

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine générale

Les dépistages organisés des cancers : avis de professionnels intervenant auprès des populations précaires.

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

BERNARDEAU Chloé

Née le 29/11/1996 à Niort (79)

Sous la direction du Pr. ANGOULVANT Cécile

Membres du jury

Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde	Présidente
Madame le Professeur AUGOULVANT Cécile	Directrice
Madame le Docteur LE DUC-BANASZUK Anne-Sophie	Membre
Monsieur le Docteur BAUDRY Emmanuel	Membre

Soutenue publiquement le :
20 février 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée BERNARDEAU Chloé
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **18 janvier 2024**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

Aux membres du jury :

A **Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde**, de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez croire à ma sincère reconnaissance et à mon profond respect.

A **Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile**, d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci d'avoir compris mon idée de départ, merci pour vos conseils avisés, vos relectures attentives et votre soutien.

A **Madame le Docteur LE DUC-BANASZUK Anne-Sophie** et A **Monsieur le Docteur BAUDRY Emmanuel**, vous avez accepté sans condition de participer à mon jury de thèse, merci profondément.

A **tous les professionnels** qui ont accepté de répondre à mes questions pour la réalisation de cette thèse, un grand merci pour votre participation et votre temps. Aller à votre rencontre a été très enrichissant pour moi.

A **l'ensemble des soignants et médecins** que j'ai pu rencontrer lors de mon parcours. Aux Docteurs Hitrop, Le Quintrec, Lafaille, Chauvet et Saysana, aux équipes des urgences du Mans et des urgences pédiatriques d'Angers et aux équipes de MPU et d'infectiologie du CH de Cholet. Un grand merci aux équipes de l'HAD de Cholet et au Docteur Chevreau-Berton, merci de m'avoir accompagnée, avec vous je suis devenue un « bébé Docteur ». Un merci particulier au Docteur Pelé, merci de m'avoir fait grandir et accompagnée pendant cette année de formation à tes côtés.

A ma famille et mes amis :

A ma **maman, Moumounette, Mam's**, les mots me manquent pour t'exprimer toute ma gratitude et mon amour. Merci pour ton soutien, merci de m'écouter parler pendant des heures quand je rentre à la maison, merci aussi de me remettre sur le droit chemin quand je m'égare. Merci de m'avoir transmis ta force, ta curiosité et ton intérêt pour les autres.

A mon **papa**, merci de m'avoir appris qu'on avait rien sans rien. Merci de m'avoir transmis ta soif d'apprendre et sa sensibilité. Je sais que tu es toujours près de moi et qu'aujourd'hui tu serais très fier.

Maman, Papa, vous avez su me donner toutes les cartes en main pour que je puisse avancer et bâtir ma vie en confiance, alors encore une fois, merci.

A **Clément**, merci de toujours répondre présent quand j'ai besoin de conseils. Même si nous ne sommes pas toujours d'accord, petite sœur écoutera toujours son sage grand-frère. Merci également à la plus belle des belles-sœurs. **Marie**, merci pour ta gentillesse et à générosité. Merci à **Paul** et **Maël**, mes monstres de neveux, d'être pleins de vie et de m'apporter beaucoup de bonheur.

A ma famille : à **Papy et Mamie**, à mes tontons, **Michel, André, Jean-Marc, Daniel, Fabrice**, à mes tatas, **Patricia, Pascale, Marie-Paule, Dominique** et à mes cousins, **Manon, Coco, Lila, Thomas, Timon, Antoine, Fabien et la petite Alba**. Merci à tous de m'avoir soutenue pendant ces années d'étude qui n'ont pas toujours été faciles. Merci pour votre joie, vos rires et votre bonne humeur quand on se retrouve tous ensemble. Attention, maintenant que je vais avoir du temps libre, préparez vos jeux de sociétés !

REMERCIEMENTS

A mes copines de toujours. **Sandra**, ma Destinée aux multiples autres surnoms. Même si depuis quelques années des centaines de kilomètres nous séparent, c'est toujours pareil quand on se retrouve, et c'est un bonheur. **Angèle**, merci d'avoir toujours été à mes côtés, ta présence quand on était à Poitiers m'a été essentielle. Les filles, j'ai hâte d'être à nos prochaines vacances et de vous entendre vous chamailler !

A **Justine**, même si on ne sait pas trop d'où est née notre amitié, aujourd'hui tu comptes beaucoup pour moi. Merci pour nos longues discussions sur tous les sujets possibles, merci pour nos vacances, week-ends,... Par contre fait bien attention, j'ai bien l'intention de te battre un jour au petit bac !

Aux copines du hand, **Louise, Charlène** et toutes les « **vieilles du hand** », merci d'avoir entretenu notre lien même si j'étais loin. Je suis heureuse de vous retrouver à chaque fois. Promis, si je dois rejouer avec vous, je ferai attention à tirer dans le bon but ...

A **Léa**, Dudulle. Ces 3 ans passés littéralement à tes côtés dans 15m² nous ont liés d'une manière unique. C'est toujours avec joie que je te retrouve chez toi, chez moi, dans un restaurant et même dans une casse ! Je suis très heureuse que tu m'aies demandé d'être à tes côtés en août 2024, et j'ai hâte d'y être.

A **Mathilde**, ma Matchi. Merci pour ton amitié si précieuse. Merci pour ton écoute à n'importe quel moment de la journée, merci pour tes conseils avisés et surtout merci de me rassurer quand j'ai des doutes. Je veux qu'on continue à réaliser nos rêves ensemble.

Aux copines de la fac, **Sarah J, Camille, Clara**, merci de faire de nos retrouvailles une fête à chaque fois. Je vous adore les filles !

A tous les copains de la fac, **Anthony, Pierre, Angéline, Antoine, Aurélien, Jean, Julie, Marie, Sarah B, Sarah J, Camille, Clara, Mathilde, Adèle** je suis très heureuse d'avoir grandi auprès de chacun de vous pendant notre externat à Poitiers. Maintenant, c'est un vrai bonheur de vous retrouver chaque année et de voir que notre amitié est chaque année un peu plus forte. Alors, merci d'être vous et merci d'être fous.

A mes colocs d'amour. **Adèle**, de nos confs de D2 à maintenant on en a fait du chemin ensemble. Merci d'être toujours présente à mes côtés et de me suivre dans mes idées, qu'elles soient bonnes ou moins bonnes ! Vivement nos prochaines aventures. **Solenne**, mon petit microbe et je t'épargne les autres surnoms... Merci pour nos discussions jusqu'à pas d'heure, nos conversations dans un anglais plus qu'approximatif et nos chamailleries. Les filles, je suis si heureuse que l'on ait décidé de monter cette coloc'. Merci de m'avoir supportée pendant l'écriture de cette thèse. Ces quasiment 3 années de vie ensemble seront pour moi inoubliables. Et c'est vrai, vous faites partie des soleils de ma vie ;)

Aux copains de l'Internemans, **Ariane, Aurélia, Clara, Emma, Julien, Laura, Marie, PE, Théo, Victo**, les belles rencontres du Mans. Merci pour tout, les années d'internat ont été exceptionnelles grâce à vous, et j'ai hâte de voir la suite.

A tous **les Badgers**, merci pour votre bonne humeur sur le terrain et lors des « moments de convivialité ». Je crois qu'avec vous j'ai trouvé plus qu'une simple équipe de hand.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACT	Appartements de Coordination Thérapeutique
ALD	Affection Longue Durée
CFPD	Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage
CRCDC	Centre Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DGS	Direction Générale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MT	Médecin traitant
TIF	Test Immunologique Fécal

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

- 1. Les dépistages organisés**
 - 1.1. Le cancer du sein
 - 1.2. Le cancer colorectal
 - 1.3. Le cancer du col de l'utérus
 - 1.4. Constat sur les populations précaires
- 2. Les populations précaires**
 - 2.1. Définitions
 - 2.2. Situation de précarité et santé
- 3. Situation dans les Pays de la Loire**

MÉTHODES

- 1. Présentation de l'étude**
- 2. Population étudiée**
 - 2.1. Population d'étude
 - 2.2. Constitution de l'échantillon
- 3. Recueil des données**
 - 3.1. Déroulement des entretiens
 - 3.2. Guide d'entretien
 - 3.3. Transcription
- 4. Analyse des données**
- 5. Considérations éthiques**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques des professionnels interrogés**
- 2. Pourquoi les populations précaires se font moins dépister ?**
 - 2.1. Raisons qui limitaient l'accès aux soins et aux dépistages
 - 2.1.1. Limites pour le patient
 - 2.1.2. Limites pour le professionnel
 - 2.2. Les dépistages n'étaient pas une préoccupation pour les populations précaires
 - 2.3. Des difficultés de compréhensions qui limitent l'accès aux dépistages
 - 2.4. Identification des limites et des avantages spécifiques à chaque dépistage
 - 2.4.1. L'invitation
 - 2.4.2. Pour la mammographie
 - 2.4.3. Pour le frottis
 - 2.4.4. Pour le test de dépistage du cancer colorectal
 - 2.5. Des campagnes qui touchaient moins les précaires
- 3. Une solution unanime : aller vers**
 - 3.1. Un aller vers psychique
 - 3.2. Mais également physique
- 4. Travailler sur soi en tant que professionnel**
- 5. Pistes d'améliorations pour faciliter l'accès aux dépistages**

- 5.1. Comment créer la rencontre « *d'humain à humain* » ?
- 5.2. Par qui diffuser l'information ?
 - 5.2.1. Le médecin généraliste : un acteur clé pour l'accès aux dépistages
 - 5.2.2. Les autres professionnels
 - 5.2.3. Créer des partenariats entre les professionnels
 - 5.2.4. Passer l'information par les « pairs »
- 5.3. Accompagner physiquement
- 5.4. Comment améliorer les campagnes de prévention ?
- 5.5. Pistes d'amélioration pour chaque dépistage
 - 5.5.1. Pour l'invitation
 - 5.5.2. Pour la mammographie
 - 5.5.3. Pour le frottis
 - 5.5.4. Pour le cancer colorectal

DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

1. Forces et limites

- 1.1. Forces
- 1.2. Limites

2. L'aller vers comme incontournable à la promotion des dépistages dans les populations précaires

3. La promotion des dépistages par les médecins généralistes, les autres professionnels et les pairs

4. Focus sur le dépistage du cancer colorectal

- 4.1. Pistes d'amélioration sur le dépistage du cancer colorectal
- 4.2. Le dépistage chez l'homme : existe-il une différence de prise en charge entre homme et femme ?

CONCLUSIONS ET PRESPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Actuellement en France, trois cancers font l'objet d'un dépistage organisé : le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus (1). La mise en œuvre de ces dépistages repose sur les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) depuis janvier 2019 (2).

1. Les dépistages organisés

1.1. Le cancer du sein

Le cancer du sein est le 1er cancer en termes d'incidence chez la femme mais également celui qui provoque le plus grand nombre de décès dus au cancer. En 2023, on recensait 61 214 nouveaux cas de cancer du sein et 12 146 décès en 2018. L'âge médian au diagnostic est de 64 ans.

On note une amélioration de la survie nette à 5 ans. Elle est passée de 80% entre 1989 et 1993 à 87% pour les femmes diagnostiquées entre 2010 et 2015. Le taux de mortalité diminue d'année en année. Cette diminution peut être expliquée par l'amélioration des traitements mais également par un dépistage du cancer du sein plus adapté au risque de chaque femme et qui permet de diagnostiquer les cancers à un stade précoce (3).

Ce programme cible les femmes âgées de 50 à 74 ans. L'examen comprend un examen clinique et une mammographie, à réaliser tous les 2 ans. L'examen est pris en charge à 100% par l'assurance maladie (4). Les modalités du dépistage sont détaillées en annexe 1.

Les objectifs de dépistage du cancer du sein afin d'être efficace sur la baisse du taux de mortalité ont été fixés au niveau européen en 2006 à plus de 70% (5), et à 70% dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (6).

En France sur la période 2021-2022, le taux de participation est de 47.7%, soit 50.5% pour l'année 2021 et 44.9% pour l'année 2022. Le taux en 2021 s'explique en partie par le rattrapage lié à la pandémie de Covid-19 et aux confinements de 2020.

En dehors de la période Covid, on constate qu'après avoir augmenté jusqu'en 2011 avec un pic à 52,4%, la participation au programme est en diminution. Cette baisse s'observe pour toutes les tranches d'âge et se retrouve particulièrement pour la tranche des 55-59 ans, chez qui on note le taux de participation le plus bas.

Cette baisse au niveau national est également constatée dans la plupart des régions de France métropolitaine, principalement dans celles qui avaient la participation la plus haute, c'est-à-dire les régions Centre-Val de Loire et Pays de la Loire.

Sur la période 2021-2022, la région Pays de la Loire est la région qui présente le taux de dépistage le plus élevé avec un taux de 55,3%. Par département, les taux de dépistage sont de 58.3% en Maine-et-Loire, 51.6% en Mayenne et de 52.2% en Sarthe (7).

1.2. Le cancer colorectal

Le cancer colorectal est le 3ème cancer le plus fréquent chez l'homme (après les cancers du poumon et de la prostate), et le 2ème cancer chez la femme en termes d'incidence après le sein. C'est la 2ème cause de décès par cancer tous sexes confondus, notamment chez les plus de 65 ans. En 2023 on recensait 47 582 nouveaux cas de cancer colorectal (26 212 hommes et 21 370 femmes) et 17 100 décès en 2018. L'âge médian au diagnostic est de 71 ans chez l'homme et 72 ans chez la femme. Entre 2010 et 2018, on note une diminution des taux de mortalité (-1.8% chez l'homme, -1.6% chez la femme). Les taux de mortalité baissent régulièrement depuis 1980, en raison de l'accès au dépistage et la résection précoce des lésions précancéreuses (8).

Le programme de dépistage s'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans. Il repose sur la réalisation d'un test immunologique à faire chez soi. Les modalités de dépistage sont détaillées en annexe 1.

En 2022, deux nouvelles modalités de remise des kits de dépistage ont été mises en place : possibilité de commander le kit en ligne à la réception de l'invitation et la possibilité d'obtenir le kit chez un pharmacien. L'objectif de la multiplication des modalités de remise des tests est d'obtenir une augmentation des taux de dépistage (9). Le kit est remis gratuitement et l'analyse est prise en charge à 100% (10).

Les objectifs européens de participation au dépistage du cancer colorectal préconisent un taux de participation supérieur ou égal à 45% (11), alors que l'objectif du Plan cancer 2021-2030 est un taux supérieur à 65% (6).

Sur la période 2021-2022 le taux de participation est de 34.3%, un taux stable depuis 2020-2021. Bien que ces taux sur ces deux périodes soient les plus hauts observés depuis plus de 10 ans, ils restent en dessous des objectifs.

Le taux de participation est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (35,3% chez les femmes versus 33.2% chez les hommes) et à tendance à augmenter avec l'âge (32.6% chez les hommes de 50-54 ans contre 38.7% chez les 70-74 ans et 34.4% chez les femmes de 50-54 ans contre 38.4% chez les 70-74 ans). Les taux de dépistage sont plus faibles dans la tranche des 55-59 ans que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (12).

Sur les années 2021-2022, les Pays de la Loire est la région en France ayant le taux de dépistage le plus élevé avec un taux de 42%. Par département, les taux de dépistage sont de 44.4% dans le Maine-et-Loire, 40.2% en Mayenne et de 39.3% en Sarthe (13).

1.3. Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le 12^{ème} cancer chez la femme et la 12ème cause de mortalité par cancer. En 2023, on recensait 3 159 nouveaux cas de cancer et 1117 décès en 2018.

Ce cancer est beaucoup moins fréquent que le cancer du sein ou le cancer colorectal mais c'est un cancer en théorie évitable notamment grâce à la prévention par la vaccination contre les papillomavirus humain (HPV). C'est également un cancer au développement long où les chances de découvrir des lésions à des stades précoces sont majorées comparé à d'autres cancers (14).

Malgré cela, même si le taux de mortalité a fortement baissé depuis 1990 (- 2,1% en moyenne), le cancer du col de l'utérus est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans en diminution (68% sur la période 1989-1993 contre 63% pour la période 2010-2015 (15). Cette dégradation est liée au fait qu'actuellement, du fait du dépistage, les cancers invasifs sont diagnostiqués tardivement chez des patientes non dépistées. Les cancers diagnostiqués ont donc un plus mauvais pronostic.

Le dépistage s'adresse aux femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans. L'examen se fait par frottis. Depuis 2022, pour les femmes de 25 à 30 ans un examen cytologique. Les deux premier sont fait à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans en l'absence d'anomalie. Après 30 ans et jusqu'à 65 ans, un test HPV est fait. Il est répété tous les 5 ans si le résultat du test est négatif (16). L'examen est pris en charge à 100% si la patiente se présente avec ses étiquettes (17) ou si le praticien se connecte via eligibilite.depistagecancers.fr (18). Les modalités du dépistage sont détaillées en annexe 1.

Selon la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030, l'objectif est d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 70% (6).

Sur la période de 2018-2020, le taux de dépistage est de 59%, ce qui marque une augmentation comparée aux années 2017-2019 où le taux était de 58%. Le taux de dépistage varie selon l'âge : il est de 65% entre 25 et 45 ans et diminue à partir de 50 ans pour tomber à 45% chez les femmes de 60-65 ans (15).

Sur la période 2019-2021, le taux de participation dans les Pays de la Loire était de 63.5%. Par département, les taux de dépistage étaient de 61,6% en Maine-et-Loire, de 61,7% en Mayenne et de 59,3% en Sarthe (19).

1.4. Constat sur les populations précaires

Comme toutes les pathologies, le cancer induit des inégalités en termes de morbidité et mortalité. Depuis de nombreuses années, la France affiche une politique de lutte contre les inégalités notamment via les différents Plan Cancer. L'un des principaux objectifs affiché dans le Plan Cancer 2009-2013 était « *de mieux connaître l'épidémiologie sociale des cancers afin de mieux connaître et caractériser les inégalités sociales et territoriales d'incidence, de mortalité, d'exposition au risque et d'accès à la prévention, au dépistage et au soin dans le but de développer une politique de réduction des inégalités* » (20). Cette volonté est renforcée dans le Plan Cancer 2014-2019 dont l'un des objectifs est d'assurer plus d'équité mais aussi plus d'efficacité aux mesures de lutte contre les cancers (21) et réitérée dans le Plan Cancer 2021-2030, qui insiste sur la nécessité d'une meilleure caractérisation socioéconomique et culturelle afin de mieux identifier les inégalités sociales de santé dans chaque territoire (6).

L'instauration des dépistages organisés du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col ont permis une réduction des inégalités d'accès, mais des disparités persistent. Il ressort

des différentes études que les inégalités d'accès au dépistage persistent surtout dans les populations les plus défavorisées socio économiquement (22) (23) (24) (25).

Selon la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des statistiques) la participation aux dépistages suit un gradient social : elle est d'autant plus fréquente que les personnes ont une position sociale favorable (26).

En 2022, le rapport sur les dépistages organisés des cancers réalisé par l'Inspection Générale des Affaires Sociale (IGAS) a de nouveau souligné le lien qui existe entre participation au dépistage organisé et niveau socio-économique et a notamment pointé que l'intérêt d'une information homogène à destination du grand public ne doit pas faire oublier les difficultés d'appropriation de ce type de communication pour certains publics, et notamment pour les populations précaires (27).

2. Les populations précaires

2.1. Définitions

En France, le taux de personne vivant en situation de précarité augmente. Pour comprendre ce qu'est la précarité, il faut comprendre qu'elle a une définition plus large que la « simple » pauvreté.

La pauvreté s'entend principalement comme une absence ou une insuffisance de ressources. Selon l'Insee, un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60% du niveau de vie médian (28). En 2020 on dénombrait en France 9.3 millions de personnes en situation de pauvreté monétaire, soit 14.6% de la population (29).

On peut noter que depuis les années 2000, le taux de pauvreté a tendance à augmenter, mais que cette augmentation est restée relativement stable (30).

Selon l'Observatoire des Inégalités, cette apparente stabilisation du taux de pauvreté masque surtout de profondes transformations. La pauvreté a rajeuni, elle s'est déplacé des familles nombreuses aux familles monoparentales, des zones rurales aux zones urbaines et touche des actifs qui travaillent ou qui cherchent à s'insérer sur le marché du travail. On comprend donc l'intérêt de raisonner en terme de précarité et de vulnérabilité et non uniquement en terme de pauvreté monétaire (31).

En 1987, à l'issue de son rapport, le père Joseph Wresinski donne la définition de la précarité comme étant « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (32).

La précarité apparaît comme un processus de fragilisation induisant une vulnérabilité des individus. Elle est multifactorielle, résultant de l'absence de plusieurs sécurités. C'est un processus dynamique, pouvant évoluer vers le mieux, c'est-à-dire plus de sécurité, mais également vers la pauvreté.

Il ressort du rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 1998, que le processus de précarisation induit un moins bon état de santé des populations touchées (33). La précarité induit des inégalités sociales de santé.

2.2. Situation de précarité et santé

Les inégalités sociales de santé se traduisent principalement par une différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres supérieurs (34) mais également par un état de santé plus dégradé des populations précaires comparé à la population générale (35).

Les disparités d'état de santé peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : la nature des professions exercées (36), des comportements plus à risque (37), par l'absence de droit ouvert ou d'accès à une complémentaire alors que les précaires y seraient éligibles et par les difficultés d'accès aux soins primaires (38).

Selon une enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie menée par l'INSEE en 2017, 3.1% des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine ont renoncé à des soins médicaux. Dans cette étude les personnes précaires vivant en zones sous-dotées en médecins généralistes avaient un risque de renoncement aux soins 8 fois supérieur à celui de la population générale (39).

Du côté des médecins généralistes, lorsque la précarité est repérée, le manque de temps est le principal obstacle à une promotion plus large des dépistages lors des consultations (40).

Fort de ces constats, il apparaît que l'information concernant les dépistages nécessite l'intervention de différents professionnels (médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux) et notamment de ceux intervenant auprès des populations précaires afin de mieux repérer leurs besoins, dans le but « d'aller vers » les publics cibles.

3. Situation dans les Pays de la Loire

Comme dans le reste du pays, on constate des disparités concernant les taux de dépistage au sein des populations des Pays de la Loire (41) (42). Le projet régional de santé des Pays de la Loire 2018-2022 qui inclut le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) souligne l'enjeu « d'aller vers » les populations précaires et souligne l'importance d'améliorer la coordination entre les différents acteurs qui interviennent auprès des populations précaires (43).

Parmi les professionnels non médicaux intervenant dans l'accompagnement des populations précaires, on retrouve notamment :

- Les médiateurs en santé : ils permettent d'une part l'accès à la prévention et au soin auprès des publics les plus vulnérables. D'autre part ils participent à la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles de ce public (44).
- Les infirmières Asalée (Action en santé libérale en équipe) : elles participent à l'éducation thérapeutique personnalisée d'un patient en lien avec son médecin. Elles permettent au patient de s'approprier sa pathologie et de devenir acteur de sa prise en charge. Elles interviennent dans le domaine des maladies chroniques, l'aide au sevrage tabagique et elles participent aux campagnes collectives de dépistage des cancers (45).

L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'avis de professionnels intervenant auprès des populations précaires sur les dépistages organisés dans les 3 départements de la subdivision d'Angers.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier des pistes d'amélioration, collant au plus près aux besoins spécifiques des ces populations et d'étudier des moyens, afin d'augmenter les taux de dépistage dans ces populations.

MÉTHODES

1. Présentation de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés des professionnels intervenant auprès des populations précaires sur les départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine et Loire sur la période de février à juillet 2023.

2. Population étudiée

2.1. Population d'étude

La population cible comprenait les intervenants volontaires du champ médico-social, ayant une activité de prévention auprès de personnes en situation de précarité. Les populations précaires ciblées étaient des populations avec des droits ouverts.

2.2. Constitution de l'échantillon

L'échantillon a été constitué dans une approche d'échantillonnage raisonné à variation maximale, le but étant d'obtenir un échantillon varié sur :

- Les professions : comprenant des médecins, des infirmiers, des médiateurs en santé, des gestionnaires de cas,
- Les milieux d'exercice (professionnels exerçant dans le milieu rural ou urbain),
- L'ancienneté d'expérience auprès des populations (jeunes professionnels et professionnels avec des carrières longues),
- La pluralité dans leurs fonctions.

Le préalable à la constitution de l'échantillon a été le recensement initial de la population d'étude. Il a été fait par envoi de mails, dans un premier temps à l'ARS des Pays de la Loire, aux Maisons de l'Autonomie du 53, du 72, du 49, et à des structures repérées pour accueillir

un public en situation de précarité (PASS Mobile du CHU d'Angers, MSP des quartiers Sud du Mans, centre municipal Olympe de Gouges au Mans, l'association TARMAC basée au Mans et à l'association Enosia (anciennement Les 2 Rives) basée à Laval). Le recensement a été poursuivi par des contacts soit par téléphone soit par mail.

Une fois le recensement fait, le recrutement des professionnels a été fait par l'envoi d'une lettre d'information (*Annexe 2*). Dans la démarche d'échantillonnage théorique, le recrutement a été complété au fur et à mesure des entretiens par effet boule de neige.

3. Recueil des données

3.1. Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels semi-dirigés étaient réalisés en présentiel, en face à face, au sein du lieu d'exercice du professionnel. L'accord des professionnels de santé a été obtenu avant chaque entretien. Les entretiens ont été enregistrés sur 2 dictaphones. Les retranscriptions ont été soumises aux participants concernés pour relecture.

3.2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de la littérature existante sur le sujet, modifiable suite aux premiers entretiens. Les thèmes abordés étaient : le parcours professionnel du soignant, l'expérience puis l'avis du professionnel concernant les modes d'invitation puis les modes de réalisation des dépistages, leurs perceptions du niveau d'information des populations précaires et enfin les pistes d'amélioration. Chaque thème était décliné en différentes questions. Le guide d'entretien a été modifié après le 3^{ème} entretien (*Annexe 3*).

3.3. Transcription

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur WORD, en intégrant les éléments non verbaux comme les silences ou les rires. Les retranscriptions ont été anonymisées avant l'analyse.

4. Analyse des données

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.

L'analyse par théorisation ancrée a été définie en 1994 par Pierre Paillé comme étant « une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène » (50).

Une analyse au fil de l'eau a été faite jusqu'à suffisance des données.

Un codage ouvert a été fait manuellement pour chaque entretien avec l'aide d'un tableau Excel.

Une triangulation des données a été faite sur une partie des entretiens.

5. Considérations éthiques

Un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisé auprès de la CNIL avec la garantie d'une anonymisation du stockage des données et une destruction des données garantie au terme de l'étude.

L'étude ne nécessitait pas de comité d'éthique.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des professionnels interrogés

Sept professionnels intervenant sur les départements du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne ont été interrogés. La variation maximale paraissait atteinte pour l'âge, le nombre d'années d'expérience auprès des précaires et la fonction au sein du lieu d'exercice. Tous les participants ont décrit rencontrer une population précaire dans leur lieu d'exercice mais également pour certains, des populations au niveau de vie moyen. Les entretiens ont duré en moyenne 51,2 minutes. Le deuxième entretien a été réalisé à trois à la demande de l'un des participants.

Tableau I : caractéristique de l'échantillon

Entretien	Age (ans)	Sexe	Profession d'origine	Milieu	Nombres d'années d'expérience auprès des précaires	Fonction au sein du lieu d'exercice	Département d'exercice	Durée de l'entretien (minutes)
1	37	F	Infirmière	Urbain	13	Infirmière Asalée	49	70
2	I1	40	F	Cadre	Rural	10	Manager équipe prémédicale et de la prévention santé	33
	I2	64	F	Médecin généraliste	Rural	33	Médecin conseil MSA	
3	41	H	Infirmier	Rural et urbain	7	Médiateur en santé	53	51
4	29	F	Médecin généraliste	Urbain	2	Médecin généraliste	49/53	80
5	35	F	Médecin généraliste	Urbain	8	Médecin généraliste	72	30
6	40	F	Infirmière	Urbain	21	Médiatrice en santé	49	60
7	46	F	Médecin généraliste	Urbain et semi-rural	20	Médecin UC-IRSA	49	35

2. Pourquoi les populations précaires se font moins dépister ?

2.1. Raisons qui limitaient l'accès aux soins et aux dépistages

2.1.1. Limites pour le patient

Le premier frein aux dépistages était l'argent. Ce public aux ressources limitées craignait de devoir payer s'ils effectuaient un acte de dépistage. Le fait de ne pas avoir de couverture sociale était également un frein social à l'accès de la santé *« Ben le frein à l'accès aux droits, les papiers qui sont pas faits, pas de CMU ou la CMU il faut penser à la renouveler. Penser à la renouveler c'est pas simple, si vous faites pas l'acte d'aller renouveler votre papier, bah vous avez plus votre couverture derrière, y en a qui pensent que qu'il faut payer, qu'il faut sortir de l'argent. » (E3).*

La santé générait des inquiétudes par le retentissement qu'elle pouvait avoir dans la vie quotidienne : la peur du résultat du dépistage mais surtout de la maladie et de devoir se soigner *«après moi j'ai des patientes qui me disent clairement « je veux pas faire de mammo » voilà, c'est assumé elles ont pas envie qu'on leur fasse mal, elles ont pas envie d'avoir le résultat, elles ont pas envie de se soigner derrière il y a quelque chose... c'est une discussion à avoir, je pense j'ai peut-être plus dans les populations précaires avec une certaine fatalité, des gens qui ont pas très envie d'aller au-devant des problèmes. » (E5).*

Un autre frein marqué était la méfiance des populations précaires vis-à-vis du soin et des institutions *« Ouais, des fois c'est de la méfiance, vous savez du système de santé, alors ça peut être des gens qui ont une expérience négative aux urgences par exemple, ça peut être des gens Qui ont des représentations négatives de la santé quoi, « ça sert à rien » ils peuvent le dire un peu par complotisme, mais des fois des choses de cet ordre-là » (E3).* Cette méfiance et cette peur de ce qui pouvait être fait dans le soin relevait en grande partie d'expériences passées ou de représentations : *« Donc voilà du coup l'idée c'est plutôt d'avancer avec eux sur ce qu'ils perçoivent, et puis c'est vrai que sur les populations précaires*

en général ils ont une représentation de ces types de pathologie chronique dans des stades très avancés. Donc forcément ça leur fait tout de suite très peur. Souvent ce qui renvoie, par exemple je prends les gens du voyage : tout de suite on leur parle de diabète, eux ils voient tout de suite l'amputation » (E1).

A cette méfiance s'ajoutait qu'il est difficile pour les populations précaires de faire confiance et de se sentir en sécurité avec un soignant que l'on ne connaît pas. Or leur suivi était souvent discontinu ce qui limitait la création d'un lien de confiance. Ce suivi discontinu pouvait être imputé à deux raisons principales : « *eux ils vont consulter plutôt en one shot quand il y a un problème qui va les gêner* » (E5) donc des consultations d'urgences à la demande. Le manque de médecin généraliste le favorisait aussi. Ce manque limitait la prévention puisque celle-ci passait habituellement en grande partie par le médecin traitant (MT).

L'isolement limitait l'accroche aux soins et le fait de se sentir concerné par des actions de prévention.

Le sentiment de honte ressortait de plusieurs entretiens comme un frein aux soins particulier aux populations précaires. Cette honte éprouvée pouvait être de différents ordres : honte du regard de l'autre sur soi dans une salle d'attente, peur d'être stigmatisé par ses habits, honte d'avouer sa situation financière à son médecin traitant ou de lui dire que l'on est pas capable de lire une ordonnance, honte de dire au spécialiste que l'on est en retard à cause des transports,... Cette honte éprouvée était d'autant plus importante dans les dépistages puisque il était question de la sphère intime. Le manque de confiance en soi et d'estime de soi souvent retrouvée dans les populations précaires rendaient difficile de supporter le regard de l'autre sur son corps lors d'un examen. Ils avaient alors tendance à l'éviter.

Il existait selon les professionnels un réel défaut d'information des populations précaires au sujet des dépistages. La majorité du temps, les patients ne connaissaient pas les dépistages avant qu'un professionnel ne leur en parle.

2.1.2. Limites pour le professionnel

En plus des freins d'accès propres aux patients, les interrogés identifiaient des freins propres aux professionnels.

Certains médecins interrogés ne proposaient pas les dépistages lorsqu'ils travaillaient dans un lieu qui accueillait un public précaire type lits Halte Soins Santé (LHSS) ou Appartement de Coordinations Thérapeutique (ACT). Ils le faisaient spontanément au cabinet « [Question sur la dernière consultation où les dépistages ont été abordés] *Je.... j'avoue au cabinet je le fais, que ce soit à la PASS, sur les lits haltes soins santé (LHSS) ou les ACT, pas systématiquement* » (E4). Le médecin généraliste fait du suivi ce qui favorisait la proposition des dépistages. Les lieux d'accueil étaient souvent des lieux de passage temporaire ne permettant pas le suivi. Pour eux, les dépistages n'apparaissaient pas comme une priorité sur ces lieux où ils préféraient prioriser le motif de consultation ou la reprise d'un dossier complexe. Cette constatation était également faite chez les médiateurs en santé interrogés.

Dans ce type de structure, les personnes accueillies bénéficiaient souvent de numéro de sécurité sociale temporaire n'ayant donc pas accès aux dépistages. Pour celles ayant des droits ouverts, souvent les professionnels ne disposaient pas du matériel nécessaire à la réalisation des dépistages et notamment du frottis.

Il était identifié par certains interrogés une stigmatisation et un jugement de la part des professionnels de santé envers les populations précaires « *Bah c'est à dire que c'est pas simple quand vous avez un public qui sent mauvais, qui est mal habillé, enfin bourré de stigmates...voilà on voit bien que l'accès aux soins n'est pas forcément le même. Un médecin trait... un médecin pardon ne va pas forcément prendre toujours la tension, enfin aux urgences on va le mettre un peu de côté* » (E3).

2.2. Les dépistages n'étaient pas une préoccupation pour les populations précaires

Pour l'ensemble des professionnels, les populations précaires étaient trop éloignées du soin pour que la prévention soit une préoccupation « *la population précaire c'est pas celle qui est dans la mieux dans la prévention, c'est pas la personne qui qui va... elle a d'autres préoccupations quotidiennes que sa santé et le dépistage d'un cancer du sein probable, je pense qu'on est à des années-lumière, et qu'un simple papier reçu à la maison je pense pas qu'ils soient suffisamment armé d'un point de vue d'éducation, psychologique pour être vigilant à se dire « bah tient faut que je le fasse » (E3).* La prévention impliquait de se projeter à long terme. Cette projection dans le temps était difficile pour les précaires qui vivaient dans l'instant présent.

« *Oui parce qu'ils se projettent pas en plus, le principe de la prévention c'est de se projeter à long terme, comment je fais pour rester en bonne santé à long terme ? et je pense que la projection elle est pas aussi lointaine pour eux. Pour eux c'est comment je fais maintenant pour me sentir bien ? » (E5).*

Ils étaient dans d'autres préoccupations du quotidien : besoin d'un habitat ou de nourriture « *c'est ça, la préoccupation des gens ici c'est : comment est-ce que je vais me loger le jour où je vais sortir d'ici, deux : comment est-ce que je vais manger et trois mais c'est peut-être pas le trois, c'est le problème des addictions qui est omniprésent, la priorité parfois c'est comment je vais me fournir. » (E5).* Les addictions étaient cités à plusieurs reprises comme étant une préoccupation majeure qui pouvait prendre le pas sur des besoins essentiels tel que manger ou savoir où dormir.

Les grands précaires ne voyaient pas le sujet médical comme une priorité. Bien souvent ils avaient recours à des consultations plutôt en urgence quand un problème devenait gênant. Tant qu'un problème n'empêchait pas le quotidien, il ne nécessitait pas de s'en préoccuper et

donc n'entraînait pas de consultation. Les demandes en santé des populations précaires étaient centrées sur les dents et les problèmes de vision, des problèmes plus impactant pour le quotidien. Souvent la demande de soins arrivait après un « déclic » ou si le problème empêchait de vivre comme le souhaitait la personne.

Les préoccupations des soignants interrogés étaient souvent bien loin de celle du patient. Face à cette situation, ils employaient tous la même façon de travailler : prendre en compte la préoccupation du patient pour créer un lien confiance « *Oui parce que du coup je pense qu'ils se sentent entendus et puis ils se sentent compris dans leur priorité aussi, leur priorité qui va pas forcément être celle du médecin* » (E6).

2.3. Des difficultés de compréhensions qui limitent l'accès aux dépistages

Plusieurs professionnels relevaient le fait que les personnes précaires n'avaient pas forcément les capacités intellectuelles de se prendre en santé. Soit par manque de connaissances soit par manque de disponibilité intellectuelle. Dans tous les entretiens on retrouvait le distinguo entre les populations bien insérées ayant eu accès à des études supérieures et les populations n'ayant pas eu l'accès « *parce que la connaissance dans les préoccupations mentales c'est moins que quelqu'un qui a été, qui a eu accès à des études supérieures. Lui il va beaucoup plus se prendre, beaucoup plus se prendre en santé, parce que ça parle beaucoup plus quoi, et puis il est dans d'autres préoccupations et puis il se prend beaucoup plus en santé.* » (E3).

Le prise de décision concernant la réalisation d'un dépistage semblait plus facile pour les populations insérées et informées que pour les populations précaires.

Il existait une incompréhension du terme « dépistage » « *Et puis dépistage organisé il y a un côté très ensemble, collectif, des fois cette notion de.... c'est loin de leurs préoccupations, ils sont déjà dans leurs propres difficultés à eux, ouais alors faire un dépistage pour tout le monde,*

ils n'y voient pas forcément l'intérêt pour eux même. » (E1). Sa fonction de prévention était également incomprise. Cette notion était d'autant plus compliquée à comprendre pour les patients originaires d'autre pays, où elle n'existait parfois pas. *« Après il peut y avoir aussi des freins culturels, parce que la médecine occidentale c'est la médecine occidentale, il y a d'autres endroits du monde ou on a d'autres façons de se soigner et du coup peut-être que les actes comme ça de prévention c'est quelque chose de très abstrait pour eux. [...] Voilà ça peut être très éloigné de leur système de pensée, de ce qu'ils ont l'habitude » (E6).* Les populations immigrées étaient souvent moins confrontées aux cancers dans leur pays d'origine qu'aux maladies transmissibles, pour lesquelles elles acceptaient plus facilement les dépistages.

Il ressortait de la totalité des entretiens que les patients avaient très peu, voir aucune connaissance sur les dépistages. Pour beaucoup ils n'en connaissaient même pas l'existence.

Il existait une méconnaissance du corps et notamment de la sphère intime qui venait renforcer l'incompréhension sur les dépistages. Cette anatomie n'était pas acquise notamment chez les femmes Africaines. On pouvait imaginer que la connaissance de son corps et surtout de la sphère génitale était connues des femmes ayant des enfants *« dépistage ils connaissent pas quoi, même déjà leur corps pour certaines populations [...] je pense plus aux femmes Somalienne ou Soudanaise qui connaissent rien à leur corps, ou une femme alors je sais plus de quel pays elle était mais un de ces 2 pays-là, mais qui m'a dit que l'accouchement ça faisait « plop ». Donc il y a une grosse méconnaissance du corps et déjà rien que ça, ça peut être déjà un frein au dépistage » (E4).* Cette méconnaissance apparaissait comme un frein à la compréhension et à la réalisation des dépistages. Dans certaines cultures, ces sujets-là étaient tabous ce qui favorisait cette méconnaissance. Il n'existait notamment pas de transmission dans la sphère familiale.

Il existait une incompréhension des termes employés sur l'invitation ou dans les campagnes. Le terme « organisé » pouvait faire référence à la masse et donc les personnes ne comprennent

pas l'intérêt individuel. Ce terme pouvait également faire penser qu'il existait une « obligation ». Le fait que le courrier soit reçu chez soi d'une instance officielle venait renforcer cette perception. Or, comme le soulignait l'un des professionnels, tout ce qui va être « descendant » et émanant de l'état serait mal perçu par les populations précaires.

Les termes employés pouvaient également susciter de la peur par l'imaginaire qu'ils suscitaient « *Les populations précaires ont pas forcément la connaissance et puis les outils aussi pour mentaliser les choses, pour voilà... déjà le mot frottis, dire à quelqu'un qu'on fait un frottis c'est technique, c'est ça veut dire ce que ça veut dire mais voilà ça peut ça peut faire vachement peur quoi.* » (E3).

2.4. Identification des limites et des avantages spécifiques à chaque dépistage

2.4.1. L'invitation

La principale limite à l'invitation était la barrière de la lecture. Pour les professionnels, un patient ne sachant pas lire ou allophone ne pouvait pas comprendre l'invitation, et risquait même d'être effrayé par le courrier « *On a des gens qui savent pas lire, ça arrive ou qu'ils savent peu lire en tout cas et un courrier aussi dense je pense que ça les effrayent...* » (E5).

Certains professionnels émettaient des doutes quant à l'identification de l'invitation comme un papier médical. A l'inverse, d'autres nuançaient en précisant que beaucoup de patients avaient la capacité de faire traduire le papier par leur entourage. Pour la médiatrice en santé, même si les patients ne comprenaient pas de quoi il s'agissait, elle a eu plusieurs expériences de patients qui lui avaient rapporté le papier en consultation.

Recevoir l'invitation nécessitait d'avoir une adresse postale et d'avoir la capacité de gérer son courrier. Selon les professionnels, ce dernier point était un vrai problème, notamment chez les patients ayant des adresses de domiciliation. Ils ne se rendaient pas chercher leur courrier

tous les jours, et donc certains courriers passaient au-dessus. La répétition apparaissait par contre comme un avantage. Même si le courrier n'était pas compris, le fait d'avoir plusieurs fois le même papier dans sa boîte aux lettres pouvait interpeller.

Si le papier a été lu, la question était ensuite de savoir à qui le donner. L'une des limites du courrier était donc l'accès au médecin généraliste. Or pour les professionnels, le courrier reçu seul à la maison n'était pas suffisant pour les patients précaires qui avaient besoin d'explications « *après le courrier il est plutôt bien fait mais après il n'est pas pour toutes les compréhensions* » (E6). Pour eux, cette explication était nécessaire en amont, c'est-à-dire avant de recevoir le courrier.

D'une manière générale, le courrier reçu à la maison paraissait adapté pour les populations insérées, capables de l'identifier et de l'apporter en consultation. Mais il semblait insuffisant pour les populations précaires, et notamment les grands précaires qui n'avaient pas de médecin traitant.

2.4.2. Pour la mammographie

Le principal frein à la mammographie identifié était son accessibilité. Cette limite majeure se situait à deux étapes : premièrement la prise du rendez-vous. La prise de rendez-vous par téléphone ou par internet était décrite comme étant de plus en plus compliquée « *Bah un fossé qui se creuse entre les gens finalement qui arrivent à se débrouiller, qu'ont les bonnes compétences psychosociales pour appeler quelque part, pour trouver les numéros dont ils ont besoin, pour appeler, pour s'y rendre ou pour prendre un rendez-vous voilà. Et puis les gens qui pour pleins de raisons n'arrivent pas à faire ça* » (E6). Elle était d'autant plus difficile pour les précaires s'ils n'avaient pas accès à l'outil informatique ou s'ils ne parlaient pas ou difficilement Français. Les délais d'attente étant de plus en plus long, il était plus difficile de raccrocher ses patientes pour qui prévoir sur le long terme était compliqué.

Deuxièmement, la capacité à se rendre au centre d'imagerie était un frein pour les patientes. Les centres d'imageries étant situés en ville, il pouvait être difficile d'aller à son rendez-vous pour les patientes non véhiculées. De la même manière l'utilisation des transports en commun était difficile pour les plus précaires car il nécessitait d'avoir de l'argent, d'en comprendre le fonctionnement et les horaires.

Au-delà de l'accessibilité, il existait des freins « psychiques » à la mammographie, et notamment la peur d'un examen méconnu. La peur de la douleur était également rapportée, souvent véhiculée par l'entourage des patientes. Cet examen était considéré comme intrusif pour les patientes puisqu'il nécessitait de se dénuder. Cette exposition de l'intimité pouvait ainsi être un frein par le regard de l'autre posé sur son corps, mais également culturel.

2.4.3. Pour le frottis

Pour les professionnels, la réalisation du frottis semblait le dépistage le plus facile à faire. Celui-ci étant faisable chez le médecin généraliste, il apparaissait comme le plus accessible. L'une des limites principales était qu'il fallait savoir que le médecin traitant pouvait le faire. Si les femmes n'avaient pas de médecin traitant, elles pouvaient facilement être adressées vers un centre de dépistage « *Après je sais qu'on va orienter plus facilement vers les centres de santé sexuelle, ex-centre de planification et d'éducation* » (E4).

La position gynécologique étant connue des femmes, surtout celles ayant déjà eu des enfants, le déroulé du dépistage apparaissait comme facile à expliquer. Les professionnels soulignaient tout de même le manque de connaissances anatomiques des femmes et le besoin d'explication. Toute la « logistique » (réalisation du prélèvement, remplir l'identité, envoi du prélèvement) était faite par le médecin ce qui facilitait sa réalisation.

Le principal frein identifié résidait sur les délais de rendez-vous. Un temps long entre la rencontre avec le professionnel, l'explication sur le frottis et sa réalisation exposait à des pertes de vue.

« De devoir changer de lieu, de ravoire un rendez-vous sans doute loin, parce qu'en fait si on lui en parlait voilà aujourd'hui on est mardi, si on leur disait vous revenez demain et vous allez là et vous faites le frottis, ben je pense que c'est facile de se projeter : c'est demain. Alors que si le rendez-vous il est dans 15 jours pour un truc qu'elles ont pas très envie de faire et que elles voyaient pas trop l'intérêt même si tu prends du temps, bah tu oublies quoi ce qu'on t'a dit, bah elle aura peut-être un truc à faire... » (E4).

De la même manière, le fait de devoir adresser la patiente ailleurs pour faire son frottis par manque de matériel ou de compétences pouvait exclure les femmes du dépistage.

D'une manière générale, le frottis et la mammographie semblaient plus facile à mettre en œuvre selon les professionnels, car ils s'intégraient dans le suivi de la femme. Pour eux, les femmes avaient plus de facilité à se faire suivre que ce soit chez le médecin traitant, un gynécologue ou une sage-femme, ce qui facilitait l'explication des dépistages et donc leurs réalisations « pour la santé de la femme c'est peut-être différent, des fois il y a un suivi par le med g mais des fois par la sage-femme ou le gynécologue, donc là c'est souvent les femmes savent que quand elles vont voir la sage-femme ou le gynécologue elles vont parler de leur santé, et du coup elles savent qu'il y a de l'intime et qu'on va parler de la sphère génitale » (E4).

2.4.4. Pour le test de dépistage du cancer colorectal

Le dépistage du cancer colorectal apparaissait comme le plus difficile à mettre en œuvre et de fait celui qui était le moins suivi « et puis pour le cancer colorectal je trouve c'est celui qui est le moins bien observé. » (E5). Ils soulignaient tout de même qu'il était plus facile à réaliser qu'avant notamment sur le plan technique avec la réalisation d'un seul prélèvement. L'utilisation par les patients du site internet pour commander le kit était également considéré comme une avancée « l'Hémocult ça avance bien, je trouve que c'est quand même plus facile

qu'avant, il y a quand même eu des avancées techniques. En plus c'est à disposition maintenant directement sur le site... Enfin avant il fallait passer par le médecin, avoir les médecins c'est compliqué, prendre rendez-vous chez le médecin pour avoir son Hémocult... » (E2).

La première raison était que le patient était trop « autonomisé » pour faire son dépistage. Pour les professionnels, toute la logistique (installer le dispositif, coller ses étiquettes soi-même et savoir où les coller, faire son prélèvement, l'envoyer) semblait trop compliquée, surtout pour quelqu'un qui maîtrisait mal la langue. A l'inverse, pour les populations plus insérées, pouvoir faire le prélèvement chez soi était plutôt identifié comme un avantage.

Les conditions d'hébergement venaient également limiter la réalisation du dépistage. Le fait de ne pas avoir accès à des toilettes ou d'avoir accès à des toilettes collectives rendait la réalisation du dépistage impossible : *« Pourquoi... parce que déjà dans mon cabinet j'ai beaucoup de mal à leur faire faire, c'est des gens qui sont beaucoup plus insérés, alors ici [LHSS] allez faire un prélèvement de selles ouais c'est compliqué, enfin je ne m'y suis pas attelée, disons que c'est pas le problème 1^{er} des gens. » (E5).*

Comme pour le frottis et la mammographie, ce dépistage relevait de la sphère intime. Ce frein était d'autant plus important pour le test Hémocult car il y avait la barrière du prélèvement de selles à faire soi-même *« Y en a qui me disent qu'ils ont pas envie car ils trouvent ça dégoûtant, ça c'est un truc qui revient souvent » (E5).* Il existait également des représentations culturelles sur la sphère anale et notamment sur la sexualité, ce qui limitait la réalisation du dépistage dans certaines populations.

Selon l'un des médecins généralistes, les hommes étaient moins impliqués dans les dépistages que les femmes, ce qui pouvait expliquer les plus faibles taux de participation au dépistage du cancer colorectal. Pour elle, les femmes étaient plus observantes et avaient plus l'habitude des

dépistages avec le sein et le frottis. Dans les entretiens, nous avons constaté que le terme « homme » n'apparaissait que dans le 1er et le 5^{ème} entretien.

2.5. Des campagnes qui touchaient moins les précaires

Selon les intervenants, le fait que les campagnes nationales touchaient moins les populations précaires pouvait s'expliquer à différents niveaux.

Il pouvait exister un accès limité à la télévision ou à la radio par le niveau de vie. Or la télévision et la radio étaient identifiés comme des relais sur les campagnes d'informations au sujet des dépistages.

Même si beaucoup de précaires avaient accès aux campagnes notamment par l'affichage, cette information aurait moins d'impact sur eux. Selon les professionnels, un affichage n'aurait d'effet sur une personne que si elle se questionnait sur le sujet ou qu'elle savait se prendre en santé. Si ce n'était pas le cas, l'affichage ne toucherait pas ceux qui n'étaient pas dans le soin.

Les campagnes pouvaient apparaître comme difficile à comprendre : elles n'étaient parfois pas assez claires avec notamment l'utilisation de sous-entendu ou d'images « *c'est aussi une campagne publicitaire c'est en français, des fois ils vont loin dans les campagnes publicitaires : des fois c'est pas si explicite que ça enfin... ils essayent de détourner le truc donc en fait la personne qui maîtrise pas la langue ne peut comprendre... Le sous-entendu il passe pas, le 2e ou 3e degré il est un peu...* » (E1). Pour eux, les campagnes étaient particulièrement difficiles à comprendre si la langue n'était pas suffisamment maîtrisée ou pour les populations allophones.

La connaissance du corps et de son anatomie apparaissait comme un prérequis nécessaire pour comprendre l'affichage. L'un des médecins soulignait que la méconnaissance du corps était un frein à la compréhension de l'affichage.

Pour l'ensemble des professionnels, les campagnes (affiches, spots publicitaires ou radios) permettaient d'ouvrir la porte. Mais elles n'étaient pas suffisantes car elles ne venaient pas travailler sur les représentations et les freins spécifiques aux populations précaires. Pour eux, elles pouvaient fonctionner pour les précaires si un lien humain était possible à la suite pour parler avec le patient de ce qu'il avait lu ou compris.

3. Une solution unanime : aller vers

3.1. Un aller vers psychique

Selon la totalité des professionnels, la question des dépistages dans les populations précaires devait être traitée « *d'humain à humain* ». L'aller vers psychique apparaissait comme un incontournable « *c'est pas la proximité physique qui fait forcément le soin, c'est surtout la proximité psychique, culturelle qui fait que ...* » (E1).

Une rencontre individuelle rendait propice la création d'un lien de confiance, parfois dans le milieu de vie des patients. La répétition des rencontres semblait importante pour créer un climat favorable. Elle permettait d'instaurer une confiance mutuelle dans cette population où la méfiance envers les soignants et la santé était ancrée « *et puis vous le savez, pour les gens en situation de précarité, le vecteur essentiel c'est le lien, et c'est pas le lieu, voilà faut pas que ça soit des lieux trop contraignants, la qualité de la relation elle se joue vraiment dans le lien qu'on tisse avec la personne.* » (E6). Prendre le temps d'établir une relation semblait une condition incontournable pour aborder des sujets sensibles tels que les dépistages. Aborder le patient avec bienveillance permettait de créer un lien, même si le patient pouvait montrer de la méfiance lors des premiers contacts « *Quand on vient avec bienveillance, j'ai jamais eu vraiment de portes fermées, quand on va à chaque fois avec bienveillance avec un certain*

savoir être, je trouve que les gens... soit c'est pas le moment et on repasse, mais on y arrive quoi. » (E3).

Les premiers contacts avec le patient devaient se concentrer sur ses préoccupations et sur ses demandes. Apprendre à connaître son patient permettait au professionnel de s'ajuster aux demandes de son patient mais également à son niveau de compréhension « *Alors par exemple le médecin peut m'orienter la personne pour un voilà un problème médical ou un problème d'accès à certains examens. Et puis bah la personne, elle sa priorité du moment ça va être de rencontrer l'assistante sociale parce qu'elle a des gros problèmes financiers. Donc vraiment l'idée c'est de lever les difficultés que ressent la personne au quotidien pour ensuite qu'elle ait du temps et de la disponibilité pour s'occuper de sa santé. » (E6).*

Une fois ce lien de confiance établi, le questionnement sur des sujets plus sensibles tels que les dépistages semblait possible. Ces questionnements pouvaient être soulevés en profitant d'une consultation pour un autre motif. Les dépistages pouvaient également être discutés en réponse à une crainte « *En fait c'est plus elle qui l'a abordé spontanément qui en a... qui m'en a parlé, qu'elle souhaitait faire des dépistages, qu'elle avait peur, enfin qu'elle avait peur d'avoir un cancer colorectal parce qu'elle avait des douleurs au ventre » (E4).* Ou être abordés quand le patient questionnait de lui-même des sujets de prévention tel que le sommeil ou l'alimentation.

Questionner permettait d'identifier les besoins, les représentations et les freins des populations. Laisser parler le patient sur ses idées et ses peurs sur le sujet des dépistages, les entendre et les accueillir, permettait ensuite au patient d'accepter d'être accompagné. Identifier ses freins permettait d'ajuster les arguments pour faciliter l'accès à la santé. Comprendre le mode de vie du patient permettait de s'adapter dans les propositions faites. Il semblait nécessaire pour les médiateurs en santé d'avoir une idée globale de la manière dont vivaient les populations. Selon eux, la précarité devait être prise comme une particularité.

Connaître le patient dans sa globalité permettait ensuite de réfléchir et de trouver des solutions avec lui.

Pour l'ensemble des professionnels, le sujet des dépistages devait être expliqué. Pour eux, l'explication donnée devait être simplifiée, en utilisant les mots du patient. Il fallait apporter la connaissance au patient puisqu'il n'avait pas la capacité de la chercher par lui-même. Cette explication devait porter sur tous les niveaux du dépistage : expliquer le dépistage en lui-même, qu'est-ce que c'est, son intérêt. *« y en a qui me disent parce que ça les intéressent pas, ils voient pas l'utilité, alors là auquel cas je leur explique : y en a une partie qui vont changer d'avis en se disant « bah oui ça peut éviter des soins plus lourd derrière » donc ils repartent avec leur petit kit » (E5).* Expliciter le courrier, ce qui était noté dessus. Parler des examens, comment et où les faire, passer par le mime pour expliquer une mammographie, montrer comment faire un prélèvement de selle,... L'ensemble de ses actions pouvait permettre d'éclairer le patient et parfois de le faire changer d'avis.

Pour les professionnels, parler du dépistage même si le patient ne donnait pas suite immédiatement, permettait d'ouvrir les portes. Le patient savait alors qui aller voir quand il se questionnait sur ce sujet.

Plusieurs médecins généralistes constataient qu'après des explications, les patients même précaires pouvaient se saisir du sujet et accepter de participer au dépistage proposé. Ils faisaient également le constat que même si certains s'intéressaient, beaucoup ne faisaient pas la démarche d'aller jusqu'au bout et ne réalisaient pas le dépistage *« ils trouvent que c'est une bonne idée d'éviter de se retrouver à avoir un cancer évolué alors qu'on pourrait faire une coloscopie et enlever un polype, mais voilà sur le moment il trouve ça intéressant mais après ils font pas forcément la démarche d'aller jusqu'au bout » (E5).*

3.2. Mais également physique

L'aller vers psychique devait s'accompagner d'une souplesse dans les lieux de rencontre. Cet aller vers physique pouvait se faire de deux manières.

La première était d'aller vers les populations directement là où elles vivaient, à la manière des campagnes pour le don du sang. Pour les professionnels, aller au plus près des lieux d'habitation, dans les quartiers prioritaires ou sensibles permettait de palier au frein du déplacement « *On le fait bien sur le don du sang, on fait des campagnes, on va vers les gens au plus près enfin je vois qu'il y en a dans le quartier.* » (E5).

La deuxième était d'aller à la rencontre du patient via un autre professionnel. Par exemple pour les médiateurs en santé, aller rencontrer les patients lors d'une consultation avec le médecin traitant pouvait favoriser le lien. La rencontre se faisait progressivement, par palier « *Parce que je pense que des fois de rencontrer un nouvel interlocuteur, un nouveau professionnel dont on connaît pas trop le métier finalement parce que c'est pas toujours facile à expliquer le travail de médiateur, et ben des fois la marche elle est un petit peu haute, alors quand il y a un premier contact comme ça au décours d'une consultation, on a repéré la personne, on a échangé quelques mots et ben du coup ça facilite en fait, ça facilite l'accroche, le lien voilà.* » (E6).

4. Travailler sur soi en tant que professionnel

La question du dépistage dans les populations précaires nécessitait une adaptation de la part des professionnels dans leurs façon de l'aborder.

Elle nécessitait d'abord de se décaler de ses aprioris. Mettre des étiquettes sur ces populations souvent systématisées rendait l'accès aux soins encore plus difficile « *Oui, oui il y a un frein complètement. C'est une population qui est stigmatisée même par le personnel professionnel,*

aussi bon, aussi... Ah ouais moi j'en ai constaté un peu de jugement, un peu malheureusement hein, alors pas tous hein, mais on peut rencontrer » (E3).

Le sujet des dépistages nécessitait également de se décaler de ses connaissances : la prévention paraissait évidente pour les professionnels de santé mais ne l'était pas pour les patients. Les soignants avaient une logique différente de la leur. De la même manière, il ne fallait pas anticiper ce que les populations précaires pensaient au sujet des dépistages, au risque de passer à côté de leurs représentations.

Il fallait se permettre de questionner le patient sur son mode de vie. Le soignant ne devait pas soi-même se mettre des barrières sur ce sujet sensible.

Questionner le patient était essentiel pour comprendre son mode de vie. Ne pas questionner exposait le soignant à un échec de sa prise en charge et donc à de la frustration vis-à-vis de la situation *«Moi je l'ai rencontré avec le diabète quand je suis arrivé à ***, une population nord maghrébine, j'étais en passe de sortir de l'école d'infirmière, moi je comprenais pas ils étaient tous déséquilibrés et limite enfin... [...] Et donc à un moment donné je me suis dit qu'est-ce que je fais, je m'adapte à lui ou je me fatigue à essayer de faire et du coup, je suis frustrée, je suis pas bien... » (E1).*

Enfin, cette question nécessitait de ne pas se présenter comme le sachant devant le patient. Cette attitude avait plutôt tendance à freiner le patient. Comme dit précédemment, la question des dépistages nécessitait un lien de confiance entre le professionnel et le patient. Se précipiter sur ce sujet avait un effet contraire en « braquant » le patient.

5. Pistes d'améliorations pour faciliter l'accès aux dépistages

5.1. Comment créer la rencontre « d'humain à humain » ?

Comme dit précédemment, l'amélioration de la participation des populations précaires aux dépistages organisés passait essentiellement par l'aller vers et la rencontre. Passer l'information par l'oral permettait de donner accès à la prévention.

La rencontre pouvait être créée dans différents lieux :

- Dans les lieux d'accueil de jour, par une sensibilisation aux dépistages « *Après il faut quand même les capter, car ils sont très isolés après souvent c'est des personnes quand même qui vont dans des accueils de jour, donc ça peut être aussi des partenariats avec des accueils [...]* à un moment avant le COVID elle [une infirmière] animait des petits ateliers pour ceux qui voulaient, pas sur les dépistages de cancer mais sur la nutrition, mais en soit ça pourrait être elle avec sa formation qui anime ça, plus ou moins conjointement ou la formation associée avec un médecin ou avec le centre de dépistage pour avoir des moyens d'appui » (E4). Cette sensibilisation pouvait être organisée sous forme de groupe d'échange. Plusieurs professionnels avaient déjà été surpris de l'effet de la parole dans un groupe. Le groupe permettait également de remettre de l'humain de manière collective. La langue parlée apparaissait comme une limite aux groupes d'échanges et nécessitait une vigilance.
- Proposer des consultations individuelles dédiées à la prévention dans les lieux accueillant des publics précaires, une fois que leur situation sociale et médicale était stabilisée comme sur les ACT ou les LHSS.
- Faire des consultations tripartites en introduisant un professionnel qui pouvait prendre le temps d'accompagner.

Selon les interrogés, il était important de rappeler aux patients le respect du secret médical dans ce type de rencontre pour les rassurer. Il était important aussi de créer un partenariat avec le patient, et de ne pas lui imposer les choses.

5.2. Par qui diffuser l'information ?

5.2.1. Le médecin généraliste : un acteur clé pour l'accès aux dépistages

Le médecin généraliste avait un rôle clé dans la promotion des dépistages, dans l'explication et la réalisation des dépistages.

Selon les professionnels, quand la question était abordée par le médecin traitant en consultation, elle était mieux reçue par les populations et il était plus facile pour eux d'en parler. L'examen de dépistage avait également plus de chance d'être réalisé s'il était proposé par le médecin généraliste *« J'ai déjà... enfin comment dire, je sais pas si c'est une représentation que j'ai ou... j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui ne s'en préoccupent pas de ça finalement [...] j'ai ça un peu en tête que les gens finalement quand c'est pas le docteur qui leur prescrit... » (E6).*

Par sa simplicité d'accès il apparaissait comme l'acteur clé dans l'organisation des dépistages. Cependant, plusieurs professionnels et notamment les médiateurs en santé soulignaient que la pénurie actuelle de médecin traitant venait rendre ce parcours plus difficile *« Après j'allais vous dire malheureusement je dis ça, je dis qu'il faut un accompagnement peut-être par les médecins généralistes et tout ça mais il faut savoir que maintenant malheureusement il y a plein de gens qui n'ont pas de médecin traitant donc ça vient aussi complexifier les questions de santé » (E6).* Pour eux, il fallait faciliter l'accès des précaires vers les médecins généralistes. Pour palier également au manque de temps du généraliste, il fallait favoriser le partenariat entre le médecin traitant et les paramédicaux. Pour les médiateurs en santé, bien que la prévention fasse partie de leurs champ d'action, elle n'était pas une priorité face à un public aux nombreux problèmes. Ils soulignaient que par contre, ils pouvaient s'associer et participer au dépistage à la demande du médecin généraliste *« Si on voit sur le buffet la campagne de dépistage, je vais vous dire que ça sera pas notre priorité en tout cas d'amener vers la*

prévention, parce que peut-être on va se dire déjà « Ah chouette elle à un médecin traitant donc déjà on va prendre rendez-vous avec le médecin traitant » » (E3).

5.2.2. Les autres professionnels

L'accès au médecin traitant étant limité, la question de la promotion des dépistages par les professionnels paramédicaux ou par des professionnels ayant un contact avec les populations précaires était récurrente. Parler des dépistages au décours d'une conversation avec un professionnel autre que le médecin venait ouvrir la porte à la réflexion. Parmi les professionnels, étaient cités :

- Les travailleurs sociaux et animatrices en accueil de jour qui étaient en première ligne avec les personnes précaires. Pour certains professionnels, les dépistages organisés pourraient faire partie du questionnement des travailleurs sociaux lors du bilan d'arrivée d'un patient. Cela était déjà fait pour le rattrapage vaccinal à Laval où les travailleurs sociaux adressaient les patients vers le Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD). Cependant, plusieurs limites ont été soulevées : la santé n'entrait pas dans le champ de compétences des travailleurs sociaux. Certains professionnels estimaient qu'il ne fallait pas mélanger le rôle des intervenants au risque de perdre les usagers. Les travailleurs sociaux ne recevant pas de formation sur la santé, ils pouvaient émettre des réticences à venir l'interroger.
- Les infirmières Asalée et les médiateurs en santé permettaient d'identifier et de travailler sur les problématiques des patients. Ils permettaient d'avoir un temps plus important avec lui et d'avoir une vision globale de la situation. Selon un médiateur en santé, leur présence pouvait rassurer les médecins généralistes lorsque les situations étaient complexes.
- Le pharmacien car il connaissait bien la population de son quartier. Il avait une relation de proximité avec ses patients. Il pouvait permettre un relais si le patient n'avait pas de médecin traitant.

- Les infirmières libérales car il existait un lien fort avec leurs patients. L'information pouvait également passer par des infirmières de santé publique insérées dans les quartiers.

- Les médecins conseils même si ce n'était pas le cœur de leur métier, pouvaient faire passer des messages de prévention « *Mais c'est pas mon cœur de métier évidemment mais ça n'empêche hein on doit, on peut passer des messages en effet, et puis essayer...* » (E2).

Certains professionnels estimaient que les consultations proposées par l'UC-IRSA pouvaient être un levier pour parler des dépistages.

Un professionnel remarquait que de ne pas « sortir » de ses compétences obligeait à faire le lien avec les autres professionnels gravitant autour du patient, et d'avoir donc une prise en charge plus globale. Le questionnement par d'autres professionnels permettait néanmoins de venir interroger le patient sur une problématique. Il permettait également de réorienter le patient vers le professionnel adapté à ses besoins.

5.2.3. Créer des partenariats entre les professionnels

Le temps et le champ d'action de chaque professionnel étant limité, il apparaissait que le partenariat entre professionnels pouvait être une solution. Ce travail en réseau permettait de repérer les situations compliquées, de mettre en relation des professionnels pour prendre en charge le patient de la manière la plus adaptée à sa situation.

Pour le dépistage il fallait allier des personnes capables de repérer et des personnes capables de faire les dépistages. L'un des médiateurs en santé donnait l'exemple de la vaccination pendant la période Covid « *pour vous dire par exemple sur le temps du COVID, justement on a pas fait de dépistage, par contre on accompagnait dans les centres de dépistage, au centre de vaccination, et par contre on a fait des campagnes de vaccination sur lequel on s'est associé avec eux [équipe mobile sanitaire] sur certains de nos publics pour voilà regrouper, parce que l'infirmière du coup elle pouvait faire les injections [...] eux aussi, ils avaient les moyens techniques, l'organisation et puis la législation pour le faire* » (E3). Dans le cadre du dépistage,

il était imaginé par plusieurs professionnels un circuit de repérage par les travailleurs sociaux, par les animatrices sur des accueils de jour, par les infirmières libérales puis un relais vers des professionnels capables d'accompagner à la réalisation des dépistages (médecins généralistes, équipe de santé mobile, médiateurs en santé...).

5.2.4. Passer l'information par les « pairs »

Pour les interrogés, la transmission de l'information pouvait également se faire par les pairs ou des « patients-relais ». La personne relai connaissant les codes de son entourage ou de sa communauté, la transmission par son biais apparaissait comme aussi efficace que par un professionnel. Ce mode de transmission semblait particulièrement intéressant dans les communautés de gens du voyage où la transmission se faisait principalement de bouche à oreille. Travailler sur un sujet avec un membre de la communauté pouvait ensuite faire effet sur le reste du groupe *« les populations de gens du voyage toute façon, enfin on le voit bien que quand on arrive nous, il suffit qu'on arrive à travailler avec une personne sur une problématique, qu'on arrive à lever les freins avec elle et qu'elle adhère à un truc, souvent il y a un effet un peu boule de neige autour parce que du coup bah elle, elle va aller lever les freins des uns des autres parce que elle connaît cette population donc elle sait comment leur parler »* (E1).

Ce mode de transmission semblait aussi intéressant chez les jeunes. Les jeunes étaient peu informés sur les dépistages et notamment sur le frottis. Passer par un porte-parole qui parlait de prévention ou de son expérience par exemple sur les réseaux sociaux semblait un bon moyen de communication pour plusieurs professionnels.

Enfin, l'information pouvait être relayée par des patients-relais ou référents, qui ont eu l'expérience de la maladie. Le partage d'expérience pouvait avoir plus d'impact pour faire passer un message de prévention.

5.3. Accompagner physiquement

Pour favoriser la participation aux dépistages, l'accompagnement physique semblait incontournable pour plusieurs professionnels « *L'accompagnement dans le soin est indispensable.* » (E4). Pour eux, l'accompagnement physique rendait le dépistage accessible. Cet accompagnement pouvait être « pratique » : montrer au patient comment aller jusqu'au rendez-vous pour qu'ensuite il le fasse seul. Il pouvait aussi être complet en allant au rendez-vous avec le patient afin de pouvoir lui donner des explications. Ce type d'accompagnement rassurait notamment les populations allophones comme l'expliquait l'un des médecins généralistes « *ce que j'ai pas dit, sur les LHSS et les ACT on les accompagne au rendez-vous, donc là pour la mammo même si elles sont pas très motivées elles ont pas le choix car on le accompagne (rires). [...] ça a un côté rassurant de savoir que quelqu'un sache ce qui s'est passé et qui pourra lui réexpliquer derrière, parce qu'on a tous notre jargon, qu'on peut parler assez vite, [...] et qui permet justement une raccroche aux soins et après le but c'est progressivement de les autonomiser pour qu'ils assistent progressivement à leur rendez-vous, gère seul leurs traitements, ...* » (E4).

Cet accompagnement physique devait permettre de raccrocher le patient aux soins pour pouvoir ensuite l'autonomiser. Le but était d'accompagner sans faire à la place de et de ne pas remplacer le droit commun.

5.4. Comment améliorer les campagnes de prévention ?

Comme dit précédemment, l'affichage sans explication ni contact humain fonctionnait moins bien. Il a été proposé à plusieurs reprises de multiplier les campagnes d'affichages avec quelqu'un pour en parler afin de potentialiser l'effet du support.

Des campagnes dans les quartiers au plus proche des populations semblaient être un moyen de mener des actions de prévention tout en créant du lien social. Ces actions pouvaient avoir

un fort impact comme le relate l'une des médiatrices en santé au sujet d'un évènement « *Et elle avait organisé un octobre rose mais sur le quartier, qui avait fait sensation, en fait elle avait réussi à mobiliser pleins de femmes du quartier, assez précaires qui sont quand même assez loin de tout ce qui est actes de prévention et ça avait vraiment bien marcher [...]donc ça peut être une solution aussi de faire des choses un peu plus locales peut-être, vous voyez des choses un peu plus voilà... des vecteurs un peu d'informations mais plus localisés... plus au sein des quartiers ?* » (E6).

Les campagnes lors des mois dédiés semblaient un bon vecteur pour aborder le sujet des dépistages en consultation « *on se dit bah là ce mois-ci, qu'ils viennent pour une angine, un vaccin ou autre chose ou pour le rhume de leur gamin, et que au passage, discrètement «vous avez pas reçu votre enveloppe la ?* », bon voilà... on ouvre des portes et on voit si ça prend... » (E4).

Enfin, pour certains professionnels, une diffusion plus large des campagnes notamment sur les réseaux sociaux permettrait de toucher un plus grand nombre de personnes.

5.5. Pistes d'amélioration pour chaque dépistage

5.5.1. Pour l'invitation

Le courrier semblait actuellement être le moyen le plus simple d'informer le plus grand nombre de patients. Néanmoins, son efficacité pouvait être renforcé par une présence humaine avec notamment une sensibilisation par un appel téléphonique « *Je pense que ça fait basculer certains, c'est-à-dire qu'ils reçoivent un courrier, le courrier tout seul ne suffit pas parce qu'ils ne sont pas sensibilisés, on en rajoute soit par le médecin généraliste soit on appelle.* » (E6).

Cet appel pouvait rassurer et rendre moins impersonnel le courrier. Selon les professionnels, il pouvait passer par le médecin généraliste. Celui-ci pouvait recevoir des caisses ou du CRCDC une liste de patients n'ayant pas fait les dépistages afin de les appeler par la suite. Cette

proposition, qui a été émise par plusieurs professionnels questionnait, car elle demanderait du temps. Cela paraissait difficile aujourd'hui pour les médecins généralistes. Pour les médecins conseils, cette sensibilisation pouvait également passer par les caisses. Cette expérimentation avait déjà été faite par la MSA pour inciter à la vaccination pour le Covid et pour la grippe « *Non c'est assez récent je dirais ça fait 2 ans, pas plus, parce que bah voilà on veut favoriser le maximum de personnes à se faire vacciner, on voit que ça fonctionne c'est pour ça que ça peut être étendu* » (E2). Pour le médecin, un appel pouvait faire basculer certains patients, il lui semblait donc intéressant que cette expérimentation soit étendue aux dépistages. Toujours selon le même médecin, il faudrait créer un outil pour cibler les personnes et le dépistage, le volume de personne à appeler étant trop important.

Avec la multiplication des moyens de communication, la diffusion de l'invitation pouvait passer par d'autres canaux tel qu'un SMS ou un e-mail « *I2 : Ça reste une base, après peut-être qu'il faut aller plus loin... mais c'est vrai qu'il faut d'autres modes... Un SMS par exemple, ou un mail pourquoi pas. Aujourd'hui sur d'autres populations il faut aller autrement, hein mais on en est bien conscient mais pour le moment c'est le courrier qui est le plus simple.* » (E2).

Enfin, sur le courrier en lui-même, l'utilisation de pictogrammes était questionnée. Elle pouvait simplifier la compréhension du propos. Certains professionnels avaient pu l'expérimenter lors du Covid. Ils avaient pu constater que les consignes de port du masque et d'hygiène des mains étaient mieux respectées après affichages sous forme de pictogrammes dans les toilettes ou les salles d'attentes. Certains professionnels alertaient cependant sur l'utilisation du pictogramme car celui-ci pouvait être difficilement compréhensible. Il n'incitait pas plus aux dépistages et il n'empêchait pas toutes les problématiques d'organisation qui freinaient leur réalisation. Pour eux, un pictogramme sans explications ne fonctionnerait pas mieux.

5.5.2. Pour la mammographie

Face à la problématique de prise de rendez-vous, il a été proposé par deux professionnels d'envoyer des convocations aux patientes. La date serait ainsi déjà fixée et lève le frein d'organisation pour la patiente. Ils proposaient également un système de convocation à la demande du médecin généraliste «*« Et puis pour la mammo [...] des systèmes de convocation peut-être ? On aurait sur le site de la sécu ou je sais pas... un système hyper simple : on pourrait imaginer on met la carte vitale du patient, on dit je veux que mon patient reçoive une convocation et puis... que ça soit un peu automatisé quoi. » (E5).*

Quand la mammographie est refusée par les patientes, il a été proposé que l'autopalpation leur soit enseignée pour limiter les risques. Cependant, certains professionnels émettaient un doute quant à la capacité de toutes les femmes de se faire une autopalpation efficace.

5.5.3. Pour le frottis

Tous les médecins généralistes ne réalisant pas de frottis, un travail partenarial était à organiser avec les centres de planification pour permettre à leurs patientes d'y avoir accès. De la même manière, avoir un lieu identifié et dédié pour la réalisation du dépistage pouvait être rassurant pour les femmes «*Bah du coup je pense que ça sera facile aussi de dire « bah là on va faire le frottis, pas ici parce que c'est pas les locaux, c'est pas l'endroit mais on va se revoir pour parler de votre frottis, de votre santé de femme dans un autre lieu » (E4).*

Il était nécessaire de rappeler aux patientes les professionnels capables de réaliser le frottis «*Elles savent pas trop que les médecins généralistes peuvent faire les dépistages, le frottis et voir avec elles les mammo. Ça tend j'ai l'impression à se démocratiser mais y en a certaines qui savent pas, donc en disant « bah si c'est vous qui pouvez choisir par qui vous voulez être suivie : par nous médecins généralistes, sage-femmes ou même gynéco, c'est vous qui choisissez » (E4).*

Comme alternative au frottis, plusieurs professionnels posaient la question de l'auto-prélèvement vaginal. La patiente était ainsi dans la maîtrise du geste. Il permettait également d'éviter d'exclure du dépistage les patientes dont le médecin généraliste ne faisait pas les frottis « *Si les frottis pouvaient être faits par les femmes directement peut être qu'il y en aurait plus. Non mais enfin voilà je me dis c'est plus simple... pas d'exposition, la maîtrise elle-même de ce qu'elle fait* » (E1).

5.5.4. Pour le cancer colorectal

La difficulté majeure du test de prélèvement des selles était lié au fait que le patient était trop « autonomisé ». Pour simplifier le procédé, la principale proposition était de faire le test comme une coproculture, c'est-à-dire que le patient se rende au laboratoire avec son prélèvement. Ensuite c'est le laboratoire qui s'occupait de faire le prélèvement de selles, l'étiquetait et envoyait l'échantillon. Certains professionnels soulignaient qu'ils faisaient régulièrement faire des coprocultures à leurs patients précaires et que ça fonctionnait. Le passage par le laboratoire levait la barrière concernant la technique du prélèvement et la barrière administrative « *Ouais, ce qu'on pourrait faire pour améliorer l'Hémocult c'est de proposer de déposer un prélèvement de selles au laboratoire de ville, et après ils font le prélèvement, ils font l'identité, ils remplissent les papiers, etc... ça pourrait être une solution* » (E5).

DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

1. Forces et limites

1.1. Forces

Il s'agit d'une étude originale qualitative. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature Française d'étude similaire interrogeant un panel de professionnels autres que des médecins généralistes sur le sujet des dépistages des cancers dans les populations précaires. Les professionnels interrogés avaient des expériences différentes de la précarité, ce qui a permis d'obtenir une grande richesse dans leurs réponses. L'étude a été rédigée dans le respect du plus grand nombre de lignes directrices COREQ pour l'écriture des recherches qualitatives (*Annexe 4*).

L'étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés a permis d'explorer le point de vue de chaque professionnel et de laisser libre cours à la parole. Les entretiens ont été riches, la durée moyenne était de 51 minutes. Suite aux premiers entretiens, le guide d'entretien a été modifié. Un double codage a été réalisé pour plusieurs entretiens. Ils ont permis la confirmation de données déjà connues, notamment sur les difficultés évoquées de manière unanime pour la réalisation du test Hémocult. Des résultats inattendus ont également été formulés. S'il était attendu que l'apport des autres professionnels de santé soit évoqué, les interrogés ont mis en avant le rôle des travailleurs sociaux dans la promotion des dépistages. Enfin, des pistes d'amélioration non retrouvées dans la littérature ont été évoquées par les interrogés.

1.2. Limites

La condition d'inclusion des professionnels était d'avoir un contact avec des populations précaires ayant des droits ouverts. Les professionnels en lien avec des populations très éloignées du soin, sans droit ouvert, n'ont donc pas été inclus ce qui a pu réduire le nombre de professionnels à interroger. L'échantillonnage a été fait de manière à obtenir un échantillon

varié de professionnels en contact avec des populations précaires. L'échantillonnage de notre étude n'a pas permis d'explorer toute la diversité des expériences des différents acteurs gravitant autour des populations précaires. Notamment, peu de professionnels en contact avec un public rural ont été interrogés. Ce travail étant le premier travail de recherche mené par le chercheur principal, un apprentissage au fur et à mesure des entretiens a pu avoir un impact sur les résultats. La posture d'intervieweur n'est pas aisée. La gestion du déroulement de l'entretien est variable en fonction de l'interviewé. Cela explique la variabilité de durée des entretiens.

2. L'aller vers comme incontournable à la promotion des dépistages dans les populations précaires

Dans cette étude, il est apparu que les populations précaires avaient très peu de connaissances sur les dépistages. Ils avaient des représentations et limites qui empêchaient l'accès aux soins. Pour l'ensemble des professionnels interrogés, l'information sur les dépistages devait passer par la rencontre. Il ne fallait pas attendre que cette rencontre soit provoquée par le patient mais elle devait être initiée par le professionnel dans une démarche « d'aller vers ».

Des données similaires sont retrouvées dans le travail de *Lofters and al* (46) mené en 2020 au Canada. Cette étude qualitative cherchait à identifier les méthodes « d'aller-vers » pour améliorer les dépistages organisés chez les patients à faibles revenus. Pour les patients interrogés, une approche de sensibilisation chaleureuse et encourageante était le meilleur moyen d'augmenter leurs participations. Les appels téléphoniques et l'éducation de groupe avaient été particulièrement suggérés par les interrogés.

Il n'existe pas de définition officielle de « l'aller-vers ». Il s'agit plutôt d'une notion qui désigne une posture et des pratiques professionnelles. Dans le cadre de la Stratégie nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté d'Octobre 2018, un groupe de travail à proposer une

définition : « *L'aller vers est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics* » (47).

Notre étude est venue confirmer que « l'aller vers » était de plusieurs ordres. Un aller vers physique en allant sur les lieux de vie, en rencontrant les patients avec leurs professionnels habituels ou en les contactant par téléphone. Et un aller vers psychique pour comprendre le mode de pensée du patient. Le but de cet aller vers est de faire avec, et d'accompagner la personne vers un retour dans le droit commun. Cette idée est retrouvée dans les travaux d'H. Chapelet qui a construit un référentiel de l'aller vers avec les équipes des Samu Social. Pour eux les 13 missions de l'aller-vers sont : aller vers la personne ; créer un lien avec elle ; évaluer sa situation ; faire émerger sa demande ; accompagner la personne ; orienter celle-ci vers les dispositifs et acteurs adéquats ; alerter les partenaires : les acteurs locaux et les pouvoirs publics ; restituer son activité auprès des partenaires, des financeurs ; participer à l'observation sociale des besoins ; sensibiliser ; travailler en partenariat ; se former et s'informer ; appliquer et respecter les droits et libertés des personnes » (48). Comme évoqué dans notre étude, l'objectif n'est donc pas de prendre en charge les patients, mais plutôt de comprendre leurs modes de vie et leurs préoccupations quotidiennes afin de faciliter leurs accès aux soins.

Cette notion « d'aller vers » n'est pas nouvelle. Dans le champ du social, cette logique d'immersion dans les milieux de vie apparaît dans les années 1970 (49). Dans le champ de la santé, « l'aller vers » existe également depuis longtemps, la visite à domicile des médecins

généralistes en est l'exemple. Après des années de centralisation et de cloisonnement des institutions avec un guichet qui attend son public, on assiste à un retour de l'aller vers pour répondre à des situations croissantes d'isolement, de non recours et de précarité (50). Cette évolution se marque notamment par le retour de l'aller vers dans les lignes directrices des pouvoirs publics, comme avec la création des ARS en 2010, dont l'un des buts est de participer à la réduction des inégalités sociales de santé. Selon Frédéric Pierru « *La légitimité d'un État de plus en plus contesté s'efforce de se refonder dans la capacité à garantir l'égalité des vies* » (51). L'aller-vers semble être un levier pour répondre aux inégalités de santé croissantes et ainsi agir sur l'égalité des vies. Les dispositifs d'aller-vers ont connu une explosion suite à la pandémie de Covid 19. Cette période a mis en évidence les inégalités territoriales et sociales en santé, mettant au premier plan les démarches d'aller vers (52). Le Ségur de la santé est venu fortement soutenir ces approches avec la mesure 27 de lutte contre les inégalités de santé (53).

Paradoxalement, alors que la notion « d'aller vers » est présente dans les lignes conductrices des institutions, il est constaté par les professionnels de notre étude qu'un fossé se forme dans l'accès à la santé pour les populations précaires. Ce fossé se creuse notamment dans l'utilisation du numérique. Cette question est présente depuis de nombreuses années pour pallier le manque de professionnels médicaux sur le territoire. Elle a été renforcée par le Ségur numérique en santé de 2022 (54). La part grandissante du numérique dans la santé fait craindre à certains professionnels une « déshumanisation de la santé » (55). A contrario, pour l'Ordre National des Médecins, le numérique en santé représente une avancée majeure dans la prise en charge des patients et dans le développement des parcours de soins (56). L'aller vers numérique semble donc soulever de nouveaux défis en termes de déploiement, mais également en termes d'accompagnement pour les personnes qui en sont éloignées.

3. La promotion des dépistages par les médecins généralistes, les autres professionnels et les pairs

Dans notre étude, le médecin généraliste jouait un rôle central dans la promotion des dépistages. Par son accessibilité et son lien avec ses patients il apparaissait comme un acteur incontournable.

Le médecin généraliste joue un rôle central dans l'organisation de l'offre de soins ambulatoire en France. Cette position a été renforcée depuis l'instauration du parcours de soins en 2004 (57). Le médecin généraliste a un rôle pivot dans l'amélioration de la santé des patients. Il se trouve au cœur de la prévention et du dépistage des cancers. La connaissance de ses patients dans leur globalité biopsychosociale lui donne un avantage pour les accompagner dans les démarches de prévention (58). De nombreuses études démontrent l'impact du médecin généraliste dans la promotion des dépistages. Parmi elles, on peut citer l'article *d'Ouanhnon et al* menée en 2023 dans la région Midi-Pyrénées. Cette étude a démontré que les patientes ayant un médecin traitant désigné avaient un taux de participation au dépistage du cancer du sein et du cancer du col plus élevé que celles n'en ayant pas. Ce phénomène pouvait être expliqué de manière « directe » par l'effet du médecin qui effectue le dépistage, et de manière « indirecte » par l'impact du praticien qui rappelle, informe et promeut ces dépistages. L'article confirmait une association défavorable entre faibles conditions socio-économiques et recours aux dépistages. Les auteurs notaient qu'un médecin traitant était moins souvent désigné pour ces catégories de populations. Ils émettaient l'idée que les femmes défavorisées devraient avoir accès à un parcours de soins structuré et adapté, construit autour d'un médecin référent (59). L'idée de faciliter l'accès du médecin traitant aux populations précaires était également retrouvé dans notre étude.

Cette idée peut renvoyer à la démarche initiée en 2023 par l'assurance maladie pour les patients sans médecin traitant en affection longue durée (ALD). Dans cette démarche nationale

d'aller vers, l'assurance maladie a pour objectif de contacter les patients en ALD afin de les aider dans la recherche d'un médecin traitant (60). On pourrait imaginer une démarche similaire pour les patients précaires. Cependant, reste à savoir comment identifier les patients précaires.

Le travail à plusieurs, en partenariat autour des populations précaires apparaît donc comme intéressant. Cette idée était retrouvée dans la recherche de Mme Neveux en 2020. Cette étude questionnait l'influence des médecins généralistes sur les comportements de prévention. Elle confirmait que le fait d'avoir vu un MT augmentait significativement les chances d'avoir recours à un dispositif de dépistage. Autre résultat intéressant, elle notait que le fait d'avoir recours à plusieurs professionnels de santé autres que le MT augmentait les chances de se faire dépister par rapport à ceux n'ayant vu que leur MT dans l'année (61). L'apport des autres professionnels de santé apparaît donc essentiel pour la promotion des dépistages, comme retrouvé dans notre étude.

L'impact positif des autres professionnels dans la prévention a particulièrement été étudié dans la littérature internationale. Dans le domaine des cancers, de nombreuses études ont été menées aux Etats-Unis où le premier « navigation program » a été créé en 1990. Le but des « patient navigator » est d'aider les patients à obtenir les soins de santé et les autres ressources dont ils ont besoin pour être en bonne santé (62). Parmi les études disponibles, on peut citer celle de *Nael et al* menée en 2018 aux Etats-Unis. Cette revue de la littérature a montré que l'intervention des « patient navigation » permettait une augmentation du dépistage dans des populations défavorisées (63). Ce constat est également fait dans une revue de la littérature menée par *Rubin et al* aux Etats-Unis en 2023. Cette étude avait pour but de comparer l'efficacité de différentes méthodes pour augmenter les taux de participation

aux dépistages du cancer colorectal dans une population à faible revenu aux Etats-Unis. Là encore le « navigation program » conduit à un meilleur accès aux dépistages. Les auteurs posent cependant la question du coût de telles interventions (64).

Les « patient navigator » ne trouvent pas exactement d'équivalent en France. Ils peuvent être identifiés aux médiateurs en santé dont le déploiement se développe depuis la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 (65). La question des médiateurs de santé pour réduire les inégalités de santé est plus qu'actuelle comme on peut le voir par le rapport de l'IGAS rendu en juillet 2023 (66). Ce rapport souligne que malgré la pertinence prouvée de la médiation en santé pour réduire les inégalités sociales de santé, son développement se heurte à plusieurs freins. Parmi eux on retrouve notamment le manque de reconnaissance et de connaissance des rôles des médiateurs, de la part des publics concernés et de leurs partenaires.

Les interrogés soulignaient que la promotion des dépistages pouvait également passer par des acteurs déjà présents sur le territoire. Ils avaient notamment cités les pharmaciens ou les sages femmes.

Concernant les pharmaciens, on peut noter leur implication dans la promotion du dépistage du cancer colorectal avec la délivrance des kits depuis 2022 (9). Les sage-femmes sont des acteurs des soins primaires importants dans la prise en charge de la santé sexuelle des femmes, et notamment des femmes précaires par leur accessibilité (67). Elles sont notamment impliquées dans la prévention du cancer du col de l'utérus avec la réalisation des frottis depuis 2009 et la réalisation de la vaccination contre le papillomavirus depuis 2022 (68).

Les travailleurs sociaux étaient également cités comme de potentiels partenaires pour la promotion des dépistages. Par leur proximité et leur position en première ligne avec les

populations précaires, ils apparaissaient comme des acteurs privilégiés pour interroger sur la réalisation des dépistages. La question de la promotion de la santé par les travailleurs sociaux apparaît depuis quelques années dans la littérature. Dans la mesure où ils agissent sur les déterminants sociaux de la santé (habitats, revenus, insertion professionnelle,...), on peut dire que les acteurs du champ social améliorent la santé et le bien être des personnes. Il apparaît donc qu'ils sont légitimes à agir avec les professionnels de santé pour la promotion de la santé (69).

Enfin, les « pairs » ou « patients-relais » avaient également été cités dans notre étude comme vecteur d'information sur les dépistages pour les populations précaires.

Le thème de la participation des usagers dans le système de santé est grandissant depuis de nombreuses années. Il a été initié dans les années 1980 dans le milieu associatif, notamment dans le domaine du VIH (70). Dans le domaine de la prévention des cancers, une étude menée en Lorraine en 2007 a expérimenté pendant un an un programme de communication sur les dépistages des cancers du sein et du col en direction des femmes en situation de précarité à travers une démarche d'éducation par les pairs. Si l'étude n'a pas prouvé son efficacité en termes de coût/efficacité, elle a démontré l'intérêt d'une démarche de communication de proximité des femmes-relais vers les populations précaires (71).

4. Focus sur le dépistage du cancer colorectal

4.1. Pistes d'amélioration sur le dépistage du cancer colorectal

Nous avons fait le choix d'employer le terme de test Hémocult pour désigner le test de dépistage du cancer colorectal plutôt que le terme de test immunologique pour plus de

compréhension pour les participants. Il est à noter qu'aucun des participants n'a employé le terme de test immunologique.

Pour les interrogés, le dépistage du cancer colorectal était le test le plus difficile à mettre en œuvre. Ils soulignaient que s'il était déjà difficile de le faire faire à des patients bien insérés, il était d'autant plus difficile d'accès pour les patients précaires.

Pour eux et comme dit précédemment, l'augmentation de la participation doit passer par l'accompagnement et par l'aller vers. Une étude prospective (PRADO) menée dans la Somme de 2011 à 2013 a étudié l'effet d'un accompagnement au dépistage. Cet accompagnement était fait par un travailleur social formé à la gestion des dépistages. Il a été retrouvé que l'intervention entraînait une augmentation significative de la participation. Même si l'analyse a retrouvé que l'effet était plus important dans les zones favorisées et rurales, elle a également montré que l'intervention aurait permis de réduire les inégalités sociales de participation si elle n'avait été réalisée que sur les zones défavorisées (72).

La réalisation du test en lui-même était citée par les interrogés comme étant un frein majeur à la participation au dépistage du cancer colorectal. Il a été proposé dans plusieurs entretiens que le patient puisse se rendre au laboratoire pour faire son test de dépistage. Cela permettrait selon eux de gommer l'aspect logistique et administratif qui limite en partie le dépistage dans ces populations. On retrouve cette idée dans la thèse du Dr.Safla soutenue en 2022. Cette étude qualitative interrogeait les freins à la participation du dépistage du cancer colorectal chez des patients réunionnais concernés par le dépistage. Plusieurs d'entre eux ont exprimé qu'il aurait dû être possible de faire ce test au laboratoire pour ceux qui le souhaitent ou qui auraient besoin d'aide (73). Nous n'avons pas retrouvé d'autre article mentionnant cette possibilité et notamment pas dans les populations précaires.

Dans la thèse du Dr.Safla toujours, certains participants questionnait la possibilité de faire un test sanguin comme test de dépistage. Le test Epi proColon qui détecte la mutation du gène SEPT9, est utilisé aux Etats-Unis comme test de dépistage pour les patients de plus de 50 ans qui refusent un test de dépistage recommandé (coloscopie ou prélèvement de selles) (74). Le test Epi proColon a pu montrer de bons résultats lors d'essai prospectif avec une sensibilité non inférieure au test immunochimique fécal (TIF) pour la détection du cancer colorectal (75). Bien que sa spécificité soit plus faible que celle du TIF, le test Epi proColon a démontré avoir une acceptation plus élevée que le TIF chez des sujets en retard pour le dépistage du cancer colorectal (76). Le test sanguin de détection du cancer colorectal paraissant plus « acceptable », on peut se questionner sur son intérêt pour les populations précaires.

4.2. Le dépistage chez l'homme : existe-il une différence de prise en charge entre homme et femme ?

Selon les professionnels interrogés, il existait une différence de participation au dépistage entre hommes et femmes, quel que soit le niveau socio-économique. Ils estimaient que les femmes étaient plus habituées à se faire suivre que ce soit par le médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme contrairement aux hommes. Nous avons d'ailleurs pu constater que le terme « homme » n'apparaissait que dans 2 entretiens sur 7.

Comme exposé en introduction, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont effectivement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (12). Nous nous arrêterons ici sur deux points retrouvés dans la littérature, que sont le genre et la médiatisation des cancers, pour tenter d'apporter un éclairage sur les différences observées.

La question du genre dans les politiques de santé publique émerge depuis les années 2000 en France (77). Dans le domaine de la santé, la question de l'iniquité en santé liée au sexe et au genre est actuelle comme le montre l'analyse prospective du système de santé Français fait

par la HAS en 2020. Dans cette 3^{ème} édition, la HAS a émis des recommandations pour limiter les stéréotypes et les inégalités liés au genre et au sexe, et permettre une prise en charge optimale des patients (78). Parmi les 10 recommandations émises on peut citer :

- La recommandation n°1 encourageant la prise de conscience des acteurs de santé. Cette recommandation incite les professionnels à se défaire des stéréotypes liés au genre.
- La recommandation n°2 proposant d'intégrer le sexe et le genre dans la conception des politiques publiques.

Dans le domaine du cancer cette question a également été étudiée. Dans leur article « *Quand le cancer rencontre le genre* », A.Meidani et A.Alessandrin explorent la manière dont le genre intervient dans l'expérience du soin. Concernant l'accès à la prévention, il ressort que du fait de la contraception, de la sexualité, de l'accouchement,... le corps des femmes est « *placé sous l'examen minutieux de la médecine* ». Les femmes apprennent à prendre soin de leur santé et de celle des autres. Elles ont une meilleure connaissance du monde médical et utilisent plus le système de soin que les hommes. A contrario, les hommes présentent un déni notamment des maladies chroniques, ce qui limite la prise en charge dans un parcours de soin approprié. Ils ont une appréhension à se présenter comme sans défense ou fragile, à avoir une impossibilité d'exécuter certaines tâches ou un sentiment d'inutilité suite à la découverte d'une maladie. Ils vont donc avoir tendance à dissimuler ou minimiser des problèmes de santé ce qui limite la participation à des actions de prévention (79).

Enfin, le traitement des cancers dans la presse peut également apporter un éclairage sur les différences observées entre hommes et femmes. Dans l'un des chapitres de son livre « *la fabrique des inégalités sociales de santé* », A.Loretti s'intéresse au traitement médiatique du cancer à la télévision et dans la presse. Elle constate que les cancers sont traités de manière inégale selon leurs localisations, que ce soit à la télévision ou dans la presse écrite. Malgré un

fort taux de mortalité, l'auteure fait état d'une faible médiatisation des cancers du côlon ou du poumon comparé au cancer du sein. Il ressort de l'étude que pour les médias ou les associations, le malade du cancer est le plus souvent une femme, alors même que les hommes sont davantage touchés par le cancer et en meurent plus souvent. L'une des raisons évoquées est que le cancer du sein touche une population de femmes issues des classes moyennes ou supérieures avec un fort taux de survie. Ces femmes plus investies dans leur santé auront tendance à partager leur vécu médiatiquement ou au sein d'association. Il existerait donc un biais de représentativité dans les médias car ce ne sont pas les populations les plus touchées qui s'expriment le plus. L'auteure émet l'hypothèse que les préoccupations et les besoins des femmes issues des classes supérieures sont différentes de celles des hommes et/ou des classes populaires. Ainsi, ce biais de représentativité serait un vecteur de renforcement des inégalités sociales en cancérologie (80).

CONCLUSIONS ET PRESPECTIVES

Selon les professionnels interrogés, la forme actuelle des dépistages ne suffit pas pour favoriser l'accès aux dépistages des populations précaires. Pour eux il est nécessaire d'accompagner ces populations. Cet accompagnement se divise d'une part en un aller vers psychique et d'autre part en un aller vers physique. Cet aller vers peut passer par le médecin généraliste, dont le rôle central a été réitéré dans cette étude. Il peut passer par les « pairs » ou par les autres professionnels. Parmi eux on peut citer les médiateurs en santé dont le déploiement tant à se développer et les travailleurs sociaux. Ils ont été particulièrement cités par leur position de première ligne auprès des populations précaires. Ainsi on pourrait émettre l'hypothèse qu'un partenariat entre le champ du sanitaire et du social serait à développer dans le cadre des dépistages. Des études complémentaires auprès de professionnels du social pourraient faire avancer la réflexion sur ses sujets.

Un travail partenarial entre professionnel capable de repérer les personnes précaires et professionnel capable de faire ou d'accompagner au dépistage semble intéressant à construire pour permettre une prise en charge globale du patient en situation de précarité.

Concernant le courrier et les campagnes de prévention, selon les professionnels ils sont intéressants pour des patients capables de se prendre en santé. Une intervention humaine semble pour eux nécessaire afin de potentialiser leurs effets. Il a par exemple été cité un appel téléphonique pour sensibiliser sur le courrier reçu à la maison, ou la présence d'un professionnel lors de campagnes d'affichage.

Sur les modes de réalisation, là encore leur forme actuelle présente des limites selon les interrogés. Concernant le dépistage du cancer du sein, en plus de l'accompagnement, il a été proposé d'envoyer directement des convocations aux patientes ou de les envoyer sur demande

du médecin traitant. Pour le dépistage du cancer colorectal, les interrogés pensaient que la réalisation du test au laboratoire pourrait faciliter le dépistage pour les populations précaires.

L'ensemble de ces propositions soulèvent cependant des questionnements : peut-on et faut-il proposer ces adaptations à tous les patients ou seulement aux populations précaires ? La réalisation du test est-elle faisable pour les laboratoires ? L'ensemble de ses mesures sont-elles réalisables sur le plan économique ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Modalités de dépistage des cancers - Stratégies de dépistage [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage/Modalites-de-depistage-des-cancers>
2. Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) - Stratégies de dépistage [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage/Centres-regionaux-de-coordination-des-depistages-des-cancers>
3. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
4. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
5. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Ann Oncol.* avr 2008;19(4):614-22.
6. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.
7. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2021-2022 et évolution depuis 2005 [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2021-2022-et-evolution-depuis-2005>
8. Le cancer colorectal - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>
9. Le Duc-Banaszuk AS. Dépistage organisé du cancer colorectal, vers la fin d'un paradoxe français avec la remise du kit en pharmacie. *Actualités Pharmaceutiques.* 1 avr 2023;62(625):30-2.
10. Dépistage organisé du cancer colorectal [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-colorectal/cancer-colorectal-depistage>
11. European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy.* 2013;45(1):51-9.
12. Cancer colorectal : un taux de participation aux tests de dépistage stable en 2021-2022 [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les->

actualites/2023/cancer-colorectal-un-taux-de-participation-aux-tests-de-depistage-stable-en-2021-2022

13. Cancer du colon rectum [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>
14. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
15. Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention>
16. Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
17. Dépister le cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-hpv-depistage>
18. Éligibilité - Authentification [Internet]. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://eligibilite.depistagecancers.fr/authentification>
19. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=depistage_ccu.couverture_stand&s=2018-2020&t=a01&view=map1
20. plancancer20092013_02112009.pdf [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plancancer20092013_02112009.pdf
21. Plan cancer 2014-2019.
22. Deborde Thérèse. Breast cancer screening programme participation and socioeconomic deprivation in France | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0091743518302378?token=C926999CAF8DE403DEC00B6560583BE23952E17120F41E1310E554A7A137E4C55D12091B9C7A6F3BA21D6FA9F0437F25&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210917101228>
23. Eisinger F, Pivot X, Greillier L, Couraud S, Cortot AB, Touboul C, et al. Dépistage du cancer en France : 10 ans d'analyse des comportements par les enquêtes EDIFICE. Bulletin du Cancer. 1 mars 2017;104(3):258-66.
24. Ferrat E, Breton JL, Djassibel M, Veerabudun K, Brixi Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. Family Practice. :7.

25. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 oct 2008;56(5):303-13.
26. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;
27. Inspection générale des affaires sociales. Le dépistage organisé des cancers en France [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-059r.pdf>
28. Définition - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
29. Vie publique.fr [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Covid-19 : un taux de pauvreté 2020 stable selon l'Insee. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/282346-covid19-le-taux-de-pauvrete-et-les-inegalites-seraient-stables-en-2020>
30. Pauvreté – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238395?sommaire=4238781>
31. Observatoire des inégalités [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Pauvreté et précarité en chiffres. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres>
32. Emergence des notions de santé, d'exclusion sociale et de privation des soins - Le site du CNLE [Internet]. [cité 29 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/emergence-des-notions-de-sante-d.html>
33. Haut comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.
34. Haut conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortie de la fatalité. 2009.
35. Lortholary O. Pathologies infectieuses et précarité en France. Laennec. 2007;55(4):6-14.
36. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
37. CRAES-CRIPS. Le prévention du tabagisme en milieu précaire : Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ?
38. MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_SYNTHESE_WEB_PLANCHES_OK2-1.pdf [Internet]. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_SYNTHESE_WEB_PLANCHES_OK2-1.pdf
39. Renoncement aux soins [Internet]. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
40. Rat C, Pogu C, Le Donné D, Latour C, Bianco G, Nanin F, et al. Effect of Physician Notification Regarding Nonadherence to Colorectal Cancer Screening on Patient

Participation in Fecal Immunochemical Test Cancer Screening. JAMA. 5 sept 2017;318(9):816-24.

41. 2021_Focus_pdl_ISS.pdf [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_Focus_pdl_ISS.pdf
42. 2022_Infographie_depistageKSein_v2.pdf [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2022_PDF/2022_Infographie_depistageKSein_v2.pdf
43. D_PRAPS_version_arrete_web_20180518.pdf [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-05/D_PRAPS_version_arrete_web_20180518.pdf
44. la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf.
45. Asalée [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>
46. Lofters AK, Baker NA, Schuler A, Rau A, Baxter A, Baxter NN, et al. A "Tea and Cookies" Approach: Co-designing Cancer Screening Interventions with Patients Living with Low Income. J GEN INTERN MED. janv 2020;35(1):255-60.
47. Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. Stratégie nationale de Prévention et de lutte contre la pauvreté. 2018.
48. Chapelet H. Valoriser et formaliser les engagements et pratiques des maraudeurs. Rhizome. 2018;68(2):6-6.
49. Parisse J, Porte E. Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective. Cahiers de l'action. 2022;59(2):9-16.
50. Avenel C. L'aller-vers : sources et trajectoire. Vers un nouveau modèle de travail social ? In: « Aller vers » : entre injonction et désir, l'enjeu de la rencontre! [Internet]. Nîmes: Champ social; 2023 [cité 30 déc 2023]. p. 21-37. (Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale). Disponible sur: <https://www.cairn.info/aller-vers-entre-injonction-et-desir-l-enjeu-de-la-rencontre--9791034608010-p-21.htm>
51. Pierru F. Agences régionales de santé : mission impossible. Revue française d'administration publique. 2020;174(2):385-403.
52. Rousseau A, Bevort H, Ginot L. La santé publique au risque de la COVID19 : du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives. Santé Publique. 2020;32(2-3):183-7.
53. Des mesures dédiées à la précarité dans le Ségur de la santé | Ministère des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/des-mesures-dediees-la-precarite-dans-le-segur-de-la-sante>
54. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Le Ségur du numérique en santé. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/segur>

55. Reporterre. Reporterre, le média de l'écologie. [cité 21 nov 2023]. Avec le numérique, la santé se déshumanise et se privatise. Disponible sur: <https://reporterre.net/Avec-le-numerique-la-sante-se-deshumanise-et-se-privatise>
56. medecins-e-sante.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/1gwzspz/medecins-e-sante.pdf>
57. PARCOURS DE SOINS COORDONNES.
58. Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. Bulletin du Cancer. 1 juill 2019;106(7-8):707-13.
59. Ouahnnon L, Bugat MER, Druel V, Grosclaude P, Delpierre C. Link between the referring physician and breast and cervical cancers screening: a cross-sectional study in France. BMC Prim Care. 29 août 2023;24:167.
60. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024 [cité 18 janv 2024]. Personnes en affection longue durée sans médecin traitant : le plan d'action du ministère de la santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/personnes-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-le-plan-d-action-du>
61. NEVEUX MA. L'influence des médecins généralistes sur les comportements de prévention de leurs patients. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, université de Rennes; 2020.
62. Freeman HP, Rodriguez RL. The History and Principles of Patient Navigation. Cancer. août 2011;117(15 0):3539-42.
63. Neal CD, Weaver DT, Raphel TJ, Lietz AP, Flores EJ, Percac-Lima S, et al. Patient Navigation to Improve Cancer Screening in Underserved Populations: Reported Experiences, Opportunities, and Challenges. J Am Coll Radiol. nov 2018;15(11):1565-72.
64. Rubin L, Okitondo C, Haines L, Ebell M. Interventions to increase colorectal cancer screening adherence in low-income settings within the United States: A systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine. 1 juill 2023;172:107522.
65. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 11 janv 2022]. Les principales mesures de la loi. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/les-principales-mesures-de-la-loi>
66. IGAS_mission-mediation.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: https://www.santementale.fr/medias/2023/07/IGAS_mission-mediation.pdf
67. Saidoune N. La sage-femme face à la précarité: état des lieux des connaissances et pratiques des sages-femmes sur la prise en charge des patientes en situation de précarité. éditeur inconnu; 2016. 136 p.
68. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Les compétences des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

69. La santé en action. Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations. Mars 2016. (435).
70. Troisoefus A. Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? Rhizome. 2020;75-76(1-2):27-36.
71. Cambon L, Mangin G, Barthélémy L. Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. Santé Publique. 2007;19(6):513-23.
72. Guillaume É, De Mil R, Quertier MC, Notari A, Launoy G. Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de dépistage des cancers. Santé Publique. 2019;S2(HS2):59-65.
73. Safla AP. Les freins au dépistage du cancer colorectal à La Réunion - Étude qualitative.
74. Screening Tests to Detect Colorectal Cancer and Polyps - NCI [Internet]. 2021 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.cancer.gov/types/colorectal/screening-fact-sheet>
75. Johnson DA, Barclay RL, Mergener K, Weiss G, König T, Beck J, et al. Plasma Septin9 versus fecal immunochemical testing for colorectal cancer screening: a prospective multicenter study. PLoS One. 2014;9(6):e98238.
76. Shirley M. Epi proColon® for Colorectal Cancer Screening: A Profile of Its Use in the USA. Mol Diagn Ther. 1 août 2020;24(4):497-503.
77. Dauphin S. Action publique et rapports de genre. Revue de l'OFCE. 2010;114(3):265-89.
78. rapport_analyse_prospective_2020_synthese.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020_synthese.pdf
79. Meidani A, Alessandrin A. Quand le cancer rencontre le genre. Revue française de sociologie. 2019;60(2):201-24.
80. Loretto A. 6. Les oubliés du cancer. In: La fabrique des inégalités sociales de santé [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021 [cité 30 déc 2023]. p. 147-72. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-fabrique-des-inegalites-sociales-de-sante--9782810909391-p-147.htm>
81. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
82. Cancer du colon rectum [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>
83. Quelle modalité de dépistage, pour qui ? - Dépistage du cancer colorectal [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Quelle-modalite-de-depistage-pour-qui>

84. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>
85. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018-2019 [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2018-2019>
86. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : caractéristique de l'échantillon 13

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Les dépistages organisés	1
1.1. Le cancer du sein	1
1.2. Le cancer colorectal	2
1.3. Le cancer du col de l'utérus	4
1.4. Constat sur les populations précaires	5
2. Les populations précaires	6
2.1. Définitions	6
2.2. Situation de précarité et santé	7
3. Situation dans les Pays de la Loire	8
MÉTHODES	10
1. Présentation de l'étude	10
2. Population étudiée	10
2.1. Population d'étude	10
2.2. Constitution de l'échantillon	10
3. Recueil des données	11
3.1. Déroulement des entretiens	11
3.2. Guide d'entretien	11
3.3. Transcription	11
4. Analyse des données	12
5. Considérations éthiques	12
RÉSULTATS	13
1. Caractéristiques des professionnels interrogés	13
2. Pourquoi les populations précaires se font moins dépister ?	14
2.1. Raisons qui limitaient l'accès aux soins et aux dépistages	14
2.1.1. Limites pour le patient	14
2.1.2. Limites pour le professionnel	16
2.2. Les dépistages n'étaient pas une préoccupation pour les populations précaires	17
2.3. Des difficultés de compréhensions qui limitent l'accès aux dépistages	18
2.4. Identification des limites et des avantages spécifiques à chaque dépistage	20
2.4.1. L'invitation	20
2.4.2. Pour la mammographie	21
2.4.3. Pour le frottis	22
2.4.4. Pour le test de dépistage du cancer colorectal	23
2.5. Des campagnes qui touchaient moins les précaires	25
3. Une solution unanime : aller vers	26
3.1. Un aller vers psychique	26
3.2. Mais également physique	29
4. Travailler sur soi en tant que professionnel	29
5. Pistes d'améliorations pour faciliter l'accès aux dépistages	31
5.1. Comment créer la rencontre « d'humain à humain » ?	31
5.2. Par qui diffuser l'information ?	32

5.2.1.	Le médecin généraliste : un acteur clé pour l'accès aux dépistages	32
5.2.2.	Les autres professionnels	33
5.2.3.	Créer des partenariats entre les professionnels	34
5.2.4.	Passer l'information par les « pairs »	35
5.3.	Accompagner physiquement	36
5.4.	Comment améliorer les campagnes de prévention ?	36
5.5.	Pistes d'amélioration pour chaque dépistage	37
5.5.1.	Pour l'invitation	37
5.5.2.	Pour la mammographie	39
5.5.3.	Pour le frottis	39
5.5.4.	Pour le cancer colorectal	40
DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS		41
1.	Forces et limites	41
1.1.	Forces	41
1.2.	Limites	41
2.	L'aller vers comme incontournable à la promotion des dépistages dans les populations précaires	42
3.	La promotion des dépistages par les médecins généralistes, les autres professionnels et les pairs	45
4.	Focus sur le dépistage du cancer colorectal	48
4.1.	Pistes d'amélioration sur le dépistage du cancer colorectal	48
4.2.	Le dépistage chez l'homme : existe-il une différence de prise en charge entre homme et femme ?	50
CONCLUSIONS ET PRESPECTIVES		53
BIBLIOGRAPHIE		55
LISTE DES TABLEAUX		62
TABLE DES MATIERES		63
ANNEXES N°1 : DETAILS DES MODALITES DES DIFFERENTS DEPISTAGES		I
1.	Cancer du sein	I
2.	Cancer colorectal	II
3.	Cancer du col de l'utérus	III
ANNEXE N°2 : FICHE D'INFORMATION		IV
ANNEXE N°3 : SECONDE VERSION DU GUIDE D'ENTRETIEN		V
ANNEXE N°4 : GRILLE COREQ		VI

ANNEXES N°1 : DETAILS DES MODALITES DES DIFFERENTS

DEPISTAGES

1. Cancer du sein

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été débuté en France en 1994 par la Direction générale de la santé (DGS), puis a été généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004 (81).

Ce programme cible les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer du sein, c'est-à-dire sans symptôme ni facteur de risque particulier. Ne sont donc pas éligibles au dépistage, les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein et les femmes à fort risque d'être porteuse d'une mutation génétique favorisant l'apparition d'un cancer du sein.

Tous les 2 ans, les CRCDC envoient un courrier d'invitation personnalisé qui invite les femmes cibles à se rendre chez un radiologue agréé dont les coordonnées sont jointes au courrier d'invitation.

L'examen comprend une mammographie (comprenant 2 clichés par sein, un cliché de face et un cliché oblique) et un examen clinique des seins.

Si aucune anomalie n'est détectée, la mammographie est systématiquement relue par un second radiologue. Le programme de dépistage bénéficie d'une double lecture : le radiologue participant dit "premier lecteur" doivent effectuer au moins 500 mammographies par an. Les radiologues assurant la deuxième lecture doivent s'engager à lire au moins 1500 mammographies par an.

Si une anomalie est détectée, une prise en charge rapide est organisée (4).

2. Cancer colorectal

Mis en place en 2002 dans 23 départements pilotes, le programme de dépistage a été étendu à l'ensemble du territoire en 2008. Depuis 2010, tous les départements sont couverts (82).

Le dépistage s'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal, c'est à dire dont le seul facteur de risque est l'âge. Le dépistage exclut donc les sujets ayant des antécédents personnel ou familiaux de cancer colorectal, et les personnes ayant des prédispositions héréditaires (83).

Tous les 2 ans, les CRCDC invitent par courrier les personnes de 50 à 74 ans à consulter leur médecin traitant pour qu'il puisse évaluer leur risque de cancer colorectal. Si les sujets sont à risque moyen, ils sont éligibles au dépistage et se voit remettre par leur médecin généraliste un kit de dépistage. Ce kit peut également être remis par les gastroentérologues, les gynécologues et les centres de prévention de l'assurance maladie et depuis 2022 par les pharmaciens.

Si les sujets ne réalisent pas le test suite à la réception de l'invitation, les CRCDC relancent les sujets une première fois jusqu'à 5 mois après l'invitation puis une seconde fois jusqu'à 12 mois après l'invitation. Lors de la seconde relance, les patients ayant participé à au moins une campagne sur les 3 précédentes recevront un test avec l'invitation.

Le kit est composé d'un test immunologique recherchant la présence de sang occulte dans les selles. Si le résultat est négatif (96% des cas), le patient est invité à renouveler le dépistage 2 ans plus tard. Si le résultat est positif (4% des cas), c'est le médecin traitant qui reçoit les résultats. Il est par la suite chargé d'informer son patient des résultats et de l'adresser vers un gastroentérologue pour réalisation d'une coloscopie (84).

Depuis 2015, le test immunologique quantitatif OC Sensor® ayant une meilleure sensibilité à remplacer le test Hémocult II® (85).

3. Cancer du col de l'utérus

Après une phase expérimentale dans 13 départements entre 2010 et 2014, l'objectif d'une généralisation était inscrit dans le plan cancer 2014-2019. Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été mis en place en 2018.

Le dépistage s'adresse aux femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans. Les femmes ayant eu une ablation du col de l'utérus en sont exclues.

Ce dépistage est différent des dépistages organisés pour le cancer du sein et le cancer colorectal. En effet, le principal mode d'entrée dans le dépistage se fait par la proposition du dépistage par les médecins et professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de la femme. Les CRCDC adressent un courrier seulement aux femmes ne participant pas spontanément au dépistage dans les intervalles recommandés.

Deux types de test sont recommandés en dépistage primaire : l'examen cytologique permettant de détecter la présence de cellules anormales et le test HPV permettant de détecter la présence de génotypes HPV à haut risque. Le choix du test se fait selon l'âge de la femme :

- De 25 à 30 ans : séquence de 2 examens cytologiques à 1 an d'intervalle puis réalisation d'un examen cytologique à 3 ans si le résultat des 2 premiers est normal.
- A partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans, réalisation d'un test HPV : 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal ou dès 30 ans si absence d'examen cytologique antérieur. Le rythme entre 2 tests HPV est de 5 ans si le résultat du test est négatif (16).

ANNEXE N°2 : FICHE D'INFORMATION



UFR SANTÉ

Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers.
Lettre d'information



Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 05/01/2022

Madame, monsieur,

Je suis Chloé Bernardeau, interne en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse dirigé par le Dr. Angoulvant, je mène une étude qui s'intéresse au dépistage organisé.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre opinion concernant les dépistages organisés des cancers dans les populations précaires.

L'objectif de ce travail est de permettre d'obtenir des pistes afin d'identifier de nouvelles stratégies pour mieux adapter les dépistages organisés aux populations précaires.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question lors d'entretiens individuels d'une durée de 45 minutes à 1h, au sein du lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite rendu anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Les données seront conservées jusqu'à la fin de la recherche puis supprimées définitivement ensuite.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

- Par email : chloe.bernardeau@etud.univ-angers.fr

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Chloé Bernardeau

ANNEXE N°3 : SECONDE VERSION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien :

Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. Cet entretien sera enregistré mais il restera strictement confidentiel. Vos réponses et propos seront utilisés à des fins d'analyses et l'entretien sera anonymisé. La lecture de la retranscription vous sera proposée si vous le souhaitez.

Etes-vous d'accord pour participer à cet entretien ?

Avant de commencer, avez-vous des questions sur le déroulé de l'entretien ?

Je vous précise que si vous avez des questions, nous pourrions en discuter à la fin de l'entretien.

1) Parlez-moi de votre parcours auprès des populations précaires.

- *Pourquoi avoir voulu travailler avec les populations précaires ?*

Nous allons maintenant parler plus précisément des dépistages organisés du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus.

2) Racontez-moi la dernière fois que le sujet des dépistages organisés (invitation ou mammographie, frottis ou test Hémocult) a été abordé au cours d'une prise en charge ?

- *Avez-vous d'autres exemples marquants ?*

3) Que pensez-vous de la forme actuelle du mode d'invitation aux trois dépistages organisés ?

- *Selon vous quels sont les points positifs de ce mode de dépistage ?*

- *Les points négatifs ?*

- *Pourquoi pensez-vous que le mode d'invitation est adapté ou non adapté aux populations précaires ?*

Selon vous, qu'est ce qui permettrait de rendre l'invitation plus accessible et adaptés aux populations précaires ?

4) Nous allons parler de la réalisation des dépistages, c'est-à-dire de la mammographie, du frottis et du test Hémocult. Qu'est-ce que vous en pensez ?

- *Pouvez-vous me citer selon vous les points positifs de ces modes de dépistage ? Les points négatifs ?*

- *Pourquoi pensez-vous que la réalisation est adaptée ou non adaptée aux populations précaires ?*

Selon vous, qu'est ce qui permettrait de rendre les modes de réalisation plus accessible et adaptés aux populations précaires ?

5) Selon vous, qu'en pense les populations précaires ?

- *Qu'est-ce que les populations précaires vous ont dit à propos de l'invitation et des dépistages organisés ?*

- *Selon vous, quel est leur niveau d'information ?*

- *Qui commence à aborder le sujet ? A quelle occasion ?*

- *S'ils n'en parlent pas, est-ce que vous abordez le sujet avec eux ? Si oui, comment et pourquoi ? Si non, pourquoi ?*

- *Selon vous, par qui l'information peut-elle passer ?*

6) Avez-vous d'autres remarques ou réflexions à ajouter ?

Caractéristiques de la personne :

- Age :

- Profession d'origine :

- Milieu (rural / urbain) :

- Nombres d'années d'expérience auprès des populations précaires :

- Lieu actuel d'exercice :

- Fonction au sein du lieu d'exercice actuel :

ANNEXE N°4 : GRILLE COREQ

D'après Gedda M. Traduction Française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la revue 2015;15(157) : 50–54 (86).

N°	Item	Guide question / description	Réponses
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur / animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	BERNARDEAU Chloé
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience pratique en recherche qualitative. Formation lors de cours à la faculté de médecine d'Angers.
Relation avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Qu'il était interne de médecine générale
8	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Qu'il était interne de médecine générale, réalisant un projet de thèse.
Domaine 2 : conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Retranscription en verbatim du discours puis analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.
Sélection des participants			
10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Prise de contact par mail puis échange téléphonique.
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	8
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0
Contexte			

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Sur les lieux de travail pour 7 participants, chez le chercheur pour 1 participant.
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau 1
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide de 2 dictaphones.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 51 minutes.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codés les données ?	2 personnes pour 2 entretiens puis le chercheur.
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient identifiés à partir des données recueillies.
27	Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	Analyse manuelle sur Microsoft Excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Les dépistages organisés des cancers : avis de professionnels intervenant auprès des populations précaires.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Comme toutes les pathologies, le cancer induit des inégalités sociales de santé. Même si l'instauration des dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus ont permis une réduction des inégalités, des disparités persistent et notamment dans les populations défavorisées socio-économiquement. Par manque de disponibilité principalement, le médecin généraliste ne peut pas porter seul la promotion des dépistages dans ces populations. L'objectif de ce travail était de recueillir l'avis d'un panel de professionnels intervenant auprès des populations précaires sur les dépistages organisés.

MATERIEL ET METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Recensement initial par mail puis recrutement par effet boule de neige avec échantillonnage en variation maximale. Double codage, triangulation et analyse des données dans une approche inspirée de la théorisation ancrée. Analyse au fil de l'eau jusqu'à suffisance des données.

RESULTATS : 7 entretiens, de 51 minutes en moyenne ont été réalisés. L'accès au dépistage pour les populations précaires était limité selon les interrogés par de nombreux freins et représentations. Un aller vers psychique et physique était nécessaire pour se rapprocher de leurs préoccupations et lever ces barrières. Cela passait par des « pairs », par le médecin généraliste dont le rôle central a été rappelé, mais également par d'autres professionnels tels que les médiateurs en santé, les travailleurs sociaux, les infirmières ou les pharmaciens. La nécessité d'un partenariat entre les professionnels pour permettre une prise en charge globale du patient était rappelée. Une intervention humaine était nécessaire pour potentialiser les effets des campagnes médiatiques ou du courrier d'invitation. Ce dernier nécessitait des adaptations. Un envoi de convocation était proposé pour faciliter l'accès à la mammographie, la réalisation d'auto-prélèvements pour favoriser l'accès au frottis et la réalisation du test Hémocult en laboratoire pour simplifier sa réalisation.

CONCLUSION : L'accompagnement d'humain à humain, et particulièrement des hommes, était incontournable pour permettre l'accès au dépistage des populations précaires et potentialiser l'effet des mesures déjà existantes. Un travail pluriprofessionnel autour du patient incluant le secteur social et une adaptation de la forme actuelle des dépistages semble nécessaire pour favoriser leur participation, et notamment celui du cancer colorectal.

Mots-clés : Aller vers, populations précaires, dépistages des cancers, cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus.

Organized cancer screening : the views of professionals working with low-income populations.

ABSTRACT

INTRODUCTION : Like all diseases, cancer is associated with social inequalities in health. Although the introduction of organized screening for breast, colorectal and cervical cancers has helped reduce inequalities, disparities persist, particularly in low-income populations. Mainly due to the lack of availability, general practitioners (GP) are unable to promote screening in these populations on their own. The aim of this study was to gather the views of a panel of professionals working with vulnerable populations on organized screening.

METHODS : Qualitative study by semidirected interviews. Initial census by e-mail then recruiting by snowball effect with maximal variation sampling. Double coding, triangulation of data and inductive analysis according to an anchored theorization. Ongoing analysis until sufficient data was available.

RESULTS : 7 interviews were conducted, lasting an average of 51 minutes. Access to screening for low-income populations was limited by many barriers and perceptions. A psychological and physical outreach was needed to get closer to their concerns and remove these barriers. This involved by "peers", by GPs whose central role was reminded, but also other other professionals such as patient-navigators, social workers, nurses, and pharmacists. The necessity of a partnership between professionals to allow comprehensive care was reminded. Human intervention was needed to maximize the effects of media campaigns and invitations. The latter required adaptation. It was suggested that convocations should be sent out to facilitate access to mammography, that self-sampling should be carried out to encourage access to smear tests and that Hemocult test should be carried out in the laboratory to simplify the procedure.

CONCLUSION : People-to-people support, particularly for men, was essential to ensure access to screening for low-income populations and to maximize the impact of existing measures. Multiprofessional work around the patient, including the social sector, and an adaptation of the current form of screening seem necessary to encourage their participation, particularly in colorectal cancer screening.

Keywords : Outreach, low-income population, early detection of cancer, breast cancer, colorectal cancer, cervical cancer.