L'accès au dépistage des populations défavorisées

État des lieux de la situation actuelle et perspectives d'amélioration

Alice LE BONNIEC[1,2], Amandine ANDRIN[1,2]
Alexandra l. DIMA[1], Laurent LETRILLIART[1,3]

(1) Research on Healthcare Performance RESHAPE,
INSERM U1290, Université Claude Bernard Lyon 1, France
(2) Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS) EA4163,
Université Lumière Lyon 2, Lyon, France,
(3) Univ. Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1,
Collège universitaire de médecine générale, Lyon, France

Résumé : En France comme dans d'autres pays européens, plusieurs dépistages individuels et organisés sont recommandés par les instances de santé publique. Cependant, les personnes en situation de précarité ou de handicap accèdent généralement moins aux soins primaires par rapport au reste de la population. Ce chapitre portera ainsi sur les spécificités du dépistage en santé et des inégalités sociales de santé impactant l'utilisation de ces dispositifs. Les données de la littérature scientifique seront confrontées aux résultats d'une étude qualitative française conduite auprès de personnes en situation de handicap (N=12) et de personnes en situation de précarité (N=18). Les résultats aborderont l'accès au dépistage, les représentations du corps médical et les principaux freins et facilitateurs de la participation aux dépistages. De plus, l'intérêt d'adopter une approche horizontale (centrée sur le patient et prenant en compte différentes pathologies) plutôt que verticale (centrée sur une seule pathologie), sera discutée.

Mots-clés : dépistages en santé, inégalités sociales, précarité, handicap, étude qualitative

Abstract: In France, as in other European countries, several opportunistic and organized screenings are recommended by public health authorities. However, people from deprived backgrounds or with disability generally have less access to primary care compared to the rest of the population. This chapter will therefore focus on the specificities of health screening and the social inequalities in health impacting the use of screening services. Data from the scientific literature will be compared with the results of a French qualitative study conducted with people with disability (N=12) and people from deprived backgrounds (N=18). The results will address access to screening, representations of healthcare professionals and the main barriers and facilitators to participation in screening. In addition, the interest of adopting a horizontal approach (centred on the patient and taking into account different health conditions) rather than vertical (centred on a single health condition), will be discussed.

Keywords: health screening, social inequalities, deprivation, disability, qualitative study

1 Introduction

À travers ce chapitre, nous explorerons la manière dont sont abordés les différents dépistages en santé en France, ainsi que les travaux réalisés en France et à l'étranger sur les facteurs influençant la participation des publics défavorisés. Les travaux internationaux précédemment réalisés sur la participation au dépistage portent généralement sur une seule pathologie (par exemple, sur le dépistage du cancer du sein), mais ne tiennent pas compte d'une participation aux dépistages plus globale. De plus, il est particulièrement nécessaire d'apporter des connaissances sur la manière dont les individus en situation de précarité ou de handicap appréhendent les différents dépistages qui les concernent, et de manière plus générale, d'explorer la manière dont leur rapport à la santé peut influencer leurs pratiques de dépistage. Nous tenterons de répondre à ces enjeux à travers ce chapitre.

2 Les dépistages en santé

Le dépistage est une pratique de prévention secondaire qui consiste à détecter de façon précoce des maladies ou des facteurs de risque de maladies dans l'objectif d'améliorer leur pronostic. En France, plusieurs dépistages sont recommandés pour la population générale ou pour des populations spécifiques (Tableau 1). Il existe en particulier des programmes nationaux de dépistages organisés pour certains cancers (cancers du sein, du colon et du col de l'utérus), c'est-à-dire que les personnes ciblées sont invitées par courrier à se faire dépister de manière systématique et gratuite. Il existe aussi des centres de dépistage pour certaines pathologies infectieuses. Les dépistages opportunistes concernent notamment les maladies sexuellement transmissibles et les facteurs de risque cardiovasculaires.

Tableau 1 : Principaux dépistages recommandés par la HAS (ou l'ANAES)

Type de maladies	Exemples de maladies ou situations pour lesquelles un dépistage est recommandé	Accès au dépistage
Cancers	Cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus	Invitation en fonction du sexe et de l'âge
Maladies infectieuses	Infection par le VIH, hépatite C, syphilis, infection à Chlamydia	A l'initiative du patient ou d'un professionnel de santé
Problèmes cardio-métaboliques	Tabagisme, anévrisme de l'aorte abdominale, obésité, diabète de type 2, dyslipidémies, hypertension artérielle	A l'initiative d'un professionnel de santé
Autres	Carie dentaire, ostéoporose, maladie rénale chronique	A l'initiative du patient ou d'un professionnel de santé (selon les dépistages)

À l'étranger, les recommandations de dépistage sont généralement proches, bien que les critères d'accès puissent varier en termes de limites d'âge et de gratuité.

3 Populations en situation de précarité ou en situation de handicap : une faible participation aux dépistages

Il existe de fortes inégalités sociales de santé concernant l'accès aux dépistages recommandés, notamment au détriment des populations les plus défavorisées (Rigal *et al.*,

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

2011). Ainsi, un faible niveau de littératie en santé[1] est reconnu comme étant lié négativement à la participation au dépistage du cancer colorectal (Honein-AbouHaidar *et al.*, 2016). De même, les individus ayant un faible niveau socio-économique sont moins susceptibles d'être dépistées pour les maladies cardiovasculaires selon une étude réalisée au Royaume-Uni (Lang *et al.*, 2016) ou pour le cancer colorectal selon une étude effectuée en Espagne (Buron *et al.*, 2017). Les travaux de Jacomelli et al (2017) en Angleterre ont aussi révélé des inégalités socio-économiques dans le dépistage des anévrismes aortique chez les hommes. En outre, selon une étude américaine (Steele, 2017), les personnes en situation de handicap sont moins susceptibles de recevoir une recommandation pour un test de dépistage de cancer. Ce résultat est confirmé par une étude anglaise à propos des dépistages des cancers du sein et du côlon (Floud *et al.*, 2017). Cependant, en France, peu de travaux ont étudié les pratiques de dépistage dans les populations précaires ou en situation de handicap.

Une étude française a montré que les dépistages des facteurs de risque cardiovasculaires étaient très peu connus par les personnes issues d'une population précaire (Liber & Lionet, 2010). De même, les femmes françaises ayant un faible revenu ou ayant vécu des épisodes de précarité ont moins régulièrement recours au dépistage du cancer du sein que les femmes plus aisées (Jusot & Goldzahl, 2016). Les populations françaises en situation de handicap présentent aussi un faible taux de participation aux dépistages des cancers par rapport à la population générale (Couëpel *et al.*, 2011).

4 Les facteurs communs influençant la participation aux différents dépistages

Les recherches sur les obstacles et les facilitateurs de la participation aux dépistages se sont accumulées ces dernières années et ont identifié de nombreux facteurs. Par exemple, le manque de connaissances est un obstacle fréquemment cité à la participation au dépistage des cancers (Kolahdooz *et al.*, 2014). La plupart des études et des revues se sont concentrées sur le dépistage d'un problème de santé particulier, comme le cancer colorectal (Honein-AbouHaidar *et al.*, 2016), le cancer du sein (Mathioudakis *et al.*, 2019) ou l'infection par le VIH (Youssef *et al.*, 2017). Cependant, dans le cadre de leur pratique, les professionnels de la santé doivent souvent envisager le dépistage de plusieurs pathologies, en fonction de l'âge, du sexe et du profil de risque du patient (Robson, 1998). Les professionnels de santé doivent informer les patients et hiérarchiser, séquencer et adapter les procédures de dépistage selon les conditions de santé, en tenant compte des préférences de leurs patients. Ainsi, au lieu d'une approche verticale axée sur une seule pathologie, une pratique préventive globale devrait adopter une approche plus horizontale, centrée sur la personne, considérant les différentes pathologies pour lesquelles un dépistage est recommandé (De Maeseneer *et al.*, 2008). Cependant, la manière dont les professionnels de santé gèrent les différentes procédures de dépistage recommandées pour un même patient est mal connue. De plus, les procédures ou conditions de dépistage sont généralement

[1] La littératie en santé est généralement décrite comme « le degré de capacité d'un individu à obtenir, analyser et comprendre des renseignements de base ayant trait à la santé et aux services liés afin de prendre des décisions adéquates pour sa santé » (Malloy-Weir *et al.*, 2016).

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

traitées séparément dans les recommandations aux professionnels ainsi que dans la littérature scientifique. Comprendre les déterminants communs à plusieurs problèmes de santé et procédures de dépistage pourrait aider les professionnels de la santé à appréhender plus efficacement ces déterminants et, ce faisant, à accroître la participation globale aux dépistages. La prise de décision partagée comme modèle de pratique clinique est l'un des éléments clés des soins centrés sur le patient (Paduca *et al.*, 2021 ; Weston, 2001). Une revue de la littérature menée dans une approche horizontale a révélé que les principaux obstacles aux dépistages couramment cités étaient la peur – de l'inconfort de la procédure du test, de la connaissance des résultats du test et de la maladie –, les sentiments de gêne, de honte ou de stigmatisation, ainsi que les difficultés d'accès à la procédure (Le Bonniec *et al.*, 2022).

5 Étude qualitative auprès des populations précaires ou en situation de handicap

Cette étude s'inscrit dans un projet plus global visant à identifier les facteurs communs qui influencent la participation aux dépistages, quelle que soit la pathologie à détecter. Les objectifs de la présente étude étaient (1) d'explorer les représentations et expériences des populations vulnérables (en situation de précarité ou de handicap) souvent peu suivies en soins primaires, et (2) d'identifier les freins et les facilitateurs de leur participation aux dépistages recommandés ainsi que les moyens de l'encourager. Ces résultats pourraient ainsi être utilisés afin de proposer des moyens d'améliorer l'accès de ces deux populations aux services de prévention.

Notre équipe de recherche a réalisé trente entretiens semi-directifs, avec 18 participants en situation de précarité et 12 participants en situation de handicap, âgés de 18 à 74 ans. L'échantillon était composé de 20 femmes et 10 hommes, avec une moyenne d'âge de 45 ans. Les participants ont été recrutés *via* des associations humanitaires, des centres sociaux et des foyers de vie. Treize participants étaient mariés ou en couple, dix étaient célibataires, et sept étaient divorcés. La majorité des participants (vingt-deux) étaient sans emploi. Ils avaient tous un médecin traitant, et vingt-huit d'entre eux avaient déjà participé à au moins un dépistage.

Le guide d'entretien comprenait des questions sur la perception de la santé, la perception du dépistage, l'expérience de dépistage, les facteurs motivant et entravant la participation et les attentes à l'égard des procédures de dépistage. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants. Le niveau de défavorisation sociale a été évalué avec le questionnaire EPICES (Labbé *et al.*, 2007), avec un score allant de 0 (pas de défavorisation sociale) à 100 (défavorisation sociale maximale), et un seuil de défavorisation fixé à 30. Les deux groupes avaient des scores moyens autour de 41. Les entretiens ont été menés entre mai et juillet 2019, jusqu'à atteindre la saturation des données. Ensuite, une analyse de contenu thématique (Braun & Clarke, 2006) a été réalisée par deux chercheuses de manière indépendante avant d'être triangulée et discutée avec les autres membres de l'équipe de recherche. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'INSERM (CD/EB 19-020).

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

5.1 Résultats des entretiens

Plusieurs thèmes sont ressortis de notre analyse de contenu. Nous explorerons tout d'abord l'accès au dépistage, puis les représentations du corps médical, et enfin les freins et facilitateurs de la participation au dépistage.

5.2 Un accès variable au dépistage

Les participants ont été interrogés sur leurs expériences d'accès au dépistage. La majorité des participants en situation de précarité (11 occurrences) et 5 participants en situation de handicap ont déclaré que la demande de participation au dépistage ne venait pas d'eux. Ainsi, la demande peut venir du médecin traitant ou des assistants/éducateurs pour les personnes vivant en foyer.

> « *C'est lui qui me dit, tous les ans, il faut faire, c'est bien. Et moi aussi, je suis d'accord avec lui.* » (Femme en situation de précarité, 30 ans).

À l'inverse, 7 participants en situation de précarité et 4 participants en situation de handicap ont indiqué être à l'initiative des dépistages auxquels ils ont participé.

> « *C'est moi qui ai demandé. Quand j'étais enceinte, j'ai dit à ma gynécologue, je dois faire un test pour le diabète. Elle m'a dit mais non, pourquoi, ce n'est pas recommandé ! Et j'ai dit si je dois le faire parce que mon père il a du diabète. Elle m'a dit ah oui ok d'accord, vous devez le faire.* » (Femme en situation de précarité, 31 ans).

> « *Moi, quand je demande un dépistage de VIH, je demande tout en même temps, parce qu'on sait jamais.* » (Homme en situation de handicap, 51 ans).

Enfin, il est important de noter que 6 participants en situation de précarité ont rapporté n'avoir jamais reçu de recommandation de la part d'un médecin pour réaliser un dépistage.

5.3 Représentations du corps médical

5.3.1 Le médecin vu comme expert

Les participants ont eu l'occasion d'aborder à plusieurs reprises la manière dont ils percevaient leur médecin ainsi que leurs relations avec lui. Ainsi, le médecin a souvent été décrit comme possédant une connaissance experte, et ayant pour rôle de décider pour le patient.

> « *Ou si j'ai des doutes, je dis, bah tiens, j'ai lu ça, voilà, je veux quand même en parler au médecin, en sachant que c'est lui qui a raison. C'est lui qui a étudié [rires]* ». (Femme en situation de précarité, 34 ans).

> « *Je me doute bien que le médecin, il a fait tout ce qu'il fallait avant, parce qu'il a le moyen d'instruction. Chacun connaît son métier.* » (Homme en situation de handicap, 68 ans).

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Le médecin est souvent perçu de manière positive par les participants, et plus précisément comme étant un professionnel investi, une personne de confiance.

> « *Oui, dès que je comprends pas je demande au docteur, parce qu'il lit et m'explique bien. Je peux pas demander à quelqu'un que je ne connais pas, j'ai pas confiance.* » (Femme en situation de handicap, 65 ans.)

5.3.2 Un savoir à partager

Deux participants en situation de précarité ont exprimé le besoin d'obtenir plus d'informations de la part de leur médecin (ou d'un autre professionnel de santé) :

> « *Parce que des fois, y a des trucs, des vaccins, qui viennent de paraître, et on sait pas. Voilà, si, c'est bon à savoir. Surtout pour la santé, c'est primordial. Tu imagines y a un truc qu'on est même pas au courant en vérité et tac tout le monde le sait. Toi, tu es à la rue parce que tu as pas lu ça, tu t'es pas renseigné, tu as pas posé les bonnes questions. Mais les gens tu sais aussi, ils te disent pas tout, voilà. Ils sont au courant de plein de trucs et ils te disent rien. Si tu parles pas, tu demandes pas, tu obtiens rien.* » (Homme en situation de précarité, 39 ans).

Deux participants en situation de handicap ont souligné, de par leur expérience, que les médecins n'avaient pas réponse à tout et que cela a pu être un problème pour eux, dans le cadre du diagnostic d'une maladie.

5.4 Facilitateurs de la participation aux dépistages

Les facilitateurs cités par les participants en situation de précarité ou de handicap sont regroupés dans le tableau 2 et détaillés ci-dessous.

5.4.1 L'entourage

Pour les participants en situation de précarité, l'élément facilitateur le plus cité comme encourageant la participation au dépistage est le lien avec l'entourage. Ce facilitateur peut s'exprimer de plusieurs façons. Tout d'abord, le lien familial peut être cité comme un facteur de risque, à travers l'évocation d'antécédents familiaux. Le fait d'avoir des proches malades peut aussi encourager le comportement de dépistage. L'entourage peut aussi être cité comme une raison de se faire dépister, par exemple afin de rester en bonne santé pour ses enfants.

Pour les personnes en situation de handicap, le fait d'avoir dans son entourage des personnes malades peut aussi influencer positivement le comportement de dépistage, bien que ce facilitateur soit moins fréquemment cité.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

Tableau 2 : Facilitateurs de la participation aux dépistages par population. La colonne Ratio correspond au nombre de personnes en situation de précarité (N=18) versus celui des personnes en situation de handicap (N=12).

Facilitateurs	Ratio	Exemples de citations des participants
Lien avec l'entourage/ connaitre des personnes malades	9 vs.3	« *Franchement, je pense que si j'avais pas eu beaucoup de gens qui étaient tombés malades, de choses, peut-être que ça m'aurait pas concerné la question du dépistage, franchement.* » (Femme en situation de précarité, 34 ans) « *Maintenant que j'ai une petite fille, je pense que je suis plus consciente à propos de ma santé, parce que je sais que je ne suis plus seule maintenant, il y a quelqu'un qui dépend de moi. Et je pense que c'est vraiment important pour moi de prendre soin de ma santé. A cause d'elle.* » (Femme en situation de précarité, 31 ans) « *Par exemple quelqu'un qui est atteint du diabète, qui ne peut pas manger comme il veut. Ça me donne envie de le faire [le dépistage].* » (Femme en situation de handicap, 51 ans)
Préserver sa santé	7 vs.3	« *Vaut mieux savoir ce qu'on a et pour aussi ne pas laisser trainer et que ça engendre des proportions énormes.* » (Femme en situation de précarité, 37 ans) « *Nan, ça fait pas peur, mais, c'est pas la question d'avoir peur, c'est la question de souffrir. Parce que la peur n'évitant pas le danger de toute façon. En traversant la route, quelqu'un peut très bien griller un feu et te renverser. Ou tu peux perdre une roue du fauteuil, ou tomber en panne en plein milieu d'un feu rouge. Et voilà, quoi. Hein, comme dirait l'autre, c'est le destin. Il faut éviter d'avoir mal. Donc il faut tout faire avant pour éviter tout ça.* » (Homme en situation de handicap, 51 ans)
Se sentir concerné (à risque)	7 vs.4	« *Moi j'en parle, c'est plus moi qui en parle au médecin parce que c'est vrai que quand on avance dans l'âge, bah c'est vrai, on a envie de savoir.* » (Femme en situation de précarité, 42 ans) « *Ah oui, parce que c'est mon âge, je suis trop vieille (rires). Je fais attention, hein. A la maladie, au sein, il faut soigner, hein. C'est pour la vie, quoi, c'est tout.* » (Femme en situation de handicap, 65 ans)
Envie de savoir	5 vs.1	« *Oui, c'est ça bien sûr, c'est toujours bien, on a rien à perdre au contraire. Donc franchement, c'est toujours bénéfique pour nous, savoir ce qu'on a déjà* ». (Femme en situation de précarité, 37 ans) *« Bah déjà, moi, ça me rassure de savoir que bon, j'ai rien* ». (Femme en situation de précarité, 42 ans)
Recommandation d'un professionnel de santé	4 vs.5	« *Parce que l'autre fois j'ai vu le médecin qui m'a dit que j'avais des fibromes, mais petits. Il m'a dit pour moi c'est pas nécessaire de faire l'opération, mais il m'a dit il faut faire une mammographie. Donc j'ai dit ok, surtout à mon âge.* » (Femme en situation de précarité) « *C'est mon médecin généraliste qui m'a prescrit mon ordonnance de prise de sang. Il m'avait proposé une prise de sang pour la glycémie et pour vérifier si j'avais du diabète ou pas. Et tout allait bien au résultat.* » (Femme en situation de handicap, 46 ans)
Participation au dépistage d'un le cadre d'un suivi ou d'un acte médical	4 vs.3	« *Y en a que j'ai fait parce que comme on dit, y en a que j'ai faits parce que bon, c'était une obligation, bon, pendant les grossesses, donc obligatoire, on va dire, tout ce qui est VIH, c'est obligé, et d'autres maladies qui étaient obligées de faire encore, voilà. Après bon, ça s'est fait tout seul, tant mieux.* » (Femme en situation de précarité, 42 ans) « *Systématiquement, à chaque opération, ils te les font. Même si tu es négatif et tout, que tu leur dis, ils te le refont faire.* » (Femme en situation de handicap, 34 ans)
Confiance dans le corps médical	0 vs.4	« *Je fais confiance au corps médical. Donc si y a un dépistage à faire, je le fais.* » (Homme en situation de handicap, 51 ans)
Peur facilitante	4 vs.0	« *C'est vrai, chaque fois que je fais une mammographie, j'avais peur, mais quand même, si je le trouve tout de suite, c'est mieux que après, par exemple, trois mois quand c'est les choses aggravées*. » (Femme en situation de précarité, 44 ans) « *Qu'est-ce qui m'encourage à faire des dépistages ? Ben, on peut dire que je suis quelqu'un qui a peur d'attraper quelque chose en fait* » (Femme en situation de précarité)
Rencontre d'un nouveau partenaire (spécifique VIH)	0 vs.4	« *Ben, si on a des rapports. Savoir si la personne elle est malade. Parce que moi, j'ai pas envie d'avoir ça [le VIH].* » (Homme, 36 ans)

5.4.2 Participer au dépistage pour préserver sa santé

Le second facilitateur le plus cité par les participants en situation de précarité est le fait de vouloir préserver sa santé, les participants indiquant un besoin d'identifier une pathologie éventuelle dans l'espoir de pouvoir la guérir. Vouloir prendre soin de sa santé est aussi une raison donnée, bien que moins fréquente, par les participants en situation de handicap pour participer au dépistage.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

5.4.3 Se sentir concerné (à risque)

Les participants en situation de précarité ou de handicap peuvent se sentir concernés par certains dépistages pour diverses raisons : avancée en âge, métier dans le domaine de la santé, facteurs de risque particuliers. Ainsi, ils seront plus à même de participer à des dépistages s'ils pensent être particulièrement concernés.

5.4.4 Envie de connaître son statut de santé

L'envie de connaître son statut de santé, c'est-à-dire d'avoir connaissance de la présence d'une éventuelle pathologie, a été citée comme un facilitateur par les participants en situation de précarité. Cette envie est liée au besoin d'être rassuré. Ce facilitateur n'a été cité qu'une seule fois parmi les participants en situation de handicap.

5.4.5 Recommandation d'un professionnel

La recommandation d'un professionnel est le facilitateur de la participation au dépistage le plus fréquent pour les participants en situation de handicap. Cette recommandation peut provenir d'un professionnel de santé comme le médecin généraliste, ou bien d'un assistant ou éducateur selon le contexte de vie des participants en situation de handicap. Recevoir une recommandation de la part d'un professionnel de santé peut aussi encourager les participants en situation de précarité à participer à un dépistage et ainsi déterminer la manière dont ils accèdent au dépistage.

5.4.6 Participation au dépistage d'un le cadre d'un suivi ou d'un acte médical

Le dépistage peut être considéré par les participants en situation de précarité ou de handicap comme « obligatoire » dans certains cas. Par exemple, lors d'un suivi de grossesse, ou dans le cadre d'un acte médical lié à une maladie. Deux participants en situation de handicap ont ainsi souligné le fait qu'ils n'avaient pas réellement eu le choix puisque le dépistage (généralement une prise de sang) faisait partie de la procédure médicale nécessaire à la réalisation des soins.

5.4.7 Confiance dans le corps médical

Avoir confiance dans le corps médical et également vis-à-vis des professionnels de santé semble être un facilitateur important pour les participants en situation de handicap. Ce facilitateur n'a pas été cité par les participants en situation de précarité.

5.4.8 La peur facilitante

Les participants en situation de précarité évoquent également la peur comme facilitant la participation au dépistage. En effet, certains participants disent ressentir une peur qui semble pouvoir être apaisée par la perspective d'un résultat négatif, ou celle d'une prise en charge précoce en cas de résultat positif. Ce facilitateur n'a pas été retrouvé chez les participants en situation de handicap.

5.4.9 Facteurs spécifiques à certains dépistages

Bien qu'il ne soit pas possible d'identifier des facteurs spécifiques à chaque dépistage en raison du faible échantillon et de la diversité des profils des participants, des faci-

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

litateurs spécifiques au dépistage du VIH sont apparus durant les entretiens. Ainsi, le fait d'avoir des relations sexuelles avec un nouveau ou une nouvelle partenaire peut encourager les participants à se faire dépister pour le VIH. Ce facilitateur a été cité exclusivement par les participants en situation de handicap.

5.5 Freins de la participation au dépistage

Les freins cités par les participants en situation de précarité ou de handicap sont regroupés dans le tableau 3 et détaillés ci-dessous.

Tableau 3 : Freins de la participation au dépistage par population. La colonne Ratio correspond au nombre de personnes en situation de précarité (N=18) versus celui des personnes en situation de handicap (N=12).

Freins	Ratio	Exemples de citations des participants
Aucun frein	5 vs.7	« *Je vois pas ce qui pourrait freiner de faire un dépistage. Je pense pas un truc, quelque chose de logique.* » (Homme en situation de handicap, 32 ans)
Peur bloquante	5 vs.3	« *Bah, on a toujours peur aussi, je vais pas dire le contraire [rires]. Si, on a peur de certaines choses. Parce que c'est vrai, on a toujours peur d'aller, de dire, bon, je vais juste pour aller faire une prévention, après on vous dit, bah écoutez, vous avez ça. Ah, ouais, chouette ! Après tu te dis, bah j'aurais préféré ne pas savoir [rires], voilà.* » (Femme en situation de précarité, 42 ans) « *Ouais, parce que, je sais pas, j'ai toujours peur que le médecin m'annonce un truc de pas bien* » (Homme en situation de handicap, 34 ans).
Ne pas avoir de symptômes	4 vs.0	« *Si j'ai quelque chose, oui. Mais avant, moi, je pense pas que je vais faire quelque chose avant de savoir, avant d'avoir mal.* » (Femme en situation de précarité, 36 ans)
Ne pas se sentir concerné (pas à risque)	4 vs.0	« *Après, ça dépend si on fait confiance. Je fais confiance à mon mari, de mon côté, y a pas de soucis. La Chlamydia, pareil, je pense.* » (Femme en situation de précarité, 34 ans)
Manque de temps	3 vs.0	« *Non j'ai pas le temps, c'est important, mais j'ai pas le temps ; si déjà là maintenant, elle m'a donné le docteur pour le sein, j'ai essayé de trouver le temps pour y aller, mais non, j'ai pas le temps.* » (Femme en situation de précarité)
Lassitude si trop d'actes médicaux ou ajout d'une contrainte supplémentaire	3 vs.2	« *Donc non, je vais pas vivre comme ça, comme je l'ai vécu toute ma jeunesse déjà, à passer des examens, avec des tuyaux dans la bouche, dans les poumons. J'ai assez fait quand j'étais jeune, nan, quand je serai vieille, je veux plus.* » (Femme en situation de précarité, 74 ans) « *Ma vie est assez dure comme ça donc j'ai pas envie de me stresser avec d'autres choses quoi.* » (Homme en situation de handicap, 34 ans)
Contraintes liées au handicap	0 vs.3	« *Bah oui, parce que je suis dans un fauteuil électrique, et si l'ascenseur ne marche pas, je reste chez moi, donc je peux pas aller au laboratoire. Par contre, ce que je peux faire, ça m'est arrivé, j'annule le rendez-vous. Je dis, je demande au médecin de faire une ordonnance pour faire venir le laboratoire chez moi. Et voilà. Ça, ça m'est arrivé une fois, je veux dire.* » (Homme en situation de handicap, 51 ans)

5.5.1 Aucun frein

Il est important de noter qu'une majorité de participants en situation de handicap a indiqué ne ressentir aucun frein à la réalisation d'un test de dépistage. Il en est de même pour certains participants en situation de précarité.

5.5.2 La peur

Le frein le plus cité par les participants en situation de précarité ou de handicap est la peur de participer au dépistage, et plus précisément la peur des conséquences négatives que la découverte d'une maladie pourrait engendrer pour la personne concernée et également pour son entourage.

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

5.5.3 Ne pas avoir de symptômes

Le fait de se sentir en bonne santé et de ne pas avoir de symptômes peut freiner la participation au dépistage. Ce frein n'a été cité que par les participants en situation de précarité.

5.5.4 Ne pas se sentir concerné (à risque)

Ne pas se sentir concerné par certains dépistages est un frein cité exclusivement par les participants en situation de précarité. Ce manque d'intérêt peut être dû au fait que les participants ne se sentent pas à risque pour certaines pathologies (par exemple, s'ils n'ont pas d'historique familial) ou alors qu'ils ne prennent pas de risques (pour les IST).

5.5.5 Le manque de temps

Le manque de temps a été cité comme un frein exclusivement par les participants en situation de précarité. En effet, les dépistages nécessitent souvent une prise de rendez-vous avec un professionnel de santé (par exemple pour faire une mammographie) ou au moins un investissement personnel que certains participants ne se sentent pas capables de fournir.

5.5.6 Lassitude si trop d'actes médicaux ou ajout d'une contrainte supplémentaire

Pour certains participants en situation de précarité, eux-mêmes malades ou ayant un enfant malade, les pratiques de dépistage étaient rejetées en raison d'une certaine saturation face à de trop nombreux actes médicaux.

Les personnes en situation de handicap, souvent déjà très sollicitées pour des actes médicaux, peuvent ressentir une certaine lassitude vis-à-vis des tests et des examens qui leur sont proposés dans le cadre d'un dépistage.

5.5.7 Contraintes liées au handicap

Pour les participants en situation de handicap, le type de handicap peut avoir un impact négatif sur la participation au dépistage, en raison de contraintes pratiques, par exemple se déplacer en fauteuil roulant.

6 Les facteurs influençant la participation au dépistage

Les résultats de cette étude qualitative nous permettent d'explorer les différences entre les participants en situation de précarité et les participants en situation de handicap, de comparer les freins et facilitateurs cités à la littérature internationale, et de formuler des pistes d'intervention pour améliorer l'accès au dépistage des populations défavorisées.

6.1 Différences et similitudes entre les deux populations

Les participants en situation de précarité semblent rencontrer davantage de freins à la participation au dépistage que ceux en situation de handicap. À l'inverse, les par-

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

ticipants en situation de handicap ont cité plus de facilitateurs que ceux en situation de précarité.

Cependant, nos résultats suggèrent une proximité entre les deux populations. En effet, les participants en situation de handicap présentaient, tout comme ceux en situation de précarité, un score de défavorisation élevé (score EPICES). De plus, certains participants en situation de précarité avaient d'importants problèmes de santé. Ainsi, des participants des deux populations ont évoqué une lassitude face à de trop nombreux actes médicaux, les dépistages étant donc perçus comme l'ajout de contraintes supplémentaires.

Bien que certaines différences ressortent de nos résultats (par exemple, les participants en situation de handicap sont plus en contact avec le milieu médical et semblent donc avoir plus accès au dépistage que ceux en situation de précarité), ces deux populations se caractérisent par leur vulnérabilité face à un système de soins qui n'est pas toujours adapté.

6.2 Effet de la peur et ambivalence

La peur a été citée comme un frein de la participation au dépistage par les deux populations. Ce même frein a été retrouvé dans une revue de la littérature à propos des dépistages des cancers au Royaume-Uni pour les femmes ayant des difficultés d'apprentissage (Byrnes *et al.*, 2020).

Cependant, les participants en situation de précarité ont également cité la peur comme pouvant être un facilitateur. Ce résultat est en accord avec ceux d'une revue de la littérature portant sur le dépistage des cancers au Royaume-Uni (Young *et al.*, 2018). De la même manière, l'inquiétude liée à une infection asymptomatique est mentionnée comme encourageant la participation au dépistage des infections à Chlamydia dans une autre revue de la littérature (McDonagh *et al.*, 2018).

Une certaine ambivalence vis-à-vis des dépistages semble donc exister : d'un côté, les individus peuvent avoir peur de connaître les résultats d'un test de dépistage, ainsi que les conséquences que cela pourrait avoir sur leurs vies, ce qui va freiner la participation au dépistage. D'un autre côté, la peur peut au contraire les inciter à participer aux dépistages, le sentiment de peur pouvant être surmonté par la perspective d'un test négatif ou d'une prise en charge précoce en cas de résultat positif. Différents acteurs, tels que le médecin généraliste, peuvent éduquer les populations vulnérables et les aider à envisager les dépistages de manière positive. Ainsi, l'envie de connaître son statut de santé, un facilitateur cité par plusieurs participants en situation de précarité, peut être interprétée comme une manière de faire face à la peur. Ce facilitateur est également mentionné dans plusieurs revues de la littérature à propos du dépistage de l'infection par le VIH (Youssef *et al.*, 2017) et du dépistage du cancer du col de l'utérus (Chua *et al.*, 2021 ; Stuart & D'Lima, 2021).

6.3 Importance de l'entourage

Une place considérable semble être attribuée à l'entourage dans le discours des participants en situation de précarité. En effet, le lien avec l'entourage arrive en première

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

position parmi les facilitateurs de la participation au dépistage, à travers le lien familial qui peut amener à des facteurs de risques particuliers, le fait d'avoir des proches malades qui peut influencer positivement la participation aux dépistages, ou encore le fait de vouloir se faire dépister pour son entourage (par exemple, afin de rester en bonne santé pour ses enfants). D'autres recherches ont aussi démontré les effets de l'influence sociale : l'importance des perceptions que les femmes ont des pratiques liées au dépistage du cancer du col de l'utérus des autres femmes de leur entourage a été soulignée en Bulgarie et en Roumanie (Crăciun *et al.*, 2020). De même, l'influence de l'entourage familial et amical a été décrite comme essentielle dans la participation au dépistage du cancer du sein en Grèce (Kaltsa *et al.*, 2013).

Dans la population en situation de handicap, ce lien avec l'entourage est aussi retrouvé bien qu'il semble moins prononcé. Ainsi, les interactions sociales, en particulier les considérations liées à un ou une partenaire, peuvent encourager une participation au dépistage du VIH. Des résultats similaires ont déjà été rapportés dans une revue de la littérature à propos des barrières et facilitateurs de la participation au dépistage de l'infection par le VIH (Youssef *et al.*, 2017).

6.4 Rôle des professionnels de santé

Nous pouvons remarquer que les personnes en situation de handicap paraissent être plus influencées par des facteurs liés au milieu médical (elles ont davantage cité la recommandation du médecin comme un facilitateur et ont aussi évoqué la confiance dans le corps médical). De manière logique, nous pouvons supposer qu'elles entretiennent plus de liens avec les professionnels de santé, et que cela peut avoir un impact positif sur leurs pratiques de dépistage. Néanmoins, cette observation soulève la question de la notion de consentement libre et éclairé dans ce contexte. En effet, certains participants en situation de handicap ont souligné le fait qu'ils n'ont pas réellement eu le choix de participer ou non à certains dépistages (prises de sang) car cela faisait partie d'un protocole de soins liés à leur handicap. De plus, il est possible que les personnes en situation de handicap, souvent confrontées à des actes médicaux, soient plus enclines à accepter de participer à des dépistages (ou tout simplement à ne pas se poser de questions) en raison d'un phénomène d'habituation.

Globalement, recevoir une recommandation de dépistage par un professionnel de santé est un facilitateur largement cité dans la littérature pour divers dépistages (Kolahdooz *et al.*, 2014 ; Leblanc *et al.*, 2016 ; Teo *et al.*, 2016).

6.5 Pistes d'intervention pour favoriser les dépistages

Nous pouvons suggérer plusieurs pistes d'interventions pour améliorer la participation aux dépistages des populations vulnérables. Tout d'abord, utiliser l'influence sociale pour développer des interventions visant à encourager la participation aux différents dépistages recommandés pourrait être une stratégie efficace. Nous pouvons ici faire référence à la notion de modèle vicariant (observation d'un pair), qui pourrait être utilisée dans des campagnes de sensibilisation (Blair, 1993), par exemple en mettant en scène une personne en train de pratiquer un test de dépistage. Ensuite, éduquer la population sur les bénéfices des dépistages recommandés pour préserver la santé,

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

que ce soit dans le cadre de la pratique clinique ou par des campagnes de sensibilisation, pourrait également être utile, la volonté de prendre soin de sa santé ayant été soulignée par les participants de notre étude. Le développement d'outils d'aide à la décision est en plein essor, et de tels outils semblent efficaces pour améliorer les attitudes envers le dépistage et/ou la participation des populations ayant un faible niveau d'éducation (par exemple : Gabel *et al.*, 2020 ; Krist *et al.*, 2020). Développer un outil d'aide à la décision comprenant des informations sur tous les dépistages recommandés selon le profil de l'utilisateur semble être une piste d'intervention prometteuse. Enfin, améliorer l'accès au dépistage en levant les contraintes pratiques que les personnes en situation de handicap peuvent rencontrer est primordial. Par exemple, des projets de consultations systématiques aux âges clés de la vie ont été suggérés (Schlaeder & Mossard, 2017), ce qui pourrait simplifier la gestion des différents dépistages et améliorer le taux de participation.

7 Conclusion

À travers ce chapitre, nous avons souhaité illustrer la pertinence d'adopter une approche horizontale plutôt que verticale pour appréhender la participation aux dépistages. Ainsi, l'adoption d'une approche intégrée et horizontale, centrée sur la personne, pourrait encourager la participation aux dépistages recommandés pour les populations vulnérables mais aussi dans la population générale. En effet, les freins et facilitateurs mentionnés sont relativement communs entre les différents dépistages recommandés (par exemple, la peur ou le manque de temps). De récents travaux ont démontré la pertinence d'adopter une approche commune à plusieurs types de dépistage (Le Bonniec *et al.*, 2022 ; Robb, 2021). Les guides de pratique clinique encouragent également les professionnels de santé (par exemple, les médecins généralistes) à recommander à leurs patients les procédures de dépistage pertinentes en fonction de leur profil (âge, sexe, facteurs de risque etc.) (Robson, 1998 ; Saltman *et al.*, 2006).

Pour finir, nous pouvons souligner l'apport de la psychologie dans la recherche en santé publique. En effet, adopter une approche qualitative et basée sur des concepts de psychologie de la santé nous a permis de mieux comprendre les expériences de dépistage et les besoins des publics en situation de précarité et de handicap. Donner la parole aux usagers vulnérables du système de soins permet de réfléchir sur les limites du système de santé et d'identifier des pistes pour le rendre plus accessible et plus adapté à leurs attentes.

Bibliographie

Blair, J. E. (1993). Social learning theory : Strategies for health promotion. *AAOHN Journal*, *41*(5), 245-249.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Buron, A., Auge, J. M., Sala, M., Román, M., Castells, A., Macià, F., Comas, M., Guiriguet, C., Bessa, X., Castells, X., & and the PROCOLON research group. (2017). Association between socioeconomic deprivation and colorectal cancer screening outcomes : Low uptake rates among the most and least deprived people. *PloS One*, *12*(6), e0179864. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179864

Byrnes, K., Hamilton, S., McGeechan, G. J., O'Malley, C., Mankelow, J., & Giles, E. L. (2020). Attitudes and perceptions of people with a learning disability, family carers, and paid care workers towards cancer

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

screening programmes in the United Kingdom : A qualitative systematic review and meta-aggregation. *Psycho-Oncology*, *29*(3), 475-484. https://doi.org/10.1002/pon.5311

Chua, B., Ma, V., Asjes, C., Lim, A., Mohseni, M., & Wee, H. L. (2021). Barriers to and Facilitators of Cervical Cancer Screening among Women in Southeast Asia : A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(9), 4586. https://doi.org/10.3390/ijerph18094586

Couëpel, L., Bourgarel, S., & Piteau-Delord, M. (2011). Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : Pratiques et difficultés spécifiques en établissement médico-social. *Pratiques et Organisation des Soins*, *vol. 42*(4), 245-253.

Crăciun, I. C., Todorova, I., & Băban, A. (2020). "Taking responsibility for my health" : Health system barriers and women's attitudes toward cervical cancer screening in Romania and Bulgaria. *Journal of Health Psychology*, *25*(13-14), 2151-2163. https://doi.org/10.1177/1359105318787616

Floud, S., Barnes, I., Verfürden, M., Kuper, H., Gathani, T., Blanks, R. G., Alison, R., Patnick, J., Beral, V., Green, J., & Reeves, G. K. (2017). Disability and participation in breast and bowel cancer screening in England : A large prospective study. *British Journal of Cancer*, *117*(11), 1711–1714. https://doi.org/10.1038/bjc.2017.331

Gabel, P., Edwards, A., Kirkegaard, P., Larsen, M. B., & Andersen, B. (2020). The LEAD trial-The effectiveness of a decision aid on decision making among citizens with lower educational attainment who have not participated in FIT-based colorectal cancer screening in Denmark : A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *103*(2), 359–368. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.029

Honein-AbouHaidar, G. N., Kastner, M., Vuong, V., Perrier, L., Daly, C., Rabeneck, L., Straus, S., & Baxter, N. N. (2016). Systematic Review and Meta-study Synthesis of Qualitative Studies Evaluating Facilitators and Barriers to Participation in Colorectal Cancer Screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, *25*(6), 907-917. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0990

Jacomelli, J., Summers, L., Stevenson, A., Lees, T., & Earnshaw, J. J. (2017). Update on the prevention of death from ruptured abdominal aortic aneurysm. *Journal of Medical Screening*, *24*(3), 166-168. https://doi.org/10.1177/0969141316667409

Jusot, F., & Goldzahl, L. (2016). Les déterminants du recours régulier au dépistage du cancer du sein en France. *Revue francaise d'economie*, *vol. XXXI*(4), 109-152.

Kaltsa, A., Holloway, A., & Cox, K. (2013). Factors that influence mammography screening behaviour : A qualitative study of Greek women's experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(3), 292-301. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.08.001

Kolahdooz, F., Jang, S. L., Corriveau, A., Gotay, C., Johnston, N., & Sharma, S. (2014). Knowledge, attitudes, and behaviours towards cancer screening in indigenous populations : A systematic review. *The Lancet. Oncology*, *15*(11), e504-516. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70508-X

Krist, A. H., Hochheimer, C. J., Sabo, R. T., Puro, J., Peele, E., Lail-Kashiri, P., & Vernon, S. W. (2020). Patient, Clinician, and Communication Factors Associated with Colorectal Cancer Screening. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, *33*(5), 779–784. https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.05.190378

Labbé, É., Moulin, J. J., Guéguen, R., Sass, C., Chatain, C., & Gerbaud, L. (2007). Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : Le score EPICES. *La Revue de l'Ires*, *53*(1), 3-49.

Lang, S.-J., Abel, G. A., Mant, J., & Mullis, R. (2016). Impact of socioeconomic deprivation on screening for cardiovascular disease risk in a primary prevention population : A cross-sectional study. *BMJ Open*, *6*(3), e009984. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009984

Le Bonniec, A., Sun, S., Andrin, A., Dima, A. L., & Letrilliart, L. (2022). Barriers and Facilitators to Participation in Health Screening : An Umbrella Review Across Conditions. *Prevention Science : the official journal of the Society for Prevention Research*, *23*(7), 1115–1142. https://doi.org/10.1007/s11121-022-01388-y

Leblanc, N. M., Flores, D. D., & Barroso, J. (2016). Facilitators and Barriers to HIV Screening : A Qualitative Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research*, *26*(3), 294-306. https://doi.org/10.1177/1049732315616624

Liber, A., & Lionet, L. (2010). *Dépistage et Précarité. Une recherche action en Isère*. Point Précarité Santé.

Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy : Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy*, *37*(3), 334-352. https://doi.org/10.1057/jphp. 2016.18

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789

McDonagh, L. K., Saunders, J. M., Cassell, J., Curtis, T., Bastaki, H., Hartney, T., & Rait, G. (2018). Application of the COM-B model to barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice for young people and primary care practitioners : A systematic review. *Implementation Science*, *13*(1), 130. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0821-y

Rigal, L., Rouessé, C., Collignon, A., Domingo, A., & Deniaud, F. (2011). Factors associated with the lack of proposition for HIV-AIDS and hepatitis B and C screening to underprivileged immigrants. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, *59*(4), 213–221. https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.01.007

Robb, K. A. (2021). The integrated screening action model (I-SAM) : A theory-based approach to inform intervention development. *Preventive Medicine Reports*, *23*, 101427. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101427

Robson, J. (1998). Screening in general practice and primary care. *British Medical Bulletin*, *54*(4), 961-982. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011741

Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. G. W. (2006). *Primary care in the driver's seat ? : Organizational Reform in European Primary Care* (Open University Press).

Schlaeder, G., & Mossard, J.-M. (2017). Le bilan de santé périodique chez la femme au cabinet médical. *Médecine Thérapeutique*, *23*(2), 66-73. https://doi.org/10.1684/met.2017.0618

Steele, C. B. (2017). Prevalence of Cancer Screening Among Adults With Disabilities, United States, 2013. *Preventing Chronic Disease*, *14*, E09. https://doi.org/10.5888/pcd14.160312

Stuart, G., & D'Lima, D. (2022). Perceived barriers and facilitators to attendance for cervical cancer screening in EU member states : A systematic review and synthesis using the Theoretical Domains Framework. *Psychology & Health*, *37*(3), 279–330. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1918690

Teo, C. H., Ng, C. J., Booth, A., & White, A. (2016). Barriers and facilitators to health screening in men : A systematic review. *Social Science & Medicine*, *165*, 168–176. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.023

Young, B., Bedford, L., Kendrick, D., Vedhara, K., Robertson, J. F. R., & das Nair, R. (2018). Factors influencing the decision to attend screening for cancer in the UK : A meta-ethnography of qualitative research. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, *40*(2), 315-339. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx026

Youssef, E., Cooper, V., Delpech, V., Davies, K., & Wright, J. (2017). Barriers and facilitators to HIV testing in people age 50 and above : A systematic review. *Clinical Medicine (London, England)*, *17*(6), 508-520. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-6-508

Published in : Untas, A. ; Boujut, É. ; Lamore, K. (dir.), *Le patient et son entourage. Quelles interactions ?*,
Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004789, doi : 10.17184/eac.9782813004789