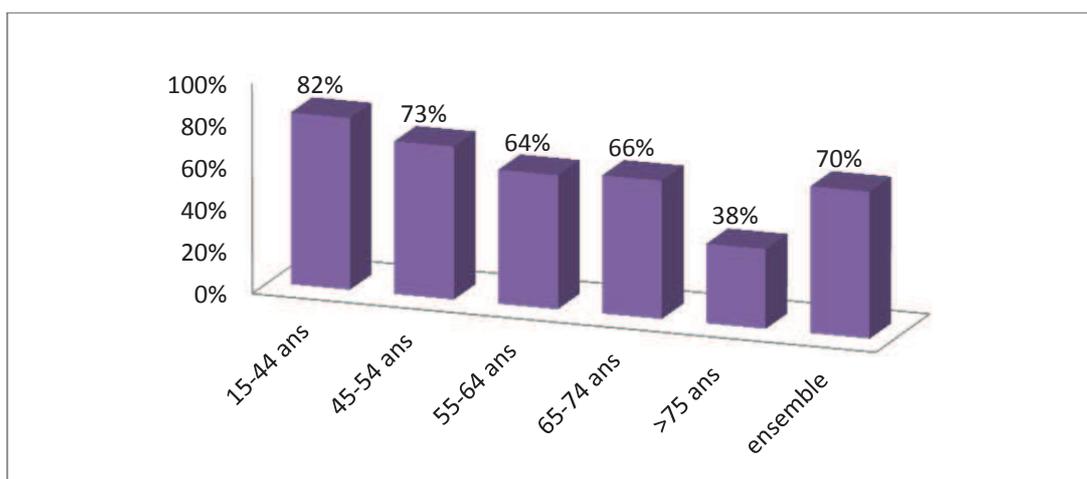


Figure 22 : Survie relative à 5 ans du cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge (32) (Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres du réseau Francim. Springer-Verlag. Paris, 2007)

Au niveau européen, selon l'étude Eurocare 4, pour des patientes diagnostiquées entre 1995 et 1999, la France a une survie relative à 5 ans au-dessus de la moyenne européenne (62,6%). (41)

La persistance du virus dans l'épithélium cervical, en particulier chez les femmes âgées de plus de 30 ans est le plus important facteur de risque de développement de lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin. En France, parmi les femmes adultes, 10% auront une infection génitale à HPV de haut risque oncogène et parmi ces femmes, 10% auront une infection persistante qui dans 1% des cas entraînera un cancer cervical invasif. (42)

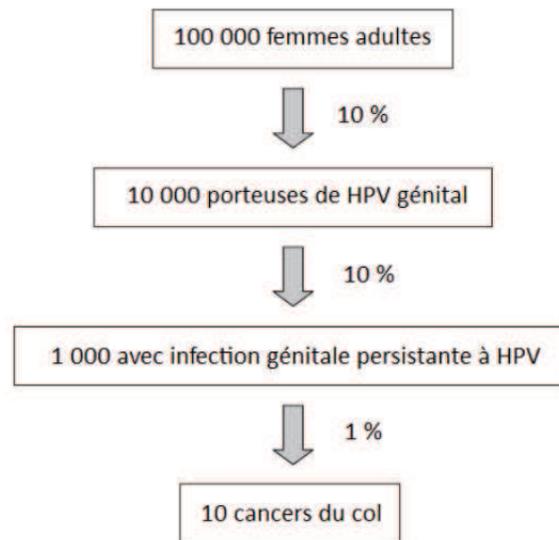


Figure 23 : Histoire naturelle du cancer cervical (42)

En France, l'âge moyen du diagnostic de cancer invasif est de 50 ans alors que l'âge moyen d'apparition de lésions CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) 2/3 est de 28 ans suggérant un temps de latence prolongé entre l'infection à HPV et le développement d'une lésion dysplasique ou d'un cancer.

L'intervalle minimal entre l'infection à HPV et le développement du cancer invasif est de 7 ans et l'intervalle moyen est de 20-30 ans. (42)

En 2005, on notait une augmentation progressive du taux d'incidence à partir de 20 ans jusqu'à un pic à 40 ans avec environ 21 cas pour 100 000 femmes-années. S'ensuit une diminution de ce taux jusqu'à 60 ans, puis une relative stabilité jusqu'à 70 ans avec environ 12 cas pour 100 000 femmes-années. Le taux augmente à nouveau avec un pic vers 85 ans (15 cas) puis diminue dans les âges les plus élevés. Quant à la mortalité, elle reste relativement faible jusqu'à 70 ans avec environ 5 cas pour 100 000 femmes-années, puis augmente régulièrement jusqu'à 15 décès chez les 85 ans et plus. (32)

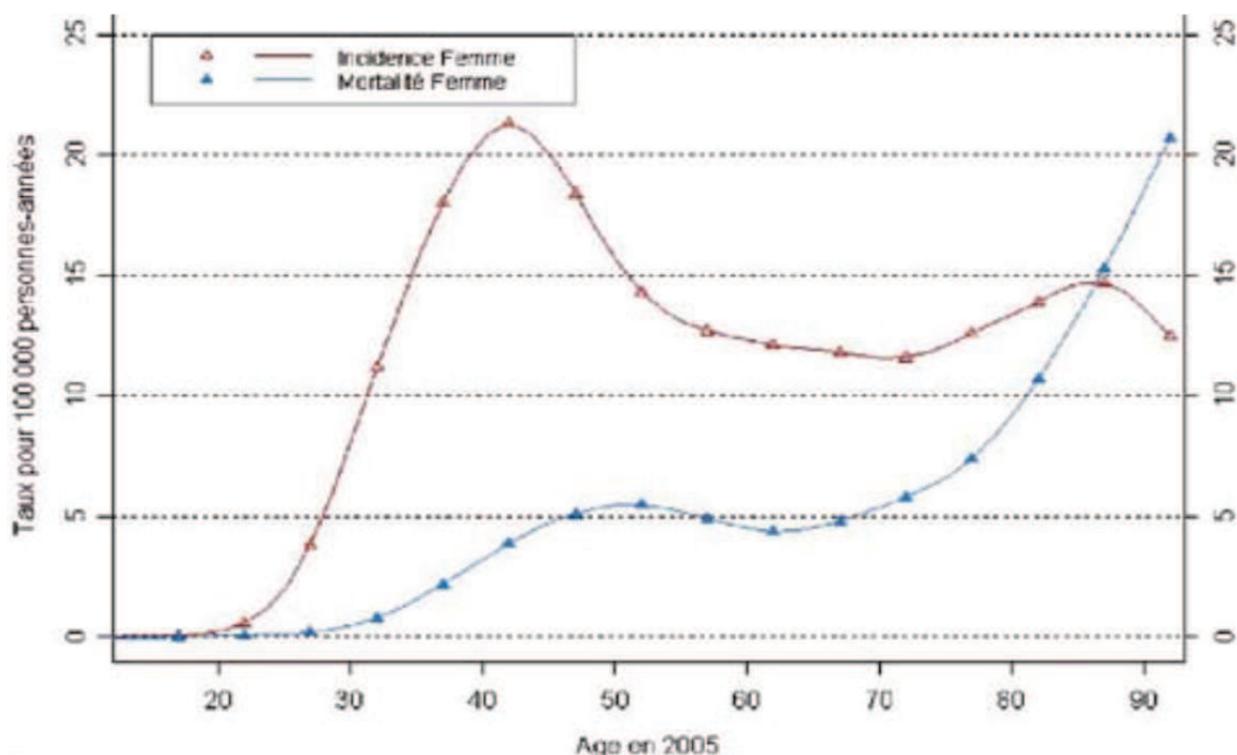


Figure 24 : Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 (courbes transversales) – France (taux bruts) (32)

L'infection persistante à HPV, notamment à HPV à haut risque (type 16 et 18), est à l'origine du développement de lésions précancéreuses et cancéreuses dans l'épithélium du col utérin. La muqueuse cervicale présente une « zone de transformation » ou « zone de jonction » qui correspond à la rencontre entre un épithélium glandulaire de l'endocol et un épithélium pavimenteux pluristratifié de l'exocol. Cette zone est caractérisée par sa complexité, sa fragilité mécanique et immunitaire, et constitue le site préférentiel du développement de lésions. (42)

II.2.3. Lésions histologiques cervicales et cancer invasif

- Lésions précancéreuses

Histoire naturelle

L'histoire naturelle du cancer épidermoïde du col comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses dont certaines sont des stades facultatifs (CIN 1-2) et, d'autres des étapes nécessaires (CIN 3) à l'apparition d'un cancer invasif.

La figure de la page suivante reprend les différentes étapes de l'histoire naturelle du cancer du col ainsi que les facteurs favorisants.

Histoire naturelle de l'infection à HPV oncogènes, liée à l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

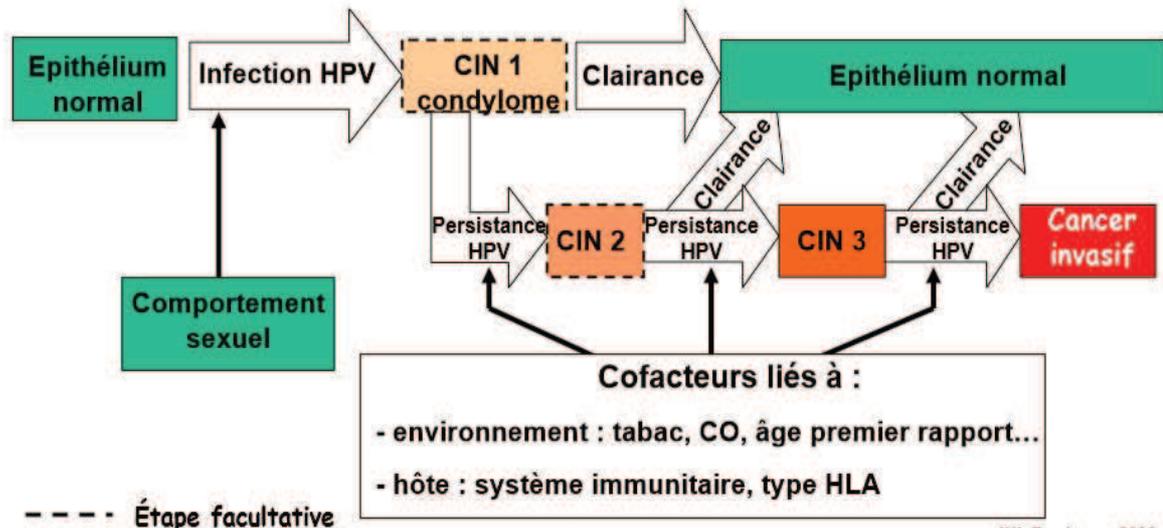


Figure 25 : Histoire naturelle du cancer épidermoïde du col de l'utérus (43)

L'adénocarcinome ne comporte qu'une seule lésion qui précède l'envahissement : l'adénocarcinome in situ qui fait également suite à la persistance de l'infection par HPV à haut risque oncogène mais l'histoire naturelle est moins connue.

Classifications

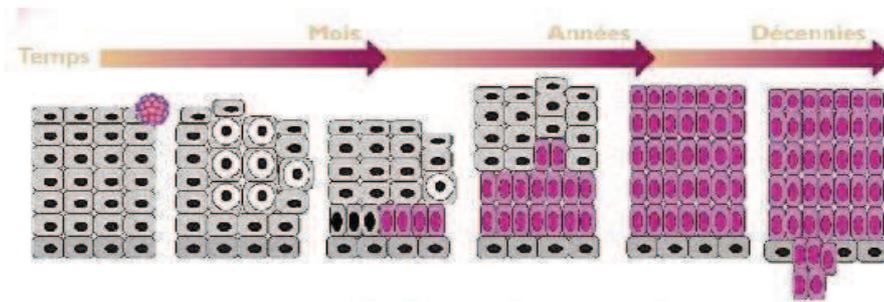
Selon le degré d'atteinte dans l'épaisseur de l'épithélium utérin, on peut caractériser les lésions d'après une classification histologique ou cytologique.

La classification histologique décrit les CIN en trois stades (classification de Richard, de l'OMS) :

- CIN 1 de bas grade : atteint le tiers basal de l'épithélium
- CIN 2 de grade intermédiaire : atteint les 2/3 de l'épithélium
- CIN 3 de haut grade : atteint tout l'épithélium

La classification cytologique (de Bethesda) distingue :

- HSIL : high grade squamous intra epithelial lesion (en français, lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade)
- LSIL : low grade squamous intra epithelial lesion (en français, lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade)



Épithélium normal	Condylomes	CIN 1	CIN 2	CIN 3	Carcinome	Richart 1973
	Condylomes	Dysplasie légère	Dysplasie modérée	Dysplasie sévère		OMS 1968
	Lésions intra-épithéliales de bas grade (LSIL)		Lésions intra-épithéliales de haut grade (HSIL)			Bethesda 1988

Figure 26 : Classification des lésions cervicales selon les critères de Richart, de l'OMS et de Bethesda (38).

Ces deux classifications se superposent pour tout ou parties entre elles.

La classification cytologique est utilisée pour le frottis alors que la classification histologique correspond aux prélèvements faits par biopsie, ce qui est facteur de confusion. Pour une meilleure prise en charge et pour tenir compte du degré de précision de l'interprétation cytologique moins haut que celui de l'histologie, est apparu en 1988, un mode de classification propre aux lésions cytologiques : le système de Bethesda (TBS).

La version 2001 du TBS est celle qui est recommandée actuellement par la Haute Autorité de Santé (HAS). (44)

CYTOLOGIE	HISTOLOGIE	
Système Bethesda	Classification CIN (Richart)	Classification OMS
Normale	Normale	Normale
ASC (ASC-US ou ASC-H)	Manifestations inflammatoires	Manifestations inflammatoires
LSIL (koilocytes/dysplasie légère/CIN1)	CIN1	Dysplasie légère
HSIL (dysplasies modérées et sévères/CIN2/CIN3 et CIS)	CIN2	Dysplasie modérée
Cancer cervical invasif	CIN3	Dysplasie sévère ; carcinome <i>in situ</i>
	Cancer cervical invasif	Cancer cervical invasif

Figure 27 : Version 2001 du système Bethesda (33)

L'interprétation d'un frottis se fait selon le système Bethesda (cf Annexe 3)

Les ASC (Atypical Squamous Cells) comprennent :

- ASC-US = Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance = atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée
- ASC-H = Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL = atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale de haut grade

Evolution des lésions

Pour chaque lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal, accompagnant la clairance virale, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé, y compris pour les CIN 3.

Lésion	Régression	Persistance	Progression vers une CIN supérieure	Progression vers un cancer invasif
CIN 1	57 %	32 %	11 %	1 %
CIN 2	43 %	35 %	22 %	5 %
CIN 3	32 %	< 56 %	-	> 12 %

Figure 28 : Probabilités de régression, de persistance et d'évolution des CIN (32)

- Le cancer invasif du col de l'utérus

La persistance de lésions précancéreuses, non dépistées ou non traitées, entraîne progressivement et après plusieurs années, la transformation en cancer invasif. La classification de ces cancers se fait selon l'envahissement des structures.

Classification clinique

Pour le cancer du col de l'utérus, on utilise la classification FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique), fondée sur la clinique et l'appréciation de l'envahissement local et général. Le stade FIGO qui en résulte est le facteur pronostique le plus important de ce cancer (cf. Annexe 1).

Classification anatomopathologique (33)

Carcinomes épidermoïdes : représentent 80 à 95% des tumeurs malignes du col de l'utérus. Ils se développent à partir de la muqueuse malpighienne exocervicale. Il existe deux formes : les carcinomes épidermoïdes invasifs et micro-invasifs.

Adénocarcinomes : plus rares, ils se développent à partir de la muqueuse glandulaire endocervicale.

Très rarement, on peut retrouver d'autres types de tumeurs, comme des mélanomes ou des sarcomes.

- Traitement (cf. Annexe 2) (45)

La prise en charge thérapeutique dépend du type histologique de lésion retrouvé.

Pour les lésions précancéreuses (CIN 1-2-3), le traitement consiste le plus souvent en une exérèse locale plus ou moins étendue de la lésion, que ce soit par vaporisation laser ou conisation. Cependant pour les lésions, très précoces, type CIN 1, une surveillance régulière peut être une alternative à un traitement immédiat, sous certaines conditions.

Si l'histologie retrouve une lésion cancéreuse, le traitement repose souvent sur l'association d'une chirurgie, plus ou moins élargie, et d'une radiothérapie (externe ou curiethérapie). La chimiothérapie peut être associée, principalement à visée radio-sensibilisante.

- Suivi

Quelle que soit la méthode thérapeutique choisie, une surveillance régulière est indispensable. Habituellement, une surveillance régulière peut être proposée avec un premier contrôle entre 3 et 6 mois du FCV plus ou moins colposcopie et biopsies. Compte tenu de la sensibilité imparfaite de la cytologie, cette surveillance devrait associer la colposcopie au frottis utérin avec des biopsies dirigées et/ou un curetage endocervical selon l'aspect colposcopique et la situation de la jonction squamo-cylindrique. Les examens normaux méritent d'être répétés dans un délai de 6 mois à 1 an, avant d'envisager une surveillance cytologique annuelle. (45)

Le cancer invasif du col persiste pour plusieurs raisons selon une étude nationale portant sur 524 cas observés en 2006 (46):

- Absence de dépistage : 24%
- Recommandations non suivies : 43%
- Limites de l'outil de dépistage : 27%
- Manque d'organisation de dépistage : 3%
- Suivi insuffisant des états précancéreux

Le développement de lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin est donc dû à une infection persistante à HPV, qui est bien plus fréquente chez les femmes venant de pays en voie de développement tout comme le nombre de cancer du col de l'utérus.

Comme nous l'avons vu, le pronostic est nettement meilleur avec des lésions à un stade précoce, le taux de survie à 5 ans étant de 90%. De plus devant la lourdeur des traitements d'un cancer invasif du col de l'utérus par rapport au traitement des lésions précancéreuses dont la guérison est presque certaine, l'intérêt d'une détection précoce et donc du dépistage devient essentiel.

II.3. Outils de dépistage et recommandations

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur la découverte cytologique de ces lésions précancéreuses, à un stade préclinique, et donc curables. Il est efficace grâce à des outils simples, reproductibles, peu contraignants et peu coûteux, principalement représentés par le frottis cervico-vaginal.

II.3.1. Les outils

- Le frottis cervico-vaginal (FCV)

Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus repose sur cet examen cytologique. La procédure décrite en 1943 par Papanicolaou consiste à prélever des cellules du col de l'utérus. Au cours d'un examen gynécologique, après mise en place du spéculum, on prélève des cellules du col à l'aide d'une petite brosse ou d'une spatule. Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame, dans le cas d'un frottis conventionnel, ou mis en suspension dans un liquide de conservation, dans le cas d'un frottis en phase liquide (ou monocouche). Ces prélèvements sont ensuite interprétés par les laboratoires d'anatomopathologie. (41)

L'interprétation se fait actuellement selon le système de Bethesda de 2001, seul recommandé en France. (44)

Un compte-rendu de frottis doit comporter trois parties : (32)

1^{ère} partie : interprétabilité du frottis

2^{ème} partie : anomalies des cellules malpighiennes par ordre de gravité croissante (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, carcinome) et/ou anomalies des cellules glandulaires (AGC, Adénocarcinome in situ, Adénocarcinome invasif)

3^{ème} partie : recommandations et précisions si besoin (cf. Annexe 3)

En cas de frottis anormal, donc d'anomalies cytologiques, d'autres tests diagnostiques peuvent être nécessaires. Ceux sont :

- La colposcopie

Son but est de repérer des anomalies au niveau de la muqueuse du col, d'en préciser la topographie et surtout de visualiser la jonction pavimento-cylindrique et la zone de transformation. Ce n'est pas vraiment un outil diagnostique mais elle est indispensable pour orienter les biopsies et donc obtenir un diagnostic histologique. Elle est indiquée chez les femmes pour lesquelles une anomalie cytologique est retrouvée sur le frottis de dépistage. (45)

- La biopsie cervicale

Elle est faite sous contrôle colposcopique après un frottis anormal, sur la partie la plus suspecte de la lésion et qui se trouve la plus proche de la jonction. (45)

- Le test HPV

L'infection persistante à HPV étant un élément nécessaire à l'apparition de lésions précancéreuses et cancéreuses, la recherche ADN du virus pourrait être un moyen de prévention.

En pratique, les deux meilleures méthodes de détection de l'ADN des HPV génitaux sont:

- ✓ L'hybridation en milieu liquide (Test Hybrid Capture II)
- ✓ La PCR= polymérase chain reaction (Amplicor HPV test) (45)

Cette recherche d'HPV au niveau du col est uniquement recommandée, actuellement, en seconde intention, à la suite de frottis présentant des anomalies malpighiennes de signification incertaine (ASC-US). Si ce test est positif, on s'oriente d'emblée vers la réalisation d'une colposcopie plus ou moins biopsies. (41)

Son utilisation en première intention, comme outil de dépistage primaire du cancer du col utérin est à l'étude depuis de nombreuses années dans plusieurs pays européens. L'objectif serait de repérer les femmes avec une infection à HPV persistante. Cela permettrait de détecter un plus grand nombre de lésions que le frottis mais que chez les femmes de plus de 30-35 ans, l'infection étant encore trop fréquente avant cet âge. Le second intérêt serait que le test HPV pourrait être sous forme d'auto-prélèvements vaginaux faits à domicile et envoyés par la poste, ce qui pourrait permettre de dépister des femmes refusant l'examen gynécologique. Si l'auto-prélèvement revient positif, il faut consulter pour la réalisation d'un frottis. (41)

Tout ceci est encore à l'étude et n'apparaît donc pas dans les recommandations françaises actuelles mais risque de figurer dans les futures mesures de prise en charge du dépistage du cancer du col de l'utérus.

II.3.2. Recommandations

- En France

Les recommandations sont basées sur la conférence de consensus de Lille en 1990 (47) et sur les publications successives de l'ANAES.

Actuellement, il est donc recommandé (32):

Un frottis cervico-vaginal (FCV) chez les femmes de 25 à 65 ans ayant ou ayant eu une activité sexuelle.

Le FCV est à faire tous les 3 ans après deux FCV normaux à un an d'intervalle.

Dans certaines situations épidémiologiques particulières à risque majoré de cancer du col utérin, on peut commencer ce dépistage à partir de 20 ans ou effectuer un FCV tous les ans chez les patientes immunodéprimées, comme dans le VIH par exemple.

En cas de frottis anormal, il est nécessaire de réaliser des tests diagnostiques.

La recherche du virus HPV n'est actuellement recommandée qu'en cas de lésion ASC-US.

- En Europe

Le comité consultatif pour la prévention du cancer s'est réuni à Vienne en 1999 pour une conférence sur le dépistage et la détection précoce du cancer. (48)

Dans le cas du cancer du col de l'utérus, il estime qu'un FCV pratiqué tous les 3 ans peut prévenir 90% des cancers du col dans une population si toutes les femmes s'y soumettent et si toutes les lésions détectées sont suivies.

Les recommandations aux états membres étaient :

- Le test Papanicolaou doit être la méthode utilisée,
- Le dépistage doit commencer au plus tard à 30 ans et surtout pas avant 20 ans,
- La limite d'âge supérieure ne doit pas être avant 60 ans,
- L'intervalle entre deux dépistages doit être de 3 à 5 ans, surtout pas moins de 3 ans.

En 2003, de nouvelles recommandations ont été proposées par l'European Research Organisation on Genital Infection and Neoplasia (EUROGIN) (49).

Elles sont basées sur l'association d'une recherche cytologique à une recherche des virus HPV :

- L'âge optimal de début est de 30 ans.
- Après 30 ans la recherche des types viraux d'HPV à haut risque associée au FCV est plus efficace.
- Chez les femmes HPV positives mais dont la cytologie est normale, la colposcopie immédiate n'est pas indiquée, sauf s'il existe d'autres indications évidentes.
- La sensibilité du test combiné (frottis et recherche des HPV) est améliorée par la pratique immédiate d'une colposcopie chez toutes les femmes présentant des anomalies cytologiques LSIL ou HSIL, quel que soit le résultat de la recherche virale.
- Les atypies ASC-US HPV négatives doivent faire répéter l'examen cytologique à un an.
- La meilleure prise en charge des atypies ASC-US HPV positives est la colposcopie.

En 2011, EUROGIN présentait des études randomisées qui montraient que le dépistage par test HPV était plus efficace que la cytologie seule. La spécificité du test HPV est plus faible mais pourrait être optimisée en évitant ces tests chez les femmes plus jeunes, en utilisant des tests plus spécifiques et en utilisant les bons algorithmes de triage.

Ces études suggéraient que la cytologie, réflexe, chez les femmes HPV positive pouvait être recommandée. (50)

Cependant des études supplémentaires sont encore en cours pour définitivement changer les pratiques de dépistage dans le cancer du col de l'utérus.

En conclusion, le dépistage par frottis, conventionnel ou en phase liquide, reste la référence. Recommandé tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans après deux FCV normaux à un an d'intervalle. Le test HPV reste utilisé en seconde intention après un résultat ASC-US au frottis, mais dans l'avenir il risque de prendre une place plus importante notamment dans le dépistage des femmes de plus de 30 ans.

II.3.3. Conduite à tenir devant un frottis anormal

Les recommandations de l'ANAES 2002 nous indiquent la conduite à tenir suivant les différents types d'anomalies que l'on peut retrouver sur un résultat de frottis ainsi que la conduite à tenir dans certains cas particuliers, comme chez la femme enceinte ou chez une femme immunodéprimée (cf. Annexe 4). (45)

II.4. Mise en œuvre du dépistage et difficultés rencontrées selon les types de populations

II.4.1. Etat actuel du dépistage en France

Quand on parle de dépistage d'une maladie, il existe deux types :

- Le dépistage individuel ou spontané,
- Le dépistage organisé, comme pour le cancer du sein ou du côlon.

Pour le cancer du col de l'utérus, à l'heure actuelle, le dépistage individuel reste le principal moyen même si de plus en plus d'études sont faites pour mettre en place un dépistage organisé.

- Le dépistage individuel

Le taux de couverture du frottis cervico-vaginal triennal pour les femmes de 25 à 65 ans est calculé d'après les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie (EGB). Sur la période 2006-2008, il est estimé à 56,6% (+/- 0,3%). Ce taux est à peu près stable autour de 57% depuis 6 ans même si l'on note une légère baisse ; par comparaison, entre 2003 et 2005, il était de 58,7%. Ce taux serait sous-estimé étant donné qu'il ne tient pas compte des autres régimes de l'Assurance Maladie, ni des régimes spéciaux, ni de l'activité hospitalière. (44)

Période	Population étudiée	Nombre de femmes dépistées	Taux de couverture	Intervalle de confiance à 95 %
2003-2005	122 447	70 966	58,0 %	[57,7 % - 58,2 %]
2004-2006	123 218	71 415	58,0 %	[57,7 % - 58,2 %]
2005-2007	123 894	71 443	57,7 %	[57,4 % - 57,9 %]
2006-2008	126 450	71 568	56,6 %	[56,3 % - 56,9 %]

Figure 29 : Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin en France (DOM inclus) chez les femmes de 25 à 65 ans (Source : Rapport HAS, 2010 Traitement : INCa) (51)

En réalité, certaines femmes ont un suivi trop rapproché tandis que d'autres échappent totalement au dépistage.

D'après les données de l'EGB, sur une période de six ans, la proportion de femmes bénéficiant d'un dépistage à un rythme sous-optimal (absence de FCV en 6 ans ou rythme entre deux FCV > 3,5 ans) est estimée à 51,6% des femmes de 25 à 65 ans. Celle des femmes en situation de sur-dépistage (intervalle entre deux FCV < 2,5 ans) est de 40,6%. Finalement, la proportion de femmes pour lesquelles l'intervalle recommandé (deux FCV à 3 ans d'intervalle) est strictement respecté, n'est que de 7,9% de la population des 25-65 ans. (44)

Le taux de couverture varie avec l'âge : 45,7% avant 25 ans, 60% entre 25 et 49 ans, avec un maximum de 66,5% chez les 35-44 ans, puis chute très rapidement à partir de 50 ans (<50%). Les enquêtes déclaratives permettent d'avoir la fourchette haute de la couverture conduisant à une surestimation. (32)

La couverture, parmi les femmes de 25-65 ans déclarant avoir eu un frottis dans les 3 ans, est de 81%. Dans cette tranche d'âge, 5,8% déclarent ne jamais en avoir eu. Il varie avec l'âge, avec plus de 80% de couverture entre 30 et 54 ans et est inférieur à 74% dans les autres tranches d'âge. (32)

On a pu identifier deux facteurs déterminants pour la participation au dépistage : (44)

- Le suivi par un gynécologue = facteur favorisant
- Le fait de bénéficier de la CMU-c = facteur défavorisant

En moyenne, les femmes suivies par un gynécologue font des FCV tous les 21 mois, ce qui montre un sur-dépistage.

Il existe une grande disparité entre les départements dans la pratique des FCV en France. Près de 40% de la variabilité entre eux peut être expliquée par la densité de gynécologue et le niveau socio-économique (taux de couverture élevé en Haute-Garonne, Gironde, Isère...et faible à très faible dans le nord de la France et les DOM/TOM). Pour la plupart des départements français, il y a une relation inversement proportionnelle entre la fréquence des hospitalisations pour cancer du col de l'utérus et le taux de couverture par le dépistage. (44)

- Le dépistage organisé

Depuis les années 90, cinq départements ont mis en place un dépistage « organisé » du cancer du col de l'utérus. Chaque département avait sa propre organisation. En 2008, il restait trois structures de gestion organisant le dépistage pour les départements de l'Isère, du Bas-Rhin et Haut-Rhin, et la Martinique ; le Doubs ayant arrêté son programme en 2004.

	Isère	Martinique	Bas-Rhin(67)/Haut-	Doubs
Ancienneté du programme	1991	1991	67 : 1994 68 : 2001	1993
Effectif /pop.cible(Insee2003-2005)	142 454	120 182	480 706	Environ152000
Tranches d'âge cibles	50-74ans	20-65ans	25-65ans	25-65ans
Modalité d'invitation	Toutes les femmes tous les 2ans	Toutes les femmes de 25-65ans tous les 3ans	Femmes n'ayant pas réalisé un FCU Au cours des 3 dernières années	Femmes ayant déjà réalisé un frottis sont concernées

Figure 30 : Les cinq départements ayant mis en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France (32)

Une évaluation externe par l'InVS en 2007 montrait l'apport de ces organisations en terme de participation et de qualité avec un taux de couverture à 3 ans de 71% dans le Bas-Rhin ainsi qu'un maintien de la couverture à un niveau élevé après 50 ans, surtout en Alsace et en Isère. (44)

Sur la tranche d'âge 50-60 ans, seule tranche d'âge commune aux quatre départements, on peut voir que malgré une participation assez faible, le pourcentage de femmes ayant au moins eu un frottis sur une période de trois ans, est plus élevé dans les trois départements métropolitains que le pourcentage national. On note également un meilleur suivi des femmes après un FCV anormal sur la totalité des femmes dépistées.

Après ajustement sur l'offre de soins (nombre de gynécologue) et le niveau socio-économique, on trouvait une différence significative sur le taux de couverture à cinq ans, avec une augmentation de près de 5% dans les départements avec dépistage organisé. L'impact positif du dépistage organisé a été aussi mesuré chez les femmes de 50 à 65 ans avec un taux de couverture de plus de 8,5%.

Les analyses à partir de l'EGB montrent l'impact des relances à trois ans et le bénéfice de ces programmes en terme de couverture sur l'ensemble de la population cible et pour des sous-populations. (44)

Au total, l'évaluation montre que les structures de gestion du dépistage du cancer du col de l'utérus ont un rôle majeur à jouer :

- Augmenter le taux de couverture du dépistage,
- Contribuer à la surveillance prospective de l'évolution des lésions précancéreuses et cancéreuses,
- Ces expériences auraient un coût-efficacité acceptable par année de vie supplémentaire sauvée. (32)

Les résultats obtenus sont donc satisfaisants mais perfectibles et dépendent largement des processus d'assurance qualité. (44)

De nouvelles expérimentations de stratégies d'action sont en cours d'études. Actuellement, sans parler de dépistage organisé, l'Assurance Maladie a étendu à plusieurs départements l'envoi d'invitation ou relance aux femmes de 25 à 65 ans qui n'ont pas encore eu de FCV ou qui n'en ont pas eu depuis trois ans.

II.4.2. Augmenter l'efficacité et l'efficience du dépistage

L'HAS définit plusieurs types de freins à l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus (44):

- Freins liés à la participation,
- Freins liés à la patiente : sociodémographiques et comportementaux, socio-économiques, liés à l'information, expériences précédentes, freins culturels, linguistiques ou religieux...,
- Freins liés à l'accès aux soins et aux professionnels de santé,
- Freins liés à l'examen de dépistage lui-même et à l'organisation,
- Freins liés à l'offre en matière de prélèvements.

Les FCV sont principalement réalisés, en France, par les gynécologues, en particulier médicaux. Hors leur effectif est en constante diminution. Compte tenu de l'activité annuelle moyenne de réalisation de frottis par les gynécologues médicaux, pour assurer une couverture suffisante, plus de trois gynécologues pour 10 000 femmes sont nécessaires. En France, ce

seuil n'est pas atteint pour au moins 19 départements, c'est-à-dire 11,6% de la population cible.

Parmi les stratégies pour améliorer le système, le rôle et la place du médecin traitant aux différentes phases de diagnostic, de prise en charge, de suivi et de prévention nécessite d'être défini dans ce domaine. Sa place peut aller d'une pratique de la gynécologie habituelle à un rôle plus centré sur la coordination entre professionnel de santé.

Il paraît également nécessaire de diversifier les lieux de réalisation des FCV, en se basant sur les structures, comme les centres médico-psycho-sociaux et les professionnels déjà existants.

En France, à ce jour, le dépistage reste principalement individuel. Le dépistage organisé est prometteur, notamment pour augmenter le taux de couverture, mais l'organisation nationale d'un dépistage pour le cancer du col de l'utérus n'est pas applicable pour l'instant.

Si l'on interroge les femmes, dans la population générale, sur leurs connaissances actuelles, le frottis comme modalité pratique de dépistage du cancer du col de l'utérus est connu par 65% de la population de 25-65 ans. On note quand même que la connaissance de cet examen n'atteint pas celle de la mammographie (87%). (52)

Les femmes de 25 à 65 ans ne connaissent pas bien l'âge auquel ce dépistage est préconisé. En effet, 47% de ces femmes déclarent que cet âge se situe entre 25 et 44 ans. On observe aussi que les femmes sont nombreuses (21%) à déclarer un âge très jeune situé entre 15 et 24 ans.

La fréquence de ce dépistage est par ailleurs surestimée par les femmes concernées : la majorité d'entre elles déclare que le frottis doit être réalisé une fois par an (51%) ou tous les deux ans (31%). La méconnaissance des femmes s'appuie sur une pratique habituelle de prescription des professionnels de santé, qui préconisent un suivi annuel. (52)

Signalons qu'il faudra gérer la réduction du nombre de gynécologues libéraux dont le rôle en matière de dépistage est essentiel. Ce dépistage se reportera en principe sur les médecins généralistes et les sages-femmes.

Cependant il y a encore 51,6% des femmes de 25 à 65 ans qui sont en situation de sous dépistage. Si les facteurs principaux de la participation au dépistage résident dans l'accès aux soins et les facteurs socio-économiques, les femmes migrantes et/ou en situation de précarité sont donc peu dépistées. Il faut donc essayer constamment d'améliorer leur dépistage en travaillant pour lever ces freins à la participation.

II.4.3. Le dépistage chez les femmes en situation de précarité

Comme nous l'avons vu plus haut, 51,6% des femmes de 25 à 65 ans sont en situation de sous dépistage. Les femmes en situation de précarité font partie de ce groupe par une plus grande difficulté d'accès aux soins. En effet, dans la difficulté, les questions de santé ne sont pas considérées comme une priorité par rapport à d'autres questions plus vitales. Ces femmes ont une sensibilité très forte au coût des démarches et de la santé. Le renoncement aux soins des personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire ou le retard de soins est une des causes essentielles de l'aggravation de certaines pathologies ou d'une prise en charge tardive.

En effet, bien que la mortalité ait nettement diminué ces dernières années, cette diminution est limitée en raison de la stabilité relative des formes graves de cancer du col. Ces formes graves s'observent essentiellement chez les femmes ne bénéficiant pas d'un dépistage cytologique régulier. Les freins au dépistage cervical sont plus importants chez les femmes en situation médico-sociale défavorisée et chez les migrantes, qui représentent plus de 50% de l'immigration actuelle en France. (53)

Beaucoup n'ont pas d'activité professionnelle et se retrouvent dans une situation de précarité, notamment au niveau de la santé (AME, CMU-c, absence d'assurance médicale complémentaire).

Nombres d'études aux Etats-Unis et au Canada ont mis en évidence la vulnérabilité des minorités autochtones et des populations immigrées vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, notamment par absence ou retard de dépistage.

En France, peu d'études comparatives ont été réalisées sur les pratiques de dépistage entre les femmes françaises et les femmes immigrées. (54)

Cependant dans une étude sur « l'évaluation du dépistage organisé et individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie », publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) en 2002, il est montré que le taux de participation des bénéficiaires de CMU-c est faible et que cette population ne donne pas la priorité au dépistage. (55)

Cette tendance semble être confirmée dans une étude publiée dans le Bulletin du Cancer en 2009. Les auteurs ont analysé des dossiers de patientes prises en charge pour des cancers du col utérins dans deux hôpitaux parisiens entre 1996 et 2005. Le critère d'analyse principal était l'appartenance ou non à la population précaire définie par le type de couverture médicale attribuée ; étaient considérés comme en situation de précarité les femmes ayant la CMU, l'AME ou l'Aide Départementale d'Etat. Le groupe témoin était défini par l'affiliation à la sécurité sociale plus ou moins une mutuelle.

Sur 123 patientes, 41,5% étaient de nationalité étrangère. Parmi elles, 66% étaient originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique sub-saharienne. On retrouve ces femmes principalement dans le groupe « précaire » (75,3% contre 26,8% dans le groupe « non précaire »).

Pour le dépistage, les résultats ont montré que sur la population globale de l'étude, 35,5% n'avaient jamais eu de dépistage par frottis cervico-vaginal et parmi elles 56,1% étaient du groupe précaire. La conclusion de cette enquête montrait que l'accès au dépistage de la population précaire est anormalement bas, entraînant un nombre inacceptable de pathologies cancéreuses cervicales par défaut de surveillance. (56)

Dans une autre étude publiée dans le BEH de janvier 2012, on note que l'origine migratoire des femmes est un facteur d'inégalité important concernant le recours au moins une fois dans sa vie au dépistage de cancer du col utérin ; le risque de ne jamais avoir bénéficié d'un FCV est 2 fois plus élevé chez les femmes nées de parents étrangers et 4 fois plus élevé chez les femmes étrangères par rapport aux femmes nées de parents français (21% contre 5,7%). (54)

On sait maintenant que le niveau d'éducation, l'âge, le fait d'avoir un emploi, le fait d'être en situation d'handicap, les conditions d'accès à un médecin, le lieu d'habitation, le statut matrimonial et la situation familiale, sont autant de facteurs importants dans l'adhésion ou la non-adhésion à un comportement de dépistage et plus largement à la prévention dans son ensemble. Il peut aussi exister des difficultés de repérage dans le système de soins, des barrières culturelles ou linguistiques, qui constituent des obstacles à la compréhension des messages de prévention ainsi qu'à celle de leur finalité.

Le recours insuffisant au FCV dans la population bénéficiant de la CMU-c incite à développer une stratégie spécifique vis-à-vis des publics en situation de précarité. Celle-ci doit être réfléchie avec les intervenants sociaux et médicaux au contact de ces publics. (44)

En effet, selon une étude de l'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé, l'accès au dépistage passe obligatoirement par une prise en charge globale des personnes n'ayant pas recours à la prévention et aux structures de soins.

Une femme en « situation difficile » ne vient pas naturellement vers le soin, elle doit être mise en confiance et accompagnée. L'accompagnement psychologique et pratique est essentiel. (57)

II.4.4. Comment améliorer le dépistage du cancer du col utérin chez les femmes en situation de précarité ?

L'HAS a émis des recommandations en juillet 2010 pour le dépistage de cancer du col de l'utérus (44):

- **La recommandation 14 de l'axe 4** (s'adapter aux spécificités territoriales et des populations) précise que des actions de renforcement spécifique, à destination des femmes actuellement peu voire pas dépistées, doivent être engagées et évaluées : absence d'avance de frais et/ou gratuité des tests de dépistage, action via les acteurs de proximité...
- **La recommandation 15** propose l'amélioration de l'information par des messages adaptés dans des lieux spécifiques, fréquentés par les femmes notamment celles ne se soumettant pas régulièrement au dépistage
- **La recommandation 16** propose des courriers d'invitation, envoyés par des structures de gestion à l'ensemble des femmes non dépistées, qui doivent intégrer une information les incitant à consulter ainsi qu'une information relative aux lieux de prélèvement, en accès gratuit ou sans avance de frais.

Une étude a été réalisée en 2012 dans le département des Bouches-du-Rhône avec trois campagnes successives de dépistage dans les arrondissements nord de Marseille où réside une population plus importante de femmes étrangères et/ou en situation médico-sociale défavorisée ; cela concernait les femmes présumées sans dépistage régulier (2001-2003-2005). (53)

On remarque que :

- ➔ Une simple invitation par courrier est inopérante mais la relance d'invitation est plus efficace car à l'origine de 39% des FCV réalisés.
- ➔ La participation des femmes invitées est très faible et modestement augmentée par la gratuité et la communication des acteurs sociaux.
- ➔ Les femmes participantes effectuent les prélèvements dans des sites sans avance de frais, mentionnés dans la lettre d'invitation, proches de leurs domiciles et connus pour d'autres actes médicaux.

Dans les freins mis en évidence dans cette étude, on retrouve :

- Les freins personnels puissants d'ordre culturel et économiques majorés chez les femmes étrangères et/ou en situation précaire tels que l'illettrisme, l'incapacité à lire le français, la non-connaissance du col et du cancer du col utérin, la peur du prélèvement et de l'examen gynécologique, le refus d'être examiné par un homme, la méconnaissance de la prévention (soins qu'en cas de symptômes).
- Le nombre insuffisant de sites de prélèvements gratuits

Il faut donc arriver à trouver et proposer des solutions de dépistage, tout en respectant et s'adaptant aux particularités de ces femmes.

II.5. Conclusion

L'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus est en diminution depuis plusieurs années en France, principalement grâce au dépistage par FCV. Cependant, on note toujours une proportion stable de cancer invasif du col dont les possibilités thérapeutiques restent faibles, principalement chez les femmes migrantes et/ou en situation précaire. En raison de freins personnels, culturels et économiques, d'une difficulté d'accès aux soins et d'un manque d'information, ces femmes « en situation difficile » ne sont pas touchées par les campagnes de dépistage. D'un point de vue de santé publique, il faut absolument trouver des solutions pour augmenter leur taux de participation.

La mesure 14 du Plan Cancer 2009-2013 va dans ce sens en préconisant la mise en place d'action visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

La mesure 16 incite également chaque département à mettre en place des projets pour toucher les femmes particulièrement éloignées de la prévention. (58)

C'est dans ce but que j'ai choisi de réaliser une enquête auprès des femmes fréquentant un centre médico-psycho-socio-éducatif pour population précaire de Poitiers. L'objectif est de trouver comment améliorer le suivi gynécologique et le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes migrantes et/ou en situation de précarité. Pour cela nous étudierons les caractéristiques sociodémographiques et les habitudes de suivi gynécologique de ces femmes. De plus, cette étude cherchera à proposer des solutions pour améliorer ce dépistage, à réfléchir à la création d'une consultation gynécologique au Relais Georges Charbonnier.

III. REFLEXION SUR UN PROTOCOLE POUR AMELIORER LE SUIVI ET LE DEPISTAGE CHEZ LES FEMMES MIGRANTES ET/OU EN SITUATION DE PRECARITE

III.1. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal est d'améliorer la participation au suivi et au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal chez les femmes migrantes et/ou en situation précaire en prenant comme exemple la population féminine du Relais Georges Charbonnier.

L'étude de la littérature nous montre que ces femmes sont souvent peu suivies, sous-dépistées et suivant leur origine présentent plus de risque de contamination par le HPV. On observe que le cancer du col de l'utérus induit un taux de mortalité élevé dans les pays en voie de développement. D'autre part, l'immigration et la précarité sociale éloignent les femmes des structures de soins et limitent leur adhésion aux parcours de soins. Le mauvais suivi de ces femmes entraîne en France un surcoût économique, social et humain important alors que l'on dispose des moyens de le réduire.

Cela nous a conduit à étudier précisément les habitudes en matière de suivi gynécologique et de dépistage du cancer du col chez les femmes migrantes et précaires consultant au RGC, pour faire l'état des pratiques actuelles et envisager des solutions concrètes pour augmenter leur participation aux protocoles de dépistage.

Cette étude a été réalisée avec le support d'une enquête par questionnaires proposée aux patientes.

III.2. Objectifs secondaires

III.2.1. Déterminer les facteurs médico-psycho-sociaux rendant difficile la participation à des consultations ciblées

Nous avons cherché à savoir si certains déterminants démographiques, médicaux ou sociaux pouvaient apparaître comme étant défavorisant pour la participation au suivi ou au dépistage dans la population fréquentant le RGC.

Nous avons ainsi recueilli des données sur l'origine géographique, les difficultés linguistiques, les statuts sociaux, les antécédents médicaux, la connaissance du suivi gynécologique normal et du frottis cervico-vaginal, la dernière consultation gynécologique, les raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas eu de suivi régulier...

L'analyse de ces données doit nous permettre de savoir si une personne fait partie d'un groupe à risque de non suivi et de sous-dépistage et donc de l'orienter au mieux pour qu'elle puisse y accéder le plus facilement possible.

III.2.2. Analyser la pertinence de propositions pratiques pour la mise en place de consultations de dépistage à destination des femmes migrantes et/ou en situation de précarité du RGC

Un des objectifs de l'étude est de réfléchir à une proposition concrète pour améliorer le dépistage de ces populations. D'après les données de la littérature, on sait qu'elles ont du mal à rentrer dans le système de soins et qu'une fois qu'elles ont trouvé une structure où elles se sentent bien, elles auront tendance à y revenir plus facilement.

C'est pour cela que nous avons décidé d'étudier la possibilité de créer une consultation de gynécologie pour le suivi et le dépistage dans l'enceinte du RGC.

L'étude se porte sur l'avis des femmes du Relais face à cette proposition de consultation et sur les caractéristiques générales que pourrait avoir celle-ci comme par exemple, une consultation avec ou sans rendez-vous, faite par un homme ou par une femme. De plus, pour que l'idée soit vraiment réalisable, nous leur avons demandé si elles étaient prêtes à y participer et à accepter les différentes décisions que la consultation pourrait impliquer (est-ce-que vous viendriez ?, d'accord pour l'examen gynéco, pour le FCV, pour des prises en charges spécialisées, pour revenir régulièrement ? ...).

III.3. Méthodologie

III.3.1. Etude

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique qui s'est déroulée de décembre 2012 à fin mai 2013 auprès des femmes consultant au RGC durant cette période.

- Réalisation du questionnaire

Ce dernier a été élaboré sous forme de questions principalement fermées et de quelques questions semi-ouvertes. Il a d'abord été testé avec des femmes ayant un niveau correct en français pour comprendre sans traduction. Ce test a eu lieu sur deux demi-journées au mois de décembre.

Cela a permis :

- de changer certains intitulés et certaines propositions de réponse, notamment en les simplifiant,
- de déterminer approximativement la durée nécessaire au remplissage du questionnaire,
- de voir l'intérêt des femmes pour cette problématique.

Les conclusions retenues après ce test ont permis de réaliser la version définitive du questionnaire (cf. Annexe 5).

Nous avons ensuite demandé à des interprètes de traduire le questionnaire en différentes langues pour que le plus grand nombre de femmes puisse participer à l'enquête. Ces langues

étaient l'anglais, le roumain, le russe, l'arménien. Elles correspondent à la population fréquentant le Relais.

Le questionnaire a été ensuite mis à la disposition des professionnels du Relais, principalement au niveau médical, mais quelques-uns ont été remplis grâce à l'aide des autres professionnels.

- Critères d'inclusion

Le questionnaire a été proposé à toutes les femmes ou jeunes filles à partir de 15 ans. L'âge de 15 ans a été choisi comme limite inférieur, la majorité sexuelle étant, tacitement, admise à cet âge en France. Les patientes pouvaient être des primo-arrivantes ou des patientes déjà connues.

- Critères d'exclusion

Médicalement, il n'y avait pas de critères d'exclusion. Cependant ont été exclues de cette étude les femmes de plus de 15 ans ne comprenant aucune des 5 langues proposées et n'ayant pas la possibilité d'avoir un traducteur.

- Recueil de données

Le recueil des questionnaires s'est fait soit directement avec la patiente, immédiatement après la remise du questionnaire, ou pendant un entretien avec l'un des médecins permettant une discussion sur les sujets abordés et l'apport d'explications si nécessaire. La majorité des questionnaires a été recueillie de cette façon.

L'entretien pouvait se faire si besoin et si possible avec l'aide d'une traductrice pour l'arménien ou le russe. Sinon la patiente avait la possibilité de prendre le questionnaire et de le rapporter lors d'une autre visite avec si possible, là aussi, le temps d'un entretien pour vérifier le bon remplissage et répondre à leurs questions. Nous avons également eu des retours de questionnaires directement à l'accueil sans qu'il y ait eu d'entretien avec un médecin.

J'ai participé à 10 demi-journées de recueil en étant présente au Relais. Le reste du temps le médecin du Relais recevait les patientes qui rapportaient les questionnaires.

III.3.2. Difficultés rencontrées

Certaines difficultés se sont présentées au cours du recueil, difficultés qui ont réduit le nombre de questionnaires collectés.

Premièrement, certaines patientes étaient gênées d'aborder ce sujet et ne souhaitaient donc pas répondre au questionnaire. D'autres considéraient que ce n'était pas un sujet important pour elles et enfin l'enquête ne conduisant pas à des propositions concrètes immédiates, certaines ne voyaient pas l'intérêt de cette étude.

Deuxièmement, nous pensions pouvoir éviter le problème de la barrière de la langue avec la traduction du questionnaire dans les langues les plus parlées au Relais, mais nous n'avions pas pensés au problème de l'illettrisme. En effet les patientes ne sachant pas lire leur langue maternelle ne pouvaient pas remplir le questionnaire elles-mêmes et avaient besoin d'une aide. Quelques femmes, qui n'ont pu bénéficier d'aide, n'ont pas pu remplir le questionnaire.

III.4. Résultats et Discussion

Nous avons cependant recueilli un peu moins de 60 questionnaires (53 utilisables). La plupart des femmes avait pu être vue en entretien pour répondre au questionnaire ou lors de la remise de celui-ci. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon⁵, les résultats donnent plutôt une indication sur le suivi gynécologique des femmes en situation de précarité, particulièrement celles fréquentant le RGC de Poitiers et sur les moyens de l'améliorer. Leur opinion sur une proposition de consultation gynécologique au RGC et sur ses modalités pratiques peut permettre d'orienter de futurs projets dans ce domaine.

L'analyse statistique avec tris à plat et tris croisés a été réalisée grâce au logiciel QuestionData (cf. Annexe 6 et 7).

Notre échantillon de femmes correspond bien à une population plutôt jeune, avec une majorité de femmes de moins de 44 ans et un maximum dans la tranche des 25 – 34 ans. Elles proviennent principalement d'Afrique Sub-saharienne, d'Europe de l'Est et d'Asie Centrale, ce qui peut expliquer le partage presque égal entre les francophones et celles ne parlant pas du tout le français qui ont eu besoin d'un interprète. Pour la plupart, elles résident en France depuis moins d'un an mais comptent rester plus de 5 ans pour près de 90% d'entre elles. Leur prise en charge en matière de santé et de dépistage est donc essentielle puisque le coût de cette prise en charge reviendra au système de soins français.

La majorité est en couple stable mais elles ne sont pas forcément accompagnées en France. Leurs conditions de vie sont précaires, plus de la moitié étant sans domicile ou dans un logement instable type hébergement journalier, avec peu (minimas sociaux) ou pas de ressources. Plus de 50% déclarent recourir aux associations d'aide aux personnes au moins une fois par mois.

Beaucoup n'ont pas d'assurance maladie ou alors l'AME, qui est accessible à toute personne étrangère sur justification de 3 mois de séjour en France.

Les premiers rapports sexuels se font dans les trois-quarts des cas avant 25 ans avec une première grossesse surtout entre 18 et 24 ans. En moyenne, dans cet échantillon, on note une moyenne d'environ 2.5 grossesses par femme et 1.5 enfant par femme. Ces résultats pourraient s'expliquer par un recours à l'IVG chez près de 30% de ces femmes, principalement réalisées dans leur pays d'origine.

⁵ On considère cependant que la loi des grands nombres, nécessaire pour les hypothèses de normalité des lois, s'applique dès que la taille de l'échantillon dépasse 30 observations.

A propos de leur sexualité et du suivi gynécologique, 75% des femmes déclarent que l'information et l'accès à des consultations de gynécologie dans leur pays d'origine était difficile ou impossible. Il semble d'autant plus difficile en Afrique Sub-saharienne comparativement à l'Europe de l'Est.

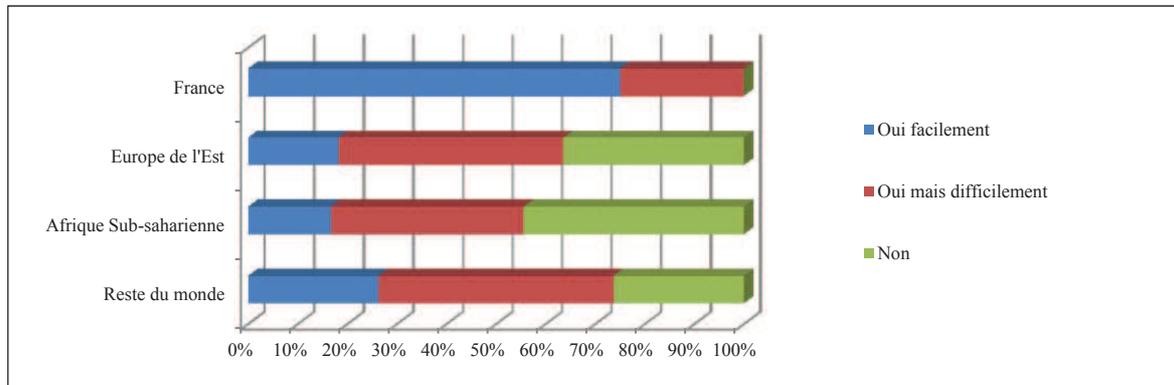


Figure 31 : Relation entre le pays d'origine et la possibilité d'avoir accès à l'information et à une consultation gynécologique

Comme la plupart de ces femmes compte rester longtemps en France, nous leur avons demandé ce qu'elles pensent de l'information disponible et de l'accessibilité à la gynécologie en France. Pour environ 70% d'entre elles, elles trouvent cela plus facile mais un tiers d'entre elles pense tout de même que cela est difficile voire impossible.

Nous avons cherché à savoir si elles abordaient ces sujets entre femmes, ce qui peut permettre de diffuser l'information plus facilement et toucher un plus grand nombre de femmes. Sur ce point, les résultats nous montrent que pour environ 50%, elles en discutent souvent ou occasionnellement et que ce sont surtout les françaises, puis les femmes d'Afrique Sub-saharienne, qui en parlent le plus. Ses sujets semblent plus difficiles à aborder chez les femmes d'Europe de l'Est et d'autres régions comme l'Asie Centrale.

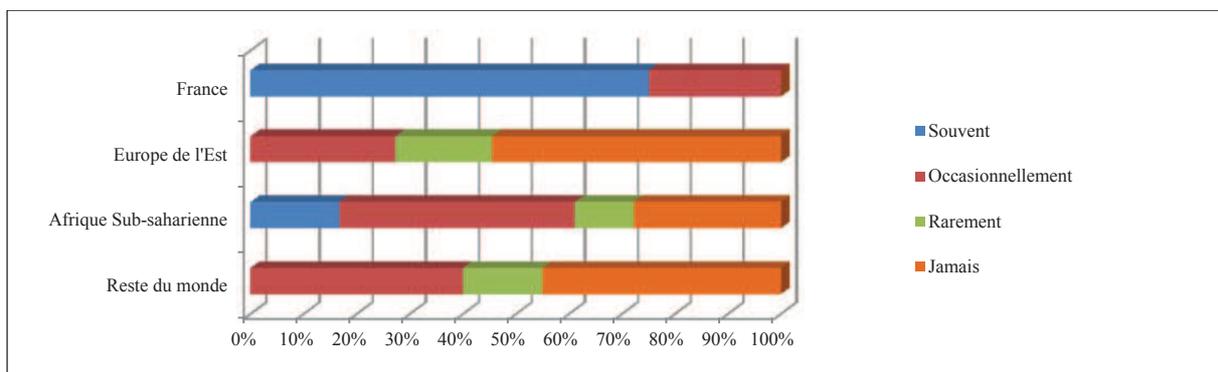


Figure 32 : Relation entre le pays d'origine et la fréquence des discussions entre femmes à propos de la sexualité

Si on fait un état des lieux de leur suivi gynécologique, pour plus de 75% d'entre elles, avoir un suivi gynécologique régulier est très important. Néanmoins, à plus de 80%, elles répondent

ne pas avoir un suivi régulier, comme il est défini en France (une consultation tous les ans avec un FCV tous les trois ans après 2 FCV normaux à un an d'intervalle).

Nous constatons que 85% des femmes ont déjà eu une consultation gynécologique dans leur vie avec un examen gynécologique dans les trois dernières années pour 65% d'entre elles. Cependant pour 16% d'entre elles, le dernier examen remonte à plus de 5 ans.

Quand on les interroge sur les motifs de consultation en gynécologie, principalement dans le but de savoir si le suivi et le dépistage font partie des priorités des femmes, on retrouve comme principal motif la présence de symptômes pour 70% des femmes. Le suivi et le dépistage donnent 58% de réponse positive, ce qui est bien mais cela signifie a contrario que 42% d'entre-elles pensent que ce n'est pas une raison de consulter et n'auront donc pas un suivi régulier ni un accès optimal au dépistage. Notons que la grossesse est un motif de consultation pour 50% des femmes, surtout chez les plus jeunes, en âge de procréer.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCV, plus d'une femme sur deux, dans cet échantillon, déclarent ne pas connaître cet examen et son utilité. Ce qui est intéressant, c'est de constater que cette notion est mieux connue en Afrique Sub-saharienne et en Europe de l'Est que chez les françaises. Cependant c'est dans les autres pays (Asie Centrale, ...), que cela est le plus méconnu. L'exactitude des réponses a pu, dans la plupart des cas, être vérifié en entretien, mais pour certaines femmes il peut exister une confusion entre le frottis et la recherche d'infections vaginales.

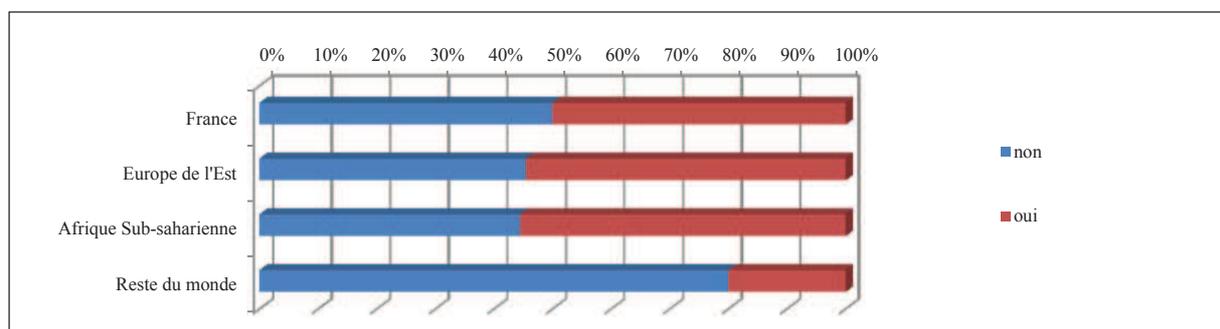


Figure 33 : Relation entre le pays d'origine et la connaissance du frottis cervico-vaginal et son utilité

Si nous analysons plus précisément la question du dépistage, 48% déclarent ne jamais avoir eu de frottis. En regardant plus précisément, dans cette catégorie des femmes déclarant ne jamais avoir eu de frottis, nous retrouvons pour un quart les femmes entre 15 et 24 ans. On rappelle que les préconisations françaises pour cette classe d'âge de la population est de ne pas avoir de frottis. Cependant la majorité de ces femmes, ayant plus de 25 ans, ce qui représente près de 37% des femmes de l'échantillon, auraient dû avoir au minimum un frottis. On rappelle que l'âge du premier rapport sexuel est en majorité avant l'âge de 25 ans.

En effet, d'après les mêmes recommandations françaises, ces femmes devraient avoir à partir de 25 ans un frottis tous les trois ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Ceci confirme bien le sous dépistage de cette population de femmes.

Parmi celles déclarant avoir déjà eu un frottis dans leur vie, la plupart le situe dans les trois dernières années (38%), ce qui semble correspondre à leur dernier examen gynécologique. Néanmoins, après interprétation des réponses, nous pouvons suspecter que certaines femmes pourraient justement confondre ces deux notions et ainsi fausser ce résultat.

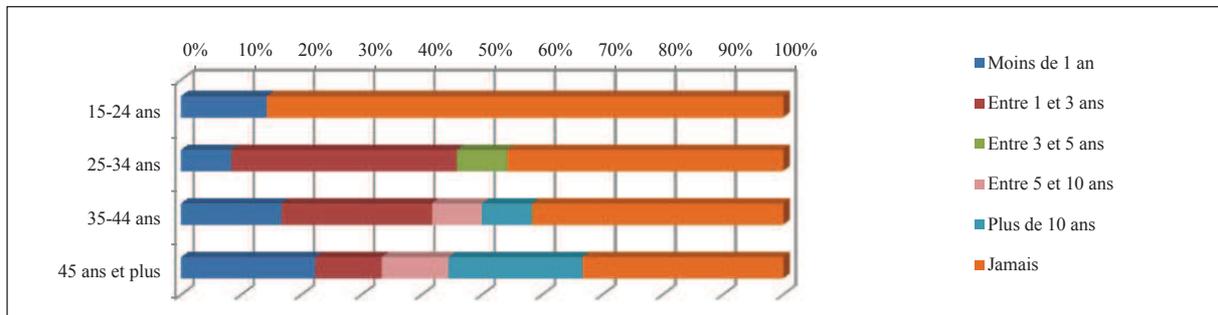


Figure 34 : Date du dernier FCV chez les femmes de l'échantillon selon l'âge

De plus, le graphique ci-dessus, montre que, chez les femmes ayant déjà eu un frottis, le rythme d'un frottis tous les trois ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, n'est pas respecté. Ceci atteint un maximum chez les plus de 45 ans. Parmi ces femmes, le frottis a été réalisé pour 25% d'entre elles lors d'une consultation de suivi et/ou de dépistage, ce qui montre quand même que la notion de suivi est importante. Pour les autres, les motifs de consultation sont la grossesse et les autres causes gynécologiques.

Nous pouvons avancer que ces femmes n'ont pas un suivi gynécologique régulier. Pourtant, elles semblent accorder, pour la plupart, de l'importance à cette question mais en pratique elles n'ont pas de suivi régulier. Quelles en sont les raisons ?

Nous leur avons proposé plusieurs raisons possibles qui peuvent expliquer cette absence de suivi. Certaines ayant déjà un suivi régulier n'étaient donc pas concernées par ces questions.

L'absence d'une assurance maladie semble être un des critères majeurs de non suivi pour plus de 50% des femmes. En effet pour beaucoup, elles ne sont en France que depuis peu de temps et n'ont donc pas accès à une couverture sociale. Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, la santé n'est pas une priorité pour les populations précaires étant donné le coût potentiel et la difficulté d'accès aux soins. Il est donc primordial de pouvoir leur proposer des structures faciles d'accès pouvant les accueillir sans devoir assumer le coût des soins.

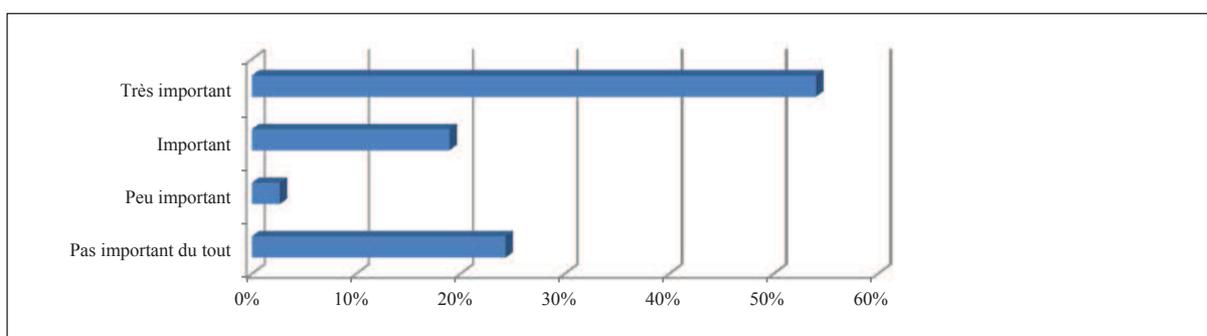


Figure 35 : Opinion des femmes de l'échantillon sur l'absence de couverture sociale comme raison à un suivi non régulier

Le manque d'information sur le suivi et ses modalités n'est pas pour la majorité d'entre elles une raison importante. Or, lors des entretiens directs, nous notons que si elles sont conscientes plus ou moins de la question et qu'elles s'en préoccupent, en réalité elles ne disposent pas des informations nécessaires.

Nous avons proposé ensuite des critères plus pratiques, explicatifs du manque de suivi : ne pas savoir où trouver une consultation gynécologique, avoir des difficultés de déplacement ou à prendre rendez-vous. Si les résultats nous montrent que devoir se déplacer et prendre rendez-vous est un problème pour un peu moins de 30% des femmes, il est par contre très présent chez les femmes non francophones, notamment pour la prise de rendez-vous.

D'autre part pour 40% de ces femmes, ne pas savoir où trouver une consultation gynécologique pose un problème important dans leur suivi. Cela nous montre que, d'une part, une information sur les lieux de consultation gynécologique déjà existant doit être donnée plus largement et plus fréquemment et que d'autre part, proposer ces consultations dans des lieux déjà connus de ces femmes, leur permettrait d'avoir un meilleur suivi.

Pour celles ayant un suivi régulier, nous leur avons demandé de préciser où elles allaient. Pour la plupart, elles consultent un gynécologue en libéral ou au CHU.

Le dernier critère proposé était la peur ou la gêne de l'examen gynécologique. Pour n'importe quelle femme, l'examen gynécologique peut être source de gêne voire de peur et selon les origines et cultures, ce critère peut être un vrai frein à la participation au suivi. Sur cet échantillon, les réponses se situent principalement entre les extrêmes : pas important du tout et très important. Cette question divise clairement les opinions et on note une vraie différence selon l'origine géographique des femmes : pour les femmes d'Afrique Sub-saharienne, l'examen n'est pas vraiment un problème. Par contre chez les femmes d'Europe de l'Est, des autres pays, tels que ceux d'Asie Centrale et chez les françaises, cette raison est très importante.

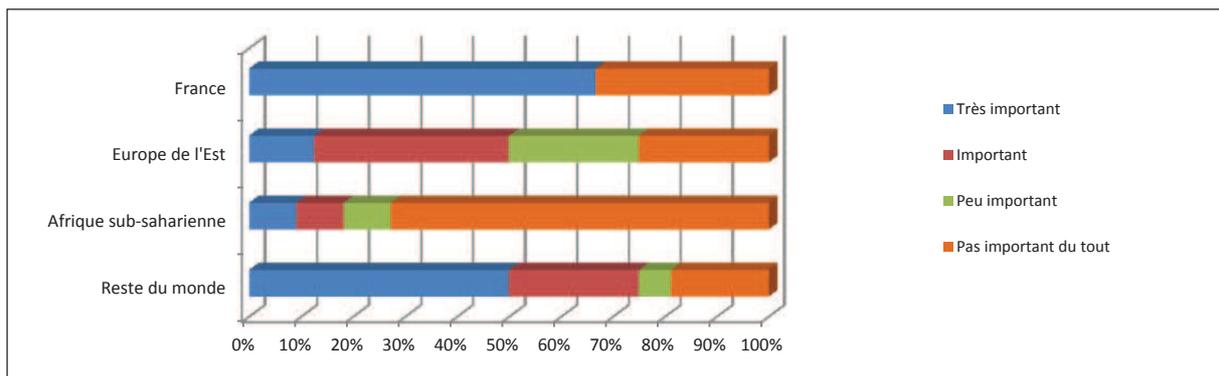


Figure 36 : Relation entre le pays d'origine des femmes et la peur ou gêne de l'examen comme raison d'un suivi non régulier

Le rapport au corps, à la sexualité n'est pas le même selon l'origine des femmes. Comme nous l'avons vu plus haut, la communication change également selon les cultures. Il faut donc s'adapter aux femmes selon leurs opinions, leurs problèmes et proposer des solutions pour que le maximum d'entre elles puissent avoir un meilleur suivi.

Quelles solutions leur proposer ?

Nous l'avons vu, chez les femmes migrantes et/ou en situation de précarité, la santé n'est pas toujours une priorité. Une bonne prise en charge sanitaire pourrait aider à limiter les effets de cette situation. Compte tenu des réponses obtenues dans cette enquête, sur le suivi non régulier des femmes au niveau gynécologique, le sous dépistage du cancer du col utérin par frottis et les raisons évoquées, nous avons pensé qu'une consultation gynécologique au RGC pourrait être une solution et permettre une participation plus efficace au suivi et au dépistage, en effet, environ 40% des femmes de l'échantillon indiquent que l'absence de lieu de consultation connu est un véritable problème pour leur suivi.

Dans cette étude, nous remarquons que 70% des femmes ne savent pas où trouver une consultation gynécologique à Poitiers. Parmi celles qui savent où s'adresser, le CHU et le gynécologue libéral arrivent en tête. Ces démarches nécessitent une assurance maladie mais aussi la capacité à prendre un rendez-vous, à se déplacer, ce qui peut entraîner des difficultés pour beaucoup et les décourager à se faire suivre.

Nous avons donc interrogé ces femmes sur leur opinion vis-à-vis d'une hypothétique consultation gynécologique au RGC. Quelles modalités faudrait-il mettre en place pour qu'elles y participent ?

La question sur leur participation à une consultation au RGC a reçu un accueil très positif, avec 94% d'intention de participation. Cela montre que la prévention les sensibilise et dès lors qu'on leur propose des solutions, elles souhaitent participer à ces programmes.

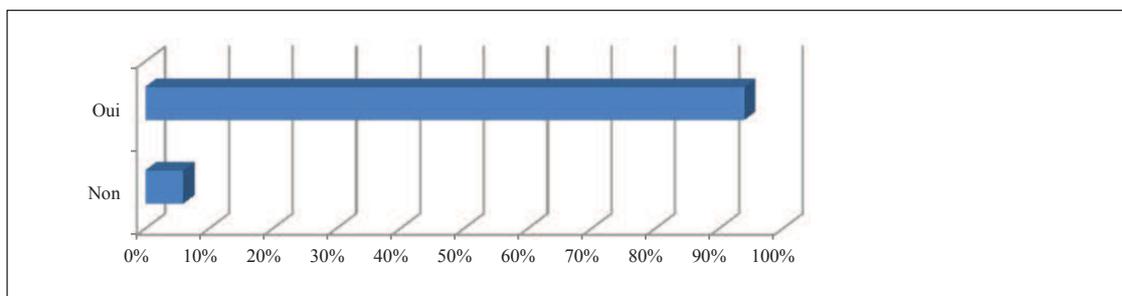


Figure 37 : Taux de participation déclaré par les femmes de l'échantillon à une consultation gynécologique au RGC

Pour approfondir cette question, plusieurs propositions sur les avantages apportés par cette consultation leur ont été faites. Il en ressort que pour ces femmes, très souvent étrangères et non forcément francophones, connaître les lieux, le personnel, l'adresse et savoir comment y venir est très rassurant et permettrait une meilleure participation.

Cependant la première raison avancée serait la gratuité des soins, dans le prolongement de la PASS médicale déjà en place, pour 83% des femmes, ce qui correspond au fait que le manque d'assurance maladie est une des raisons majeures de non suivi.

L'avantage d'une consultation gynécologique au RGC serait la possibilité d'offrir le service d'interprètes pour certaines langues, notamment d'Europe de l'Est, ce qui permet d'intégrer au mieux les patientes non francophones pour qui aller en consultation ou prendre un rendez-vous peut être très difficile.

Parmi les motifs évoqués par les femmes, la gentillesse du personnel, l'accompagnement, la rapidité de consultation qu'elles trouvent déjà au RGC sont des raisons qui les pousseraient à consulter.

Donc une consultation de gynécologie et de dépistage semble être une idée pertinente mais sous quelle forme ?

L'année dernière, il y a eu 275 patientes âgées de plus de 15 ans qui ont consulté au RGC. Il faudrait au moins une après-midi de consultation par semaine, si l'on se base sur une visite gynécologique une fois par an.

Nous avons recherché la préférence des femmes en ce qui concerne une consultation avec ou sans rendez-vous. Bien que la majorité soit favorable aux deux formules, nous constatons que c'est la proposition de consultation avec rendez-vous qui remporte le plus d'opinion favorable (80%). Une des explications pourrait en être qu'actuellement, après les changements d'organisation, les consultations médicales étant sans rendez-vous, les temps d'attente sont parfois très longs.

<i>En Ligne : Q33_1 Sans rendez-vous, même si vous devriez attendre</i>				
<i>En colonne : Q33_2 Avec rendez-vous, même s'il fallait revenir un autre jour</i>				
Effectifs	Favorable	Peu favorable	Total	%
Favorable	19	9	28	57%
Peu favorable	20	1	21	43%
Total	39	10	49	
%	80%	20%	100	

Figure 38 : Consultation avec ou sans rendez-vous pour une consultation gynécologique au RGC

Il s'agissait ensuite de savoir si cette consultation devait être réalisée par un homme ou une femme ou les deux ?

La réponse est très claire avec, en croisant les résultats des deux questions, un taux de 98% en faveur d'une femme, comme le montre les graphiques de la page suivante. La possibilité qu'un homme assure cette consultation n'est approuvée que par 38% des femmes.

Ce résultat était prévisible étant donnée les difficultés à aborder ce sujet, les rapports au corps, la religion, Notons cependant que selon les origines, on peut constater que la possibilité qu'un homme assume les consultations est plutôt bien acceptée, par exemple par les africaines, par comparaison avec les femmes d'Europe de l'Est et des autres pays.

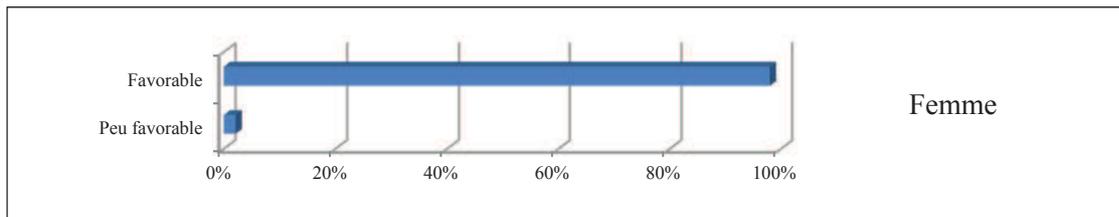


Figure 39: Opinion des femmes de l'échantillon sur le genre du professionnel (femme) assurant cette consultation gynécologique

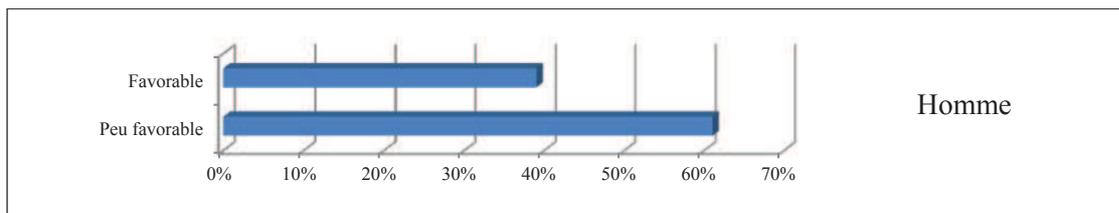


Figure 40: Opinion des femmes de l'échantillon sur le genre du professionnel (homme) assurant cette consultation gynécologique

La participation sera sûrement dépendante de la présence d'une femme à cette consultation. Nous avons ensuite cherché à savoir quels sujets voudraient-elles aborder au cours de cette consultation. Là aussi nous leur avons fait des propositions sur les grands problèmes de gynécologie.

Tout d'abord sur la contraception. Ce sujet est important ou très important pour 60% des femmes. Bien sûr l'âge des enquêtées influence cette réponse puisque ce sujet est surtout prégnant pour les jeunes femmes, qui en ont plus l'utilité.

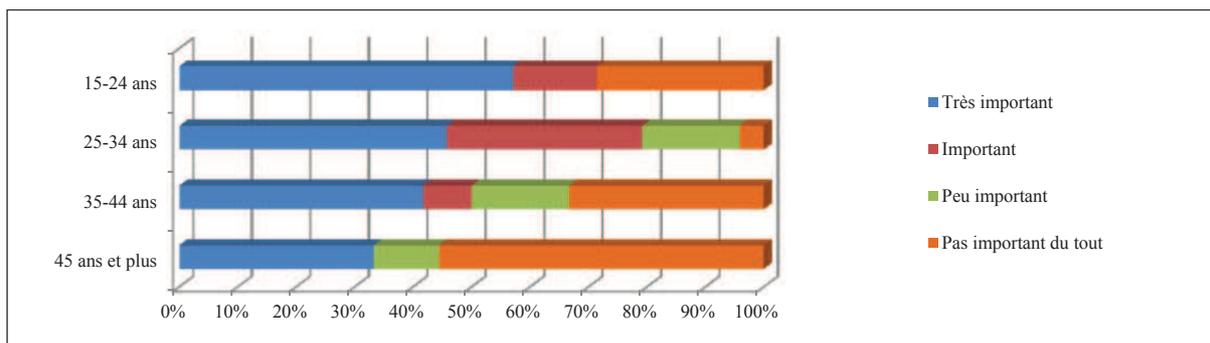


Figure 41 : Opinion sur l'importance de la contraception comme sujet de discussion par classe d'âge

Le dépistage et la prévention des cancers est clairement le sujet le plus important dans cet échantillon avec plus de 90% des femmes répondant qu'il est au moins important de l'aborder au cours de la consultation et ce quel que soit l'âge.

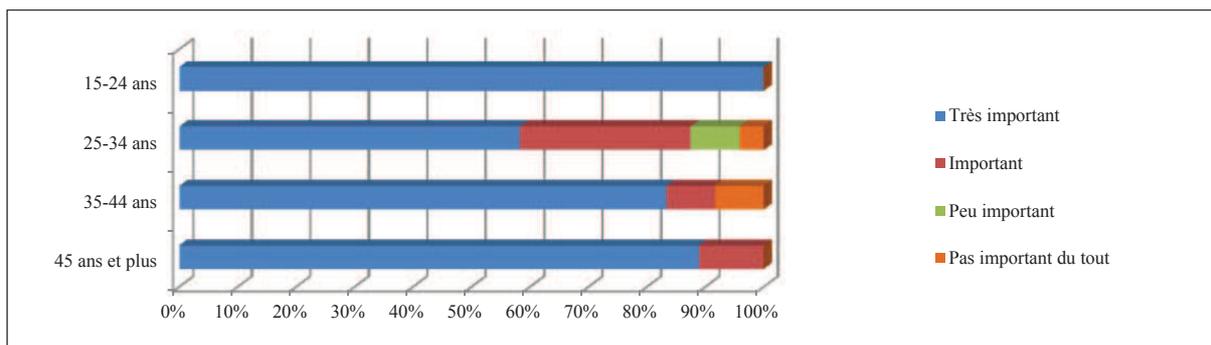


Figure 42 : Opinion sur l'importance du dépistage et la prévention des cancers comme sujet de discussion par classe d'âge

Le dépistage et la prévention des infections sexuellement transmissibles est aussi, pour elles, un sujet important et tout comme pour la contraception, c'est chez les jeunes que ce sujet semble entraîner le plus d'intérêt.

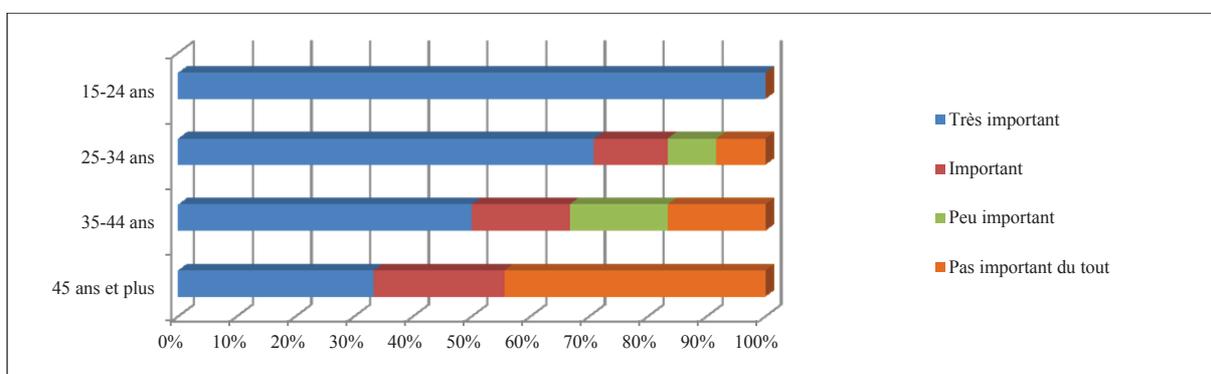


Figure 43 : Opinion sur l'importance du dépistage et la prévention des infections sexuellement transmissibles comme sujet de discussion par classe d'âge

La grossesse et la sexualité recueillent des résultats similaires. Il est important d'en parler, surtout selon l'âge.

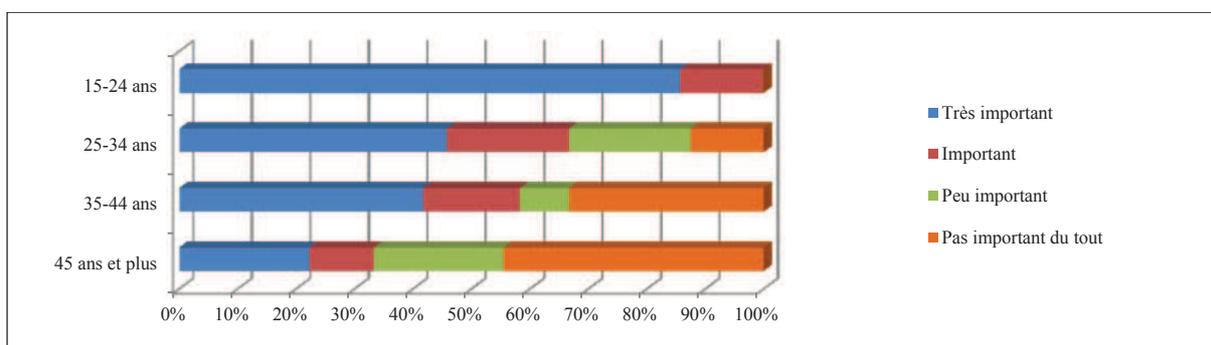


Figure 44 : Opinion sur l'importance de la grossesse comme sujet de discussion par classe d'âge

Pour la sexualité, la répartition selon l'âge est plus variée, même si c'est chez les jeunes que ce sujet est le plus important comme le montre la figure de la page suivante. Si l'on croise ces

réponses avec l'origine des femmes, on se rend compte que les françaises et les femmes d'Afrique Sub-sahariennes n'ont pas de difficultés à aborder ce sujet et trouvent qu'il est important d'en parler. En comparaison, il semble moins important pour les femmes d'Europe de l'Est et des autres pays, comme ceux de l'Asie Centrale. A travers les entretiens, on réalise que c'est un sujet très difficilement abordable avec les femmes originaires d'Europe de l'Est.

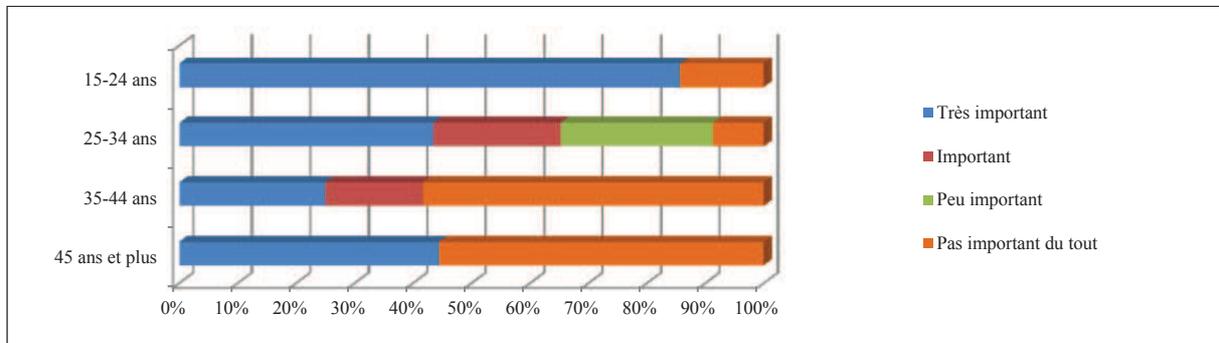


Figure 45 : Opinion sur l'importance de la sexualité comme sujet de discussion par classe d'âge

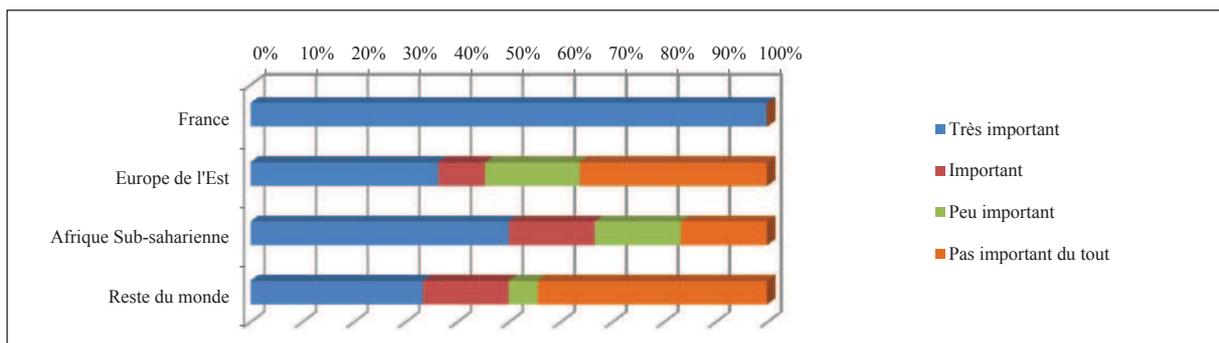


Figure 46 : Opinion sur l'importance de la sexualité comme sujet de discussion par pays d'origine

Dans les réponses libres, le sujet des mutilations sexuelles a été cité. En effet cela semble très important de pouvoir aborder ce sujet qui peut toucher une grande partie des populations ciblées, notamment chez les africaines et qui est souvent source de difficultés sexuelles et de troubles de l'image du corps.

Les dernières questions servaient à connaître le sentiment des femmes sur ce qui pourrait leur être proposé au cours de cette consultation, de savoir si elles y participeraient et enfin de connaître leur opinion générale sur la proposition d'une consultation gynécologique au RGC ainsi que sur la mise à disposition d'une information écrite sur le suivi et le dépistage.

Toutes les femmes ont répondu à ces questions, même les femmes qui avaient répondu qu'elles ne viendraient pas en consultation au RGC. Les réponses sont clairement positives dans leur envie de participer au dépistage et d'être suivies.

A 90%, elles sont d'accord pour être suivies tous les ans même en l'absence de problème particulier et 94% seraient d'accord pour être examinées. En ce qui concerne le dépistage par frottis, 89% serait d'accord pour le faire si nécessaire. Les 11% restantes répondent qu'elles ne savent pas, ce qui peut être dû au fait qu'elles ne savent pas ce qu'est et à quoi sert un frottis, certaines n'ayant pas pu avoir d'explications car non vues en entretien. Dans cette optique, la grande majorité serait prête à revenir chercher les résultats et à avoir un suivi rapproché ou spécialisé, si nécessaire.

Bien entendu, rien ne permet de dire qu'elles respecteront vraiment ce délai d'un an mais cela permettra au moins de transmettre l'information, de réaliser un frottis et éventuellement de les prendre en charge à temps. Ces femmes, malgré leurs difficultés, veulent s'occuper d'elles-mêmes mais il faut leur proposer des solutions adaptées, les accompagner, mettre toutes les chances de leur côté pour les amener à rentrer dans le système de soins.

Concernant leur opinion générale sur l'idée de la création d'une consultation gynécologique au RGC, 99% ont un retour positif. La mise à disposition d'une information écrite obtient là aussi un accueil très favorable, montrant que, si elles ont accès facilement à l'information, elles participeront plus aux actions de santé.

Cette étude nous montre donc que les femmes en situation précaire, souvent migrantes, consultant au RGC ont des difficultés à rentrer dans les programmes de dépistage et de suivi. Pour beaucoup, le suivi gynécologique est irrégulier et le dépistage du cancer du col de l'utérus rare voire inexistant chez des femmes de plus de 25 ans ayant une activité sexuelle (37% dans cette étude). Les principales raisons évoquées par les femmes sont l'absence d'assurance maladie, principalement, suivie par les difficultés pratiques que peut entraîner la recherche d'une consultation gynécologique.

Le manque d'information est également un problème essentiel dans ces populations avec plus de 50% des femmes qui ne connaissent pas le frottis et son utilité. Il faut donc améliorer cet accès à l'information dans toutes les structures où ces femmes peuvent se présenter. C'est la responsabilité des personnels de santé de s'assurer qu'elles reçoivent cette information. Tous les thèmes semblent importants aux femmes, que ce soit la contraception, les IST, la sexualité, notamment chez les plus jeunes et surtout la prévention et le dépistage des cancers.

Créer une consultation au RGC serait une solution acceptée par les femmes, 94% répondant qu'elle serait prête à venir. Dans l'idéal cette consultation devrait avoir lieu au moins une fois par semaine, avec rendez-vous, gratuite, réalisée par une femme et avec la possibilité d'avoir une interprète. Tous les sujets devraient être abordés et surtout le dépistage et la prévention des cancers. La grande majorité serait d'accord pour faire ce qui est jugé nécessaire lors de cette consultation (examen, frottis). Une information écrite pouvant être disponible en plusieurs langues est jugée nécessaire.

Leur participation à cette consultation n'est, pour l'instant, que déclarative. Souvent la mise en pratique n'est pas aussi simple. Les femmes souhaitent une consultation sur rendez-vous mais ont souvent des difficultés à les honorer. Beaucoup de femmes à qui le questionnaire a été distribué et qui semblaient intéressées ne l'ont en fait jamais rapporté. La sexualité et la

gynécologie sont des sujets difficiles à aborder, intimes ; beaucoup étaient gênées et paraissaient embarrassées de répondre au questionnaire, peut-être par pudeur mais aussi par crainte de ne pas savoir répondre ou de répondre mal; d'autres ne voyaient tout simplement pas l'intérêt de participer si cela ne leur apportait rien.

Il peut exister également un biais du fait que certaines patientes étaient accompagnées durant les entretiens, parfois par leur mari ou leurs enfants, ce qui a pu, limiter leur participation à cette enquête, ou les freiner dans leurs réponses.

Compte tenu du nombre limité de femmes ayant répondu à cette enquête, il resterait à généraliser ces résultats à la population féminine en situation de précarité en France.

Si le bilan de notre étude est plutôt positif en faveur de l'ouverture d'une consultation gynécologique au Relais, on pourrait éventuellement objecter que ces femmes ont un suivi médical irrégulier et que la vocation du Relais est de les accompagner vers le système de droit commun. Dès lors, proposer une consultation alors que les femmes pourraient n'y venir qu'une seule fois reste-t-il pertinent ?

Oui parce qu'il leur resterait le bénéfice d'avoir été vues au moins une fois, examinées et un FCV pourrait être réalisé lors de cette consultation.

D'autre part, l'information donnée lors de cette consultation permettrait aux femmes de mieux se prendre en charge ultérieurement et faciliterait ainsi leur intégration au système de droit commun. De façon plus générale, toute prise de conscience des femmes sur la nécessité de se prêter à un suivi gynécologique régulier ne peut avoir que des effets positifs à long terme en matière de santé publique, que ce soit au niveau de la France ou de l'Europe en particulier.

Enfin notons que la diminution du nombre de gynécologues médicaux, majoritairement responsable de ce suivi et dépistage, risque de rendre son accès plus difficile. Ces patientes, en situation de précarité, risquent d'être particulièrement concernées par les difficultés qui pourraient en découler (accès aux professionnels concernés, liste d'attente, barrière de la langue...). La présence de cette consultation au Relais pourrait permettre de pallier les difficultés pratiques d'accès qui en résulteraient.

III.5. Conclusion

Les résultats de cette étude confirment bien que les populations en situation de précarité ont un moindre accès aux consultations de gynécologie et au dépistage (37% des femmes de plus de 25 ans déclarant ne jamais avoir eu de frottis dans leur vie), que la population générale française (80% de taux de participation déclarée).

Une étude réalisée en 2013 par Médecins du Monde sur le dépistage des cancers chez les femmes en situation de précarité en France aboutit à des résultats sensiblement similaires et conclut à un sous dépistage de cette population concernant le cancer du col de l'utérus, notamment pour des raisons de coût et d'absence de couverture sociale. Elle constate également que le manque d'information de ces femmes les maintient dans cette précarité sanitaire. (59)

Il faut donc, comme les « mesures 14 et 16 du Plan cancer 2009-2013 » l'évoquent (58), trouver des solutions pour améliorer la participation des femmes.

La création de consultation gynécologique dans des lieux déjà connus, comme le Relais Georges Charbonnier à Poitiers, semble avoir l'adhésion des patientes et permettrait, sûrement, une meilleure prise en charge.

Les modalités de cette consultation doivent être réfléchies en fonction de la population que chaque structure reçoit, pour être la plus efficiente. Il faut que les structures, souvent de soins primaires, recevant ces populations, commencent à mettre en place des actions ciblées permettant un accès à la prévention et au dépistage égal à celui de la population générale française. Le médecin généraliste est bien sûr en première ligne pour promouvoir ces actions auprès des patientes ayant l'AME ou la CMU.

Au cours des entretiens réalisés pour cette enquête et également pendant mes consultations lors du stage, j'ai pu me rendre compte que le dépistage n'est pas la priorité des femmes en situation précaire. Quand elles consultent c'est principalement pour des symptômes quels qu'ils soient et souvent une fois ce problème résolu, elles ne reviennent pas.

En effet, la santé n'est pas leur premier souci comparé au fait de trouver un logement, avoir des ressources financières ou se nourrir. Dans la population française, en général, les préoccupations d'emploi et de logement sont pour la plupart résolues, même si actuellement, le chômage est à un niveau très élevé. Les femmes peuvent donc s'occuper plus facilement de leur santé et chercher à s'informer en matière de dépistage.

Remarquons cependant qu'il n'y pas que dans la population dite précaire que le suivi gynécologique n'est pas régulier. Il semblerait que les femmes aient tendance à considérer, qu'en l'absence de symptômes ou de besoin particulier, il ne peut y avoir de problème et qu'il est donc inutile de se faire suivre. Néanmoins la plupart ont accès à l'information, notamment par leur médecin traitant ou leur gynécologue.

On comprend donc que pour des femmes qui ont des difficultés chaque jour pour se nourrir ou se loger, chercher de l'information sur le dépistage de maladie, que parfois elles ne connaissent pas, n'est pas la priorité, d'où l'importance de structure d'accueil pluridisciplinaire comme le RGC.

CONCLUSION GENERALE

La précarité est une vaste notion qui regroupe plusieurs dimensions telles que le logement, l'emploi, la santé... Actuellement dans notre pays, la précarité est présente pour une partie de la population. Elle est très souvent liée au statut immigré des populations. L'absence d'emploi et/ou de logement, entraîne des conséquences sur la prise en charge de la santé des personnes en difficulté. Les jeunes et les femmes sont souvent les premiers touchés. Les inégalités en matière de santé accentuent cette désocialisation des populations en France. La surmortalité des personnes en situation précaire peut être en partie imputée à un mauvais accès aux soins, à l'absence de prévention et de dépistage des maladies.

Depuis la fin des années 80, les politiques de santé ont commencé à tenir compte de ces situations et la prise en charge des plus démunis s'est améliorée. Des aides comme l'aide médicale d'état, la couverture médicale universelle et les PASS ont été créées. Des structures médico-sociales, comme le Relais Georges Charbonnier à Poitiers, sont apparues et ont permis une avancée dans le domaine de la santé des personnes en situation de précarité. Celui-ci reçoit toutes les personnes en difficulté, français ou étrangers, avec ou sans assurance maladie et leur apporte une aide médicale et sociale, en l'accompagnant dès que possible vers le système de soins de droit commun.

Néanmoins, il reste un grand écart par rapport à l'accès aux soins de la population générale. La prévention et le dépistage font partie des ressources disponibles pour permettre d'améliorer la santé des populations en difficultés et essayer de réduire leur précarité et ses effets sur la santé.

Le dépistage permet en effet de détecter une maladie à un stade précoce, curable, autorisant l'abstention thérapeutique ou l'usage de traitement moins lourd, plus facilement acceptable par le patient et une prise en charge moins coûteuse pour la collectivité.

Nous avons choisi d'analyser la mise en œuvre de ces politiques de prévention en étudiant le cas du dépistage du cancer du col de l'utérus. Si ce dépistage a la particularité d'être bien développé auprès de la population des femmes en France, il l'est nettement moins auprès de la population des femmes en situation de précarité.

Or, un simple examen appelé frottis cervico-vaginal permet de détecter des lésions précancéreuses, lésions dues à l'infection persistante du Papillomavirus humain (HPV), virus le plus souvent transmis par voie sexuelle.

Nous avons vu qu'il existe plus d'une centaine d'HPV, certains à bas risque oncogène et d'autres à haut risque oncogène et que parmi ces derniers, les HPV 16 et 18 sont responsables de près de 80% des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus. L'infection à HPV touche environ 75% des femmes au cours de leur période d'activité sexuelle, la prévalence maximale se retrouvant chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans.

Nous avons souligné que le cancer du col de l'utérus était le deuxième cancer de la femme dans le monde avec une incidence et une mortalité plus élevée dans les pays en voie de développement alors qu'en France, en 2011, ce cancer était classé au 12^{ème} rang en terme d'incidence et au 13^{ème} rang en terme de mortalité. Ceci est sûrement à mettre en liaison avec

le fait que dans le monde, l'infection par HPV est considérée comme l'une des premières IST en matière d'incidence, notamment dans les pays en voie de développement.

La réussite des politiques de dépistage en France résulte donc d'un suivi régulier et fréquent des femmes. En effet, nous avons vu que l'âge moyen de découverte d'un cancer invasif est 50 ans alors que celui de découverte de lésions précancéreuses est 28 ans suggérant un temps de latence long permettant d'intervenir. Le cancer du col de l'utérus est donc dit de pronostic « intermédiaire ». Plus il est pris en charge tôt, plus le taux de survie à 5 ans est bon, ce qui appuie l'intérêt du dépistage. Les traitements varient en fonction du type de lésion retrouvée et plus la lésion est détectée tôt, moins le traitement sera lourd et coûteux.

En France, le dépistage repose donc sur le FCV, réalisé tous les trois ans à partir de 25 ans et après deux frottis normaux à un an d'intervalle. C'est ce protocole qui induit la réussite de la politique de prévention de ce cancer.

Or, si le taux de couverture des femmes par frottis est globalement en France de 56%, le problème est que, d'après des études réalisées à partir de la base de données de l'assurance maladie, environ 51% des femmes seraient en situation de sous dépistage, 40% en situation de sur dépistage et seulement moins de 10% aurait un suivi conforme aux recommandations.

C'est donc sur la catégorie des femmes sous dépistées qu'il faut faire porter l'effort de suivi. Nous avons montré au travers de l'analyse des données disponibles que les femmes en situation de précarité ou d'immigration étaient particulièrement représentatives des femmes non suivies par FCV. Nous avons vu que pour ces femmes la santé n'était pas prioritaire. D'autre part le manque d'éducation, d'information, les difficultés linguistiques, l'absence d'assurance maladie sont autant de freins à la participation de ces femmes. Ces femmes ont besoin d'une prise en charge adaptée tenant compte de leurs particularités médico-sociales.

L'objectif est donc de développer des projets et des structures pour permettre d'améliorer leur participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces résolutions sont conformes aux recommandations 14 et 16 du Plan Cancer 2009-2013 sur la prévention des cancers.

Notre étude auprès des femmes fréquentant le Relais Georges Charbonnier a eu pour but d'évaluer la pratique réelle du dépistage du cancer du col chez une population considérée comme précaire et de soumettre à ces femmes une proposition de solution en vue d'améliorer celui-ci. Les résultats confirment que l'on est face à une population en situation de précarité avec beaucoup de femmes migrantes, des femmes sans logement ou en logement instable, et pour beaucoup d'entre elles une absence d'assurance maladie. Ces conditions empêchent une bonne prise en charge en matière de santé. Ils confirment également qu'une majorité n'a pas un suivi gynécologique régulier, notamment en ce qui concerne le dépistage, 37% des femmes de plus de 25 ans n'ayant jamais eu de frottis dans leur vie.

L'enquête révèle que le manque d'information sur ces sujets semble en partie responsable de ce sous dépistage.

Les principales raisons évoquées sont l'absence d'assurance maladie, les difficultés pratiques pour aller à une consultation (déplacement, prise de rendez-vous, lieux, ...), surtout pour les non francophones, ainsi que la peur ou gêne de l'examen. Pour ces femmes, aborder les problèmes de sexualité n'est pas toujours évident ce qui peut expliquer pourquoi elles ont

tendance à ne consulter qu'en cas de symptômes. Plus du tiers des femmes pensent que le suivi et le dépistage ne sont pas des raisons de venir en consultation. Il faut donc donner à ces femmes les informations sur l'importance du suivi, les lieux où elles peuvent avoir une consultation gynécologique et les rassurer quant au besoin d'un examen, pas toujours nécessaire. L'ouverture des droits à l'assurance maladie est également une étape primordiale pour leur prise en charge d'où l'intérêt des centres médico-psycho-sociaux où les différents professionnels sont réunis dans un seul lieu.

La proposition d'une consultation gynécologique au Relais G. Charbonnier est considérée par la quasi-totalité des femmes comme une très bonne idée et la presque totalité d'entre elles déclarent qu'elles y viendraient. Les raisons principales en seraient la connaissance du lieu, du personnel, la gratuité des soins ainsi que la possibilité de faire appel à des interprètes. Cette consultation devrait avoir lieu environ une fois par semaine, être faite par une femme, avec rendez-vous. Les femmes sont intéressées par tous les sujets concernant la santé, le dépistage et la prévention des cancers en priorité. La base d'un suivi une fois par an semble acceptée ainsi que la réalisation du frottis. La disponibilité d'une information écrite résumant les informations est perçue comme une bonne idée pour ces femmes.

Cette étude, réalisée sur un nombre restreint de femmes, ouvre des pistes de réflexion sur les attentes en matière de suivi médical des populations féminines en situation de précarité. D'autres études semblent confirmer le besoin de trouver des solutions pour ces femmes en ce qui concerne, en particulier, le suivi gynécologiques et le dépistage du cancer du col. La phase suivante serait de proposer une expérimentation d'un protocole de suivi. La mise en place d'une consultation gynécologique au Relais Georges Charbonnier pourrait permettre de réaliser une expérience à plus grande échelle pour tester sa faisabilité et permettre ainsi à d'autres structures de développer des projets pour une meilleure prise en charge des femmes les plus en difficulté.

BIBLIOGRAPHIE

1. Choukroum O. Pauvreté, précarité, quelle santé promouvoir? La santé de l'homme. Juillet - Août 2000;(348): p. 12-14.
2. Bourdelais P. L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé. In Bourdillon F, Tubiana M. Traité de prévention. Paris: Flammarion; 2009. p. 9-13.
3. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité. (Consulté en Février 2013). Available from: <http://www.joseph-wresinski.org/Grande-pauvrete-et-precarite,141.html>.
4. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques; Accueil - Définitions et Méthodes - Définitions - Immigré. (Consulté en Février 2013). Available from: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/immigre.htm>.
5. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques - Accueil - Définitions et Méthodes - Définitions - Etranger. (Consulté en Février 2013). Available from: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/etranger.htm>.
6. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques - Fiches thématiques - Population, éducation- France, portrait social - Edition 2012. (Consulté en Février 2013). Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FPORSOC12n_FTL02pop.pdf.
7. Observatoire des inégalités. La précarité de l'emploi en France. 2012 (Consulté en Février 2013). Available from: <http://www.inegalites.fr/spip.php?article957>.
8. Observatoire des inégalités. La précarité de l'emploi selon l'âge. 2012 (Consulté en Février 2013). Available from: http://www.inegalites.fr/spip.php?article461&id_mot=106.
9. Observatoire des inégalités. L'évolution de la précarité de l'emploi selon l'âge. 2012 (Consulté en Février 2013). Available from: http://www.inegalites.fr/spip.php?article1615&id_mot=106.
10. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dossiers thématiques - Santé et précarité - Les chiffres de l'inégalité sociale de santé - Chiffres clés. 2009 (Consulté en Février 2013). Available from: <http://www.cnle.gouv.fr/Chiffres-cles,405.html>.
11. Pradines N., Insee. Institut national de la statistique et des études économiques - Thèmes - Population - Etrangers-Immigrés - En Poitou-Charentes, un immigré sur quatre est originaire du Royaume-Uni. 2012 (Consulté en Février 2013). Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=19100.
12. La Nouvelle République - Vienne - Actualités - Economie, social - Forte hausse du chômage en Vienne : 2,1 %. 27 Février 2013 (Consulté en Mars 2013). Available from: <http://www.lanouvellerepublique.fr/Vienne/Actualite/Economie-social/n/Contenus/Articles/2013/02/27/Forte-hausse-du-chomage-en-Vienne-2-1-1350391>.
13. Bouffard B., Giraud J. Précarité et santé en Poitou-Charentes. Bulletin Observation Santé, Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes. Mars 2012; 8p.
14. Brun D. La Nouvelle République - Vienne - Actualité - Economie, social - La précarité s'installe durablement dans la Vienne. 9 novembre 2012 (Consulté en Mars 2013). Available from: <http://www.lanouvellerepublique.fr/Vienne/Actualite/Economie-social/n/Contenus/Articles/2012/11/09/La-precarite-s-installe-durablement-dans-la-Vienne>.
15. Centre Communal d' Action Sociale de Poitiers (CCAS). Rapport Diagnostic Santé-ville de Poitiers - Etat des lieux Santé de la ville de Poitiers. Septembre 2012, p.5-10 (Consulté en Mars 2013). Available from: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/CLS/Etat_des_lieux_sante_POITIERS_-_CCAS_DE_POITIERS.pdf.

16. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques - Régions - Poitou-Charentes - Les publications de l'Insee Poutois-Charentes - Les dossiers Web - Les zones d'emploi en Poitou-Charentes - Poitiers: Marché de l'emploi. 2012 (Consulté en Mars 2013). Available from: http://insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=themes/dossiers/ze/ze5413_tra.htm#emp.
17. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dossiers thématiques - Santé et précarité - Evolution historique des concepts de Santé et Précarité - Histoire de la prise en charge des personnes en situation de précarité. Novembre 2009 (Consulté en Mars 2013). Available from: <http://www.cnle.gouv.fr/Histoire-de-la-prise-en-charge-des.html>.
18. Couffinhal A., Dourgon P., Geoffard PY., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen, Deuxième partie: quelques expériences européennes. Bulletin d'information en économie de la santé, questions d'économie de la santé, synthèse. Février 2005;(93): 8p.
19. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES, Collection Santé en action; 2010. 380p.
20. Hirsch M. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 - La réduction des inégalités de santé est au coeur de la cohésion sociale. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Janvier 2007;(2-3): p. 9-14.
21. Conseil de l'Ordre des Médecins. Le Serment d'Hippocrate - Ordre National des Médecins. 2012 (Consulté en Mars 2013). Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>.
22. Conseil de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie, Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique) - Ordre National des Médecins. 2012 (Consulté en Mars 2013). Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>.
23. Conseil de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie, Article 12 (article R.4127-12 du code de la santé publique) - Ordre National des Médecins. 2012 (Consulté en Mars 2013). Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-12-concours-apporte-la-protection-de-la-sante-236>.
24. Batiot F. Médecine et précarité. A propos d'une étude dans un centre médico-social. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine. Université de Poitiers; Soutenue le 12 Décembre 2005. 122 p.
25. Aubry P. Rapport 2012 d'activité médicale Relais Georges Charbonnier et CIDDIST. Poitiers: Centre Hospitalier Universitaire, Pôle USSAR. 33p.
26. ANAES. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - Guide méthodologique: Comment évaluer a priori un programme de dépistage? , Service évaluation thecnologique - Service évaluation économique; Mai 2004. 68p.
27. Arnaud C. Evaluation des procédures de dépistage; Deuxième Cycle des Etudes Médicales; Module 1; faculté de Médecine de Toulouse. (Consulté en Avril 2013). Available from: http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/sous_module1/011_depistage_CA_SA.pdf.
28. Fénina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C., et al. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Bulletin d'information en économie de la santé; Questions d'économie de la santé, Analyse. Juillet 2006;(111): 8p.
29. Institut National du Cancer. Institut National du Cancer- Dépistage - Dépistage et détection précoce. (Consulté en Avril 2013). Available from: <http://www.e-cancer.fr/depistage>.

30. INCa. Institut National du Cancer - Dépistage - Dépistage du cancer du sein - Espace professionnels de santé - Le programme de dépistage organisé. (Consulté en Avril 2013). Available from: <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>.
31. Institut National de Veille Sanitaire. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Objectif 48 - Rapport 2011. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2011. p. 246-249
32. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus, Etat des connaissances - Actualisation 2008. Maladies chroniques et traumatismes. Institut de Veille Sanitaire. 33 p.
33. Rouquille N. Papillomavirus et cancers associés : Données actualisées sur le dépistage, les recommandations et la prophylaxie vaccinale. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Pharmacie. Université de Grenoble. Soutenue le 10 Septembre 2009. 140 p.
34. Trying SK. Human papillomavirus infections: Epidemiology, pathogenesis, and host immune response. J AM ACAD DERMATOL. 2000 July; 43(1 PART 2): p. 18-25.
35. International Agency for Research on Cancer. Human papillomaviruses. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2007; 100B: p. 255-313.
36. Clifford G., Gallus S., Herrero R., Muñoz N., Snijders P., Vaccarella S., et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in. The Lancet. 2005 September; 366(9490): p. 991-998.
37. Clifford G., Franceschi S., Diaz M., Muñoz N., Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with. Vaccine. 2006 May; 24(S3): p. 26-34.
38. Mouglin CH., Bernard B., Lab M. Biologie des infections à papillomavirus. Caractéristiques générales. Annales de Biologie Clinique. 1997; 55(6): p. 555-563.
39. Dunne EF., Unger ER., Sternberg M., McQuillan G., Swan DC., Patel SS., et al. Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States. JAMA. 2007 February; 297(8): p. 813-819.
40. InVS. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport Technique. Saint Maurice: Institut de Veille Sanitaire, Maladies chroniques et traumatismes; 2011. 78p.
41. INCa. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010; Collection Rapport et Synthèse. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer; Juillet 2010. 22p.
42. Aubin F., Pretet JL., Riethmuller D. Infection à Papillomavirus humains. Ann Dermatol Venereol. 2007; 134: p. 96-99.
43. Agius G. Infection à papillomavirus du col de l'utérus: enquête épidémiologique dans un Centre de Santé de Sécurité Sociale, expérience diagnostique au CHU de Poitiers. Bordeaux: 7ème Journées Nationales d'Infectiologie; 2006.
44. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Synthèse et Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS, Documentation - Information du public; Juillet 2010. 53p.
45. ANAES. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la pratique clinique - Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002 - Synthèse des recommandations. Service des recommandations professionnelles et service évaluation économique; Septembre 2002. 21p.

46. CNGOF. 31ème journées nationales - Recommandations pour la pratique clinique - Troisième partie - Prévention du cancer du col de l'utérus. Décembre 2007; Paris. p. 391-406.
47. Schaffer P., Anthony S., Allemand H. La prévention du cancer du col passe-t-elle par un rythme rapproché des frottis ? Conférence de Consensus sur le dépistage du cancer du col utérin. Lille: XXXIIIe Congrès de la fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française; 1990.
48. Comité consultatif pour la prévention du cancer. Recommandations concernant le dépistage du cancer. In Le dépistage et la détection précoce du cancer; Novembre 1999; Vienne. p. 5-7.
49. Meijer C, Cox T. HPV et dépistage. Les Recommandations d'Eurogin. In Congrès Eurogin; Avril 2003; Paris.
50. Arbyn M, De Sanjosé S, Saraiya M, Sideri M, Palefski J, Lacey C, et al. EUROGIN 2011 roadmap on prevention and treatment of HPV-related disease. Int J Cancer. 2012 November; 131(9): p. 1969-1982.
51. INCa. Institut National du Cancer - Les données - Le dépistage - Le dépistage du cancer du col - 65: Taux de couverture pour le dépistage du cancer du col de l'utérus - 391: Evolution du taux de couvertures par frottis utérin chez les femmes de 25 à 65 ans. 2012 (Consulté en Mars 2013). Available from: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/23-depistage/49-depistage-cancer-col-uterus/65-taux-participation-depistage-cancer-col-uterus.html>.
52. Institut National du Cancer. Les Français face au dépistage des cancers, Collection Enquêtes et Sondages Synthèse des résultats de la 2ème vague de l'enquête barométrique INCa/BVA janvier/février 2009. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer; Septembre 2009. 12p.
53. Piana L., Leandri FX., Jacqueme B., Heid P., Corti J., Andrac-Meyer L., et al. Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médico-sociale défavorisée. Campagnes expérimentales du département des Bouches-du-Rhône. Bulletin du Cancer. Mai 2007; 94(5): p. 461-467.
54. Grillo F., Soller M., Chauvin P. Santé et Recours aux soins des migrants en France - L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - InVS. Janvier 2012;(2-3-4): p. 45-47.
55. Rousseau A., Bohet P., Merlière J., Heules-Bernin B., Ancelle-Park R. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus: analyse des données de l'Assurance Maladie. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Mai 2002;(19): p. 81-83.
56. Dalmon C., Guillot E., Rodrigues A., Alves K., Madelenat M., Mahieu-Caputo D., et al. Cancer du col et précarité, accès aux soins diagnostic et traitement. Bulletin du Cancer. Octobre 2009; 96(10): p. 961-969.
57. Le Cain A., Mourouga P. Dossier "Améliorer la prévention des cancers", Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité. La Santé de l'Homme. Janvier/ Février 2005;(375): p. 34-36.
58. Institut National du Cancer. Plan Cancer 2009-2013 - Axe Prévention-Dépistage - Mesure 14, Action 14.2; Mesure 16, Action 16.6. Boulogne-Billancourt: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2010. p. (64-74)
59. Médecins du Monde. Enquête « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France ». Paris; Mars 2013. 22p.
60. Observatoire des Inégalités. Les seuils de pauvreté en France. Septembre 2012 (Consulté en Août 2013). Available from: http://www.inegalites.fr/spip.php?article343&id_mot=76#nb1.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification FIGO des carcinomes du col utérin

Annexe 2 : Traitement du cancer du col de l'utérus

Annexe 3 : Classification internationale de Bethesda 2001 pour formuler les résultats du frottis

Annexe 4 : Recommandations pour la conduite diagnostique devant un frottis anormal du col de l'utérus

Annexe 5 : Questionnaire utilisé pour réaliser l'enquête ; exemplaire français et russe

Annexe 6 : Présentation du logiciel QuestionData

Annexe 7 : Exemples de résultats par tri à plat

ANNEXE 1

Classification FIGO des carcinomes du col utérin

Stade I

Le carcinome de Stade I est strictement limité au col utérin. On ne doit pas prendre en compte l'extension au corps utérin. Le diagnostic à la fois des Stades IA1 et IA2 doit être fait à partir de l'examen microscopique d'un prélèvement tissulaire, de préférence un cône qui englobe la lésion entière.

Stade IA: Cancer invasif identifié par examen microscopique uniquement. L'invasion est limitée à l'invasion stromale mesurée ne dépassant pas 5mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IA1: L'invasion mesurée dans le stroma ne dépasse pas 3 mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IA2: L'invasion mesurée dans le stroma est comprise entre 3 et 5 mm en profondeur et ne dépasse pas 7 mm en largeur.

Stade IB: Soit les lésions cliniques sont limitées au col, soit les lésions infra-cliniques sont plus importantes que dans le Stade IA. Toute lésion macroscopiquement visible même avec une invasion superficielle est classée cancer de Stade IB.

Stade IB1: Lésions cliniques de taille ne dépassant pas 4 cm.

Stade IB2: Lésions cliniques de taille supérieure à 4 cm.

Stade II

Le carcinome de Stade II s'étend au-delà du col, mais sans atteindre les parois pelviennes. Il affecte le vagin, mais pas au-delà de ses deux tiers supérieurs.

Stade IIA: Pas d'atteinte paramétriale évidente. L'invasion touche les deux tiers supérieurs du vagin.

Stade IIB: Atteinte paramétriale évidente, mais la paroi pelvienne n'est pas touchée.

Stade III

Le carcinome de Stade III s'est étendu à la paroi pelvienne. A l'examen rectal, il n'existe pas de zone non envahie par le cancer entre la tumeur et la paroi pelvienne. La tumeur touche le tiers inférieur du vagin. Tous les carcinomes provoquant une hydronéphrose ou un rein muet, sont des cancers de Stade III.

Stade IIIA: Pas d'extension à la paroi pelvienne, mais atteinte du tiers inférieur du vagin.

Stade IIIB: Extension à la paroi pelvienne, hydronéphrose ou rein muet.

Stade IV

Le carcinome de Stade IV s'est étendu au-delà du petit bassin ou a envahi la muqueuse de la vessie et/ou du rectum.

Stade IVA: Extension de la tumeur aux organes pelviens adjacents.

Stade IVB: Extension aux organes distants.

Tiré de TNM Classification of malignant tumours. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.) UICC International Union against Cancer, Geneva, Switzerland. pp155-157; 6th ed. 2002.

ANNEXE 2

Traitement du cancer du col de l'utérus

Les options de prise en charge d'une lésion CIN 1

Selon les recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) 2002, deux options sont envisageables :

- Surveillance sans traitement si la lésion est bien vue et que la garantie d'une surveillance régulière sur deux ans est obtenue.
- Traitement destructeur de la lésion : la *vaporisation de CO₂ au laser* est la méthode la plus souvent employée. Cette méthode est efficace dans 95% des cas.

Traitement d'une lésion CIN 2/3

Ici, aucune hésitation n'est permise : une lésion de haut grade est directement pré-invasive et doit être détruite.

- On peut recourir à la *vaporisation de CO₂ au laser* si la surface lésionnelle n'excède pas 2 cm², si la lésion est entièrement exocervicale et si la jonction squamo-cylindrique est bien vue en colposcopie.
- Le plus souvent, toutefois, on préfère l'exérèse totale de la lésion par *conisation* : on enlève un petit cône de col, d'environ 1 cm sur 2 cm, autour de l'orifice externe. La résection peut se faire au bistouri mais la méthode de choix aujourd'hui est l'électrorésection à l'anse diathermique. Là encore le pronostic est excellent : 95 à 98% des guérisons sont définitives.

Traitement du cancer du col utérin

- *Chirurgie*

La chirurgie doit traiter tout le volume tumoral et ses prolongements infra-cliniques éventuels. En fonction du stade, l'exérèse sera donc plus ou moins élargie.

Le plus souvent, il s'agit d'une hystérectomie, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus et éventuellement de ses annexes (trompes utérines et ovaires).

Les lymphadénectomies, consistant en l'ablation des ganglions loco-régionaux vers lesquels la tumeur a pu se propager, sont généralement associées au geste principal d'exérèse.

- *Radiothérapie*

Elle fait systématiquement partie des protocoles thérapeutiques et utilise deux méthodes distinctes :

- La radiothérapie externe : elle consiste en une projection, depuis l'extérieur du corps, de rayonnements contre les cellules cancéreuses situées dans le col utérin, l'utérus, les 2/3 supérieurs du vagin et les ganglions iliaques.

○ La curiethérapie : elle consiste en l'utilisation de sources radioactives placées au contact de la tumeur ou au sein des tissus.

- *Associations radio-chirurgicales*

En pratique, ce sont des associations radio-chirurgicales que l'on met généralement en œuvre pour traiter un cancer invasif du col utérin. Il s'agit essentiellement des séquences suivantes :

- Curiothérapie – chirurgie
- Irradiation externe – curiothérapie – chirurgie
- Chirurgie – irradiation externe

- *Chimiothérapie*

Dans le cancer du col utérin, la chimiothérapie est surtout administrée à visée radiosensibilisante, pour améliorer le rendement de la radiothérapie.

Le pronostic global de la maladie, malgré d'indéniables avancées, n'est pas très bon. Il est directement lié au stade, à la taille de la tumeur et à l'envahissement ganglionnaire au moment du diagnostic.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DE BETHESDA 2001 POUR FORMULER LES RESULTATS DU FROTTIS (Anaes 2002)

1- QUALITE DE L'ECHANTILLON

- Satisfaisant pour évaluation
- Insatisfaisant pour évaluation

2- INTERPRETATION / RESULTATS

❖ FROTTIS NEGATIF POUR LA RECHERCHE D'UNE LESION INTRA-EPITHELIALE OU MALIGNNE (NIL/M)

S'il y a lieu, préciser : présence de micro-organismes (Ex : trichomonas vaginalis ou éléments mycéliens évoquant le candida, modifications cellulaires évoquant un herpès simplex) ou autres modifications non néoplasiques (modifications réactionnelles : inflammation, irradiation / présence de cellules glandulaires bénignes posthystérectomie / atrophie)

❖ ANOMALIES DES CELLULES EPITHELIALES

- | | |
|---|--------------|
| • Cellules malpighiennes atypiques | (ASC) |
| - de signification indéterminée | (ASC-US) |
| - ne pouvant exclure une HGSIL | (ASC-H) |
| • Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade | (LGSIL = BG) |
| • Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade | (HGSIL = HG) |
| • HGSIL avec suspicion d'invasion | |
| • Carcinome malpighien | |

❖ CELLULES GLANDULAIRES

- Atypiques (sans spécification ou avec commentaire) : (AGC)
 - i. Endocervicale
 - ii. Endométriale
 - iii. Atypies cellulaires glandulaires de signification indéterminée (AGUS)
 - iv. sans autre précision
- Atypiques, en faveur d'une néoplasie
 - i. Endocervicale
 - ii. Sans autre précision
- Adénocarcinome in situ endocervical (AIS)
- Adénocarcinome

❖ AUTRES

- Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus

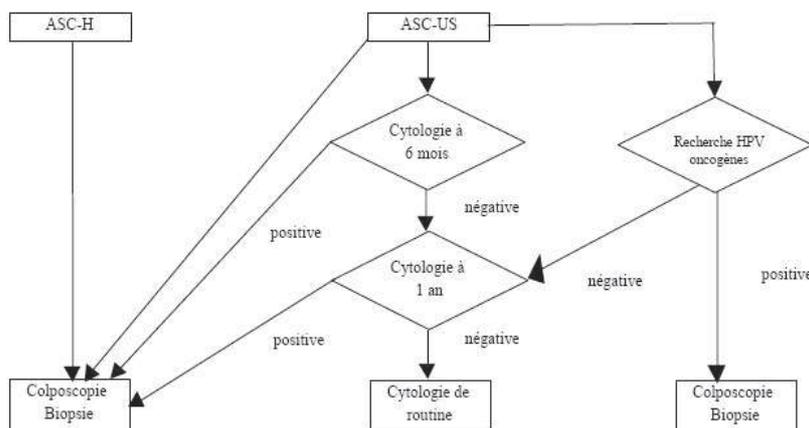
ANNEXE 4

Recommandations pour la conduite diagnostique devant un frottis anormal du col de l'utérus

Conduite diagnostique en cas de frottis avec atypie des cellules malpighiennes (ASC):

- En cas d'atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) :
 - une colposcopie est recommandée d'emblée

- En cas d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US), 3 options sont possibles :
 - une colposcopie d'emblée ;
 - un frottis de contrôle 6 mois plus tard :
 - ✓ si au cours de ce frottis de contrôle les anomalies cytologiques ont disparu, une surveillance régulière est justifiée, nécessitant 2 frottis normaux à des intervalles de 12 mois, en raison du risque d'apparition secondaire d'un cancer.
 - ✓ si au cours de cette surveillance des anomalies cytologiques réapparaissent, une colposcopie est impérative, quels que soient leur sévérité et leur délai d'apparition ;
 - une recherche des HPV potentiellement oncogènes.



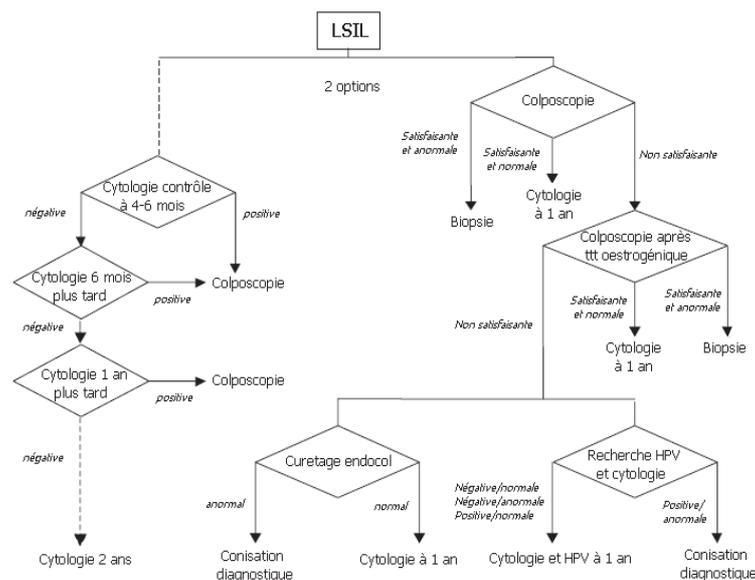
Prise en charge des atypies des cellules malpighiennes ASC

Conduite diagnostique en cas de frottis avec lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL)

Les LSIL regroupent, selon le système de Bethesda 2001, les modifications cellulaires correspondant à l'effet cytopathogène induit par les HPV (koïlocytose) et les dysplasies légères du col utérin (CIN 1).

Lorsque la zone de jonction n'a pas été vue ou mal vue, on considère que la colposcopie n'est pas satisfaisante.

La recherche des HPV potentiellement oncogènes n'est pas recommandée en première intention dans la prise en charge des lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade, car cette recherche est positive dans plus de 80 % de ces lésions.



Conduite diagnostique en cas de frottis cervico-utérin avec lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade (LSIL).

Conduite diagnostique en cas de frottis avec lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL) :

Après un frottis cervico-utérin HSIL, il est nécessaire de faire un examen colposcopique d'emblée. L'examen colposcopique permet de repérer les lésions et d'orienter les prélèvements qui doivent être de bonne qualité.

Chez ces patientes considérées à haut risque (cytologie de haut grade) une exérèse à visée diagnostique est indiquée.

Conduite diagnostique en cas de frottis avec anomalies des cellules glandulaires (AGC) :

Le système de Bethesda 2001 distingue parmi les anomalies des cellules glandulaires:

- les atypies des cellules glandulaires ;
- les atypies des cellules glandulaires ou endocervicales évoquant une néoplasie ;
- l'adénocarcinome endocervical in situ (AIS) ;
- les adénocarcinomes ;
- les autres néoplasies malignes.

Quelles que soient les anomalies des cellules glandulaires, une colposcopie avec biopsie dirigée et/ou curetage de l'endocol est recommandée. Si de plus les anomalies des cellules glandulaires sont de type endométrial, un contrôle histologique de l'endomètre est recommandé.

Si ces examens sont normaux :

○ en cas d'AGC :

- il est recommandé de refaire un frottis à 6 mois ;

○ en cas d'AIS ou adénocarcinome ou suggérant une néoplasie :

- une conisation diagnostique associée à un curetage de l'endomètre est recommandée.

La place de la recherche des HPV est insuffisamment documentée dans la prise en charge des atypies des cellules glandulaires.

Cas particuliers

Chez la femme enceinte

L'évaluation des anomalies cytologiques des femmes enceintes par une simple répétition des frottis apparaît insuffisante en raison de la trop faible concordance cyto-histologique.

Il est donc nécessaire de réaliser une colposcopie et une biopsie qui permettent d'ailleurs dans la grande majorité des cas de différer le traitement après l'accouchement pour le réaliser dans de meilleures conditions.

Chez les patientes avec un CIN confirmé par la biopsie, un contrôle cyto-colposcopique est recommandé à 6-7 mois de grossesse. Une nouvelle biopsie dirigée est justifiée en cas d'aggravation du résultat cytologique ou de l'aspect colposcopique.

L'indication du traitement des lésions repose sur les résultats de la réévaluation cyto-colpo-histologique faite entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement.

La conisation est exceptionnellement nécessaire pendant la grossesse: elle est indiquée au cours du premier ou du deuxième trimestre, en cas de discordance colpo-cyto- histologique, quand on ne peut éliminer avec certitude un cancer invasif.

Après la ménopause

La colposcopie après une préparation œstrogénique de 7 à 10 jours est l'examen de référence. Si la colposcopie n'est pas satisfaisante du fait d'une sténose de l'orifice cervical ou d'une zone de jonction endocervicale non visible, une conisation diagnostique est indiquée.

Patientes séropositives pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Compte tenu de la fréquence des CIN chez les femmes séropositives pour le VIH et de la corrélation imparfaite entre histologie et cytologie, il faut recommander une colposcopie systématique devant toute anomalie cytologique chez les femmes VIH positives.

Ceci est particulièrement nécessaire en cas d'immunodéficience ou de lésions génitales externes.

L'état actuel des connaissances ne permet pas de faire de recommandations particulières quant à la recherche du virus HPV pour le dépistage des lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade chez les patientes séropositives pour le VIH.

ANNEXE 5

Questionnaires utilisés pour l'enquête

Questionnaire français



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Questionnaire de thèse : Amélioration du suivi gynécologique et du dépistage du cancer du col chez les femmes migrantes et/ou précaires

Intérêt de la création d'une consultation gynécologique au
Relais G. Charbonnier à Poitiers

Marlène Malfait

01/01/2013

Ce document est un questionnaire sur le suivi gynécologique et le dépistage du cancer du col chez les femmes fréquentant le relais. Il rentre dans le cadre de ma thèse pour le doctorat de médecine. Il concerne les femmes à partir de 15 ans et permet de voir les besoins des femmes en gynécologie et s'il y aurait un intérêt à créer une consultation de gynécologie au relais et dans quelles conditions.

Questionnaire - Numéro du questionnaire**Q1 - Age**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 15 -24 ans | <input type="checkbox"/> 2. 25 - 34 ans |
| <input type="checkbox"/> 3. 35 - 44 ans | <input type="checkbox"/> 4. 45 - 54 ans |
| <input type="checkbox"/> 5. 55 - 64 ans | <input type="checkbox"/> 6. Plus de 65 ans |

Q2 - Pays d'origine

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. France | <input type="checkbox"/> 2. Europe de l'Est |
| <input type="checkbox"/> 3. Afrique Sub-saharienne | <input type="checkbox"/> 4. Maghreb |
| <input type="checkbox"/> 5. Autres pays européens | <input type="checkbox"/> 6. Reste du monde |

Q3 - Maîtrise de la langue française

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Courant | <input type="checkbox"/> 2. Comprend l'essentiel |
| <input type="checkbox"/> 3. Faible | |

Q4 - Besoin d'un interprète

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 2. Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

Q5 - Est en couple stable

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 2. Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

Q6 - Conditions d'hébergement

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sans domicile | <input type="checkbox"/> 2. Hébergement inconstant |
| <input type="checkbox"/> 3. Hébergement stable | <input type="checkbox"/> 4. Logement personnel |

Q7 - Ressources financières

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Etudiante/Lycéenne | <input type="checkbox"/> 2. Travail rémunéré |
| <input type="checkbox"/> 3. Minimas sociaux | <input type="checkbox"/> 4. Pas de ressources |

Q8 - Avez-vous recours aux associations d'aide aux personnes en difficultés (secours populaires, restos du coeur, banque alimentaire,...) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 2. Une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 3. Une fois tous les 15 jours | <input type="checkbox"/> 4. Au moins une fois par semaine |

Q9 - Depuis combien de temps êtes-vous en France ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins de 3 mois | <input type="checkbox"/> 2. 3 mois à 1 an |
| <input type="checkbox"/> 3. De 1 an à 2 ans | <input type="checkbox"/> 4. De 2 ans à 5 ans |
| <input type="checkbox"/> 5. Plus de 5 ans | |

Q10 - Combien de temps pensez-vous rester ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins de 1 mois | <input type="checkbox"/> 2. De 1 mois à 3 mois |
| <input type="checkbox"/> 3. De 3 mois à 1 an | <input type="checkbox"/> 4. De 1 an à 5 ans |
| <input type="checkbox"/> 5. Plus de 5 ans | |

Q11 - Avez-vous une assurance maladie ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Aucune | <input type="checkbox"/> 2. Aide Médicale d'Etat (AME) |
| <input type="checkbox"/> 3. Couverture Médicale Universelle (CMU) | <input type="checkbox"/> 4. Sécurité Sociale + CMU complémentaire |
| <input type="checkbox"/> 5. Sécurité Sociale + mutuelle | |

Antécédents gynéco-obstétricaux: nombre de grossesse et de parité

	Nombre de grossesse et de parité
Grossesse	<input type="text"/>
Parité	<input type="text"/>

Q13 - Antécédents gynéco-obstétricaux: Grossesses interrompues

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Interruption volontaire de grossesse (IVG) | <input type="checkbox"/> 2. Fausses couches spontanées (FCS) |
| <input type="checkbox"/> 3. Grossesse extra-utérine (GEU) | <input type="checkbox"/> 4. Aucun |

Q14 - Antécédents gynéco-obstétricaux: âge de la première grossesse

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Aucune | <input type="checkbox"/> 2. Moins de 18 ans |
| <input type="checkbox"/> 3. 18 - 24 ans | <input type="checkbox"/> 4. 25 - 34 ans |
| <input type="checkbox"/> 5. 35 - 45 ans | |

Q15 - Antécédents gynéco-obstétricaux: médico-chirurgicaux**Q16 - Antécédents gynéco-obstétricaux: infectieux****Q17 - Antécédents gynéco-obstétricaux: âge du premier rapport sexuel**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. N'a eu aucun rapports | <input type="checkbox"/> 2. Moins de 15 ans |
| <input type="checkbox"/> 3. 15 - 18 ans | <input type="checkbox"/> 4. 18 - 25 ans |
| <input type="checkbox"/> 5. Plus de 25 ans | |

Q18 - Antécédents gynéco-obstétricaux: vaccination contre le Papilloma virus (HPV)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 2. Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

Q19 - Pensez-vous que consulter en gynécologie, même si tout va bien et en l'absence de problème particulier, est important?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui absolument | <input type="checkbox"/> 2. Sans doute |
| <input type="checkbox"/> 3. Non ce n'est pas nécessaire | |

Q20 - Avez-vous accès à l'information et à des consultations de gynécologie dans votre pays?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui facilement | <input type="checkbox"/> 2. Oui mais difficilement |
| <input type="checkbox"/> 3. Non | |

Q21 - Trouvez-vous que l'accès à l'information et à des consultations de gynécologie est plus facile en France?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui facilement | <input type="checkbox"/> 2. Oui mais difficilement |
| <input type="checkbox"/> 3. Non | |

Q22 - Abordez-vous les questions de sexualité entre femmes, entre amies?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Souvent | <input type="checkbox"/> 2. Occasionnellement |
| <input type="checkbox"/> 3. Rarement | <input type="checkbox"/> 4. Jamais |

Q23 - Avez-vous déjà été à une consultation de gynécologie?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 2. Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

Q24 - Date de votre dernier examen gynécologique?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins de 1 an | <input type="checkbox"/> 2. Entre 1 et 3 ans |
| <input type="checkbox"/> 3. Entre 3 et 5 ans | <input type="checkbox"/> 4. Entre 5 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> 5. Plus de 10 ans | <input type="checkbox"/> 6. jamais |

Q25 - Savez-vous ce qu'est et à quoi sert un frottis cervico-vaginal de dépistage?**Q26 - En avez-vous déjà eu dans votre vie?**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 2. Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

Q27 - Date de votre dernier frottis cervico-vaginal?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins de 1 an | <input type="checkbox"/> 2. Entre 1 et 3 ans |
| <input type="checkbox"/> 3. Entre 3 et 5 ans | <input type="checkbox"/> 4. Entre 5 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> 5. Plus de 10 ans | <input type="checkbox"/> 6. Jamais |

Q28 - Circonstances dans laquelle votre dernier frottis a été réalisé?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Suivi | <input type="checkbox"/> 2. Grossesse |
| <input type="checkbox"/> 3. Consultation pour un autre motif gynécologique | <input type="checkbox"/> 4. N'a jamais eu de frottis |

Q29 - Avez-vous un suivi gynécologique régulier? (consultation tous les ans et frottis tous les 3 ans à partir de 25 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'écart)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 2. Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

Q29bis - Si suivi régulier, précisez où?

Q29ter - Raison d'un suivi non régulier

	Très important	Important	Peu important	Pas important du tout	Non concernée
Pas d'assurance	<input type="checkbox"/>				
Oubli/Pas compris l'importance	<input type="checkbox"/>				
Vous ne savez où le faire	<input type="checkbox"/>				
Difficulté à prendre rendez-vous	<input type="checkbox"/>				
Difficulté de déplacement	<input type="checkbox"/>				
peur de l'examen, gêne	<input type="checkbox"/>				

Q29/4 - Si autres, précisez:

Raisons de consulter en gynécologie

	Oui	Non
Symptômes (douleurs, démangeaisons, pertes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi et dépistage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne consulte pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q30bis - Si autres, précisez:

Q31 - Savez-vous où vous pouvez trouver une consultation gynécologique à Poitiers?

1. Oui 2. Non

Q31bis - Si oui, précisez où?

Q32 - S'il y avait une consultation gynécologique ici au Relais G. Charbonnier, y viendriez-vous?

1. Oui 2. Non

Q32bis - Si non, pourquoi?

Raisons de venir en consultation gynécologique au Relais

	Important	Pas important
Connaissance du lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance de l'adresse et facilité de déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gratuité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité d'interprète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q32/4 - Si autres, précisez:

Consultation avec ou sans rendez-vous

	Favorable	Peu favorable
Sans rendez-vous, même si vous devriez attendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec rendez-vous, même s'il fallait revenir un autre jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consultation avec un homme ou une femme

	Favorable	Peu favorable
Femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sujets à aborder lors de cette consultation

	Très important	Important	Peu important	Pas important du tout
Contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistage et prévention des cancers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistage et prévention des infections sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q35bis - Si autres, précisez:

Q36 - En l'absence de problème, il faudrait venir une fois par an en consultation pour votre suivi, seriez-vous?

1. D'accord 2. Pas d'accord
 3. Je ne sais pas

Q37 - Lors de cette consultation, un examen gynécologique peut-être nécessaire, seriez-vous?

1. D'accord 2. Pas d'accord
 3. Je ne sais pas

Q38 - Si on vous proposait la réalisation d'un frottis cervico-vaginal de dépistage pendant cette consultation, seriez-vous d'accord pour le faire?

1. Oui 2. Non
 3. Je ne sais pas

Q39 - Il faudrait revenir en consultation pour récupérer les résultats, seriez-vous?

1. D'accord 2. Pas d'accord
 3. Je ne sais pas

Q40 - Suivant les résultats du frottis de dépistage, un suivi plus régulier et/ou une prise en charge spécialisée peuvent être nécessaires, seriez-vous?

1. D'accord 2. Pas d'accord
 3. Je ne sais pas

Q41 - En tenant compte de ce que vous venez de me dire, pensez-vous que la création d'une consultation gynécologique au Relais serait une bonne idée pour améliorer le suivi et la santé des femmes?

1. Très bonne idée 2. Bonne idée
 3. Mauvaise idée 4. Sans opinion

Q42 - Aimerez-vous à cette occasion, disposer de dépliants informatifs sur les problèmes de santé, de suivi gynécologique de la femme...?

1. Très bonne idée 2. Bonne idée
 3. Mauvaise idée 4. Sans opinion

Questionnaire russe

УНИВЕРСИТЕТ ПУАТЬЕ

Факультет Медицины и Фармакологии

**Опросный лист диссертации:
Улучшение
гинекологического наблюдения и обследования
рака шейки матки у женщин мигранток и
/или женщин находящихся в трудных условиях**

*В целях создания гинекологической консультации при
Центре Ж. Шарбонье в Пуатье*

Марлен Малфэ

2013

Опросный лист – номер опросного листа

B1 – Возраст

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 15 – 24 года | <input type="checkbox"/> 2. 25 – 34 года |
| <input type="checkbox"/> 3. 35 – 44 года | <input type="checkbox"/> 4. 45 – 54 года |
| <input type="checkbox"/> 5. 55 – 64 года | <input type="checkbox"/> 6. Более 65 лет |

B2 – Страна происхождения

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Франция | <input type="checkbox"/> 2. Восточная Европа |
| <input type="checkbox"/> 3. Южная Африка | <input type="checkbox"/> 4. Арабские Страны |
| <input type="checkbox"/> 5. Другие европейские государства | <input type="checkbox"/> 6. Остальной мир |

B3 – Владение французским языком

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Свободное | <input type="checkbox"/> 2. Понимание основ |
| <input type="checkbox"/> 3. Слабое | |

B4 – Необходимость переводчика

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Да | <input type="checkbox"/> 2. Нет |
|--------------------------------|---------------------------------|

B5 – Состоит в стабильных отношениях

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Да | <input type="checkbox"/> 2. Нет |
|--------------------------------|---------------------------------|

B6 – Условия размещения

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Без местожительства | <input type="checkbox"/> 2. Временное местожительство |
| <input type="checkbox"/> 3. Постоянное местожительство | <input type="checkbox"/> 4. Собственное жилье |

B7 – Финансовые средства

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Студентка/Школьница | <input type="checkbox"/> 2. Оплачиваемая работа |
| <input type="checkbox"/> 3. Минимальное соц. пособие | <input type="checkbox"/> 4. Без средств |

B8 – Прибегаете ли вы к поддержке ассоций помощи нуждающимся (ресто дю кёр, продовольственные банки,...) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Никогда | <input type="checkbox"/> 2. Раз в месяц |
| <input type="checkbox"/> 3. Раз в неделю | <input type="checkbox"/> 4. Несколько раз в неделю |

B9 – Сколько времени вы находитесь во Франции?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Менее 3 месяцев | <input type="checkbox"/> 2. От 3-х месяцев до 1-го года |
| <input type="checkbox"/> 3. От 1-го до 2-х лет | <input type="checkbox"/> 4. От 2-х до 5-ти лет |
| <input type="checkbox"/> 5. Более 5-ти лет | |

V10 – Сколько времени вы предполагаете остаться?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Менее 1-го месяца | <input type="checkbox"/> 2. От 1-го до 3-х месяцев |
| <input type="checkbox"/> 3. От 3-х месяцев до 1-го года | <input type="checkbox"/> 4. От 1-го года до 5-ти лет |
| <input type="checkbox"/> 5. Более 5-ти лет | |

V11 – Есть ли у вас медицинская страховка?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Никакой | <input type="checkbox"/> 2. Медицинская Помощь Государства (АМЕ) |
| <input type="checkbox"/> 3. Универсальная Медицинская Страховка (СМЮ) | <input type="checkbox"/> 4. Социальная страховка+ дополнительная СМЮ |
| <input type="checkbox"/> 5. Социальная страховка + Мютпоэль | |

V12 – Предыдущие гинекологические заболевания количество беременностей и родившихся детей

	Количество беременностей и родов
Беременности	<input type="text"/>
Роды	<input type="text"/>

V13 – Предыдущие гинекологические заболевания: прерванные беременности

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Добровольное прерывание беременности (ДПБ) | <input type="checkbox"/> 2. Самопроизвольный выкидыш (СВ) |
| <input type="checkbox"/> 3. Внематочная беременность (ВБ) | <input type="checkbox"/> 4. Ни одного |

V14 – Возраст при первой беременности

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Менее 18-ти лет | <input type="checkbox"/> 2. 18-24 года |
| <input type="checkbox"/> 3. 25-34 года | <input type="checkbox"/> 4. 35-45 лет |

V15 – Акушерско-гинекологические-хирургические операции

V16 – Предыдущие гинекологические инфекционные заболевания

V17 – Возраст первых половых отношений

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Менее 15-ти лет | <input type="checkbox"/> 2. 15-18 лет |
| <input type="checkbox"/> 3. 18-25 лет | <input type="checkbox"/> 4. Более 25-ти лет |

V18 – Вакцинация против вируса Папилломы (ВПЧ)

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Да | <input type="checkbox"/> 2. Нет |
|--------------------------------|---------------------------------|

V19 – Считаете ли вы важным посещать гинеколога, даже если все в порядке и нет никаких особых проблем?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Да, конечно | <input type="checkbox"/> 5. Обязательно |
| <input type="checkbox"/> 3. Нет, это необязательно | |

V20 – Есть ли у вас доступ к информации и консультациям гинеколога в вашей стране?

1. Да, легко 2. Да, но затруднительно
 3. Нет

V21 – Считаете ли вы, что доступ к информации и консультациям гинеколога во Франции легче?

1. Да, легче 2. Да, но затруднительно
 3. Нет

V22 – Обсуждаете ли вы в женском кругу, среди подруг, вопросы сексуального характера?

1. Часто 2. Иногда
 3. Редко 4. Никогда

V23 – Были ли вы уже на гинекологической консультации?

1. Да 2. Нет

V24 – Дата вашего последнего гинекологического обследования?

1. Менее 1-го года назад 2. Между 1-им и 3-мя годами
 3. Между 3-мя и 5-тью годами 4. Между 5-тью и 10-тью годами
 5. Более 10-ти лет 6. Никогда не обследовалась

V25 – Знаете ли вы, для чего предназначено исследование цервикального мазка?

V26 – Проходили ли вы его ранее в вашей жизни?

1. Да 2. Нет

V27 – Дата вашего последнего исследования цервикального мазка ?

1. Менее 1-го года назад 2. Между 1-им и 3-мя годами
 3. Между 3-мя и 5-тью годами 4. Между 5-тью и 10-тью годами
 5. Более 10-ти лет 6. Никогда не обследовалась

V28 – При каких обстоятельствах вы в последний раз сдавали мазок?

1. Наблюдение 2. Беременность
 3. Консультация по другой гинекологической причине

V29– Вы наблюдаетесь регулярно у гинеколога? (ежегодная консультация и сдача мазка каждые 3 года начиная с 25-ти лет после 2-х нормальных мазков разницей в год)

1. Да 2. Нет

V29бис – В случае постоянного наблюдения, уточните, где?

В29/3 – Причина нерегулярного наблюдения?

	Очень важно	Важно	Несущественно	Совсем неважно	Меня не касается
Отсутствие страховки	<input type="checkbox"/>				
Забыла/Не думала что так важно	<input type="checkbox"/>				
Вы не знаете, где можно наблюдаться	<input type="checkbox"/>				
Тяжело записаться	<input type="checkbox"/>				
Тяжело добраться	<input type="checkbox"/>				
Боязнь обследования, неловкость	<input type="checkbox"/>				
Другое	<input type="checkbox"/>				

В29/4 – Если другое, уточните:

В30 – Повод для посещения гинеколога

	Да	Нет
Симптомы (боли, зуд, выделения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Наблюдение и обследование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Беременность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не обращаюсь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

В30бис – Если другое, уточните:

В31 – Знаете ли вы, где вы можете найти гинекологическую консультацию в Пуатье?

1. Да 2. Нет

В31бис – Если да, уточните где?

В32 – Если бы тут, при Центре Ж.Шарбонье, существовала гинекологическая консультация, вы бы обратились ?

1. Да 2. Нет

В32бис – Если нет, почему?

В32/3 – Повод для посещения гинекологической консультации в Центре Ж.Шарбонье?

	Важно	Не важно
Знание месторасположения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Знание персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Знание адреса и легкодоступность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бесплатные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Возможность услуг переводчика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

В32/4 – Если другое, уточните:

В33 – Консультация по или без записи

	Благоприятно	Нежелательно
Без записи, даже если вам придется ждать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
По записи, даже если придется вернуться в другой день	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

В34 – Консультация у мужчины или у женщины:

	Благоприятно	Нежелательно
Женщина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мужчина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

В35 – Вопросы к обсуждению на данной консультации

	Очень важно	Важно	Несущественно	Совсем не важно
Контрацепция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обследование и предупреждение онкологических заболеваний	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Беременность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сексуальность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обследование и предупреждение болезней, передающихся половым путем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

В35бис – Если другое, уточните?

В36 – Если проблем не обнаружено, но для вашего наблюдения, необходимо посещать консультацию раз в год, придёте ли вы?

1. Согласна
 3. Не знаю
 2. Не согласна

V37 – Во время данной консультации, возможно будет необходим гинекологический осмотр, согласны ли вы?

1. Согласна 2. Не согласна
 3. Не знаю

V38 – Если во время данной консультации вам предложат пройти исследование цервикального мазка, будете ли вы согласны?

1. Да 2. Нет
 3. Не знаю

V39 – Если, для получения анализов, нужно будет вернуться на консультацию, согласитесь ли вы?

1. Согласна 2. Не согласна
 3. Не знаю

V40 – Согласно результатам исследования мазка, возможно будут необходимы более частое наблюдение и/или специальная помощь, согласитесь ли вы?

1. Согласна 2. Не согласна
 3. Не знаю

V41 – Учитывая сказанное вами ранее, считаете ли вы, что создание гинекологической консультации в Центре является хорошей идеей для улучшения наблюдения и здоровья женщин?

1. Очень хорошая идея 2. Хорошая идея
 3. Плохая идея 4. Нет мнения

V41 – Не хотели бы вы, по этому случаю, получить информационные брошюры касательно проблем здоровья, гинекологического наблюдения женщины...?

1. Очень хорошая идея 2. Хорошая идея
 3. Плохая идея 4. Нет мнения

ANNEXE 6

Le logiciel de traitement d'enquêtes QuestionData a été mis gracieusement à notre disposition par l'Université de Bordeaux. Il présente l'intérêt de permettre l'édition directe des questionnaires dans la suite Office sous le logiciel Word et de donner directement les résultats des tris simples ou croisés, avec les graphiques associés, sous le tableur Excel.

QUESTIONDATA

Accueil
Synthèse
 Créer
 Diffuser
 Collecter
 Traiter
 Analyser
 Rapport
 Exporter
 Options
 Aide

THÈSE ANALYSE DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ > Synthèse

Amélioration du suivi gynécologique et du d [Modifier](#)

Descriptif
 Amélioration du suivi gynécologique et du dépistage du cancer du col chez les femmes migrantes et ou précaires

Date de création
 Dernière modification

Actualiser Supprimer les répondants Enregistrer sous...

Statistiques

Questionnaires: **53**

Questions: **73**

Détails

35 simple	1 multiple	10 simple Texte	25 echelle	2 numerique	0 Texte formaté	0 date	0 ouverte
-----------	------------	-----------------	------------	-------------	-----------------	--------	-----------

Liste des questions

N°	Nom	Type	Nombre de Modalités	Nombre de réponses	Taux de remplissage
1	Age	Simple	4	1	100%
2	Pays d'origine	Simple	4	1	100%
3	Maîtrise de la langue française	Simple	3	1	100%
4	Besoin d'un interprète	Simple	2	1	100%
5	Est en couple stable	Simple	2	1	96%
6	Conditions d'hébergement	Simple	4	1	100%
7	Ressources financières	Simple	2	1	100%
8	Avez-vous recours aux associations d'aide aux personnes en difficultés (secours populaires, rest	Simple	3	1	99%
9	Depuis combien de temps êtes vous en France ?	Simple	5	1	100%
10	Combien de temps pensez-vous rester ?	Simple	2	1	83%
11	Avez-vous une assurance maladie ?	Simple	4	1	96%
12	Grossesse @@ Nombre de grossesse et de parité	Numérique	20	1	96%
13	Parité @@ Nombre de grossesse et de parité	Numérique	20	1	94%
14	Antécédents gynéco-obstétricaux: Grossesses interrompues	Multiple	4	3	98%
15	Antécédents gynéco-obstétricaux: âge de la première grossesse	Simple	5	1	96%
16	Antécédents gynéco-obstétricaux: médico-chirurgicaux	Simple Texte	0	1	100%

Accès rapides

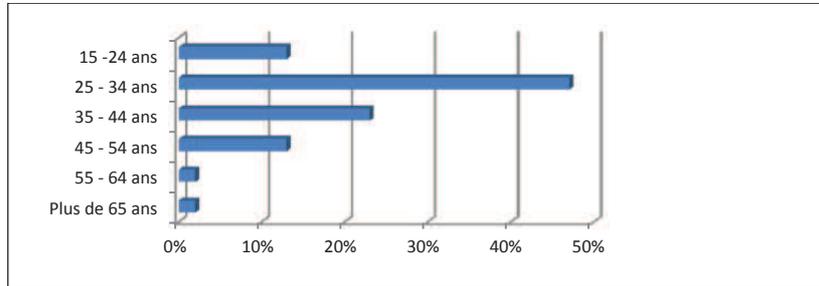
Créer Collecter Analyser

17:46
 dimanche
 15/09/2013

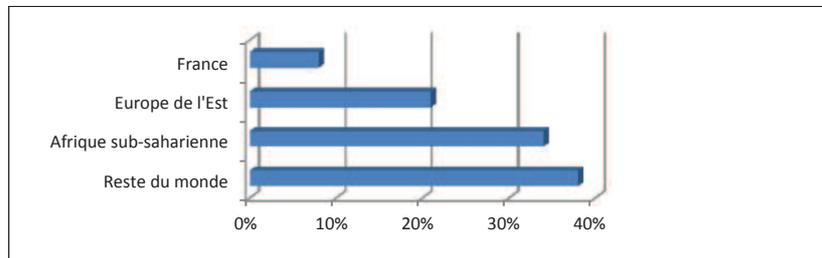
ANNEXE 7

Principales caractéristiques de la population enquêtée

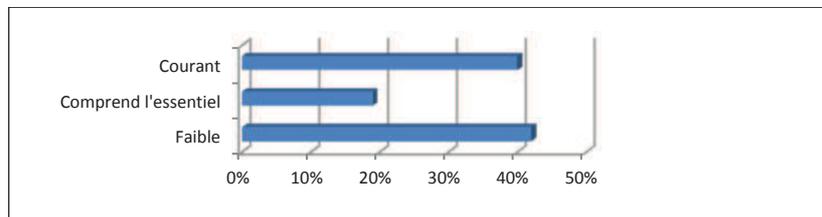
Répartition des femmes de l'échantillon selon l'âge



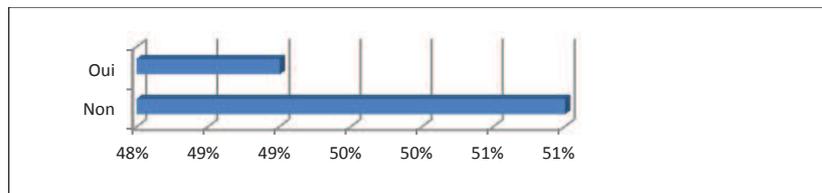
Répartition des femmes de l'échantillon selon l'origine géographique



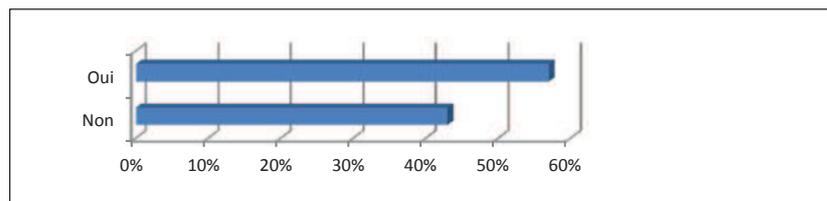
Répartition des femmes selon leur maîtrise de la langue française



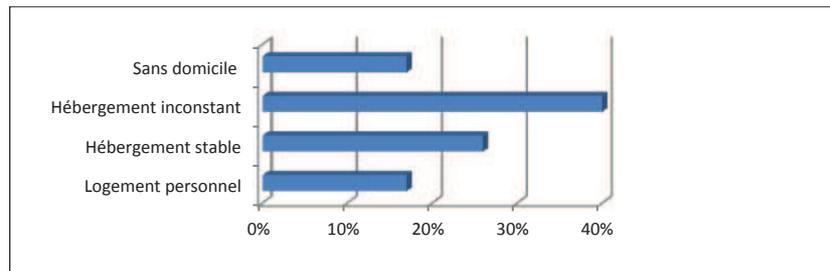
Répartitions des femmes selon le besoin d'un recours à un interprète



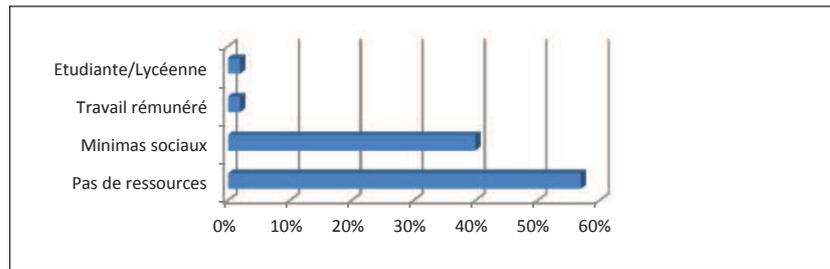
Répartition des femmes selon l'existence d'un couple stable



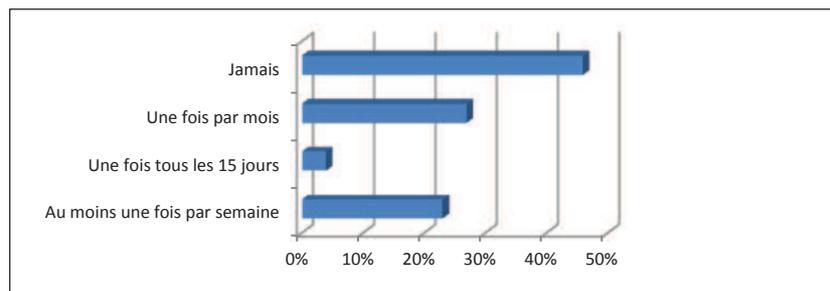
Répartition des femmes selon leurs conditions d'hébergement



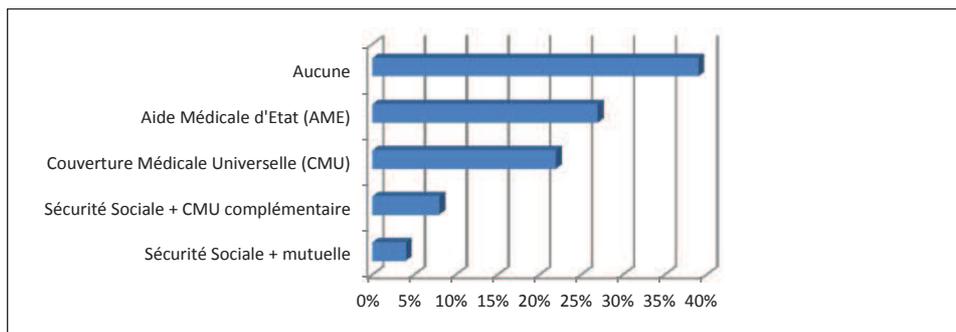
Répartition des femmes selon leurs ressources financières



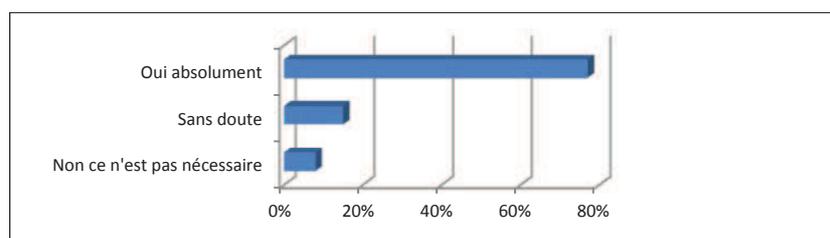
Répartition des femmes selon la fréquence de leur recours aux associations d'aide aux personnes



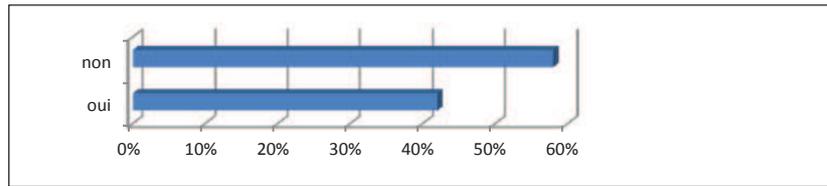
Répartition des femmes selon le type de couverture sociale



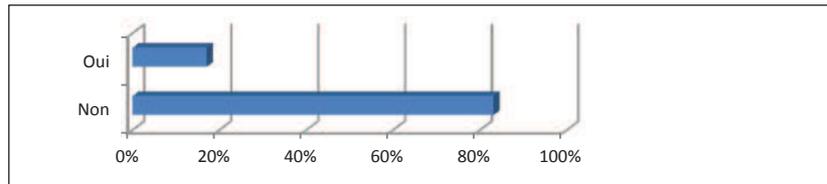
Opinion des femmes sur l'importance de consulter régulièrement en gynécologie



Connaissance des femmes du frottis cervico-vaginal et de son utilité



Proportion des femmes ayant un suivi gynécologique régulier



RESUME

La précarité résulte du manque d'une ou plusieurs conditions nécessaires au bien-être général des personnes, telles que l'emploi, le logement... et touche un grand nombre de personnes en France. La santé en fait également partie. Ce sont surtout les jeunes, les migrants et les femmes qui sont touchés. Il apparaît que, face à ces inégalités en matière de santé et d'accès aux soins et notamment le dépistage, ces populations en situation de précarité peuvent être prises en charge par des structures médico-psycho-sociales existantes, tel que le Relais Georges Charbonnier à Poitiers.

Le dépistage est un outil essentiel de prévention secondaire en santé publique, permettant de rechercher, détecter et proposer un traitement plus efficace des maladies. Le cancer du col de l'utérus est un exemple probant de ce dépistage. Ce cancer viro-induit, dû à une infection persistante à Papillomavirus Humain (HPV), transmis principalement par voie sexuelle, se caractérise par un temps de latence très long. Les lésions précancéreuses, qui peuvent apparaître pendant ce laps de temps, sont plus facilement curables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus, caractérisé par la recherche de ces lésions précancéreuses, se fait par un test simple, le frottis cervico-vaginal, recommandé tous les trois ans après deux frottis normaux, à partir de 25 ans.

Nous avons montré comment améliorer le suivi gynécologique et le dépistage de ce cancer chez les femmes migrantes et/ou en situation de précarité du Relais Georges Charbonnier. Une enquête par questionnaire a été réalisée. Les femmes interrogées sont en situation de précarité (absence d'assurance maladie, de logement, de ressources, ...), ont un suivi gynécologique irrégulier et une grande méconnaissance des protocoles de suivi par frottis. La proposition d'une consultation gynécologique au Relais obtient une très grande majorité de réponses positives. La mise en place réelle d'une consultation sera la prochaine étape pour juger de son efficacité en matière de dépistage mais également pour promouvoir et améliorer la santé des femmes.

Mots clés : Précarité, Santé publique, Dépistage, Cancer du col de l'utérus, HPV, Frottis cervico-vaginal, Centre médico-psycho-social

ABSTRACT

Precariousness results from the lack of one or more requirements to the general wellbeing of people, such as employment, housing... and touches a large number of people in France. Health is also part of it. Young people, migrants and women are in particular touched. It appears that in case of inequalities in health and access to care, especially in screening, populations in precarious situations can be supported by existing multidisciplinary structures, such as the Relay Georges Charbonnier in Poitiers.

Screening is an essential tool of secondary prevention in public health, making it possible to seek, detect and allow a more effective treatment of the diseases. The cervical cancer is a convincing example. This virus-induced cancer, due to a persistent infection with Human Papilloma Virus (HPV), transmitted mainly sexually, is characterized by a very long lag time. The precancerous lesions, which can appear during this period of time, are easier to cure. The cervical cancer screening, characterized by the search for these precancerous lesions, is performed by a simple test, the cervical smear, recommended every three years after two normal smears, as from 25 years.

We showed how to improve the gynecological follow-up and screening of this cancer among migrant women or in precarious situation of the Relay Georges Charbonnier. A survey by questionnaire was conducted. The questioned women are in precarious situation (absence of health insurance, housing, resources...), have an irregular gynecological follow-up and a great ignorance of the follow-up protocols by cervical smear. The proposal for a gynecological consultation in the Relay obtains a very large majority of positive responses. The real installation of a standard consultation will be the next stage to judge its efficiency in screening but also to promote and improve women's health.

Key Words: Precariousness, Public health, Screening, Cervical Cancer, HPV, Cervical Smear, Multidisciplinary Structures



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

