

Recherche – action

**Prévention et dépistage des cancers auprès des
personnes migrantes en région Paca**

Représentations, connaissances et pratiques

Maud Duverger, Cyrille Guiraudou

En collaboration avec Latifa Imane

26 Juin 2007

Sommaire

A. Cadre de l'étude	2
I. Contexte de l'étude	3
1. La lutte contre le cancer, une priorité de santé publique	3
2. Les migrants : une population hétérogène dont certaines catégories sont particulièrement vulnérables sur le plan de la santé.....	4
II. Objectifs de l'étude	6
III. Repères méthodologiques	7
1. Suivi et réalisation	7
2. Champs de l'étude	7
3. Sites géographiques concernés par l'étude	7
4. Modalités de déroulement de l'étude.....	8
5. Typologie des populations interviewées et méthodes de recueil des données.....	8
6. Contraintes, biais et limites méthodologiques	10
B. Représentations de santé et pratiques de dépistage des cancers auprès des personnes migrantes	12
I. Résultats de l'enquête auprès des professionnels.....	13
1. Perception et connaissance du public migrant	13
2. Perception des stratégies de promotion de dépistage des cancers	15
3. Propositions des professionnels pour favoriser l'accès au dépistage des cancers.....	16
II. Résultats de l'enquête auprès des personnes migrantes	19
1. Représentations de la santé et de la maladie	19
2. Attitudes et pratiques de prévention et d'accès aux soins.....	20
3. Représentations et connaissances du cancer	23
4. Dépistage des cancers : perceptions, connaissances et pratiques	28
5. Promotion du dépistage organisé des cancers : freins et leviers d'action ..	29
C. Conclusion et recommandations	34
I. Acteurs à mobiliser	35
1. Types d'acteurs	35
2. Sensibilisation et formation	36
II. Contenu des actions	36
1. Développement de l'information autour du cancer	36
2. Représentations du cancer à aborder	37
III. Supports et techniques.....	37
1. Supports d'action.....	37
2. Dynamique de groupe	38
3. Une nécessaire dimension relationnelle.....	38
4. Perspectives.....	39
Bibliographie.....	40
Table des sigles.....	42
Annexes.....	43

A. Cadre de l'étude

I. CONTEXTE DE L'ETUDE

1. La lutte contre le cancer, une priorité de santé publique

La recherche action dont rend compte cette synthèse s'inscrit dans le cadre du programme 6 du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), qui vise à « améliorer la prévention, le diagnostic précoce et le dépistage des cancers ».

Ce programme s'inscrit lui-même dans le cadre du plan national cancer (2003 /2008) qui fait de la lutte contre le cancer une priorité nationale de santé publique.

Le cancer dans la région Paca : des chiffres préoccupants

Avec plus de 21 500 nouveaux cas par an¹, la région est particulièrement concernée.

Responsable de 12 677 décès en 2002, le cancer est la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes.

Les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (touchant surtout les hommes) sont les plus nombreux avec plus de 18 % des décès par cancer. Les cancers colorectaux et de l'anus viennent en troisième position avec 10 % des décès par cancer.

Le cancer du sein, avec 910 décès, constitue la première cause de décès par cancer chez les femmes (17,4 %). Le cancer de la prostate est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes².

Le dépistage organisé du cancer dans la région Paca : des taux de participation inférieurs à la moyenne nationale

Le dépistage d'un cancer peut être individuel (à l'initiative du patient ou sur prescription du médecin traitant) ou organisé par les pouvoirs publics sur un territoire donné.

Les pouvoirs publics orientent les pratiques vers le dépistage organisé de certains cancers, estimé moins coûteux et plus efficace :

« On ne peut ignorer les services rendus par le dépistage individuel, mais son coût pour la collectivité et la difficulté à en évaluer précisément le bénéfice en termes de santé publique conduisent les pouvoirs publics à insister davantage sur le dépistage organisé. »³

La mise en œuvre et la gestion du dépistage organisé sont confiées à des structures départementales gérées généralement par des associations loi 1901. C'est le cas de Arcades dans les Bouches du Rhône et de Adca 84 pour le Vaucluse.

¹ PRSP PACA 2005-2009, cahier des charges 2007 du programme 6, version du 20/11/06 (Source : FRANCIM, réseau français du registre des cancers)

² Institut National du Cancer (2006). *Plan cancer 2003-2006 : ce qui a changé*. pp. 307-310

³ Institut National du Cancer : **Dépistage organisé du cancer du sein : un pilier du plan cancer**. [consulté en mai 2007]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/4pagesdepistageseindf2710.pdf> >

Tous les départements de la région Paca ont mis en place le dépistage organisé du **cancer du sein**. Bien qu'en augmentation par rapport aux années précédentes, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de la région Paca (42,6 %) demeure en 2006 à un niveau inférieur à la moyenne nationale (49,3 %). La situation régionale connaît des variations importantes selon les départements. Sur une période de deux ans (2005-2006), les taux de participation varient de 36,9 % (Bouches-du-Rhône) à 53,9 % (Hautes-Alpes), le Vaucluse présentant une situation intermédiaire (46,4 %)⁴.

Le dépistage du cancer **colorectal** (qui concerne en 2006, 23 départements métropolitains) est organisé dans les départements des Bouches-du-Rhône et des Alpes-Maritimes. Son extension aux autres départements est prévue en 2008.

Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal s'établit à 41,8 % dans les Bouches-du-Rhône avec un niveau inférieur à Marseille (34,7 %)⁵.

Le dépistage du cancer du **col de l'utérus** est organisé dans certains départements pilotes en France. Dans les Bouches-du-Rhône, trois campagnes expérimentales, en 2001 et 2003 sur les 2 et 3^{èmes} arrondissements de Marseille et en 2005 sur les 15 et 16^{èmes} arrondissements de Marseille, ont visé plus particulièrement « *les femmes en situation médico-sociale défavorisée* ». Malgré des adaptations successives, la participation observée reste faible en fonction de facteurs de non participation mis en évidence dont l'illettrisme, la méconnaissance de l'organe et celle de ce type de cancer. Il apparaît que « *les stratégies de communication comparables à celles utilisées pour le dépistage mammaire ou colo-rectal sont inadaptées.* »⁶

L'enjeu est d'améliorer la lutte contre le cancer en accentuant l'augmentation des taux de participation des 50-74 ans afin d'atteindre les objectifs nationaux (80 % pour le dépistage du cancer du sein et 50 % pour celui du cancer colorectal).

2. Les migrants : une population hétérogène dont certaines catégories sont particulièrement vulnérables sur le plan de la santé

Les données recueillies au niveau régional montrent que les taux de participation sont notamment faibles chez les personnes dites précaires.

Les liens entre la situation socio-économique et l'accès à la prévention et aux soins sont certes connus, mais au-delà de la précarité économique, il existe d'autres facteurs qui peuvent favoriser ou freiner l'accès au dépistage en particulier, et l'accès aux soins en général. Ces facteurs montrés dans le cadre d'autres études portant sur les inégalités sociales face à la santé, peuvent être d'ordre culturel, religieux, géographique, juridique, linguistique, et concernent en particulier les personnes migrantes.

⁴ Institut de Veille Sanitaire : **Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2005-2006**. [consulté en juin 2007]. Disponible à partir de : URL : < http://www.invs.sante.fr/presse/2007/le_point_sur/depistage_cancer_sein_240507/index.html >

⁵ Source : Arcades

⁶ PIANA, L., LEANDRI, F.X., JACQUEME, B. & al. (2007). « le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée. Campagnes expérimentales du département des Bouches du Rhône ». *Bulletin du cancer*, 94 (5), pp.461-467.

Définition des termes

Nous entendons par personne migrante ou immigrée toute « (...) *personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. (...) La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition* » (définition du haut conseil de l'intégration reprise par l'Insee)⁷.

Les termes **immigrant** ou **migrant** sont également employés dans le même sens que celui défini pour immigré.

Dans cette étude, nous utiliserons le terme « personnes migrantes » par lequel nous entendons les personnes issues de l'immigration, y compris celles nées en France.

Cette définition permet de prendre en compte l'extrême diversité de la population immigrée, que ce soit du point de vue de l'origine, de l'âge, du sexe, du niveau de scolarisation, du statut économique, du statut de résidence, de la religion, etc.

Les personnes migrantes résidant en Paca : une population très hétérogène qui vit dans des conditions parfois précaires

En 2004, les immigrés représentent 9.7% de la population totale en Paca. La région se classe ainsi au 3^{ème} rang des régions françaises accueillant le plus grand nombre d'immigrés (9% des immigrés vivant en France vivent en région Paca), après l'Île de France (37%) et Rhône Alpes (11%).

L'immigration la plus ancienne en Paca est originaire du Maghreb (majorité de l'Algérie) ou de l'Italie et de l'Espagne. Elle est composée pour l'essentiel de personnes de sexe masculin, peu ou pas scolarisées. Mais depuis une dizaine d'années, on assiste à une évolution importante du profil des migrants nouvellement arrivés (1 personne sur 5 a moins de 10 ans de résidence). C'est une population plus jeune, plus féminine (la part des femmes est dorénavant légèrement supérieure à celle des hommes), plus diplômée, et d'origines plus diverses sur le plan géographique (Europe de l'Est, Turquie, Comores, Afrique subsaharienne).

La population immigrée (en particulier celle issue du pourtour méditerranéen) est plus représentée dans les tranches d'âge les plus élevées de la population régionale, elle-même plus âgée que la moyenne nationale.

Les personnes migrantes se caractérisent également par un taux de chômage plus élevé et un habitat plutôt locatif et vertical (surtout les personnes originaires du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne), plus ancien, plus petit et au confort moindre⁸.

Pour ce qui est de l'hébergement collectif en foyer, le parc Adoma (anciennement Sonacotra, principal organisme gestionnaire) pour la région sud/est (Corse et Paca à l'exception des Hautes-Alpes) est composé de 10 116 logements pour 9 739 résidents en grande majorité masculins dont 68% ont plus de 55 ans et 78 % sont originaires du Maghreb⁹.

⁷ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. **Définition Immigré, immigrant**. [consulté en juin 2007] Disponible à partir de : URL : < http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/immigre.htm >

⁸ Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques Paca (2006). *La population immigrée en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2004*.

⁹ Sonacotra. **Rapport d'activité Sonacotra 2005**, p.27. [consulté en mai 2007] Disponible à partir de : URL : < <http://www.sonacotra.fr/documentation/pdf/rapport2005.pdf> >

La santé des migrants en France : des facteurs de vulnérabilité spécifiques et plus accentués

Il existe très peu d'études exhaustives sur la santé des migrants en France. On dispose ici et là, de données parcellaires collectées par des associations ou des centres de santé. Il n'existe pas, du moins à notre connaissance, d'étude portant spécifiquement sur la situation du cancer chez les personnes migrantes. Mais toutes les données, aussi parcellaires soient elles, mettent en évidence des facteurs de vulnérabilité propres à certaines catégories de cette population qui peuvent constituer autant de déterminants à prendre en compte dans la mise en place d'actions de prévention et de soin pertinentes, acceptables et efficaces.

- Taux de chômage plus important
- Couverture sociale moindre
- Conditions de travail plus difficiles et taux de chômage plus élevé
- Habitat plus précaire /insalubre
- Statut de résidence précaire
- Barrières d'ordre linguistique, culturel, social et religieux
- Absence ou faiblesse de la prise en compte des spécificités des personnes immigrées par les services de santé de droit commun.

« Les maladies dont peuvent souffrir les migrants/étrangers se retrouvent dans l'ensemble de la population, mais leur état de santé est fragilisé par des facteurs de vulnérabilité dont l'association fait la spécificité : traumatisme de l'exil (...), exclusion juridique, administrative et sociale dans le pays d'accueil, difficultés de communication essentiellement d'ordre linguistique. La prise en compte de ces différents facteurs détermine l'efficacité de la prise en charge proposée. »¹⁰

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Du fait des données mises en avant dans les paragraphes précédents, et en dépit de l'absence de données spécifiques précises sur la situation du cancer chez les personnes migrantes vivant en région Paca, on peut faire l'hypothèse, en opérant par recoupements empiriques, que certaines catégories d'immigrés, du fait d'une précarité sociale et économique plus accentuée, présentent des taux de participation moindre au dépistage du cancer. Il s'agit donc, en partant de cette hypothèse, d'identifier ce qui peut freiner ou au contraire favoriser l'accès de ces personnes au dépistage des cancers. C'est pour l'essentiel l'objet de la recherche action¹¹ dont rend compte ce rapport.

Initiée par la Drass Paca, en partenariat avec l'Acse (ex-Fasild), conduite par le Cres Paca avec le soutien d'un comité de suivi constitué de représentants de structures institutionnelles et associatives actives dans les champs de la santé et du soutien aux personnes migrantes¹², cette recherche action vise principalement à :

- étudier les représentations et les pratiques de dépistage des cancers chez les personnes issues de l'immigration résidant dans la région ;

¹⁰ COMEDE (2005). *Guide pratique 2005 : Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale*. p.17

¹¹ Annexe 1 : cahier des charges

¹² Annexe 2 : Présentation détaillée du groupe de suivi

- identifier les stratégies et les actions les plus à même d'améliorer la participation de ces personnes au dépistage organisé du cancer.

III. REPERES METHODOLOGIQUES

1. Suivi et réalisation

La recherche action a été conçue et menée par un binôme constitué de deux permanents du CRES :

- Maud Duverger, diplômée en psychosociologie, chargée de projet au Cres
- Cyrille Guiraudou, diplômé en sociologie, chargé de projet au Cres

C'est ce binôme, soutenu par un comité de suivi, qui a d'une part, défini les modalités de déroulement de l'étude (champs, sites, typologie des personnes à interviewer, méthodes de recueil des données, grilles d'entretien) et d'autre part, réalisé le recueil des données sur le terrain (identification, prise de contact, conduite des entretiens).

Latifa Imane, diplômée en anthropologie de la santé, a apporté un appui ponctuel à l'élaboration des grilles d'entretien, à la mise en place des entretiens de groupe auprès des personnes immigrées, à l'analyse des données recueillies et à la rédaction du rapport.

2. Champs de l'étude

La recherche a pris en compte les représentations de la maladie « cancer » dans sa globalité, mais s'est focalisée sur la partie des connaissances, des pratiques et des recommandations pour certains types de cancer présentant un intérêt particulier en termes de prévention et de dépistage, notamment les cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus.

3. Sites géographiques concernés par l'étude

L'étude s'est déroulée sur deux sites choisis dans les départements des Bouches-du-Rhône (Marseille) et du Vaucluse (quelques villes) qui présentent les taux les plus faibles de participation au dépistage organisé du sein (respectivement 30% et 40%) en 2005.

Le choix des sites s'est fait sur la base des critères ci-dessous :

- Caractéristiques de l'habitat (urbain, péri-urbain, grands ensembles...)
- Existence ou pas de dispositifs de dépistage organisé
- Importance, ancienneté et diversité de la population immigrée

4. Modalités de déroulement de l'étude

L'intervention s'est déroulée en trois phases :

- Une phase de cadrage, qui s'est déroulée de janvier à février 2007, consistant en une étude de la littérature et quelques entretiens avec des personnes ressources ;
- Une deuxième phase, qui s'est déroulée de mars à avril 2007, a consisté à identifier, contacter et interviewer des professionnels institutionnels et associatifs impliqués dans la prévention santé, la prise en charge médicale ou le soutien aux personnes migrantes.
- Une troisième phase qui s'est déroulée de mai à juin 2007, a consisté à identifier, mobiliser et organiser, avec le soutien de certains professionnels rencontrés au cours des phases 1 et 2, des entretiens collectifs et individuels avec des personnes issues de l'immigration.

5. Typologie des populations interviewées et méthodes de recueil des données

L'essentiel des données exploitées dans le cadre de cette synthèse a été recueilli au travers d'entretiens semi-directifs conduits par les deux chargés de mission du Cres avec des professionnels et des personnes immigrées.

Les professionnels

26 professionnels ont été interviewés dans le cadre de l'étude. Il s'agit plus particulièrement de 5 professionnels de la santé, 7 professionnels de prévention, 14 professionnels intervenant auprès de personnes migrantes (cf. détail dans le tableau ci-dessous).

Les propos de ces professionnels ont été recueillis au cours d'entretiens téléphoniques (13) ou d'entretiens en face à face (13).

Les entretiens, qui ont duré en moyenne 30 mn par téléphone et 1h en face à face, se sont organisés autour des questions suivantes¹³ :

- Définition, perception et expérience de la population migrante
- Spécificités de cette population en matière de santé et de prévention (freins et leviers d'action)
- Représentations et connaissances concernant le dispositif de dépistage organisé du cancer
- Propositions pour l'amélioration de l'accès au dépistage des personnes immigrées

¹³ Annexe 3 : Guides d'entretiens des professionnels en fonction de leurs domaines d'activité

Site	Professionnels de la santé	Professionnels de prévention	Professionnels intervenant auprès de personnes migrantes	Total
Marseille	2	3	9	14
Vaucluse	3	4	5	12
Total	5	7	14	26

Tableau 1 : Répartition des professionnels interrogés en fonction de leurs domaines d'activité

Les personnes migrantes

Les entretiens, qui ont duré en moyenne 1h30 pour ceux en groupe et 30 mn pour les individuels, se sont organisés autour des questions suivantes¹⁴ :

- Représentations de la santé et de la maladie
- Pratiques en matière de prévention et de soins
- Représentations et connaissances du cancer
- Modèles explicatifs du cancer
- Représentations, connaissances et pratiques en matière de dépistage du cancer
- Attentes en matière de prévention et de dépistage du cancer

74 personnes immigrées ont été interviewées dans le cadre de l'étude. Il s'agit plus particulièrement de 51 femmes et de 23 hommes (cf. détail dans le tableau ci-dessous et ceux en annexe¹⁵).

Le recueil des données s'est fait pour l'essentiel dans le cadre de **8 entretiens de groupes**, ayant permis de rencontrer 62 personnes au total, par l'intermédiaire de 3 centres sociaux (4 entretiens) et de 4 associations (4 entretiens). Les groupes ont été soit constitués spécialement (4), soit constitués à partir de groupes existants en cours de langue (4).

Ces entretiens de groupe ont été complétés par 12 entretiens individuels en face à face. Ces derniers ont eu lieu dans 2 foyers Adoma situés dans le 15^{ème} arrondissement de Marseille.

¹⁴ Annexe 4 : Guide d'entretien auprès des personnes issues de l'immigration

¹⁵ Annexe 5 : Tableaux récapitulatifs des entretiens avec les personnes migrantes

Principales caractéristiques des groupes

Site	Sexe	Origines	Âges	Activité	Durée de résidence en France
Marseille 3°	Femmes (3) Hommes (5)	Comores (7) Sénégal (1)	29 à 78 ans	Retraite RMI	-
Carpentras	Femme (1)	Algérie	72 ans	Retraite	+ 20 ans
Avignon	Femmes (12)	Maghreb (8) Espagne (2) Ghana (1) Turquie (1)	26 à 73 ans	Retraite Femmes au foyer	3 à 47 ans
Marseille 3°	Femmes (9)	Maghreb (6) Cap Vert (2) Comores (1)	27 à 41 ans	Chômage Femmes au foyer Travail	5 à 27 ans
Avignon	Femmes (12)	Maghreb (12)	18 à 43 ans		1 à 43 ans
Pertuis	Femmes (5)	Maghreb (4) Espagne (1)	42 à 69 ans	Femmes au foyer Retraite	15 à 44 ans
Avignon	Hommes (7)	Maghreb (4) Turquie (1) Ghana (1) France (1)	24 à 64 ans	Travail Chômage Retraite	2 à 10 ans
Marseille 16°	Femmes (8)	Maghreb (7) Comores (1)	34 à 57 ans	Femmes au foyer Travail	2 à 18 ans

Tableau 2 : Détails des groupes de personnes migrantes interrogés

6. Contraintes, biais et limites méthodologiques

La durée et les ressources imparties à l'étude

La durée et les ressources imparties à l'étude au regard des résultats attendus, du champ, de la population et des sites concernés par l'étude, ont constitué les principales contraintes méthodologiques. Il est difficile en effet, sur une période restreinte et avec deux enquêteurs seulement, de réaliser une enquête qualitative, approfondie et exhaustive sur une thématique large et complexe, avec une population hétérogène, difficile voire impossible à délimiter. Il serait ainsi utile, dans un second temps, et en se donnant des moyens plus importants, de creuser, vérifier, croiser et valider les résultats obtenus avec d'autres types de migrants et sur d'autres sites.

La difficulté d'atteindre les populations ne parlant pas le français

Le fait de ne pas pouvoir, faute de moyens, utiliser les services de traducteurs a constitué un vrai biais méthodologique. Alors que les barrières linguistiques ont été identifiées comme un

des principaux freins à l'information, les entretiens ayant été menés en français ont favorisé l'expression des personnes maîtrisant la langue.

Par ailleurs, certains entretiens n'ont pas pu être approfondis du fait de la non maîtrise de la langue française par certaines personnes interviewées.

Autres contraintes et limites identifiées

- Un recrutement qui affecte la représentativité de l'échantillon étudié
 - L'essentiel des personnes migrantes interviewées ont été recrutées par le biais des structures impliquées dans le soutien aux publics dits précaires. Nous entendons par précarité « *le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouche sur des situations de fragilisation économique, sociale, familiale, juridique,...* »¹⁶.
 - La difficulté de mobiliser et de toucher les hommes. Plus des ¾ des personnes migrantes interviewées sont des femmes.
 - La sur représentation de certaines origines.
- La non disponibilité du public visé par l'étude
 - Plusieurs professionnels, surtout des soignants, ont invoqué le manque de disponibilité comme raison de non participation à l'étude.
 - Certains entretiens de groupe et individuels n'ont pu être menés à terme faute de disponibilité des publics.
- La difficulté des professionnels de concrétiser leur participation
 - A quelques reprises, les personnes ressources sollicitées n'ont pas pu organiser les entretiens de groupes comme prévu en raison d'une participation difficile à maîtriser. Certains entretiens de groupe et individuels n'ont pu être menés à terme faute de disponibilité des personnes immigrées et/ou des professionnels.
 - De nombreuses fiches signalétiques des personnes immigrées interviewées dans le cadre de l'étude, n'ont pas pu être renseignées en totalité, soit en raison d'une difficulté de passer du groupe à l'individu, soit parce que les professionnels ne pouvaient pas faciliter ce travail. La typologie de l'échantillon étudié est ainsi moins précise que prévu.

Après avoir exposé le contexte de l'étude, abordons les « Représentations de santé et pratiques de dépistage des cancers des personnes migrantes » selon les professionnels rencontrés puis selon les personnes migrantes elles-mêmes.

¹⁶ Haut Conseil de la Santé Publique (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : Editions ENSP.

B. Représentations de santé et pratiques de dépistage des cancers auprès des personnes migrantes

I. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS

Cette partie relate l'analyse des résultats issus des données recueillies auprès des 26 professionnels.

1. Perception et connaissance du public migrant

Profil du public accueilli

Le public rencontré par les professionnels est majoritairement féminin. Les origines les plus citées sont :

- A Marseille : Comores, Maghreb (Algérie, Maroc), Afrique subsaharienne et Pays de l'est (Bosnie)
- Dans le Vaucluse : Maghreb (Maroc, Algérie), Turquie, ex-Yougoslavie, Afrique subsaharienne (Zaïre, Congo) et Asie.

Un public associé à la difficulté d'intégration et à la précarité sociale et économique

Les données recueillies auprès des professionnels montrent que la notion de « personne migrante » est le plus souvent associée à des **difficultés d'intégration** (économiques, linguistiques...) dans le pays d'accueil. Aucune définition ne reprend de façon exhaustive celle du haut conseil de l'intégration qui définit la personne immigrée comme une personne née étrangère à l'étranger quelle que soit sa nationalité actuelle.

« Une personne migrante est une personne qui arrive d'un autre pays avec les caractéristiques du public CHRS : analphabète, sans ressources, faible niveau scolaire, ... » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes, Vaucluse).

« Par personne migrante, on entend les primo arrivants et ceux qui sont là depuis longtemps mais qui ne maîtrisent pas la langue » (professionnel de prévention, Vaucluse).

Un public aux spécificités marquées au regard de la population générale

Au regard des professionnels interrogés, les personnes migrantes sont marquées **en terme de difficultés** :

- Sur le plan linguistique

La non maîtrise de la langue du pays d'accueil, associée à l'absence de ressources structurées en terme d'interprétariat, est citée par la quasi-totalité des personnes interviewées. Il s'agit d'un marqueur essentiel de l'intégration.

« L'obstacle principal est la langue, ce qui ralentit énormément les choses » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes, Vaucluse).

« Autre problème : la langue. Il y a besoin de quelqu'un pour traduire. C'est souvent l'enfant qui traduit, mais selon le contenu, ce n'est pas adapté » (professionnel de prévention, Marseille).

- Sur le plan culturel

Les spécificités culturelles, écartées ou minimisées de prime abord par les acteurs interviewés, sont tout de même perçues et présentées comme des obstacles importants.

Il y a tout d'abord les **tabous d'ordre religieux et culturels** renforcés par une tendance au repli communautaire et aux pressions religieuses, observée par certains acteurs interviewés, surtout dans les quartiers de grands ensembles :

« On assiste à une reprise en main contre l'émancipation par la société française. Il y a une pression importante. Au niveau de la santé, les maris empêchent leur femme de consulter un médecin homme » (professionnel de prévention, Vaucluse).

La **pudeur** et la honte, en particulier chez les femmes, se manifeste pour tout ce qui touche à la sexualité, aux organes génitaux et donc au suivi gynécologique qui est rendu plus difficile quand il est effectué par un homme.

« La pudeur est un obstacle, surtout chez les femmes maghrébines » (professionnel de santé, Vaucluse).

Ont été ensuite mises en avant des représentations différentes de la santé, de la prévention, de la maladie. Certains acteurs ont ainsi parlé de :

- La difficulté de dire certaines maladies dont le cancer. Nommer la maladie, c'est lui donner une réalité et risquer de l'attraper.

« Le cancer, dans notre société, ça fait peur, mais encore plus dans cette population. Il ne faut pas dire le mot, comme si ça apportait le malheur » (professionnel de prévention, Marseille).

« Au niveau culturel, il y a des maladies qu'on ne dit pas ou qu'on n'accepte pas » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes).

- L'importance du fatalisme et de l'attitude de résignation que cela implique : « Ils n'ont pas la même approche de la maladie que nous. C'est vécu comme une fatalité. C'est Allah qui l'a voulu » (professionnel de prévention, Marseille).
- L'absence d'une culture de prévention d'autant plus forte pour les plus récemment arrivés qu'ils n'ont pas été exposés aux grandes campagnes de prévention qui se succèdent depuis quelques décennies en France.
- La faible fréquentation de spécialistes et l'importance du recours aux soins dans l'urgence.
- La difficulté à toucher et à mobiliser les hommes dans le cadre de séances de prévention/information collective.
- La difficulté à maintenir la continuité des soins du fait de la mobilité des migrants, en particulier les hommes qui vivent entre le pays d'origine et le pays d'accueil.

- Sur le plan socio-économique

Dans un contexte marqué par la précarité, toujours selon les professionnels, la santé n'est pas une priorité :

« Il y a des gens qui ont la CMU mais qui ne mettent pas la santé en priorité, parce que chômage, problème de logement... Il faut un gros, gros souci pour aller à l'hôpital » (professionnel de prévention, Marseille).

Le soin médical prend souvent le pas sur la prévention : on se soigne dans l'urgence.

« On a un public condamné au RMI. Ils ne sont pas dans la prévention. Leurs problèmes sont ailleurs » (professionnel de prévention).

La **méconnaissance du circuit de soin** ou la difficulté d'accès aux droits a également été citée comme obstacle par plusieurs acteurs interrogés.

« Dans nos quartiers, les non migrants savent où s'orienter pour les démarches administratives. Les migrants ne savent pas » (professionnel de prévention, Marseille).

« Quand ils ont la CMU, ça va. Sans CMU, ils vont attendre un peu avant de venir consulter ou ils viennent pour les choses obligatoires à faire » (professionnel de santé, Vaucluse).

Certaines personnes ont également pointé du doigt la complexité du circuit de soin et des démarches administratives, ainsi que la non disponibilité et l'absence de formation des soignants à la prise en compte des spécificités des personnes d'origine étrangère.

« Il y a des multiples allers/retours avec les administrations. Ils se retrouvent dans les culs de sacs de certains dispositifs. Il faut qu'ils s'y prennent à plusieurs fois avant de tomber sur le bon interlocuteur » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes, Vaucluse).

2. Perception des stratégies de promotion de dépistage des cancers

La quasi majorité des professionnels interviewés, quelque soit leur domaine d'activité ou fonction, ont une perception plutôt négative des stratégies et activités actuelles de promotion du dépistage en direction du public migrant. Ils leur reprochent en particulier :

- d'être ponctuelles et de ne pas s'inscrire dans la durée :
« Un prospectus sans moyens derrière, ça ne sert pas à grand-chose » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes, Vaucluse).
- de privilégier une approche trop médico-centrée, peu en prise avec les problèmes, les besoins, les priorités et les réalités quotidiennes ;
- de ne pas impliquer de façon structurée et durable les réseaux et les acteurs de proximité ;
- de favoriser les supports écrits, peu parlants et d'utiliser un langage très médical, très technique difficilement accessible pour des personnes ne maîtrisant pas le français.

3. Propositions des professionnels pour favoriser l'accès au dépistage des cancers

Les propos recueillis concernant les meilleures stratégies pour favoriser l'accès au dépistage des cancers des personnes migrantes, ont permis de mettre en avant certaines propositions et recommandations :

Au niveau de la démarche méthodologique

Pour plus de pertinence, d'acceptabilité et d'efficacité, les actions devraient :

- Etre élaborées en amont avec les personnes concernées pour favoriser une meilleure appropriation :

« La meilleure promotion du dépistage : associer les gens à l'élaboration des outils de prévention » (professionnel de prévention, Vaucluse).

- Associer prévention et soutien (accompagnement vers le dépistage, vers les médecins, etc.). Il faut parfois faciliter la prise de rendez-vous avec les structures et accompagner les personnes lors de la remise des résultats.

- Permettre une continuité entre la sensibilisation et l'action :

« Pour avoir des retombées en acte, il faut que les personnes puissent prendre rendez-vous [directement après la réunion de sensibilisation] pour prendre acte de la démarche. » (professionnel de prévention, Marseille).

- S'inscrire dans la proximité et dans la durée :

« Il faut donner quelque chose à la main. Pas dans la boîte aux lettres, sinon ça va à la poubelle » (professionnel de prévention, Marseille).

« Il faut aller sur les lieux. Une semaine avant l'arrivée du bus [centre mobile de santé], il faudrait faire un atelier avec les personnes parce que les plaquettes ne sont pas lues » (professionnel de prévention, Vaucluse).

- Privilégier une approche personnalisée pour la remise de la lettre d'invitation au dépistage et la prise de rendez-vous. Les lettres d'invitation, au lieu d'être envoyées par la poste, devraient être ainsi distribuées dans le cadre de séances de sensibilisation, remises de la main à la main et expliquées dans des termes simples et accessibles.

- Articuler les approches média et hors média en renforçant et légitimant les actions de proximité par des campagnes médiatiques en particulier audiovisuelles :

« Ils sont sensibles à tout ce qui est média. La TV surtout qui est un support qu'ils utilisent beaucoup » (professionnel de prévention, Marseille).

Et pour être plus en prise avec les réalités et les contextes de vie des personnes, ces actions gagneraient à être intégrées dans des actions existantes portant sur des thématiques perçues comme plus prioritaires par les personnes :

« Il faut aborder les différentes questions dans la globalité de la vie quotidienne et non pas de façon thématique un peu comme des cours » (professionnel de prévention, Vaucluse).

« A chaque fois qu'on essaie de faire une action autour de la santé, la participation est faible. Notamment avec le cancer du col. Il est plus intéressant de se greffer sur une action existante » (professionnel de prévention, Marseille).

« L'action dans le cadre du cancer du sein de 2006 n'a pas du tout fonctionné. Provoquer des réunions sur ce type de thème, c'est voué à l'échec. Nos autres actions de santé marchent mieux car elles sont intégrées dans une démarche plus globale, dans un travail plus long centré sur un public précis » (professionnel de prévention, Vaucluse).

Au niveau des acteurs

Les activités devraient s'appuyer de façon plus structurée sur des réseaux et des acteurs proches, reconnus, légitimés, crédibles, formés dans le domaine de la promotion de la santé, de l'écoute et du dépistage du cancer.

« Le profil idéal : un animateur avec une formation santé. Les médecins, ce n'est pas forcément le plus adapté, parce qu'ils n'ont pas la connaissance de ce public... » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes, Marseille).

« Il faut impliquer plus fortement des acteurs territoriaux, des équipements de proximité comme les centres sociaux, les CMS » (professionnel de prévention, Vaucluse).

« La relation personnelle : des personnes en qui elles ont confiance, qui rassurent et qui ne vont pas raconter des sornettes. C'est un travail de proximité » (professionnel de prévention, Vaucluse).

« Si notre équipe était mieux informée. Elle pourrait informer à son tour et sensibiliser les publics accueillis avant même qu'ils ne reçoivent la lettre » (professionnel de prévention, Vaucluse).

Face aux difficultés de langue, le recours à des traducteurs est indispensable afin d'éviter l'intervention de personnes proches (enfants, voisins) dans des situations inappropriées.

« S'il y a quelqu'un qui peut traduire, ça va. Dans la famille, c'est souvent les enfants qui traduisent, donc là, ce n'est pas possible. » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes, Vaucluse).

Au niveau des techniques, supports et leviers de communication

Les activités doivent :

- utiliser des techniques participatives : ateliers, réunions/débats, causeries, projection de film ;
- favoriser l'oral et utiliser une approche conviviale et positive, centrée sur les bénéfiques et non sur les risques, les difficultés :

« Il ne faut pas utiliser la crainte, la peur comme porte d'entrée. Il faut intervenir par un côté plus positif pour amener à développer des attitudes de bonne santé mais sans trop de lien direct avec la maladie » (professionnel de prévention, Vaucluse).

Il faut éviter les supports écrits et favoriser les supports d'information visuels, interactifs, facilement accessibles à un public ne maîtrisant pas bien le français. Les films de témoignages ont été cités par une partie des professionnels rencontrés, comme les supports

d'information les plus pertinents, les plus acceptables et par conséquent les plus à même de toucher et de faire évoluer les pratiques.

« C'est un public de tradition orale. Donc investir la vidéo de témoignages dans le cadre d'une réunion/débat, ça permet de s'identifier et donc ça a plus d'impact » (professionnel intervenant auprès des personnes migrantes, Vaucluse).

Mais ces supports doivent être accompagnés.

« Les documents visuels de type affiche peuvent être efficaces s'ils sont assez parlants et s'il y a possibilité de travailler derrière sur les réactions provoquées » (professionnel de prévention, Vaucluse).

En résumé :

Les personnes migrantes connaissent des difficultés d'accès à l'information pour des raisons linguistiques et/ou d'obstacles culturels (pudeur, religion, statut de la femme...).

Bien que l'obstacle linguistique soit majeur, l'accès aux ressources de traduction est peu structuré, rendant indispensable l'intervention de personnes proches (famille, ami, voisin...) qui s'interposent ainsi dans une relation qui devrait rester neutre et la plus objective possible.

Il est très difficile de mobiliser le public sur une pathologie et particulièrement sur le cancer : la sensibilisation doit pouvoir se faire à partir d'une approche non spécifique auprès de groupes déjà constitués.

L'aspect relationnel est primordial et passe par l'oralité et le visuel. Le temps d'action s'inscrit nécessairement dans la durée.

Les grandes campagnes de prévention, si elles ne suffisent pas à déclencher l'acte de dépistage, effectuent un travail de fond qui est perceptible sur la durée et donne à l'ensemble des personnes des repères communs.

II. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PERSONNES MIGRANTES

Après avoir rendu compte des données issues des entretiens auprès des professionnels, il convient d'aborder les représentations de la santé et les pratiques de dépistage des cancers selon les personnes migrantes.

1. Représentations de la santé et de la maladie

La santé, c'est d'abord ne pas avoir de maladie

La santé est le plus souvent définie comme l'**absence de maladie grave**, difficile, voire impossible à soigner. Des maladies bénignes, comme le rhume, un mal de tête, ne sont pas perçues comme des menaces sérieuses pour la santé.

« *Etre en bonne santé, c'est ne pas avoir de maladie en dehors de rhume, d'un mal de tête* » (Femme, Marocaine, 41 ans, Marseille).

Ne pas avoir de maladie, c'est aussi avoir un **bon bilan** biologique, validé par un **examen** médical. Cette référence est fréquente surtout chez les personnes atteintes de pathologies nécessitant un suivi et chez les hommes en lien avec le travail.

« *Le docteur, s'il me fait le bilan, que tout est normal : c'est ça la bonne santé* » (Homme, Comorien, 69 ans, Marseille).

L'**absence de souffrance et de douleur** ainsi que le fait de ne pas prendre des médicaments ont également été cités à plusieurs reprises comme des marqueurs de bonne santé.

C'est aussi se sentir bien dans sa tête

La bonne santé est également associée chez la majorité des personnes interrogées à la notion de **bien-être moral et social**.

« *Etre en bonne santé, c'est être bien dans la tête* » (Femme, Ghanéenne, 42 ans, Avignon)

« *C'est bien dormir, bien manger, avoir un travail...* » (Femme, 55 ans, Avignon).

Cette notion est évidemment primordiale pour des personnes confrontées à une précarité socio-économique importante (Femme, isolée, minima sociaux).

La santé, un capital précieux mais difficile à protéger

La santé est présentée et vécue par les personnes interrogées comme un état important qu'il faut sauvegarder. Etre en bonne santé, c'est pouvoir travailler, marcher, s'occuper de ses enfants, etc. C'est le signe de la réussite, d'une grande force. *A contrario*, la survenue de la maladie, surtout grave, a ainsi été présentée par certaines personnes comme un échec, une faiblesse, une incapacité à faire face.

Bien que le terme de « capital santé » ne soit pas utilisé par les personnes migrantes rencontrées, il s'agit de préserver ce capital qui, chez les personnes migrantes, en particulier

chez les hommes, est en effet souvent vécu comme le garant de la réussite du projet migratoire :

« Le projet migratoire est bien souvent un projet d'ascension sociale et de réussite. Pèse alors sur les épaules de celui qui est parti et de sa famille une obligation, voire une assignation à la réussite, ou du moins un discours légitimant et valorisant le départ et l'installation ailleurs, comme le fait de construire une "belle" maison ou de revenir avec une "belle" voiture. Dans ce contexte, **la survenue d'une maladie grave est le symbole par excellence de l'échec du projet migratoire** »¹⁷

Mais le désir, la volonté de préserver ce capital sont freinés par un certain nombre de déterminants :

La précarité économique et sociale : les mauvaises conditions de logement, le chômage, le manque d'argent, ont été mis en avant par plusieurs personnes pour expliquer la difficulté de rester en bonne santé. A quoi bon et comment prévenir la survenue de maladies quand on vit dans un habitat inadapté, insalubre, qu'on n'a pas les moyens de « bien manger » ni de se soigner ?

« *Si j'ai pas de travail et pas de logement, je peux pas être en bonne santé. Tant que j'ai pas un appartement, je vais pas chez le docteur. Entre donner à manger à mon fils et aller chez le médecin, je préfère nourrir mon fils* » (Femme, Comorienne, 29 ans, Marseille).

« *Si t'as pas d'argent, tu souffres... Moi, je souffre de la poche* » (Femme, 44 ans, Pertuis).

Les soucis : la quasi-totalité des personnes interrogées, surtout les femmes, a mis en avant les soucis comme un facteur qui favorise la survenue de la maladie et empêche la bonne santé. Dans un environnement marqué par la précarité, les sources d'inquiétude sont nombreuses : les enfants, les relations avec le mari, l'absence de sécurité matérielle, l'isolement, les accidents de la vie (handicap, deuil, etc.).

L'âge : chez certaines personnes, la difficulté de se maintenir en bonne santé est associée à l'âge, perçu comme un facteur de risque favorisant la survenue de tout type de pathologies.

« *Ce qui peut empêcher la bonne santé ? L'âge : il faut faire attention, être plus vigilant...* » (Homme, Algérien, 59 ans, Marseille).

Mais l'âge à partir duquel les risques sont accrus est très relatif selon qui parle :

« *Etre en bonne santé, arrivé à un certain âge, 35 ans, je peux pas dire que je suis en bonne santé* » (Femme, Comorienne, 36 ans, Marseille). Pour cette personne, déjà confrontée à d'importants problèmes de santé dans son pays d'origine, la santé est une question majeure qui passe avant celle de la condition sociale et économique.

2. Attitudes et pratiques de prévention et d'accès aux soins

Nous avons pu, au travers des propos recueillis, identifier trois types d'attitudes qui peuvent déterminer les pratiques en matière de prévention et d'accès aux soins. Ces attitudes ne

¹⁷ Musso S, « *la 5^{ème} H : de la question des femmes immigrées face au sida en France* », communication présentée dans le cadre de la table ronde : Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde : une approche anthropologique, organisée le 20 novembre 2004 à l'Unesco, études et rapports, série spéciale, n°22, UNESCO, 2005.

sont pas exclusives. Certaines personnes rencontrées s'inscrivent parfois, et de manière paradoxale, à la fois dans l'une ou l'autre en fonction des questions posées.

1- Les comportements individuels de prévention

Voici un certain nombre de comportements qui, selon les personnes interrogées, contribuent à éviter la maladie et préserver la santé :

- Bien manger

L'alimentation tient une place prépondérante dans le discours sur la santé : « *Bien manger* », « *manger comme il faut* » sont des formules qui recouvrent plusieurs réalités :

- valorisation des aliments traditionnels perçus comme plus naturels donc plus sains : thé, menthe, épices, etc.
- méfiance vis-à-vis des produits traités et fabriqués de façon industrielle/moderne
- la consommation fréquente de certains produits est jugée néfaste (la viande est particulièrement visée par les personnes d'origine maghrébine)

- Eviter de fumer et de boire

Le maintien de la santé est associé, en particulier chez les personnes de culture musulmane, au fait de ne pas consommer de tabac ni d'alcool.

- Pratiquer une activité physique

La bonne santé est liée au fait d'être actif et de bouger (sans forcément pratiquer un sport particulier), ce qui permet ensuite de « *bien dormir* », cité également comme important. L'accès à une activité physique est toutefois difficile pour quelques femmes. N'ayant pas l'habitude de pratiquer une activité en groupe (en dehors du réseau familial), elles ne possèdent pas certaines techniques, comme cette dame regrettant de ne pas savoir faire du vélo.

- S'inscrire dans des réseaux de sociabilité/convivialité

Le fait de ne pas être isolé, de disposer d'amis, d'avoir des loisirs, a été mis en avant par plusieurs personnes comme un moyen de prévention des maladies. Prévention primaire grâce à un meilleur accès à l'information mais aussi tertiaire parce que permettant de mieux affronter la maladie si elle se présente.

- S'informer

S'informer sur les risques et les recours possibles en multipliant les sources d'information allant des médias (la TV surtout) aux proches, en passant par les associations et les soignants, nous a été présenté également comme une manière de prévenir la maladie.

- Consulter le médecin et faire des bilans

Le maintien de la santé passe par le recours régulier à des bilans et des contrôles médicaux. Ce sont la parole du médecin et les résultats des examens biologiques et cliniques qui attestent d'une bonne ou d'une mauvaise santé.

Dans certains cas, le recours au médical est marqué par une sorte de consumérisme renforcé dans des situations d'angoisse ou en cas d'hypocondrie. Persuadé que l'on est malade, en dépit de diagnostic attestant le contraire, on multiplie les recours et les contrôles.

2- La maladie est déterminée par une individualité

Les attitudes des individus face à la maladie peuvent jouer également un rôle déterminant dans leur propre rapport à la santé. Pour certains, en l'occurrence des hommes de notre échantillon, la santé est une question de volonté et de force de caractère. Pour être en bonne santé, nous dit cet homme (Comorien, Marseille), « [quand je sens une douleur] *je ne la considère pas* ». Pour lui, il ne s'agit pas de faire l'autruche mais bien de combattre la maladie dans un rapport de force visant à l'empêcher d'apparaître. Il s'agit bien ici d'une pratique de prévention.

Cette attitude est à relier avec la réussite du projet migratoire qui passe par le travail : dans ce contexte, la maladie n'a tout simplement pas sa place.

3- La maladie est liée à des causes extérieures, non maîtrisables

- Les conditions de vie

La santé dépend avant tout des conditions de vie¹⁸. La précarité et l'insalubrité du logement, la difficulté de bien se nourrir, le stress et les soucis sont présentés à la fois comme un facteur aggravant des risques de maladie et un frein à la prévention qui passe souvent au second plan lorsque l'on vit dans la précarité.

- La toxicité des aliments

Selon les personnes rencontrées, de nombreuses maladies sont occasionnées par les produits toxiques (insecticides, conservateurs et autres produits chimiques) utilisés en agriculture et dans l'industrie agro alimentaire.

4- La maladie, une fatalité

- Une décision divine

Une partie des personnes rencontrées abordent le passage de la santé à la maladie comme une décision divine. La santé, c'est Dieu qui la donne et la reprend. Par conséquent, pour ces personnes, il n'est pas possible de prévenir la maladie ni de l'éviter par de quelconques comportements.

¹⁸ Haut Conseil de Santé Publique (1998). *Op.cit.*

On constate d'ailleurs que cette représentation se trouve également auprès d'autres publics :

« Ainsi, pour les femmes américaines, le cancer peut être envoyé par Dieu pour les punir de leur consommation de tabac ou pour éprouver leur foi (Gregg et Curry, 1994). »¹⁹

- Une affaire d'hérédité

Pour certains de nos interlocuteurs (plus rares), certaines maladies, et notamment le cancer, sont liées à un terrain génétique héréditaire.

3. Représentations et connaissances du cancer

Une maladie associée à la mort

De nombreuses personnes migrantes interrogées dans le cadre de cette étude associent spontanément le mot cancer à la peur et à la mort. Elles vont ainsi à l'encontre des perceptions de la population étudiée dans le cadre du baromètre cancer 2005 de l'INPES, dont 9 personnes sur 10 pensent « *qu'on sait guérir de nombreux cancers aujourd'hui* ».

En effet, elles sont nombreuses à avoir exprimé le fait que le cancer (c'est à dire les cancers graves, cf. infra) ne se guérit pas et, pour ceux qui en envisagent la possibilité, que cette guérison se fait à un prix très élevé (souffrances et ablations inévitables – on pense au sein).

Sida et diabète comme référence

Les propos recueillis dans le cadre de cette étude montrent que le cancer, bien qu'il soit associé à la mort, est jugé parfois moins grave que le sida et même que le diabète.

Dans certains groupes en effet, une opposition spontanée est faite avec le diabète (chronique) et le sida (fatal à coup sûr). Le diabète revient souvent dans les discussions avec de nombreux exemples de proches concernés. Il apparaît même parfois comme plus handicapant que le cancer car on ne guérit pas du diabète mais on en meurt pas non plus (pas immédiatement) : un traitement lourd est alors nécessaire en permanence et limite les déplacements (et contrarie notamment les allers-retours des plus âgés).

Ainsi les représentations mises en avant sont encore une fois différentes de celles montrées pour la population étudiée dans le baromètre cancer INPES 2005, dont 92% classent au premier rang le cancer comme maladie grave, bien loin devant le sida (65%).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population migrante est souvent destinataire de campagnes spécifiques sur le sida et le diabète, ce qui n'est pas encore le cas du cancer.

¹⁹ Sarradon-Eck, A. (2004). « Pour une anthropologie clinique: saisir le sens de l'expérience du cancer ». In Ben Soussan (ed.) *Approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint Agne : Editions Erès.

Une maladie qui génère souffrance et perte

Le cancer est une maladie qui fait peur parce qu'elle s'accompagne de grandes souffrances. C'est aussi une pathologie qui génère la perte d'une partie de soi et la modification de son image : ablation de l'organe touché (le « sein coupé » est fréquemment cité), chute de cheveux, perte de poids, etc.

Une maladie inhérente à chacun

Plusieurs personnes ont présenté le cancer comme un danger tapi à l'intérieur du corps, avec lequel on vit en permanence, surtout les femmes. Chacun de nous serait ainsi « porteur » du « germe du cancer » mais l'incertitude réside dans le déclenchement ou non de la maladie et dans l'ampleur de son développement.

A ce moment-là, deux attitudes se distinguent :

- soit on peut agir, l'issue n'est pas une fatalité (le dépistage est alors pertinent mais sa fréquence est envisagée de façon élevée)
- soit on ne peut pas intervenir une fois le déclenchement survenu et il n'y a rien à faire (le dépistage est inutile).

Une maladie « genrée »...

D'après plusieurs personnes interviewées, originaires du pourtour méditerranéen (Maghreb, Turquie et Espagne), il existe **2 sortes de cancer** : les cancers « *féminins* » et « *masculins* » ou encore les « *cancers méchants* » et « *les cancers gentils* ».

Les premiers, **les féminins, sont les plus virulents** : ils se diffusent dans le corps et provoquent la mort. Leur caractère féminin, semble être associé à leur fertilité : ils se reproduisent.

Les seconds, les masculins, sont stériles, localisés sur un seul organe que l'on peut retirer. Ils ne se développent pas, se soignent et la guérison est possible.

L'entourage dans le pays d'origine et les ancêtres ont été cités comme les principales sources d'information pour cette représentation. Deux personnes proches de patients cancéreux ont attribué cette information à des médecins.

Les propos recueillis ont également montré que dans certains cas, le « genre » du cancer détermine l'attitude face au dépistage et aux soins. S'il semble utile de dépister un cancer masculin, jugé guérissable, il ne sert à rien de diagnostiquer un cancer féminin, perçu comme à tous les coups fatal.

... et essentiellement chez les femmes

Les propos recueillis ont également montré que le cancer est perçu par les femmes et par les hommes, comme une pathologie qui concerne essentiellement les femmes.

Les femmes seraient plus enclines à avoir un cancer que les hommes « *parce qu'on a plus de choses à porter* » (femme, Comorienne, 36 ans, Marseille).

Mais surtout, cette féminisation de la maladie est liée au fait que le cancer le mieux connu et le plus cité est celui du sein, de sorte que beaucoup de personnes pensent que le cancer touche presque exclusivement les femmes.

Pour les femmes, le cancer du sein représente le cancer principal. Pour certaines, il constitue même une sorte de porte d'entrée de la maladie dans le corps, pouvant induire que son dépistage pourrait suffire à l'ensemble des cancers.

Une maladie stigmatisante qui ne se dit pas

Le cancer étant une maladie mortelle, effrayante et de cause inconnue, il est souvent vécu comme socialement dérangeant. Il suscite un regard des autres (qui juge, stigmatise, se moque parfois) dont il faut se cacher.

Le cancer est également vécu comme une maladie stigmatisante, parce que perçu comme la conséquence d'une faiblesse psychologique, un échec de la volonté, une incapacité à faire face aux accidents de la vie. Cela montre que l'on n'est pas assez fort et la maladie devient ici culpabilisante car elle rend visible ce défaut. Cela renvoie à l'estime de soi et à la force de caractère. Dans ce cas, et ce sont surtout les femmes qui le disent, il faut le cacher : ne pas être capable d'encaisser les coups durs est une faute grave sanctionnée par un cancer qu'il convient d'affronter seule.

Ainsi, ce sujet prête à de nombreuses réflexions sur la psychogénèse de la maladie :

« J. Stoetzel (1960) a formulé l'hypothèse que, par l'intermédiaire de la diffusion des théories psychosomatiques, notre société reviendrait, après les théories microbiennes déculpabilisantes, à une conception culpabilisante de la maladie, l'individu s'en sentant responsable par le biais des conflits psychiques qui l'ont provoquée. »²⁰

Une maladie mal connue

Les niveaux de connaissance de la maladie varient en fonction des personnes interviewées, mais sont plutôt faibles de manière générale en comparaison avec les données du baromètre cancer 2005 de l'INPES, où 70% des personnes interviewées s'estiment bien informées sur la maladie.

On peut ainsi distinguer, au travers des propos recueillis, trois groupes classés par niveau de connaissance :

- Il y a ceux qui ne connaissent pas du tout la maladie et disent n'en avoir pratiquement jamais entendu parler (comme ces jeunes primo arrivantes algériennes rencontrées en Avignon). Ils sont une minorité.
- Il y a ensuite ceux qui disposent de quelques éléments d'information parcellaires, pas toujours exacts, construits à partir d'éléments recueillis au cours d'échanges informels, d'expériences vécues ou à la TV. Ce sont les plus nombreux.

²⁰ Herzlich, C. (2005). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : Editions de l'EHESS. p.71.

- Il y a enfin ceux qui sont renseignés de manière plus précise, soit par le biais de sensibilisations directes par des relais associatifs ou des soignants, soit du fait d'une proximité personnelle avec le cancer (proche malade, expérience de dépistage). Il y a plus de femmes dans ce cas que d'hommes (caractérisés dans notre échantillon par une installation en France relativement récente).

Ces trois niveaux de connaissance ont été retrouvés dans chacun des groupes rencontrés, à l'exception du groupe sensibilisé à la santé par la formatrice en alphabétisation (Avignon).

On peut faire un lien avec la date d'arrivée en France : plus celle-ci est récente, plus les connaissances sont faibles.

Les cancers les plus cités sont par ordre de priorité :

- le cancer du sein (de très loin)
- le cancer du poumon
- le cancer du cerveau

Plusieurs personnes ont également parlé du « cancer du cœur » qui serait le plus redoutable parce qu'il est situé au niveau de l'organe perçu comme le plus vital : il est à la fois la source de la vie, de la foi et de l'amour.

Les cancers de la prostate et du côlon, ne renvoyant à aucun organe visible ou fonction vitale, ont été peu cités et semblent peu connus à la fois chez les hommes et chez les femmes. Le cancer du col de l'utérus est, lorsqu'il est évoqué, chuchoté comme « *le cancer du bas* » (femme, Algérienne, 47 ans, Marseille).

Une étiologie incertaine source d'inquiétude

La question de savoir d'où vient le cancer s'est posée dans tous les groupes rencontrés. De façon générale, les personnes interviewées disent ne pas connaître exactement LA cause d'apparition du cancer. Cette incertitude est vécue comme anxiogène. Car comment se protéger et comment soigner une maladie dont les causes sont inconnues ?

Mais en dépit de cette ignorance affichée, les propos recueillis ont permis d'identifier quatre modèles étiologiques prépondérants :

- Le cancer n'est pas une maladie contagieuse

Plusieurs personnes rencontrées, même celles qui se disent peu ou pas du tout informées sur le cancer, ont déclaré que cette maladie ne se transmet pas d'une personne à une autre.

- Le cancer vit en chacun de nous

Il s'agit d'une maladie qui est « tapie » à l'intérieur du corps et qui peut se déclencher à tout moment. Certains facteurs de risques ont été mis en avant pour expliquer le déclenchement et la gravité de la maladie :

- L'hérédité et un terrain génétique favorable
- Le fait de vivre des situations de stress, de traumatisme, d'échec

- Le cancer, produit de conditions de vie et de comportements individuels à risques

Si le tabac, l'alcool, le manque d'hygiène sont cités, **l'alimentation** tient une place particulièrement importante comme facteur de risque : ici, les boîtes de conserves, la viande en trop grande quantité, les produits chimiques utilisés pour traiter les légumes sont particulièrement visés. Cette suspicion vient ainsi brouiller les messages incitant à la consommation de fruits et légumes.

Un lien est également fait avec les interdits alimentaires d'ordre religieux (consommation de cochon et absence d'égorgement des animaux) au sein du groupe masculin mais n'est pas partagé par tous.

La pollution est également citée comme facteur de risque, dans plusieurs groupes et plus rarement, le soleil. Une seule personne, un homme d'origine algérienne, âgé de 59 ans, qui a travaillé dans le bâtiment, a mis en avant les risques de cancer professionnel.

« Dans le bâtiment, certains produits, on travaille avec, on sait pas. Par exemple : les bidons qui viennent d'Autriche, les produits pour le ravalement, la colle pour le carrelage, l'isolation... Les produits dont on sait pas d'où ça vient, qui les fabrique, les contrôle » (Homme, Marseille).

- Le cancer est la conséquence d'infections mal soignées

Une grande partie des personnes rencontrées, quelque soit le pays d'origine, a mis la survenue du cancer sur le compte soit d'infections, surtout des blessures mal soignées, soit de risques post opératoires dans le cas d'avortements, d'interventions chirurgicales, d'accouchements,... L'intervention médicale de mauvaise qualité (associée au pays d'origine) peut générer aussi des cancers.

Plusieurs personnes ont ainsi témoigné de l'existence parmi leurs proches de personnes qui auraient développé un cancer suite à une infection du pied mal traitée. L'hypothèse est que cette association soit induite par une confusion entre cancer et gangrène.

Des sources d'information qui privilégient l'oral et le visuel

Les personnes qui disent être informées sur le cancer de façon parcellaire ou précise ont mis en avant les sources d'information suivantes classées par ordre d'importance :

- le médecin traitant
- la télévision. Ont été citées en premier les chaînes arabes du satellite et le magazine « santé » de la chaîne France 5. Ce magazine très apprécié a été cité par plusieurs femmes, même celles qui semblent ne pas bien maîtriser le français.
- l'entourage (proches, collègues de travail,...)
- les relais associatifs de proximité / le centre mobile de santé (Vaucluse)
- la rumeur

Les dépliants et affiches ont été peu cités y compris pour la dernière campagne nationale centrée sur les « héros ordinaires »²¹.

4. Dépistage des cancers : perceptions, connaissances et pratiques

Un acte mal connu...

Dans la plupart des groupes, quelques personnes connaissent le terme de dépistage et le définissent généralement comme « *un examen qui est fait pour voir si on a quelque chose* ». Les personnes les plus récemment arrivées en France connaissent peu le terme et disent en savoir le moins sur l'acte de dépistage.

Le dépistage le plus connu est, de loin, la mammographie. Mais à l'exception de la mammographie, peu de personnes ont été en capacité d'expliquer en quoi consistaient les autres dépistages du cancer en dehors d'une expérience personnelle.

Le frottis, par exemple, est rarement identifié comme un acte de dépistage de cancer. Il est même parfois réalisé sans qu'il soit identifié comme un acte à part entière mais comme faisant partie d'un tout : le suivi gynécologique.

... mais tout de même pratiqué...

En matière de pratiques, bien que le terme « dépistage » ne soit pas forcément connu, nous avons relevé tout de même des pratiques de dépistage chez environ un tiers des personnes interviewées.

Plusieurs femmes de moins de 50 ans ont ainsi déclaré avoir fait une mammographie soit à leur initiative, soit sur prescription du médecin traitant. A l'inverse, plusieurs hommes et femmes de plus de 50 ans disent ne pas avoir reçu la lettre d'invitation au dépistage organisé.

Enfin, certaines personnes, suivies lors de contrôles médicaux réguliers (par le travail ou le bilan de la sécurité sociale), pensent être examinées pour tout et en déduisent que les dépistages des cancers sont inclus : « *Le dépistage que je fais, je pense que c'est pour tout* » (homme, 54 ans, Marseille), « *Tous les ans, je fais la visite, je fais les examens. Ils voient s'il y a un cancer* » (homme, 59 ans, Marseille). La confusion avec le dépistage du sida par la prise de sang se révèle présente.

... surtout de manière individuelle

Ainsi que nous venons de le voir, le dépistage, quand il est pratiqué, est :

- soit le fruit d'une initiative personnelle ; plusieurs femmes ont ainsi raconté qu'elles sont allées demander directement à leur médecin de faire le dépistage suite à une émission de télévision

²¹ Institut National du Cancer. **Pour un nouveau regard sur le cancer**. [consulté en juin 2007]. Disponible à partir de : URL : < http://www.e-cancer.fr/v1/mambots/editors/fckeditor/editor/index.php?option=com_redaction&Itemid=746 >

- soit prescrit par le médecin traitant, ou encore dans le cadre d'un bilan de santé global.

Le dépistage organisé quant à lui, même quand il existe, ne semble pas bien connu et par conséquent peu pratiqué.

Peu de personnes en effet parmi ceux éligibles pour un dépistage organisé disent avoir reçu la lettre d'invitation. Cette situation a été mise en avant aussi bien par des personnes qui ne savent pas lire que par des personnes lettrées.

Le non recours au dépistage organisé apparaît comme le résultat, non pas d'une démarche délibérée, mais plus du fait d'une absence d'information et d'accompagnement adaptés.

« *On reçoit une lettre qui propose des tests, mais on ignore tout du circuit. Il faut indiquer comment se rendre au dépistage. Ils donnent l'adresse et puis c'est tout. Imaginez quelqu'un d'illettré... S'il demande à quelqu'un [le chemin pour s'y rendre], il va lui rire au nez « ah, tu connais pas ça !! Ha ha ».* (Homme, Algérien, 68 ans, Marseille).

Car, lorsque nous avons informé les personnes rencontrées de l'existence d'un tel dispositif, nous avons plutôt noté un réel intérêt.

Concernant le cancer du sein, le plus connu et le plus cité, plusieurs personnes se sont étonnées que le dépistage organisé ne concerne que les femmes de plus de 50 ans, alors qu'elles connaissent plusieurs cas chez des personnes beaucoup plus jeunes.

Les personnes relevant d'un profil inquiet, et celles qui pensent que chacun de nous est porteur du cancer, auraient ainsi plutôt tendance à vouloir réaliser le dépistage avant l'âge préconisé et à une fréquence plus élevée (n'oublions pas qu'il s'agit d'une maladie qui surgit n'importe quand et qui peut aller très vite).

« *Ca se déclare tellement vite ces maladies, ça surprend* » (Femme, Espagnole, 72 ans, Avignon).

5. Promotion du dépistage organisé des cancers : freins et leviers d'action

Les propos recueillis ont permis d'identifier quelques facteurs freinants mais également certains leviers d'action pouvant favoriser l'accès au dépistage.

Facteurs freinants

On peut classer les facteurs freinants en deux catégories : ceux inhérents à la personne et ceux inhérents à l'organisation de l'acte de dépistage.

- Les facteurs inhérents aux personnes migrantes
 - **La peur des résultats**

L'acte de dépistage est générateur d'une forte angoisse liée à l'attente des résultats et pose la question de l'annonce. Cela est renforcé surtout quand il n'y a pas d'accompagnement potentiel dans l'entourage de la personne.

Une femme (44 ans, Vaucluse) expliquait qu'il faut faire des contrôles pour savoir le plus tôt possible s'il y a quelque chose mais la peur des résultats est si importante qu'elle « *le dit mais ne le fait pas* ». Elle a vécu l'annonce d'un cancer concernant son père (parlant français, c'est à elle que l'on annonce la maladie de son père) et a dû gérer le fait de rester dans le secret pour protéger ses parents, dans l'impossibilité de s'appuyer sur la famille, restée dans le pays d'origine.

- **La peur de provoquer la maladie**

Chez certaines personnes, le dépistage est perçu comme l'acte permettant de concrétiser, voire provoquer la maladie. « *Si on cherche, on trouve* ». En outre, la réalisation du dépistage peut indiquer une possibilité de maladie et rend socialement visible l'éventualité d'un échec (du projet migratoire pour les hommes, de la gestion des « soucis » par les femmes).

- **Le fatalisme**

Du fait d'une image inéluctable et dramatique du cancer, certaines personnes estiment qu'il n'y a aucun bénéfice à savoir puisqu'il n'y a rien à faire pour prévenir voire soigner une telle maladie.

- **La précarité**

Dans un contexte de cumul de vulnérabilités de plusieurs natures (économique, sociale, linguistique, juridique, etc.), la prévention n'est pas une pratique courante. Il y a d'autres urgences, d'autres priorités que de chercher un mal qui ne s'est pas encore manifesté.

- **La faible autonomie sociale**

Certaines femmes (surtout d'origine maghrébine) appartiennent à une génération ayant peu d'autonomie sociale (absence de permis de conduire, faible liberté et habitude de nouer des relations sociales hors du cercle familial) : elles cumulent alors de nombreux handicaps d'ordre linguistique et de socialisation.

- Les facteurs inhérents à l'organisation du dépistage organisé

- **L'inadaptation des stratégies d'information et de promotion**

Quand elle est reçue pour la première fois, la lettre est souvent jetée à la poubelle par certaines femmes interrogées. Soit parce qu'elle leur semble s'inscrire dans une démarche trop impersonnelle, trop institutionnelle, soit parce qu'elles se sentent peu concernées.

La lettre est prise en compte par celles qui ont déjà eu des problèmes de santé ou ont été sensibilisées de manière plus personnalisée à l'utilité d'un dépistage.

Par ailleurs, alors que la plupart des dépistages ciblent des personnes âgées, peu ou pas du tout scolarisées, l'essentiel des supports d'information utilisent l'écrit : lettre d'invitation, dépliant, affiche. De plus, ces supports sont souvent diffusés par courrier, sans lettre d'accompagnement, au niveau des structures de proximité qui les relèguent dans un tiroir ou sur une étagère peu accessible et oublient souvent qu'elles les ont reçus.

Enfin, en dehors de quelques expériences pilotes de faible portée géographique, très peu d'acteurs relais, pourtant estimés les plus indiqués pour sensibiliser le public qui nous intéresse, ont reçu une information précise sur ce qu'est le cancer et son dépistage.

- **L'éloignement des structures et la lenteur du processus**

Plusieurs femmes ont mis en avant l'éloignement des structures et les délais d'attente comme facteur freinant.

« *Un jour, j'ai reçu une lettre de la sécu pour le bilan de santé mais je n'y suis pas allée. (grimace) Je préfère le médecin de famille. J'y vais tous les 6 mois. Je peux pas passer toute la journée là-bas (avec les enfants).* » (Femme, 45 ans, Marseille).

Les lieux de dépistage doivent en général être des lieux proches (quartier) et connus pour d'autres actes (centres de radiologie, équipements de proximité...).

- **La dramatisation de l'acte de dépistage**

Le dépistage organisé, en isolant le cancer comme seul objet de l'examen, dramatise l'acte et participe ainsi à renforcer les réticences des personnes qui ont peur de savoir.

- **Une approche trop impersonnelle**

Le dépistage organisé repose, on l'a vu, sur un courrier, stratégie relativement inadaptée au public migrant. Or ce qui préoccupe les personnes rencontrées relève la plupart du temps du relationnel : cela va de l'accueil sur le lieu du dépistage à l'annonce des résultats, en passant par la gestion de l'attente (plusieurs personnes ont en effet cité des exemples de connaissances tombées malades pendant, et à cause de, l'attente de ces résultats). Dans ces cas-là, la présence d'un entourage familial est parfois aidant mais peut être aussi un frein puissant : la personne est alors seule en l'absence d'explications précises sur le déroulement du processus.

Les leviers d'action

Les propos recueillis ont permis de mettre en avant un certain nombre d'éléments à mettre en œuvre pour favoriser l'accès au dépistage organisé chez les personnes migrantes. Ces éléments sont assez proches de ceux préconisés par les professionnels rencontrés dans le cadre de cette étude.

- **Ancrer les stratégies d'information et de promotion au plus près des personnes**

La plupart des personnes interviewées aimeraient être informées sur leur lieu de résidence, de travail, de sociabilité. Les informations devraient être délivrées oralement en langue d'origine ou en français simple, par des relais sociaux ou par des soignants de proximité et intégrées dans des activités d'alphabétisation, de loisirs, d'ateliers d'apprentissage, etc.

Le recours à des relais parlant la langue d'origine et à des interprètes est apparu comme un élément incontournable. Cependant pour être réellement efficaces, ces relais devraient être formés non seulement sur la maladie et le dépistage, mais aussi en matière d'écoute et de relation d'aide pour pouvoir accompagner, de façon individuelle, la démarche souvent angoissante du recours au test et de l'annonce des résultats.

Pour toucher les hommes en particulier, certaines femmes ont recommandé de diffuser l'information dans les lieux de culte ou encore sur le lieu de travail.

Les femmes quant à elles, la santé des enfants étant primordiale, pourraient être sensibilisées dans les centres et les consultations de PMI.

Les médecins traitants ont également été identifiés comme des sources d'information pertinentes, légitimes et écoutées.

Le fait de disposer de dépliants en langue d'origine (la ligue de lutte contre le cancer a élaboré un *flyer* en langue arabe notamment sur le dépistage du cancer du sein) aurait plus une fonction symbolique favorisant l'identification qu'une réelle pertinence. Dans notre échantillon, cela apparaît surtout chez les personnes les plus âgées, dans la mesure où la majorité d'entre elles ne savent pas plus lire leur langue d'origine que le français. De plus, de nombreuses langues, notamment africaines, sont parlées, mais ne sont pas toujours écrites.

- **Renforcer les connaissances, insister sur les avancées thérapeutiques et les bénéfices d'un diagnostic précoce**

Comme l'ont montré les propos recueillis, le niveau de connaissance sur le cancer est très faible. Il ne sert à rien d'informer sur le dépistage si les personnes ne savent pas le relier à une maladie particulière. Il serait important de mettre en place des séances d'information sur les causes et les facteurs de risques, sur la nature de la maladie, son processus d'évolution, son suivi et sa prise en charge.

En résumé :

- maladie
- - dans le projet migratoire basé sur le travail pour les hommes
 - qui renvoie les femmes à la culpabilité de ne pas avoir su gérer les « soucis » (ceux-ci étant souvent cités comme causes de cancer) et d'exposer ainsi leur faiblesse
- méconnues et qui fait peur à tout le monde
- - Pour les hommes*
 - le déni de la maladie : la volonté, le respect de quelques règles (ne pas fumer, ne pas manger de boîte de conserves, de cochon...) suffisent à empêcher la maladie
 - le cancer est essentiellement une maladie féminine qui touche surtout le sein : les hommes ont tendance à se sentir moins concernés
 - Pour les femmes*
 - le cumul de handicaps d'ordre linguistique et de socialisation chez certaines femmes (surtout d'origine maghrébine) ayant peu d'autonomie sociale
 - la peur des résultats et du temps d'attente de ces résultats est très présente chez de nombreuses femmes
 - d'autres femmes développent une inquiétude importante autour de la maladie ; sensibilisées, elles auront tendance à envisager l'acte de dépistage dans une optique de surconsommation visant à se rassurer aussi souvent que possible
- personnes ont tendance à considérer une seule maladie et peinent à envisager la diversité des cancers (et donc celle des dépistages).
- type de cancer), n'attire pas l'adhésion. On préférerait l'englober dans un bilan général pour ne pas l'isoler et dramatiser ainsi l'acte.

C. Conclusion et recommandations

Les résultats de cette étude auprès des personnes migrantes ne permettent pas d'identifier un profil spécifique du migrant vis-à-vis du cancer. En effet, de nombreux éléments sont communs à ceux de la population générale. On notera quelques caractéristiques particulières à prendre en compte, parfois relatives à la durée de résidence en France, notamment :

- la maîtrise de la langue
- certaines représentations (la distinction en cancer féminin et cancer masculin).

Dans le cadre de l'objectif 2 de l'étude (cf. p.7), nous avons identifié à partir des discours des personnes migrantes et des professionnels, quelques recommandations de stratégies à même d'améliorer la participation des personnes migrantes aux dépistages organisés des cancers. Ces recommandations concernent le *qui* (les acteurs à mobiliser), le *quoi* (contenu des actions) et le *comment* (supports et techniques).

I. ACTEURS A MOBILISER

1. Types d'acteurs

Les acteurs sociaux et les soignants de proximité sont le plus souvent cités pour délivrer les informations dans le cadre d'activités d'alphabétisation, de loisirs, d'ateliers d'apprentissage, etc. En ce qui concerne les acteurs sociaux, il s'agit de structures à vocation généraliste et non spécifique à la santé (centre social, association de quartier...) qui peuvent intégrer la sensibilisation autour du cancer dans un cadre plus global. Les associations de type communautaire sont à impliquer mais leur participation ne suffit pas à impliquer le public migrant dans son ensemble.

Intégrer la sensibilisation au dépistage organisé des cancers à des actions existantes – sur une thématique santé ou non – avec les professionnels déjà en place apparaît comme un facteur déterminant. En effet, la multiplicité d'acteurs, intervenant essentiellement de façon ponctuelle, a tendance à brouiller la visibilité des actions et à nuire à leur efficacité (faible participation des publics).

Les médecins traitants ont également été identifiés comme des sources d'information pertinentes, légitimes et écoutées. En effet, comme l'indiquent Pascale Gayard et ses collaborateurs²² (2007) « *Les leviers pour gagner des points de participation concernent à la fois les médecins et les femmes* ». Ainsi, il est primordial de passer par les généralistes : « *le fait d'être encouragée par son médecin est un facteur d'adhésion majeur au dispositif* », d'autant plus que la population rencontrée ne fréquente que très peu les médecins spécialistes.

²² Gayard, P., Namer, M., Granon, C. (2007). *Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein?* ADSP n°58, pp. 12-15.

2. Sensibilisation et formation

L'information et la sensibilisation des acteurs locaux sont indispensables en vue de leur mobilisation. Il est ainsi utile d'envisager une information systématique, à l'échelle d'un territoire, en préalable à une campagne de dépistage organisé afin de les rendre acteurs (et non exécutants). Ces acteurs seraient ainsi en position, non seulement, de relayer l'information auprès du public, mais aussi de représenter un interlocuteur de proximité auprès desquels les personnes destinataires de la lettre d'invitation pourraient s'adresser.

Cependant pour être réellement efficaces, les relais devraient être formés sur la maladie et le dépistage, ainsi qu'à l'écoute et à la relation d'aide.

Le recours à des relais parlant la langue d'origine et à des interprètes est apparu comme un élément incontournable. Il serait ainsi souhaitable de mettre à disposition des équipes de traducteurs.

Mobilisation d'acteurs de proximité : exemples

- ⇒ *Envoi d'une documentation sur le déroulement de la campagne à l'ensemble des associations*
- ⇒ *Réunions d'informations à destination des professionnels et associatifs*
- ⇒ *Formation qui serait relayée dans chaque département de la région, en collaboration avec les structures de gestion des dépistages organisés*
- ⇒ *Atelier avec un groupe visant à produire des outils (lettre, dépliant...) à utiliser pour la campagne*

II. CONTENU DES ACTIONS

1. Développement de l'information autour du cancer

La promotion du dépistage passe par l'information sur les avancées thérapeutiques et les bénéfiques d'un diagnostic précoce. Le cancer est souvent perçu par la majorité des personnes interviewées comme une maladie mortelle, pour laquelle les soins sont inefficaces. Or l'on sait aujourd'hui que de nombreux cancers sont guérissables quand ils sont diagnostiqués de façon précoce. Il s'agit donc de lutter contre l'image d'une finalité inéluctable du cancer et de démontrer par des témoignages mettant en scène des personnes entre autres issues de l'immigration, qu'il est possible de le vaincre et que le « sein coupé » n'est plus une fatalité.

Exemples de sujets à aborder :

- L'étiologie des cancers
- La pluralité des cancers
- Les possibilités de guérir les cancers
- Les examens de dépistage : cancer, sida, hépatites : quelles différences ?
- Les hommes face au cancer

- Les démarches précises des dépistages organisés

Etant donné le caractère morbide des cancers, il faut axer la communication sur les **aspects positifs** du dépistage organisé (fiabilité, progrès social) et les avancées médicales (guérison de plus en plus nombreuses, ablations évitables...).

Exemples :

- ⇒ *Information auprès de groupes pilotes et travail sur la diffusion de cette information*
- ⇒ *Accent particulier sur les personnes récemment arrivées*
- ⇒ *Information auprès de l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux*

2. Représentations du cancer à aborder

Pour augmenter la participation des personnes migrantes aux différents dépistages organisés des cancers, tendre vers la déconstruction ou l'atténuation des représentations suivantes sera incontournable, même si elle s'envisage dans la durée :

- Le cancer est un indicateur d'échec, de faiblesse : le malade est coupable
- La maladie est une fatalité divine
- Les femmes sont plus enclines au cancer que les hommes

III. SUPPORTS ET TECHNIQUES

Nous avons pu voir que des actions sont ponctuellement menées, au niveau local. Les différences sont ainsi frappantes entre les groupes sensibilisés et les autres. Les recommandations suivantes viennent pour renforcer et élargir (diffuser) l'existant.

Ces éléments, destinés à favoriser la conduite d'actions de proximité pour améliorer la participation au dépistage organisé des cancers, sont proposés dans l'esprit d'une complémentarité avec les grandes campagnes de sensibilisation qui contribuent à la construction d'une toile de fond et à la diffusion d'une culture commune qui, même si elle est appropriée différemment selon les publics, permet néanmoins de donner des repères pour l'action dans la durée.

Renforcer une approche hors média par une approche média, légitimant ainsi les actions de proximité par des campagnes médiatiques (en particulier télévisuelles).

1. Supports d'action

- Eviter les supports écrits et favoriser les **supports** d'information **visuels**, interactifs, facilement accessibles à un public ne maîtrisant ni le français ni l'écrit. Ex. : les films de témoignages.
- Utiliser des **techniques participatives** : ateliers, réunions débats, causeries, projection de film.

- Favoriser l'oral et utiliser une **approche conviviale** et « positivante », centrée sur les bénéfices et non sur les risques et difficultés.
- Développer en parallèle des **actions de fond** auprès de groupes existants (cours de langue, groupe de parole, rendez-vous « petit-déjeuner »...) visant à la coproduction de la démarche de sensibilisation au dépistage et à l'activité des personnes relais.

La plupart des personnes interviewées aimeraient être informées sur leur lieu de résidence, de travail, de sociabilité. Les informations devraient être :

- délivrées oralement en langue d'origine et en français simple
- intégrées dans des activités d'alphabétisation, de loisirs, d'ateliers d'apprentissage, etc.

2. Dynamique de groupe

Nous avons rencontré les personnes en groupe avec l'aide d'intervenants locaux. Les conditions de recrutement, la participation et la dynamique de chaque groupe sont autant d'indicateurs pour favoriser la mobilisation dans le cadre d'actions de terrain.

A ce titre, quelques éléments sont à retenir :

- L'intervention auprès de **groupes déjà constitués** a permis de gagner du temps dans le recrutement mais ce n'est pas le seul avantage de cette méthode. En intégrant la thématique dans une activité plus générale et en valorisant le rôle du professionnel impliqué (formateur, animateur, travailleur social...), les groupes ont été plus nombreux et plus actifs dans ce cadre-là. Cela permet en outre d'inscrire une action dans la durée plus facilement qu'auprès d'un groupe recruté spécifiquement.
- Les **cours de langue** constituent à ce titre un espace privilégié car ils permettent l'intervention auprès d'un public migrant sans stigmatisation importante. De plus, l'action de sensibilisation peut profiter d'un travail en amont et en aval du formateur qui peut l'utiliser comme support d'apprentissage. Le critère d'intéressement est ici important. C'est en outre un lieu particulièrement intéressant pour toucher le public masculin, peu mobilisé dans les autres espaces de l'action socio-éducative.

3. Une nécessaire dimension relationnelle

Nous avons souligné la forte angoisse générée par l'acte de dépistage. Cela est d'autant plus fort pour une population présentant des obstacles renforcés à l'accès à l'information : la barrière linguistique, la méconnaissance des circuits et des acteurs de santé, l'isolement ou la faible autonomie sociale pour certaines personnes.

Si le développement de la communication orale de proximité est nécessaire, il convient de porter une attention particulière à la **clarté du processus** (accueil, délais, annonce) et d'inscrire une dimension d'**accompagnement** dans le dépistage organisé (les personnes doivent pouvoir identifier un interlocuteur à qui s'adresser en cas de questions).

Exemples :

- ⇒ N° vert (existant ou spécifique au dépistage organisé, au territoire...)
- ⇒ Permanences d'information et d'accueil sur les secteurs concernés

Cette dimension relationnelle s'inscrit dans une démarche basée sur la proximité (avec une approche personnalisée) et dans la durée, visant à rendre les personnes actrices des actions qui les concernent. Par exemple :

- Distribuer les lettres d'invitation au dépistage organisé lors de séances de sensibilisation, remises de la main à la main et expliquées dans des termes simples et accessibles
- Indiquer le chemin pour se rendre au dépistage sur la lettre d'invitation.

4. Perspectives

Dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique PACA et dans la continuité de cette action, il est prévu d'engager des actions expérimentales sur les sites concernés (Vaucluse, Marseille) et un site dans le département du Var. Dans les sites concernés par la présente étude, les actions s'appuieront sur les dynamiques engagées selon deux axes :

- **Action expérimentale avec des groupes existants**
 - Améliorer les connaissances
 - Expliciter les démarches et co-produire des supports adaptés
 - Étendre la dynamique de groupe
- **Coordination entre les acteurs de terrain**
 - Diffuser l'information sur le dépistage à l'ensemble des acteurs de proximité
 - Permettre la formation de certains acteurs relais

Après une période de prise de contact, l'action démarrera selon les mêmes principes dans le Var.

Bibliographie

COMEDE (2005). Guide pratique 2005 : Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale.

GAYARD, P., NMER, M. & GRANON, C. (2007). *Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein?* ADSP n°58, pp. 12-15.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : Editions ENSP.

HERZLICH, C. (2005). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : Editions de l'EHESS.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (2006). *Plan cancer 2003-2006, ce qui a changé*. pp. 307-310.

INSEE (2006). *La population immigrée en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2004. Rapport d'étude INSEE PACA*.

MUSSO S. (2005). « *la 5^{ème} H : de la question des femmes immigrées face au sida en France* », communication présentée dans le cadre de la table ronde : Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde : une approche anthropologique, organisée le 20 novembre 2004 à l'Unesco, études et rapports, série spéciale, n°22, UNESCO.

PIANA, L., LEANDRI, F.X., JACQUEME, B. & al. (2007). « Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée. Campagnes expérimentales du département des Bouches du Rhône ». *Bulletin du cancer*, 94 (5), pp.461-467.

PRSP PACA 2005-2009, cahier des charges 2007 du programme 6, version du 20/11/06 (Source : FRANCIM, réseau français du registre des cancers).

SARRADON-ECK, A. « Pour une anthropologie clinique: saisir le sens de l'expérience du cancer ». In BEN SOUSSAN (Ed.) (2004). *Approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès.

Sites internet :

INSTITUT NATIONAL DU CANCER : **Dépistage organisé du cancer du sein : un pilier du plan cancer**. [consulté en mai 2007]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/4pagesdepistageseindex2710.pdf> >

INSTITUT NATIONAL DU CANCER. **Pour un nouveau regard sur le cancer**. [consulté en juin 2007]. Disponible à partir de : URL : < http://www.e-cancer.fr/v1/mambots/editors/fckeditor/editor/index.php?option=com_redaction&Itemid=746 >

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. **Définition Immigré, immigrant.** [consulté en juin 2007] Disponible à partir de : URL : < http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/immigre.htm >

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE : **Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2005-2006.** [consulté en juin 2007]. Disponible à partir de : URL : < http://www.invs.sante.fr/presse/2007/le_point_sur/depistage_cancer_sein_240507/index.html >

SONACOTRA. **Rapport d'activité Sonacotra 2005.** p.27. [consulté en mai 2007] Disponible à partir de : URL : < <http://www.sonacotra.fr/documentation/pdf/rapport2005.pdf> >

Table des sigles

Acse	Agence Nationale de la Cohésion Sociale et de l'égalité des chances
Adca 84	Association pour le dépistage des cancers dans le Vaucluse
AME	Aide Médicale d'Etat
Arcades	Association pour le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et des cancers colo-rectaux
Comede	Comité médical pour les exilés
CMU	Couverture Maladie Universelle
Creops	Centre régional d'étude et d'observation des politiques et pratiques sociales
Cres	Comité régional d'éducation pour la santé
DO	Dépistage organisé
Drass	Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
Inca	Institut national du cancer
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
Paca	Provence Alpes Côté d'Azur
PM	Personnes migrantes
Sonacotra	Société nationale de construction de logements pour les travailleurs

Annexes

Annexe 1

**Ministère de l'emploi, de la cohésion
Sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
Direction Régionale des Affaires
Sanitaires et Sociales
Provence-Alpes-Côte d'Azur
23-25, rue Borde
13285 MARSEILLE CEDEX 08**

**Fonds d'action et de soutien pour
l'intégration et la lutte contre
les discriminations
Direction régionale de
Provence-Alpes-Côte d'Azur
17, rue Pierre Dupré
13417 MARSEILLE CEDEX 08**

Cahier des charges pour une étude-action sur la prévention et le dépistage des cancers chez les populations immigrées en Provence-Alpes-Côte d'Azur

- 1- Les commanditaires de l'étude action
- 2- La problématique
- 3- Le contexte
- 4- Le champ
- 5- Les objectifs
- 6- La méthodologie
- 7- Le pilotage – le suivi – le calendrier
- 8- Le budget

JUIN 2006

1- LES COMMANDITAIRES DE L'ETUDE-ACTION

Les commanditaires de cette étude-action sont :

- la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS), représentée par son Directeur, Jean CHAPPELLET,
- le Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD), direction régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur, représenté par son Directeur, Henry DARDEL.

Les commanditaires se sont appuyés sur la réflexion d'un groupe de travail partenarial composé de représentants :

- des deux institutions : DRASS et FASILD,
- de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) des Bouches du Rhône,
- de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS),
- du Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)
- du Centre Régional d'Etudes et d'Observation des Politiques et des Pratiques Sociales (CREOPS),
- de la Société Nationale de construction pour les travailleurs (SONACOTRA).

2- LA PROBLEMATIQUE

Priorité de santé publique, la lutte contre le cancer est l'un des grands chantiers présidentiels annoncés en juillet 2002.

Ce plan de mobilisation nationale contre le cancer 2003-2008 implique l'ensemble des femmes, hommes, patients, professionnels, chercheurs et gestionnaires.

70 mesures fixent les objectifs à atteindre, à échéance de 5 ans, pour chacun des six chapitres opérationnels : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir.

Des campagnes nationales de communication sur le dépistage des cancers ont été réalisées, accompagnées de kit de communication (messages télévisés, radios, presse, affiches, plaquettes, ...)

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le cancer est la première cause de décès chez les hommes, et la deuxième chez les femmes.

Malgré les campagnes nationales et régionales, la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein, la compétence et l'expérience des acteurs de santé, la région demeure actuellement à un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein bien inférieur aux données nationales avec des variations importantes selon les départements.

La priorité de santé publique pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est d'augmenter ce taux de participation au dépistage des cancers pour toute la population concernée de la région en valorisant les outils d'information et de communication déjà existants au niveau national et en favorisant des actions spécifiques pour mieux atteindre plus particulièrement des publics ciblés tels que les personnes immigrées.

3- LE CONTEXTE

Des constats :

- la prévention et le dépistage des cancers sont une priorité de santé publique,
- cet axe prioritaire est inscrit dans le programme régional d'insertion des populations immigrées (PRIPI),
- peu d'études existent sur le thème de la santé des populations immigrées en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou des études fragmentaires ciblées sur un type de population (exemple : les maghrébins) ou des pathologies précises (exemple : le SIDA)

Des recommandations dans l'approche de la problématique

- les populations immigrées ou issues de l'immigration, les français d'origine étrangère, les primo-arrivants ou ceux présents depuis plusieurs générations en France, sont très hétérogènes (originaires d'Afrique, Europe, Asie, Amérique),
- l'identification de ces publics aux messages d'informations et de communication « généralistes » est à prendre en compte au regard de cette diversité,
- ne pas aborder la problématique par une stigmatisation de cette population cible.

4- LE CHAMP

La population concernée par cette étude-action sont les populations de nationalité étrangère ou de nationalité française et issues de l'immigration, isolées ou en familles, primo-arrivantes ou installées, vivant en hébergement collectif ou individuel.

5- LES OBJECTIFS

Objectif principal

Améliorer significativement la participation de ces publics aux campagnes de prévention et de dépistage organisé des cancers dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Objectifs intermédiaires

- déterminer la sensibilité de ces publics par rapport au concept de prévention et de dépistage des cancers,
- déterminer les arguments d'incitation à la prévention et au dépistage des cancers auxquels ces publics seraient sensibles,
- mettre en évidence les divergences d'approche entre les différents groupes au sein du public visé,
- au regard des outils de communication et d'information déjà existants et des modalités de communication utilisées, mettre en évidence ceux qui seraient mieux adaptés à ces publics (qu'il faudrait remanier ou créer) ainsi que les lieux plus propices pour communiquer.

6- LA METHODOLOGIE

Si l'étude-action couvre le champ de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, elle doit se caler sur une approche :

- territoriale : deux territoires à explorer dont les localisations proposées par l'opérateur seront arrêtées par les commanditaires,
- domiciliaire : la spécificité de ces publics résidant en hébergement collectif type Sonacotra ainsi que ceux en logement individuel,
- par des consultations, sous forme de questionnaires ou réunions de groupe, auprès :
 - des publics eux-mêmes,
 - des professionnels de santé type médecin généraliste,
 - des professionnels qui utilisent les outils de communication actuels,
 - des associations œuvrant auprès de ces publics dans un autre champ que la santé (social, culture, sport...)
 - des personnes relais en contact avec ces publics,
 - tout autre structure ou professionnel en lien avec ces publics sur le territoire donné à explorer.

7- LE PILOTAGE – LE SUIVI – LE CALENDRIER

Le pilotage.

Il est assuré par les commanditaires qui s'appuient sur le groupe de travail dont la composition est fixée au point 1 ; ce comité de pilotage se réunit :

- pour le choix de l'opérateur, la fixation du programme de travail et son calendrier,
- pour la restitution du rapport final,
- à tout moment, si nécessaire ou souhaité.

L'opérateur sera reçu par le comité de pilotage.

Le suivi.

Il est confié au groupe de travail désigné au point 1 à partir de rencontres avec l'opérateur aux différentes phases suivantes :

- avant le démarrage de l'étude-action, à partir de propositions de travail écrites présentées par l'opérateur en vue
 - de valider la proposition d'ensemble sur le fond et sur la méthodologie proposée,
 - d'arrêter les territoires à explorer,
 - de valider le questionnaire et les panels de populations à rencontrer,
 - de confirmer le calendrier et la procédure de suivi ;
- au cours de l'étude-action : bilans d'étape dont la fréquence, les échéances et les modalités seront arrêtées avec l'opérateur lors de la réunion prévue avant le démarrage,
- à la fin de l'étude-action : examen par le groupe de travail du projet de bilan final avant son dépôt définitif.

Il appartient à l'opérateur, en dehors de cet échéancier, de provoquer la réunion du groupe, à sa demande auprès des institutions commanditaires, pour des motifs qui lui seront propres.

Le calendrier.

Lorsque le choix de l'opérateur sera arrêté par les commanditaires, l'opérateur aura quatre mois pour réaliser cette étude-action et rendre son rapport final à une date qui sera fixée lors de la première réunion du comité de pilotage ;

8- LE BUDGET

Pour réaliser cette étude-action, une somme de est prévue ;

Elle sera versée en une seule fois après remise du rapport final.

Pour répondre à cet appel, des propositions détaillées en réponse au présent document devront être envoyées avant le2006 en double exemplaire à chacun des commanditaires :

- DRASS – service cohésion sociale - 23/25 rue borde – 13285 MARSEILLE CEDEX 08 – fax : 04.91.78.43.82 – mail : dr13-cohesion-sociale@sante.gouv.fr
- FASILD – Direction régionale – 17 rue pierre Dupré – 13417 MARSEILLE CEDEX 08 - fax : 04 91.53.80.01 (adresse mail du FASILD à compléter)

accompagnées d'une note présentant la structure de l'opérateur (nature juridique, activité principale, nom et qualifications de la ou des personne (s) qui sera (ont) chargée (s) de l'étude-action) et les études déjà réalisées par la structure (titre – année – organisme commanditaire).

Annexe 2

Constitution du groupe de suivi de l'étude :

Nom	Prénom	Organisme
BERARD	Line	ACSE
DELHOUM	Badra	ACSE
EMSELLEM	Sylvie	CREOPS
GAUTIER	Claude-Pierre	ADCA 84
LE RETRAITE	Laurence	ARCADES
LUCAS	Cécile	DRASS
MANSOUR	Zeina	CRES PACA
MARQUIS	Danielle	DRASS
MORICE	Patricia	DRASS
STAGLIANO	Annie	DRASS
TCHIKNAVORIAN	Christelle	ARCADES
TIFRATENE	Karim	ARCADES

Annexe 3

Guide d'entretien d'acteurs impliqués Dans le soutien aux personnes migrantes

1. Quel est votre secteur d'activité ? Auprès de quels publics ?
2. Pour vous, un migrant, c'est qui ? Qu'est-ce qui fait que vous considérez telle personne « migrante » ou non ?
3. Entre vos publics PM et non PM, avez-vous constaté des différences ? Lesquelles ? Y a-t-il des spécificités des PM en termes d'obstacles ? D'atouts ? Lesquelles ?
4. Avez-vous constaté des différences, en termes de prise en charge, au sein des différents publics migrants ? Quelles variables ? Facilitatrices ? Freins ?
5. Quelle est votre expérience en matière de prévention santé ? Si vous avez mis en place des actions de prévention santé, qu'est-ce qui a fonctionné et moins bien fonctionné ?
6. Menez-vous ou avez-vous mené des activités de prévention cancer ? De dépistage cancer ? si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?
7. Est-ce que les stratégies actuellement en place sont adaptées au PM ?
8. Au travers de votre expérience, quelle serait la meilleure stratégie pour améliorer la participation au dépistage des PM ?
 - Typologie des acteurs à mobiliser
 - Activité à mettre en place
 - Type de support d'information
 - Canaux d'information
9. Utilisez-vous des outils de prévention : dépliants, affiches, etc. ? Lesquels ? Si on devait élaborer un nouvel outil de prévention cancers spécifique aux PM, quelle forme devrait-il prendre, selon vous ?

Guide d'entretien « professionnels prévention et promotion santé »

1. Quels sont vos domaines d'intervention ?
2. Avec quels publics prioritaires ?
 - Si PM : qui est-ce ?
 - Si non PM : et les PM ?
3. Y a-t-il des spécificités, avec les PM (si intervention auprès de PM) ? Obstacles ? Atouts ?

Quelles sont les différences avec les autres publics ? Quelles sont ces spécificités ?
4. Y a-t-il des stratégies particulières qui fonctionnent bien avec les PM ? Choses apprises ? A renforcer ? A éviter ?
5. Avez-vous mis en place des activités autour de la prévention cancer ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Si non, pourquoi ?
6. Avez-vous mis en place des activités spécifiques en direction des PM ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Si non, pourquoi ?
7. Au travers de votre expérience, quelle serait la meilleure stratégie pour améliorer la participation au dépistage du cancer des PM ?
 - Typologie des acteurs à mobiliser
 - Activité à mettre en place
 - Type de support
 - Canaux d'information
8. Est-ce que les stratégies actuellement en place sont adaptées aux PM ?
9. Utilisez-vous des outils de prévention : dépliants, affiches, etc. ? Lesquels ?
10. Si on devait élaborer un nouvel outil de prévention cancers spécifique aux PM, quelle forme devrait-il prendre, selon vous ? Par quels canaux d'information ?

Guide d'entretien « professionnels de santé »

1. Pouvez-vous présenter et détailler votre activité dans le champ de la santé ?
2. Quel est le profil de vos patients ? Quel type de public prenez-vous en charge ? Parmi eux, quelle est la proportion de personnes migrantes ?
3. Pour vous, un migrant, c'est qui ? Qu'est-ce qui fait que vous considérez telle personne « migrante » ou non ?
4. Entre vos patients PM et non PM, avez-vous constaté des différences ? Lesquelles ?
5. Y a-t-il des spécificités des PM en termes d'obstacles ? D'atout ? Lesquelles ?
6. Faites-vous de la prévention dans vos pratiques de soin ? Quelles est la part de prévention dans votre pratique professionnelle ? Prévention sous quelle forme ?
7. Dans le domaine de la prévention des cancers, qu'est-ce que vous faites ? Quelles sont vos pratiques ?
8. Si vous faites de la prévention du cancer, avez-vous constaté des différences entre PM et non PM ? Y a-t-il des obstacles particuliers au PM ? Des atouts ? Lesquels ?
9. Est-ce que les stratégies actuellement en place sont adaptées au PM ?
10. Quelles seraient les meilleures stratégies pour vaincre les obstacles, afin de favoriser l'accès des PM au dépistage des cancers ?
11. Utilisez-vous des outils de prévention : dépliants, affiches, etc. ? Lesquels ?
12. Si on devait élaborer un nouvel outil de prévention cancers spécifique aux PM, quelle forme devrait-il prendre, selon vous ? Par quels canaux d'information ?

Annexe 4

Guide d'entretien « personnes migrantes »

1. Qu'est-ce que ça veut dire, pour vous, être en bonne santé ? Etre malade ?

2. Qu'est-ce que ça veut dire pour vous, protéger sa santé ?

Quelle est la meilleure manière, pour vous, de protéger sa santé ?

Est-ce que vous pouvez dire chacun une ou deux choses que vous faites pour protéger votre santé (ou celle de votre famille) ?

Et au contraire, y a t-il des choses que vous ne faites pas et que, à votre avis, vous devriez faire ? Pourquoi ?

3. Quand vous entendez le mot « cancer », ça vous fait penser à quoi en premier ? Et ensuite ?

Qu'est-ce que vous savez sur le cancer ?

Comment le savez-vous ? Qui vous l'a dit ?

D'après vous, comment arrive le cancer ?

Pensez-vous qu'on peut se protéger du cancer ?

(Voir si le terme dépistage est évoqué spontanément)

Est-ce que vous connaissez quelqu'un qui a eu un cancer ?

4. Est-ce que vous avez déjà entendu parler de dépistage (si pas évoqué spontanément) ?

Qu'est-ce que c'est ?

Avez-vous déjà fait un dépistage du cancer ?

- Si oui : Pourquoi ? Pour quel cancer ? Individuel ou organisé ? à votre initiative ou sur prescription médicale ? Comment avez-vous été informé ? Comment ça s'est passé pour vous ? Quel souvenir en gardez-vous ?
- Si non : Pourquoi ?

5. Seriez-vous prêtes à participer au dépistage ? A quelles conditions ?

Pour celles qui ont déjà participé : que voulez-vous dire à celles qui ne l'ont jamais fait pour qu'elles y aillent ?

Annexe 5

Tableau récapitulatif des entretiens avec les personnes migrantes

Groupes	Site	Femmes	Hommes	Total
AAPI	Marseille	3	5	8
CS Villemarie	Vaucluse	1	-	1
CS Croix des oiseaux	Vaucluse	12	-	12
Croix rouge	Marseille	9	-	9
Mouvement des habitants solidaires	Vaucluse	12	-	12
Des femmes et des sens	Vaucluse	5	-	5
CS croix des oiseaux	Vaucluse	-	7	7
AIL	Marseille	8	-	8
Sous-total		50	12	62
Individuels	Site	Femmes	Hommes	Total
AAPI	Marseille	1	4	5
Adoma Littoral	Marseille	-	3	3
Adoma Zoccola	Marseille	-	4	4
Sous-total		1	11	12
Total		51	23	74

GRUPE 1

Lieu	Marseille 3 ^{ème} arrondissement
Date	11 avril 2007
Structure d'accueil	AAPI (Association d'Aide aux Personnes Immigrées)
Cadre d'intervention	Recrutement « improvisé » sur place, constitué de personnes étant de passage à l'association ou bien dans la rue.
Nombre de participants	15 environ dont 8 seulement sont intervenus
Principales caractéristiques	Groupe mixte de 29 à 78 ans. Habitants du quartier (Foyer ou diffus) d'origine comorienne et sénégalaise.
Durée	1h15
Observations	Locaux peu adaptés aux réunions avec beaucoup de passage. Certains participants n'étaient pas visibles, étant donné la disposition de la salle. Forte disparité des niveaux de maîtrise de la langue.

GROUPE 2

Lieu	Carpentras (Vaucluse) – Quartier de Villemarie
Date	3 mai 2007
Structure d'accueil	Centre Social Villemarie
Cadre d'intervention	Le groupe ciblé est composé de femmes de tous âges et toutes origines confondues, habitant le quartier participant aux « cafés-débat » régulièrement organisé par le centre social Villemarie sur des thèmes divers.
Nombre de participants	2
Principales caractéristiques	1 femme de 72 ans d'origine algérienne.
Durée	0h30 + discussion avec l'animatrice et deux femmes bénévoles (1h00)
Observations	La faible participation s'explique en partie par la pluie et une démobilisation propre au mois de mai.

GROUPE 3

Lieu	Avignon (Vaucluse) – Quartiers Sud
Date	3 mai 2007
Structure d'accueil	Centre Social Croix des Oiseaux
Cadre d'intervention	Groupe d'alphabétisation
Nombre de participants	12
Principales caractéristiques	Femmes âgées de 26 à 73 ans, habitant le quartier, d'origine maghrébine (+ Espagne, Ghana et Turquie)
Durée	1h40
Observations	Très bonne participation avec le soutien de la formatrice avec qui un travail de préparation préalable avait pu se mettre en place. Notre intervention vient renforcer un travail de la formatrice qui élabore ses cours en favorisant les interventions extérieures sur différents thèmes dont celui de la santé. Le groupe est donc déjà sensibilisé au concept de prévention. Nous constatons d'ailleurs que la grande majorité des femmes de plus de 40 ans a fait une mammographie. Un travail en aval est prévu, sur le dépistage et l'apprentissage de la langue.

GROUPE 4

Lieu	Marseille 3 ^{ème} arrondissement
Date	9 mai 2007
Structure d'accueil	Croix Rouge – Local Arlequin (rue Clovis Hugues)
Cadre d'intervention	Recrutement spécifique auprès de mères fréquentant le local (accueil de jour laverie, garderie, café, lien social)
Nombre de participants	11 (dont 2 bénévoles)
Principales caractéristiques	Femmes âgées de 27 à 41 ans, habitant le quartier, d'origine maghrébine (+ Cap Vert et Comores)
Durée	1h30
Observations	Bonne participation mais inégale en raison de la forte disparité des niveaux de maîtrise de la langue. Possibilité d'un travail à engager auprès de l'ensemble des femmes fréquentant la structure.

GROUPE 5

Lieu	Avignon (Vaucluse) – Quartiers Sud
Date	9 mai 2007
Structure d'accueil	Mouvement des Habitants Solidaires
Cadre d'intervention	Dans le cadre d'une action de sensibilisation au niveau du quartier, recrutement d'un groupe constitué (groupe d'alphabétisation auprès de jeunes primo-arrivantes) et de quelques adhérentes de l'association (femmes de 38-40 ans)
Nombre de participants	12
Principales caractéristiques	Femmes âgées de 18 à 43 ans, habitant le quartier, d'origine maghrébine
Durée	1h30
Observations	Participation difficile surtout de la part des jeunes filles primo-arrivantes pour plusieurs raisons : <ul style="list-style-type: none">- forte disparité des niveaux de maîtrise de la langue- faible sensibilisation préalable à l'intervention- faible intérêt suscité en raison principalement de l'âge

GROUPE 6

Lieu	Pertuis (Vaucluse)
Date	11 mai 2007
Structure d'accueil	Association Des Femmes et Des Sens
Cadre d'intervention	Groupe d'alphabétisation
Nombre de participants	5
Principales caractéristiques	Femmes âgées de 42 à 69 ans, habitant Pertuis, d'origine maghrébine et espagnole
Durée	1h30
Observations	Bonne participation malgré un faible niveau de maîtrise de la langue pour une personne. Possibilité d'envisager une action dans la durée.

GROUPE 7

Lieu	Avignon (Vaucluse) – Quartiers Sud
Date	29 mai 2007
Structure d'accueil	Centre Social Croix des Oiseaux
Cadre d'intervention	Groupe d'alphabétisation
Nombre de participants	7
Principales caractéristiques	Hommes âgés de 24 à 64 ans, habitant Avignon, d'origine marocaine (+ Ghana, Turquie, France)
Durée	1h45
Observations	Très bonne participation malgré des disparités de maîtrise de la langue La dynamique du groupe est à la découverte. Les participants ainsi que le formateur sont en demande d'autres interventions.

GROUPE 8

Lieu	Marseille 16 ^{ème} arrondissement
Date	4 juin 2007
Structure d'accueil	Fédération AIL – Mission de pré-animation sociale Estaque-Séon
Cadre d'intervention	Groupe d'alphabétisation
Nombre de participants	8
Principales caractéristiques	Femmes âgés de 34 à 57ans, habitant le quartier, d'origine maghrébine (+ Comores)
Durée	1h15
Observations	Groupe institué récemment, à la suite d'une demande des habitants. Aucune sensibilisation santé n'a été abordée avant notre intervention sur les cancers. Forte disparité dans la maîtrise de la langue qui a rendu difficile la participation de toutes les participantes à un niveau équivalent malgré l'intervention de la formatrice. Intérêt de la formatrice pour un travail dans la durée.