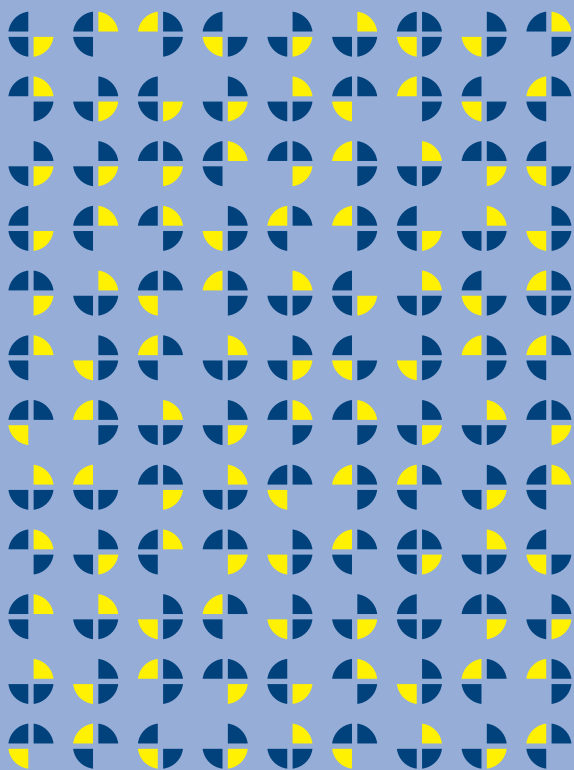
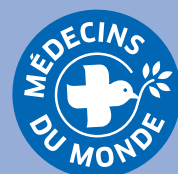


# ACCÈS AU DÉPISTAGE DU CANCER CERVICO-UTÉRIN DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Étude interventionnelle d'évaluation des stratégies de dépistage  
du cancer du col de l'utérus des femmes en situation de précarité,  
rencontrées par les programmes de Médecins du Monde-France



RÉSUMÉ EXÉCUTIF



## CETTE ÉTUDE A ÉTÉ FINANÇÉE PAR

Médecins du Monde et l'Institut national du cancer (INCA).

## INVESTIGATEUR PRINCIPAL

Médecins du Monde

## REDACTRICES DU RAPPORT

Laura Reques (MdM), Camille Rolland (MdM).

## COMITE DE REDACTION

Najat Lahmidi (MdM), Sophie Laurence (MdM),  
Ezequiel Aranda-Fernandez (MdM),  
Antonio Lazzarino (EPISTATA),  
Camille Gutton (MdM) et Niklas Luhmann (MdM).

## CONTACT

[laura.reques-sastre@medecinsdumonde.net](mailto:laura.reques-sastre@medecinsdumonde.net)

*Date de publication du rapport:* Septembre 2019

*Conception graphique:* Christophe le Drean

*Les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que les enquêteurs de l'étude et ne reflètent pas nécessairement l'opinion des bailleurs de fonds.*



## INTRODUCTION

L'infection génitale par papillomavirus (HPV) est l'infection sexuellement transmissible virale la plus fréquente en population générale. La persistance de certains géotypes du HPV peut provoquer des lésions précancéreuses susceptibles d'évoluer vers un cancer du col de l'utérus (CCU) dans un délai de 5 à 20 ans.<sup>1,2</sup> Le CCU est le quatrième cancer le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Cependant, sa répartition est très hétérogène avec 80 % des nouveaux cas de CCU survenant dans les pays en voie de développement.<sup>3</sup>

En France, le CCU touche près de 3 000 femmes et cause environ 1 100 décès chaque année.<sup>4</sup> Actuellement, l'examen de dépistage de référence est le frottis cervico-utérin (FCU) qui permet de détecter les lésions précancéreuses et les cancers à un stade précoce. Néanmoins, le taux de couverture du dépistage, estimé entre 55 % et 60 %, est jugé insuffisant.<sup>5</sup> Ce taux est spécialement faible chez les femmes ayant un moindre recours au système de santé ou présentant une situation socioéconomique défavorisée. De plus, une grande proportion des femmes en situation précaire provient de pays à haute incidence de CCU.<sup>6,7</sup>

Les tests de détection de l'HPV sont associés à un bon rapport coût efficacité et une meilleure adhésion de la part des femmes.<sup>8</sup> De plus, la technique d'auto-prélèvement (APV) est décrite comme plus facile, moins douloureuse et plus rapide à réaliser qu'un FCU.<sup>9</sup> Devant le taux de couverture non atteint et les freins d'accès au dépistage, plusieurs pays occidentaux ont choisi d'intégrer la recherche de l'HPV dans leur stratégie de dépistage. En France, des nouvelles recommandations de dépistage de CCU de la HAS incluent la recherche de l'HPV.<sup>10</sup>

Les femmes côtoyant les programmes de Médecins du Monde (MdM) représentent des groupes vulnérables et particulièrement exposés aux HPV et au risque de développement de cancer cervical. En addition, elles sont largement sous dépistées du fait d'un accès aux soins de santé et de prévention plus difficile.<sup>11</sup> La stratégie de dépistage utilisant une technique d'APV pour la recherche de HPV pourrait permettre d'éliminer certaines barrières d'accès au dépistage dans cette population.

## OBJECTIF

L'objectif principal de l'étude était de comparer la proportion de participantes ayant complété un test de dépistage et la proportion d'anomalies cytologiques (-ASC-US) détectées face à deux stratégies qui comprenaient une consultation de prévention dédiée suivie :

- d'une orientation vers une structure partenaire pour la réalisation d'un FCU ;
- d'une proposition d'APV pour la recherche d'HPV, puis une orientation vers une structure partenaire pour la réalisation d'un FCU en cas de test HPV positif.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques des participantes, d'évaluer leur niveau de connaissances, pratiques et attitudes, ainsi que les facteurs associés à l'accès aux programmes de dépistage, et de formaliser des réseaux de partenaires pour la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes précaires.

## MÉTHODOLOGIE

Recherche interventionnelle, multicentrique, comparative et randomisée dans quatre types de programmes : centres d'accueil, soins et orientation (CASO), centres d'accueil, orientation et accompagnement (CAOA), Squats/Bidonvilles et programmes avec des travailleuses du sexe (TdS) dans quatre villes (Lyon, Bordeaux, Rouen et Paris). L'étude a été mise en œuvre de mars 2017 à décembre 2018.

Toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans dont le dernier FCU datait de plus de 3 ans, le premier FCU de plus d'un an ou n'ayant jamais eu de FCU au cours de leur vie était incluses dans l'étude. Les critères d'exclusion étaient l'hystérectomie totale et l'absence de relations sexuelles.

Les équipes ont réalisé une consultation individuelle adaptée, basée sur des techniques de counseling, pour amener la femme à mieux comprendre ce que sont l'infection à l'HPV et le cancer du col, ainsi que les stratégies de dépistage.

À l'issue de la consultation de prévention, les femmes étaient orientées vers un des deux bras d'intervention :

1. Bras contrôle « FCU » (orientation vers des partenaires associatifs et institutionnels identifiés pour la réalisation d'un FCU) ;
2. Bras expérimental « APV-HPV » (auto-prélevement pour la recherche du HPV), suivi d'une orientation vers les centres partenaires pour la réalisation du FCU si le résultat était positif. La randomisation a été réalisée par périodes d'un mois.

Le test choisi pour l'analyse était la PCR en temps réel, pour la détection de 14 génotypes du HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 et 68). Les FCU réalisés dans les structures partenaires ont été menés selon leurs pratiques habituelles. Les données personnelles médico-sociales ont été saisies dans l'outil sécurisé « dossier patient informatisé » (DPI). Les résultats des FCU ont été envoyés par les structures partenaires à Mdm par courrier confidentiel.

L'analyse descriptive a été effectuée pour les variables démographiques, socioéconomiques et cliniques dans chaque type de programme et les variables de connaissances et attitudes relatives au CCU. La comparabilité des groupes a été appréciée à l'aide de tests du Chi-2 et ANOVA pour les variables catégoriques et de t-Student pour les variables continues. La comparaison des taux de complétude du dépistage a été calculée en utilisant la régression de Cox et la détection d'anomalies en utilisant la régression logistique. L'ensemble des analyses a été répété avec l'échantillon restreint aux programmes CASO/CAOA.

## RÉSULTATS

### CONSULTATION DE PRÉVENTION CCU ET SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Un échantillon initial de 799 femmes a participé à une consultation de prévention en santé sexuelle et reproductive. L'âge moyen des femmes était 41,0 ans (écart type [ET] = 10,1). Les participantes des programmes CASO/CAOA étaient principalement africaines (85,0 %) et primo arrivantes en France (41,5 % moins de 3 mois). Les participantes des programmes « Squats » étaient en majorité européennes (75,0 %) et avaient un niveau de scolarité plus faible (65,4 % primaire ou inférieur). Les participantes au programme TdS étaient plus âgées (moyenne 48,4 ans, ET=6,8) et venaient exclusivement d'Asie orientale.

Par rapport aux variables socioéconomiques, seules 19,3 % des participantes avaient un hébergement fixe et 28,1 % une activité professionnelle déclarée. 67,6 % n'avaient pas de couverture maladie et 73,9 % étaient en situation administrative irrégulière.

Par rapport aux variables de la consultation gynécologique, la majorité des participantes avaient des difficultés d'accès aux ressources spécialisées en santé sexuelle et reproductive : 22,4 % n'avaient jamais eu une consultation gynécologique, 53,5% n'utilisaient pas de méthode contraceptive ; 54,8% n'avaient pas d'entourage pour discuter des questions SSR, 45,5 % n'avait jamais effectué de mammographie et 53,4 % n'avait jamais réalisé de FCU.

Les cinq éléments de connaissances et attitudes relatives au CCU se sont améliorés suite à la consultation, avec des valeurs  $p < 0,001$ . Cette augmentation est particulièrement marquée pour les indicateurs « connaissance de la fréquence de réalisation du dépistage » (de 11,9 % à 56,7 %), « connaissance d'un centre pour la réalisation du FCU » (de 15,3 % à 55,7 %) et « connaissance des causes du CCU » (de 18,6 % à 61,3 %).

### ÉTUDE INTERVENTIONNELLE

Sur les 799 participantes à l'étude ayant bénéficié d'une consultation de prévention en santé sexuelle et reproductive, 112 (14 %) n'étaient pas éligibles à l'intervention et ont donc été exclues (67 étaient à jour dans leur dépistage, 13 n'avaient jamais eu de rapports sexuels et 8 avaient subi une hystérectomie totale). L'échantillon analytique final pour la partie interventionnelle de l'étude comprenait 687 femmes, parmi lesquelles 304 ont été assignées au bras contrôle (FCU) et 383 au bras expérimental (APV-HPV).

Dans le bras contrôle, parmi les 304 femmes orientées vers les structures partenaires pour la réalisation du FCU, 19 (6,3 %) ont refusé la réalisation du FCU, 165 (54,2 %) ont été perdues de vue et 120 (39,5 %) ont réalisé un FCU. Les résultats ont détecté 11 anomalies cytologiques : 8 ASC-US (3 liés à l'infection HPV), 2 LSIL et 1 HSIL.

Dans le bras expérimental, parmi les 383 femmes randomisées, 365 (95,3 %) ont effectué un APV pour la recherche du HPV, 0,8 % l'ont refusé et 3,9 % n'ont au final pas réalisé le test HPV, malgré leur accord initial, et ont été considérées comme perdues de vue. Parmi les tests HPV réalisés, 226 étaient négatifs, 127 positifs et 9 ininterprétables, soit 34,4 % de tests positifs.

La proportion de résultats récupérés était de 65,9 % parmi les femmes dont le test était négatif, 62,5 % dont le test était positif et 33,3 % dont le test était ininterprétable. Parmi les femmes des deux dernières catégories, 47 FCU (34,6 %) ont été réalisés et 9 anomalies cytologiques ont été détectées (1 ASC-US, 3 LSIL et 5 HSIL).

En ce qui concerne le taux de complétude du dépistage CCU, les participantes du groupe expérimental avaient environ deux fois plus de chances d'être dépistées par rapport aux femmes du groupe contrôle (39,5 % contre 71,3 %), avec une valeur  $p$  inférieure à 0,001 (ratio de risque

1,80; IC 95 % [1,55-2,10];  $p < 0,001$ ). Parmi celles qui ont eu recours au dépistage, le temps moyen nécessaire a été de 18,6 jours (ET = 34,5) pour le groupe contrôle et de 9,5 jours (ET = 23,8) pour le bras expérimental ( $p < 0,001$ ). Le hasard ratio (HR) pour le taux de complétude du dépistage du bras expérimental par rapport au bras contrôle était de 2,48 (IC 95 % [1,99-3,08];  $p < 0,001$ ).

En ce qui concerne la détection d'anomalies cytologiques, 2,0 % des femmes ont présenté des anomalies cytologiques associées à l'infection HPV dans le bras contrôle et 2,3 % dans le bras expérimental. Le odds ratio (OR) était de 1,20 (IC 95 % [0,42-3,40];  $p = 0,7$ ). Parmi les hypothèses formulées, la proportion d'anomalies cytologiques détectées pourrait être supérieure dans le groupe APV-HPV suivi d'un FCU en cas de test HPV positif. Il est probable que la taille insuffisante de l'échantillon ne permette pas de mettre en évidence une différence statistique significative.

184 femmes ont été perdues de vue dans le bras contrôle (60,5%). Dans le bras expérimental 18 femmes ont été perdues de vues avant la réévaluation de l'APV (4,7 %) et 86 avant la réalisation du FCU (63,2 % des femmes dont le test HPV était positif).

Les résultats avec l'échantillon restreint aux programmes CASO/CAOA ne diffèrent pas de l'analyse principale. La différence estimée pour le taux de complétude entre les groupes est même plus grande (HR 2,98; IC 95 % [2,32-3,82];  $p < 0,001$ ).

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les femmes de l'étude présentent une situation de grande précarité en termes socioéconomiques (absence d'hébergement fixe, sans activité professionnelle) et d'accès aux soins (absence de couverture sociale, méconnaissance des droits, barrière linguistique, barrières socioculturelles). Ces circonstances font que plus de la moitié des femmes participant à l'étude n'avait jamais réalisé de dépistage CCU.

Une consultation dédiée et adaptée à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et de prévention du CCU a permis d'améliorer leurs connaissances et leur intérêt pour le dépistage. L'auto-prélèvement vaginal pour un test HPV a été bien accepté, corroborant les conclusions de la littérature.

La mise à disposition d'un kit d'auto-prélèvement vaginal pour un test HPV est une méthode innovante et efficace, permettant de favoriser la participation au dépistage du CCU. Par ailleurs, quelle que soit la stratégie adoptée, de nombreuses femmes ont été perdues de vue après leur orientation vers des centres partenaires pour la réalisation d'un FCU, même lorsque le test HPV était positif.

Ce fait souligne la complexité de la prise en charge des femmes en situation de précarité et compromet le bénéfice de l'augmentation de la couverture du dépistage primaire par l'auto-prélèvement pour un test HPV.

Il est donc essentiel de développer et d'évaluer des méthodes de suivi et d'accompagnement appropriées pour ces personnes et de mener une réflexion ou privilégier des scénarios de triage plus accessibles.

Il appartient donc aux décideurs de prendre en compte les situations de précarité dans lesquelles se trouvent les femmes et de mettre en place une organisation de l'offre de soins pour le dépistage du CCU susceptible de réduire les inégalités d'accès

et les discriminations. Pour atteindre cet objectif nous recommandons :

### POUR NOS PROJETS

- Intégrer des activités de santé sexuelle et reproductive comprenant des consultations de prévention, des activités de counseling et des propositions d'accès au dépistage du CCU pour les femmes entre 25 et 65 ans, afin d'améliorer les connaissances des usagères et de favoriser l'accès aux services;
- Faciliter l'accès aux services de dépistage et aux services de droit commun spécialisés dans la santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité par l'orientation, l'accompagnement et le suivi, afin d'assurer la couverture de dépistage optimale de cette population, ceci en renforçant les partenariats avec les structures de droit commun;
- Proposer un dispositif de suivi et d'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité dans les structures de soins pour faciliter et améliorer la complétude du dépistage, la remise des résultats et les actions ultérieures en fonction de la caractérisation des lésions;
- Renforcer et/ou développer les outils (messages adaptés, formation en counseling en matière de SSR) pour améliorer l'accès aux soins et notamment au dépistage du CCU;
- Évaluer de nouvelles stratégies d'accès au dépistage pour nos publics dans les actions « d'accueil » et « d'allers vers », en intégrant des partenaires et d'autres acteurs sur le terrain;
- Renforcer le plaidoyer et la formation des services d'interprétariat, de médiation en santé, des travailleurs pairs auprès des structures de santé afin de lever les barrières socioculturelles;

→ Veiller à la mise en œuvre du Plan national de dépistage organisé du CCU et si besoin, élaborer une stratégie de plaidoyer en faveur de l'accès de ces populations sous dépistés.

### POUR LES STRUCTURES DE SOINS ET ORGANISATIONS PARTENAIRES

- Renforcer les activités de prévention en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité, en renforçant les outils disponibles et la formation en counseling;
- Faciliter l'accès aux services de dépistage et aux services de droit commun spécialisés en santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité;
- Mettre en place des dispositifs « d'allers vers » dans le cadre de la promotion de la santé, la prévention primaire et le dépistage du CCU;
- Inclure les services d'interprétariat, de médiation en santé, de travailleurs pairs dans le but de lever les obstacles socioculturels et la barrière de la langue;
- Simplifier les parcours de soins en favorisant des consultations avec des plages horaires sans rendez-vous et des horaires plus larges;
- Incorporer et évaluer des dispositifs d'accompagnement et de suivi adaptés pour limiter les pertes de vue.

### POUR LES DÉCIDEURS POLITIQUES

- Favoriser la mise en œuvre de l'APV pour la détection des HPV en dépistage primaire de CCU chez les femmes en situation de précarité;
- Incorporer la stratégie de dépistage primaire avec le test APV-HPV dans le cadre d'une consultation dédiée, adaptée et appropriée

pour faciliter l'accès au dépistage du CCU des femmes en situation de précarité, avec une mise à disposition dans des centres de santé de proximité (PMI, CPEF, Cegid, CMS, PASS) et associations partenaires;

→ Promouvoir des actions de dépistage primaire par test HPV dans des actions « d'aller vers », en se rendant dans des lieux d'hébergements (hôtels sociaux, squats, bidonvilles) ou sur le lieu de travail des travailleuses du sexe. En cas de test positif, les orienter vers le centre de santé le plus proche afin de réaliser l'examen de triage;

→ Mener une réflexion ou privilégier des scénarios de triage plus accessibles, par exemple :

- ▶ Mise en place d'un « point of test care » dans les centres de santé de proximité, permettant de réaliser le test HPV et d'avoir le résultat en une heure, et de réaliser dans le même temps un FCU en cas de test HPV positif;
- ▶ Mise en place des dispositifs de triage réflexe par prélèvement cervical dans les centres de proximité, avec un examen primaire comprenant un test HPV et un examen cytologique en cas de positivité à partir du même échantillon.

## POUR LA RECHERCHE

→ Réaliser des études socio-anthropologiques pour mieux caractériser les barrières d'accès et les principales raisons de non complétude du dépistage du CCU des femmes en situation de précarité en France;

→ Continuer à étudier l'auto-prélèvement comme méthode permettant une meilleure acceptation du dépistage cervico-utérin, en incluant des études de satisfaction et d'acceptabilité;

→ Continuer les études prospectives des femmes en situation de précarité, en incluant comme variable d'effet la finalisation complète du dépistage, la caractérisation histopathologique des lésions précancéreuses et la finalisation de la cascade de soins : recherche HPV, frottis cervico-utérin, colposcopie et éventuelle conisation;

→ Développer et étudier l'effectivité des tests de triage pouvant être réalisés sur des prélèvements et auto-prélèvements vaginaux, afin d'éviter des éventuels rappels aux femmes pour la réalisation du prélèvement cervical pour examen cytologique.

→ Réaliser une évaluation globale, intégrant les dimensions épidémiologiques, économiques et de santé publique, des performances et de l'impact du dépistage. Une attention particulière doit être portée à l'appréciation de la capacité du dispositif à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé constatées.

## REFERENCES

1. Centre National de Référence des Papillomavirus Humains (CNR HPV), Institut Pasteur. Référence des Papillomavirus Humains (CNR HPV), Institut Pasteur. In 2018. Disponible sur: [www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-coluterus-papillomavirus](http://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-coluterus-papillomavirus).
2. Garnier A, Brindel P. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Boulogne [Internet]. Billancourt: Institut National du Cancer; 2013. Disponible sur: [www.ecancer.fr/publications/75-prevention/735-prevention-et-depistage-du-cancer-ducolde-luterus](http://www.ecancer.fr/publications/75-prevention/735-prevention-et-depistage-du-cancer-ducolde-luterus).
3. GLOBOCAN [Internet]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>.
4. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 / 2019 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018>.
5. Haute Autorité de santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2010. 2011.
6. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Centre HPV; 2016.
7. Dalmont, C. et al. Cancer du col et précarité, accès aux soins. Bulletin du Cancer. Bulletin du Cancer; 2009.
8. Leinonen, M. et al. Age-Specific Evaluation of Primary Human papillomavirus screening versus conventional cytology in randomized setting. Journal of the National Cancer Institute; 2009.
9. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. Lancet Oncol. févr 2014;15(2):172-83.
10. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 Synthèse et recommandations. 2019.
11. Médecins du Monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France en 2018. In 2019. p. 185.



