



CONTRACEPTION ET PRÉVENTION DES CANCERS FÉMININS

chez les femmes
en situation de
précarité en France

SOMMAIRE

Sommaire	2
Introduction	3
Objectif de l'enquête.....	6
Matériel & Méthode	6
Résultats.....	7
Discussion.....	13
Conclusions	15
Recommandations	16
Références.....	17

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des équipes des Centres d'Accueil de Soins et d'orientations (Caso) de Paris, Saint Denis, Marseille, Nice et Bordeaux pour leur investissement dans cette étude ainsi que toutes les femmes qui ont bien voulu participer à l'enquête.

INTRODUCTION

Chaque année en France, le **cancer du col de l'utérus** est diagnostiqué chez plus de 3 000 femmes et plus de 1 000 en meurent, soit l'équivalent de 3 décès par jour [1].

L'infection par le papillomavirus humain (HPV) est la 1^{ère} cause du cancer du col de l'utérus. Les types 6, 11, 16 et 18 sont responsables de la majorité des maladies associées aux HPV.

De nombreuses études ont démontré l'existence de facteurs de risque de développement de lésions précancéreuses et/ou cancéreuses du col de l'utérus comme les rapports sexuels à un âge précoce, la multiplicité des partenaires, la multiparité, le tabagisme, l'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux, l'immunosuppression ou certaines infections (chlamydia Trachomatis ou virus de l'herpès simplex de type 2)[2,3].

A ce jour, il existe 2 modes de prévention des lésions précancéreuses en France : les vaccins papillomavirus prophylactiques¹ qui présentent l'avantage d'éviter l'apparition de lésions précancéreuses et cancéreuses associées aux HPV de génotypes 16 et 18 (prévention primaire) et le dépistage régulier² par frottis cervico-vaginal qui permet de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses existantes (prévention secondaire). Les 2 méthodes sont complémentaires.

En France, selon les estimations, la pratique du vaccin HPV concernerait 27 % à 35 % des femmes de plus de 14 ans [4,5] et le taux de couverture par frottis cervico-vaginal concernerait entre 59 % et 80 % des femmes de 25-65 ans, avec de grandes variabilités selon l'âge [4,6]. La vaccination et le frottis sont recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et sont pris en charge par l'assurance maladie et l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Ces 20 dernières années, l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus ont pratiquement diminué de moitié, notamment grâce au frottis de dépistage [3]. Toutefois, malgré un taux de couverture en augmentation, force est de constater qu'il existe de fortes disparités sociales dans la pratique de cet examen. En effet, selon les études récentes [4,7-8], les femmes ayant des niveaux sociaux économiques faibles et/ou sans profession effectuent moins de frottis cervico-vaginaux que les autres, ainsi que les femmes d'origine étrangère [8]. De même, les femmes bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) réalisaient significativement moins fréquemment de dépistage que les autres femmes.

Concernant le **cancer du sein**, il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme en France avec plus de 50 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2011 et 11 000 décès annuels [9]. L'incidence de ce cancer a considérablement augmenté au cours des dernières décennies, en grande partie du fait de l'augmentation des dépistages. La situation française est caractérisée par la coexistence d'un dépistage individuel et d'un programme de dépistage organisé³. Selon les estimations, le

¹ Vaccin recommandés depuis 2007 chez les jeunes filles de 14 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels.

² La HAS recommande de réaliser un frottis cervical tous les 3 ans chez les femmes de 25-65 ans après 2 frottis normaux faits à un an d'intervalle.

³ Généralisé à l'ensemble des départements français depuis 2004, ce programme invite toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans enregistrées à l'assurance maladie à se faire dépister gratuitement. Le dépistage consiste en un examen clinique et 2 mammographies par sein faites par un médecin radiologue et faisant l'objet d'une deuxième lecture par un autre radiologue.

dépistage par mammographie du cancer du sein (dépistage individuel et dépistage organisé) concernerait un peu plus de 62 % des femmes de 50-74 ans. Il reste toutefois inférieur aux objectifs fixés par le plan cancer 2009-2013 (65 %).

Les études montrent que les femmes ayant un faible niveau socioéconomique sont favorisées pour l'incidence mais défavorisées pour la mortalité par cancer du sein. En effet, ces femmes ont tendance à avoir des grossesses plus précoces et plus nombreuses et ont plus souvent recours à l'allaitement maternel (des facteurs protecteurs pour le cancer du sein) mais ont un accès aux dépistages et aux soins significativement moins fréquent [10-11].

Enfin, qu'il s'agisse du cancer du col de l'utérus ou du sein, de nombreuses études [12-13] ont mis en évidence un certain nombre d'obstacles au dépistage, pouvant être liés :

- aux patientes (méconnaissance de l'existence et de l'intérêt des dépistages, peur vis-à-vis de l'examen ou de son résultat, obstacles économiques et sociaux, barrière linguistique ...),
- aux attitudes des médecins (bénéfices du dépistage perçu comme faible, faible motivation du médecin pour les activités préventives, manque d'investissement dans l'information et l'orientation des femmes...)
- à la relation médecin/patient (pudeur, alliance thérapeutique fragile...)
- à l'organisation du système de santé (diminution de la densité des gynécologues médicaux et obstétriciens libéraux en France, absence d'organisation du dépistage pour le cancer du col...)

Paradoxalement des études montrent que le rôle des professionnels est déterminant dans l'orientation et dans l'adhésion des femmes aux dépistages ainsi que dans l'aide à la compréhension de l'organisation du dépistage organisé (pour le cancer du sein en particulier).

Concernant les **pratiques contraceptives**, l'apparition des méthodes de contraceptions médicales dès la fin des années 60 a profondément modifié le paysage contraceptif français, avec un recul important des méthodes traditionnelles au profit des méthodes médicales, utilisées à l'heure actuelle par près de 8 femmes sur 10 en France [14]. Si les disparités sociales se sont fortement atténuées au cours des années, en particulier pour l'usage de la pilule et du stérilet, malheureusement, à l'heure actuelle, « des inégalités sociales subsistent dans l'accès même à la contraception » [14,15]. Ces différences mettent en évidence les difficultés que peuvent rencontrer les femmes à s'engager dans une démarche contraceptive et expliquer la proportion élevée de femmes ayant recours à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de leur vie.

Selon les études, le choix d'une méthode contraceptive est lié à la position sociale des femmes et de leur partenaire, aux pratiques des professionnels de santé ainsi qu'aux logiques médicales et financières qui régissent le champ de la contraception⁴ [15].

⁴ A l'heure actuelle, toutes les méthodes médicales nécessitent une prescription médicale. Les pilules contraceptives de 1^{ère} et 2^e génération sont remboursées à 65 % et sont gratuites dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) pour les mineures et les non-assurées sociales, de même pour les implants contraceptifs et les dispositifs intra-utérins. Les patchs contraceptifs, les anneaux vaginaux, les diaphragmes et les capes cervicales et les spermicides ne sont pas remboursés. Les préservatifs masculins ne sont pas remboursés mais peuvent être obtenus gratuitement dans les CPEF et dans les centres de dépistage.

Ainsi l'accès à la contraception et la prévention des cancers féminins constituent des enjeux de santé publique et ce particulièrement chez les femmes en situation de précarité qui semblent globalement y avoir moins recours.

Dans ce contexte, Médecins du Monde a souhaité mener une étude sur l'accès à la contraception et à la prévention des cancers féminins auprès des femmes rencontrées dans les Centres d'accueil de soins et d'orientations⁵ (Caso); structures qui reçoivent des personnes en situation de précarité et/ou d'exclusions.

Qui sont les femmes accueillies dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientations (Caso) de Médecins du Monde ?

En 2011, les 21 Caso ont accueilli près de 9 500 femmes, soit 40 % de la file active totale [16]. L'âge moyen de ces femmes est de 33,4 ans, et plus de 94 % sont étrangères, originaires pour l'essentiel d'Afrique subsaharienne (28,4 %), d'Union Européenne hors France (25 %) et du Maghreb (15,5 %). La majorité des femmes de nationalité étrangère réside en France depuis peu : 71 % depuis moins d'un an dont 39 % depuis moins de 3 mois.

Les conditions de vie des femmes accueillies dans les Caso, comme pour l'ensemble des patients, sont particulièrement difficiles. Seul un tiers, d'entre elles, vit dans un logement stable, les autres sont hébergées par un organisme ou une association (13 %), vivent dans un lieu précaire (46 %) ou sont à la rue (8 %). Seules 18 % des femmes déclarent une activité professionnelle (régulière ou irrégulière) pour gagner leur vie et plus de 94 % vivent sous le seuil de pauvreté.

Enfin, plus de 8 femmes sur 10 ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles sont rencontrées pour la 1^{ère} fois dans le Caso alors que les ¾ d'entre elles auraient potentiellement des droits. Dans ce contexte, les femmes accueillies dans les Caso connaissent des difficultés d'accès aux soins importantes, en témoigne le retard de recours aux soins pour plus de 35 % des consultations auprès des femmes selon les médecins des Caso.

Considérant que du point de vue de la santé la précarité peut être comprise comme un cumul de critères (financiers, sociaux, culturels, éducatifs, psychologiques, environnementaux) allant au-delà de la pauvreté et agissant à long terme [16]; et considérant les chiffres ci-dessous, nous pouvons affirmer que les femmes rencontrées dans le Caso sont dans des situations de précarité qui peuvent affecter directement leur santé.

⁵ Les Caso sont des structures à bas seuil d'exigence qui accueillent toute personne en difficultés d'accès aux soins. Ils proposent des consultations médicales et offrent aide et soutien à l'accès aux droits de toute personne se présentant au centre. En 2011, MdM comptait 21 Caso répartis sur l'ensemble du territoire français.

OBJECTIF DE L'ENQUETE

En 2013, Médecins du Monde a réalisé une étude auprès des femmes fréquentant les Centres d'Accueil de soins et d'orientations (CASO) afin de déterminer leur accès à la prévention des cancers du col de l'utérus et du sein. A cette occasion, un volet de l'étude a également été consacré à l'accès à la contraception et au recours à l'IVG.

Objectif principal : **Evaluer le recours à la contraception et à la prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de grande précarité.**

Objectifs spécifiques :

- Mesurer les taux de recours aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus chez les femmes ;
- Mesurer le taux de couverture vaccinale HPV des femmes ;
- Identifier les obstacles au dépistage des cancers féminins et à la vaccination HPV ;
- Mesurer le taux de recours à la contraception et les obstacles à l'accès à la contraception ;
- Mesurer le taux de recours à l'IVG et les motifs de l'IVG.

MATERIEL & METHODE

Un questionnaire a été réalisé. Celui-ci était volontairement très court, afin de ne pas perturber les autres consultations menées dans les Caso et faciliter la participation des patientes. La durée moyenne de passation était inférieure à 7 minutes.

L'enquête a été réalisée auprès de toutes les femmes âgées de 14 ans ou plus se présentant dans 5 Caso de Médecins du Monde (Paris, Saint-Denis, Bordeaux, Nice et Marseille) pour une consultation médicale.

Le recueil de données a eu lieu du 4 au 15 février 2013. Après information sur les objectifs de l'enquête et le contenu du questionnaire et accord de leur part, le questionnaire (annexe 1) était administré par le médecin ou les équipes de prévention (personnel médical ou paramédical) avant ou après la consultation médicale. L'enquête s'est déroulée dans un espace clos réservé à cet effet. Les personnes en charge de la passation des questionnaires ont reçu préalablement au démarrage de l'enquête une information sur les objectifs et le déroulement de l'étude et une formation sur la passation des questionnaires.

Pour les femmes peu ou pas francophones, le questionnaire était réalisé à l'aide d'un interprète professionnel de ISM interprétariat par téléphone.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 21.0.0.0).

RESULTATS

TAUX DE REPONSE ET RECOURS A L'INTERPRETARIAT

Au cours de l'enquête, 217 femmes se sont présentées dans les 5 Casos pour une consultation médicale et ont été sollicitées pour répondre au questionnaire. Parmi elles, 203 ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de participation de 93,5 %.

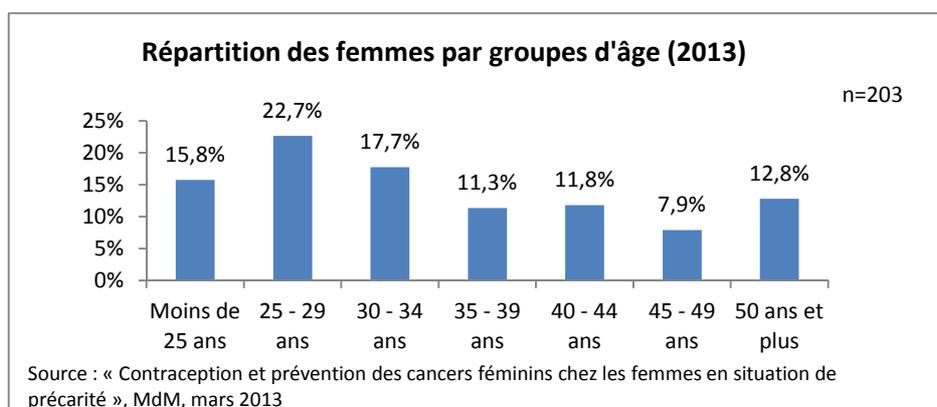
Dans 77,8 % des cas, les femmes étaient seules au moment de l'entretien.

Dans 16,8 % des cas, il a été nécessaire de contacter l'ISM Interprétariat afin de pouvoir mener l'entretien avec les femmes non francophones.

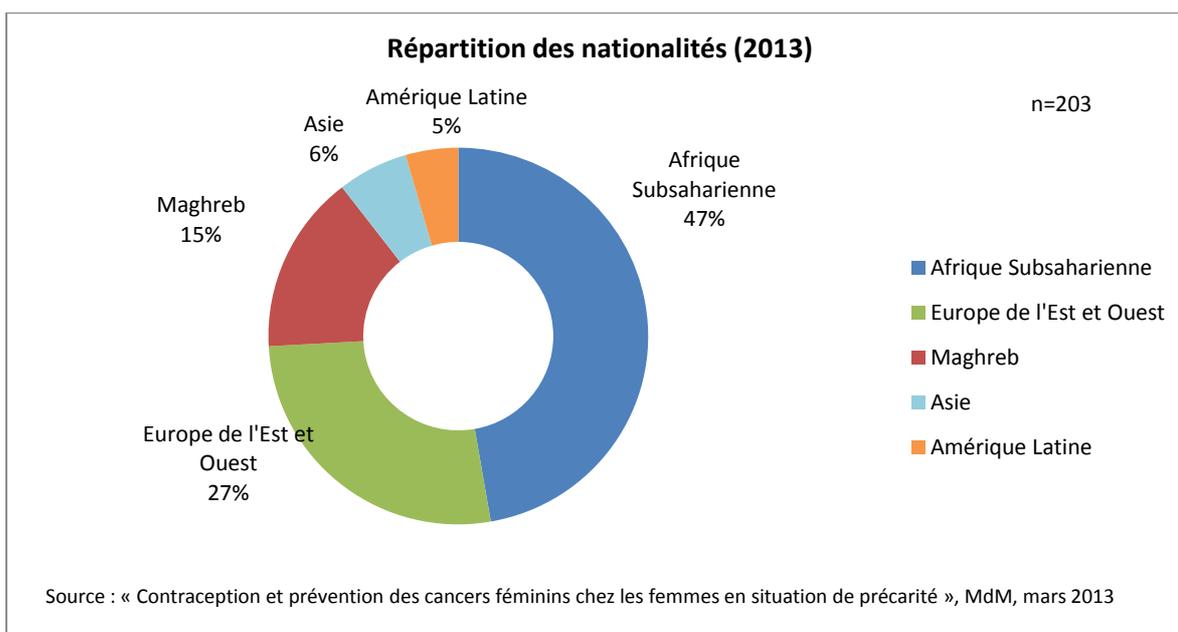
Le questionnaire n'a pas suscité de difficultés de compréhension, malgré le fait que beaucoup de femmes ne connaissaient pas l'examen du frottis cervico-vaginal ou le vaccin HPV. Dans ces cas, le médecin ou personnel médical en charge de passer le questionnaire décrivait à la patiente le soin ou l'examen dont il était question.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGÉES

La moyenne d'âge des femmes interrogées est de 35,6 ans (minimum=16 ; maximum=76 ans). La classe d'âge la plus représentée est celle des 25-29 ans (22,7 % des femmes).



La majorité des femmes interrogées (47 %) proviennent d'Afrique Subsaharienne, suivies par des femmes ressortissantes d'Europe de l'Est ou de l'Ouest (27 %) et du Maghreb (15 %).



Parmi les femmes interrogées, près d'un tiers (31,4%) séjourne en France depuis moins de 3 mois, 45,9 % depuis 3 à 12 mois et 22,7 % sont sur le territoire depuis un an ou plus.

Enfin, 94 % des enquêtées n'avaient aucune couverture maladie en France au moment de l'enquête.

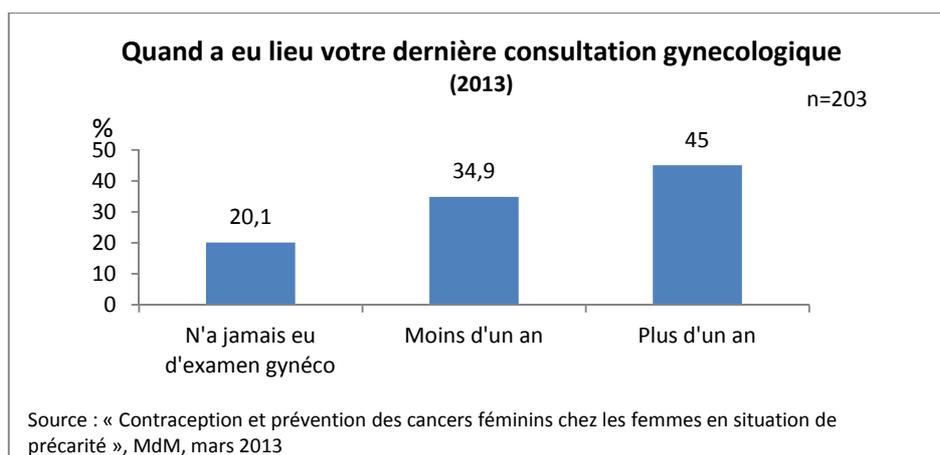
ACCES A UNE CONSULTATION POUR UN EXAMEN GYNECOLOGIQUE (GENERALISTE OU GYNECOLOGUE)

L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 18,8 ans (minimum=11, maximum=38, médiane=18). Toutefois, 8,8 % des femmes ont eu leur premier rapport avant 15 ans et 11,6 % après 23 ans. Les femmes ressortissantes du Maghreb et de l'Asie débute leur vie sexuelle significativement plus tardivement (en moyenne après 21,0 ans) que les autres femmes. Inversement les ressortissantes d'Europe de l'Est ou d'Europe de l'Ouest entrent dans la vie sexuelle significativement plus précocement (moyenne= 17,2 ans) que les autres femmes ($p < 0,01$).

Parmi les femmes interrogées, 79,9 % ont déclaré avoir déjà eu une consultation pour un examen gynécologique au cours de leur vie. Dans 61,9 % des cas la consultation a eu lieu il y a moins de 3 ans et dans 18,0% des cas il y a 3 ans ou plus.

Les résultats mettent en évidence une corrélation (à la limite de la significativité) avec l'âge : les femmes ayant réalisé une consultation gynécologique au cours de leur vie sont significativement plus âgées (moyenne=36,0 ans) que les femmes n'en ayant jamais réalisé (moyenne=32,5 ; $p = 0,11$). Aucune association n'a été retrouvée avec la nationalité des femmes.

Enfin, la réalisation d'une consultation gynécologique est fortement corrélée avec le temps de présence en France : les femmes présentes depuis plus d'un an ont significativement plus recours au suivi gynécologique que les femmes arrivées plus récemment ($p = 0,07$).

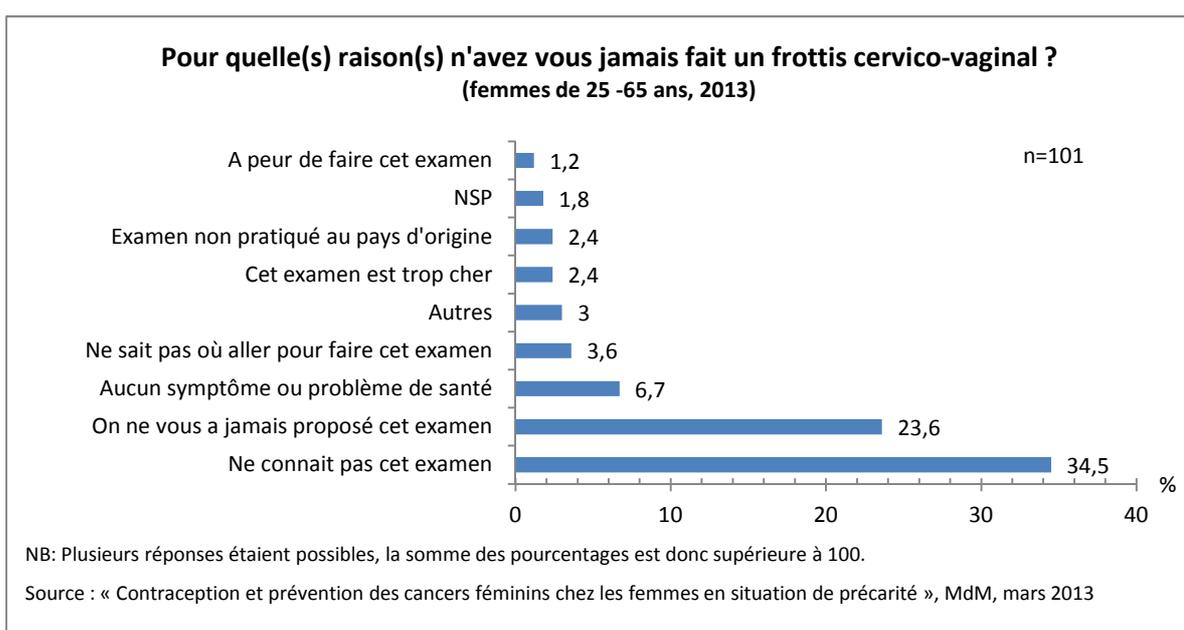


DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Les questions relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus ont été posées uniquement aux femmes de 25-65 ans (soit 165 femmes). Parmi elles, seul un tiers (33,1 %) a déjà fait un frottis cervico-vaginal au cours de la vie et 66,9 % ont déclaré n'avoir jamais réalisé cet examen.

Les femmes ayant réalisé un frottis au cours de leur vie sont significativement plus âgées ($p=0,11$), sont en France depuis plus longtemps ($p=0,11$) et ont plus fréquemment une couverture maladie en France ($p=0,07$) que les femmes qui n'en ont jamais fait. Les femmes issues de l'Europe ont moins recours au frottis que toutes les autres femmes ($p=0,10$).

Les principales raisons évoquées par les femmes pour n'avoir pas pratiqué cet examen sont le fait de ne pas connaître le frottis cervico-vaginal (34,5 %), suivi par le fait de n'avoir jamais eu de proposition pour le faire (23,6 %). De plus, 6,7 % des femmes déclarent n'avoir jamais eu de symptômes ou de problèmes de santé qui nécessitent selon elles le recours à un dépistage, montrant ainsi qu'elles sont peu sensibles ou méconnaissent la logique de la prévention par le dépistage.

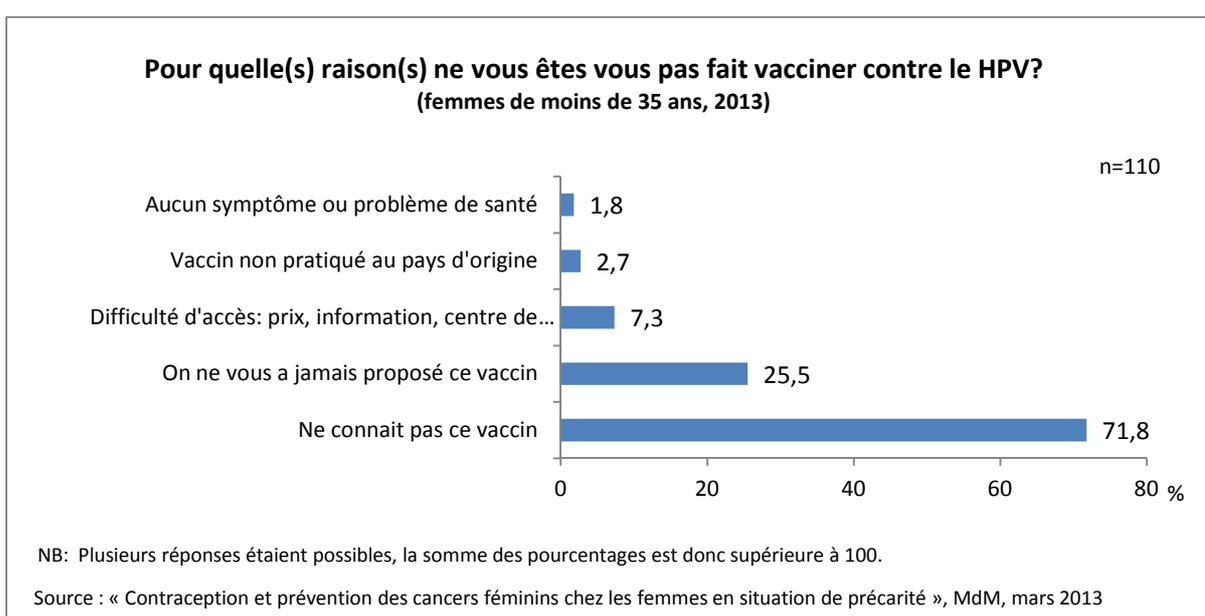


VACCINATION CONTRE LE HPV

Les questions relatives à la vaccination HPV ont été posées uniquement aux femmes de moins de 35 ans (soit 114 femmes). Parmi elles, seule une femme a reçu une vaccination complète⁶ contre le HPV, soit moins de 1 % des femmes concernées, les autres n'ont entamé aucune vaccination HPV.

Les principales raisons évoquées par les femmes pour expliquer le non recours sont « la non connaissance du vaccin » (71,8 %) et le fait que personne ne leur ai jamais proposé le vaccin (25,5 %).

Toutefois, force est de constater que 67,5 % des femmes interrogées ont déclaré être intéressées par cette vaccination ou auraient pu être intéressées avant leurs 1^{er} rapports sexuels.



DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Les questions relatives au dépistage du cancer du sein ont été posées uniquement aux femmes de 50-74 ans (soit 25 femmes). Parmi elles, 29,2 % ont déclaré avoir déjà eu une mammographie au cours de leur vie et 70,8 % n'en ont jamais réalisé. Parmi les femmes ayant déjà fait une mammographie, 71,4 % l'ont fait il y a moins d'un an.

Malgré des effectifs faibles (n=18), on constate que les raisons citées par les femmes pour n'avoir pas pratiqué cet examen sont principalement l'absence de symptômes ou d'autres problèmes de santé, suivi par le fait qu'on ne leur a jamais proposé de faire une mammographie et le fait que le dépistage par mammographie n'était pas proposé dans leur pays d'origine.

⁶ Une vaccination complète comprend 3 injections.

L'USAGE DE LA CONTRACEPTION ET LE RECOURS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

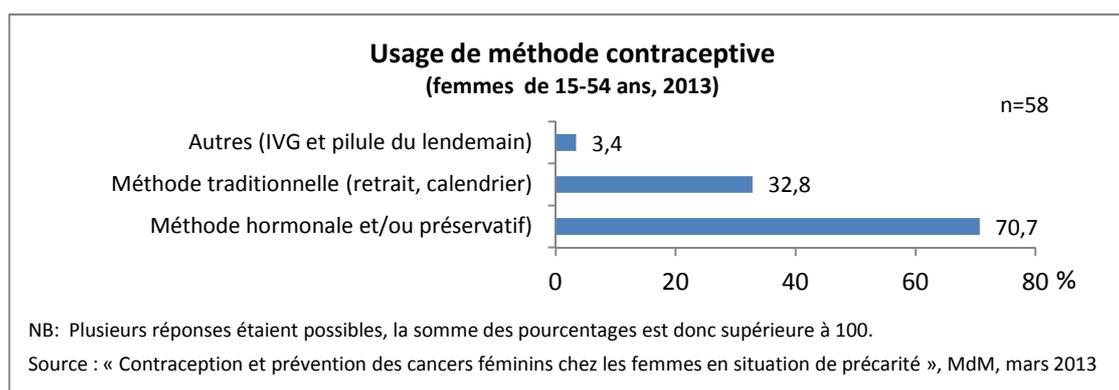
Parmi les femmes de 15-54 ans (n=186), 23,5 % ont déclaré utiliser régulièrement une contraception, 10,6 % utilisent une contraception de façon ponctuelle et 65,9 % n'utilisent aucune méthode contraceptive⁷. Parmi les femmes ayant déclaré l'usage d'une contraception, 8,6 % ont cité plusieurs méthodes contraceptives.

Parmi les femmes concernées par une contraception⁸, 32,8 % ont déclaré avoir recours aux méthodes traditionnelles, 31,0 % utilisent le préservatif, 19,0 % la pilule, 8,6 % le stérilet et 6,9 % citent d'autres méthodes hormonales.

Les femmes ressortissantes d'Europe (de l'Est ou de l'Ouest) utilisent plus souvent une méthode contraceptive traditionnelle que les autres femmes (p=0,11).

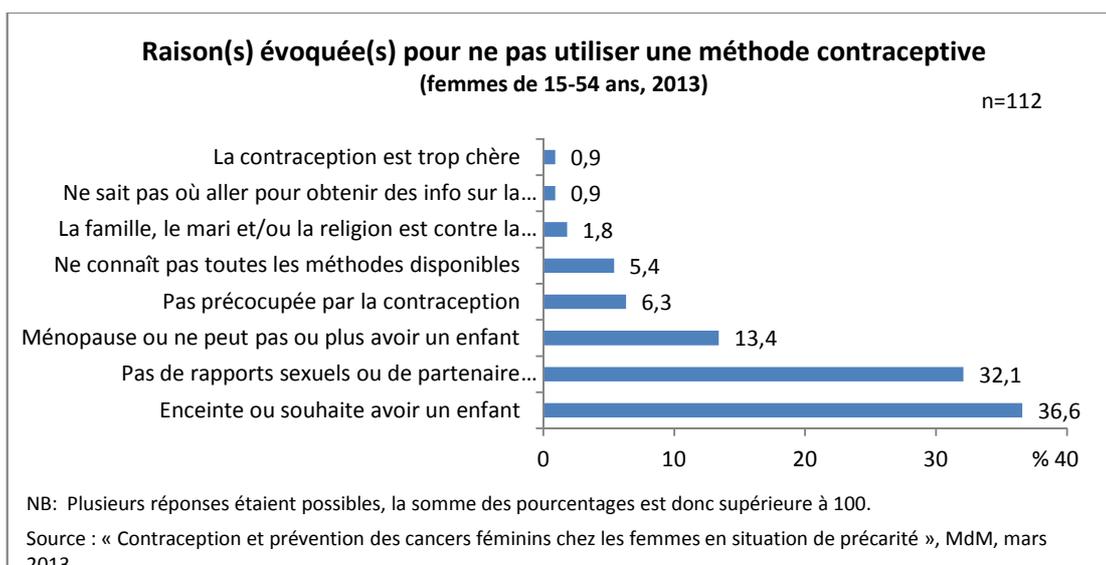
L'usage d'une contraception (quelle qu'elle soit) n'est pas associé au temps de présence en France des femmes, ni à l'obtention d'une couverture maladie.

Pour les femmes qui déclarent ne pas utiliser de contraception, 36,6 % sont enceintes ou souhaitent avoir un enfant, 32,1 % ont déclaré ne pas avoir de rapports sexuels ou de partenaire au moment de l'enquête et 13,3 % ne peuvent pas ou plus avoir d'enfant. Enfin, 6,3 % des femmes se disent non préoccupées par la contraception et 5,4 % déclarent ne pas connaître toutes les méthodes disponibles.



⁷ Par contraception, on entend toute forme de contraception possible : hormonales médicalisées, non médicalisées et les méthodes traditionnelles (méthode du calendrier, *coitus interruptus*...).

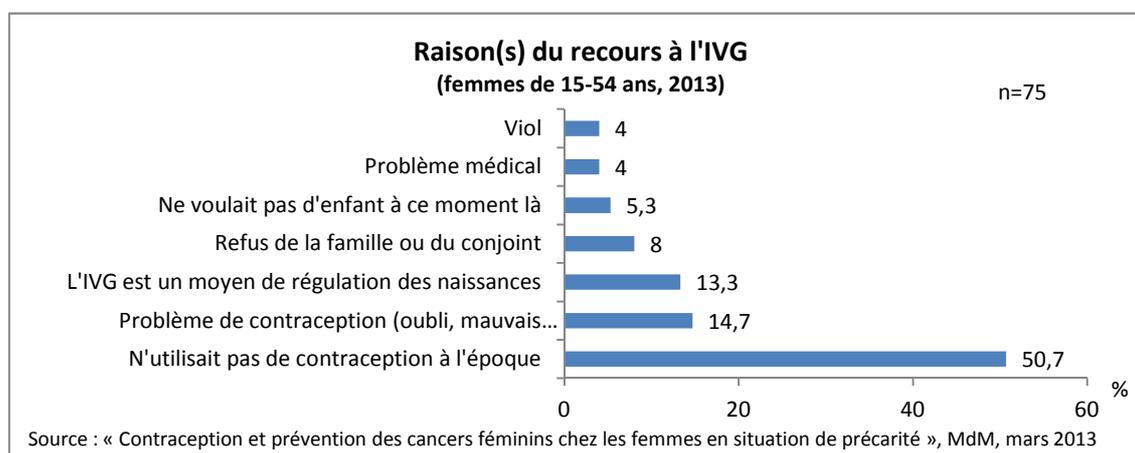
⁸ Femmes non stériles et n'attendant ou ne cherchant pas à avoir d'enfant.



Parmi les femmes de 15 à 54 ans, 37,1 % déclarent avoir déjà effectué au moins une IVG au cours de leur vie, parmi elles 18,7% ont eu recours à l'IVG à plusieurs reprises.

Les femmes européennes et africaines ont eu plus souvent recours à une IVG au cours de leur vie que les femmes ressortissantes d'autres continents (p=0,08).

La majorité des IVG pratiquées relève selon les femmes de l'absence de contraception (50,7 %). Toutefois, 14,7 % des femmes ont indiqué un échec de la contraception (oubli de la pilule, mauvais usage du préservatif...), 13,3 % des femmes déclarent considérer que l'IVG est un moyen de régulation des naissances, 8 % des femmes ont dû faire un IVG suite au refus de la grossesse par leur famille ou leur conjoint et 4 % des IVG ont été fait à la suite de viols.



DISCUSSION

→ Un moindre recours à la prévention du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein parmi les femmes en situation de précarité

L'enquête a mis en évidence un très faible recours au frottis cervico-vaginal parmi les femmes fréquentant les Casos par rapport à la population générale des femmes françaises. En effet, **seul un tiers (33,1%) des femmes de 25-65 ans interrogées ont déclaré avoir fait un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie contre 94,9 % des femmes interrogées en population générale en France** en 2010 dans le cadre du Baromètre Cancer de l'INPES [4]. Par ailleurs, moins de 1 % des jeunes femmes de moins de 35 ans ont reçu une vaccination contre le HPV alors que la couverture vaccinale atteignait, toujours selon le Baromètre Cancer, 27 % des femmes de moins de 25 ans en France en 2010.

Si l'enquête n'a pu mettre en évidence aucun facteur sociodémographique associé à la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus (à l'exception de l'âge), il ressort toutefois que la durée de résidence en France ainsi que le fait de disposer d'une couverture maladie sont des facteurs facilitant l'adhésion des femmes à la pratique d'un frottis cervico-vaginal.

Concernant le cancer du sein, 70,8 % des femmes de 50-74 ans ont déclaré n'avoir jamais réalisé de mammographie, 8 % ont réalisé une mammographie il y a plus de 2 ans et seules 20,8 % ont déclaré avoir réalisé une mammographie au cours des 2 dernières années. **La part des femmes ayant réalisé une mammographie récemment (dans les 2 ans) est ainsi très inférieure à celle retrouvée auprès des femmes en population générale** lors du Baromètre Cancer de 2010 (87,5%) [4].

Ces résultats sont confirmés par une étude récente réalisée en Belgique qui montrait que les femmes dont les conditions de vie sont « les plus difficiles » ont à la fois un moindre recours et un recours retardé à l'examen gynécologique et à la mammographie [18].

→ Un déficit d'information important sur la prévention des cancers

L'enquête met en évidence un important déficit d'information chez les femmes, en particulier pour les pratiques préventives du cancer du col de l'utérus. En effet, **plus d'un tiers des femmes concernées ne connaissaient pas le frottis cervico-vaginal et 72 % des moins de 35 ans ne connaissaient pas le vaccin HPV**. Ce déficit d'information a également été retrouvé dans l'enquête de l'INPES en population générale [6]. Concernant le cancer du sein, comme évoqué dans l'étude de Dupont et al [19], il semble que le fait de ne pas réaliser de mammographie soit davantage lié à une absence de symptôme ressenti ou de problème médical et donc de perception des risques pour les femmes.

Toutefois, force est de constater que plus d'un quart des femmes concernées n'a jamais réalisé de dépistage (du cancer du sein ou du col de l'utérus) ou de vaccin HPV car leur médecin ne leur a jamais proposé, alors même que les études montrent que le conseil du professionnel de santé est le 1^{er} facteur favorisant le recours au dépistage des femmes [20-21]. Ceci est à mettre en parallèle avec le fait que près de 80 % des femmes interrogées ont déclaré avoir eu au moins une

consultation gynécologique au cours de leur vie, qui aurait pu être l'opportunité de proposer ces dépistages.

Néanmoins, des études [17] ont montré que les médecins généralistes pratiquant en milieu défavorisés ont tendance à proposer moins souvent des pratiques de prévention à leurs patients, notamment lorsque cela touche à des aspects plus intimes de la personne comme le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Ces constats mettent en évidence l'importance du rôle des professionnels de santé pour ces femmes peu ou pas suivies.

→ L'usage de la contraception : des pratiques peu répandues chez les femmes en situation de précarité

Si les femmes fréquentant les Caso semblent en moyenne démarrer leur sexualité au même âge que les femmes françaises, voir légèrement plus tardivement [13], elles adoptent par contre beaucoup moins souvent une contraception. En effet, l'enquête a révélé que **seules 23,5 % des femmes de 15-54 ans utilisent une contraception de manière régulière contre 72 % des femmes en population générale**, selon le Baromètre Santé de 2005 [13].

En population générale française, la pilule est la méthode la plus utilisée par les femmes (57,4 %), alors que le préservatif ne représente que 11 % de la couverture contraceptive et les méthodes traditionnelles 2,8 % ; contrairement aux femmes fréquentant les Caso qui adoptent plus fréquemment des méthodes traditionnelles (32,8 %) ou le préservatif (31,0 %) plutôt que la pilule (19 %). Malheureusement les effectifs de notre enquête sont trop faibles pour pouvoir mettre en évidence des facteurs expliquant ces différences importantes. Toutefois, l'usage plus fréquent des méthodes contraceptives non médicales parmi les femmes socialement les moins favorisées (femmes au chômage ou inactives) a également été démontré dans l'étude de l'INPES et suggère la persistance d'inégalités d'accès et/ou une plus grande distance sociale vis-à-vis de ces pratiques [13].

La maîtrise de la fécondité chez les femmes en situation de précarité soulève par conséquent de nombreuses questions, notamment au regard de la proportion élevée de femmes ayant recours à l'IVG au cours de leur vie. En effet, **37,9 % des femmes de 15-54 ans de notre échantillon ont déclaré avoir eu recours à une IVG au cours de leur vie contre 17,4 % des femmes en population générale en France en 2005** [13]. Force est de constater que l'absence de contraception est le premier motif évoquée par les femmes pour expliquer leur recours à l'IVG (50,7%) alors que les femmes en population générale française évoquent plus fréquemment l'échec de contraception pour expliquer ce recours [22].

→ Limites de l'étude

Notre étude présente certaines limites qu'il convient de souligner. La première réside dans le fait que l'échantillon est faible et n'a pas toujours permis de réaliser des analyses plus fines. Par ailleurs, un peu plus d'une femme sur 5 était accompagnée au moment de la passation du questionnaire. La présence d'une tierce personne a pu influencer un certain nombre de femmes et constitue par conséquent un biais de déclaration, en particulier pour les questions les plus sensibles.

CONCLUSIONS

L'enquête réalisée auprès des femmes fréquentant les Caso a mis en évidence que ces publics bénéficient très rarement de suivis gynécologiques réguliers, incluant rarement des dépistages systématiques et/ou réguliers des cancers féminins.

Ces résultats soulignent l'existence **de fortes inégalités sociales en matière de pratiques préventives, qu'il s'agisse de la prévention des cancers féminins ou de l'usage d'une contraception**, alors même que les études montrent que les femmes en situation de précarité sont plus vulnérables et présentent en particulier des facteurs de risque de développement de lésions précancéreuses et/ou une moins bonne prise en charge en cas de diagnostic de cancer.

Ces résultats mettent en évidence **des besoins importants des femmes en matière d'information** et par conséquent **le rôle déterminant des professionnels de santé dans l'orientation et dans l'adhésion des femmes aux pratiques préventives** ; et ce plus particulièrement auprès des femmes en situation précaire particulièrement vulnérables et éloignées des dispositifs de soins.

Il convient par conséquent de sensibiliser davantage les professionnels de santé aux enjeux de santé publique liés à la prévention des cancers féminins afin que ces derniers soient davantage impliqués dans la prévention et le dépistage des cancers féminins, en particulier auprès des femmes en situation précaire.

Par ailleurs, seules les femmes couvertes par l'assurance maladie ou l'AME peuvent bénéficier d'une prise en charge entièrement gratuite pour ces examens. Les femmes n'ayant pas de couverture maladie ne peuvent par conséquent pas participer aux campagnes de dépistage du sein ou bénéficier gratuitement des examens préventifs pour le cancer du col (dépistage ou vaccination HPV). De plus, alors que 70 % des femmes interrogées au cours de notre enquête vivent en France depuis plus de 3 mois (et pourraient par conséquent bénéficier de l'AME), seules 8,9 % parmi elles disposent d'une couverture maladie. L'enquête a montré que le fait de disposer d'une couverture maladie constituait un facteur facilitant le dépistage, en particulier pour le cancer du col de l'utérus. Il convient par conséquent de faciliter l'accès aux droits de ces femmes pour leur permettre un meilleur recours à la prévention et aux soins.

Par ailleurs, comme démontré dans des études récentes [23], les inégalités sociales en matière de prévention et de dépistage pourraient être réduites par des actions ciblées et adaptées aux populations à risque de faible participation, comme les populations précaires. La proposition systématique d'un bilan de santé, incluant les pathologies spécifiques aux femmes, lors de l'ouverture des droits à l'AME pourrait être une solution pour augmenter la prévention et le dépistage des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité ainsi que faciliter leur accès à une méthode contraceptive efficace et adaptée pour celles qui le souhaitent.

RECOMMANDATIONS

- ➔ **Développer des actions de prévention ciblées et adaptées aux populations précaires**
 - Améliorer les campagnes de communication et de dépistage auprès des publics précaires ;
 - Développer des outils adaptés aux publics (en plusieurs langues) et favoriser l'utilisation de l'interprétariat dans les structures de santé ;
 - Valoriser et développer la médiation sanitaire et sociale et les démarches d' « aller-vers ».
 - Favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs ;
 - Sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux de santé publique liés à la prévention des cancers féminins et à l'usage de la contraception en particulier pour les femmes en situation de précarité

- ➔ **Proposer un bilan de santé et des examens systématiques pour les femmes disposant de l'Aide Médicale d'Etat**

- ➔ **Faciliter l'accès aux soins des femmes en situation de précarité**
 - Simplifier les démarches administratives pour l'accès à l'AME ;
 - Fusionner l'AME dans la CMU, pour une couverture véritablement universelle (comme le suggère l'IGAS, l'IGF et le Conseil national de lutte contre les exclusions).

REFERENCES

- [1] Duport N. « Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances – Actualisation 2008 ». InVS, 2008, 31 p.
- [2] UICC, « Protection contre les infections à l'origine de cancers. Campagne mondiale contre le cancer 2010 », 2010, 62 pages.
- [3] INCA, « La situation du cancer en France en 2012 », rapport 2012, 350 pages.
- [4] Beck F et al. « Baromètre Cancer 2010 », INPES, 268 pages
- [5] DGS. Groupe technique national sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. *Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus*. DGS. Paris, 2006.
- [6] Source CnamTS 2003-2005
- [7] INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003
- [8] Grillo F et al. « 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 ». InVS, BEH, 2012 ; 2-3-4 : 45-47
- [9] InVS « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 », InVS rapport technique, 2011, 78 pages.
- [10] Menvielle G. « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle ». InVS, BEH, 2008, 33 : 289-292.
- [11] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. "Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease." *Lancet*. 2002 Jul 20;360(9328):187-95
- [12] Lançon F. « Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. » InVS, BEH, 2012,35-36-37 :417-420.
- [13] Beck et al, « Baromètre santé 2005 ». INPES, 2007, 593 pages.
- [14] Badet-Phan A et al. « Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans ». *Pratiques et organisation des soins*, 2012 ; 4 :261-268
- [15] Bajos N et al, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques », INED, *Population & Sociétés*, 2012, 492 :1-4
- [16] Médecins du Monde « Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France. Rapport 2011 », Octobre 2012, 216 pages
- [17] Heremans P, Deccache A. « Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés », *Santé publique*, 1999 ; n°2 :229
- [18] Pascal J et al. « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », *Lien social et Politiques*, 2006, n°55 : 115-124.
- [19] Duport N et al. « Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. » BEH, 2008;44:429-31.
- [20] Lançon F. et al. « Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. » BEH, 2012, 35-36-37 : 417-420
- [21] Barreau B. et al. « Etude qualitative des facteurs déléchantes et bioculturels à la participation au dépistage organisé du cancer du sein : Bouches-du-Rhône et Charente. » *Psychol Oncol*. 2008, 2 :13-20.
- [22] Vilain A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, no 765, juin 2011
- [23] Pornet C. et al. « Influence de l'environnement socio-économique et de l'offre de soins sur la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein ». BEH, 2012, 35-36-37 :413-417

Annexe 1 : Questionnaire

Si non, 7.3 Pour quelle(s) raison(s) n'avez vous jamais fait cet examen ? *Why did you never have a cervical smear ?*
(Plusieurs réponses possibles, ne pas citer les réponses)

- ₁ Ne connaît pas cet examen / *Don't know this exam*
₂ Aucun symptôme ou problème de santé ressenti / *No Symptoms or health problem*
₃ Ne sait pas où aller pour faire cet examen / *Don't know where to go to do this exam*
₄ Cet examen est trop cher / *This exam is too expensive*
₅ Ne peut se rendre au centre d'examen / *Can not go to the exam center*
₆ On ne vous a jamais proposé cet examen / *You were never proposed to do this exam*
₇ Autre raison / *Other reason* → **Préciser**
₉ NSP, Ne veut pas dire / *Don't know*

Pour les femmes de 50 – 69 ans uniquement

8. Avez-vous déjà fait une mammographie (radiographie des seins) ? *Have you ever had a mammogram (breast x-ray)?*

- ₁ Oui / *Yes* ₂ Non, jamais / *No, never* (→ Q 8.2) ₉ NSP (→ aller à Q9)

Si oui, 8.1 La dernière fois que vous avez fait une mammographie, c'était il y a combien de temps ? *When was the last time you had a mammogram?*

- ₁ < 1 an ₂ [Entre 1 et 2 ans[₃ [Entre 2 et 3 ans[
₄ [Entre 3 et 5 ans[₅ 5 ans ou plus ₉ [NSP]

Ou précisez l'année de la dernière mammographie : \ _ _ _ _ _ \

Si non, 8.2 Pour quelle(s) raison(s) n'avez vous jamais fait cet examen ? *Why did you never have a mammography ?*
(plusieurs réponses possibles, ne pas citer les réponses)

- ₁ Ne connaît pas cet examen / *Don't know this exam*
₂ Aucun symptôme ou problème de santé ressenti / *No Symptoms or health problem*
₃ Ne sait pas où aller pour faire cet examen / *Don't know where to go to do this exam*
₄ Cet examen est trop cher / *This exam is too expensive*
₅ On ne vous a jamais proposé cet examen / *You were never proposed to do this exam*
₆ Autre raison / *Other reason* → **Préciser**
₉ NSP, Ne veut pas dire / *Don't know*

CONTRACEPTION

9. Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ? *At present, do you or your partner do something to prevent pregnancy when you have sex?*

- ₁ Oui toujours / *Yes* ₂ Ça dépend des fois / *it depends* ₃ Non/No ₄ NSP / *Don't know* ₀ Non concernée

Si oui, 9.1 Quelles sont les méthodes que vous utilisez actuellement pour éviter de tomber enceinte ? *What methods are you currently using to prevent pregnancy? (plusieurs réponses possibles, ne pas citer les réponses)*

- ₁ Pilule / *contraceptive pill*
₂ Préservatif (masculin ou féminin) / *Condom*
₃ Stérilet / *IUD Intra Uterin Device*
₄ Autre méthode hormonal (implant, patch, anneau vaginal) / *Other hormonal method*
₅ Stérilisation contraceptive, ligature des trompes / *Contraceptive sterilization, tubal ligation*
₆ Méthode naturelle / *Natural method*
₇ Autre méthode / other method **Préciser** →

Si non, 9.2 Pour quelle(s) raison(s) ne faites-vous rien pour éviter une grossesse ? *Why don't you do anything to prevent pregnancy? (plusieurs réponses possibles, ne pas citer les réponses)*

- ₁ Pas de rapports sexuels ou pas de partenaire actuellement / *No partner or sexual relations these days*
₂ Enceinte ou souhaite avoir un enfant / *pregnant or wish to have a child*
₃ Ménopausée, ne peut pas ou plus avoir d'enfant / *cannot have children anymore (menopause)*
₄ Ne connaît pas toutes les méthodes disponibles / *didn't know all available methods for birth control*
₅ Ne sait pas où aller pour obtenir des info. sur la contraception / *don't know where to go to get contraception*
₆ La contraception est trop chère / *Contraception is too expensive*
₇ La famille et/ou la religion est contre la contraception / *family/religion doesn't want you to use contraception*
₈ Pas préoccupée par la contraception / *Birth control doesn't matter much for you*
₉ Autre, / *other reason* → **Préciser**
₁₀ NSP / *Don't know*

10. Au cours de votre vie, avez-vous dû réaliser une interruption volontaire de grossesse (IVG) ? *During your life, have you ever had to make a voluntary interruption of pregnancy (VIP) or abortion?*

- ₁ Oui, une fois / *Yes, once* ₂ Oui, plusieurs fois / *Yes, more than once* ₃ Non/No ₄ Non-réponse

Si oui, 10.1 Pour quelle(s) raison(s) avez-vous eu recours à une IVG (la dernière fois) ? *Why did you have an abortion?*

- ₁ N'utilisait pas de contraception à l'époque / *You weren't using contraception at that time*
₂ Problème de contraception (oubli, mauvais fonctionnement...)/ *You had a problem with your contraception*
₃ Ne connaît pas la contraception d'urgence (pilule ou DIU)/ *You didn't know the emergency contraception pill*
₄ L'IVG est un moyen de régulation des naissances / *Abortion is a birth control method*
₅ Autre raison / *other reason*, → **Préciser**
₉ [NSP/Ne veut pas dire/ne peut pas dire]

Médecins du Monde

Direction des Missions France

62, rue Marcadet

75018 PARIS

Tel : 01 44 92 16 01

Fax : 01 44 92 99 92

dmf@medecinsdumonde.net

www.medecinsdumonde.org