

Faculté de santé publique

Évaluer la littératie organisationnelle des structures de première ligne sur l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre le papillomavirus humain chez les femmes migrantes sans-papiers en Belgique francophone : une étude quantitative

Mémoire réalisé par
Laura DHOOGHE

Promotrice
Marie DAUVRIN

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Évaluer la littératie organisationnelle des structures de première ligne sur l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre le papillomavirus humain chez les femmes migrantes sans-papiers en Belgique francophone : une étude quantitative

Mémoire réalisé par
Laura DHOOGHE

Promotrice
Marie DAUVRIN

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisé

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice de mémoire, Marie Dauvrin, pour ses nombreux et précieux conseils, sa disponibilité, son soutien bienveillant ainsi que le temps qu'elle a consacré à l'accompagnement et à la relecture de ce mémoire.

Je remercie également les structures de première ligne qui ont pris le temps de répondre au questionnaire en ligne ; leur participation a été essentielle à la réalisation de cette étude.

Je souhaite adresser une pensée toute particulière à mon grand-père Louis, aujourd'hui décédé, pour ses encouragements, ses conseils avisés et son soutien indéfectible tout au long de mon master et durant une partie de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement mes amies Caroline et Coraline pour leur aide dans la relecture du questionnaire et du mémoire.

Enfin, je remercie mon compagnon, Clément, pour son écoute, ses encouragements constants, sa présence et son soutien tout au long de mon parcours académique.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Ce mémoire a été réalisé avec l'aide de l'intelligence artificielle, de manière ponctuelle et encadrée, pour corriger l'orthographe, reformuler ou corriger certains passages afin de les rendre plus lisibles et harmonieux, dans le respect des règles académiques et sans substitution à un travail personnel.

Abréviations

AMU : Aide Médicale Urgente

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CPAS : Centres Publics d'Action Sociale

DSS : Déterminants sociaux de la santé

FRB : Fondation Roi Baudouin

HPV : Human Papillomavirus (Papillomavirus humain)

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

LS : Littératie en Santé

LSO : Littératie en Santé Organisationnelle

MDM : Médecins du Monde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations unies

OIM : Organisation internationale pour les migration

Table des matières

Remerciements	4
Plagiat	5
Abréviations	6
Introduction générale	9
Cadre théorique	11
Introduction.....	11
Chapitre 1 - Migration, santé et accès aux soins	12
Comprendre la notion de migration	12
Les migrations en situation irrégulière : définition, profils et évolutions	12
Les déterminants sociaux de la santé et les inégalités	13
Le statut migratoire comme déterminant social de la santé	14
Inégalités d'accès : du pays d'origine vers le pays d'accueil	14
L'Aide Médicale Urgente (AMU) en Belgique	16
Un accès limité aux soins préventifs	18
Migration – vulnérabilité et littératie en santé	19
La littératie en santé, définie comme la capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé, constitue un levier central pour réduire les inégalités. Cette dimension prend une importance particulière dans les contextes migratoires.	19
Chapitre 2 - Qu'est-ce que la littératie en santé ?.....	21
Un déterminant clé de la santé	21
Définition et niveaux de littératie.....	21
Un concept dynamique et contextuel.....	22
Application contextuelle de la littératie en santé	23
Une compétence influencée par des déterminants sociaux	24
Conséquences d'un faible niveau de littératie en santé	25
De la littératie individuelle à la littératie organisationnelle.....	26
Une responsabilité collective et politique.....	27
État des lieux de la littératie organisationnelle en Belgique	28
Vers une amélioration concrète pour améliorer la littératie en santé	32
Une responsabilité partagée et structurelle.....	34
Chapitre 3 - Le Papillomavirus humain et le cancer du col de l'utérus : un enjeu de santé publique évitable	34
Le papillomavirus humain (HPV) : une infection répandue	34
Le cancer du col de l'utérus : pathologie évitable	35
Questions de recherche et objectifs :.....	40
Matériel et méthodes	41
Méthodologie de recherche	41
Cadre et période de l'étude	41
Population et échantillonnage	41
Outil de collecte des données	43
Élaboration et structure du questionnaire :	43
Procédure de collecte de données.....	44
Méthode d'analyse des données	44
Caractéristiques et posture de la recherche.....	44
Considérations éthiques	45
Résultats	46

Introduction.....	46
Description de l'échantillon	46
Informations générales	47
Profil des répondants.....	47
Leadership organisationnel	51
<i>Évaluation de l'accessibilité des informations</i>	<i>51</i>
Formation et compétences.....	52
Formation ou outils pour adapter le langage aux publics à faible littératie	52
Environnement physique.....	54
Communication	55
Communication spécifique : prévention et dépistage	59
Partenariat et collaboration.....	62
Outils et supports d'information	64
Repérage et adaptation aux besoins	65
Difficultés rencontrées et modalités d'accompagnement.....	67
Discussion.....	70
L'accessibilité comme stratégie pour renforcer la littératie en santé organisationnelle	70
Participation des publics à faible littératie en santé	78
Enjeux sociopolitiques liés à la migration et à l'accès aux soins	80
Limites	81
Perspectives.....	83
Conclusion	84
Références bibliographiques :	86
Annexes	104
Annexe 1 : questionnaire LimeSurvey	104

Introduction générale

La santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, s.d.). Cette définition invite à considérer l'ensemble des déterminants qui influencent la santé. Parmi ceux-ci, la migration occupe une place importante en santé, en raison des facteurs sociaux, économiques, culturels et politiques qui lui sont liés. (Médecins du Monde, 2018).

Phénomène mondial en constante augmentation, la migration, en 2020, concernait plus de 281 millions de personnes (Vignier et al., 2022). En Europe, aujourd'hui, plus de 10% de la population est composée de migrants (Vignier et al., 2022). La Belgique n'échappe pas à cette dynamique : en 2023, le solde migratoire international atteignait 66 349 personnes, avec une hausse de demandes d'asile de 64% entre 2021 et 2022, atteignant 32 140 requêtes (Statbel, 2025). Ces chiffres soulignent les enjeux politiques, sociaux et sanitaires liés à l'accueil des personnes migrantes.

Les systèmes de santé des pays d'accueil doivent s'adapter à cette population migrante hétérogène, aux statuts, parcours et vulnérabilités divers (Cloos & Ungureanu, 2019). Parmi les groupes les plus vulnérables, les femmes migrantes sans-papiers sont particulièrement exposées à des difficultés d'accès à la prévention : précarité, isolement, méconnaissance des droits, violences subies, parcours instables, etc. Autant d'obstacles qui freinent, entre autres, leur accès à la vaccination et au dépistage (Stanojevich et al., 2007 ; Viguier, 2020).

Le cancer du col de l'utérus, principalement causé par le papillomavirus humain (HPV), constitue un enjeu majeur de santé publique. Bien qu'il soit largement évitable grâce à la prévention, l'accès à ces dispositifs reste inégal, notamment pour les populations précaires.

Ce mémoire se concentre sur la littératie en santé, et plus spécifiquement la littératie organisationnelle, telle qu'elle se manifeste au sein des structures de première ligne en Belgique francophone, dans l'accès des femmes migrantes sans-papiers à ces mesures de prévention. Il s'agit non seulement d'interroger les capacités individuelles à comprendre et utiliser l'information, mais aussi de questionner la manière dont les institutions rendent cette information accessible et intelligible.

C'est à travers mon parcours personnel et professionnel que cette problématique a pris tout son sens. Lors de mon stage infirmier en milieu carcéral, j'ai été confrontée à la réalité des détenus souvent désinformés sur leur santé. Par ailleurs, mon parcours professionnel à l'Office de la Naissance et de

l'Enfance (ONE) m'a permis d'accompagner des femmes migrantes confrontées à des violences sexuelles, des grossesses non planifiées ou encore des mutilations génitales. Ces expériences m'ont sensibilisé à la nécessité d'agir en faveur de l'équité en santé et de penser la prévention non seulement comme une offre de service, mais aussi comme une interaction entre les individus et les institutions.

C'est dans ce contexte que la question de recherche suivante s'est imposée : État des lieux de la littératie organisationnelle des structures de première ligne en Belgique francophone concernant l'accès à la vaccination contre le HPV et au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes migrantes sans-papiers.

L'objectif principal est d'évaluer la littératie organisationnelle de ces structures de première ligne, en analysant leurs pratiques et fonctionnement afin d'identifier les éléments qui facilitent ou, au contraire, entravent l'accès à la prévention. Il s'agit aussi de repérer les leviers d'action permettant d'adapter les services aux besoins spécifiques de cette population particulièrement vulnérable.

Cadre théorique

Introduction

Les inégalités d'accès aux soins de santé représentent une priorité de santé publique, notamment lorsqu'il s'agit de personnes migrantes, confrontées à des vulnérabilités multiples, tant sociales que sanitaires.

En 2024, la Belgique enregistrait un solde migratoire international de 66 044 personnes (Statbel, 2025) et près de la moitié des nouveaux arrivants étaient des femmes (Myria, s.d.). Cependant, une part importante de ces mouvements migratoires échappe aux statistiques officielles : les migrations dites « irrégulières », difficilement quantifiables mais estimées entre 85 000 et 200 000 personnes (Statbel, 2025 ; Van Gaens, s.d.). Ces personnes, notamment les femmes sans-papiers, rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins, à l'information et aux dispositifs de prévention.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus, bien qu'efficace, reste inaccessible à une partie de la population. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) identifie pourtant cette pathologie, ainsi que les infections à papillomavirus humain (HPV), comme des priorités mondiales de santé publique (WHO, 2024). Cette inaccessibilité révèle des mécanismes structurels d'exclusion, analysés à travers le prisme de la littératie en santé (LS), et plus particulièrement la littératie en santé organisationnelle (LSO) (Fondation registre du cancer, 2024).

Pour appréhender les mécanismes entravant l'accès à ces dispositifs, notamment chez les femmes migrantes sans-papiers, un cadre théorique solide est nécessaire. Il permettra de prendre en compte les multiples déterminants, structurels, sociaux, organisationnels et individuels, qui influencent leur littératie en santé. Une attention particulière sera portée à la littératie organisationnelle, dans une perspective de responsabilité partagée entre les individus et les institutions.

Ce cadre théorique s'articule donc autour de trois volets :

- 1) La migration, santé et accès aux soins,
- 2) La littératie en santé et la littératie en santé organisationnelle,
- 3) Le papillomavirus humain et le cancer du col de l'utérus.

Chapitre 1 - Migration, santé et accès aux soins

Comprendre la notion de migration

Le concept de migration comprend une réalité complexe et diverse. Il n'existe pas une définition universellement reconnue. Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU) : « *un migrant est toute personne qui change de pays de résidence habituelle, indépendamment de son statut juridique ou des motifs de sa migration.* » (cité par Lebano et al., 2020). L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) élargit cette définition en y incluant les déplacements internes. Ce terme désigne un ensemble de réalités : migrants qui travaillent, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les étudiants internationaux, ou encore les personnes en situation irrégulière (International Organization for Migration, s.d.)

Les trajectoires migratoires sont motivées par des facteurs multiples et imbriqués : elles peuvent être tant individuelles, qu'économiques, géopolitiques, écologiques ou encore sanitaires. Certaines personnes quittent leur pays devenu des zones de conflit, dû aux catastrophes naturelles ou à une instabilité géopolitique tandis que d'autres cherchent à améliorer leur qualité de vie, accéder à un emploi, à une éducation ou un avenir perçu comme plus stable dans le pays d'accueil (Drechsler & Gagnon, 2008 ; Irwin et al., 2004). Dans bien des cas, la migration est souvent contrainte par des facteurs structurels ou contextuels, au-delà d'un simple choix individuel (Corty, 2024).

Les migrations en situation irrégulière : définition, profils et évolutions

La notion de « migration irrégulière » ne bénéficie pas non plus d'une définition consensuelle. Selon l'OIM, ce terme désigne « *les personnes ayant franchi une frontière internationale sans autorisation légale d'entrée ou de séjour, selon la législation nationale ou les accords internationaux en vigueur.* » (International Organization for Migration, s.d.). Ce statut administratif est temporaire et peut évoluer dans le temps en fonction du cadre législatif du pays d'accueil et du déroulement des procédures individuelles (Portail sur les données migratoires, 2022 ; Van Gaens, s.d.).

En Belgique, les personnes sans-papiers sont exclues des dispositifs d'aide sociale, à l'exception de l'Aide Médicale Urgente (AMU) et de la scolarisation des enfants mineurs. En raison de la nature clandestine du phénomène, les données sur la migration irrégulière sont imprécises. Les estimations en Belgique varient : Caritas évoque un chiffre avoisinant les 150 000 personnes sans-papiers (Caritas International, 2024), tandis que d'autres situent cette population entre 85 000 et 200 000 individus dont environ 52 000 seraient en Région de Bruxelles-Capitale (Van Gaens, s.d.).

Diversité des profils

Les personnes sans-papiers ne constituent pas un groupe homogène. Le plan d'action 2020–2024 de Bruss'help, (Van Gaens, s.d.) souligne la nécessité de comprendre la diversité des trajectoires et des statuts administratifs, souvent liés à des vulnérabilités spécifiques. On distingue plusieurs situations :

- On qualifie de « clandestines », les personnes entrées sur le territoire sans autorisation et n'ayant pas sollicité de régularisation y compris les migrants en transit vers d'autres pays européens.
- Les personnes ayant reçu un refus de séjour (procédure d'asile, regroupement familial, ...), sans avoir la possibilité de faire un recours ou de lancer une nouvelle procédure.
- Enfin, les personnes dont le titre de séjour est expiré, par exemple après un visa de courte durée non renouvelé (Portail sur les données migratoires, 2022 ; Van Gaens, s.d.).

Par ailleurs, certaines migrations s'inscrivent dans une logique stratégique familiale où l'émigration d'un membre est envisagé par la famille comme un investissement pour soutenir économiquement les proches restés dans le pays d'origine. Cette perspective provoque une pression implicite sur la réussite du parcours migratoire (Corty, 2024).

Féminisation et diversification des flux migratoires

Loin de l'image traditionnelle du migrant masculin, les migrations contemporaines sont de plus en plus féminisées. Les femmes représentent aujourd'hui près de la moitié des personnes migrantes dans le monde, 49,6% selon Drechsler & Gagnon (2008) et environ 46% en Belgique (Myria, 2017). Elles migrent seules, parfois avec leurs enfants, et non plus uniquement comme accompagnantes. Ce changement de paradigme souligne leur rôle actif dans les dynamiques migratoires.

Par ailleurs, les flux migratoires ne se limitent pas uniquement aux trajectoires Sud-Nord. Les migrations Sud-Sud, notamment entre pays africains, sont significatives et de mieux en mieux documentées (Drechsler & Gagnon, 2008).

Les déterminants sociaux de la santé et les inégalités

Face aux inquiétudes grandissantes concernant les inégalités sociales de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé, en 2005, la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

(CDSS). Celle-ci a pour but de rassembler les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé, à travers un cadre articulé en trois composantes :

1. Le contexte socio-économique et politique, incluant les politiques publiques, la gouvernance, les normes sociales ;
2. Les déterminants structurels, comme le statut migratoire, le genre, l'éducation ou l'origine, qui influencent la position sociale et expliquent jusqu'à 70% des écarts de santé ;
3. Les déterminants intermédiaires, liés aux conditions de vie, aux ressources psychosociales, aux comportements de santé et à la qualité des services (REISO, s.d.).

Le statut migratoire comme déterminant social de la santé

Le statut migratoire constitue un déterminant fondamental d'inégalité de santé, interagissant avec d'autres facteurs comme le genre, le revenu, la langue ou le niveau de littératie en santé (LS). Par exemple, dans le cas de la vaccination contre l'hépatite B dans la lutte contre l'hépatocarcinome, ou plus récemment celle contre le HPV, démontre que les outils de prévention sont particulièrement efficaces, à condition d'être accessibles (Graci et al., 2024).

Cependant, certains sous-groupes de population, notamment les personnes migrantes en situation irrégulière, restent largement exclus des dispositifs de soins préventifs contribuant à renforcer les inégalités existantes et représentant un risque de santé publique. Pour y remédier, il est important d'inclure les populations marginalisées et précaires dans les politiques de santé à travers des actions de proximité, des campagnes adaptées culturellement et linguistiquement ainsi que des dispositifs de soins inclusifs (Knights et al., 2024).

Inégalités d'accès : du pays d'origine vers le pays d'accueil

Les inégalités en matière de santé ne commencent pas au moment de la migration. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, les systèmes de santé sont fragilisés par un manque d'infrastructures, un accès restreint aux campagnes vaccinales ou des dispositifs de dépistage insuffisants. Ces conditions favorisent la survenue et la gravité de certaines pathologies évitables comme le cancer du col de l'utérus. Par exemple, au Cameroun, ce cancer représente 14,9% des cancers féminins, avec un taux de mortalité de 65,5%, soit environ 1 540 décès par an (Bray et al., 2018). Lorsqu'il touche des femmes plus jeunes, les conséquences sont particulièrement dramatiques avec une perte moyenne d'années de vie estimée à 25,3 ans (Njopvou et Tsopgny, 2023). Au Burkina Faso,

il s'agit du deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes après le cancer du sein (Médecins du Monde, 2023).

Une étude de Njopvoui et Tsopgny (2023) révèle que 91% des femmes interrogées n'avaient jamais réalisé de dépistage et moins de 1% de ces femmes avaient bénéficié d'un schéma vaccinal complet contre le HPV, souvent faute d'information ou l'absence d'une offre de soins adaptée (Njopvoui et Tsopgny, 2023). L'ignorance de l'existence même du vaccin était évoquée par 71,8% des participantes, tandis que 25,5% indiquaient ne jamais avoir reçu de proposition de vaccination de la part d'un professionnel. Pourtant, 67,5% auraient souhaité être vaccinées avant leur premier rapport sexuel (Médecins du Monde, 2023). Cette absence de sensibilisation souligne les limites structurelles des dispositifs de santé dans les pays d'origine.

Si les déterminants liés au pays d'origine jouent un rôle important dans la migration et la santé, il est tout aussi important de prendre en compte les conditions dans le pays d'accueil. En effet, une fois arrivés ces individus se heurtent à de nouveaux facteurs de vulnérabilité. L'« effet du migrant en bonne santé », selon lequel les personnes migrantes seraient initialement en meilleure santé que la population locale, tend à s'éroder face aux conditions de vie précaires, à l'exclusion sociale et à un accès limité aux soins de santé (Musso, 2015). Ce phénomène est renforcé par des discriminations systémiques, une méconnaissance du système de santé, l'absence d'interprètes, ou encore une faible littératie en santé (Dauvrin, 2020 ; Musso, 2015 ; Vignier et al. 2020). En conséquence, les migrants rencontrent d'importantes difficultés pour accéder à des soins, qu'ils soient généraux, spécialisés ou préventifs. Ces inégalités d'accès ne s'expliquent pas uniquement par des différences culturelles, mais aussi par les caractéristiques structurelles du système de santé lui-même (Dauvrin, et al. 2019).

Ces éléments soulignent la nécessité d'adapter les dispositifs de santé pour garantir non seulement l'accès aux soins, mais aussi une prise en charge accessible et compréhensible, tenant compte des spécificités culturelles et linguistiques des personnes concernées.

L'Aide Médicale Urgente (AMU) en Belgique

Un dispositif méconnu et complexe

En Belgique, le système de santé repose sur un système d'assurance maladie obligatoire. Selon l'INAMI ce dispositif permet aux personnes assurées d'accéder à des soins de santé de qualité (INAMI, s.d.). Pour en bénéficier, il est nécessaire de résider en séjour régulier et de s'affilier à une mutuelle agréée.

En revanche, les personnes migrantes sans-papiers, exclues de ce régime, peuvent recourir à un dispositif subsidiaire : l'Aide Médicale Urgente (AMU) (CIRÉ, s.d.). Mise en place par la loi de 1996, l'AMU vise à garantir un accès partiel aux soins en prenant en charge financière certains soins considérés comme « urgents ». Cette prise en charge couvre aussi bien des soins curatifs que préventifs, en ambulatoire ou en milieu hospitalier, pour autant qu'ils soient médicalement justifiés (Ingleby, 2009).

Cependant, comme le souligne Bouhon (2021), ce droit reste méconnu tant chez les usagers que chez certains professionnels. La complexité des procédures administratives et la méconnaissance du système de santé belge conduisent à des usages inadaptés tels que des recours fréquents aux services d'urgence, l'absence de suivi médical, l'anxiété face à l'incompréhension du système, etc. Toutefois, cela ne concerne pas seulement les personnes migrantes : « Certains professionnels reconnaissent avoir eux-mêmes des difficultés à comprendre le système belge d'aide aux demandeurs d'asile et sans-papiers, notamment la procédure d'aide médicale urgente (AMU) » (Bouhon, 2021).

Un accès entravé par des obstacles multiples

En pratique, l'accès à l'AMU se heurte à de multiples freins. La notion même d'« urgence médicale » est souvent ambiguë tant pour les professionnels que pour les usagers (Lafaut & Coene, 2023). De plus, la crainte d'être signalés aux autorités décourage certains usagers à avoir recours à ce dispositif (Médecins du Monde, 2021 ; Medimmigrant, 2019 ; Myria, 2021).

Les démarches administratives nécessaires pour bénéficier de l'AMU, notamment auprès des CPAS (Centre public d'action sociale), peuvent être perçues comme intrusives et dissuasives. Cette complexité, conjuguée à la crainte de conséquences juridiques, conduit à un non-recours important, en particulier chez les femmes migrantes sans-papiers.

Une mise en œuvre locale et hétérogène

L'un des principaux obstacles réside dans la mise en œuvre au niveau local. Bien que relevant d'une compétence fédérale, l'AMU est exécutée par les CPAS, relevant des communes. Ce qui entraîne ainsi une gestion décentralisée et une grande hétérogénéité des pratiques. En effet, chaque CPAS dispose d'une autonomie considérable dans l'organisation du dispositif : délivrance de cartes médicales, réquisitoires à l'acte, nature des soins pris en charge, etc. (Bouhon, 2021).

Ainsi les modalités d'accès varient d'une commune à l'autre. D'après Ciré (2021), les CPAS des grandes villes, comme Bruxelles, Liège, Anvers ou Gand, sont davantage habitués au traitement des demandes d'AMU. A l'inverse, les CPAS des communes moins exposées, peuvent éprouver des difficultés en raison d'un manque d'expérience ou de ressources spécifiques (Ciré, 2021). Cette gestion fragmentée du dispositif compromet l'universalité du droit aux soins et renforce les inégalités d'accès (Bouhon, 2021 ; Dauvrin, 2020 ; Chauvin et al., 2014).

Un dispositif insuffisamment opérationnel

Depuis plusieurs années, des rapports soulignent les dysfonctionnements du dispositif : lourdeur des démarches administratives, opacité du système, inégalités territoriales entre CPAS, et une faible diffusion de l'information (Dauvrin, 2020 ; Dauvrin et al., 2019 ; Roberfroid et al., 2015). Dès 2015, une étude du KCE, réalisée à la demande de Médecins du Monde, pointait ces dysfonctionnements et formulait plusieurs recommandations : simplification des procédures, harmonisation des pratiques entre CPAS, et meilleure diffusion de l'information (Roberfroid et al., 2015). En 2021, Bouhon soulignait à nouveau l'importance d'une harmonisation nationale du dispositif, en y ajoutant la nécessité d'un soutien logistique et financier aux professionnels de santé. L'objectif était de favoriser une application plus équitable sur l'ensemble du territoire (Bouhon, 2021).

Malgré ces recommandations répétées, peu de réformes concrètes ont vu le jour. Le dispositif, pourtant essentiel pour garantir le droit à la santé des personnes sans titre de séjour, reste dans les faits difficilement accessible, contribuant à accroître les inégalités de santé déjà existantes. L'AMU, bien qu'étant l'unique porte d'entrée légale vers les soins pour les personnes migrantes sans-papiers, reste insuffisante pour garantir un réel accès à la prévention, en particulier dans le cadre de maladies comme le cancer du col de l'utérus.

Un accès limité aux soins préventifs

Si les soins préventifs peuvent théoriquement être couverts par l'AMU, leur accessibilité reste limitée dans la réalité. Les soins préventifs, le dépistage ou la vaccination contre le HPV, bien qu'éligibles dans certains cas, sont rarement proposés, à moins d'une sensibilisation explicite de la part des professionnels ou des structures.

En 2013, on estimait que seuls 10 à 20% d'entre elles avaient eu au moins un contact avec le système de soins (OCDE 2019). Ce chiffre confirmé par les estimations de Médecins du Monde en 2007, révèle une marginalisation persistante de ces populations dans l'accès aux services de santé (Dauvrin, 2020). Ce faible recours résulte notamment d'un accès tardif, souvent motivé par une aggravation de leur état de santé, ce qui limite considérablement l'efficacité des actions de prévention.

Ce retard dans la prise en charge engendre également des répercussions sur les dépenses publiques. En effet, les soins dispensés dans le cadre de l'AMU coûtent en moyenne 24,5% de moins que ceux remboursés par l'assurance maladie-invalidité (CIRÉ, 2021). Cette différence s'explique principalement par un recours à des soins d'urgence, moins nombreux mais plus tardifs. Ce constat souligne l'importance de renforcer l'accès précoce aux soins, notamment préventifs.

Parmi ceux-ci, les examens gynécologiques sont particulièrement peu accessibles. Par exemple, en France, une enquête menée par Médecins du Monde dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) montre que seulement 33,1% des femmes migrantes avaient déjà réalisé un frottis cervico-utérin au cours de leur vie, contre 94,9% dans la population générale. Les principales raisons évoquées incluent le manque d'information, l'absence de proposition par un professionnel de santé, et la croyance erronée selon laquelle un dépistage n'est nécessaire qu'en cas de symptômes (Médecins du Monde, 2023). Par ailleurs, ces femmes sont rarement recensées dans les bases de données de santé publique, ce qui limite la mise en place de campagnes ciblées (Médecins du Monde, 2021).

Vers une prévention inclusive

En regard des constats précédents, les approches centrées exclusivement sur la responsabilisation individuelle ou la sensibilisation montrent leurs limites. Les femmes migrantes sans-papiers ne sont pas simplement mal informées ou peu enclines à se faire soigner, elles se heurtent à des freins structurels, liés à la complexité administrative, à la fragmentation du système de soins et à un environnement peu accueillant (Dauvrin & Lorient, 2014).

D'autres études ont mis en évidence l'impact d'obstacles comme les violences (notamment sexuelles), la peur des autorités, la stigmatisation ou encore la barrière linguistique comme autant de freins à l'accès aux soins (MacFarlane et al., 2024).

Toute démarche de prévention efficace suppose dès lors de repenser les modalités d'accès aux soins, en intégrant les obstacles sociaux, culturels et institutionnels qui pèsent sur ces publics. Autrement dit, lutter contre les inégalités de santé nécessite à la fois de renforcer la littératie en santé et de transformer les organisations elles-mêmes, afin de les rendre plus accessibles et inclusives.

Migration – vulnérabilité et littératie en santé

La littératie en santé, définie comme la capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé, constitue un levier central pour réduire les inégalités. Cette dimension prend une importance particulière dans les contextes migratoires.

Dans une perspective de santé publique, la migration constitue un facteur de vulnérabilité supplémentaire. Plusieurs études internationales montrent que les interventions visant à améliorer l'accès aux soins, qu'il s'agisse du dépistage du cancer, de la santé mentale, de l'éducation au diabète, du sevrage tabagique, des programmes de prévention du VIH ou de la vaccination infantile, sont souvent moins efficaces auprès des populations migrantes (Kickbusch et al., 2013). En cause : des barrières multiples ; linguistiques, administratives, culturelles ou encore une faible littératie en santé.

Toutefois, associer systématiquement migration et faible niveau de littératie en santé revient à adopter une lecture réductrice et ethnocentrée. Comme le souligne Ingleby (2009), ces personnes possèdent des connaissances en santé qui, bien que différentes des systèmes de santé occidentaux, n'en sont pas moins légitimes et pertinents. Lorsque ces personnes s'installent dans un nouveau pays, elles mobilisent leurs propres repères culturels, linguistiques et sociaux pour comprendre et interpréter les questions liées à la santé, pouvant parfois entrer en contradiction avec les normes et pratiques attendues dans le pays d'accueil (Ingleby, 2009).

À l'échelle mondiale, environ une personne sur huit est migrante ou réfugiée, un statut associé à un risque accru en matière de santé (Graci et al., 2024). À leur arrivée, les préoccupations sanitaires sont souvent reléguées derrière des besoins plus urgents comme le logement ou l'emploi, retardant l'accès aux soins.

Par ailleurs, les politiques migratoires peuvent parfois entrer en désaccord avec les objectifs de santé publique. Les restrictions administratives, les besoins sécuritaires participent à l'exclusion des personnes migrantes, renforcent la méfiance et limitent leur recours aux services de santé (Musso, 2015). Il est donc nécessaire d'aborder la migration comme un phénomène traversé par des dynamiques complexes et globales, au lieu d'une simple décision individuelle (Irwin et al., 2004 ; Corty, 2024).

Un système de santé complexe pour tous

Il convient également de rappeler que les difficultés d'accès aux soins ne concernent pas uniquement les personnes migrantes. Le système de santé belge marqué par l'augmentation de différents dispositifs, la multiplicité des acteurs institutionnels et la fragmentation des régimes d'assurance, entraîne une certaine opacité pour un grand nombre d'usagers en Belgique. Cela invite donc les organisations de santé à s'interroger sur leur capacité à être compréhensibles et accessibles : les outils sont-ils clairs ? Les professionnels sont-ils formés pour accompagner des publics diversifiés ? Peuvent-ils informer efficacement les patients ?

Pour répondre à ces défis, il ne suffit pas d'agir uniquement sur les individus. Une action structurelle est nécessaire, visant à adapter les institutions elles-mêmes. Le concept de littératie en santé organisationnelle offre une perspective pertinente : il s'agit de concevoir des environnements de soins capables de s'adapter aux besoins de toutes et tous, en simplifiant les démarches, en rendant l'information plus accessible, et en soutenant les usagers dans leur parcours de santé.

Ces éléments montrent à quel point le statut migratoire constitue un facteur déterminant dans l'accès à la santé. Les dispositifs existants, comme l'AMU, restent insuffisants pour garantir une équité, notamment dans le domaine de la prévention.

Cela pose la question de l'adéquation des systèmes de soins face aux besoins spécifiques des populations vulnérables, dont les femmes migrantes sans-papiers, question centrale de ce travail. Pour répondre à cet enjeu, il est nécessaire : d'une part de renforcer les compétences des usagers en matière de santé, et d'autre part d'adapter les organisations de soins pour les rendre plus accessibles, intelligibles et justes. Car si la littératie en santé est importante et nécessaire pour chaque individu, elle dépend largement des conditions dans lesquelles elle évolue.

Chapitre 2 - Qu'est-ce que la littératie en santé ?

Un déterminant clé de la santé

La santé ne se réduit pas à un simple objectif médical mais est aussi envisagée comme une ressource mobilisable au quotidien. Elle constitue un capital à la fois physique, psychologique et social, influencée par les expériences personnelles, les représentations individuelles et les valeurs de chacun. En ce sens, renforcer la littératie en santé contribue à favoriser l'autonomie, la prise de décision éclairée, et l'accès effectif à la prévention et aux soins (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2023)

Malgré un système de soins performant en Belgique, d'importantes inégalités sociales de santé persistent. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation ou de revenu présentent plus souvent des comportements à risque, un moindre recours aux soins préventifs, et une mortalité évitable plus élevée que dans d'autres pays d'Europe occidentale (OCDE, 2019).

Dans ce contexte, la littératie en santé est reconnue comme un « *déterminant-clé de la santé* » (Sørensen et al., 2012) pour permettre à chacun de mieux prendre soin de sa santé, de comprendre les messages de prévention et d'interagir efficacement avec le système de soins. Plusieurs études soulignent qu'un faible niveau de littératie en santé, parfois qualifiée « d'analphabétisme en santé », est associée à des parcours de soins un moindre recours aux dispositifs de prévention et une augmentation des inégalités sociales de santé (Henrard et al., 2018 ; Kickbusch et al., 2013 ; KCE, 2020).

Enfin, les résultats de l'Enquête Européenne sur la littératie en santé révèlent une corrélation entre le niveau de littératie en santé et le recours effectif aux services de santé dans plusieurs pays européens, confirmant le rôle crucial de cette compétence dans l'accès équitable aux soins (cité par Kickbusch et al., 2013).

Définition et niveaux de littératie

Depuis les années 2000, la littératie en santé (LS) s'est imposée comme un enjeu en santé publique. Elle désigne un ensemble de compétences, savoirs et motivations permettant aux individus d'accéder, d'interpréter, d'évaluer de manière critique, puis d'utiliser les informations relatives à la santé. Cette capacité est indispensable pour adopter des comportements préventifs, gérer sa santé au

quotidien et naviguer efficacement dans le système de soins (Cultures&Santé, s.d. ; Montagni, 2023 ; Sørensen et al., 2012 ; Van den Broucke, 2017).

Selon Nutbeam (2000), la littératie en santé peut être déclinée en trois niveaux :

- La littératie fonctionnelle : capacité de base à lire, écrire et comprendre des informations liées à la santé, compétence en lien avec l’alphabétisation ;
- La littératie interactive : compétences cognitivo-sociales permettant de communiquer et à participer activement aux décisions concernant sa santé ;
- La littératie critique : compétences permettant d’évaluer la fiabilité et la pertinence des informations, en vue de les mobiliser de manière éclairée afin de modifier son environnement et d’agir sur les déterminants susceptibles d’influencer sa santé.

Un concept dynamique et contextuel

La littératie en santé est un concept évolutif, influencé par les contextes culturels, sociaux et institutionnels (Cheminais & Gagnon, 2022 ; Montagni, 2023). Pour en faciliter la compréhension, le niveau de LS repose sur quatre compétences essentielles : a) accéder à l’information (access), b) la comprendre (understand), c) l’évaluer (appraise), d) l’appliquer (apply).

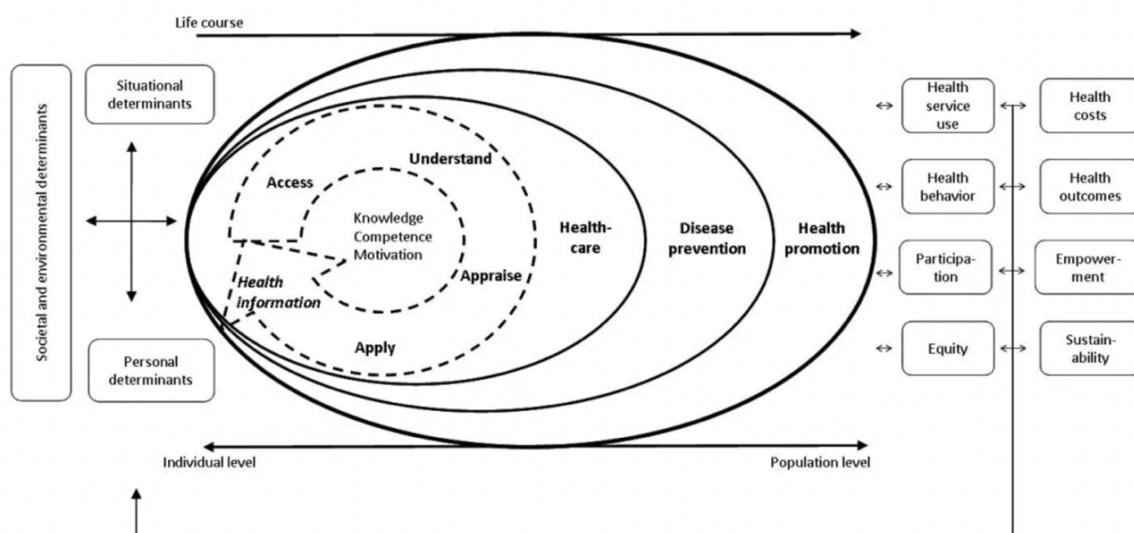


Figure 1 : Modèle intégré de la littératie en santé. Tiré de Sørensen et al. (2012)

Le modèle intégré de Sørensen et al. (2012) (cf. Figure 1) présente la littératie en santé (LS) comme un processus dynamique combinant connaissances (knowledge), compétences (competence) et motivation (motivation). Ces éléments conditionnent directement la capacité des individus à accéder

(access), comprendre (understand), évaluer (appraise) et appliquer (apply) l'information en santé dans les domaines des soins de santé (healthcare), de la prévention des maladies (disease prevention) et de la promotion de la santé (health promotion). Ces capacités sont influencées par des déterminants individuels, situationnels et sociétaux interagissant tout au long du parcours de vie (life course).

Ce modèle met en évidence les effets attendus d'une littératie en santé renforcée : une meilleure utilisation des services de santé (health service use), des comportements favorables (health behavior), une participation accrue (participation) et une réduction des inégalités (equity). Cela impacte positivement les coûts en santé (health cost), l'empowerment, les résultats en santé et la durabilité des systèmes (sustainability) (Sørensen et al., 2012).

En somme, la littératie en santé constitue une compétence évolutive, modulée par les expériences personnelles, les contextes de vie et les trajectoires de santé, soulignant l'importance d'un accompagnement adapté tout au long du parcours de vie.

Application contextuelle de la littératie en santé

Un bon niveau élevé de littératie en santé est associé à de meilleures conditions en santé (Kickbusch et al., 2013). Les différentes dimensions de cette littératie se manifestent dans des situations concrètes, telles que la relation entre soignant et soigné, la réalisation de démarches administratives, l'accès aux programmes de dépistage, la diminution du recours aux services d'urgence, ou encore la participation à des ateliers de sensibilisation. Le tableau ci-dessous (cf. Figure 2) illustre la manière dont ces compétences s'expriment dans les contextes de soins, de prévention et de promotion de la santé. Il souligne le rôle crucial des institutions dans l'adaptation des messages et des dispositifs aux capacités réelles des publics (Sørensen et al., 2012).

Les dimensions de la littératie en santé

	Repérer les informations sur la santé	Comprendre les informations sur la santé	Evaluer les informations sur la santé	Utiliser les informations sur la santé
Soins de santé	Compétence de repérer des informations cliniques et médicales	Compétence de comprendre les informations cliniques et médicales	Compétence d'interpréter et d'évaluer les informations médicales	Compétence de prendre des décisions médicales sur base d'informations
Prévention des maladies	Compétence de repérer des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Compétence de comprendre des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Compétence d'interpréter et d'évaluer des informations sur les facteurs de risque pour la santé	Compétence de prendre des décisions informées sur les facteurs de risque pour la santé
Promotion de la santé	Compétence de repérer des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Compétence de comprendre des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Compétence d'interpréter et d'évaluer des informations sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique	Compétence de prendre des décisions sur les déterminants de la santé dans l'environnement social et physique

Figure 2 : Dimensions de la littératie en santé. Tiré du cours WFSP 2109 Promotion de la santé 1 (2022-2023)

Une compétence influencée par des déterminants sociaux

La littératie en santé est inégalement répartie au sein de la population, en raison de l'influence d'une série de déterminants sociaux de la santé (DSS) (Charafeddine et al., 2018 ; Cultures&Santé, s.d.). Parmi ceux-ci, on retrouve notamment : le niveau d'instruction, le revenu, la langue parlée, le genre, le statut migratoire, l'état de santé, la présence d'un handicap, les conditions de logement ainsi que l'accès aux services de santé. Ces facteurs, seuls ou combinés, influencent directement la capacité des individus à mobiliser leurs compétences en matière de santé.

Quatre grandes dimensions ressortent pour expliquer les inégalités de littératie en santé : le niveau de scolarité, l'univers culturel, l'environnement social et l'état psychologique (Dupuis, 2015). Ces déterminants interagissent les uns avec les autres à différents niveaux.

Le schéma ci-dessous (cf. Figure 3) illustre cette complexité en présentant les facteurs qui influencent la littératie en santé, en les répartissant selon les différents niveaux d'interaction.

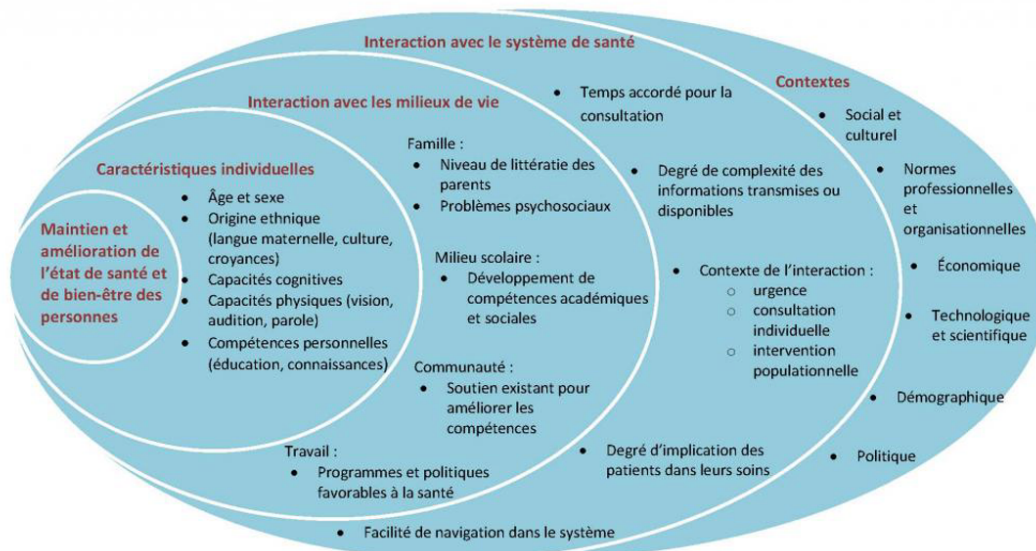


Figure 3 : Diverses dimensions ayant une influence sur la littératie en santé. Tiré de Institut national de santé publique du Québec, s.d.

En Belgique, la littérature démontre que le niveau d’instruction constitue le principal déterminant d’un bon niveau de littératie en santé, devant l’âge et le genre (Éducation Santé, s.d.). Entre 30 et 45% de la population belge présente un niveau insuffisant de littératie en santé, une proportion légèrement inférieure à la moyenne européenne. À l’échelle de l’Union européenne, environ 50% des citoyens seraient concernés par un niveau de littératie en santé jugé inadéquat ou problématique (KCE, 2020 ; Sørensen et al., 2012).

Conséquences d’un faible niveau de littératie en santé

Dans un monde saturé d’informations, la capacité à repérer, comprendre et utiliser ces informations est devenue primordiale. Pourtant, 35% des Belges déclarent avoir des difficultés à y accéder, à les comprendre et à les appliquer. Environ 10% des personnes interrogées estiment ne pas avoir les compétences nécessaires pour y parvenir (Cultures&Santé, s.d. ; HealthNest, 2023).

Les effets d’une littératie en santé insuffisante sont largement documentés : incompréhension des traitements, recours limité à la prévention, adhésion thérapeutique fragile, voire renoncement aux soins. Ces difficultés compromettent les parcours de soins et contribuent à la dégradation de l’état de santé global des personnes concernées (Sørensen, s.d.). Les conséquences sont également associées à une plus forte prévalence de maladies chroniques, une qualité de vie dégradée, et une espérance de vie réduite (Henrard et al., 2018 ; KCE, 2020 ; Kickbusch et al., 2013). Ces effets délétères sont observés

même à statut socio-économique équivalent, soulignant le rôle spécifique de la littératie sur les inégalités de santé.

De la littératie individuelle à la littératie organisationnelle

La promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa (1986) ne se limite pas à renforcer les compétences individuelles en matière de comportements ou de choix éclairés, ni à réformer les systèmes de soins. Elle implique aussi de transformer les environnements favorables à la santé, et d'agir sur les freins structurels qui entravent l'accès aux soins et à l'information (Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986)

Dans cette perspective, la littératie en santé est désormais comprise comme le fruit d'une interaction entre individus, organisations et environnement. Ce paradigme repose sur l'idée que les barrières à l'information et aux soins tiennent davantage à la complexité du système lui-même qu'à des lacunes individuelles. Plus le système est complexe à comprendre et à parcourir, plus il devient inégalitaire, y compris pour des personnes disposant d'un bon niveau de littératie (KCE, 2020 : Sørensen et al., 2012).

C'est dans ce contexte qu'émerge la notion de littératie en santé organisationnelle (LSO), définie comme : « *capacité des organisations à prendre en compte et à soutenir la littératie en santé des usager-es afin de garantir l'accessibilité et l'utilisation des informations et des services.* » (Cultures&santé, s.d.). Ce concept déplace la responsabilité sur les structures, évitant de faire peser la compréhension d'un système considéré comme opaque, sur les individus. Elle devient un outil stratégique pour adapter les pratiques professionnelles, simplifier les parcours de soins et promouvoir une plus grande équité en santé (Henrard & Prévost, 2016).

En révélant les inégalités de compréhension et d'appropriation du système de soins, la littératie en santé organisationnelle constitue un point d'entrée pour aborder les inégalités sociales de santé à partir de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles. Pourtant, les professionnels de santé sont encore trop peu mobilisés sur cette question, souvent perçue comme relevant d'enjeux trop larges ou extérieurs à leur champ d'action.

Mettre en œuvre une démarche de littératie organisationnelle au sein des structures de santé requiert des ressources considérables, souvent difficiles à mobiliser. Comme le souligne Cultures&Santé (s.d.) au-delà du renforcement des capacités individuelles et organisationnelles, il est

d'avantage essentiel d'activer des leviers politiques et structurels capables d'agir simultanément sur les conditions de vie des populations et sur l'offre de services des organisations. Intégrer la littératie en santé dans les pratiques organisationnelles, adapter les services et inscrire durablement des principes favorisant la littératie nécessitent du temps, des compétences spécifiques, ainsi que des moyens financiers adaptés (Cultures&Santé, s.d.).

Des organisations confrontées à la complexité du système de santé

Le système de soins, structuré autour de normes, de protocoles et d'un langage technique, est également perçu comme peu accessible pour les publics vulnérables. Les professionnels de la santé jouent un rôle central dans cette dynamique : leur propre niveau de littératie impacte directement la capacité des usagers à comprendre et à s'appropriier les messages de santé (Cheminais & Gagnon, 2022).

Une organisation dite « favorable à la littératie » est celle qui ajuste ses pratiques pour répondre aux besoins cognitifs, linguistiques et culturels de ces publics. En revanche, l'incapacité d'un système à s'adapter aux besoins spécifiques de certains publics révèle un déficit structurel (Ingleby, 2009).

Une responsabilité collective et politique

L'accessibilité des services dépend largement de la conception et de la gestion des institutions elles-mêmes. À ce titre, la LSO doit être considérée comme un déterminant clé de la santé publique, au même titre que l'éducation ou les conditions de vie. Il ne suffit pas d'adapter des supports de communication ou de sensibiliser les professionnels : il s'agit de repenser le système dans son ensemble. Cela implique une mobilisation coordonnée des décideurs, des professionnels de santé, des institutions et de la société civile dans une dynamique collective de transformation (Sørensen et al., 2021).

À cet égard, Brach et al. (2012) ont identifié dix attributs fondamentaux pour une organisation favorable à la littératie en santé organisationnelle (LSO), notamment : un personnel formé, un leadership engagé, des services centrés sur les usagers, des ressources financières adéquates, une gouvernance des données, et des partenariats intersectoriels. Ces éléments sont regroupés par Sørensen et al. (2021) sous la notion de « capacités systémiques », qui constituent les fondements d'un système de santé soutenant la littératie en santé (cf. Figure 4). Le schéma ci-dessous synthétise ces dynamiques en identifiant huit composantes clés, interdépendantes :

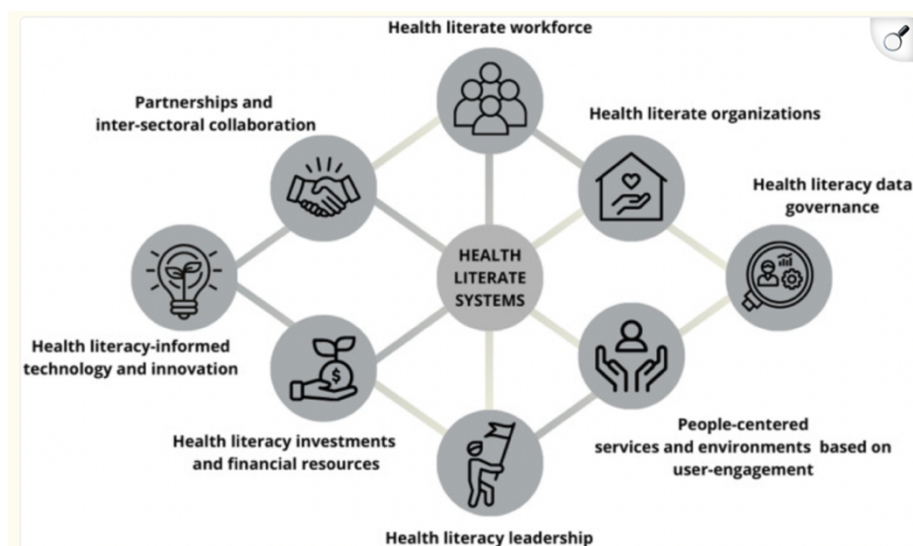


Figure 4 : Composantes d'un système de santé favorable à la littératie en santé. Tiré de Sørensen et al. (2021).

La mise en œuvre cohérente de ces dimensions vise à inscrire la littératie en santé dans les pratiques institutionnelles, en agissant sur l'environnement et sur les capacités individuelles des usagers (Sørensen et al., 2021).

À un niveau plus large, il revient aux autorités politiques de créer un cadre propice à cette transformation, non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi au sein de la société dans son ensemble. Cette action transversale, formalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé sous le concept « Santé dans toutes les politiques » (Health in All Policies), concerne des domaines variés tels que l'éducation, l'emploi, les affaires sociales, la culture ou le sport. Dans ces secteurs, des initiatives peuvent renforcer les compétences des populations, les rendant plus autonomes et actrices de leur santé (KCE, 2020).

Ainsi, la littératie en santé doit être reconnue comme une priorité stratégique et transversale pour une santé publique plus juste et inclusive.

État des lieux de la littératie organisationnelle en Belgique

Les structures de première ligne en Belgique francophone

Les soins de première ligne sont définis comme : « *Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des*

services de santé ou non) et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. La première ligne joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population. » (Alvarez Irusta et al., 2020)

En Belgique francophone, les structures de première ligne - maisons médicales, plannings familiaux, centres de santé communautaires ou centres de santé mentale - jouent un rôle fondamental dans la promotion de la littératie en santé. Elles constituent souvent le premier point de contact pour des publics en situation de vulnérabilité (Sørensen et al., 2021). Ces structures privilégient une approche globale, de proximité, centrée sur l'accompagnement, l'écoute, la compréhension des besoins spécifiques et la mise en œuvre des pratiques « d'empowerment », définie comme : « le processus qui permet aux personnes d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer » (Gross, 2020 ; Henrard & Prévost, 2016).

Cependant, malgré leur rôle central, ces acteurs font face à un sous-financement, à un manque de reconnaissance et à une pression accrue suite aux récentes réformes hospitalières. Celles-ci ont entraîné un transfert progressif des soins vers l'ambulatoire, sans garantir un accompagnement adéquat en termes de ressources humaines ou organisationnelles nécessaires pour répondre à ce changement (Alvarez Irusta et al., 2020). Cette situation complexifie les parcours de santé, accentue la charge sur les professionnels, et fragilise la continuité des soins.

Ces tensions révèlent des dysfonctionnements systémiques plus profonds : fragmentation des services, coordination insuffisante entre les niveaux de soins, complexité du système. Autant d'obstacles qui peuvent affecter l'accessibilité, la qualité et l'équité des soins, notamment pour les publics peu familiers du système de santé.

Objectifs liés à la littératie en santé organisationnelle

Dans ce contexte, renforcer la littératie en santé organisationnelle constitue une priorité stratégique. Cela suppose de fournir aux structures de première ligne des outils concrets pour évaluer leurs pratiques, adapter leur communication, co-construire des solutions avec les publics, et mieux naviguer dans un système de santé souvent perçu comme opaque (De Gastines, 2024).

Les institutions de soins ont un rôle clé à jouer dans l'amélioration de la qualité et de l'équité des soins, faisant intégrante de leur mission. En développant une culture professionnelle sensible aux disparités

de littératie en santé, le système de soins peut devenir plus inclusif, simplifiant les démarches et intégrant pleinement la promotion de la santé (Henrard & Prévost, 2016).

Initiatives et bonnes pratiques en Belgique

Plusieurs initiatives concrètes témoignent de l'engagement en faveur de la littératie en santé organisationnelle. Par exemple, la Fondation Roi Baudouin, via le Fonds Daniël De Coninck, soutient des actions telles que « Quartiers solidaires en matière d'aide et de soins », qui favorisent la coopération entre professionnels, institutions et citoyens (Alvarez Irusta et al., 2020).

Le réseau HealthNest, créé en 2013, regroupe des professionnels et structures impliqués dans la promotion de la littératie en santé. Il accompagne des projets visant à renforcer l'accessibilité de l'information, la formation des professionnels, ou encore la communication en santé (Boureau, 2022 ; HealthNest, 2023).

La Fondation Roi Baudouin (FRB) soutient également un réseau d'apprentissage réunissant 18 organisations en Belgique, dont Médecins du Monde, plusieurs maisons médicales (Le Noyer, MediCi, Walhéroise) et d'autres associations communautaires. Ces acteurs ont mis en place des actions concrètes telles que des vidéos de sensibilisation aux droits en matière de données de santé, des ateliers participatifs sur la signalétique, des grilles d'auto-diagnostic de littératie en santé en équipe, ou encore des recueils de bonnes pratiques (Van den Broucke et al., 2021).

L'accompagnement de ces structures a permis d'identifier plusieurs leviers essentiels, notamment le besoin d'outils de formation contextualisés et de démarches collectives. Ainsi, un module en ligne a été conçu pour sensibiliser les équipes aux enjeux de la littératie en santé organisationnelle et favoriser l'émergence d'un langage commun. Parallèlement, une grille de diagnostic spécifiquement élaborée pour les structures de première ligne en Belgique permet aux équipes d'évaluer leur niveau d'engagement en matière de littératie, de repérer les actions existantes et de hiérarchiser les priorités à développer. Des ateliers de partage de pratiques, animés par des « ambassadeurs » issus du réseau, constituent également un espace de soutien précieux, grâce à la collaboration avec des organismes spécialisés comme Cultures&Santé ou Gezond Leven (HealthNest, 2023).

Autre exemple notable, le projet « Zanzu », lancé par Sensoa (centre d'expertise flamand en santé sexuelle), en partenariat avec le Centre fédéral allemand d'éducation à la santé (BZgA) constitue

depuis 2016, un outil multilingue dans le domaine de la santé sexuelle. Accessible en 14 langues, elle permet une navigation en deux langues et intègre une fonctionnalité audio pour favoriser la compréhension orale. Cet outil est utilisé tant par les professionnels de santé que par les personnes récemment arrivées en Belgique, facilitant les échanges et l'appropriation des messages de prévention (HealthNest, 2023).

Enfin, des projets à visée plus institutionnelle se développent, comme le programme des « facilitateurs en santé » ou « community health workers » soutenu par les mutualités et validé par les Conseils des ministres. Ces professionnels jouent un rôle d'interface entre les usagers et les institutions, tout en identifiant les obstacles structurels à l'accès aux soins.

Perspectives institutionnelles

Une orientation politique vers une approche intégrée de la santé semble se dessiner, avec la création prochaine d'un comité « des objectifs en santé » au sein de l'INAMI. Ce comité aura pour mission de définir des priorités de santé publique en cohérence avec le principe de « santé dans toutes les politiques » et la gouvernance intersectorielle. Cette réforme vise à améliorer l'état de santé de la population, réduire les inégalités et promouvoir des environnements favorables à la santé (HealthNest, 2023).

Toutefois, rappelons que la complexité institutionnelle belge, avec la répartition des compétences entre le fédéral et les entités fédérées, complique la mise en œuvre de ces politiques, rendant nécessaire un plan global de promotion de la littératie en santé, articulé autour de recommandations nationales (HealthNest, 2023 ; Van den Broucke et al., 2021).

Dans cette perspective, une nouvelle offre de formation sur la littératie en santé organisationnelle, co-construite par Cultures&Santé et Gezond Leven, est lancée depuis début 2025. Elle a pour but d'accompagner concrètement les structures de première ligne dans la transformation de leurs pratiques, à travers une formation en ligne, un outil d'auto-évaluation et des ateliers collaboratifs entre professionnels. L'objectif est de renforcer les capacités collectives des institutions à s'adapter aux besoins des publics en situation de vulnérabilité, en rendant leurs services plus accessibles, compréhensibles et inclusifs. Cette initiative s'inscrit dans une logique d'ancrage local et de transformation systémique, à la croisée des pratiques de terrain et des orientations de santé publique.

Ces différentes initiatives s'inscrivent dans une logique de collaboration entre acteurs, visant à mutualiser les compétences, renforcer la portée des interventions et favoriser une mobilisation citoyenne durable et inclusive (HealthNest, 2023).

Vers une amélioration concrète pour améliorer la littératie en santé

Face à ce constat, la littérature met en lumière plusieurs pistes d'actions à différents niveaux du système de santé. Il s'agit d'agir de manière coordonnée, à la fois sur le renforcement des compétences individuelles, l'adaptation des environnements organisationnels et l'évolution des pratiques professionnelles (Le Brun et al., 2024).

A. Stratégie politique intégrée

Les politiques publiques ont un rôle central à jouer dans la mise en place d'un environnement favorable. Inspirées du principe de « Santé dans toutes les politiques » défendu par l'OMS, ces stratégies doivent s'inscrire dans une logique transversale et intersectorielle, incluant l'éducation, l'emploi, la culture ou encore le social. La Commission européenne (2008-2013) et l'OMS Europe (2019) ont d'ailleurs reconnu la LS comme un axe prioritaire d'action en santé publique (Bourreau, 2022)

B. Des institutions plus accessibles

Les structures de soins, notamment celles de première ligne telles que les maisons médicales ou les centres de santé, occupent une position centrale pour rendre les soins plus intelligibles, accessibles et inclusifs. Ces organisations doivent proposer un environnement compréhensible, bienveillant et facilitant.

Par ailleurs, des lieux comme les écoles, bibliothèques ou maisons de quartier peuvent aussi devenir des espaces d'apprentissage en santé, à condition d'être pensés dans une logique d'accessibilité universelle (Le Brun et al., 2024)

C. Développer une communication adaptée :

Rappelons que la communication joue un rôle important dans l'accessibilité à l'information de santé. Plusieurs outils ont été développés à cet effet, notamment le guide « Communiquer pour tous » qui propose des supports adaptés à divers publics (personnes en situation de handicap, précarité, migration...). Les techniques comme le langage clair, l'usage de pictogrammes ou encore le « teach-

back » permettent de s'assurer que le message est bien compris, tout en renforçant l'autonomie du patient (Le Brun et al., 2024)

D. Un soutien médico-social

Des programmes d'alphabétisation intégrant des contenus de santé ont montré leur efficacité auprès des publics fragilisés. En s'appuyant sur les besoins réels des participants, ces initiatives renforcent la capacité à comprendre et à mobiliser les messages de prévention, dans une optique d'empowerment (Le Brun et al., 2024)

E. Former les professionnels à la LS

Le manque de formation des professionnels constitue un frein majeur. Cette dimension étant encore trop peu présente, en dehors des initiatives menées dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, l'intégrer dans leur formation initiale permettrait d'en faire un levier pour des pratiques plus inclusives (Le Brun et al., 2024)

F. Développer l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue une réponse efficace pour améliorer les compétences en santé, en particulier dans la gestion des maladies chroniques. Elle permet de renforcer l'autonomie, d'améliorer l'adhésion thérapeutique et de restaurer la confiance des patients dans les soins. Les démarches entre pairs, où les patients se forment mutuellement, favorisent l'appropriation des savoirs par la proximité culturelle ou sociale (Le Brun et al., 2024)

G. Intégrer la littératie en santé numérique

Enfin, le développement de supports numériques inclusifs représente un potentiel important, à condition d'en maîtriser les enjeux d'accessibilité. Des guides comme « *Communiquer pour tous* », ou des plateformes multilingues comme « *Zanzu* », montrent qu'il est possible de concevoir des supports inclusifs. (Bourreau, 2022 ; HealthNest, 2023). Cependant, le succès de ces initiatives repose sur leur intégration dans un soutien personnalisé et adapté. Plutôt que d'être une simple solution technologique, la littératie en santé numérique doit être considérée comme une composante intégrante de la littératie en santé globale, mettant l'accent sur les responsabilités collectives et organisationnelles (Bourreau, 2022 ; HealthNest, 2023).

Une responsabilité partagée et structurelle

En définitive, renforcer la littératie en santé repose sur une responsabilité partagée entre les individus, les professionnels, les institutions et les pouvoirs publics. Elle suppose une transformation profonde des environnements de soins, fondée sur des principes d'équité, d'accessibilité et de participation. En cessant de faire porter aux individus le poids exclusif de la compréhension de l'information, la littératie en santé devient un levier stratégique pour lutter contre les inégalités sociales de santé (HealthNest, 2023).

Chapitre 3 - Le Papillomavirus humain et le cancer du col de l'utérus : un enjeu de santé publique évitable

Le papillomavirus humain (HPV) : une infection répandue

Le papillomavirus humain (HPV) est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus courante dans le monde. La majorité des personnes sexuellement actives seront infectées par au moins une souche au cours de leur vie (European Centre for Disease Prevention and Control, 2012). La transmission se fait principalement par contact sexuel, et l'infection passe souvent inaperçue, car elle est fréquemment asymptomatique.

À ce jour, plus de 200 types d'HPV ont été identifiés, dont quatorze sont classés « à haut risque » en raison de leur implication dans le développement de certains cancers. Les types 16 et 18 sont responsables à eux seuls de près de 70% des cas de cancer du col de l'utérus. (WHO, 2024). Dans la majorité des cas, l'infection est transitoire et éliminée naturellement par le système immunitaire. Toutefois, une infection persistante peut entraîner des lésions bénignes (comme les verrues génitales) ou évoluer vers des lésions précancéreuses, voire un cancer invasif (Castle, 2024 ; Mboumba Bouassa et al., 2019).

Ainsi, l'infection au HPV est une condition nécessaire mais non suffisante à l'apparition du cancer du col. D'autres facteurs de risque influencent la progression vers un cancer : rapports sexuels précoces, multiplicité des partenaires, co-infections (notamment avec le VIH ou le chlamydia), immunodépression, tabagisme ou encore usage prolongé de contraceptifs hormonaux (ce dernier restant controversé) (Castle, 2024).

Comprendre le risque lié au HPV nécessite une approche globale, conjuguant les dimensions biologiques, comportementales et sociales. C'est précisément à cette intersection que se dessinent les trajectoires de santé des femmes les plus vulnérables face au cancer du col de l'utérus. Cette forte corrélation entre HPV et cancer souligne l'importance d'une prévention efficace, fondée principalement sur deux piliers complémentaires : la vaccination et le dépistage. Ces stratégies ne peuvent toutefois être pleinement efficaces sans un niveau adéquat de littératie en santé, tant chez les individus que dans les structures qui les accompagnent.

Cette problématique prend une résonance particulière chez les femmes migrantes en situation irrégulière pour qui l'accès à l'information et aux soins reste entravé par de nombreuses inégalités.

Le cancer du col de l'utérus : pathologie évitable

Épidémiologie mondiale :

Le cancer du col de l'utérus, étroitement lié à l'infection persistante au papillomavirus humain (HPV), demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité féminine dans le monde. Déjà en 1999, il était identifié comme le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes à travers le monde. (Walboomers et al., 1999). En 2022, on estimait à environ 660 000 le nombre de nouveaux cas et à 350 000 le nombre de décès annuels liés à cette pathologie. (Arbyn et al., 2020 ; Serrano et al., 2018 ; WHO, 2022). À titre d'exemple, en 2024, le Canada recensait environ 1 600 nouveaux cas et 400 décès liés à cette maladie (Vahabi et al., 2024).

Bien que largement évitable grâce à la vaccination contre le HPV et au dépistage régulier, ce cancer continue de provoquer une morbidité et mortalité importantes, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'accès aux services de prévention reste limité. Plus de 85 % des décès surviennent dans des régions comme l'Afrique subsaharienne, l'Amérique centrale ou l'Asie du Sud-Est (WHO, 2024).

Dans les pays à revenu élevé, la généralisation du dépistage cytologique et l'introduction de la vaccination ont permis de réduire significativement l'incidence de la maladie (Castle, 2024). Toutefois, des disparités persistent, y compris en Europe : bien qu'il s'agisse du deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes de 15 à 44 ans, les taux varient fortement d'un pays à l'autre (Commission Européenne, 2024). En Belgique, le cancer du col de l'utérus occupe le treizième rang des cancers les plus fréquents chez les femmes, avec 641 cas invasifs diagnostiqués en 2021 et 164 décès cette même année (Fondation Registre du Cancer, 2024).

Facteurs associés et populations à risque :

Le cancer du col naît généralement de lésions précancéreuses causées par une infection persistante à HPV. Bien que généralement lente, survenant 10 à 15 ans après l'infection initiale, cette progression peut toutefois s'accélérer chez les femmes immunodéprimées (CCR, s.d. ; Dumont et al., 2018 ; WHO, 2024). En Belgique, l'âge médian au diagnostic est de 55 ans (Fondation Arc, 2024), bien que des femmes plus jeunes soient également touchées.

Les déterminants sociaux influencent fortement la survenue et l'issue de la maladie. Par ailleurs, les conséquences du cancer ne se limitent pas à la personne atteinte : environ 20 % des enfants devenus orphelins de mère à cause d'un cancer l'ont perdu suite à un cancer du col de l'utérus (WHO, 2024).

Prévention : vaccination, dépistage, traitement

La lutte contre le cancer du col s'appuie sur trois niveaux de prévention : la prévention primaire (vaccination), secondaire (dépistage) et tertiaire (traitement) (Cloos, 2019). Si leur efficacité est démontrée, une recrudescence des cas dans certains pays s'expliquerait par une exposition croissante au HPV, insuffisamment compensée par les dispositifs de prévention existants (Arbyn et al., 2020 ; Vignier et al., 2020).

La vaccination contre le HPV :

La vaccination contre le HPV, recommandée dès l'adolescence et avant le début de la vie sexuelle, est un outil majeur de prévention. Depuis 2022, une seule dose est jugée suffisante (OMS, 2022). Toutefois, la couverture vaccinale reste très inégale, surtout dans les pays à revenu faible. En 2016, seuls 42% des pays dans le monde avaient intégré cette vaccination à leur calendrier national (Serrano et al., 2018).

En Europe, la vaccination des filles est en place dans 37 pays sur 53, mais celle des garçons demeure incomplète, malgré leur rôle dans la transmission du virus (Riza et al., 2020). En 2018, la Food and Drug Administration (FDA) a élargi l'indication du vaccin aux adultes jusqu'à 45 ans (Castle, 2024 ; Wheldon et al., 2024). Un rattrapage est également recommandé pour les 15 à 26 ans qui n'ont pas bénéficié de ce vaccin au préalable. Chez les personnes déjà sexuellement actives, le vaccin reste efficace, mais seulement contre les types de HPV auxquels ils n'ont pas encore été exposés, avec une estimation à environ 70% (Conseil supérieur de la santé, 2017).

En Belgique, la vaccination est proposée aux élèves de première secondaire depuis 2007. La Flandre affiche un taux de couverture supérieur à 85%, tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, les taux

sont plus faibles (Vandenbroucke, 2022). Depuis 2019, les garçons sont aussi inclus dans le programme. Un rattrapage vaccinal est recommandé pour les jeunes adultes jusqu'à 26 ans, voire 45 ans dans certains pays (Castle, 2024 ; Vandenbroucke, 2022 ; Wheldon et al., 2024).

Le dépistage :

La prévention secondaire repose sur le dépistage des lésions précancéreuses par frottis cervico-utérin (test de Papanicolaou) ou test HPV. L'OMS recommande un dépistage à 35 et 45 ans, avec un taux de couverture d'au moins 70%. Environ la moitié des pays membres de l'OCDE disposent de programmes organisés de dépistage, bien que leur fréquence et leurs groupes cibles diffèrent (OCDE, 2013).

Le dépistage peut être organisé à l'échelle de la population (invitation systématique) ou réalisé de manière opportuniste (à l'initiative individuelle des patientes ou des médecins) (Chrysostomou, et al., 2018). En Belgique, le dépistage est principalement opportuniste, ce qui contribue à des inégalités d'accès. (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2011 ; Fondation Registre du Cancer, 2024 ; Sciensano, s.d.). Depuis le 1^{er} janvier 2025, le test HPV est remboursé pour les femmes de 30 à 64 ans (INAMI, 2024 ; KCE, 2015).

Traitement

Détecté précocement, le cancer du col utérin peut être traité efficacement. Les traitements dépendent du stade d'évolution de la maladie et reposent sur une ou plusieurs modalités : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie. Il n'existe pas de traitement curatif du HPV lui-même, mais certaines complications comme les verrues génitales peuvent être traitées.

Objectifs pour l'élimination du cancer du col de l'utérus :

En réponse à ces enjeux, l'Organisation Mondiale de la Santé a fait de l'élimination du cancer du col de l'utérus une priorité mondiale depuis 2020. Elle a lancé un plan avec trois objectifs principaux à atteindre d'ici 2030, reposant sur le modèle 90-70-90. Ces objectifs incluent :

- la vaccination de 90 % des filles contre le HPV avant l'âge de 15 ans ;
- le dépistage de 70 % des femmes pour les lésions précancéreuses à l'âge de 35 et 45 ans ;
- offrir un traitement approprié et de qualité à 90 % des femmes diagnostiquées avec une maladie invasive (Castle, 2024 ; Graci et al., 2024 ; Gultekin et al., 2020 ; WHO, 2020).

L'atteinte de ces objectifs permettrait une diminution significative de l'incidence et de la mortalité du cancer du col, tout en renforçant la santé globale des femmes.

Malgré les avancées médicales et les campagnes de sensibilisation, certaines populations, dont les femmes migrantes en situation irrégulière, restent en marge des politiques de prévention. Ce constat invite à dépasser une vision centrée uniquement sur les vulnérabilités individuelles pour interroger les déterminants structurelles de l'accès aux soins.

Une prévention efficace doit être inclusive, prenant en compte la diversité sociale, culturelle, linguistique et administrative des populations concernées. Il ne s'agit pas uniquement d'améliorer les compétences individuelles, mais de transformer les pratiques professionnelles et les politiques publiques pour rendre l'information et les soins réellement accessibles.

Les obstacles liés à la littératie en santé, tels que stigmatisation, fausses croyances, peur du dépistage ou manque d'information, sont fréquents (Vahabi et al., 2024 ; Dumont et al., 2018). Chez les femmes migrantes, ces freins sont amplifiés par des barrières linguistiques, juridiques et structurelles, et par une méfiance liée à des expériences de discrimination dans les systèmes de santé (WHO, 2024).

Comme le rappellent Henrard et al. (2018), il ne suffit pas de simplifier les messages pour corriger les inégalités. Une réponse efficace nécessite un changement de paradigme en plaçant la responsabilité non seulement sur les individus mais aussi sur les institutions. C'est là qu'intervient la notion de littératie organisationnelle. Elle invite à repenser les campagnes de prévention, souvent conçues selon des normes implicites qui excluent celles et ceux qui ne maîtrisent pas les codes dominants.

Les trajectoires migratoires complexes, la méconnaissance des structures locales et l'instabilité du statut administratif contribuent à éloigner ces femmes des dispositifs de prévention (Vahabi et al., 2024). Pourtant, l'Agenda 2030 des Nations Unies et la stratégie vaccinale de l'OMS insistent sur la nécessité d'atteindre ces publics marginalisés. Elle rappelle que même tardive, la vaccination contre le HPV reste efficace. Toutefois, dans de nombreuses communautés migrantes, les taux de couverture vaccinale restent faibles, soulignant les difficultés des systèmes de santé à s'adapter aux réalités de ces populations (Knights et al., 2024 ; WHO, 2024).

En Belgique, ces constats s'inscrivent dans un contexte plus large d'inégalités sociales de santé. Trop souvent, les actions de prévention restent déconnectées des réalités vécues par les femmes sans-

papiers, les maintenant dans une forme d'invisibilité institutionnelle. Dès lors, informer ne suffit pas : il faut créer les conditions concrètes d'un accès réel aux soins.

Adopter une approche systémique implique de reconnaître que les inégalités ne relèvent pas uniquement de lacunes individuelles, mais sont aussi produites et entretenues par les structures elles-mêmes. La prévention du cancer du col de l'utérus, bien qu'efficace, reste inaccessible à une partie importante de la population. Une réflexion critique s'impose pour garantir que les systèmes de santé deviennent réellement inclusifs et équitables.

Dans ce cadre, renforcer la littératie en santé représente un levier pour réduire la complexité du système, faciliter l'accès aux dispositifs existants et favoriser des parcours de prévention plus équitables. Or en Belgique francophone, les structures de première ligne intègrent encore la littératie organisationnelle de manière partielle et hétérogène, limitant l'accessibilité effective à la prévention du cancer du col de l'utérus et à la vaccination HPV, en particulier pour les femmes migrantes sans-papiers.

Ainsi, ce travail s'inscrit dans la volonté d'évaluer la littératie organisationnelle pouvant contribuer à réduire les inégalités d'accès à la prévention chez cette population spécifique, en interrogeant la responsabilité des structures de santé dans l'adaptation de leurs pratiques.

Questions de recherche et objectifs :

À l'issue de ce cadre théorique, il apparaît que les inégalités d'accès à la prévention du cancer du col de l'utérus ne peuvent être comprises sans considérer l'interaction entre vulnérabilités individuelles, déterminants sociaux et obstacles organisationnels. Loin d'être uniquement liées à un manque d'information, ces inégalités s'inscrivent dans des dynamiques structurelles, culturelles et institutionnelles.

Dans cette perspective, ce mémoire se veut évaluer la littératie organisationnelle dans l'accès des femmes migrantes en situation irrégulière aux dispositifs de prévention, en particulier la vaccination contre le HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Dans cette continuité, la question suivante a été dégagée : État des lieux de la littératie organisationnelle des structures de première ligne en Belgique francophone concernant l'accès à la vaccination contre le HPV et au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes migrantes sans-papiers.

Cette question principale se décline en trois sous-questions :

1. Quels sont les obstacles organisationnels identifiés par les professionnels de la première ligne concernant l'accès à la prévention pour les femmes migrantes sans-papiers ?
2. Quels sont les barrières et les facilitateurs de l'action de la littératie organisationnelle dans ces contextes ?
3. Quelles sont les pratiques mises en place par les structures de première ligne (maisons médicales, plannings familiaux, Médecins du Monde) pour favoriser l'accessibilité organisationnelle ?

Les objectifs de ce travail sont :

- Évaluer le rôle de la littératie organisationnelle dans les parcours de prévention de ces femmes ;
- Évaluer dans quelle mesure les structures de santé de première ligne adaptent leur offre aux besoins spécifiques de cette population ;
- Proposer des recommandations concrètes pour améliorer l'accessibilité organisationnelle et promouvoir une prévention équitable et plus inclusive.

Ce travail vise ainsi à contribuer à une meilleure compréhension des inégalités d'accès aux soins préventifs des femmes migrantes en situation irrégulière afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive de cette population et de favoriser une prise en charge plus inclusive et équitable.

Matériel et méthodes

Ce chapitre détaille le processus méthodologique de ce mémoire.

Méthodologie de recherche

Ce travail s'inscrit dans une démarche quantitative à visée descriptive. L'objectif principal vise à établir un état des lieux dont les structures de première ligne intègrent les différentes dimensions de la littératie organisationnelle dans l'accès à la prévention du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre le HPV chez les femmes migrantes en situation irrégulière.

En amont, une revue de la littérature a été réalisée afin d'identifier les concepts clés, les méthodologies préexistantes et les dispositifs ou stratégies liés à la littératie en santé et à la littératie organisationnelle. Les bases de données mobilisées ont inclus PubMed, Embase, Cairn, ResearchGate, Elsevier et ScienceDirect. Les mots-clés utilisés comprenaient notamment : *health literacy*, *littératie en santé*, *littératie en santé organisationnelle*, *femmes en situation irrégulière*, *femmes sans-papiers*, *migrants sans-papiers*, *migrants*, *cancer du col de l'utérus*, *vaccination*, *Human Papillomavirus*, *Aide Médicale Urgente*, etc.

Les travaux de Brach et al. (2012) sur la littératie organisationnelle ont particulièrement guidé la conception de l'outil de collecte des données, avec des adaptations au contexte belge.

Cadre et période de l'étude

Cette étude a été menée en Belgique francophone, entre début et fin juin 2025 auprès des structures de première ligne susceptibles d'accueillir la population cible de ce mémoire. Elle s'inscrit dans une logique de promotion de l'équité en santé, en explorant la manière dont ces structures perçoivent et intègrent la littératie organisationnelle dans leurs pratiques relatives à l'accès à la prévention du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre la papillomavirus humain chez les femmes migrantes sans-papiers.

Population et échantillonnage

L'enquête cible plus spécifiquement les maisons médicales, centres de planning familial et projets de Médecins du Monde, en tant que structures de première ligne susceptibles d'accueillir un public précarisé, notamment des femmes migrantes sans-papiers. Ce choix méthodologique repose sur les éléments du cadre théorique, qui mettent en évidence le rôle central de ces structures dans l'accueil,

l'accompagnement et les actions de prévention auprès des populations vulnérables. Leur proximité territoriale, leur orientation vers la santé communautaire et leur approche globale des soins en font des acteurs particulièrement pertinents pour analyser les enjeux liés à la littératie organisationnelle dans ce contexte.

Conformément à Aujoulat (2018, cité par Capiou, 2019), l'échantillonnage est raisonné et non probabiliste, fondé sur l'accessibilité des répondants par diffusion du questionnaire par envoi d'e-mail aux structures de première ligne et à travers des réseaux professionnels et associatifs. Cette approche permet de recueillir des données descriptives sur les pratiques, perceptions et contraintes liées à la littératie organisationnelle dans le cadre de l'accès à la prévention.

Critères d'inclusion :

- Être une structure de première ligne agréée comme maison médicale, planning familial ou un projet local de Médecins du Monde ;
- Être localisé en Belgique francophone (Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale) ;
- Avoir une adresse électronique de contact pour l'envoi du questionnaire.

Critères d'exclusion

- Ne pas être une structure de première ligne agréée
- Centres de santé mentale, professionnels libéraux, consultations ONE, maisons médicales non agréées, Centres de Coordination de Soins et Services à Domicile (CCSSD), les Centres Locaux de promotion de la santé (CLPS), les réseaux locaux multidisciplinaires, les relais sociaux et santé, les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD), etc.
- Être localisé en dehors de la Belgique francophone (Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale). Pour ce dernier, les services agréés uniquement par la communauté flamande seront exclus.

Avec 107 centres de planning familial, environ 3 projets Médecins du Monde et 140 maisons médicales en Belgique francophone, la taille minimale attendue de l'échantillon est de 70 réponses. Aucune taille maximale n'a été définie étant donné que l'objectif est de mettre en évidence une représentativité statistique avec une possibilité de généraliser les résultats à toute la Belgique francophone.

Outil de collecte des données

Un questionnaire en ligne a été conçu spécifiquement pour cette étude. Il vise à interroger les pratiques, les perceptions et les recommandations des structures de première ligne concernant l'évaluation de l'impact de la littératie organisationnelle chez les femmes migrantes sans-papiers sur la prévention du cancer du col de l'utérus et la vaccination HPV.

Inspiré des travaux de Brach et al. (2012), le questionnaire comprend majoritairement des questions fermées (choix multiples, questions dichotomiques ou échelle de Likert) complétées par des questions ouvertes afin de nuancer ou d'enrichir les réponses fermées.

La diffusion a été assurée via la plateforme LimeSurvey et conforme aux normes de protection des données.

Élaboration et structure du questionnaire :

Le questionnaire a été construit sur LimeSurvey et comprend 51 questions réparties en 10 catégories.

- Informations générales (profil de la structure ; localisation, âge de la structure, nombre d'utilisateurs, types de publics, professions présentes, activités proposées, etc.) ;
- Leadership organisationnel
- Formation et compétences
- Environnement physique
- Communication globale
- Communication spécifique
- Partenariat et collaboration
- Participation des utilisateurs
- Outils et supports
- Repérage et adaptation aux besoins
- Difficultés rencontrées et modalités d'accompagnement
- Fin du questionnaire

L'échelle de Likert (1932, cité par Capiou, 2019) a été utilisée pour évaluer graduellement les attitudes, perceptions ou pratiques.

Procédure de collecte de données

Afin de garantir la qualité de l'outil de collecte, un prétest a été réalisé auprès de proches, sélectionnés dans l'entourage de la mémorante. Ce test avait pour objectif de s'assurer de la clarté des consignes, de la pertinence des items proposés, et d'identifier d'éventuelles coquilles ou imprécisions. La diffusion du questionnaire s'est effectuée par voie électronique :

- Des envois ciblés par e-mail ont été réalisés auprès des maisons médicales, des centres de planning familial ainsi que des projets de Médecins du Monde. Initialement, un contact direct a été établi avec la responsable « permanente politique promotion santé » à la Fédération des maisons médicales, mais celui-ci est resté sans réponse. En conséquence, les adresses électroniques ont été collectées à partir des sites internet officiels de la Fédération des maisons médicales, de la FLCPF et de Médecins du Monde. Les envois d'e-mails ont été envoyés en fonction de la localisation géographique des structures ;
- Une sollicitation de relais a également été demandée via les réseaux professionnels ou groupes en lien avec ces structures de première ligne ;
- Une demande explicite a été formulée afin de ne recueillir qu'une seule réponse par structure.

La participation s'est déroulée de manière anonyme, sur base volontaire et non rémunérée. Aucun identifiant n'a été collecté. Une page d'introduction expliquait les objectifs de l'étude, les modalités de participation et les droits des répondants.

Méthode d'analyse des données

Les données collectées sont analysées selon une approche quantitative à visée descriptive. Le traitement est réalisé à l'aide du logiciel Excel.

Les résultats sont analysés à la lumière des dimensions de la littérature organisationnelle identifiées dans la littérature (ex : repérage des besoins, compréhension, accessibilité, adaptation, accompagnement).

Caractéristiques et posture de la recherche

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de fin d'études du master en Sciences de la Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain). À l'exception des travaux réalisés durant ce cursus et du travail de fin d'études du bachelier en Soins Infirmiers, l'auteure ne dispose pas d'expérience antérieure en recherche. Cette posture de novice a néanmoins été compensée par une démarche rigoureuse, critique et réflexive.

Considérations éthiques

L'étude respecte les principes éthiques en vigueur en santé publique :

- Anonymat des participants garanti ;
- Consentement libre, éclairé et non rémunéré ;
- Aucune donnée nominative ou sensible ;
- Transparence dans le traitement et l'utilisation des données ;
- Présentation d'une note d'information en début de questionnaire.

Étant donné l'absence d'intervention directe auprès de patients ou de collecte de données sensibles, l'accord du comité d'éthique n'est pas nécessaire.

Résultats

Introduction

Ce chapitre présente les résultats issus du questionnaire diffusé en ligne via LimeSurvey auprès de structures de première ligne en Belgique francophone susceptibles de rencontrer des femmes migrantes sans-papiers : maisons médicales, centres de planning familial ou projets soutenus par Médecins du Monde. Ce choix s'appuie sur la littérature, qui indique que ces structures sont souvent des points d'entrée dans le système de soins pour les publics en situation irrégulière.

Après une brève description de l'échantillon, les principaux résultats quantitatifs seront exposés selon les différentes dimensions de la littératie organisationnelle et selon le modèle de Brach et al. (2012). La structure du chapitre suit la logique du questionnaire, afin de préserver la cohérence entre les objectifs de l'enquête et les résultats observés.

Description de l'échantillon

Deux cent cinquante e-mails ciblés ont été envoyés à différentes structures. Parmi ceux-ci, deux ont été retournés en raison d'adresses électroniques invalides, ce qui porte le nombre effectif d'envois à 248. Sur cet envoi, 100 questionnaires ont été ouverts et au moins partiellement complétés en ligne. Toutefois, seuls 36 questionnaires ont été intégralement complétés tandis que 12 partiellement. Les cinquante-deux autres questionnaires, laissés vides ou trop incomplets, non complétés, ont été considérés comme inexploitable et exclus.

Ainsi, en tenant compte des 248 envois valides, le taux de participation est de 19,4%. Il est important de souligner que le nombre de répondants varie selon les questions, en fonction de leur degré d'avancement dans le questionnaire. Ce choix méthodologique vise à garantir la fiabilité des données utilisées et à identifier des tendances pertinentes.

Informations générales

Profil des répondants

Dans le cadre de cette étude, 48 questionnaires exploitables ont été recueillis auprès des structures de première ligne en Belgique francophone. Les résultats montrent une diversité de réponses tant sur le plan du type d'organisation que par rapport à leur implantation géographique.

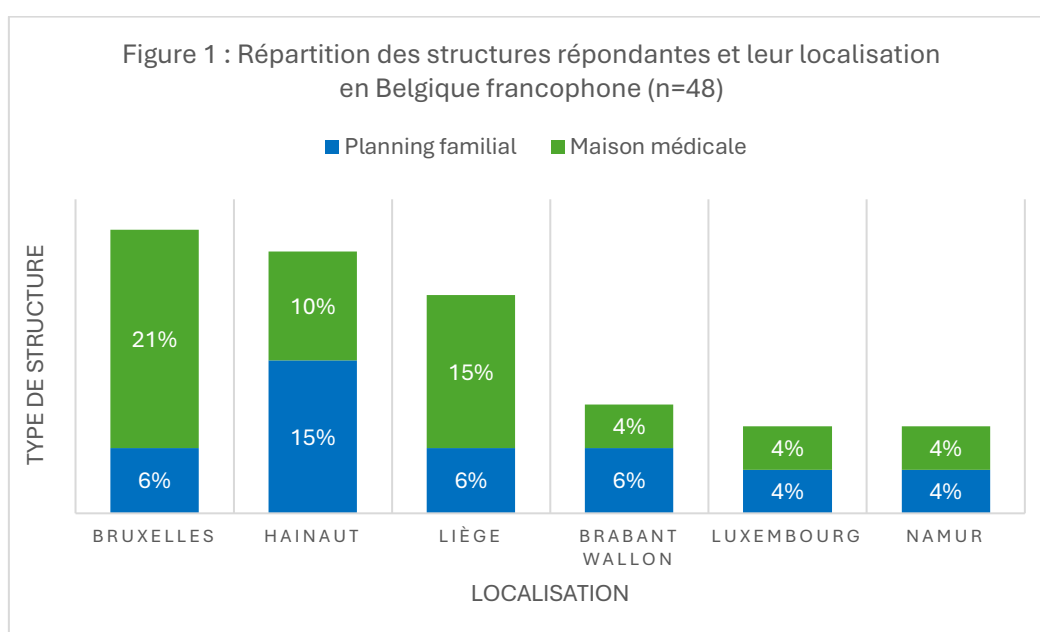
Répartition selon le type de structure

Les structures interrogées se répartissent entre maisons médicales et centres de planning familial. Parmi les 48 répondants, 58% sont des maisons médicales et 42% des centres de planning familial.

Répartition géographique des répondants

Les répondants sont répartis sur l'ensemble de la Belgique francophone. La Région de Bruxelles-Capitale rassemble 27% (n=48), ce qui fait d'elle la plus représentée. Viennent ensuite les provinces du Hainaut (25%, n=48) et Liège (21%, n=48). Les provinces du Brabant wallon, du Luxembourg et de Namur sont moins représentées, avec des proportions entre 8 à 10% (n=48).

Comme l'illustre la figure 1, une comparaison entre le type de structure de première ligne et la localisation (n=48) révèle des tendances intéressantes. On observe que les maisons médicales sont majoritairement présentes dans l'ensemble des régions, à l'exception de la province du Hainaut où ce sont les centres de planning familial qui prédominent.



À Bruxelles, 21% (n=48) des répondants sont des maisons médicales, 6% (n=48) des centres de planning familial. Dans le Hainaut, 15% (n=48) sont des centres de planning familial et 10% (n=48) des maisons médicales. À Liège, les maisons médicales représentent 15% (n=48) des répondants contre 6% (n=48) des centres de planning familial. Les autres provinces, Brabant wallon, Luxembourg et Namur, sont moins représentées.

Dans la mesure où ce mémoire vise à dresser un état des lieux de la littérature organisationnelle au sein des structures de première ligne en Belgique francophone sur le cancer du col de l'utérus chez les femmes migrantes sans-papiers, il apparaît essentiel d'identifier les régions ou provinces les plus engagées dans l'accueil et l'accompagnement de ce public. Ce premier élément s'avère donc pertinent pour la suite.

Taille des structures selon la localisation

Afin de mieux caractériser le profil des structures de première ligne ayant répondu au questionnaire, une comparaison a été réalisée entre leur taille (nombre de bénéficiaires annuel) et leur localisation.

Les structures accueillant entre 1000 et 2500 personnes sont les plus fréquemment représentées dans les provinces de Liège (10%, n=48), du Hainaut (10%, n=48) et suivies par le Brabant wallon (8%, n=48), la région de Bruxelles-Capitale (4%, n=48), le Luxembourg et Namur avec 2% (n=48) chacun.

Les structures de plus grande taille, accompagnant plus de 2500 personnes, se concentrent majoritairement à Bruxelles (10%, n=48), dans le Hainaut (10%, n=48), à Liège (4%, n=48) et au Luxembourg (4%, n=48).

Les structures de taille intermédiaire (500 à 1000 bénéficiaires) sont quant à elles essentiellement présentes à Bruxelles (6%, n=48), à Namur (6 %, n=48) et à Liège (2%, n=48).

A l'inverse, les structures de plus petite taille, accompagnant moins de 500 personnes, sont peu nombreuses : elles sont localisées au Luxembourg (4%, n=48), à Bruxelles (2%, n=48) et dans le Hainaut (2%, n=48).

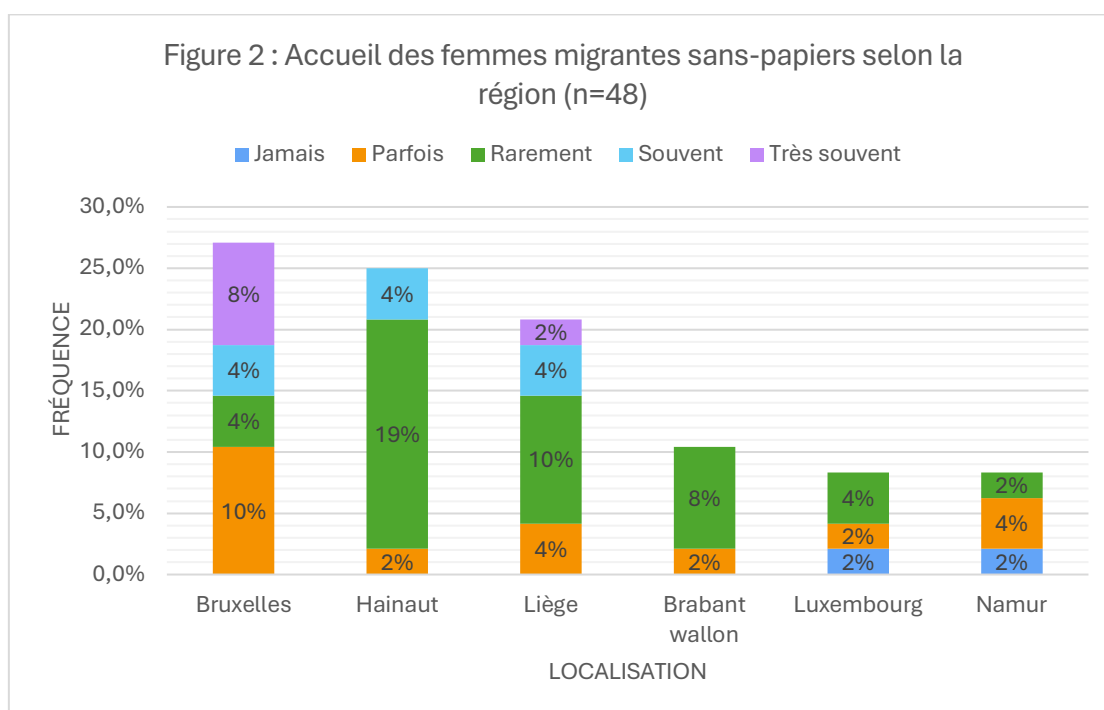
Par ailleurs, un certain nombre de répondants ont indiqué ne pas connaître le nombre approximatif de personnes fréquentant leur structure, en particulier à Bruxelles (4%, n=48), à Liège (4%, n=48) et dans le Hainaut (2%, n=48).

Fréquentation des femmes migrantes sans-papiers – comparaison

Afin d'approfondir davantage le profil des structures interrogées, deux comparaisons ont été menées : l'une entre la fréquentation des femmes migrantes sans-papiers et la localisation géographique des structures (cf. Figure 2) et l'autre entre cette même variable et le type de structure (cf. Figure 3). Cette démarche permet d'identifier les territoires et les organisations en lien avec l'accueil des femmes migrantes sans-papiers.

Fréquentation selon la localisation

Les données indiquent une fréquentation plus importante des femmes migrantes sans-papiers dans les structures situées à Bruxelles, Liège et dans le Hainaut (cf. Figure 2).



À Bruxelles, 12% (n=48) des structures déclarent accueillir « souvent » ou « très souvent » ce public, contre 6% (n=48) à Liège et 4% (n=48) dans le Hainaut. À l'inverse, les provinces du Brabant wallon, du Luxembourg et de Namur affichent une fréquentation plus faible, allant de « rarement », à « jamais » dans certains cas (2%, n=48) au Luxembourg et à Namur.

Ces résultats semblent refléter les dynamiques migratoires des personnes sans-papiers en Belgique francophone. Les régions urbaines en Belgique francophone comme Bruxelles-Capitale, Liège ou le Hainaut concentrent une part plus importante de cette population, en raison notamment

d'un tissu associatif dense, d'une offre de services plus diversifiée et de la présence d'organisations spécialisées telles que Médecins du Monde (Médecins du Monde, s.d. ; Myria, s.d.). Caritas International (2024), estime d'ailleurs qu'environ 52 000 personnes migrantes sans-papiers vivent dans la région de Bruxelles-Capitale. Par ailleurs, ces territoires urbains constituent souvent des lieux d'installation privilégiés pour certaines nationalités, du fait de la présence historique de communautés établies, ce qui peut faciliter l'ancrage de nouvelles arrivées (Myria, s.d.).

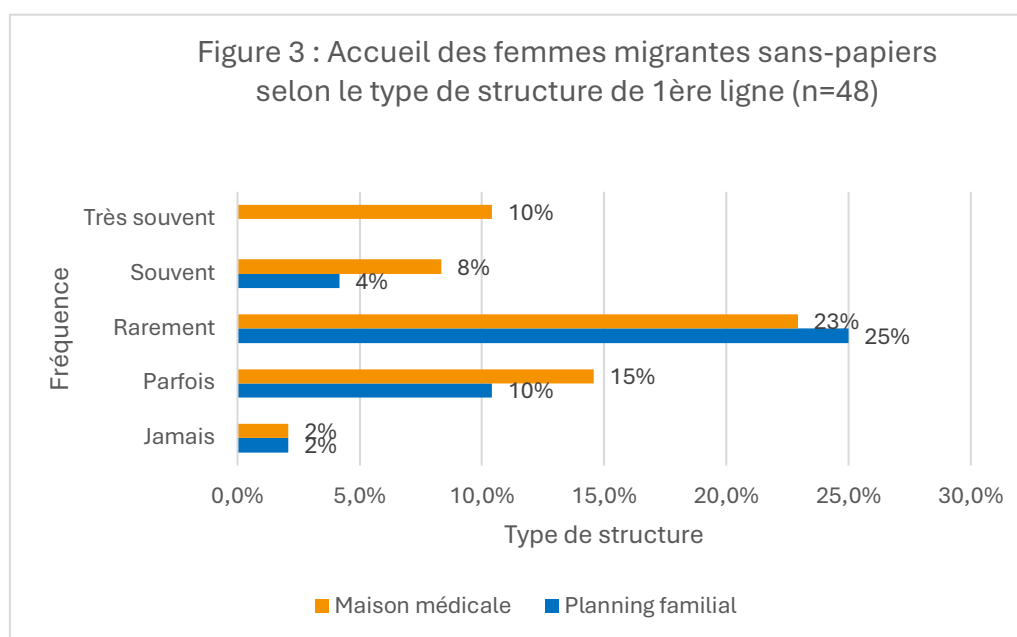
À l'inverse, certaines zones perçues comme moins accessibles, qu'elles soient rurales, périurbaines ou simplement moins bien desservies, semblent accueillir ce public plus rarement ou disposer de structures moins identifiées par ces publics.

Dès lors, ces données soulignent l'importance d'adapter les pratiques organisationnelles aux contextes locaux pour garantir un accès équitable à la vaccination contre le HPV et au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Fréquentation selon le type de structure

La figure 3 présente la fréquence à laquelle les structures interrogées rapportent accueillir des femmes migrantes sans-papiers (n=48).

Les maisons médicales déclarent accueillir plus régulièrement ce public que les planning familiaux : 18% (n=48) d'entre elles indiquent les accueillir « souvent » (8%, n=48) ou « très souvent » (10%, n=48) contre des fréquences moindres rapportées par les planning familiaux (cf. Figure 3).



Ce constat s'explique probablement par la mission généraliste et l'accessibilité des maisons médicales, qui jouent fréquemment un rôle de premier recours pour des personnes en situation de précarité, y compris administrative. En revanche, les plannings familiaux sont perçus comme plus spécialisés, et peuvent être moins identifiés par ce public comme porte d'entrée vers le système de soins.

Leadership organisationnel

Existence de stratégies en lien avec l'accessibilité de l'information

Concernant la mise en place d'objectifs ou de stratégies en lien avec l'accessibilité de l'information pour les publics à faible littératie en santé, 40% (n=48) des répondants ont indiqué « oui » tandis que 60% (n=48) ont indiqué ne pas avoir de stratégie formalisée en ce sens.

Ce résultat met en évidence que plus de la moitié des structures répondantes n'ont pas intégré une stratégie en lien avec l'accessibilité de l'information.

En comparant les maisons médicales avec les centres de planning familial, les maisons médicales sont plus nombreuses à déclarer avoir mis une stratégie en place (27%, n=48) que les plannings familiaux (13%, n=48).

Perception de l'accessibilité à la prévention

Lorsque les répondants ont été interrogés sur l'accessibilité à la prévention au sein de leur structure, 88% (n=48) des répondants ont indiqué « d'accord » ou « tout à fait d'accord » (25%, (n=48) « tout à fait d'accord, 63% (n=48) « d'accord) contre seulement 4% (n=48) « pas d'accord » et 8% (n=48) se sont abstenus de répondre.

Évaluation de l'accessibilité des informations

En ce qui concerne la mise en place d'une démarche d'évaluation de l'accessibilité et de la clarté des informations, seules 33% (n=48) des structures déclarent mener une évaluation contre 67% (n=48) qui ne le font pas.

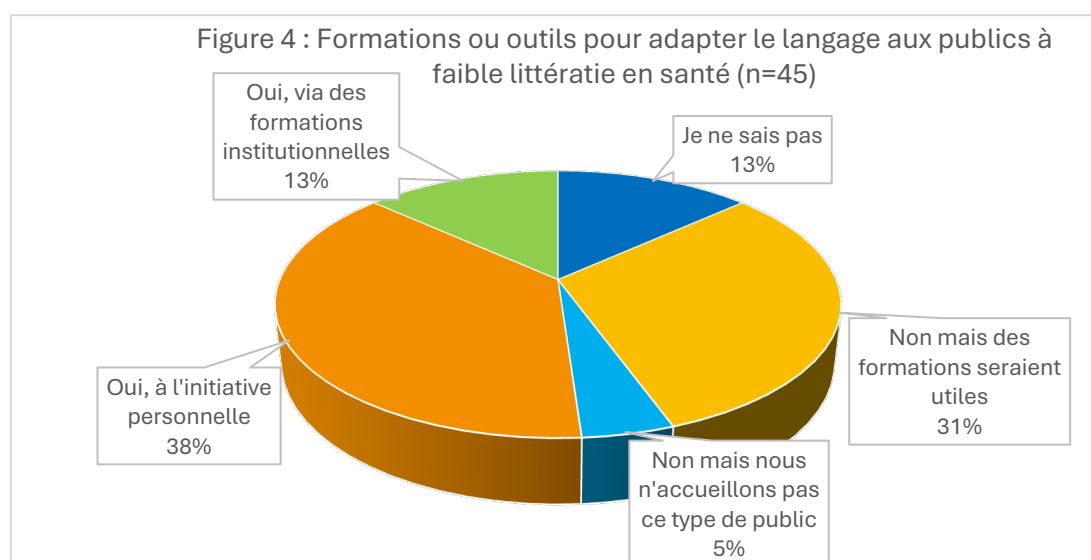
Ces résultats interrogent la cohérence sur le leadership organisationnel. Si la perception de l'accessibilité est positive avec 88% (n=48) des répondants ayant répondu « d'accord » ou « tout à fait d'accord », l'absence de mise en place de stratégie et le manque d'évaluation sur l'accessibilité et la

clarté des informations sont faiblement présents. Il pourrait s'agir d'une piste d'amélioration en matière de littératie en santé organisationnelle ?

Formation et compétences

Formation ou outils pour adapter le langage aux publics à faible littératie

Concernant la mise en place de formations ou des outils pour adapter le langage et la communication aux publics à faible littératie en santé (cf. Figure 4), les réponses montrent une hétérogénéité au sein des structures interrogées.



Ainsi, 38% (n=45) des répondants indiquent que des initiatives personnelles permettent l'accès à des formations ou outils, 13% (n=45) mentionnent l'existence de formations organisées à l'échelle institutionnelle.

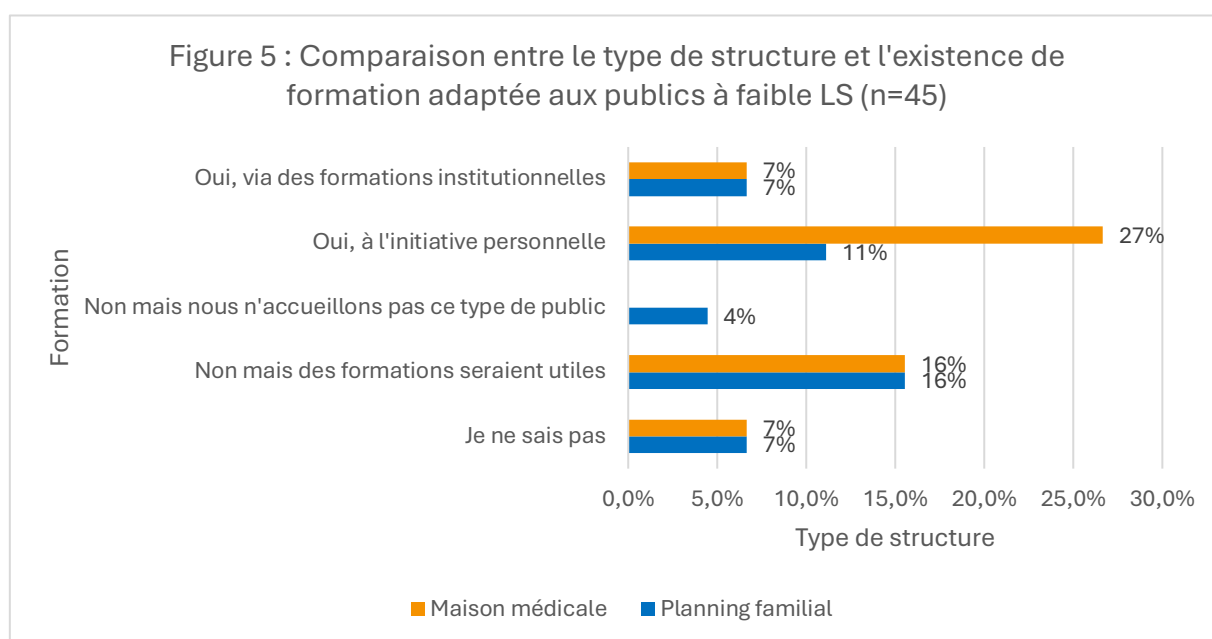
Par ailleurs, un tiers des participants (31%, n=45) exprime le souhait que des formations spécifiques soient mises en place. Treize pour cent (n=45) des répondants déclarent ne pas savoir si de telles formations existent dans leur structure. Enfin, une minorité (5%, n=45) indique que leur structure n'accueille pas ce type de public.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent un manque d'accès aux formations ou outils adaptés pour favoriser la littératie en santé mais un besoin manifeste d'outiller davantage les professionnels.

Comparaison entre le type de structure et l'existence de formation adaptée aux publics à faible littératie en santé

Afin d'enrichir ces résultats, une analyse croisée a été faite entre le type de structure et l'existence de formations ou d'outils permettant d'adapter le langage aux publics à faible littératie en santé, tel que l'illustre la figure 5.

Cette démarche permet de comprendre quel type de structure est le plus engagé dans les compétences et formations des professionnels. Cela permettrait d'identifier les besoins des structures pour orienter vers d'éventuelles recommandations.



Cette analyse croisée met en évidence plusieurs tendances :

- I. Vingt-sept pour cent (n=45) des maisons médicales indiquent avoir accès à des formations sur initiative personnelle. Cette tendance semble cohérente avec le fait que les maisons médicales accueillent plus fréquemment des publics vulnérables, notamment les femmes migrantes sans-papiers.
- II. Toutefois, le recours aux formations institutionnelles reste minoritaire quels que soient les types de structures : 7% (n=45) dans les maisons médicales et les plannings familiaux. On peut se demander pourquoi cette faible possibilité de formation institutionnelle ? Qu'est-ce que cela reflète ? Est-ce dû à un manque de ressources financières ? Une priorité donnée à d'autres missions de leur structure ? ou simplement dû au fait que ces structures n'accueillent pas ce type de public ou en faible nombre ?

- III. Il est également intéressant de noter que 16% (n=45) des répondants tant des centres de planning familial que des maisons médicales estiment que des formations seraient utiles, traduisant une volonté d'adapter sa communication aux publics à faible LS.
- IV. Enfin, seuls les centres de planning familial rapportent accueillir peu ou pas de public à faible littératie (4%, n=45).

En résumé, cette analyse croisée souligne des différences d'implication individuelle selon le type de structure qui peuvent être en lien avec le public cible accueilli et la localisation géographique. Elle met en évidence la nécessité du besoin de formations institutionnelles pour garantir une prise en charge plus équitable des publics vulnérables.

Accompagnement et informations destinées à faciliter l'accès des usagers aux soins préventifs

Concernant l'accompagnement et les informations visant à faciliter l'accès des usagers aux soins préventifs, les résultats montrent des réponses globalement positives.

En effet, 42% des répondants (n=45) déclarent être « d'accord » avec cette affirmation, 20% (n=45) être « tout à fait d'accord ». Ainsi, 62% (n=45) des structures interrogées estiment proposer un accompagnement et des informations en vue de favoriser l'accès aux soins préventifs.

Néanmoins, près d'un tiers d'entre elles (33%, n=45) adoptent une position neutre, ce qui pourrait signifier une incertitude quant à l'existence des dispositifs réellement mis en place. Enfin, 4% (n=45) expriment ne pas être d'accord avec cette affirmation.

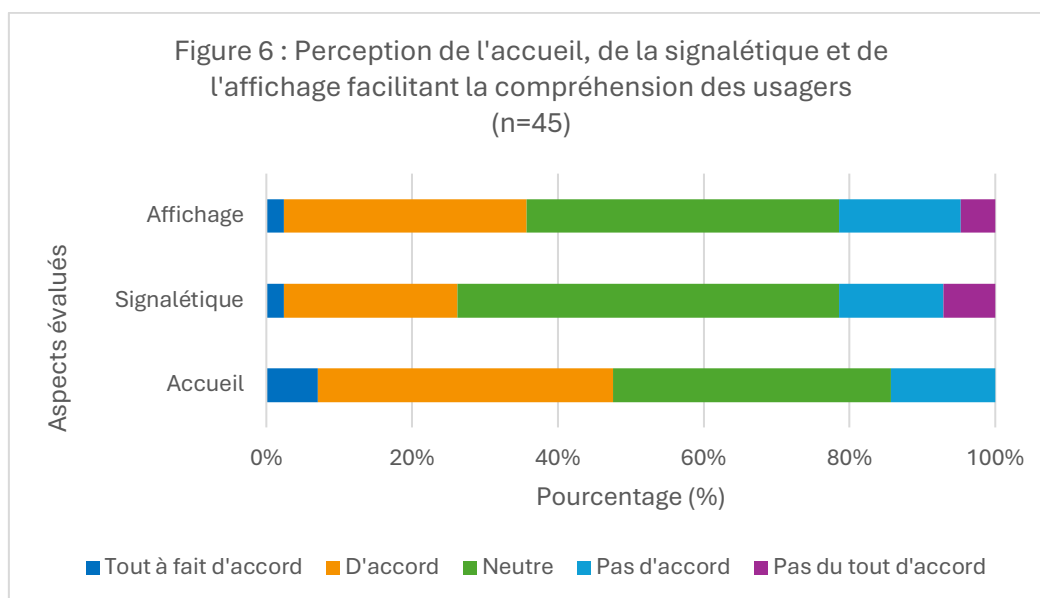
Outils pour expliquer les démarches de prévention aux femmes migrantes sans-papiers

La grande majorité des structures (60%, n=45) déclarent ne pas disposer, ou disposer de peu d'outils spécifiques permettant d'accompagner ce public vulnérable dans les démarches de prévention. À l'inverse, seules 25% (n=45) des structures ont déclaré avoir accès à des supports pour expliquer ces démarches aux femmes migrantes sans-papiers.

Environnement physique

Les répondants ont été invités à évaluer trois composantes clés de l'environnement physique de leur structure : l'accueil, la signalétique et l'affichage, en tant qu'éléments pouvant faciliter la

compréhension des usagers. Ces éléments sont importants pour aider les usagers, notamment ceux à faible littératie en santé, à comprendre les informations qui les entourent (cf. Figure 6).



De manière générale, les réponses indiquent une perception globalement positive, en particulier concernant l'accueil. Près de la moitié des répondants (48%, n=45), se disent « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec l'affirmation selon laquelle cet aspect facilite la compréhension des usagers. En comparaison, seuls 26% (n=45) expriment un avis favorable concernant la signalétique et 35% (n=45) pour l'affichage. Ces deux derniers éléments suscitent davantage de réponses neutres, voire négatives, ce qui met en évidence un potentiel d'amélioration en matière de communication visuelle au sein des structures.

Communication

Clarté des outils d'information

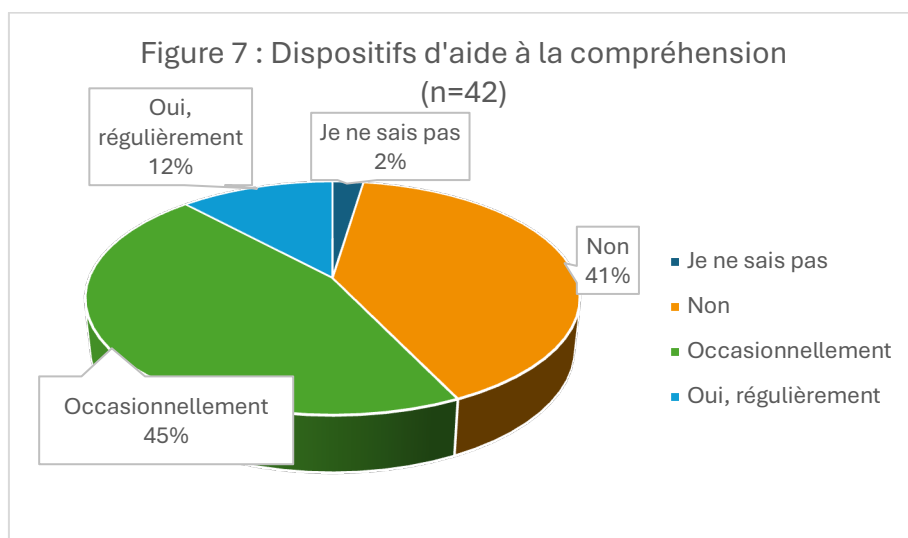
Les structures ont été interrogées sur la clarté des outils d'information utilisés dans leur structure pour les publics à faible littératie en santé, les réponses recueillies se révèlent diversifiées.

Environ un tiers des répondants (31%, n=42) considèrent ces outils clairs et se déclarent « d'accord » ou « tout à fait d'accord » à la question. Tandis que 38% (n=42) adoptent une position « neutre » et 31% (n=42) des structures interrogées se disent « pas d'accord ».

Ces résultats invitent à s'interroger sur la manière dont les structures définissent la notion de clarté, ainsi que sur le véritable niveau de clarté des outils employés pour informer ces publics à faible littératie en santé.

Dispositifs d'aide à la compréhension

Concernant l'usage des dispositifs d'aide visant à faciliter la compréhension de l'information tels que l'interprétariat, la médiation interculturelle ou le recours à des « community health workers », les réponses des structures sont assez contrastées (cf. Figure 7).



Près de la moitié des structures (45%, n=42) indiquent recourir occasionnellement à ce type de soutien, tandis que 12% (n=42) y ont recours de manière régulière. En revanche, 41% (n=42) déclarent ne pas proposer ce type d'aide.

Si la moitié des structures recourent occasionnellement à ces outils, plus d'un tiers n'y a pas du tout recours. Ce constat soulève plusieurs interrogations : ces structures sont-elles moins confrontées à des publics vulnérables ou à des publics à plus faible littératie en santé ? ou bien ces dispositifs sont-ils encore insuffisamment intégrés malgré les besoins existants ?

Afin de mieux comprendre cette disparité, les réponses ont été comparées avec la localisation géographique des structures.

- À Bruxelles, près d'un quart des structures (24%, n=42) déclarent un recours régulier ou occasionnel à ces aides,
- Dans le Hainaut, une majorité des répondants (17%, n=42) indique ne pas avoir recours à ces dispositifs et seuls 10% (n=42) à un recours occasionnel. Est-ce lié au fait que dans la province du Hainaut, la majorité des structures répondantes sont des centres de planning familial ?

- A Liège, 14% (n=42) des structures interrogées ont un recours occasionnel ou régulier à ces dispositifs.
- Dans les provinces comme le Luxembourg, le Brabant wallon ou Namur, les taux de mise en place de dispositifs d'aide sont plus faibles, est-ce lié au taux de réponses plus faible des structures dans ces provinces ?

Une deuxième comparaison, avec le type de structure, révèle aussi une diversité de réponses. Les maisons médicales apparaissent comme les structures les plus mobilisées sur ce plan : trente-six pour cent (n=42) y ont recours occasionnellement, et 12% (n=42) de manière régulière. À l'inverse, seulement 7% (n=42) déclarent ne pas proposer ce type d'aide.

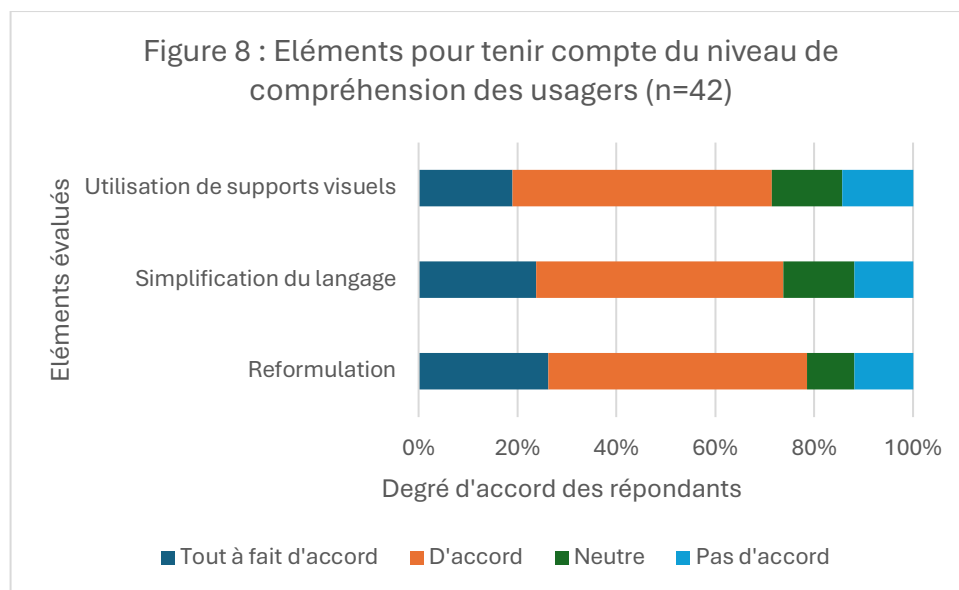
Les centres de planning familial se distinguent par une situation plus contrastée. Près de 31% (n=42) d'entre eux déclarent ne pas proposer d'aide à la compréhension, tandis que 12% (n=42) y recourent occasionnellement. Aucun planning familial n'indique un recours régulier à ces dispositifs.

Cette faible mobilisation interroge, d'autant plus que les centres de planning familial occupent une place centrale sur les questions de santé sexuelle et reproductive, domaine dans lequel les barrières linguistiques et culturelles peuvent fortement impacter la prise en charge. Comme évoqué précédemment, les femmes migrantes sans-papiers y sont cependant moins fréquemment accueillies que dans les maisons médicales. Cette différence peut refléter une perception variable des besoins, voire un manque de ressources ou d'outils adaptés pour assurer une communication inclusive à ces publics vulnérables.

Ainsi, ces résultats soulignent une disparité dans l'intégration de ces outils en fonction du type de structure. Ils questionnent la faible systématisation de ces dispositifs, pourtant essentiels à l'accessibilité à l'information et au renforcement de la littératie en santé.

Pratique de communication adaptée

Les structures répondantes ont été invitées à évaluer dans quelle mesure leur communication intègre trois éléments clés de la littératie en santé : la pratique de la reformulation, la simplification du langage, et l'utilisation de supports visuels (cf. Figure 8).



Globalement, ces trois pratiques semblent bien implantées, avec une majorité de structures déclarant leur intégration.

- **Reformulation** : vingt-six pour cent (n=42) des réponses sont tout à fait d'accord, 52% (n=42) sont d'accord, seuls 12% (n=42) ne sont pas d'accord et 10% (n=42) restent neutres.
- **Simplification du langage** : cinquante pour cent (n=42) des structures sont d'accord, 24% (n=42) « tout à fait d'accord » et 26% (n=42) sont neutres (14%, n=42) ou ne sont pas d'accord (12%, n=42).
- **Supports visuels**, la moitié des répondants sont d'accord (53%, n=42), 19% (n=42) sont « tout à fait d'accord », 14% (n=42) restent neutres, 14% (n=42) sont en désaccord.

Ce résultat encourageant mérite néanmoins d'être nuancé : l'intégration de ces pratiques ne garantit pas en soi la compréhension réelle des informations par les usagers. Leur efficacité dépend du contexte, et de l'adéquation entre les supports existants et les besoins particuliers des publics vulnérables.

Vérification de la compréhension

Concernant la mise en place de pratiques visant à vérifier la compréhension des informations transmises aux usagers, les réponses sont partagées. En effet, 50% (n=42) des structures répondantes indiquent avoir mis en place de telles pratiques, par exemple en demandant aux usagers de reformuler les informations reçues. En revanche, une légère majorité de 50% (n=42) déclare ne pas pratiquer ce type de pratique.

Alors même qu'une majorité de structures déclare avoir recours à des stratégies facilitant la compréhension (reformulation, supports visuels et simplification du langage), la moitié d'entre elles ne vérifie pas activement si l'information a bien été comprise. On peut donc s'interroger sur la nécessité de promouvoir ces pratiques pour aider à la compréhension s'il n'y a pas d'évaluation de la compréhension par la suite.

Communication spécifique : prévention et dépistage

Accessibilité des informations liées à la prévention

Les informations relatives à la vaccination contre le HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus sont accessibles en permanence dans un peu plus de la moitié des structures interrogées (52%, n=42). Toutefois, 36% (n=42) des répondants précisent qu'elles ne le sont que de manière occasionnelle, tandis que 5 à 7% (n=42) déclarent qu'elles le sont rarement voire jamais disponibles. Autrement dit, près de la moitié des structures ne garantissent pas un accès systématique à ces informations.

Cela interroge et soulève des questions : comment expliquer une telle disparité ? Sont-elles liées aux missions spécifiques de la structure ? Pour mieux comprendre ces écarts, une analyse croisée avec le type de structure a été réalisée :

Du côté des maisons médicales, 24% des répondants (n=42) indiquent que de telles informations sont disponibles en permanence, tandis que 24% (n=42) déclarent qu'elles sont accessibles de manière occasionnelle. Une minorité (7%, n=42) mentionne une accessibilité rare, et 2% (n=42) affirment ne jamais proposer ce type d'information. Ces chiffres reflètent un engagement important des maisons médicales en matière de prévention, cohérent avec leur approche globale et continue des soins.

Les centres de planning familial affichent un profil similaire : vingt-neuf pour cent des répondants (n=42) déclarent une disponibilité permanente des informations, et 12% (n=42) les rendent accessibles parfois. Toutefois, 2% (n=42) indiquent ne jamais fournir ce type d'information. Étant donné leur rôle central dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive, ces résultats montrent une certaine cohérence, bien qu'une amélioration reste possible pour garantir l'accessibilité de l'information à tous les usagers.

De manière générale, cette analyse montre un certain engagement de la part des structures répondantes (maisons médicales et plannings familiaux) dans la diffusion d'informations préventives. Toutefois, la fréquence irrégulière ou l'absence de ces informations dans certaines structures soulève la question d'un accès potentiellement inégal à la prévention, selon le lieu de soins. Cela souligne la nécessité de renforcer la diffusion d'informations accessibles et adaptées dans toutes les structures de première ligne, notamment à destination des femmes migrantes sans-papiers.

Mise à disposition de supports écrits

Concernant les supports écrits afin d'expliquer la prévention du cancer du col de l'utérus et la vaccination HPV, 76% des structures interrogées (n=42) déclarent en mettre à disposition, tandis que 24% (n=42) affirment ne pas en proposer.

La majorité des répondants indiquent ainsi avoir recours à des supports écrits pour diffuser des informations de prévention, témoignant d'une volonté d'améliorer l'accessibilité de l'information. Toutefois, près d'un quart des structures ne recourent pas à ce canal de communication. Est-ce que ces structures utilisent d'autres moyens pour transmettre l'information ? ou ne sont-elles pas impliquées dans les actions de prévention du cancer du col de l'utérus et de la vaccination contre le HPV ?

Une comparaison prenant en compte le type de structure permet d'affiner les résultats précédents :

- Quarante-trois pour cent des répondants (n=42) issus des maisons médicales indiquent mettre à disposition des supports écrits. Cette implication est cohérente avec leur mission, qui s'inscrit dans une approche globale, préventive et de proximité.
- Les centres de planning familial suivent avec 33% (n=42) de réponses positives.

Dans l'ensemble, cette analyse souligne une certaine homogénéité dans les pratiques selon le type de structure. Si certaines, comme les maisons médicales et les plannings familiaux, semblent davantage mobilisées autour de la mise à disposition de supports écrits, d'autres montrent un engagement plus limité.

Types de supports d'information utilisés

Dans le but de mieux comprendre les outils mobilisés pour transmettre des informations relatives à la prévention du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre le HPV, les répondants ont été interrogés sur les types de supports disponibles au sein de leur structure (affiches, brochures, fiches simplifiées, flyers, pictogrammes ou autres).

Les résultats indiquent que les brochures sont les supports les plus fréquemment utilisés, avec 67% (n=42) des structures déclarant en proposer. Elles sont suivies par les affiches (48%, n=42) et les flyers (41%, n=42). Ces supports utilisés restent majoritairement des supports à textes, ce qui peut représenter un frein pour des publics présentant une faible littératie en santé ou une barrière linguistique.

À l'inverse, 88% (n=42) des répondants déclarent ne pas utiliser d'autres supports alternatifs à ceux proposés, ce qui peut interroger sur la diversité et l'adéquation des moyens de transmission de l'information avec ce type de public.

Disponibilité dans d'autres langues ?

La question si l'information est disponible dans d'autres langues a également été explorée. Lorsque l'on interroge les structures sur la disponibilité de supports dans d'autres langues que le français, 83% (n=42) déclarent ne pas en proposer, contre seulement 17% (n=42) qui en proposent.

Afin d'évaluer dans quelle mesure les supports de communication utilisés sont accessibles aux femmes migrantes sans-papiers, une comparaison a été menée entre le type de support utilisé et leur disponibilité en d'autres langues. Il en ressort que les brochures (12%, n=42) et affiches (14%, n=42) sont les supports les plus fréquemment disponibles dans d'autres langues, toutefois cela ne représente qu'une minorité, soit environ un dixième. Les flyers, fiches simplifiées et pictogrammes sont quant à eux très peu utilisés et traduits.

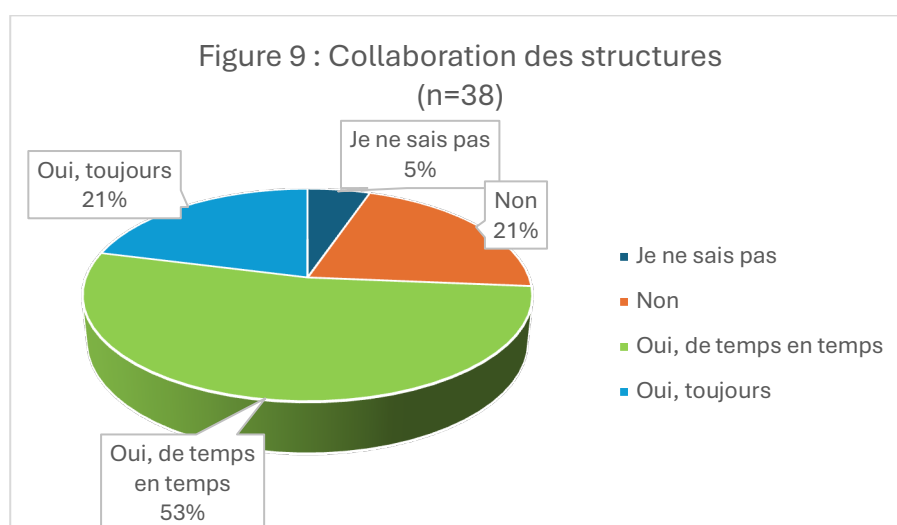
Au vu de ces résultats, on pourrait se demander dans quelle mesure l'absence de ces supports traduits et adaptés limite l'accès à l'information préventive sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination contre le HPV ?

Globalement, la prédominance du français dans les supports proposés constitue un obstacle non négligeable pour les personnes ayant une faible maîtrise de la langue, en particulier parmi les publics migrants. Cette situation met en évidence un besoin réel d'adapter davantage les supports en tenant compte de la culture et de la langue des publics ciblés, afin de favoriser un accès plus équitable à la prévention et à l'information.

Partenariat et collaboration

Collaboration des structures

Lorsqu'il leur est demandé si leur structure collabore avec des partenaires extérieurs (tels que des interprètes, médiateurs culturels, ONG ou maisons de quartier) pour faciliter l'accès à l'information en santé, les réponses révèlent une utilisation encore inégale de ces ressources. Seuls 21% des répondants (n=38) déclarent recourir de manière systématique à des collaborations. La majorité des structures (53%, n=38) affirment y recourir ponctuellement, tandis que 21% (n=38) indiquent ne pas collaborer avec des partenaires (cf. Figure 9).



Ces résultats soulignent une réalité contrastée : bien que plus de la moitié des structures semblent engagées dans des partenariats externes, cette démarche reste rarement systématisée. Ce constat interroge : quels sont les biais ou contraintes qui empêchent la collaboration avec des partenaires de manière systématique, qui pourraient pourtant jouer un rôle central dans la prise en charge de cette population ?

Participation des usagers

Concernant la participation des usagers à la validation des supports de communication produits par la structure, 68% (n=38) déclarent que cette participation n'est pas mise en place contre 32% (n=38) qui affirment le contraire.

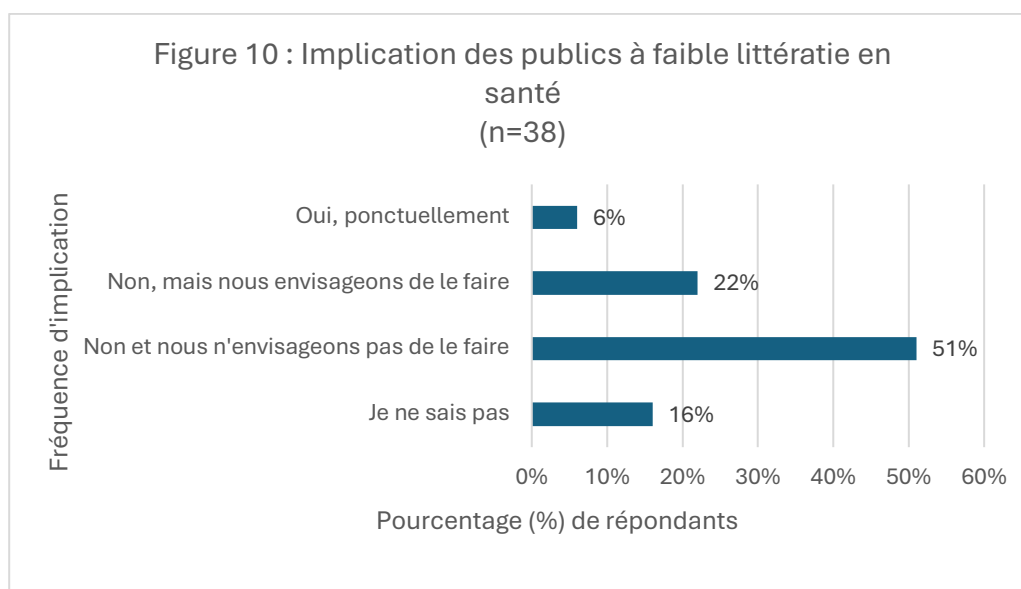
Ces résultats suggèrent une implication encore limitée des usagers dans le processus de co-construction des supports d'information. Le nombre important de réponses neutres pourrait traduire un manque de clarté dans le processus de co-construction.

Intégration de la littératie organisationnelle dans les pratiques

Les réponses relatives à l'intégration de la littératie organisationnelle au sein dans les pratiques montrent que 37% des répondants (n=38) déclarent être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » que leur structure applique une telle démarche, 26% (n=38) ne sont pas d'accord tandis que 37% (n=38) sont neutres à cette question. Ces résultats montrent, bien que cela soit insuffisant, le caractère émergent de cette notion dans les pratiques de terrain.

Implication des publics à faible littératie en santé

Les résultats montrent une implication faible des publics à faible littératie en santé dans les actions de prévention. La participation systématique reste marginale (5%, n=38), tandis que plus de la moitié des structures (51%, n=38) indiquent ne pas associer ces usagers ni envisager de le faire (cf. Figure 10).



Ces résultats révèlent une difficulté à inclure les publics à faible littératie en santé. L'absence de participation peut renforcer le décalage entre les dispositifs de prévention proposés et les réalités, les besoins ou les représentations des bénéficiaires concernés.

Il est toutefois possible que certaines structures ne sachent pas comment mobiliser ou associer ces publics. Un manque de repères méthodologiques ou de ressources pourrait freiner la mise en place d'une participation effective, malgré une bonne volonté. Ces constats soulignent l'importance d'un accompagnement des professionnels dans le développement de pratiques plus inclusives et adaptées.

Analyse comparative entre les réponses à la question sur la participation des usagers à faible littératie et celle sur l'intégration de la littératie organisationnelle dans les pratiques (n=38). Il ressort de ces résultats que les structures déclarant une participation systématique des usagers à faible littératie sont aussi celles qui déclarent intégrer la littératie organisationnelle (5%, n=38). À l'inverse, les structures qui déclarent ne pas impliquer les publics à faible littératie sont aussi celles qui déclarent l'absence de démarche de littératie organisationnelle.

Outils et supports d'information

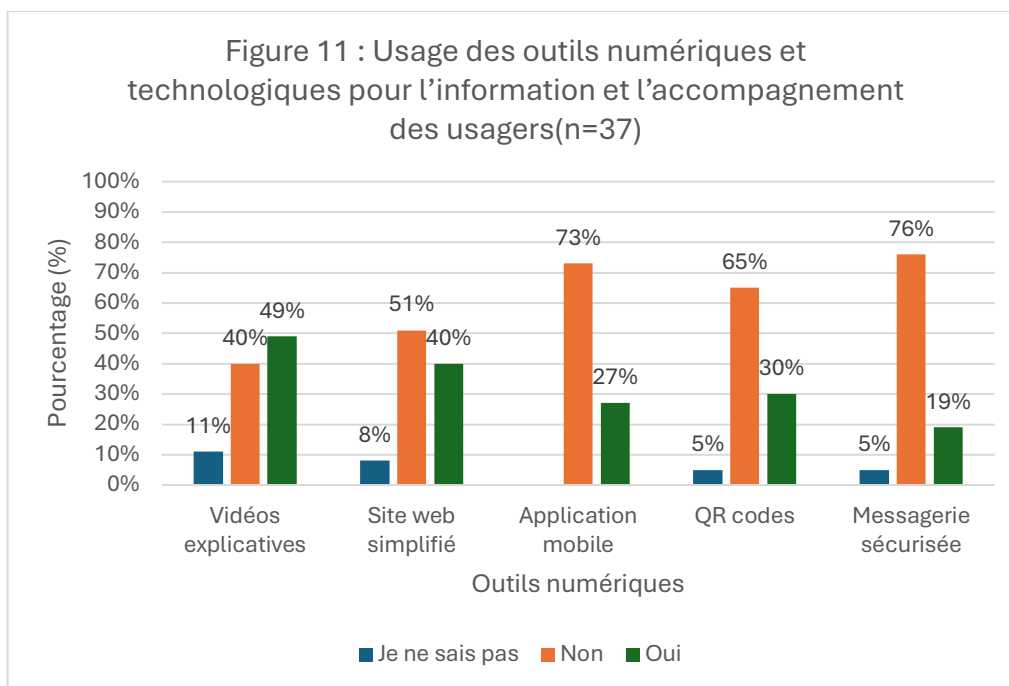
Utilisation de supports facilitant la compréhension

Les réponses à la question portant sur l'usage de supports spécifiques pour améliorer la compréhension des messages de santé (vidéos, audios, etc.), révèlent que 57% (n=37) des répondants déclarent utiliser de tels outils, tandis que 43% (n=37) n'y ont pas recours.

Ces supports sont des outils efficaces pour adapter la communication à des publics vulnérables. Ce qui souligne l'intérêt de promouvoir, au sein des structures, des pratiques de communication diversifiées et adaptées.

Usage des outils numériques et technologiques pour l'information et l'accompagnement des usagers

Les résultats mettent en évidence un recours encore limité aux outils numériques dans les pratiques des structures interrogées. Les vidéos explicatives sont les plus fréquemment utilisées (49%, n=37), suivies des sites web simplifiés (41%, n=37) et des QR codes (30%, n=37). Les applications mobiles (27%, n=37) et les messageries sécurisées (19%, n=37) restent plus marginales (cf. Figure 11).

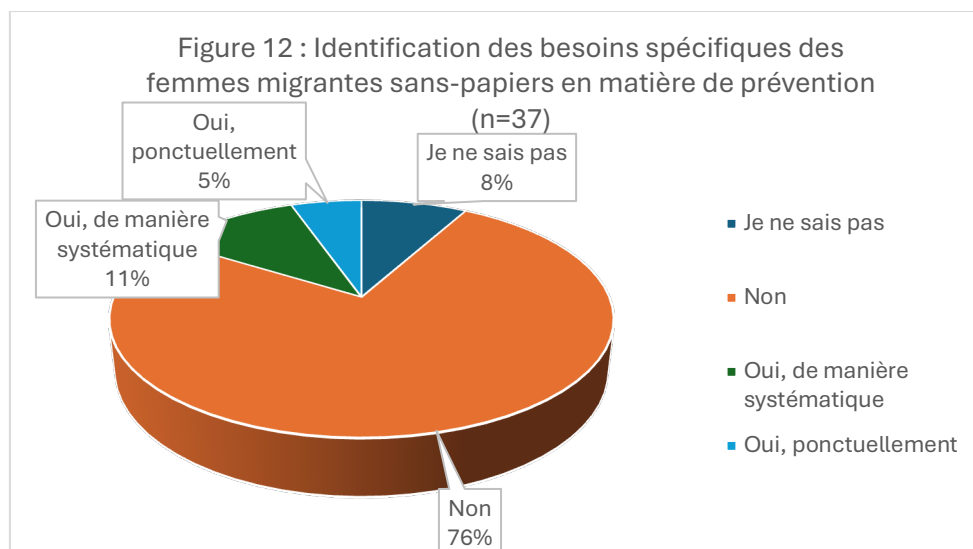


Une proportion de répondants déclare ne pas savoir si ces outils sont utilisés dans leur structure. Ce recours partiel contraste avec le potentiel actuel des outils digitaux pour améliorer l'accès à l'information en santé et réduire certaines inégalités.

Repérage et adaptation aux besoins

Identification des besoins spécifiques des femmes migrantes sans-papiers en matière de prévention

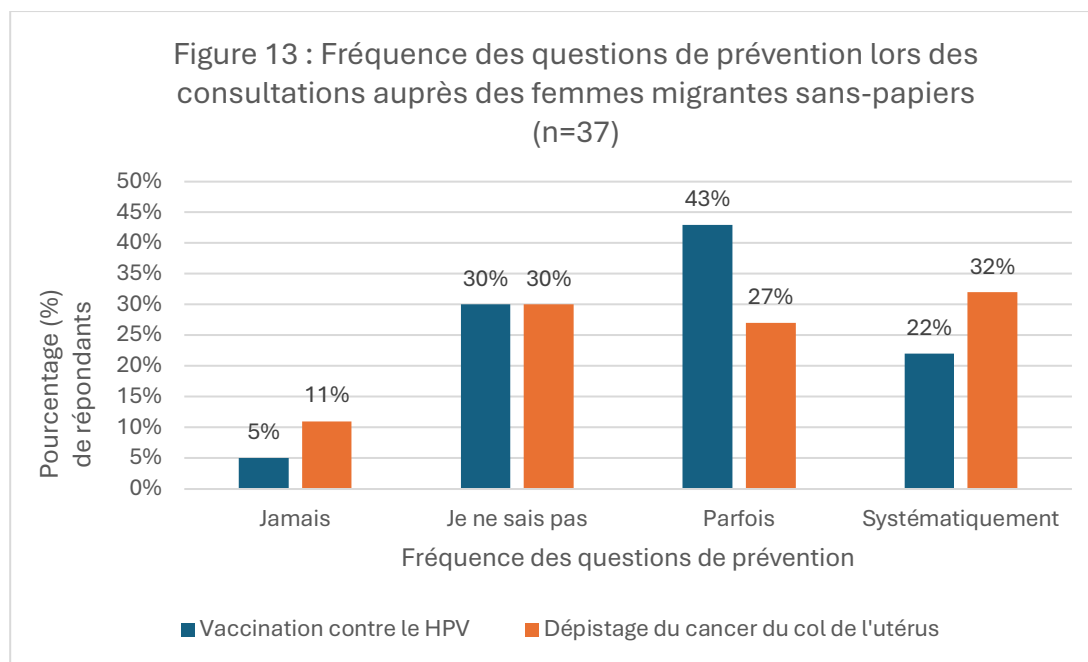
Comme l'illustre la figure 12, la majorité des structures interrogées (76%, n=37) déclarent qu'elles ne disposent pas d'outils ou de procédures permettant d'identifier les besoins spécifiques des femmes migrantes en situation irrégulière, notamment en matière de prévention du cancer du col de l'utérus (vaccination HPV, dépistage). Seules 11% (n=37) affirment avoir recours à de tels dispositifs de manière systématique, et 5% (n=37) de façon ponctuelle. Par ailleurs, 8% (n=37) des répondants ne savent pas si de tels outils existent dans leur organisation.



Ces résultats illustrent une fragilité dans le repérage des besoins spécifiques de cette population vulnérable. Ce déficit peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, comme souligné dans la littérature (Alvarez illusta, 2020), les structures de première ligne sont parfois confrontées à un manque de ressources humaines, de temps ou de financement, ce qui pourrait limiter leur capacité à mettre en place des outils adaptés. D'autre part, l'absence de formation institutionnelle ou de sensibilisation du personnel aux enjeux particuliers des femmes migrantes sans-papiers pourrait freiner l'identification de leurs besoins en matière de prévention.

Fréquence des questions de prévention du cancer du col de l'utérus auprès des femmes migrantes sans-papiers

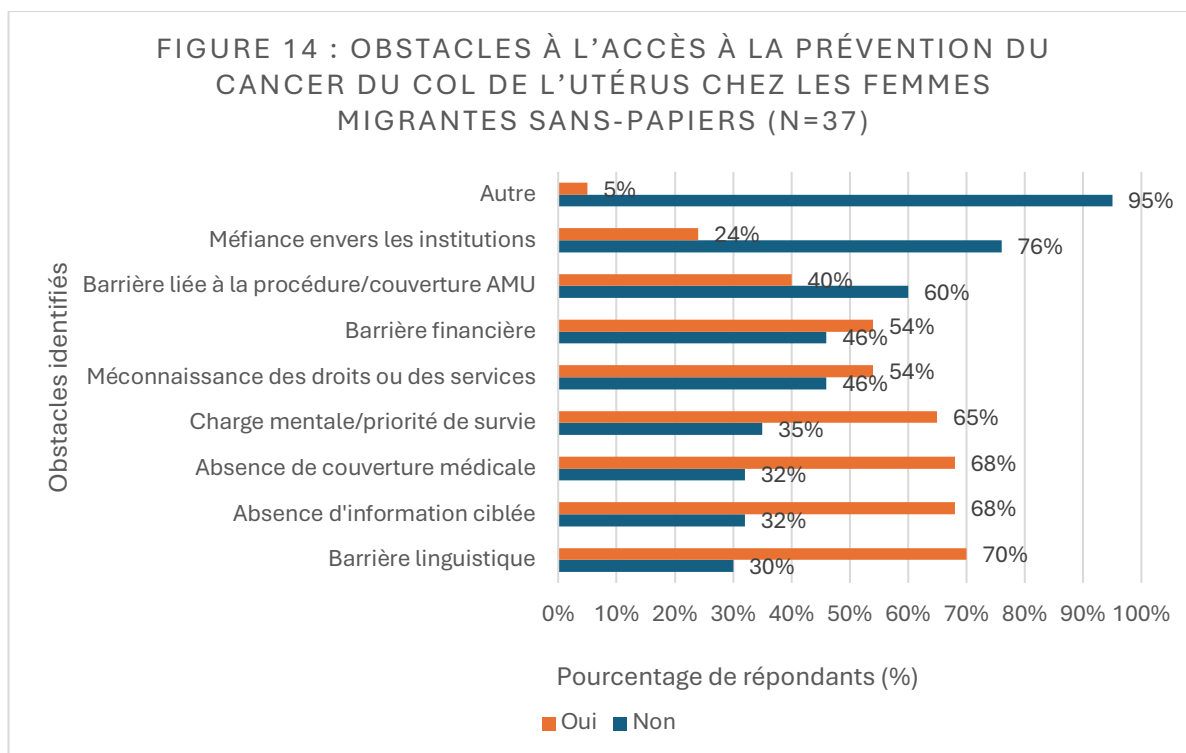
Concernant la fréquence à laquelle les structures abordent la prévention auprès des femmes migrantes sans-papiers, les réponses présentent une hétérogénéité des pratiques. Un cinquième des structures (22%, n=37) indiquent aborder systématiquement la vaccination contre le HPV, tandis que 5% des répondants (n=37) indiquent ne jamais aborder le sujet. Pour le cancer du col de l'utérus, un tiers des répondants (31%, n=37) le font systématiquement, tandis que 11% (n=37) déclarent ne jamais aborder ce sujet dans leur pratique (cf. Figure 13).



Ces résultats mettent en évidence l'absence d'une approche généralisée concernant la prévention. Cette variabilité, tant pour la vaccination que pour le dépistage, reflète un manque d'harmonisation dans les pratiques au sein des structures de première ligne, soulignant la nécessité d'un soutien institutionnel et d'outils adaptés pour intégrer ces enjeux de prévention dans le suivi des femmes migrantes en situation irrégulière.

Difficultés rencontrées et modalités d'accompagnement

Les structures interrogées identifient une série d'obstacles majeurs entravant l'accès des femmes migrantes sans-papiers aux moyens de prévention, notamment le dépistage du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre le HPV. Parmi les freins les plus fréquemment mentionnés figurent notamment la barrière linguistique (70%, n=37), l'absence de couverture médicale, l'absence d'information ciblée (68%, n=37) (cf. Figure 14).



Ces résultats confirment la complexité des situations rencontrées, marquées par une combinaison de différents freins, qui nécessitent des réponses adaptées. Cette imbrication de barrières souligne l'importance de mettre en place des stratégies globales, intersectorielles et culturellement sensibles, capables de répondre à la diversité des obstacles rencontrés.

Fréquence de l'accompagnement dans les démarches de prévention

Concernant la fréquence avec laquelle la structure accompagne les femmes migrantes sans-papiers dans les démarches de prévention du cancer du col de l'utérus et la vaccination contre le HPV, les répondants décrivent des pratiques marquées par une certaine hétérogénéité ;

- 19% (n=37) déclarent ne jamais proposer ce type d'accompagnement ;
- 43% (n=37) le font rarement ;
- 22% (n=37) parfois ;
- 8% (n=37) souvent ;
- 8% (n=37) indiquent le faire très souvent.

Ces résultats révèlent que, dans la majorité des cas, les femmes migrantes sans-papiers bénéficient peu, voire pas, d'un accompagnement spécifique dans ce domaine. Cette faible fréquence peut résulter de plusieurs facteurs identifiés plus haut et qui peuvent se corrélérer : difficulté à identifier ce public, manque de dispositifs adaptés, etc.

Ces résultats ont été croisés avec le type de structure, ce qui permet d'affiner ce résultat :

- Les centres de planning familial sont les plus nombreux à déclarer accompagner « très souvent » ces femmes (6%, n=37) contre 3% (n=37) pour les maisons médicales.
- Les maisons médicales le font « souvent » avec 8% (n=37).
- Concernant les structures déclarant accompagner rarement, ce sont les maisons médicales qui prédominent (27%, n=37), suivies des centres de planning familial (16%, n=37).
- Cinq pourcent (n=37) des centres de planning familial le font « parfois » contre 16% (n=37) pour les maisons médicales.
- Enfin 14% (n=37) des centres de planning familial déclarent ne jamais accompagner contre 5% (n=37) pour les maisons médicales.

Discussion

État des lieux de la littératie en santé organisationnelle des structures de première ligne en Belgique francophone sur l'accès à la vaccination contre le HPV et au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes migrantes sans-papiers.

Les résultats de cette étude mettent en évidence une intégration encore limitée et inégale de la littératie en santé organisationnelle (LSO) au sein des structures de première ligne en Belgique francophone. Si certaines pratiques favorables émergent, comme l'utilisation d'un langage simplifié, de supports visuels, ou la reformulation, elles restent ponctuelles et rarement ancrées dans une démarche institutionnelle globale.

Par ailleurs, l'évaluation de l'accessibilité des informations, de la clarté des supports et de la compréhension des messages, sont peu mobilisées. La communication en matière de prévention repose majoritairement sur des supports écrits (brochures, affiches, flyers), dont seuls 10 % sont proposés dans une autre langue que le français. Les pictogrammes, pourtant reconnus en raison de leur caractère universel, ne sont que très peu utilisés.

En outre, le manque de formations spécifiques ou d'outils adaptés pour les professionnels ainsi que la faible implication des usagers dans la co-construction des actions de prévention limitent la capacité des structures à répondre de manière adaptée aux besoins spécifiques de ces publics.

Ces résultats permettent ainsi de répondre à la question de recherche et aux trois sous-questions : les obstacles identifiés par les professionnels renvoient à des freins institutionnels et structurels ; les leviers existent mais ne sont pas suffisamment mobilisés ou intégrés ; et les pratiques apparaissent comme fragmentées, peu harmonisées et insuffisamment ancrées dans une logique de prévention. Dès lors, se pose la question des actions à mettre en œuvre afin de renforcer la littératie organisationnelle, une prévention plus équitable et inclusive pour les femmes migrantes sans-papiers.

L'accessibilité comme stratégie pour renforcer la littératie en santé organisationnelle

L'accès équitable aux soins constitue un droit fondamental. Toutefois, il dépend de la capacité des structures à intégrer la littératie organisationnelle dans leur fonctionnement. Pour les publics vulnérables, notamment les femmes migrantes sans-papiers, ce principe se heurte à de nombreux obstacles (Grimberghs, 2024).

Dans ce contexte, les structures de première ligne - maisons médicales, centres de planning familial, Médecins du Monde - jouent un rôle essentiel. En tant que porte d'entrée du système de soins, elles peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé et à renforcer la littératie en santé organisationnelle (LSO), en veillant à rendre leurs services plus accessibles, compréhensibles et adaptés.

Qu'entend-on par accessibilité ? Cela se définit comme : *la facilité avec laquelle la population peut accéder aux services de santé en termes de distance (répartition géographique), de coût, de temps et de disponibilité du personnel. C'est une condition préalable à la mise en place d'un système de santé efficace et de qualité* (Sciensano, 2024).

En Belgique francophone, les structures de première ligne sont inscrites dans une approche communautaire. Elles se caractérisent par une accessibilité universelle, une approche de proximité, globale et continue, contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé. Ces caractéristiques sont cohérentes avec le principe « d'empowerment », visant à renforcer les capacités d'agir des usagers (Gross, 2020 ; Henrard & Prévost, 2016). Toutefois, ces structures sont confrontées à un sous-financement, à un manque de reconnaissance institutionnelle et à une charge de travail grandissante (Alvarez Irusta et al., 2020).

Accessibilité institutionnelle – administrative et financière

Dans une approche de littératie en santé organisationnelle (LSO), l'accessibilité doit être envisagée dans toutes ses dimensions. Sur le plan institutionnel, le dispositif de l'AMU, qui remplace l'assurance maladie obligatoire pour les personnes en séjour irrégulier, illustre bien la complexité administrative (Bouhon, 2021 ; Ingleby, 2009). Si l'AMU est une compétence fédérale, son application est déléguée aux CPAS, entraînant des pratiques hétérogènes d'une commune à l'autre (Ciré, 2024 ; Grimberghs, 2024). Cette autonomie locale entraîne une fragmentation des pratiques, tant au niveau des critères d'accès que des démarches exigées (Bouhon, 2021 ; Ciré, 2024). Par exemple, un traitement amorcé dans une commune peut être interrompu dans une autre, lorsque son caractère nécessaire ou urgent n'est pas reconnu par celle-ci. (Éducation santé, s.d.). Cela rend le système peu lisible tant pour les usagers que pour les professionnels de première ligne (Grimberghs, 2024).

Ces dysfonctionnements sont régulièrement documentés depuis plusieurs années : lourdeur des démarches, opacité du système, inégalités entre CPAS et la faible diffusion de l'information (Dauvrin, 2020 ; Dauvrin et al., 2019 ; Roberfroid et al., 2015). Dès 2015, une étude du KCE, commandée par

Médecins du Monde, formulait déjà des recommandations précises : simplification des procédures, harmonisation des pratiques entre CPAS, et meilleure diffusion de l'information, qui restent toujours d'actualité (Roberfroid et al., 2015).

Plusieurs rapports sur la littératie en santé soulignent la responsabilité des systèmes de soins à s'adapter aux besoins des populations. Les femmes migrantes sans-papiers ne sont ni désintéressées ni mal informées : elles sont confrontées à un système complexe et peu lisible, constituant un obstacle à l'accès aux soins (Dauvrin & Lorant, 2014). Dans cette perspective, il est important de recentrer la responsabilité sur les institutions elles-mêmes. Comme le rappellent Kickbusch et al. (2013), « les limites de la littératie en santé ne devraient pas être perçues comme un problème des patients, mais comme un défi lancé aux systèmes de santé pour mieux atteindre et communiquer avec les usagers, les citoyens et les familles » (Kickbusch et al., 2013, traduction libre).

Dans une logique de LSO, agir sur la complexité des organisations constitue un levier pour renforcer l'équité en santé. Il s'agit de repérer les obstacles rencontrés par les publics les plus vulnérables dans la compréhension et l'utilisation des dispositifs existants, et d'intégrer cette attention dans une stratégie structurelle et pérenne. Ce principe invite les institutions à ne pas se limiter à des initiatives isolées, mais à inscrire la littératie comme une composante transversale dans leurs plans d'action (De Gastines, 2024 ; Ligue des usagers des services de santé (LUSS), 2025).

Les données issues de cette étude confirment ces constats. Les structures interrogées mentionnent des freins persistants : la barrière linguistique, la méconnaissance des droits, l'absence de couverture médicale et l'absence d'informations compréhensibles. De nombreuses structures expriment aussi un besoin de clarification et d'harmonisation des démarches liées à l'AMU. Une standardisation des procédures entre CPAS contribuerait à instaurer une plus grande équité dans l'accès aux soins, indépendamment du lieu de résidence (Bouhon, 2021). Parallèlement, plusieurs répondants suggèrent une simplification des démarches administratives liées à l'AMU (CIRÉ, s.d.), ainsi que la gratuité ou l'accessibilité financière des soins préventifs tels que la vaccination ou le dépistage.

Cette nécessité est d'autant plus importante que les données montrent une surutilisation de l'hospitalisation dans le cadre de l'AMU : 85% des dépenses y sont consacrées contre seulement 11% pour la population générale (Brulocalis, 2025 ; Grimberghs, 2024). Ce déséquilibre souligne un manque d'efficacité du système actuel à promouvoir la prévention et l'accès aux soins primaires.

Un autre enjeu clé est celui de la visibilité des structures de première ligne et de leur capacité à repérer les besoins des publics vulnérables. La faible fréquentation de ces structures par les femmes migrantes sans-papiers soulève des questions sur leur accessibilité : ces femmes savent-elles que ces services existent ? Les perçoivent-elles comme accueillants ? Plusieurs structures déclarent ne pas disposer d'outils spécifiques pour repérer ou accompagner ces femmes avec des besoins plus spécifiques. Cette difficulté de repérage, déjà soulignée dans la littérature (Alvarez Irusta et al., 2020), met en évidence un besoin de soutien structurel.

Enfin, des initiatives existent déjà, notamment le programme des « facilitateurs en santé » ou « community health workers ». Soutenu par les mutualités et validé par les conseils des ministres, ces professionnels agissent comme interface entre les usagers et les structures de soin. En réduisant les obstacles d'accès liés à la langue, à la complexité des démarches ou à la méconnaissance des droits, ils contribuent à améliorer l'accès aux soins et à renforcer la littératie organisationnelle (Éducation santé, 2021). Leur généralisation au sein des structures de première ligne permettrait de renforcer davantage l'accueil, l'accompagnement et l'orientation des publics les plus précarisés et représenterait une avancée vers un système de santé plus inclusif, lisible et équitable.

Accessibilité par l'information

Dans le prolongement des dimensions institutionnelles et administratives, l'accessibilité à l'information est un levier important de la littératie en santé organisationnelle. Elle ne se limite pas à la simple diffusion de messages, elle implique la capacité des structures à rendre l'information claire, compréhensible et adaptée aux publics, à leurs contextes linguistiques, culturels et cognitifs. Il s'agit ainsi d'un enjeu transversal, qui touche à la fois à la production des contenus, à leur forme visuelle, à leur diffusion, et à leur appropriation réelle par les usagers et les professionnels.

En Belgique francophone, plusieurs initiatives récentes témoignent d'une volonté d'amélioration dans ce domaine. Le réseau HealthNest, créé en 2013, rassemble des professionnels engagés dans la promotion de la littératie en santé. Il accompagne des projets visant à renforcer l'accessibilité à l'information, à améliorer la formation des professionnels ou encore la communication en santé (Boureau, 2022 ; HealthNest, 2023). De son côté, la Fondation Roi Baudouin (FRB), à travers le Fonds Dr Daniël de Coninck, soutient un réseau de 18 structures de première ligne (maisons médicales, associations communautaires, Médecins du Monde, etc.), qui développent des outils variés : vidéos de sensibilisation en matière de données de santé, ateliers participatifs sur la signalétique, grilles

d'auto-diagnostic de littératie en santé en équipe, ou encore recueils de bonnes pratiques (Van den Broucke et al., 2021).

Malgré ces initiatives, les résultats de cette étude révèlent une appropriation limitée de ces ressources. Peu de structures déclarent évaluer systématiquement l'accessibilité ou la clarté des supports d'information. Certaines évoquent l'usage de pratiques comme la simplification du langage, l'usage de supports visuels ou la reformulation, mais l'évaluation systématique de la compréhension, des méthodes comme le « teach-back » - méthode qui permet de vérifier la bonne compréhension de l'utilisateur - ne semblent que peu répandues (Brach et al., 2012). Pourtant, la LSO ne peut se résumer à des actions isolées : elle requiert un leadership organisationnel, inscrit dans une vision stratégique, des processus d'évaluation et une culture partagée de l'accessibilité (Henrard & Prévost, 2016).

Certains outils existants illustrent des approches efficaces. Le guide «Communiquer pour tous» (Le Brun et al., 2024) propose des recommandations pour adapter la communication aux publics en difficulté linguistique ou cognitive. Le projet « Zanzu », développé par Sensoa en collaboration avec le Centre fédéral allemand d'éducation à la santé (BZgA), fournit quant à lui des contenus en santé sexuelle et reproductive accessibles en 14 langues, avec une navigation en deux langues simultanément, et intègre une fonctionnalité audio pour favoriser la compréhension orale. Ces dispositifs facilitent l'appropriation des messages de santé tant pour les professionnels que pour les usagers migrants sans-papiers en Belgique (HealthNest, 2023).

Les données recueillies confirment cependant que la majorité des supports utilisés restent textuels et rédigés en français. Ce qui constitue un frein pour les personnes migrantes peu francophones. Ce constat rejoint les recommandations de Dumont et al. (2018) et de WHO (2024), qui préconisent la création et l'utilisation de supports visuels, multilingues et culturellement adaptés pour améliorer l'accessibilité de l'information à tous les publics.

Dans cette dynamique, une nouvelle offre de formation, co-construite en 2025 par Cultures&Santé et Gezond Leven, vise à accompagner les structures de première ligne sur l'adaptation de leurs pratiques. Elle repose sur une formation en ligne, un outil d'auto-évaluation et des ateliers collaboratifs entre professionnels. L'objectif est de renforcer les capacités collectives des institutions à s'adapter aux besoins des publics en situation de vulnérabilité, en rendant leurs services plus accessibles, compréhensibles et inclusifs (De Gastines, 2024).

Toutefois, comme le souligne Alvarez Irusta et al. (2020), la mise en œuvre de ces outils reste dépendante des initiatives individuelles. Elle se heurte à des freins structurels comme le manque de temps, la surcharge administrative ou l'absence de stratégie institutionnelle. La diffusion d'outils pertinents, qu'ils soient visuels, méthodologiques ou numériques, est encore trop inégale.

Renforcer la littératie organisationnelle implique donc d'investir sur la formation des professionnels en intégrant ces enjeux dans la formation continue, en favorisant les échanges de pratiques et en développant des modules consacrés à la communication interculturelle et multilingue.

Enfin, les entités fédérées ont un rôle à jouer. En soutenant la co-construction et la diffusion d'outils adaptés, conçus en collaboration avec les publics concernés, elles peuvent favoriser un changement structurel. Une telle approche contribuerait à renforcer l'équité dans l'accès à l'information, et à ancrer la littératie organisationnelle à l'échelle du système de santé (Henrard & Prévost, 2016).

Prévention et littératie organisationnelle

La prévention constitue un pilier central des politiques de santé publique. En réduisant l'incidence des maladies évitables, elle contribue à améliorer la qualité de vie et à optimiser l'utilisation des dépenses du système de soins. Plusieurs études ont démontré les bénéfices économiques des programmes de prévention, qu'il s'agisse de campagnes de vaccination, de dépistage ou d'actions de promotion de la santé (Grimberghs, 2024).

Concernant le cancer du col de l'utérus, dont la cause principale est l'infection persistante par certains types de papillomavirus humains (HPV), la prévention repose essentiellement sur deux stratégies complémentaires : la vaccination et le dépistage. Cependant, l'efficacité de ces mesures repose non seulement sur leur disponibilité, mais également sur leur accessibilité et leur appropriation par les publics concernés.

Malgré les recommandations internationales en faveur d'une approche universelle et inclusive, comme la stratégie « 90-70-90 » de l'Organisation mondiale de la santé pour l'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030 (WHO, 2020), l'intégration de la prévention dans les pratiques des structures de première ligne reste insuffisante. A titre d'exemple, en 2019-2020, la Flandre affichait un taux de couverture de 81 % pour la vaccination HPV, contre 48 % en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Une légère progression a été observée en 2022-2023 avec une couverture atteignant 52 % en Wallonie et 41 % à Bruxelles (Sciensano, s.d.).

Ces chiffres traduisent des inégalités d'accès à la prévention, qui s'accroissent davantage pour les femmes migrantes sans-papiers, confrontées à de multiples obstacles (Dumont et al., 2018 ; Vahabi et al., 2024 ; WHO, 2024). Les résultats de cette étude confirment une forte variabilité des pratiques dans les structures interrogées, tant en matière de vaccination contre le HPV que du dépistage du cancer du col de l'utérus. Si ces résultats ne permettent pas de généraliser, ils illustrent certains défis pour opérationnaliser les recommandations et constats de la littérature.

Dans ce contexte, la littératie organisationnelle constitue un enjeu central pour améliorer l'accessibilité des dispositifs de la prévention. Plusieurs auteurs soulignent que la communication préventive reste largement tributaire de supports standardisés, disponibles quasi exclusivement en français et rarement adaptés aux publics peu ou non francophones ou faiblement alphabétisés (Bouhon, 2021 ; Vahabi et al., 2024 ; WHO, 2024). Les résultats de cette étude rejoignent ce constat : un grand nombre de structures déclarent utiliser principalement des brochures, affiches et flyers, rarement traduits dans d'autres langues que le français. Peu mentionnent avoir recours à des supports visuels universels tels que les pictogrammes, pourtant reconnus comme outils efficaces auprès des personnes à faible littératie ou peu alphabétisées (Margat, 2018).

Face à ces constats, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées. Le développement de campagnes ciblées et diversifiées, qui mobilisent des canaux variés et des relais de proximité, permettrait de mieux toucher les femmes migrantes sans-papiers, souvent exclues des campagnes généralistes. À titre d'exemple, la campagne de dépistage initiée en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2022, menée par un consortium hospitalier et l'asbl O'YES, mobilise différents canaux médiatiques (spots TV, radio, affichage dans les transports en commun) pour renforcer sa portée et toucher le public ciblé (AVIQ, s.d. ; COCOF, 2022 ; les-hpv.be, s.d.).

Par ailleurs, la formation des professionnels de première ligne constitue un levier essentiel pour améliorer leur capacité à accompagner des publics issus de contextes sociodémographiques ou sociolinguistiques variés. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), par exemple, a mis en place des outils visuels distribués lors d'échanges en face-à-face avec les usagers, permettant un échange personnalisé et une meilleure appropriation des messages (Bragard et al., 2017).

Toute amélioration durable suppose néanmoins une approche organisationnelle systémique. Renforcer la littératie organisationnelle ne revient pas uniquement à adapter ponctuellement les supports, mais à inscrire ces efforts dans une stratégie institutionnelle pérenne, orientée vers l'équité.

Cela implique des politiques internes favorisant la clarté des informations, un accueil adapté et une continuité du lien avec les usagers, en particulier les plus vulnérables (Bragard et al., 2017).

Accessibilité par la formation des professionnels de santé

L'accessibilité aux soins ne dépend pas uniquement des dispositifs institutionnels et des supports à l'information. Elle repose également sur les compétences communicationnelles et relationnelles des professionnels de santé. Comme le soulignent Cheminais et Gagnon (2022), un système de soins, structuré autour de normes et d'un langage technique, peut s'avérer peu accessible pour les publics vulnérables. Dans cette optique, la littératie des professionnels eux-mêmes influence la capacité des usagers à comprendre les messages en matière de santé.

Les institutions de soins peuvent, à ce titre, contribuer à réduire les inégalités d'accès, en développant une culture professionnelle sensible aux disparités de littératie en santé. En renforçant les compétences des équipes et en adaptant les pratiques, le système de soins peut devenir plus inclusif, en simplifiant les démarches et en intégrant pleinement la promotion de la santé (Henrard & Prévost, 2016). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) insiste également sur l'importance d'investir dans la formation continue des professionnels, afin de renforcer les capacités des professionnels en matière de communication et de sensibilité aux diversités culturelles, sociales, genrées et générationnelles (cité par Bragard et al., 2017).

En Belgique, plusieurs outils ont été conçus pour accompagner les professionnels dans cette direction. Le programme HealthNest, par exemple, propose une grille de diagnostic organisationnel, permettant aux structures de première ligne d'auto-évaluer leur degré d'accessibilité informationnelle. Le guide « Cap LSO », développé par Cultures&Santé, aide à identifier les pratiques existantes, repérer les zones de fragilité et définir les priorités d'action. Depuis 2025, un module de formation en ligne, co-construit avec Gezond Leven, est également accessible gratuitement, complété par des ateliers interprofessionnels favorisant le partage de pratiques entre pairs (Cultures&Santé, s.d. ; HealthNest, 2023).

Ces dispositifs s'appuient sur une pédagogie active, ancrée dans les réalités locales et rejoignent les recommandations de la littérature, notamment celles de Brach et al. (2012) et de Sørensen et al. (2021). Ces auteurs soulignent l'importance d'un personnel formé, d'un leadership engagé et d'un environnement institutionnel propice à l'adaptation des services aux besoins réels des usagers.

Néanmoins, malgré leur pertinence, ces ressources restent encore peu diffusées et insuffisamment intégrées dans les pratiques professionnelles. Comme plusieurs fois souligné, plusieurs obstacles sont évoqués, notamment le manque de temps, la surcharge administrative, la faible reconnaissance institutionnelle ou la méconnaissance des outils. De plus, la littératie organisationnelle demeure peu intégrée dans les cursus de formation initiale, en dehors des dispositifs spécifiques comme l'éducation thérapeutique du patient (Le Brun et al., 2024).

Les données issues de cette étude confirment cette tendance : seules quelques structures ont formé leur personnel à la littératie organisationnelle (LSO). Néanmoins, un intérêt croissant pour ce type de formation émerge. Plusieurs répondants la considèrent comme indispensable pour rendre les services plus accessibles, compréhensibles et mieux adaptés aux besoins des usagers.

Pour être efficace, la formation ne saurait être envisagée comme une action isolée ou ponctuelle. Elle s'inscrirait plutôt dans une logique organisationnelle à long terme, intégrée aux priorités institutionnelles et soutenue par des politiques publiques cohérentes. Cela suppose la mise à disposition d'outils concrets pour évaluer les pratiques, adapter leur communication, impliquer les usagers dans la co-construction des services et mieux naviguer dans un système de santé souvent perçu comme opaque.

Ainsi, le renforcement de la littératie organisationnelle par la formation apparaît comme un des maillons pour améliorer l'accès à la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes migrantes sans-papiers. Les résultats obtenus suggèrent la nécessité de développer des approches pédagogiques durables, adaptées aux besoins des structures de première ligne et aux réalités de terrain.

Participation des publics à faible littératie en santé

L'un des principes fondamentaux de la littératie organisationnelle est l'implication active des usagers fréquentant les structures de soins dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des dispositifs de santé. Il ne s'agit plus seulement de consulter les usagers, mais de co-construire avec eux des réponses adaptées, afin d'assurer la représentativité des besoins et d'ancrer les actions dans les réalités vécues (De Gastines, 2024).

Des études antérieures ont souligné que la co-construction de supports, en collaboration avec les publics concernés, en tenant compte de leurs langues, de leur niveau de littératie et de leurs référents culturels, améliore sensiblement la réception et la compréhension des messages (Sørensen et al., 2021).

Cette démarche participative s'oppose aux approches descendantes ("top-down") qui produisent des inégalités en excluant les bénéficiaires des décisions qui les concernent.

À la lumière de ces résultats, un décalage apparaît entre les intentions et la pratique. Bien que la co-construction avec les usagers soit identifiée comme une stratégie pour améliorer l'accessibilité des dispositifs de prévention, elle demeure peu utilisée dans les structures interrogées. Seules quelques-unes affirment impliquer les publics concernés dans la conception ou l'évaluation de leurs actions. Il s'agit de structures ayant déjà adopté une démarche de littératie organisationnelle, ce qui suggère que la participation constitue à la fois un indicateur et un moteur de transformation institutionnelle (Henrard & Prévost, 2016).

Pour autant, l'implication effective des publics sans-papiers représente un défi majeur. Outre les contraintes de temps, de ressources humaines et de charge administrative, les structures de première ligne ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour engager des démarches participatives avec des publics aux profils diversifiés. À cela s'ajoutent des barrières linguistiques, culturelles et administratives importantes, ainsi qu'une méfiance envers les institutions.

Certaines structures font appel ponctuellement à des médiateurs culturels ou à des interprètes, mais ces initiatives restent fragiles. Or, ces relais sont nécessaires pour instaurer la confiance et faciliter l'accès à l'information. Dans ce contexte, des pistes peuvent être envisagées : organiser des espaces de dialogue dans des lieux de confiance (comme les associations, maisons médicales ou plannings familiaux), ou renforcer les partenariats avec des acteurs communautaires déjà en lien avec ces publics.

Enfin, plusieurs structures évoquent le besoin de disposer d'outils méthodologiques et d'un accompagnement concret pour structurer une telle démarche. Ces éléments soulignent que la participation des publics ne peut reposer uniquement sur la bonne volonté locale : elle suppose un appui institutionnel durable, à la fois en termes de financement, de formations et d'accompagnement. Développer une culture organisationnelle sensible aux inégalités de littératie apparaît comme un axe stratégique pour garantir une prévention réellement accessible aux publics les plus éloignés (Henrard & Prévost, 2016).

Enjeux sociopolitiques liés à la migration et à l'accès aux soins

Les enjeux organisationnels évoqués précédemment ne peuvent être dissociés du contexte sociopolitique plus large dans lequel évoluent les structures de soins. En Belgique, les politiques migratoires de plus en plus restrictives contribuent à créer un climat d'insécurité pour les personnes en séjour irrégulier. Le récent durcissement de la législation, notamment la possibilité de sanctions pénales, alimente la peur, la méfiance et éloigne davantage les femmes migrantes sans-papiers des services de santé. (Musso, 2015 ; Office des étrangers, 2025).

Ces logiques de contrôle migratoire, en renforçant les démarches administratives, les exigences liées à la sécurité et les contrôles mis en place, contribuent à éloigner les personnes migrantes des structures de soins, limitant leur accès aux soins et renforçant la méfiance envers les institutions. Il devient alors indispensable de penser la migration non pas comme une simple trajectoire individuelle, mais comme un phénomène inscrit dans des dynamiques économiques, sociales et politiques globales (Irwin et al., 2004 ; Corty, 2024).

Dans ce contexte, plusieurs rapports insistent sur la responsabilité des systèmes de santé de s'adapter aux réalités vécues par ces populations. « La littératie en santé ne doit pas être considérée comme un déficit individuel, mais comme une problématique relationnelle et organisationnelle, engageant la responsabilité des structures elles-mêmes » (Kickbusch et al., 2013, traduction libre).

Par ailleurs, comme le souligne l'asbl Cultures&Santé, cet engagement suppose des ressources spécifiques – en temps, en personnel, en formation – qui font souvent défaut : « C'est la raison pour laquelle, à côté des stratégies de capacitation des individus et des organisations, il est indispensable, pour développer l'exercice de la littératie en santé d'une population, d'activer des leviers politiques et structurels qui vont pouvoir influencer à la fois les conditions de vie des personnes et l'offre de service des organisations » (cité par De Gastines, 2024).

Limites

Ce mémoire présente plusieurs limites qui doivent être mentionnées.

Tout d'abord, le questionnaire a été diffusé exclusivement en ligne via la plateforme LimeSurvey, uniquement en français, et durant le mois de juin 2025. Cette période d'activité est généralement marquée par une forte charge de travail avant les congés scolaires, ce qui a pu limiter tant le taux de participation que la diversité des structures répondantes, notamment celles en contact avec un public spécifique.

Bien que le questionnaire ait été envoyé à 250 structures francophones (maisons médicales, centres de planning familial, Médecins du Monde), l'échantillon final reste limité : seules 48 structures ont répondu partiellement ou totalement, et 36 ont rempli l'intégralité du questionnaire. Ce faible taux de participation (19%, n=250) constitue une limite importante, restreignant la représentativité des résultats et les possibilités de tirer des conclusions généralisables. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce modeste taux : certaines structures ne se sentent pas concernées par la thématique, notamment si elles accueillent peu ou pas de femmes migrantes sans-papiers. D'autres, en raison du nombre élevé de sollicitations auxquelles ces institutions sont régulièrement exposées, du contexte social tendu, des ressources humaines limitées, ou d'autres priorités d'action, n'ont pas pu consacrer le temps nécessaire à cette étude.

Par ailleurs, la longueur du questionnaire (51 questions) a pu constituer un frein à la participation, en particulier dans un contexte de surcharge d'activité.

La diffusion du questionnaire s'est limitée à la Belgique francophone. Or, comme rappelé dans le cadre théorique, les politiques de prévention étant régionalisées, les pratiques peuvent différer sensiblement entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles. Si une comparaison entre régions n'est pas l'objectif de cette recherche, une analyse plus fine des disparités entre la région de Bruxelles-Capitale et la Wallonie aurait permis de mieux comprendre les dynamiques locales, ou un ciblage spécifique en identifiant les zones géographiques où les structures rencontrent plus fréquemment un public sans-papiers.

Concernant la recherche documentaire, des démarches ont été entreprises pour obtenir des données existantes sur l'accès à la prévention du cancer du col de l'utérus et à la vaccination HPV chez les femmes migrantes sans-papiers en Belgique. De nombreuses institutions potentiellement détentrices de données pertinentes ont été contactées par courriel, avec relances répétées. Cependant, ces tentatives

ont souvent débouché sur des réponses négatives ou une absence de réponse. Des structures comme le CIRE, Sciensano, l'Office des étrangers, ou certains centres de planning familial ont indiqué ne pas disposer de données spécifiques. Fedasil a transmis certains documents qui n'ont pas pu être utilisés car n'étaient pas pertinents dans le cadre de ce travail. Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières n'ont pas répondu malgré les relances. En ce qui concerne Médecins du Monde, il a été particulièrement difficile de recenser de manière précise les projets, en raison de l'absence de réponse et du manque d'informations accessibles publiquement. Cette incertitude n'a pas permis de quantifier de façon rigoureuse le nombre exact de projets portés par cette organisation en Belgique francophone. Cultures&Santé a partagé des éléments généraux, sans lien direct avec la prévention du cancer du col de l'utérus dans la population cible, car ils ne disposaient pas d'autre documentation. D'autres acteurs, comme le CPAS de Bruxelles ou Sofelia, ont également été sollicités sans résultat concret.

Enfin, cette étude repose uniquement sur les perceptions des structures répondantes, sans inclure les témoignages des femmes migrantes sans-papiers, premières concernées par les enjeux de littératie en santé organisationnelle. Cette absence constitue une limite, dans la mesure où elles sont les premières à pouvoir témoigner des obstacles rencontrés, des stratégies mobilisées, ou encore des attentes spécifiques en matière d'accès à la prévention. Comme le souligne un article publié par Éducation Santé (2024), la participation active des usagers dans les processus décisionnels permet non seulement de mieux identifier les besoins, mais également de renforcer la légitimité et la pertinence des dispositifs développés. Cela pourrait être davantage étudié dans une plus large étude.

Néanmoins, ce travail pose les bases d'une réflexion plus large qui pourrait faire l'objet de recherches ultérieures. Une étude future à plus grande échelle, combinant une méthode mixte (quantitative et qualitative) incluant les personnes concernées, permettrait de mieux cerner les mécanismes à l'œuvre dans les pratiques organisationnelles et d'identifier des leviers d'action concrets. Des institutions comme le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé), dont la mission est de soutenir les décideurs politiques par la production de données scientifiques indépendantes, pourraient être mobilisées pour développer un tel projet. Une telle recherche contribuerait à enrichir la compréhension de la littératie organisationnelle en lien avec les inégalités sociales et migratoires de santé, et à nourrir la construction de politiques plus inclusives, adaptées aux réalités de terrain.

Perspectives

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la littératie organisationnelle des structures de première ligne dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination contre le HPV, auprès des femmes migrantes sans-papiers. Bien que sa portée soit restreinte en termes de taille d'échantillon, elle met en évidence des mécanismes organisationnels susceptibles d'alimenter des inégalités d'accès aux soins, et qui mériteraient d'être approfondis.

Sur le plan de la recherche, cette première analyse pourrait être complétée par une étude à plus grande échelle, combinant données quantitatives et qualitatives, afin d'intégrer les points de vue des femmes concernées. Une telle approche permettrait d'affiner la compréhension des obstacles systémiques, de documenter les stratégies d'adaptation mobilisées par les usagères, et de mieux cerner la complexité des freins à la prévention.

Sur le plan pratique, certains dispositifs existants, tels que la fonction de « facilitateur en santé », gagneraient à faire l'objet d'un suivi évaluatif, afin d'en mesurer l'impact réel sur la réduction des inégalités. Par ailleurs, des initiatives visant à renforcer la littératie organisationnelle en santé, qu'il s'agisse de formations, d'outils adaptés ou de démarches participatives, mériteraient d'être soutenues dans une logique d'amélioration continue des inégalités d'accès à la prévention.

Ce mémoire propose des pistes d'amélioration pour renforcer l'équité et l'inclusion dans l'accès aux soins de santé, en particulier pour les femmes migrantes sans-papiers. En identifiant des leviers organisationnels à améliorer, il invite à soutenir des actions ciblées, telles que le renforcement de la littératie organisationnelle et l'évaluation des dispositifs existants, afin de réduire les inégalités en santé dans la prévention du cancer du col de l'utérus.

Conclusion

Le cancer du col de l'utérus, principalement causé par le papillomavirus humain (HPV), constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison de sa forte incidence et de sa mortalité évitable. Malgré des stratégies de prévention efficaces, telles que le dépistage et la vaccination, les inégalités d'accès à ces interventions persistent, en particulier chez les populations vulnérabilisées par leur statut migratoire.

Parallèlement, les dynamiques migratoires se transforment : la migration se féminise, se complexifie et expose les femmes sans-papiers à de multiples vulnérabilités : précarité administrative, méconnaissance du système de santé, barrières linguistiques, faible littératie en santé, et discriminations. Ces facteurs compromettent leur accès à des soins préventifs pourtant essentiels, et soulignent l'importance d'interroger non seulement leurs caractéristiques individuelles, mais aussi la manière dont les structures de santé accueillent, informent et accompagnent ces publics.

Cette étude a ainsi visé à évaluer la littératie organisationnelle des structures de première ligne dans l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre le HPV chez les femmes migrantes sans-papiers. À la lumière des résultats, si la notion de littératie organisationnelle est globalement comprise par les structures interrogées, sa mise en œuvre reste encore fragmentaire. Certaines structures mettent en place des ajustements, comme la simplification du langage, l'usage de visuels ou la reformulation, mais ces démarches reposent souvent sur des initiatives individuelles, sans réel ancrage institutionnel. Or, la littératie organisationnelle, entendue comme la capacité des institutions à rendre leurs services compréhensibles, accessibles et utilisables pour tous les publics, n'est pleinement efficace que lorsqu'elle est portée collectivement et inscrite dans des pratiques durables.

Des initiatives émergent néanmoins, portées par des acteurs comme Cultures&Santé ou la Fondation Roi Baudouin, à travers la création d'outils, de formations ou l'introduction des « facilitateurs en santé ». Ces dynamiques, bien qu'encourageantes, restent ponctuelles, non harmonisées et encore trop peu diffusées. Les obstacles relevés - manque de temps, absence d'outils adaptés, etc. - s'inscrivent dans un ensemble de contraintes. Par ailleurs, la diversité des profils des usagers complexifie l'élaboration d'approches véritablement adaptées aux besoins spécifiques.

Ces constats soulignent l'importance de repenser l'organisation des soins à travers une approche systémique : former les professionnels, soutenir les pratiques inclusives et intégrer la

littératie organisationnelle dans les politiques de santé. Cela suppose également de reconnaître la migration et la diversité culturelle comme des réalités durables et structurelles de notre société.

Dans un contexte où les publics accueillis sont de plus en plus diversifiés, avec une proportion significative de personnes à faible littératie en santé, le manque d'adaptation des structures risque de perpétuer, voire d'aggraver, les inégalités d'accès aux soins. Promouvoir une littératie organisationnelle intégrée, cohérente et soutenue constitue donc une étape indispensable pour construire un système de santé plus inclusif, plus juste et réellement accessible à toutes et tous.

Références bibliographiques :

8 JUILLET 1964. Loi relative à l'aide médicale urgente. (1964). *Moniteur belge*, 25 juillet.

8 JUILLET 1976. Loi organique des centres publics d'action sociale. (1976). *Moniteur belge*, 5 août.

- Aïna Stanojevich, É., Fassin, D., Veïsse, A., Bouchaud, O., Ricard, E., Lamour, P., Delbecchi, G., Favre, F. R., Vescovacci, K., Chardin, C., Romand, D., Baclet, N., Mijatovic, D., Delmer, O., Kerzanet, S., Pourette, D., Laporte, A., Le Méner, E., Oppenchaim, N., Laperche, J. (2007). La santé des migrants. *La Santé Des Migrants*, 392. <http://www.inpes.sante.fr>
- Alam, Z., Cairns, J. M., Scott, M., Dean, J. A., & Janda, M. (2023). Interventions to increase cervical screening uptake among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 18(6), e0281976. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281976>
- Altobelli, E., Rapacchietta, L., Profeta, V. F., & Fagnano, R. (2019). HPV-vaccination and cancer cervical screening in 53 WHO European Countries: An update on prevention programs according to income level. *Cancer Medicine*, 8(5), 2524–2534. <https://doi.org/10.1002/cam4.2048>
- Alvarez Irusta, L., Belche, J.-L., Biston, C., Buret, L., D'Ans, P., et. al. (2020) *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*. <http://hdl.handle.net/2078.1/227641>
- Arbyn, M., Haelens, A., Desomer, A., Verdoodt, F., Thiry, N., Francart, J., Hanquet, G., Robays, J. (2015). Quel dépistage pour le cancer du col? In *KCE Report* (No. 238Bs). <https://www.kce.fgov.be>
- Arbyn M, Weiderpass E, et al. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. In *The Lancet Global Health* (Vol. 8, Issue e191). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6)
- AVIQ. (s.d.). *Campagne de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus* [\[https://www.aviq.be/fr/actualites/campagne-de-sensibilisation-au-depistage-du-col-de-luterus\]](https://www.aviq.be/fr/actualites/campagne-de-sensibilisation-au-depistage-du-col-de-luterus).
- Barroso, M., Goday, A., Ramos, R., Marín-Ibañez, A., Guembe, M. J., Rigo, F., Tormo-Díaz, M. J., Moreno-Iribas, C., Cabré, J. J., Segura, A., Baena-Díez, J. M., De La Cámara, A. G., Lapetra, J., Quesada, M., Medrano, M. J., Berjón, J., Frontera, G., Gavrila, D., Barricarte, A., Marrugat, J. (2017). “Interaction between cardiovascular risk factors and body mass index and 10-year incidence of cardiovascular disease, cancer death, and overall mortality”. *Preventive Medicine*, 107, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.11.013>
- Belgique en bonne santé. (2018). *Littératie en santé*. Vers Une Belgique En Bonne Santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litteratie-en-sante>

- Bodiguel, J. (2024, January 26). *Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous*. Développement Durable. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
- Bouhon, J. (2021). *Santé des migrants et bonnes pratiques*. Fédération Des Maisons Médicales. <https://www.maisonmedicale.org/Sante-des-migrants-et-bonnes/>
- Boureau, N. (2022). Améliorer le partage d'informations pour favoriser la littératie en santé. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes et de pharmaciens au sujet de leur patientèle suivie pour hypertension artérielle. Médecine humaine et pathologie. dumas-03849675
- Brach C., Dreyer B. P., Schyve P., Hernandez L. M., Baur C., Lemerise A. J. et al., (2012) Attributes of a Health Literate Organization. *Institute of Medicine*, Washington.
- Bragard, I., Coucke, PH.A., Pétré, B., Etienne, A.-M., Guillaume, M. (2017). *La "Health Literacy", un moyen de réduire les inégalités sociales de santé*. *Revue médicale de Liège*, vol. 72, n°1.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A., & American Cancer Society. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brulocalis. (2025). *Rapport de la Cour des comptes sur l'Aide Médicale Urgente : des interrogations subsistent*. <https://brulocalis.brussels/fr/publications/rapport-de-la-cour-des-comptes-sur-laide-medicale-urgente-des-interrogations>.
- Burdette, A. M., Webb, N. S., Hill, T. D., & Jokinen-Gordon, H. (2016). Race-specific trends in HPV vaccinations and provider recommendations: persistent disparities or social progress? *Public Health*, 142, 167–176. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.07.009>
- Capiiau, M. (2019). *L'offre de soins aux personnes hypertendues dans les structures de première ligne à Lomé : enjeux, état des lieux et pistes d'amélioration*. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain. Prom. : Macq, Jean ; Masquelier, Bruno. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:18661>
- Castle, P. E. (2024). Looking back, moving forward: Challenges and Opportunities for global cervical cancer prevention and control. *Viruses*, 16, 1357. <https://doi.org/10.3390/v16091357>
- Caritas International. (2019). Undocumented migrants in Belgium causes and consequences [Long Read]. *Caritas International*. Consulté le 25 avril 2025. <https://www.caritasinternational.be/en/asylum-migration-en/undocumented-migrants-in-belgium-causes-and-consequences-long-read/>

- Caritas International. (2023). *Ceci n'est plus une crise, mais une politique de non-accueil*. <https://www.caritasinternational.be/fr/asile-et-migration/ceci-nest-plus-une-crise-mais-une-politique-de-non-accueil/>
- Caritas International. (2024). *Fedasil Info Point – Un lieu pour pallier le manque d'information*. <https://www.caritasinternational.be/fr/asile-et-migration/fedasil-info-point-un-lieu-pour-pallier-le-manque-dinformation/>
- Careum. (s.d.). *Littératie en santé*. Careum. <https://careum.ch/fr/recherche-pratique/litteratie-en-sante>
- CCR. (s.d.). *Dépistage du cancer du col de l'utérus*. <https://www.ccref.org/particulier/col.php>
- Centre du cancer. (2022). *Introduction du test HPV dans le dépistage du cancer du col de l'utérus en Belgique*.
- Charafeddine, R., Demarest, S., & Berete, F. (2018) : *Littératie en santé*. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440.72. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
- Chauvin, P., Vuillermoz, C., Simonnot, N., Vanbiervliet, F., Vicart, M., Macherey, A-L., & Brunel, V. (2015). *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité*. <https://hal.science/hal-01316094>
- Chauvin P., Simonnot N., Douay C., & Vanbiervliet F. (2014). *Le cas des femmes enceintes et des enfants - L'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise sociale*.
- Cheminais, C. & Gagnon, D. (2022). La littératie en santé : un concept à intégrer dans la pratique et la formation en travail social pour une meilleure équité de soins. *Service Social*, 68(1), 115. <https://doi.org/10.7202/1089873ar>
- Chrysostomou, A. C., Stylianou, D. C., Constantinidou, A., & Kostrikis, L. G. (2018). Cervical cancer screening programs in Europe: the transition towards HPV vaccination and Population-Based HPV testing. In *Viruses* (p. 729) [Journal-article]. <https://doi.org/10.3390/v10120729>
- CIRÉ asbl. (2021). *Discriminations dans l'accès à la santé des migrant-e-s*. CIRÉ Asbl. <https://www.cire.be/publication/discriminations-dans-laccess-a-la-sante-des-migrant-e-s/>
- CIRÉ asbl. (2021, January 15). *Réfugié, migrant, sans-papiers. . . Lexique & définitions*. CIRÉ Asbl. <https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/>
- Cloos, P., Ungureanu, A. (2019) *Les barrières au dépistage du cancer du col : qu'en disent des femmes immigrantes résidant à Montréal ?*
- Commission Communautaire Française (COCOF). (2022). *Campagne de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus*. Commission Communautaire Française (COCOF) -

Francophones Bruxelles. <https://ccf.brussels/campagne-de-sensibilisation-au-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus/>

- Conférence internationale pour la promotion de la santé. (1986). *Charte d'OTTAWA*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349653/WHO-EURO-1986-4044-43803-61666-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Conseil Supérieur de la Santé. (2017). *Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain* (Scientific Advisory Report CSS N° 9181). https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/9181_hpv_fr_27092017_0.pdf
- Conseil Supérieur de la Santé. (2017). Vaccination de l'enfant et de l'adolescent. *Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) 2017* CSS. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/fiche_9181_vaccination_hpv_fr.pdf
- Cordel, H., Tantet, C., Stempak, T., Billaud, E., Mosnier, E., Huber, F., Florence, S., Leclerc, D., Freire-Maresca, A., De Champs Léger, H., Ahouanto, M., Linard, F., Petruzzi, M., Hamel, E., Lay, E. L., Lydié, N., Simon, A., Alcouffe, L., & Vignier, N. (2022). *Addressing sexuality and sexual health with migrants. Practice guidelines*. *Infectious Diseases Now*, 52(2), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2022.01.005>
- Corty, J.-F., Propos recueillis par Peyre, N. (2024). « Les migrants nous informent sur l'état du monde » *Hermès, La Revue*, 94(2), 190-193. <https://shs.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2024-2-page-190?lang=fr>
- Cultures&Santé. (2021). Littératie numérique en santé. *Cultures & Santé*, 1.
- Cultures&Santé. (2024). Repères théoriques Mots introductifs. In *Le KIT « CAP LSO »*.
- Cultures&Santé. (2024). *Littératie en santé (n°8)*. Cultures&Santé. <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/litteratie-en-sante-n-8/>
- Cultures&Santé. (s.d.). *Cap Littératie en Santé Organisationnelle*. Cultures&Santé. <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/cap-litteratie-en-sante-organisationnelle/>
- Cultures&Santé. (2025). Migrations, vulnérabilités et santé mentale. In *Cultures&Santé Asbl*. https://www.cultures-sante.be/wp-content/uploads/2024/04/dt_migrations-santementale_maj2024-1.pdf

- Dauvrin, M. (2016). *Améliorer la santé des migrants par le leadership et le sens de la responsabilité - Éducation Santé* Éducation Santé. <https://educationsante.be/ameliorer-la-sante-des-migrants-par-le-leadership-et-le-sens-de-la-responsabilite/>
- Dauvrin, M. (2020). L'aide médicale urgente : pour qui ? *Santé conjugée* n°90, pp. 13-15.
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2014). Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-294>
- Dauvrin, M., Detollenaere, J., De Laet, C., Roberfroid, D., & Vinck, I. (2019). *Demandeurs d'asile : options pour un accès équitable aux soins de santé : une consultation des stakeholders*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_319B_Demandeurs_asile_en_Belgique_Synthese_0.pdf
- Dauvrin, M., Gysen, J., Lorant, V. (2016). *L'accès aux soins pour les personnes sans- papiers : un parcours semé d'embûches*. In: *Education Santé*, Vol. 324, no.324, p. 2-4 <http://hdl.handle.net/2078.1/174946>
- Deal, A., Crawshaw, A. F., Salloum, M., Hayward, S. E., Carter, J., Knights, F., Seedat, F., Bouaddi, O., Sanchez-Clemente, N., Lutumba, L. M., Kitoko, L. M., Nkembi, S., Hickey, C., Mounier-Jack, S., Majeed, A., & Hargreaves, S. (2024). Understanding the views of adult migrants around catch-up vaccination for missed routine immunisations to define strategies to improve coverage: A UK in-depth interview study. *Vaccine*, 42(13), 3206–3214. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.04.005>
- De Broucker, G. (2014). La littératie en santé sur l'agenda public : Explorer l'émergence d'un problème social par sa teneur dramatique, sa nouveauté et son adéquation avec la culture dominante. In N. Burlone, *FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES*.
- De Gastines, C. (2024). *Littératie en santé : quand les organisations veulent faire la différence*. Éducation Santé. <https://educationsante.be/litteratie-en-sante-quand-les-organisations-veulent-faire-la-difference/>.
- Deshmukh, V. N., Patil, S., & Hinge, D. D. (2024). The Burden and Prevention of human papillomavirus (HPV) infections and cervical Cancer in India: a literature review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.72435>
- De Wurstemberger, P. (2022). Focus : Prévention et dépistage du cancer. In *MédiSphère* (Vol.708). https://www.sciensano.be/sites/default/files/doc2_focus_prevention_et_depistage_du_cancer_arbyn_sciensano_fr_0.pdf
- Diaz, E., Gimeno-Feliu, L. A., Czapka, E., Suurmond, J., Razum, O., & Kumar, B. N. (2024). Capacity building in migration and health in higher education: lessons from five European

countries. *The Lancet Regional Health - Europe*, 41, 100818. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100818>

- Dieudonné, P. (2021). *Accès aux soins en Belgique: une porte entrouverte – CIRÉ asbl*. CIRÉ Asbl. <https://www.cire.be/acces-aux-soins-en-belgique-une-porte-entre-ouverte/>
- Dombrowski, C., Bourgain, C., Ma, Y., Meiwald, A., Pinsent, A., Weynand, B., Turner, K. M., Huntington, S., Adams, E. J., Bogers, J., Croes, R., & Sahebali, S. (2023). An economic evaluation of two cervical screening algorithms in Belgium: HR-HPV primary compared to HR-HPV and liquid-based cytology co-testing. *European Journal of Cancer Prevention*, 33(3), 262–270. <https://doi.org/10.1097/cej.0000000000000856>
- Doyen, I. (2015). Le droit des sans-papiers : cohérences et incohérences. *Agenda interculturel*, (327). En ligne : <http://www.adde.be/publications/analyses-etudes/le-droit-des-sans-papiers-coherences-et-incoherences>
- Drechsler, D., & Gagnon, J. (2008). Les migrations, une source de développement à exploiter. *Annuaire Suisse De Politique De Développement*, 27–2, 73–89. <https://doi.org/10.4000/aspd.172>
- Dumont, A., Bessières, N., Razafindrafara, G., Ravit, M., & Benbassa, A. (2018). Intérêt du test HPV dans le dépistage primaire du cancer du col en milieu rural à Madagascar. *Revue D'Épidémiologie Et De Santé Publique*, 67(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.10.003>
- Dunne, E. F., Unger, E. R., Sternberg, M., McQuillan, G., Swan, D. C., Centers for Disease Control and Prevention, Patel, S. S., & Markowitz, L. E. (2007). Prevalence of HPV infection among females in the United States. In *JAMA* (Vol. 297, pp. 813–819). <https://www.jama.com>
- Dupuis, P. (2015). *La littératie en santé: comprendre l'incompréhension*. Éducation Santé. <https://educationsante.be/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>
- Éducation santé. (2017). *Littératie en santé (Health literacy) et sources d'information*. Éducation Santé. <https://educationsante.be/litteratie-en-sante-health-literacy-et-sources-dinformation/>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2012, June 1). *Human papillomavirus*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/human-papillomavirus>
- European Vaccination Information Portal. (2020, March 13). *Human papillomavirus (HPV)*. European Vaccination Information Portal. <https://vaccination-info.europa.eu/en/human-papillomavirus-hpv>
- Farajimakin, O. (2024) Barriers to Cervical Cancer Screening: A Systematic Review. *Cureus* 16(7): e65555. doi:10.7759/cureus.65555

- Fédération Wallonie-Bruxelles. (2011). *Le dépistage du Cancer du Col de l'utérus, parlez-en avec vos patientes !* [Press-release].
- Fédération Wallonne De Promotion De La Santé- FWPS. (s.d.). *Promotion de la santé*. FWPS - Fédération Wallonne De Promotion De La Santé. <https://www.fwpsante.be/promotion-de-la-sante/>
- Figo. (s.d.). *Projet d'élimination du cancer du col de l'utérus*. Figo. <https://www.figo.org/fr/ce-que-nous-faisons/programmes-de-la-figo/projet-delimination-du-cancer-du-col-de-luterus>
- Fondation ARC. (s.d.). *Les cancers du col de l'utérus*. <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-col-uterus>
- Fonds Dr. Danieël de Coninck. (2024). *Compétences en santé - Renforcer la première ligne*. Renforcer La Première Ligne. <https://www.fondsdanieldeconinck.be/fr/initiative/competences-en-sante/>
- Fondation Registre du Cancer. (2024). *Évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus à Bruxelles - années de dépistage 2019-2022*. In *Rapport D'évaluation* (p. 33) [Report].
- Fondation contre le cancer. (2024). *Cancer du col de l'utérus - Fondation contre le cancer*. Consulté le 17 janvier. <https://cancer.be/cancer/cancer-du-col-de-luterus/>
- Gestion Médicale Fedasil. (2025). *Vademecum Médical Addendum - 1*.
- Githaiga, J. N., Noll, S., Olivier, J., & Amponsah-Dacosta, E. (2025). What's in a name? – How migrant populations are classified and why these matters for (in)equitable access to routine childhood and adolescent immunisation services: A scoping review. *Vaccine*, 49, 126784. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.126784>
- Graci, D., Piazza, N., Ardagna, S., Casuccio, A., Drobov, A., Geraci, F., Immordino, A., Pirrello, A., Restivo, V., Rumbo, R., Stefano, R., Virone, R., Zarcone, E., & Immordino, P. (2024). Barriers to and facilitators for accessing HPV vaccination in migrant and refugee populations: a systematic review. *Vaccines*, 12(3), 256. <https://doi.org/10.3390/vaccines12030256>
- Greenley, R., Bell, S., Rigby, S., Legood, R., Kirkby, V., McKee, M. (2023). "Factors Influencing the Participation of Groups Identified as Underserved in Cervical Cancer Screening in Europe: A Scoping Review of the Literature ». *Frontiers in Public Health* 11: 1144674. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1144674>.
- Grimberghs, C. (2024). *Étude - Prévenir l'aide médicale urgente : une stratégie pour réduire les coûts et améliorer l'accès aux soins*. Brulocalis. <https://brulocalis.brussels/fr/publications/etude-prevenir-laide-medicale-urgente-une-strategie-pour-reduire-les-couts-et>
- Gross, O. (2020). Deux concepts-clés de la promotion de la santé, l'empowerment et la participation. In *LA SANTÉ EN ACTION: Vol. N o*

453. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/304617/document_file/348660_spf00002504.pdf?version=1

- Gubert, F. (2010). Pourquoi migrer ? Le regard de la théorie économique. Regards croisés sur l'économie, 8(2), 96-105. <https://doi.org/10.3917/rce.008.0096>.
- Gultekin, M., Ramirez, P. T., Broutet, N., & Hutubessy, R. (2020). World Health Organization call for action to eliminate cervical cancer globally. *International Journal of Gynecological Cancer*, 30(4), 426–427. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-001285>
- Hamel, E., Veïsse, A., & Kotobi, L. (2021). Migrants en situation de vulnérabilité et santé. *LA SANTÉ EN ACTION*, 455, 2–2. <http://www.thomasbohl.fr/>
- HealthNest. (2023). Accélérer la littératie en santé. In *Un guide d'inspiration pour les organisations et les gouvernements*.
- Henrard, G., Ketterer, F., Giet, D., Vanmeerbeek, M., Belche, J-L., & Buret, L. (2018). *La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions*. *Santé Publique* 1, n° HS1 : 139-43. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0139>.
- Henrard, G., & Prévost, M. (2016). « La « littératie en santé », avatar creux ou concept dynamisant ? » In *Santé Conjuguée: Vol. I* (Issue n° 7730).
- Hérán, F. (2021). Pourquoi migrer ? Parlons immigration en 30 questions (p. 52-53). La Documentation française. <https://shs.cairn.info/parlons-immigration-en-30-questions--9782111573765-page-52?lang=fr>.
- Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. (2019). In *Vaccine* (Vol. 37, pp. 5439–5451). <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068>
- INAMI & Médecins du Monde. (2014). *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*. En ligne : <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>
- INAMI. (2024). *Détection du cancer du col de l'utérus en Belgique : Introduction du test HPV comme test de dépistage primaire*. <https://www.inami.fgov.be/fr/actualites/detection-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-belgique-introduction-du-test-hpv-comme-test-de-depistage-primaire>
- INAMI. (s.d.). *Soins de santé : coût et remboursement*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement>
- Ingleby, D. (2009). « La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe ». *Hommes & Migrations*, 1282, 136–150. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.463>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2023). *Les compétences psychosociales* [Report].

- International Organization for Migration. (s.d.). *Termes clés de la migration*. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Institut National De Santé Publique Du Québec. (s.d.). *Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé?*. Institut National De Santé Publique Du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/mettre-en-oeuvre-suivre-projet-l-adapter/quels-sont-facteurs-influençant-degré-littératie-en-santé>
- Irwin, M., Blanchard, T., Tolbert, C., Nucci, A., & Lyson, T. (2004). « Pourquoi certains ne migrent pas : L'impact du contexte local sur la sédentarité aux États-Unis ». *Population*, 59(5), 653-680. <https://doi.org/10.3917/popu.405.0653>.
- Karuranga, S., Sørensen, K., Coleman, C., & Mahmud, A. J. (2017). “Health literacy competencies for European health care personnel”. *HLRP Health Literacy Research and Practice*, 1(4). <https://doi.org/10.3928/24748307-20171005-01>
- KCE. (2015). *Cancer du col de l'utérus: l'utilisation du test HPV rendrait le dépistage plus efficace et permettrait d'espacer les examens de 5 ans au lieu de 3 ans*. <https://kce.fgov.be/fr/cancer-du-col-de-luterus-lutilisation-du-test-hpv-rendrait-le-depistage-plus-efficace-et-permettrait>
- KCE. (2020). *Premiers pas vers un plan d'action belge de littératie en santé*. <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqués-de-presse/premiers-pas-vers-un-plan-daction-belge-de-litteratie-en-sante>
- Keygnaert, I., Guieu, A., Ooms, G., Vettenburg, N., Temmerman, M., & Roelens, K. (2014). “Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care?” *Health Policy*, 114(2–3), 215–225. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.10.007>
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F. & Tsouros, A.D. (2013). “Health literacy: the solid facts ». *World Health Organization. Regional Office for Europe*. <https://iris.who.int/handle/10665/326432>
- Knights, F., Carter, J., Deal, A., et al. (2024). « Strengthening life-course immunisation in migrant populations: access, equity, and inclusion ». *The Lancet Regional Health - Europe* 41 : 100806. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100806>.
- Lacroix, T. (2016). 2. Qui sont les migrants et pourquoi migrent-ils ? Migrants : L'impasse européenne (p. 37-60). Armand Colin. <https://shs.cairn.info/migrants--9782200615437-page-37?lang=fr>.

- Lafaut, D., & Coene, G. (2023). Autonomy Without Borders? Understanding the Impact of Undocumented Residence Status on Healthcare Relationships in Belgium. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 16(2), 1–25. <https://doi.org/10.3138/ijfab-2023-03-20>
- Lamore, K., Foucaud, J., Cambon, L., & Untas, A. (2017). Prévention primaire et secondaire des cancers féminins : comment améliorer la sensibilisation des femmes ? Une revue de la littérature. *Revue D'Épidémiologie Et De Santé Publique*, 65(6), 453–465. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.06.005>
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H. et al. (2020). *Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review*. *BMC Public Health* 20, 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Le Brun, M., Godard, D., Camps, L., De Pinho, Q. G., Benyammine, A., & Granel, B. (2024). La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. *La Revue De Médecine Interne*. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2024.06.014>
- Leinonen, M. K., Campbell, S., Ursin, G., Tropé, A., & Nygård, M. (2017). Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. *European Journal of Public Health*, 27(5), 873–879. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx093>
- Les-hpv.be. (s.d.). <https://www.les-hpv.be/ressources/>
- Levy, H., Arbor, A., & Janke, A. (2016). Health literacy and access to care. In *J Health Commun* (pp. 43–50). <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131776>
- Ligue Contre Le Cancer. (2023). *La vaccination contre les papillomavirus (HPV)*. Ligue Contre Le Cancer. <https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/la-vaccination-et-le-cancer/la-vaccination-contre-les-papillomavirus-hpv>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- LUSS. (2025). *Pour que les organisations s'emparent de la littératie en santé*. LUSS. <https://luss.be/publications/pour-que-les-organisations-semparent-de-la-litteratie-en-sante/>
- MacFarlane, A., Huschke, S., Marques, M. J., Gama, A., Kinaan, W., Hassan, A., Papyan, A., Phelan, H., Severoni, S., Kumar, B., & Dias, S. (2024). Normalising participatory health research approaches in the WHO European region for refugee and migrant health: a paradigm shift. *The Lancet Regional Health - Europe*, 41, 100837. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100837>

- Mannaerts, D. (2019). *La littératie en santé numérique : un enjeu de promotion de la santé* [Report].
- Margat, A. (2018). *L'éducation thérapeutique du patient : une opportunité pour répondre aux besoins en littératie en santé des patients illettrés. Proposition d'un modèle d'intervention pédagogique.*
- Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., De Andrade, V. et Azogui-Levy, S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique*, . 29(6), 811-820. <https://doi.org/10.3917/spub.176.0811>.
- Mboumba Bouassa, R.-S. (2019). Epidemiology and specific mucosal immunity during human papillomavirus infection: Implications for the prevention of associated cancers. In J.-L. PRETET, H. HOCINI, A. GAUTHERET, A. TOUZE, & J. Le GOFF, *Thèse de doctorat en Immunologie*. <https://theses.hal.science/tel-03978619v1>
- Médecins du Monde & Institut national du cancer. (2019). Accès au dépistage du cancer cervico-utérin des femmes en situation de précarité. In Médecins du Monde & Institut national du cancer, *RAPPORT SCIENTIFIQUE*.
- Médecins du Monde. (2013). *Enquête « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France »*. En ligne : <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/RapportEnquetePreventioncancersprecarite.pdf>
- Médecins du monde. (2018). « Migration et santé : déterminants sociaux et santé des migrants. » *Médecins Du Monde*. https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/MdM%20rapport_enquete%20Migrant_FA_JUIN_2019_DEF_LOWRES_FR.pdf
- Médecins du Monde. (2023). Pertinence de l'algorithme du dépistage du cancer du col de l'utérus à Ouagadougou. <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/10/Etude-CCU-Algorithme-Burkina-Faso-FR.pdf>
- Médecins du Monde. (2024). *Promotion de la santé sexuelle et reproductive*. Médecins du Monde. <https://www.medecinsdumonde.org/sur-le-terrain/promotion-de-la-sante-sexuelle-et-%20reproductive>
- Médecins Du Monde. (s.d.). *Médecins du Monde*. <https://medecinsdumonde.be/regions/belgique>
- *Medimmigrant*. (2019). <https://medimmigrant.be/fr/infos/intervenants-pour-le-paiement-des-soins/cpas/l-aide-medicale-urgente>

- Mignot, S., Ringa, V., Vigoureux, S., Zins, M., Panjo, H., Saulnier, P., & Fritel, X. (2019). Pap tests for cervical cancer screening test and contraception: analysis of data from the CONSTANCES cohort study. *BMC Cancer*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5477-8>
- Møen, K. A., Kumar, B., Qureshi, S., & Diaz, E. (2016). Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *European Journal of Cancer Prevention*, 26(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/cej.0000000000000311>
- Montagni, I. (2023). Littératie en santé mentale : de quoi s’agit-il et pourquoi la promouvoir ? *Questions De Santé Publique*, 46, 1–4. <https://doi.org/10.1051/qsp/2023046>
- Morel, J. (2007). *L’approche communautaire de la santé : une des stratégies d’intervention sur les déterminants socio-économiques*. Fédération Des Maisons Médicales. <https://www.maisonmedicale.org/l-approche-communautaire-de-la/>
- Morency, S., Opara, B., Rose-Maltais, J., Morency, S., Opara, B., Corneau, M., Filion, E., Bouchard, A., Sirois, J., & Simard, C. (2023). *Inspirer et renforcer les meilleures pratiques en matière de littératie en santé dans les organisations et chez les intervenants de santé et services sociaux du Québec*.
- Musso, S. (2015). Les migrants sont par nature vulnérables. Dans V. Ridde et F. Ouattara 30 idées reçues en santé mondiale (p. 103-108). Presses de l’EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.ridde.2015.01.0103>.
- Myria. (s.d.). *Femmes & Migrations en Belgique*. <https://www.myria.be/fr/publications/femmes-et-migrations-en-belgique>
- Myria. (s.d.). Migrations en Belgique : données statistiques. Myria. https://www.myria.be/files/Migration2016-2-Migrations_en_Belgique_donnees_statistiques.pdf
- Njopvou, A. C., & Tsopgny, A. V. T. (2023). Connaissances, perception de menace et dépistage du cancer du col de l’utérus chez les femmes au Cameroun. *International Journal for Advanced Studies and Research in Africa*, 12(1). https://www.researchgate.net/publication/371963300_Connaissances_perception_d_e_menace_et_depistage_du_cancer_du_col_de_luterus_chez_les_femmes_au_Cameroun
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, Pages 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

- OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies, & Commission européenne. (2019). State of health in the EU. In OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, & Commission Européenne, *Belgique*. <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Belgium.xls>
- Office de la naissance et de l'enfance (ONE). (s.d.). *Lieux inclusifs – Professionnel*. Office de la naissance et de l'enfance. <https://www.one.be/professionnel/accessibilite-et-inclusion/linclusion-a-lone/lieux-inclusifs/>
- Office des étrangers. (2025). *Informations sur la politique d'asile et de migration*. https://dofi.ibz.be/fr/informations_sur_la_politique_d_asile_et_de_migration
- ONUSIDA. (2021). VIH et cancer du col de l'utérus. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV-and-cervical-cancer_fr.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2013). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchphelsinki_statement.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2014). *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112555/9789242548693_fre.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). *La lutte contre le cancer du col de l'utérus* (Deuxième édition). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952_fre.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Organisation mondiale de la Santé - Profils de pays pour le cancer du col de l'utérus*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-fin-2021-country-profile-fr.pdf?sfvrsn=3eb9787d_36&download=true
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). *Cadre stratégique pour la prévention et la maîtrise complètes du cancer du col de l'utérus dans la Région du Pacifique occidental, 2023–2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370272/9789290620068-fre.pdf?sequence=5>
- Organisation Panaméricaine De La Santé. (2024). *Une série de nouveaux engagements marque une étape historique vers l'élimination du cancer du col de l'utérus*. <https://www.paho.org/fr/nouvelles/5-3-2024-une-serie-nouveaux-engagements-marque-une-etape-historique-vers-lelimination-du>
- Pirmez, D. (2024). *Intégration du processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants : Une étude qualitative auprès de professionnels de la santé*. Faculté de santé

publique, Université catholique de Louvain. Prom. : Dauvrin, Marie.
<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:46726>

- Plateforme de première ligne wallonne. (2020). *Organiser la première ligne en Wallonie*.
- Pojani, E., Bozo, S., Capparelli, E., & Hoxha, B. (2024). Cervical Cancer and HPV vaccination: Insights into knowledge, attitudes, and practices among Albanian women. *Vaccine X*, 22, 100594. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100594>
- Portail Sur Les Données Migratoires. (2022). *Migration irrégulière*. Portail Sur Les Données Migratoires. <https://www.migrationdataportal.org/fr/themes/migration-irreguliere>
- Promotion Santé île-de-France. (s.d.). *Concepts liés à la littératie en santé*. Promotion Santé IdF. <https://www.promotion-sante-idf.fr/concepts-lies-litteratie-sante>
- REISO. (s.d.). *Migrations - Déterminants sociaux de la santé des migrantes*. REISO. <https://www.reiso.org/articles/themes/migrations/9195-determinants-sociaux-de-la-sante-des-migrantes>
- Riza, E., Karakosta, A., Tsiampalis, T., Lazarou, D., Karachaliou, A., Ntelis, S., Karageorgiou, V., & Psaltopoulou, T. (2020). Knowledge, Attitudes and Perceptions about Cervical Cancer Risk, Prevention and Human Papilloma Virus (HPV) in Vulnerable Women in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6892. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186892>
- Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., Gysen, J., Lorant, V., Derluyn, I. (2015). Soins de santé pour personnes en séjour irrégulier. In *KCE Report 257Bs*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_257B_Soins_de_sante_migrants_Synthese.pdf
- Rondet, C. (2016). *Déterminants socio-territoriaux de l'absence ou du retard de participation aux dépistages des cancers féminins. Impact de l'origine migratoire et du lien social. Une étude en population générale à partir des données de la cohorte SIRS*. <https://theses.hal.science/tel-01539564>
- Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., & Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2549-9>
- Savas, S. T., Knipper, M., Duclos, D., Sharma, E., Ugarte-Gurrutxaga, M. I., & Blanchet, K. (2024). Migrant-sensitive healthcare in Europe: advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust. *The Lancet Regional Health - Europe*, 41, 100805. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805>

- Sciensano. (s.d.). *Centre National de Référence (CNR) du Papillomavirus humain*. <https://www.sciensano.be/fr/nrc-nrl/centre-national-de-reference-cnr-du-papillomavirus-humain>.
- Sciensano. (s.d.). *Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus*. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/papillomavirus-humain-pvh-et-cancer-du-col-de-luterus>.
- Sciensano. (2019). *Le cancer du col de l'utérus répertorié dans le monde entier*. <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/le-cancer-du-col-de-luterus-repertorie-dans-le-monde-entier>
- Sciensano. (2024). *Un changement important dans le dépistage du cancer de l'utérus à partir du 1er janvier*. <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/un-changement-important-dans-le-depistage-du-cancer-de-luterus-a-partir-du-1er-janvier-2025>
- Serrano, B., Brotons, M., Bosch, F. X., & Bruni, L. (2017). Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 14–26. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.006>
- Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (s.d.). *Décision de la CIM sur le nouveau dépistage du cancer du col de l'utérus*. SPF Santé publique. Consulté le 17 décembre 2024 sur <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/d-cision-de-la-cim-sur-le-nouveau-d-pistage-du-cancer-du-col-de-luterus>
- SIDA'SOS ASBL. (2025). *Le Human Papillomavirus (HPV), c'est quoi ?*. [depistage.be. https://depistage.be/ist/hpv/](https://depistage.be/ist/hpv/)
- Simon, N. (2019). Une étude exploratoire des besoins et des attentes en matière de contraception chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'est : une approche socio-culturelle [Thesis, Faculté de Médecine; PDF]. In A. Sarcinelli & Faculté de Médecine (Eds.), *Mémoire, y compris stage professionnalisant*. <http://hdl.handle.net/2268.2/10040>
- Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F., Vaccarella, S. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet Global Health*, 11, e197–e206. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36528031/>
- Société canadienne du cancer. (s.d.). « *Qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus?* » Société canadienne du cancer. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/what-is-cervical-cancer>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, 36(Supplement_1), i13–i23. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab153>
- Sørensen, K. (s.d.). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In *International handbook of health literacy* (pp. 5–8).
- Statbel. (s.d.). *Migrations*. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mouvement-de-la-population/migrations#news>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Vahabi, M., Hynes, J., Wong, J. P., Kithulegoda, N., Moosapoor, M., Akbarian, A., & Lofters, A. (2024). Breaking Barriers: Empowering Cervical Cancer Screening with HPV Self-Sampling for Sex Workers and Formerly Incarcerated Women in Toronto. *Current Oncology*, 31(12), 7994–8009. <https://doi.org/10.3390/curroncol31120590>
- Van den Broucke, S. (2017). *La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique*. In: *La Santé en Action*, Vol. 2017, no.440, p. 11-13. <http://hdl.handle.net/2078.1/188970>
- Van den Broucke S., WFSP 2109 : Promotion de la santé 1 (2022/2023). Université Catholique de Louvain
- Van den Broucke, S., Vandenbroeck, P., Boon, K., & Bravo, A. M. (2021). *Promouvoir la littératie en santé dans la première ligne : Les leçons de 24 pratiques en Belgique*. Fondation Roi Baudouin. https://promosante.org/wp-content/uploads/2022/11/2021_PUB_3820_LitteratieSante-1.pdf
- Van Gaens, S. (s.d.). Les profils des personnes sans-abri et sans titre de séjour. In Eva Salman (Ed.), & Belga Translations (Trans.), *Les Profils Des Personnes Sans-abri Et Sans Titre De Séjour* [Report]. https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2024/09/Rapport_Profils-des-personnes-sans-abri-et-sans-titre-de-sejour_FR.pdf
- Vergote, I., Vlayen, J., Robays, J., Stordeur, S., Stemkens, D., Smit, Y., Bourgain, C., et al. (2011). *Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus*. KCE <https://doi.org/10.57598/R168B>.
- Vers une Belgique en bonne santé. (2024). *Accessibilité des soins*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins>

- Vignier, N., Moussaoui, S., Marsaudon, A., Wittwer, J., Jusot, F., & Dourgnon, P. (2022). Burden of infectious diseases among undocumented migrants in France: Results of the Premiers Pas survey. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.934050>
- Vignier, N. & Moussaoui, S. (2020). Le rattrapage vaccinal des personnes migrantes arrivant sur le territoire français. *Bull Soc Pathol Exot*, 4921. <https://doi.org/10.3166/bspe-2020-1>
- Viguier, N.(2020). Le rattrapage vaccinal des personnes migrantes arrivant sur le territoire français. *Bull Soc Pathol Exot*, 4921. <https://doi.org/10.3166/bspe-2020-1>
- Viviane Joakim & Médecins du Monde - CASO/COZO. (2011). *Accès aux soins des migrants sans titre de séjour*. https://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2017/12/72430_ma3003_acces_soins_sans_papiers.pdf
- Walboomers, J.-M., Jacobs, M.-V., Manos, M., Bosch, F.-X., Kummer, J.A., Shah, K.V., Snijders, P., Peto, J., Meijer, C. et Muñoz, N. (1999). Human Papillomavirus Is a Necessary Cause of Invasive Cervical Cancer Worldwide. *The Journal of Pathology* 189, n° 1: 12-19. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(199909\)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F).
- Wheldon, C. W., Grace, J., Zimet, G., Daley, E. M., Akpan, I. N., Alkhatib, S. A., & Thompson, E. L. (2024). Development and evaluation of a decision aid for HPV vaccination among adults aged 27–45 years old in the United States. *Computers in Biology and Medicine*, 185, 109557. <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2024.109557>
- World Health Organization (WHO). (2024). *Cancer du col de l'utérus*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- World Health Organization (WHO) (2024). *Papillomavirus humain et cancer*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Santé des femmes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- World Health Organization. Ministry of Social Affairs and Health. (2014). *Helsinki Statement on Health in all policies*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2020). *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*. (2020). <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240014107>
- WHO. (s.d.). *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., & Zenilman, J. M. (2021). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 [Guidelines]. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(No. 4), 1–135. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/pdfs/rr7004a1-H.pdf>

Annexes

Annexe 1 : questionnaire LimeSurvey

Littératie organisationnelle et accès à la prévention

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire en santé publique mené à l'UCLouvain, je réalise une enquête sur la littératie organisationnelle au sein des structures de santé primaire. Je m'intéresse particulièrement à ce qui est mis en oeuvre en lien avec la vaccination contre le HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes migrantes en situation irrégulière en Belgique francophone.

Vous recevez ce questionnaire parce que vous travaillez dans une structure de santé primaire (maisons médicales, centres de planning familial, dispensaires gérés par des associations ou des ONG, ...).

Nous vous demandons de compléter un seul questionnaire pour votre organisation. En effet, nous nous intéressons aux pratiques et perceptions organisationnelles et non aux pratiques individuelles.

Ce questionnaire est anonyme. Néanmoins, vous pouvez laisser votre adresse e-mail à la fin du questionnaire si vous souhaitez recevoir les résultats de ce mémoire. Votre adresse e-mail ne sera pas liée aux données collectées.

Durée estimée : 15 minutes

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir compléter le questionnaire jusqu'à la fin.

En cas de questions ou remarques, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :

laura.dhooge@student.uclouvain.be

D'avance merci pour votre participation !

Il y a 51 questions dans ce questionnaire.

Informations générales

1. Dans quel type de structure travaillez-vous ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Maison médicale

- Centre de planning familial
- Dispensaire de première ligne
- Autre (précisez)

Faites le commentaire de votre choix ici :

2. Où se situe votre structure ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Bruxelles
- Hainaut
- Namur
- Liège
- Luxembourg
- Brabant wallon

3. Depuis combien d'années votre structure existe-t-elle ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'un an
- 1 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- Plus de 10 ans

4. Combien de personnes fréquentent votre structure par an ? (Estimation) *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 500
- 500 à 1000
- 1000 à 2500
- Plus de 2500
- Je ne sais pas

5. A quelle fréquence votre structure est-elle en contact avec des femmes migrantes sans-papiers ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

6. En dehors des femmes migrantes sans-papiers, quels autres publics sont accueillis au sein de votre structure ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

7. Parmi les professions suivantes, lesquelles sont représentées dans votre structure ? (Plusieurs réponses possibles) *

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Assistant social
- Coordinateur
- Gynécologue
- Infirmier
- Interprète/médiateur interculturel
- Juriste/médiateur familial
- Médecin généraliste
- Psychologue
- Sage-femme
- Secrétaire
- Sexologue
- Travailleur communautaire/community health worker
- Autre

8. Si vous avez sélectionné "Autre", merci de préciser

Veillez écrire votre réponse ici :

9. Parmi les activités suivantes, quelles sont celles menées dans votre structure ? (Plusieurs réponses possibles) *

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Accompagnement individualisé à la prévention

- Ateliers avec les usagers
- Consultations gynécologiques
- Consultations médicales généralistes
- Consultations sociales
- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Groupes de paroles avec les usagers
- Information/sensibilisation à la santé sexuelle
- Interprétariat
- Médiation interculturelle
- Orientation vers des structures partenaires
- Soins infirmiers/consultations infirmières
- Vaccination HPV
- Autre

10. Si vous avez sélectionné "Autre", merci de préciser

Veuillez écrire votre réponse ici :

Leadership organisationnel

11. Votre structure a-t-elle défini des objectifs ou stratégie en lien avec l'accessibilité de l'information pour les publics à faible littératie en santé? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Littératie en santé: "capacité des individus à accéder à l'information dans le domaine de la santé, de la comprendre, de l'évaluer de manière critique et de l'utiliser de façon appropriée pour prendre des décisions éclairées en matière de soins, de prévention et de promotion à la santé".

12. Si oui, comment ces objectifs ou stratégies se traduisent-ils concrètement dans vos pratiques ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

13. Diriez-vous que l'accès à la prévention est facilité au sein de votre structure ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
---------------------------------	-----------------	---------------	---------------------	-------------------------------------

Accessibilité

14. Souhaitez-vous commenter ou préciser votre réponse ?

Veillez écrire votre réponse ici :

15. Une démarche pour évaluer l'accessibilité et la clarté des informations est-elle mise en place au sein de votre structure ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Formation et compétences

16. Votre structure propose-t-elle des formations ou des outils pour adapter le langage et la communication aux publics à faible littératie en santé ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, via des formations institutionnelles
- Oui, à l'initiative personnelle
- Non mais des formations seraient utiles
- Non mais nous n'accueillons pas ce type de public
- Je ne sais pas

Littératie en santé : "capacité des individus à accéder à l'information dans le domaine de la santé, de la comprendre, de l'évaluer de manière critique et de l'utiliser de façon appropriée pour prendre des décisions éclairées en matière de soins, de prévention et de promotion à la santé".

17. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : votre structure propose un accompagnement et des informations destinées à faciliter l'accès des usagers aux soins préventifs. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	----------	--------	--------------	----------------------------

Aisance

18. Si applicable, pouvez-vous préciser de quelle manière votre structure accompagne les usagers et leur fournit des informations pour faciliter l'accès aux soins préventifs ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

19. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : votre structure dispose d'outils pour expliquer les démarches de prévention aux femmes migrantes sans-papiers. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	----------	--------	--------------	----------------------------

Accompagnement

20. Si applicable, quels outils ou ressources utilisez-vous pour expliquer les démarches de prévention aux femmes migrantes sans-papiers ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Environnement physique

21. L'environnement physique de votre structure facilite-t-il l'orientation et la compréhension des usagers à faible littératie en santé ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	----------	--------	--------------	----------------------------

Accueil

Signalétique

Affichage

22. Si applicable, pouvez-vous préciser les éléments qui facilitent l'orientation et la compréhension des usagers ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Communication

23. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : les outils d'information utilisés dans votre structure sont clairs et compréhensibles pour les publics à faible littératie en santé. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	----------	--------	--------------	----------------------------

Clarté

24. Le cas échéant, quels outils concrets utilisez-vous pour faciliter la compréhension de l'information ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

25. Votre structure propose-t-elle une aide à la compréhension (ex : interprétariat, médiation interculturelle, community health worker) ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, régulièrement
- Occasionnellement
- Non
- Je ne sais pas

26. Dans quelle mesure les communications de votre structure intègrent-elles les éléments suivants pour tenir compte du niveau de compréhension des usagers : simplification du langage, supports visuels, reformulation ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	----------	--------	--------------	----------------------------

Pratique de la reformulation

Simplification du langage

Utilisation de supports visuels

27. Pouvez-vous donner des exemples concrets de pratiques mises en place pour adapter la communication au niveau de compréhension des usagers ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

28. Votre structure a-t-elle mis en place des pratiques pour vérifier la compréhension des informations transmises aux usagers (ex : en leur demandant de reformuler) ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

29. Si oui, à quelle fréquence ces pratiques sont-elles mises en œuvre dans votre structure ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

Fréquence

Communication spécifique - Prévention et dépistage

30. Des informations concernant la vaccination contre le HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus sont-elles accessibles au sein de votre structure ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, en permanence
- Parfois
- Rarement
- Jamais

31. Votre structure met-elle à disposition des supports écrits pour expliquer la prévention du cancer du col de l'utérus et la vaccination HPV ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

32. Si oui, quel(s) type(s) de support(s) utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles) *

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Affiches
- Brochures
- Fiches simplifiées
- Flyers
- Pictogrammes
- Autre

33. Si vous avez sélectionné "Autre", merci de préciser

Veuillez écrire votre réponse ici :

34. Ces supports sont-ils disponibles en plusieurs langues ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Partenariat et collaboration

35. Votre structure collabore-t-elle avec des associations ou des partenaires (ex : interprètes, médiateurs culturels, ONG, maisons de quartier) pour faciliter l'accès à l'information en santé ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, toujours
- Oui, de temps en temps
- Non
- Je ne sais pas

36. Si oui, pouvez-vous préciser en quoi consistent ces collaborations et comment elles contribuent à améliorer l'accès à l'information en santé ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Participation des usagers

37. Est-ce que les supports de communication développés par votre structure sont validés avec des usagers ? (Ex : panneau avec les horaires, information pour les activités etc.). *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

38. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : les pratiques de votre structure intègrent la littératie organisationnelle. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord tout Pas du d'accord
---------------------------------	-----------------	---------------	--

Pertinence

Littératie organisationnelle: La littératie organisationnelle désigne la capacité d'une organisation, d'un service ou d'une structure à faciliter l'accès, la compréhension, l'évaluation et l'utilisation des informations de santé par ses usagers, notamment ceux en situation de vulnérabilité.

39. Pouvez-vous préciser, le cas échéant, de quelle manière la littératie organisationnelle est prise en compte dans les pratiques de votre structure ?

Veillez écrire votre réponse ici :

40. Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'accès à la prévention du cancer du col de l'utérus et à la vaccination HPV chez les femmes migrantes sans-papiers ? (En tenant compte de votre pratique et/ou du fonctionnement organisationnel de votre structure) *

Veillez écrire votre réponse ici :

41. Dans votre structure, les usagers à faible littératie en santé (dont les femmes migrantes sans-papiers) sont-ils associés à la conception ou l'adaptation des actions de prévention (via groupes de parole, ateliers, retour d'expérience, etc.) ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, systématiquement
- Oui, ponctuellement
- Non, mais nous envisageons de le faire

- Non et nous n'envisageons pas de le faire
- Je ne sais pas

42. Si oui, pouvez-vous commenter votre réponse ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Outils et supports d'information

43. Votre structure utilise-t-elle des supports pour faciliter la compréhension (ex : vidéos, audio, etc.) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

44. Votre structure utilise-t-elle des outils numériques ou technologiques pour informer ou accompagner les usagers ?

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Applications mobiles			
Messagerie sécurisée			
QR codes			
Site web simplifié			
Vidéos explicatives			

Repérage et adaptation aux besoins

45. Votre structure dispose-t-elle d'outils ou procédures pour identifier les besoins spécifiques des femmes migrantes sans-papiers en matière de prévention (vaccination HPV, dépistage du cancer du col de l'utérus) ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, de manière systématique
- Oui, ponctuellement
- Non
- Je ne sais pas

46. À quelle fréquence les questions de prévention (vaccination HPV, dépistage du cancer du col de l'utérus) sont-elles abordées lors des consultations avec les femmes migrantes sans-papiers ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Systématiquement	Parfois	Jamais	Je ne sais pas
--	-------------------------	----------------	---------------	---------------------------

Vaccination contre le HPV

**Dépistage du cancer du col de
l'utérus**

Difficultés rencontrées et modalités d'accompagnement

47. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles rencontrés par les femmes migrantes sans-papiers dans l'accès à la prévention du cancer du col de l'utérus ? (Plusieurs réponses possibles) *

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Absence de couverture médicale
- Absence d'information ciblée
- Barrière financière
- Barrières liées à la procédure/couverture AMU
- Barrière linguistique
- Charge mentale/priorité de survie
- Méconnaissance des droits ou des services
- Méfiance envers les institutions
- Autre

48. Si vous avez sélectionné "Autre", merci de préciser

Veillez écrire votre réponse ici :

49. À quelle fréquence votre structure est-elle amenée à accompagner des femmes migrantes sans-papiers dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus et de la vaccination HPV ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Fréquence					

Fin du questionnaire

50. Vous arrivez à la fin de cette enquête : souhaitez-vous encore ajouter quelque chose par rapport à cette thématique ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Résultats

51. Laissez votre adresse e-mail ici si vous souhaitez recevoir les résultats du mémoire.

Veillez écrire votre réponse ici :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Votre contribution est précieuse pour mieux comprendre la littérature organisationnelle et identifier les leviers d'amélioration en matière d'accès à la prévention pour les femmes migrantes sans papiers.

