



# Dépistage et Précarité

Une recherche action en Isère

## Remerciements

Merci à tous ceux qui se sont impliqués dans le comité de pilotage et le comité technique de cette étude et qui nous ont aidés par leurs conseils et leur expertise :

Dr François Blanc-Jouvan (CGI),  
Dr Isabelle Bonhomme (DDASS),  
Mme Louise Boulbès (ISBA),  
Mme Patricia Bramarie (ASV Grenoble),  
Dr Isabelle Debaty (CHU Grenoble),  
Pr Bernard Denis (MDM),  
Dr Alain El Sawi,  
Dr Catherine Exbrayat (ODLC),  
Dr Bénédicte Gratacap-Cavallier (CIDAG),  
M. Antoine Rode,  
Mme Karine Touchard (ODTI),  
Dr Philippe Winkel (ODLC),  
Dr Nelly Wion (CHU Grenoble),

et tout particulièrement à :

M. Marc Brisson (ODPS),  
Mme Sylvie Brisson (CIDAG),  
Mme Jocelyne Chevallier (ODLC),  
Dr Laure Germain (CIDAG),

C'est grâce à la coopération des partenaires de terrain que cette recherche a été possible. Nous remercions :

M. Christophe Chapelin (APAJH),  
Mme Sylvie Jabin (ASSFAM),  
Mme Fabienne Lacour (APAJH),  
Mme Anne-Claire Maurel (Plateforme de mobilisation),  
Mme Sophie Picot (Plateforme de mobilisation),  
M. Eric Sarrebeyroux (Espace Personnes Agées Malherbe),  
Mme Sylviane Stigliani (MJC Abbaye),  
Mme Anabelle Thibaud (Relais Ozanam).

Enfin et surtout, merci à toutes les personnes qui ont donné de leur temps et nourri cette étude...

Ce projet a été financé par le Groupement Régional de Santé Publique Rhône – Alpes.

# Table des matières

<b>Projet</b>	<b>4</b>
<b>Méthode et déroulement</b>	<b>5</b>
<b>Les représentations du dépistage</b>	<b>9</b>
<b>Les connaissances</b>	<b>11</b>
<b>Les freins : ce qui gêne, ce qui est difficile</b>	<b>13</b>
<b>Les leviers : ce qui aide et motive</b>	<b>17</b>
<b>Les améliorations attendues par le public</b>	<b>19</b>
<b>Le support</b>	<b>23</b>
<b>Conclusion : pistes d'amélioration</b>	<b>24</b>
<b>Bibliographie thématique</b>	<b>25</b>
<b>Annexes</b>	<b>29</b>

## Origine et contexte

Les données épidémiologiques montrent que le recours au dépistage est plus rare dans la population précaire que dans la population générale. Par exemple, le risque de ne pas faire de mammographie est multiplié par 2 et celui de ne pas faire de test VIH par 1,7 chez les ménages modestes. Or cette population est particulièrement exposée à certaines pathologies.

Les études menées sur les facteurs d'adhésion au dépistage confirment les difficultés à connaître les motivations de cette population : le pourcentage de non répondants au questionnaire des 2 études nationales de référence [15,18] est élevé. Il paraît donc indispensable d'aller au devant de cette population pour leur permettre de s'exprimer.

Depuis quelques années, des efforts importants sont entrepris en Isère pour aller au devant de la population en difficulté et apporter l'information à ce public. Par exemple, les séances faites dans les résidences sociales ADOMA et certains centres sociaux ont permis une meilleure adhésion du public [20].

Malgré ces progrès, le public en situation de précarité a encore un accès moindre que celui de la population générale au dépistage, malgré des facteurs de risque accrus pour la plupart des pathologies.

Notre expérience d'accompagnement auprès du public en précarité a permis les constats suivants (à nuancer en fonction de chaque individu) :

- ⇒ Les pratiques de prévention santé restent rares.
- ⇒ Les messages classiques de prévention, par exemple la notion de «capital santé», sont inadaptés à cette population qui ne se reconnaît pas dans ces représentations.
- ⇒ Le recours aux soins reste parfois difficile pour des raisons tant matérielles que socioculturelles.
- ⇒ L'intérêt pour la prévention et pour la santé en général est présent.

Le paradoxe, intérêt pour la santé et peu de comportements de prévention, nous a amené à penser qu'un travail de fond autour des connaissances et représentations des dépistages ainsi que la participation du public à l'élaboration de messages, pourrait permettre une meilleure adhésion aux campagnes proposées dans le cadre du droit commun.

Ce projet a été retenu par le GRSP Rhône Alpes.

## Objectifs

- ⇒ Permettre aux populations précaires l'accès aux dépistages.
- ⇒ Mieux connaître les représentations du dépistage et le niveau de connaissances.
- ⇒ Permettre de susciter une réflexion et de faire un choix.
- ⇒ Permettre de mieux connaître l'offre.
- ⇒ Favoriser l'accès et l'adhésion aux campagnes de droit commun.
- ⇒ Travailler à l'élaboration de messages de prévention adaptés.
- ⇒ Elaborer un outil utilisable (à définir) pour faciliter l'abord de cette question.

## Public ciblé

- ⇒ Public en précarité.
- ⇒ Professionnels de santé et structures de dépistage en lien avec ce public.

# METHODE ET DEROULEMENT

## Une recherche action

Il s'agit d'une recherche dans laquelle il y a une action délibérée de transformation de la réalité. Recherche ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations<sup>1</sup>.

Dans notre cas, la transformation visée est l'amélioration du recours au dépistage pour la population précaire. La production de connaissances concerne les déterminants de la pratique du dépistage (freins et leviers).

⇒ Une recherche car il s'agit d'enrichir nos connaissances sur les représentations du dépistage, sur les motivations et les freins à la réalisation des dépistages proposés à la population.

⇒ Une action car le public est associé à la production de connaissances et à leur utilisation au travers de la création d'outil de prévention. L'implication du public entraînant des modifications pour ce public (acquisition de connaissances, modification de comportements).

La réalisation d'outil de prévention vise à élargir le public bénéficiant de l'action.

Cette méthode participative articule une action concrète sur le terrain et un travail de formalisation des connaissances produites ainsi qu'ici, la création d'un outil de prévention.

## Mobilisation des acteurs

### Au niveau politique :

Le comité de pilotage a réuni les décideurs et directeurs des structures de dépistages afin de valider le projet et assurer sa mise en œuvre : DDASS, CPAM, CGI, UDMI, Direction de la santé et du développement social du CG, ODLC, ODPS, CIDAG, etc...

### Au niveau scientifique :

Le comité technique a réuni les partenaires « experts » sur la question des dépistages dans chaque domaine, dans le but d'assurer la cohérence du projet, sa validité scientifique et la prise en compte des résultats.

Ce groupe de professionnels a également été mis à contribution pour un travail sur leurs représentations du dépistage, afin de pouvoir les confronter à celles du public, et pour la réalisation de fiches techniques dans chaque champ (pour chaque dépistage : public, âge, fréquence, examen, lieu, etc...).

Partenariat effectif : ODLC, ODPS, CIDAG, Centre de lutte antituberculeuse, ISBA, UDMI, AGECSA, Centre de santé universitaire, médecins généralistes et spécialistes, MDM, sociologue, etc...

### Au niveau des usagers :

Les groupes ont été choisis afin d'avoir un échantillon comprenant hommes et femmes adultes, de toutes les tranches d'âge concernées par les dépistages choisis. La diversité des publics a été favorisée au détriment d'une hypothétique représentativité.

<sup>1</sup>

Définition retenue lors d'un colloque (1986) à l'Institut National de Recherche Pédagogique (INRP, Paris).

En pratique, une soixantaine de personnes issues de 6 groupes (public en précarité) :

- ⇒ Jeunes en formation-insertion de la Plateforme de Mobilisation de Brignoud.
- ⇒ Femmes en insertion du Comité de Solidarité de Voiron.
- ⇒ Adultes handicapés du SAJ APAJH de la Côte St André.
- ⇒ Adultes étrangers en apprentissage du français de la MJC Abbaye, de Grenoble.
- ⇒ Personnes âgées de l'Espace Personnes Agées Teisseire-Malherbe de Grenoble.
- ⇒ Hommes en insertion du Relais Ozanam ou des maisons relais (entretiens individuels) de Vaulnaveys et Grenoble.

Et 10 « personnes témoins », non précaires.

## Déroulement et contenu

### Définition du champ des dépistages :

Le comité technique a validé la liste des dépistages pris en compte dans cette étude : il a été décidé de rester dans des champs où la surmortalité de la population précaire est reconnue et où le dépistage peut apporter un bénéfice : tuberculose, pathologies cardiovasculaires, cancers du col de l'utérus, du sein et du colon, hépatites, VIH, diabète.

### Focus groups :

⇒ Une première rencontre avec chaque groupe nous a permis de présenter le projet et le cadre des échanges (confidentialité, non jugement, déroulement).

Le travail avec les groupes s'est déroulé sur 3 séances de 2 heures, espacées de deux à quatre semaines.

La première séance abordait les représentations du dépistage, à partir d'une question globale : « Le dépistage : qu'est-ce que c'est pour vous ? A quoi vous fait penser ce mot ? ».

Dans la seconde partie, les connaissances sur les différents dépistages et les examens proposés étaient explorées. Les pratiques étaient évoquées si les personnes le souhaitaient.

Pour les groupes ayant des difficultés d'expression (étrangers, handicapés) une quarantaine d'images au format carte postale ont été utilisées comme support. Cet outil a été créé à partir d'une revue bibliographique de façon à proposer des images représentant les facteurs d'adhésion ou de refus repérés dans la littérature.

⇒ La deuxième séance permettait d'explorer les freins (qu'est ce qui est difficile dans le dépistage ?) et les leviers (qu'est ce qui aide ? et qu'est ce que l'on pourrait améliorer ?).

La question de l'outil (messages pertinents, contenu, support) était abordée.

⇒ La troisième séance permettait de compléter et d'apporter les informations souhaitées avec l'aide d'intervenants spécialisés en fonction des priorités identifiées (ODPS-CIDAG pour les plus jeunes, ODLC pour les plus âgés).

Des outils d'information adaptés ont été rassemblés ou créés : traductions, tableau récapitulatif des dépistages, graphique bénéfices/risques. Les plaquettes existantes étaient mises à disposition.

### Entretiens individuels :

Les groupes choisis comprenaient peu d'hommes de plus de 50 ans pouvant bénéficier du dépistage du cancer du colon. Quelques entretiens individuels semi-directifs ont été menés dans des structures d'hébergement pour compléter l'échantillon (grille – annexe 1)

**Une recherche complémentaire** a été menée auprès de 10 personnes socialement plus favorisées (cadres, professions intermédiaires) afin d'estimer les écarts de représentations et d'opinions avec le public précaire et tenter de faire la part entre les représentations intimes (variations entre les individus) et celles liées au contexte social (variations entre les groupes sociaux).

## Création d'un outil

A partir des représentations et des idées recueillies auprès du public, un outil d'information et d'aide à la réflexion est réalisé sous la forme d'une brochure. Une exposition est également créée comme support d'animation dans des groupes.

Chaque fiche aborde la fréquence de la pathologie, les examens de dépistage, le coût, les bénéfices et éventuellement les risques ou désagréments.

Des suggestions sont faites pour faciliter les démarches, comme par exemple de se faire accompagner. Les adresses utiles sont fournies.

## Evaluation

### Evaluation de l'action auprès des groupes :

Après chaque séance de groupe un mini questionnaire anonyme permettait d'évaluer la satisfaction des participants. Sur les 2 premières séances, 97% des personnes étaient satisfaites ou très satisfaites (57%).

En 3<sup>ème</sup> séance nous avons proposé une évaluation globale de l'ensemble du travail (l'apport de connaissances, les intentions de modification des comportements,...) avec une échelle visuelle de 0 à 5 (questionnaire - annexe 2).

Les résultats sont les suivants :

Dimensions	Note moyenne (0-5)
Satisfaction	4
Implication	4
Méthode de travail	4
Apport de connaissances	4
Modifications du comportement	3

Les remarques libres sont positives :

*J'ai beaucoup aimé, très intéressant et très important.*

*La méthode de pouvoir discuter au sujet du dépistage me paraît très bien.*

*J'ai bien tout compris pour plus tard.*

*Votre approche et vos différentes explications sont vraiment bénéfiques, alors merci.*

D'une manière générale, les jeunes sont moins satisfaits que les autres participants : certains jeunes ne sont pas encore concernés par les dépistages et les modifications du groupe d'une séance sur l'autre n'ont pas favorisé leur adhésion au projet. Au final, les jeunes volontaires du départ ont été peu nombreux à pouvoir participer aux 3 séances.

Sur ce groupe une remarque sceptique :

*Je ne suis pas convaincu de l'utilité de se faire dépister.*

### **Evaluation du processus :**

Nos observations ainsi que le recueil de l'avis du comité de pilotage, du comité technique, des partenaires de terrain et du public ont permis d'affiner nos objectifs et d'adapter le contenu des séances au fur et à mesure. Si la mobilisation de groupes captifs n'a pas présenté de difficulté pour cette action, il n'en reste pas moins que les groupes d'hommes sont plus rares et que ceux-ci auraient été sous représentés si nous n'avions pas complété cette recherche avec des entretiens individuels.

### **Evaluation de l'outil et de son impact :**

Ne pourra être réalisée que dans les prochains mois.



## LES REPRESENTATIONS DU DEPISTAGE

Dans ce chapitre, il ne s'agit pas de recenser les connaissances sur les dépistages, mais de mettre en évidence l'image du dépistage chez les personnes, d'étudier la signification et la place du dépistage pour l'individu, dans la société.

### Le dépistage évoque d'abord la maladie

Le dépistage médical est un concept récent<sup>2</sup> et les personnes interrogées font rarement la nuance entre dépistage et diagnostic.

Pour le public en précarité, le dépistage est vécu sur le versant de la maladie et du cancer en particulier. Nous retrouvons donc chez eux de nombreuses et classiques représentations de la maladie articulées autour des thèmes suivants :

- ⇒ Pathologies et symptômes, le cancer est systématiquement cité.
- ⇒ Les risques (hérédité, prises de risques, risques subis).
- ⇒ Les examens (dépistage et diagnostic).
- ⇒ Les traitements (dont opérations) et l'hôpital.

Conséquence de ce lien avec les maladies graves, le mot dépistage évoque souvent la peur, la souffrance et la mort.

### La peur est prépondérante

*Le dépistage c'est la hantise, plus fort que la peur, c'est obsédant, on se fait des films en permanence : qu'est ce qu'on va me faire, qu'est ce qu'on va trouver, et si j'ai un cancer...*

Comme souvent pour les maladies graves [3], le sentiment de **honte** est présent, avec une notion de **culpabilité** sous jacente, parfois liée à la notion (ou la peur de la suspicion) de prise de risques, de contagion :

*Je mange beaucoup, toujours. Le sucre rend malade, on est obèse, on a le diabète.*

Ce sentiment est parfois en lien avec des expériences vécues où la **pudeur** est mise à mal :

*Et là on attend toute nue...*

A ce sentiment de honte est associée la peur du **rejet**, de l'exclusion et de la solitude :

*La peur d'être rejeté si on est malade... (SIDA, Cancer)*

Si la peur de la maladie est partagée par tous les publics, celle de l'exclusion prend une place singulière pour les personnes en situation précaire. Le dépistage n'est pas vécu comme la possibilité de s'inscrire dans une démarche de droit commun mais comme un risque d'exclusion supplémentaire. Cet aspect est renforcé pour les migrants par la pratique systématique de la radio pulmonaire lors de l'entrée sur le territoire.

Ces données interrogent sur la pertinence des dépistages ciblés sur les « groupes à risques » définis par des caractéristiques sociales (tuberculose par exemple).

Néanmoins, pour tous les groupes, le dépistage cela peut être aussi **savoir, être rassuré, prendre à temps la maladie.**

---

<sup>2</sup> 1945 : première campagne de dépistage de masse pour la tuberculose. 1963 : première campagne pour le dépistage néonatal de la phénylcétonurie

La **santé**, la **vie** sont évoquées par une seule personne du public précaire.

Des images positives existent donc mais elles donnent l'impression d'être largement dominées par la peur de la maladie et de l'exclusion :

*J'avais fait une prise de sang pour le dépistage du SIDA. J'ai bien fait après j'étais tranquille.*

### **Chez les personnes socialement plus favorisées**

On retrouve dans une moindre mesure des représentations de la maladie, mais ce sont surtout les notions de prévention et de bénéfices individuels et collectifs qui émergent.

Les représentations des **professionnels** sont, comme souvent, éloignées de celles du public. Ici, elles sont aux antipodes : vie/mort, santé/maladie, bénéfices/risques. Les concepts d'anticipation et prévention, très marqués dans ce groupe, ont peu de sens pour notre public.

## LES CONNAISSANCES

L'évaluation des connaissances est bâtie sur les réponses des participants à des questions précises (connaissez-vous le mot dépistage ? qu'est ce que dépistage veut dire ? quelles maladies peut-on dépister ? quels examens de dépistage connaissez-vous ?) et sur les propos spontanés récoltés durant les animations.

### Le mot dépistage

Le mot dépistage n'existe pas dans certaines langues. Quand il existe, il est connu mais souvent privé de sens :

*On connaît le mot mais on ne sait pas ce que ça veut dire comme bien souvent.*

Le dépistage est conçu comme une démarche diagnostique, souvent à partir des symptômes : par exemple, scanner et coloscopie sont cités comme des examens de dépistage. Il faut avoir des symptômes et le dépistage sert à trouver la maladie :

*Le dépistage, c'est les résultats, il faut aller à l'hôpital s'il y a une maladie grave.*

*Le dépistage, ça fait partie des maladies, des cancers.*

### Les pathologies

Le cancer du sein, le diabète et le SIDA sont les pathologies les plus citées.

Le cancer du col de l'utérus n'est jamais cité, celui du colon une seule fois, les hépatites une fois.

On peut se demander si ces connaissances sont en lien avec des préoccupations personnelles ou le résultat des campagnes d'information plus ou moins ciblées. Par exemple, le cancer du sein est cité systématiquement, dans tous les groupes où l'on trouve des femmes de plus de 40 ans.

Le SIDA et les IST sont cités par les jeunes et les handicapés (ces derniers ont bénéficié d'une information spécifique).

Le diabète est cité uniquement par les publics migrants (tous groupes confondus), la tuberculose par les 2 groupes les plus âgés.

Les maladies cardio-vasculaires ne sont jamais citées comme faisant l'objet d'un dépistage.

La méconnaissance de l'anatomie (et/ou des termes français chez les étrangers) rend parfois la compréhension difficile : c'est le cas pour le col de l'utérus ou pour le colon.

Il y a également certaines ignorances ou fausses croyances sur certaines pathologies et leurs traitements qui peuvent avoir une incidence sur les pratiques de dépistage :

*Le cancer, c'est incurable...On n'a pas le droit de manger sous chimio...On peut attraper le cancer par la radio, c'est contagieux...Maintenant le SIDA se guérit...On peut attraper le SIDA en touchant quelque chose qu'un malade a touché...*

Et surtout les hépatites restent très mal connues et il y a encore une interférence entre les campagnes de vaccination contre l'hépatite B (et les polémiques qui ont suivi) et le dépistage des hépatites B et C.

On constate également une confusion entre cancer du colon et ulcère.

## Les examens

Les examens les mieux connus sont la prise de sang, la mammographie et la radio pulmonaire.

L'examen des selles et les examens cardio-vasculaires (prise de TA et ECG) ne sont jamais cités. La prise de la tension artérielle est connue mais pas identifiée comme pouvant être une pratique de dépistage cardio-vasculaire.

Le frottis est très rarement cité. Certaines femmes n'en n'ont jamais entendu parler ou le confondent avec le suivi de grossesse :

*Le frottis c'est que pour les femmes enceintes.*

On trouve aussi la confusion entre test Hémocult<sup>®</sup> et coloscopie.

## LES FREINS : CE QUI GENE, CE QUI EST DIFFICILE

### Les peurs

Les peurs sont conscientes et au premier plan, sauf dans le groupe des professionnels de santé :

Peur de la maladie (cancer), du traitement, de la mort, majorée par le fait d'avoir un proche qui a été malade ou est mort :

*J'ai tellement peur d'avoir un cancer.*

*La peur du résultat. On se dit qu'on va bien mais c'est possible que ça n'aille pas si bien.*

*Comment ne plus avoir cette angoisse d'aller faire un dépistage alors qu'il y a la peur de la mort ?*

*J'ai peur de l'opération et de l'anesthésie.*

Peur du médecin :

*J'ai de l'angoisse quand je vais chez le docteur.*

Peur que le dépistage entraîne la maladie, peur de la contagion :

*Avant le dépistage on n'a rien, mais on y découvre toujours quelque chose.*

*Il vaut mieux ne pas y toucher, ça dérègle tout et après on a un cancer (ex : manipulation des seins pendant la mammographie).*

*Dans le quartier il y a des femmes qui croient qu'on peut attraper le cancer en passant la radio.*

Peur de l'exclusion, du rejet :

*C'est la peur d'être rejeté si on est malade (ex SIDA).*

*Si on a le cancer on est rejeté.*

Peur d'être jugé sur son comportement (prise de risque) :

*On triche parce qu'on n'ose pas dire ce qu'on fait vraiment, on a peur que ça se sache (IST).*

### La honte

La « honte » s'exprime sous différents registres :

*Je peux pas le faire, j'ai trop honte (dépistage cancer colon).*

*Ils ne font pas les tests parce que c'est la honte.*

C'est la pudeur :

*C'est une question de pudeur et de délicatesse.*

*On a honte de montrer son corps (frottis).*

ou la timidité :

*Je ne dis pas au docteur quand il y a une boule, je suis timide, je ne sais pas montrer.*

Mais c'est aussi la honte de ne pas comprendre et la difficulté à parler, surtout pour les étrangers :

*On a honte de parler et de ne pas comprendre.*

La maladie peut-être une « maladie honteuse » :

*Quand Allah donne une maladie, c'est la honte.*

*Le SIDA, c'est la honte.*

*Le cancer c'est le destin mais le SIDA c'est pas pareil, on connaît son mari.*

*Le cancer est tabou comme la drogue.*

*On a honte, on a l'impression que le cancer se prend alors qu'il naît.*

## L'examen lui-même, la complexité du parcours, l'attente freinent la décision de dépistage

La douleur et la peur de la douleur :

*La mammo ça fait très mal. J'ai peur de la piqûre.*

Mais aussi la pudeur :

*Il faut attendre déshabillée... (mammographie et consultation gynéco).*

L'attente, lors des examens et pour les résultats, est souvent mal vécue :

*C'est long, on ne se rhabille pas, on attend.*

*J'ai peur des résultats. C'est long, j'ai attendu 4 semaines.*

Parfois, la démarche est vécue comme compliquée :

*L'Hémoccult, on ne sait pas comment s'y prendre... Ce n'est pas pratique...Comment stocker ?*

*Il faut prendre rendez-vous, attendre, et c'est loin (en dehors du quartier).*

*Il faut garder les radios mais il faut aller les chercher au cabinet.*

*C'est compliqué, c'est l'abstraction.*

Le manque d'accessibilité est relevé par certaines personnes handicapées. La question du prix (hors dépistage organisé) est rarement évoquée. Dans ce cas, il s'agit de la consultation gynéco ou du cardiologue, parfois du test HIV.

## La relation au médecin

La relation au médecin, choisi ou non (radiologie, hôpital), peut être mal vécue :

*Les docteurs freinent, n'écourent pas les gens quand ils se plaignent, ils ne sont pas consciencieux, ils disent que c'est psychologique alors que c'est un cancer (exemple de 2 amis décédés).*

*Ce n'est pas difficile d'expliquer.*

*On comprend rien à leurs mots, ils parlent toujours en technique.*

*Quand on dit que ça fait mal, il faut nous croire.*

*Ils n'écourent pas, ne parlent pas, sont sur leur ordi et ne cherchent pas à savoir quelque chose de l'individu.*

*Quand on n'est pas accueilli, c'est difficile d'avoir confiance.*

Pour les personnes plus favorisées, le même reproche s'exprime différemment :

*Les médecins ne sont pas toujours psychologues.*

Pour la gynécologie surtout, mais pas seulement, les femmes sont nombreuses à souhaiter un médecin femme, qu'elles soient musulmanes ou non :

*Pour les femmes un médecin femme c'est mieux.*

## Le manque de confiance dans les examens, les médecins et les autorités sanitaires revient souvent :

*Avant il n'y avait pas tout ça (les dépistages), maintenant on voudrait nous faire croire que tout est dangereux.*

*On ne peut pas avoir une confiance aveugle dans la médecine.*

Les doutes sur la fiabilité des examens ou sur les compétences des médecins se retrouvent chez les personnes plus favorisées.

Les campagnes d'information, surtout chez les plus favorisés, mais pas seulement, peuvent entraîner un vrai rejet :

*Moi ça ne m'intéresse pas, on n'arrête pas d'en parler au collègue, dans la pub (dépistage VIH).  
On nous bassine trop avec, ça devient lassant.*

### **Le manque de connaissances, d'informations rend aussi la démarche difficile :**

*Il faut la connaissance... On n'est pas très informé, comment, qui,... On ne sait pas ce qu'on doit faire.  
Il y a un manque de communication entre les personnes pour parler de ces choses là.*

C'est souvent le manque d'explications qui est relevé :

*On a peur parce qu'ils ne prennent pas le temps d'expliquer .  
On attend tout seul, on ne sait pas ce qu'on va nous faire et on a peur (radio).  
Quand on voit toutes ces machines on ne comprend rien, c'est angoissant. C'est pas difficile d'expliquer.  
On ne sait pas comment s'y prendre (recueil des selles).*

**Les interrogations sur les bénéfices sont présentes** ; il s'agit de questions sur les possibilités de guérison mais aussi sur une démarche médicale non liée à des symptômes :

*Pourquoi faire un dépistage si on ne guérit pas (Hépatite B) ?  
Je ne le fais plus. Quand les autres y vont il y a toujours un cancer et ils meurent.  
Si j'avais su je n'aurai jamais fait d'examens (idée cancer incurable).  
Ça ne sert à rien, c'est comme jouer au loto.  
Pourquoi voir un docteur quand tout va bien et qu'on pense être en bonne santé. C'est idiot !  
Des gens ne veulent pas savoir. A quoi ça sert de faire un test ?*

**La légitimité d'intervenir sur un dépistage positif, sans symptôme, est questionnée :**

*Les docteurs devraient voir les cancers avec les symptômes et pas avec le dépistage...  
Il vaudrait mieux être à l'écoute des symptômes qui parfois ne sont pas entendus.*

### **Le courrier d'invitation au dépistage n'est pas toujours bien perçu**

*Le fait de voir le courrier c'est comme s'ils savaient qu'on a le cancer.  
Quand je reçois le courrier je le mets direct à la poubelle (n'a jamais participé au dépistage organisé).  
Le courrier, ça n'incite pas.*

### **La religion, la culture interviennent rarement**

*Dans certaines religions, on ne peut pas prendre du sang.  
Le cancer c'est comme ça, c'est le destin...*

### **Pour les personnes en situation précaire, le dépistage peut s'ajouter aux difficultés vécues (soucis, solitude, difficultés matérielles ...)**

*Au bout d'un moment quand on a trop de soucis, le cerveau est blasé, ce n'est pas possible (de faire les dépistages).  
Ce qui est dur dans le dépistage, c'est quand on a déjà une maladie, qu'on s'embête déjà avec, alors on n'a pas envie de savoir.  
Moi je peux pas y aller toute seule...  
Pour ceux qui travaillent c'est difficile.*

## Le vécu personnel

Comme toujours dans le domaine de la santé le vécu personnel (maladie dans l'entourage) joue un rôle déterminant chez plusieurs personnes :

*On a l'impression d'être fort, intouchable, que la maladie n'arrive qu'aux autres. On se surestime. On en prend conscience que quand ça arrive aux proches. J'ai peur de ça. J'ai une sœur qui est décédée à 48 ans d'un cancer du sein. Depuis je ne fais plus les examens, j'ai trop peur.*

## Pour d'autres, plus favorisées

*Une matinée foutue !*

Ces personnes disent aussi *faire l'autruche* ou évoquent la difficulté de s'inscrire dans la durée quand elles pensent ne pas avoir *une bonne estime de soi*.

Pour le dépistage organisé, l'aspect collectif rebute certains :

*C'est l'anonymat, c'est la question de la relation et de la confiance quand on sort de la relation privilégiée à son médecin.*



## LES LEVIERS : CE QUI AIDE ET MOTIVE

### Se rassurer mais aussi préserver l'entourage

*C'est une démarche pour soi et pour les autres.*

Pour les plus jeunes et les hommes (tous groupes confondus), les motivations sont souvent personnelles et liées à la peur de la maladie.

Ils ont recours au dépistage pour savoir, être tranquilles, rassurés :

*J'avais fait une prise de sang pour le SIDA, j'ai bien fait, après j'étais tranquille.*

Les femmes évoquent souvent l'autre, la famille :

*Je le fais pour mon fils... Pour le couple... Pour éviter de transmettre...*

### Prendre à temps la maladie

*Ca n'enlèvera pas la maladie mais si elle est prise à temps c'est mieux.*

Avoir des symptômes, avoir des comportements à risque (consommations, alimentation, sexualité), et avoir des antécédents familiaux encouragent également leurs pratiques de dépistage :

*Je ne suis pas malade, moi je le fais parce qu'il y a un risque dans la famille, le père, le grand-père.*

*Si on a des antécédents familiaux, on y pense mieux.*

### Connaître des personnes malades

Ce point semble être un levier uniquement chez les jeunes et chez les personnes favorisées.

*Je le fais parce que j'ai vu trop de gens partir.*

### Etre accompagné, soutenu et pouvoir en parler au médecin est le plus important

Pour tous, l'accompagnement est primordial, qu'il s'agisse d'accompagnement physique ou psychologique :

*Etre accompagné, c'est ce qui compte le plus.*

*C'est important d'être soutenu, aidé, « boosté » par quelqu'un.*

Le fait de pouvoir en parler à un professionnel de santé (et être écouté), poser ses inquiétudes, avoir réponse à ses questions, être rassuré est tout aussi important :

*En parler ça fait du bien...Il faut en parler, ça rassure...*

Quand la relation de confiance existe, le médecin (généraliste ou gynéco) est donc l'interlocuteur privilégié pour les questions de dépistage. Il explique, dialogue, guide, aide dans les démarches et rassure.

*Il faut en parler au médecin, à quelqu'un en qui on a confiance. Quelqu'un qui explique exactement ce qu'on va me faire, me dire si c'est douloureux, me rassurer et que je comprends*

*Il m'explique bien, il parle lentement.*

### L'information, même si elle est parfois rejetée, joue un rôle primordial

Si les jeunes rejettent majoritairement la sensibilisation faite à l'école et les campagnes d'information, les autres groupes y sont sensibles :

*On parle beaucoup de cancer, alors je l'ai fait.*

*C'est important d'informer les gens par la télé et d'en parler à partir d'un certain âge.*

**Le courrier de l'ODLC, même si sa forme est contestée, est facilitant pour la majorité, y compris les plus favorisés :**

*Le courrier nous rappelle à l'ordre... C'est pratique pour ne pas oublier.*

Et comme le souligne un participant, peu importe le support :

*Le plus important, c'est se sentir concerné.*

### **Rarement cités**

- le secret médical ou l'anonymat (HIV).
- la gratuité ou le tiers payant, essentiellement par les plus favorisés.

### **Les personnes plus favorisées**

Ces personnes insistent sur l'importance du savoir, et la capacité de trouver les informations dont on a besoin pour se faire sa propre opinion, en particulier sur la validité des études et la fiabilité des examens proposés.

Pour ce groupe, il est essentiel de conserver son libre arbitre et d'avoir le choix de dire non.

Par ailleurs, elles sont plus d'un 1/3 à parler du dépistage comme d'une *démarche civique* et à en évoquer l'utilité ou la nécessité pour la société, *pour une diminution des coûts*.

Enfin, ce sont les seuls à évoquer l'utilité et le rôle de la médecine du travail dans les démarches de dépistage.

## LES AMELIORATIONS ATTENDUES PAR LE PUBLIC

Il a été demandé à tous les participants de faire des propositions pour améliorer l'accès aux dépistages.

### Favoriser l'accompagnement par l'entourage ou des professionnels

Ce point est proposé par tous les groupes. La plupart souhaitent ne pas se rendre seuls aux examens, ce qui n'est sans doute pas spécifique au dépistage. Certains demandent seulement des encouragements, du médecin et de l'entourage.

L'accompagnement personnalisé par un professionnel n'étant que rarement envisageable, les professionnels intervenants en individuel ou collectif pourraient suggérer aux personnes de se faire accompagner par quelqu'un de l'entourage.

Cette idée pourrait également être relayée par la communication.

### Porter une attention particulière à l'accueil

#### Améliorer l'accessibilité pour :

- ⇒ Les handicapés : pentes douces, rampes, ...
- ⇒ Les ruraux : *c'est déjà compliqué d'aller chez le médecin, alors le dépistage...*
- ⇒ Les travailleurs : horaires plus larges, ouverture le soir, regroupements des examens,...
- ⇒ Les étrangers : des interprètes et/ou des livrets, des affiches en plusieurs langues qui expliquent les examens<sup>3</sup>.
- ⇒ Les personnes en précarité : tiers payant systématique ou gratuité totale (quand absence de complémentaire).

#### Améliorer l'accueil dans les cabinets, laboratoires...

Un accueil plus chaleureux est attendu de la part de tout le personnel ainsi qu'une limitation de l'attente.

Les femmes proposent des salles d'attentes et d'examen agréables, *qu'il y ait des choses à voir, où il y aurait de la musique et du café.*

Les mamans souhaiteraient une garderie pour les enfants ou a minima une salle avec des jeux et *la secrétaire pas loin pour les surveiller comme au centre social, c'est bien.*

#### Améliorer la confidentialité et la discrétion aux guichets :

Les participants sont nombreux à soulever ce problème, en particulier pour les tests HIV dans les petites villes :

*Améliorer les problèmes de confidentialité aux guichets en général.*

*Le problème de l'anonymat, c'est pas toujours les gens autour, c'est aussi les secrétaires.*

#### Améliorer le confort pendant les examens :

De nombreuses femmes demandent à avoir un endroit et du temps pour se déshabiller, et souhaitent pouvoir s'asseoir pour le faire.

*C'est mieux de se déshabiller seule que devant le docteur.*

---

<sup>3</sup> Au Québec, les informations sur les dépistages des cancers sont traduites en 24 langues, ainsi que des témoignages de femmes guéries.

Elles souhaitent surtout avoir de quoi se couvrir (froid et nudité) :

*Quand on attend sur la table du gynéco.*

*Après la mammo, on pourrait nous donner un drap.*

*Au Mail (clinique grenobloise), ils donnent des peignoirs en papier mais c'est une taille unique et c'est trop petit pour moi.*

Les personnes obèses suggèrent des tables d'examens plus larges.

Les jeunes souhaiteraient des examens indolores

*Endormir le bras pour la prise de sang...il ne faut pas qu'elle pique plusieurs fois.*

On pourrait donc proposer aux personnes d'apporter de quoi se couvrir, proposer un patch anesthésiant pour la prise de sang,...

## Le médecin

### Plus de qualités humaines !

*Que les médecins nous contemplent un peu moins du haut de leur science.*

Une grande majorité des participants et la totalité de ceux qui ont eu de mauvaises expériences attendent du médecin qu'il soit *humain*, chaleureux, qu'il mette à l'aise, qu'il ne se prenne pas trop au sérieux, qu'il sache *dédramatiser*, surtout si les résultats sont positifs et qu'il rassure par dessus tout.

*Le plus important, c'est surtout nous rassurer.*

Le public attend plus d'écoute et de considération. Par exemple, pour un scanner avec piqure (injection d'iode) on peut dire :

*La piqûre chauffe (plus ou moins selon les personnes) au lieu de c'est pas vrai que ça brûle.*

Le médecin doit également savoir mieux expliquer, *sans jargon médical*, et parfois mimer les gestes ou montrer avec des images.

*Il faut montrer les choses : par exemple l'examen des selles.*

Le document actuel accompagnant l'hémocult<sup>®</sup> décrit plus concrètement comment faire cet examen et répond en partie à cette demande.

### Plus de délicatesse ou un médecin femme pour les femmes :

*Une femme (soignante) a un autre contact. Les hommes sont plus brusques. Il faut être délicat. C'est pas une question de connaissance, mais de ressenti pareil. Les chefs de services sont des hommes.*

Il faut donc rappeler aux femmes qu'elles peuvent choisir leur gynécologue.

### Malgré tout, placer ou maintenir le médecin traitant au centre :

Plusieurs participants souhaitent que l'information sur le dépistage soit apportée en premier lieu par le médecin traitant, y compris les courriers d'invitation. Certains ont peur que le dépistage organisé ne lui enlève sa place.

Comme pour d'autres domaines de la santé, les personnes en difficulté n'osent pas toujours demander des explications et les médecins doivent être particulièrement attentifs.

Des consultations de « bilans et dépistages » pourraient être prévues afin que les médecins aient tout le temps de fournir les explications utiles.

Dans certains départements français, il n'y pas de courrier circulaire. L'invitation aux dépistages est faite par le médecin traitant. L'organisme départemental n'intervient que quand l'examen n'a pas été réalisé après une consultation médicale.

Il faudra attendre l'évaluation de ces méthodes pour en tirer des conclusions sur l'accessibilité pour les publics précaires.

## Information / Communication

Proposer une information plus claire et plus accessible, qu'il s'agisse des explications données par les professionnels ou des outils de prévention (brochures et spots de prévention).

### Améliorer le courrier d'invitation au dépistage organisé :

L'utilité du courrier n'est pas remise en question mais il est souhaité moins angoissant, moins injonctif, plus clair et plus convivial que le courrier actuel :

*Les courriers de l'ODLC, je les trouve mal faits, angoissants.*

*C'est plus angoissant que rassurant...*

*On a l'impression que c'est une injonction. La personne est libre.*

*Axer sur des valeurs serait mieux que la moralité. Pour moi une communication doit rendre chacun acteur, responsable, c'est pour notre bien.*

En pratique, plusieurs courriers types pourraient être testés auprès de ce public, afin de rechercher une amélioration.

### Le médecin au centre (cf. ci-dessus) :

*Il faudrait que le médecin envoie la lettre, ça fait moins d'anonymat, plus de confiance.*

### Parler des bénéfices et des risques :

*Le plus important c'est nous expliquer le positif et le négatif.*

*Il faut plus d'informations sur les maladies, les risques, les bénéfices,...*

*On voudrait savoir si certains dépistages apportent vraiment quelque chose pour la santé, et quels sont les risques des examens...*

Nous avons interrogé le public à ce sujet et tous souhaitent avoir ce type d'information et pensent qu'il faut en parler, même si parfois cela fait peur. Cette demande est spontanément élevée chez les plus favorisés. Ils souhaitent en particulier des informations sur la fiabilité des examens et des résultats et *celle-ci doit être élevée, sinon on ne le fait pas.*

La communication ne doit donc pas éluder cette question et ne pas présenter les dépistages comme une démarche sans aucun inconvénient.

Au cours de ce travail, nous avons testé une représentation graphique du rapport bénéfices/risques pour le cancer du sein (part des cancers dépistés, des faux positifs, des faux négatifs (cancer de l'intervalle), par rapport aux examens normaux et cette approche a été appréciée. Cependant, les données fiables n'existent pas pour tous les dépistages abordés au cours de ce travail et ce type d'outil suppose un accompagnement professionnel.

### Proposer des réunions, des rencontres entre public et professionnels :

*Il faudrait des réunions d'information dans la commune pour que les gens se sentent concernés, impliqués.*

*Des réunions pour qu'on puisse parler, quand on parle ça me touche mieux.*

On sait que l'adhésion du public est faible pour ce type de rencontres, mais les débats sur le sujet peuvent être proposés dans les groupes constitués comme cela est déjà fait. Une coordination des différents intervenants et sans doute un regroupement des thèmes serait souhaitable, pour éviter la confusion entre les différents messages.

**Les plus favorisés :**

Pour les actifs, il faut gagner du temps (regroupement des examens, impliquer davantage la médecine du travail, donner un calendrier pour la vie, supprimer les papiers) et alléger la communication : rappels ODLC moins fréquents, et/ou regroupement des courriers, pas de rappel téléphonique *horripilant, intrusion dans la vie privée*, ou demander aux gens si ils souhaitent être rappelés, ne pas imposer,...

Ce public ne veut pas avoir l'impression d'être infantilisé (courrier ODLC) et veut être sûr à 100% de l'intérêt et de la fiabilité du dépistage (cf. ci-dessus).

## LE SUPPORT

L'objectif final de notre projet étant l'élaboration d'un outil d'information adapté, nous avons interrogé le public sur le support qui leur semble le plus approprié ainsi que sur les messages qu'il souhaiterait entendre. Et comme on pouvait s'y attendre, aucun support ne fait l'unanimité...

### Les supports proposés par le public

Les affiches arrivent tout de même en tête :

*Expo dans les salles d'attente et dans les centres sociaux.*

Les livrets sont préférés par certains :

*Le livret traduit c'est très bien ou alors avec beaucoup d'images.*

*Un livret avec des mots simples, des images qui expliquent.*

*Un petit livre, on l'a, on le relit.*

Une remise personnalisée par un professionnel est souhaitée.

Le support vidéo ne remporte que peu de suffrages.

Quelque soit l'outil, il doit être *joli* avec un vocabulaire à portée de tout le monde, contenir une information juste mais qui dédramatise, et il doit parler de tous les dépistages.

Un accompagnement professionnel est dans tous les cas (sauf pour les jeunes) souhaité :

*Pouvoir en parler avec un professionnel de santé ou animateur.*

*Pouvoir en parler c'est le plus important .*

Les rencontres sont, pour cette raison, souhaitées par une majorité.

Pour les plus favorisés, arrivent en tête le courrier personnel et les explications du médecin traitant ou de la médecine du travail. Puis les clips, les plaquettes et affiches (dans les salles d'attente). Ils suggèrent des supports sobres, sérieux et percutants qui regroupent les informations de dépistage.

### Les messages proposés par le public

*Vas-y pour ta santé / pour diminuer les risques de la maladie (soigner tôt) / Maladies prises à temps, maladies plus facile à guérir.*

*Les maladies graves sont rares et si on les prend tôt elles ont de bonnes chances de guérir.*

*Il ne faut pas attendre d'avoir quelque chose / Plus on attend plus c'est difficile, une fois le 1<sup>er</sup> pas fait on est rassuré.*

*Vas y pour te sentir mieux / pour vivre bien / pour être tranquille.*

*Ça vaut le coup d'attendre (les résultats).*

*Si tu n'y vas pas pour toi, vas-y pour moi / pour protéger.*

*Vas-y, c'est pas douloureux / ça ne fait pas plus mal qu'une visite médicale à l'école ou au travail.*

*Ce n'est pas dangereux, ça ne craint rien / ça ne rend pas malade, ce n'est pas parce qu'on fait un dépistage qu'on a la maladie. / J'ai peur, on y va ensemble / On pourrait y aller ensemble / fais-toi accompagner.*

*Allez chez quelqu'un en qui vous avez confiance (radio, médecin) / Le plus important c'est d'avoir un médecin en qui on a confiance.*

*On peut en parler entre amis / Vous les femmes/mères vous avez un rôle (relais) important à jouer.*

## CONCLUSION : PISTES D'AMELIORATION

Une attention particulière doit être prêtée au public le plus en difficulté qui cumule les obstacles (incompréhensions, peurs, manque de mobilité, difficultés de gardes ...) si l'on veut réellement améliorer leur accès aux dépistages.

### Outil POPS

#### Les points de vigilance sur la réalisation de l'outil sont les suivants :

- ⇒ Information sur l'ensemble des 7 dépistages retenus (tableau).
- ⇒ Information sur bénéfices et risques.
- ⇒ Eclaircir la notion de résultats positifs et négatifs.
- ⇒ Accent sur colon (pratique de l'hémocult<sup>®</sup>), utérus (anatomie, frottis).
- ⇒ Pas de message injonctif.
- ⇒ Anatomie.

#### Les messages envisagés :

- ⇒ Le cancer n'est pas toujours mortel surtout si il est découvert tôt.
- ⇒ Les maladies sont « muettes » au départ.
- ⇒ Si on trouve quelque chose c'est que c'était déjà là.
- ⇒ Eviter ou limiter les mutilations pour le sein.
- ⇒ On peut parler au médecin (quand on ne comprend pas un examen, des résultats, quand on ne sait pas comment s'y prendre,...).
- ⇒ On peut choisir son médecin.
- ⇒ On peut demander à un proche de se faire accompagner.
- ⇒ On peut demander un patch anesthésiant pour la prise de sang.
- ⇒ On peut en parler dans l'entourage.
- ⇒ On peut apporter de quoi se couvrir.

#### La forme retenue :

- ⇒ Plaquettes et exposition

### Proposition

#### Communication :

- ⇒ Elaborer plusieurs modèles de la lettre d'invitation au dépistage et les tester auprès du public.
- ⇒ Envisager la traduction de l'outil PoPS.
- ⇒ Poursuite de la sensibilisation du public dans les groupes captifs par des professionnels.
- ⇒ Coordination des partenaires (ODLC, ES 38, CIDAG, CDS,...) pour mettre en place des modules de sensibilisation du public prenant en compte l'ensemble des dépistages.

#### Relation aux professionnels de santé :

- ⇒ En lien avec les partenaires, communiquer aux médecins les besoins et attentes du public (lettre de l'ODLC, bulletins et revues professionnels, journée de formation).

#### Accompagnement :

- ⇒ Favoriser l'accompagnement (y compris physique) des personnes dans leur démarche en s'appuyant sur le réseau des accompagnatrices santé en Isère.



## BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE

### ⇒ Dépistage et précarité

#### **Méthodologie**

1-Gendro S.

L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé : vers une complémentarité transformatrice.

Ruptures, vol.2 / 1996.

<http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/>

2-Rhéaume J.

La recherche-action : un nouveau mode de savoir ?

Sociologie et sociétés, vol. 14, n° 1, 1982, p. 43-51.

<http://id.erudit.org/iderudit/006775ar>

#### **Inégalités de santé et comportements**

3-Al Saad Egbariah A.

Le sujet entre honte, maladie et exclusion

Dialogue, n°153, 2001/3.

<http://www.cairn.info>

4-De Saint Pol T.

La santé des plus pauvres

INSEE première n°1161, 2007.

5-Gautier A., Guilbert P., Baudier F.

Les dépistages, *Baromètre santé Résultats.2000*.

INPES, 2001.

<http://www.inpes.fr/>

6-Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T.

Les inégalités sociales de santé

Inserm, Editions La Découverte, 2000.

7-Moulin J-J., Dauphinot V., Dupré C., Sass C., Labbe E., Gerbaud L., Guéguen R.

Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002.

BEH 43/2005

[www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)

8-Ricard E.

Dépistage et bilan de santé : bénéfiques, risques et limites

Maux d'exil, Comède, 2008.

9-Rode A.

Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires

Mémoire de master Politiques publiques et changement social, UPMF, Grenoble, 2005.

<http://odenore.msh-alpes.prd.fr>

## **Dépistage des cancers**

10-Berger F.

Acceptabilité et résultats du dépistage du cancer colorectal parmi le personnel de la Défense, France, 2000-2004.

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 01/2008, Paris, INVS.

[www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)

11-Colonna F.

Dépistage radiologique du cancer du sein

Pratiques et organisation des soins, volume 38, 2007.

12-Comité Régional d'Education pour la Santé 76

Guide sur le cancer 2003. Bilan d'action : Sensibilisation au dépistage du cancer du sein. 2007.

13-Comité Régional d'Education pour la Santé - CODES 88

Programme expérimental de communication sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en direction des femmes en situation de précarité.

2003.

14-Duport N., Ancelle-Park R., Boussac-Zarebska M., Uhry Z., Bloch J.

Les inégalités de recours au dépistage du cancer du sein : étude FADOsein

Département des maladies chroniques et des traumatismes, Institut de Veille Sanitaire, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Volume 56, numéro 6S, octobre 2008.

15-Duverger M., Guiraudou C., Imane L., Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Prévention et dépistage des cancers auprès des personnes migrantes en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur : représentations, connaissances et pratiques.

Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé, 2008.

<http://www.congresors-inegalitesdesante.fr/>

16-Goulard H., Boussac-Zarebska M., Salines E., Bloch J. et les médecins coordinateurs  
Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du colon et du rectum en France

Institut de Veille Sanitaire, 2007.

17-Goulard H., Boussac-Zarebska M., Duport N., Bloch J.

Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal, étude Fado-colorectal  
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, 02-03/2009.

[www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)

18-Le Cain A., Mourouga P.

Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité

La santé de l'homme n°375, 2005.

19-Le Quéllec-Nathan M., Institut National du Cancer,  
Recherche dans le domaine des cancers et des inégalités de santé  
Congrès de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé Marseille  
16-17 octobre 2008.

<http://www.e-cancer.fr/>

20-ODLC (Office Départemental de Lutte contre le Cancer)  
Bilan des actions ODLC menées en 2005 et 2006 en direction de publics en précarité  
pour favoriser l'accès aux examens de dépistage organisés de 50/74 ans.  
2007.

21-Proulx R., Lemétayer F., Mercier C., Jutras S., Major D.  
Défis en matière d'accès au dépistage du cancer du sein pour les femmes présentant  
une déficience intellectuelle  
Revue Francophone de la déficience intellectuelle, volume 19, 2008.

22-Revue Prescrire  
Effets indésirables des mammographies de dépistage n°271, 2006  
Mammographies et dépistage des cancers du sein n°288, 2007.  
Dépistage du cancer colorectal n°290, 2007.

23-Serra D., Goulard H., Duport N., Bloch J.  
Pratique du test de dépistage du sang occulte dans les selles (Hémocult®) dans la  
population française, enquête décennale santé, Insee, France, 2002-2003.  
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, 01/2008.  
[www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)

24-Vandal N., Daigle J-M., Hébert-Croteau N., Théberge I., Major D., Brisson J.  
Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du programme  
Québécois de dépistage du cancer du sein  
Institut National de Santé Publique du Québec, 2008.  
<http://www.inspq.qc.ca>.

### **Dépistage du diabète**

25-Halimi S. et Benhamou P.Y.,  
Critères diagnostiques du Diabète Non Insulino Dépendant. Dépistage dans la population  
générale.  
CHU Grenoble, 25 mai 1997 (non publié)

26-Laporte A.  
Recommandations : prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité.  
Réunion de consensus, Paris, octobre 2007.  
Contact : Dr Anne Laporte, Observatoire du Samu Social de Paris, 01 43 71 13 24,  
[a.laporte@samusocial-75.fr](mailto:a.laporte@samusocial-75.fr).

27-Ramentol M., Auclair C., Gerbaud L., Desbiez F., Thieblot P. et Tauveron I.  
Complications diabétiques : intérêt du dépistage des populations précaires par le score  
EPICES  
CHU et Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, 2009.

28-Romon I. et col.

Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001.

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, 45/2006.

[www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)

### **Dépistage de la tuberculose**

29-Rieder H. L.,

Requérants d'asile et dépistage de la tuberculose active

Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Confédération Suisse, 1/ 2006.

Contact : *info@bag.admin.ch*

### **Dépistages des maladies cardio-vasculaires**

30-Girerd X.

La prévention des maladies cardio-vasculaires

Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP), La Documentation Française, 47/2004.

[www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)

### **Dépistage IST/SIDA**

31-Bentata M., et col. et le groupe d'Étude Gymkhana

Identification des freins au dépistage et à la prise en charge des patients infectés par le virus de l'hépatite C : Étude Gymkhana 1, France, 2002.

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, 43/2005.

[www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)

32-Calvez M., Fierro F., Laporte A., Semaille C.,

Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Modalités d'accès et contextes socioculturels (rapport final).

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, 2006.

[www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)

Annexe 1 : grille d'entretiens individuels

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation

Annexe 3 : Table des sigles

# DEPISTAGE

## GRILLE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS

Quand on vous dit « dépistage », à quoi pensez-vous ?

Qu'est ce qui est difficile pour vous dans l'acte de dépistage?

Qu'est ce qui vous aide, vous motive ?

De quoi auriez-vous besoin ?

Quel support vous semble le plus adapté pour parler de dépistage ?

Qu'est ce qu'il faudrait dire aux gens pour faciliter la démarche de dépistage ?

Quels dépistages avez-vous déjà pratiqué ?

- Cancer sein
- Cancer colon
- Cancer col utérus
- SIDA
- Hépatites
- Cardiovasculaire
- Tuberculose
- Diabète
- Autres

Age :

Sexe :

Profession :

## EVALUATION GLOBALE

Etes-vous satisfaits de l'ensemble des séances ?

Non	0	1	2	3	4	5	Beaucoup
-----	---	---	---	---	---	---	----------

Avez-vous apprécié d'être impliqué dans la réalisation d'un outil santé ?

Non	0	1	2	3	4	5	Beaucoup
-----	---	---	---	---	---	---	----------

Etes-vous satisfait de la méthode de travail ?

Non	0	1	2	3	4	5	Beaucoup
-----	---	---	---	---	---	---	----------

Avez-vous appris des choses ?

Rien	0	1	2	3	4	5	Beaucoup
------	---	---	---	---	---	---	----------

Avez-vous l'intention de changer des choses dans votre pratique par rapport aux dépistages ?

Rien	0	1	2	3	4	5	Beaucoup
------	---	---	---	---	---	---	----------

Les remarques :

Merci !

## TABLE DES SIGLES

AGECSA	Association de Gestion des Centres de Santé
APAJH	Association pour l'Aide aux Adultes et Jeunes Handicapés
APMV	Action et Promotion en Milieu Voyageur
ASSFAM	Association Service Social Familial Migrants
ASV	Atelier Santé Ville
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CGI	Conseil Général de l'Isère
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDAG	Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECG	Electrocardiogramme
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HIV	Human Immunodeficiency Virus
INRP	Institut National de Recherches Pédagogiques
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MDM	Médecins Du Monde
MJC	Maison des Jeunes et de la Culture
ODLC	Office De Lutte contre le Cancer
ODPS	Office Départemental de Prévention du Sida
PoPS	Point Précarité Santé
SAJ	Service d'Accueil de Jour
SIDA	Syndrôme d'Immuno-Déficience Acquise
TA	Tension Artérielle
UDMI	Union Départementale des Mutuelles de l'Isère



**PoPS**

**Point Précarité Santé**

33, rue Victor Hugo – 38610 Gières

Téléphone : 04 76 89 31 42 – Télécopie : 04 76 59 16 10

Mail : [pops@pops38.fr](mailto:pops@pops38.fr)