

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

**Marie KERIHUEL et Laure DAUMAIL**

Le 29 février 2024

### ETAT DES LIEUX DES INTERVENTIONS VISANT L'EMPOWERMENT EN SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES MIGRANTES : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE.

Directrice de thèse : Dr Lisa OUANHNON

## JURY

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Présidente

Madame le Docteur Margaux GAILLARD

Assesseur

Madame le Docteur Lisa OUANHNON

Assesseur

**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**
  
**Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine**
  
**2022-2023**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICCOEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARNAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Généraliste
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Urologie et néphrologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHACHEM Fatemah (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémy	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHALFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAÏDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GALIZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Etie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Varina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAJONAC Estienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTNEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stain	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétiq	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétiq
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurone	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINER Arne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
M. GACHIES Hervé  
Mme LATROUS Leila  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

## Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

### **Remerciements communs :**

À Madame le **Professeur Julie DUPOUY**, présidente du jury, nous sommes honorées que vous présidiez cette thèse. Merci d'avoir partagé avec nous votre passion et vos conseils sur la santé de la femme à travers vos enseignements. Vous avez toute notre gratitude pour votre présence en ce jour si important pour nous.

À notre directrice de thèse, Madame le **Docteur Lisa OUANHON**, merci infiniment pour nous avoir accompagnées tout au long de ces quinze derniers mois. Tu nous as accordé ta confiance pour ce projet important qui te tient tant à cœur, et nous t'en sommes reconnaissantes. Ta pédagogie, ton écoute, et ton soutien ont été la clé qui nous a permis de venir à bout de ce travail.

A Madame le **Docteur Margaux Gaillard**, tu nous fais l'honneur de siéger dans notre jury de thèse. Nous sommes reconnaissantes pour ta présence et pour l'intérêt que tu portes à notre travail. Merci pour ta bienveillance que ce soit dans la vie professionnelle ou personnelle.

Au **Docteur Marie-Anne DURAND**, merci pour ton aide précieuse, et ton regard avisé sur ce travail. Sois assurée de notre profond respect.

## Remerciements personnels de Marie :

**Papa & Mamouchka**, merci de m'avoir apporté tout le soutien nécessaire durant ces longues années d'études. Je me sens chanceuse que vous ayez partagé avec moi un peu de votre curiosité et de votre empathie. Vous avez toujours partagé beaucoup d'amour, de rire et de tendresse autour de vous, je vous admire pour ça. Merci surtout de m'avoir transmis votre passion du vin et des cocktails, j'essaie de vous honorer au mieux dans cette voie.

**Glenouch**, mon allié dans cette vie depuis 27 ans, mon meilleur ami, personne ne me fait autant rire que toi. Je suis fière de t'avoir comme frère et de voir comment tu évolues tous les jours.

**Manon**, je suis si contente que tu sois rentrée dans la famille, de voir comme tu rends Glen heureux, bravo pour supporter ces repas de familles quelque peu mouvementés.

**Papeu & Mamichèle**, merci pour toute cette douceur, cette gentillesse, et votre patriotisme breton qui vous caractérisent.

**Papilou & Mamimarte**, vous m'avez inculqué l'entraide, l'amour de la nourriture et surtout l'art du débat.

**Julie & Alice**, vous devenez femmes intelligentes, engagées et accomplies. J'espère que nous resterons le plus longtemps possible des back-up pendant les débats familiaux d'Anères.

**Les cousins KERIHUEL**, à tous nos étés à Belle-îles, nos soirées à Victoria.

**Mes Oncles et Tantes**, merci pour tout votre amour et votre gentillesse toutes ces années.

**Mireille, Camille, Pablito**, ma famille de cœur, tellement de week-end remplis de rire, d'aventure, et beaucoup (trop) de Pokémon.

Au Lycée Aragon:

**Chloé**, ma bobo pref, sauveuse de la veuve et de l'orphelin, reine des Barbies.

**Lisa**, @titelilibuchon31, féminazie parisienne accomplie, j'adore rire des gens autour de nous avec toi.

**Sophie**, lumineuse, incarnation de la joie de vivre, hâte de ton mariage avec #ArthurLePlusBeau.

**Jojo**, tu restes la plus douce et la plus surprenante de nous tous.

**Julia**, l'indépendance et la persévérance du groupe. Je vais te harceler pour te suivre au festival de Cannes et te foutre la honte devant les stars du ciné maintenant que tu y as tes entrées.

**Thomas**, notre bg entrepreneur, golden boy.

Vous êtes les premiers à avoir cru en moi dans l'aventure de la médecine, et grâce à vous j'ai mis tous mes doutes de côté pendant 2 ans pour réussir la PACES. Vous êtes ma première définition de l'amitié, de faire famille. Merci pour ces soirées inracontables, entre la seconde et la terminale...

**Camou**, partenaire externat et ECN, refaire le monde un mardi soir avec toi me manque. Redescend de ton Nord, vient avec le S conquérir la mairie d'Aubagne!

**Paulo**, nous nous sommes trouvés dans notre passion du ciné, des brocante, de la cuisine, bref des retraités avant l'heure!

**Charles**, tu portes le mulot comme personne! Bravo pour ce déhanché chaloupé qui fait fureur au plus tard des soirées Belle-Iloises...

**Coline**, fraîcheur toulousaine devenue surfeuse basque. Les apéros dinatoires au vin blanc en pleine semaines finissant à 2h, 24 rue des Frères Lion restent mémorables.

**Pauline**, ma Poupoune, réunies pas notre grande patience pendant les cours d'anglais...J'admire ton courage et ta bienveillance.

**Camille**, star de Narbonne, pro du surf sur les genoux, merci pour tous ces fous rires, que ce soit sur ta terrasse de Toulouse ou aux fêtes de Tuchan, légèrement bousculées par la tramontane...



**Noems**, star des Troubadours, chanteuse et rhumatologue. J'ai adoré être ton interne pendant ces 4 mois de consultations.

**Debby**, queen du Gucci Gang, queen du scandale, les soirées au Biko sont bien moins fun sans toi.

La Meute, entre les pots de thèse, les fêtes de Bayonne, les villas, les soirées Biko et Kalt, vous êtes les paillettes de ma vie. Il y a des loups de droite (#cancel), des loups de gauche, mais 20 loups unis. Je vous aime, on vieillira ensemble, j'en suis sûre.

AAA000UUUUUUUH!

**Cuicui**, ton attirance pour les chauves reste un mystère dont on pourra toujours débriefer avec trois bouteilles de vin, et blackout à 21h. Tu es ma soeur de meute, oui parce que des soeurs ça se chamaille constamment je crois, comme nous.

**Caroline**, louve alpha, alliée historique anti-coinch. Une villa sans rire et bitcher avec toi, je ne peux même pas l'imaginer!

**Chachou**, coéquipière d'after et de gueule de bois, queen de l'esspresso martini et de la cascade au prix de quelques otolithes, accepteras-tu de rester ma partenaire de spectacle pour les innombrables villas futures?

**Shally**, soleil basque qui illumine la meute, certes, d'une incroyable empathie, certes, mais surtout personne ne porte mieux que toi le Budgy féminin. S'il te plaît, ne divorce jamais!

**Alex**, ma courgette, marraine de p'tit Bayou, amatrice d'yeux bleus, merci de nous avoir présenté la meilleure des personnes sur cette Terre, PIERRE.

**Soph**, alliée bobo-éclo-gauchiste, merci d'avoir semé le trouble sur mon orientation sexuelle, et même si je t'adore, et que j'adore Cyril, ça n'arrivera jamais!

**Diane**, mon coeur, heureusement que tu es revenue de ton île parce qu'en attendant personne ne buvait! Partenaire de déhanché sur Paris Latino, j'espère continuer cette collaboration en bootythérapie avec toi sur Paname bientôt! #CommentNePasTeLouer.

**Laulou**, c'est bien beau les stories sous les cocotiers mais s'il te plaît rentre à la maison: ton rire, ton twerk, et ton subtil air exaspéré à la vue de nos comportements puérils me manquent.

**Maudinette**, Garorock 2k22 avec toi restera mémorable, du premier soir exaltant dans 1m de boue à ton début d'histoire avec le T, y'a pas de fumée sans feu...

**Gillette**, président, chef de meute, notre lumière dans la nuit, que ce soit le blond platine ou le mi-long sauvage, chaque expérience capillaire te va étrangement à ravir.

**Philou**, j'aime partager avec toi la passion des bonnets colorés, et de l'ombré capillaire cuivré. Et surtout je ne te le dis pas assez mais je t'aime fort, tout simplement.

**Thibs**, Tibor, roi du Trivial Poursuit, inventeur du Pacifico en solo, merci pour cette joie communicative que tu partages constamment.

**Raphaël**, ta folie n'a d'égale que ton immense gentillesse. Tu es le belge qui porte le mieux le maillot de l'équipe de France, peut-être un peu trop souvent d'ailleurs...

**Berch**, notre sanglier préféré, merci de m'avoir permis de conduire le wawa, un rêve devenu réalité. Faire des batailles de neige et s'enfiler des shooters avec toi me remplit de joie.

**Rémi**, #teamHamon2012, même si je suis encore perplexe concernant tes innombrables douches quotidiennes, tu es probablement le loup le plus drôle que j'ai rencontré, te regarder chanter une certaine ôde aux colonies du grand M-Sardou m'emplira toujours de bonheur.

**Henri**, hors-la-loi pyromane des Landes, grâce à toi j'ai connu mon premier Kalt, et rien que pour ça je t'offrirai tous les cigares du monde !

**Bubuche**, merci pour m'avoir fait faire ce tour en poubelle, un certain soir de 2015, avec un certain Cédric.

**Guigui**, ton rire expressif et contagieux a embelli mon externat, danser à 3h du matin sur Inna en rentrant de soirée avec toi me manque !

Ma famille DOERR, je crois que je ne mesure toujours pas la chance que j'ai eu de tomber dans cet internat de Tarbes en mai 2021.

**Lulu**, mon roya, ma belle, avis SMIT du 81, quand tu ne te fais pas passer pour mon mec, tu restes le best pour des apéros avec glissades en barbecue coréen un lundi soir.

**Laurine**, avoir trouvé une partenaire de voyage (avec un rythme de quinquagénaires) comme toi est un cadeau. En plus de faire pleuvoir les euros des arbres, tu rends chaque road-trip en Italie parfait.

**Julie**, ma douce, au vue des 1 an de colocation dans beaucoup (trop) de périph occitans, tu restera ma partenaire de série TF1 n°1.

**Eva**, Uva, j'envie ta détermination et ta bienveillance, merci de m'aider à moins râler et voir la vie du bon côté.

**Julo**, Billy, malgré ton diagnostic HPI, tu restes une personne merveilleuse !

Doudou **Latil**, casanova Ardéchois, bourreau des cœurs de l'Ariège, tu seras toujours l'atout charme Doerr.

**Lisa**, icône du modjo, rugbywoman hors pair, j'espère que l'année 2024 marquera la fin de ta saga chirurgicale pour ta main.

**Claude Grange**, ma bordelaise favorite, merci pour ces soirées très floues au Cris de la Mouette, j'en souhaite plein d'autres encore avec toi.

**Aurore**, Dr Valoch, tu m'épate autant par que par ta maîtrise du Kuduro.

**Maëlle**, la première à avoir créé une progéniture Doerr.

**Camcam**, je n'aurais pas pu rêver meilleure coloc à Rodez, merci pour m'avoir fait revivre vos cours de catéchisme à chaque fin de soirée.

**Rafaella**, toi et moi partageons apparemment une passion commune pour les coins reculés de l'Occitanie. Grâce à toi ces semestres ont été bien plus fun que prévu !

Mais surtout à toi **Laurou**, cette thèse sans toi n'existerait pas. Merci d'avoir accepté de faire ce travail avec moi. Merci d'avoir rendu ces quinze derniers mois beaucoup plus faciles. Merci d'être la mathématicienne du duo ! Je n'aurais pas pu espérer une cothésarde, et surtout une amie, plus attentionnée, à l'écoute que toi. Je suis heureuse et fière de partager avec toi ce jour si spécial pour nous et nos familles. Travailler avec toi va me manquer je crois.

## Remerciements personnels de Laure :

Avant tout, à ma famille :

A ma **mère**, tu es à l'origine de beaucoup de chose.

A mon **père**, pour ton soutien tout au long de ses années, jusqu'au bout et quelques soit mes choix. Je sais que je ne suis pas toujours facile à vivre alors merci pour ta patience et ta persévérance. Merci de nous avoir transmis de belles valeurs, pour ta générosité, l'amour du bon vin et de la bonne bouffe, mention spéciale à tous tes magnifiques jeux de mots ahah. Je t'aime fort

A mes sœurs, **Juliette** et **Amélie**, j'aime la façon dont nos liens évoluent et se renforcent. A votre humanité, votre sens de la justice, votre force. Je ne sais pas si vous vous rendez compte à quel point vous êtes incroyables !! Je vous aime fort, merci d'être là, encore une fois, pour m'entourer, sans vous poser de questions. J'ai bien de la chance de vous avoir. Je n'oublie pas **Jey** évidemment, que j'apprends à connaître petit à petit et que j'accueille avec plaisir dans la famille.

A **Bonne-Maman**, pour nous avoir transmis le sens de la famille. A votre force, votre bienveillance, merci de nous permettre de nous réunir encore et toujours et de nous avoir permis de créer ces liens si forts.

A mes oncles, tantes et cousins **Daumail** et **Bouttemont**, merci pour tous ces souvenirs ensemble, passés et futurs en Bretagne, à Bouttemont, en Vendée, à Clermont... Vous avez enrichis mon enfance.

A **Sophie**, ma marraine qui m'accompagne depuis maintenant 28 ans.

A **Oranne** et **Baudry**, vous m'avez fait un beau cadeau, je m'en souviendrai longtemps de ce restau !! Ca m'a motivé de ma première, à ma dernière année ! Merci encore

Aux copains du collège et du lycée :

A **Clarisse**, merci pour ta présence et ton soutien inconditionnel. A ta force et ton humour (#QueenDeHumour), merci pour votre accueil toujours aussi chaleureux avec Yanis. (Saches que sur une échelle de tarte au fromage, on part sur quelque chose de très qualitatif !!). A **Yanis** et ta gentillesse si évidente. A **Louise**, ta sensibilité est une force, à cette amitié qui dure et à ta passion pour le sucre, **Lucie** à ta culture, ton humour (ton sex appeal yeaaaaah) et toutes tes aventures plus ou moins romantiques ahah, **Amel** ton coté toujours positif et ton franc parlé (petites pensées à DarkMélissa qui se réveille les soirs de pleine lune), vous êtes irremplaçables. A **Etienne**, **Victor**, **Juliette** et **Paul** que j'ai toujours plaisir à revoir.

A la BAD, créé spécialement pour soutenir les copains en détresses ahah, A **Matou**, **Victor**, **Marie**, **La Couille**, **Anne-So** et **Camille**.

A la team CC : A **Hermine** et notre année de colocation à Caulaincourt, à Nekfish (RIP), a notre proprio, ses chaussures croco et cet appart qui est devenu je pense une plaque tournante de la drogue. A **Mahaut** et nos voyages à 2 dans 1 tente sarcophage, à ton art de la récup, ta passion de la seconde main (#ViveLesFripes). Merci pour cette amitié si forte même à distance. Bien sûr, grosse pensée pour Gaby et Ed, trop heureuse d'être tata ! A **PE** et **Chamb** qui partagent vos vies et que je suis heureuse d'avoir dans la mienne.

A **Toto** et nos appels de 3h ahah, à toutes les surprises que je reçois dans ma boîte aux lettres, tu illumines mes petites journées. J'admire ta résilience et ta curiosité. On se voit peu mais on se voit fort !

A mes copains d'externat et mes compagnons de fanfaronnade :

**Louis** a ton regard aiguisé, souvent juste, sur le monde et sur les autres. A ton coté gentiment grognon et ton oreille toujours attentive. A **Théo** et ta façon de prendre la vie toujours du bon côté, à ta scatophilie, tu feras gaffe je crois que c'est bientôt la pleine lune !! A votre bienveillance à tous les deux ! **Val** et nos diners tous les quatre qui ont rythmé une bonne partie de cet externat ! A **Thomas** et ta si belle moustache, a ta capacité à mettre

les pieds dans le plat mais surtout à faire le max pour que tout le monde se sente bien, **Sarah** a ton humanité et ta soif d'un monde plus juste, **Anaëlle** notre maman, notre présidente, cuisinière et fêtarde hors catégorie, cette semaine en corse sur le GR restera gravée dans ma mémoire : point de départ de mon amour pour la montane ; **Simon** le baroudeur, le chercheur qui questionne (et requestionne), on ne t'arrête plus j'adore. A **Mathilde** et ta faculté à réunir les gens, je suis heureuse que notre relation ait évolué de cette façon, A **Jojo** (et ton Jojo) notre polonaise préférée, à ta capacité à recueillir les témoignages les plus intimes surtout des gens que tu ne connais pas !! **Evann**, attention avec ma sœur je te surveille hein ! **Juliiiiiiiiie** et **Boubou**. Je sais que vous êtes bluffés par mes talents de saxophoniste, ne vous inquiétez pas ma tournée mondiale se prépare (i'm the queen of fire bitch). Vous êtes tarés sachez-le.

A **Valentine** et notre trio de PACES, tu es un roc ! et **Thaïs** tu as été un soutien pendant ces années d'externat. Femme indépendante, tu ne lâches jamais rien, j'aime beaucoup discuter avec toi.

A **Charline**, **Margot**, **Elsie**, **Adrien**, à tous ces souvenirs que vous laissez, cet externat aurait été bien fade sans vous !

Aux Doers : Le semestre n'aurait pas pris la même tournure si vous n'aviez pas été là, surtout au vu de ma passion pour les urgences ahah... A **Laurine** et ta détermination sans faille, à nos problèmes de transit italien (ViveLesPastaaaa), **Lucas** à ton regard toujours positif sur la vie, à ta motivation constante pour faire plein de chose mais surtout pour prendre l'apéro, **Raph** sache que cette battle de déguisement est loin d'être terminée, **Gillette** notre président à tous, hâte de voir ton carré plongeant, **Maud** à ton sens structuré de l'organisation mais surtout pour ta générosité débordante (Merci encore pour toute ton aide depuis le début de l'internat !!), **Lisa** notre ministre, grâce à toi, ce petit déhanché a terminé en GIF ! **Aurore** et ta force tranquille, **Chloé** à ta joie et ton empathie pour les autres, **Emilie** à ton amour pour les tableaux, l'orga c'est tout un art ! à quand le prochain we dans la dépendance ? c'était trop chouette, **Maëlle** notre première maman Doer, **Rebecca**, **Malory** et **Lucie** que je retrouve avec plaisir un peu partout.

Plus particulièrement à la ZAD : Merci pour ces 2 ans de colocations. **Jules** et **Eva**, merci pour votre soutien et votre aide constante même au fin fond de la Patagonie, à votre sens du partage et de l'amitié (attention préparez-vous à m'appeler « pot de colle »). Eva les bonnes affaires (comme on aime t'appeler dans le milieu), toujours de bon conseil, j'aime beaucoup discuter avec toi. A Jules d'avoir enrichi ma culture musicale, cinématographique, à ces débats houleux jusque tard le soir (jE nE SuIS pAS d'ACCoRdS oK) à toi et ta passion pour les phrases bateaux, sache que tu es une belle personne. A **Ryton** loup discret et solitaire, à ton engouement pour les femmes, pour l'amour, la montagne, et tes essais culinaires plutôt réussis je dois dire !

A **Julie** et toutes tes passions (le saucisson, la tarte au citron meringuée, Harry Potter, le stade Toulousain ou le sport de façon général ahah, le chocolat chaud et bien sur les champignons, le fromage et surtout les patients qui arrivent en retard). Mon acolyte de l'internat, on s'est suivi partout partout, jusqu'au jour de la thèse ahah, je n'aurai pas trouvé meilleure compagne pour faire ce voyage, j'ai si hâte ! Merci d'être là à chaque instant (Ps : tu feras gaffe tu as une tache sur le nez)

Enfin, je n'oublie pas la best, à **Marie** ma cothésarde, merci de m'avoir embarqué dans cette aventure, je ne regrette pas du tout ! J'ai beaucoup aimé faire ce travail (intense ahah) avec toi. On s'est, je trouve, bien complété dans nos différences ! J'aime ta bienveillante franchise, ton énergie et nos débats toujours passionnés. N'oublie pas qu'en tant que bonne française : go buy baguette Gracias.

Au saint-gaudinois : **Romain** meilleur co-interne, à ton hyperactivité débordante de bienveillance, **Hélène** à ta folie douce et ton syndrome frontal, **le Kek** à ta douceur et ta passion pour les belles images (surtout pour tout ce qui ressemble de près ou de loin à un

cœur), **Nico** qui nous a volé la meilleure chambre à l'internat ahah à tes perfs impressionnantes aux blind test et au Karaoké (ça se chamaille avec Roro), et enfin **Marie** et ton humour sans langue de bois (PS : où sont Colette et Barnabé ? J'ai faim...).

Marouflons les amis et Vive la Comminges life !

A **Camille** Merci d'avoir été là en ce début d'internat qui n'a pas été toujours évident (et de l'être toujours !), Tu m'as été d'un grand soutien ! Une pensée pour Villeuf, nos déjeunées chez Pierre et Nathalie, nos virées nature et à Rodez ! Merci de me faire voir le monde autrement !

A **Alice**, beaucoup trop heureuse de te retrouver à Toulouse ! A cette semaine de surf toutes les 3, à refaire !!! A ton empathie, ta curiosité insatiable et ton ouverture d'esprit ! On est sur la bonne voie pour y arriver !!

A **Maxence**, **Mélanie** (merci encore pour ce barbecue d'anniversaire !!) et **François**, je suis heureuse d'avoir croisé votre chemin.

A mes maitres de stage et médecins rencontrés au cours de ces années pour m'avoir fait découvrir leur pratique et m'avoir tant appris.

A la team Saint Martory : **Périne**, **Hélène**, **Alexis**, **Célia**, **Stéphanie**, **Coco**, **Virginie**, **Yue**, **Lucie** et **Gargouille** merci de m'avoir accompagné pendant ces quelques mois à saint Martory, merci pour votre bienveillance, j'ai beaucoup aimé travailler avec vous !

A **Jean-Christophe** pour ton dévouement auprès des étudiants et pour ta bienveillance, à **Elodie** de m'avoir accompagné pendant 6 mois. Merci de m'avoir aidé à prendre confiance.

Au **Dr Hiraux**, j'espère que mes patients garderont un aussi bon souvenir de moi que celui que j'ai de vous !

# TABLES DES MATIÈRES

---

LISTES DES ABREVIATIONS .....	3
GLOSSAIRE .....	4
INTRODUCTION .....	5
MATERIEL ET METHODE .....	9
I. Critères d'inclusion .....	9
A. Population étudiée.....	9
B. Pays .....	9
C. Intervention.....	9
D. Comparaison .....	9
E. Critères de jugement étudiés.....	9
F. Types d'études .....	10
II. Critères d'exclusion .....	10
III. Sources d'information.....	10
IV. Stratégie de recherche .....	10
V. Inclusion de études, collecte des données et analyse.....	13
A. Sélection des études .....	13
B. Evaluation de la qualité méthodologique des études .....	13
C. Extraction des données.....	14
D. Analyse des données .....	15
RÉSULTATS.....	16
I. Sélection des articles : .....	16
II. Articles inclus et principaux résultats : .....	18
A. Qualité des études .....	18
B. Designs et lieux.....	19
C. Thématiques et critères de jugement principaux évalués .....	19
D. Population.....	19
E. Recrutement .....	20
F. Personne réalisant l'intervention.....	20
G. Procédures utilisées dans l'intervention .....	70
a. Campagne médiatique .....	70
b. Session d'éducation.....	70
c. Matériel éducatif .....	71
d. Session de conseil individuel.....	72
e. Intervention multimodale .....	72

f. Procédures évoquant un objectif d’empowerment.....	73
H. Lieux d’intervention.....	73
I. Mesure incitative pour participer et/ou poursuivre l’intervention :.....	74
J. Les adaptations culturelles.....	74
DISCUSSION.....	81
I. Synthèse des principaux résultats.....	81
II. Forces et limites de l’étude.....	81
III. Confrontation à la littérature.....	82
A. Définitions de « migrants ».....	82
B. Empowerment.....	83
C. Cadre familial et culturel.....	84
D. Thématiques abordées.....	84
E. Application aux soins primaires.....	85
CONCLUSION.....	87
DECLARATIONS.....	88
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	89
ANNEXES.....	96

## **LISTES DES ABREVIATIONS**

---

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**OIM** : Organisation Internationale pour les Migrations

**ONU** : Organisation des Nations unies

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**CBE** : Clinical Breast Examination

**SBE** : Self Breast Examination

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**PUMA** : Protection Universelle Maladie

**AME** : Aide médicale d'état

**PASS** : Permanence d'accès au soin de santé



## GLOSSAIRE

---

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) :

Migrant·e : désigne « toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale ». Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées, comme les travailleurs migrants ; les personnes dont les types de déplacement particuliers sont juridiquement définis, comme les migrants objets d'un trafic illicite ; ainsi que celles dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux (1).

Selon l'Organisation des Nations unies (ONU) :

Migrant·e : ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer » (2).

Réfugié·e : les réfugiés se trouvent hors de leur pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale ».

Selon Amnesty International :

Demandeurs·euses d'asile : des personnes qui ont quitté leur pays et demandent à être protégées de persécutions et de graves atteintes aux droits humains commises dans un autre pays mais qui n'ont pas encore été reconnues légalement comme des réfugié·e·s et attendent qu'il soit statué sur leur demande d'asile. Le droit d'asile est un droit humain, au titre duquel tout le monde devrait être autorisé à entrer dans un autre pays pour y demander l'asile (3).

Selon l'INSEE :

Immigré·e : une personne née à l'étranger et résidant en France (4).

## INTRODUCTION

---

### **Etat de l'immigration dans le monde et en France**

On compte à ce jour, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus d'1 milliard de personnes en déplacement dans le monde. Parmi eux, 84 millions sont en situation de déplacement forcé (48 millions sont des personnes déplacées dans leur propre pays, 26,6 millions sont des réfugiés et 4,4 millions sont des demandeurs d'asile) (5). Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2022, 7 millions d'immigrés vivaient en France (soit 10,3% de la population totale) (6). Avec dans cette même année plus de 316174 titres de séjours délivrés dont 38789 attributions d'asile, la France a vocation à être une terre d'accueil pour les populations migrantes. Parmi ces immigrés, 48,2% sont nés en Afrique, 32,3% sont nés en Europe, 13,5% en Asie et 6% en Amérique et en Océanie. La part des femmes dans cette population est estimée à 51%.

Il est attendu que le nombre de personnes en situation de déplacement dans le monde augmente du fait de la pauvreté, du manque de sécurité, de l'accès insuffisant aux services essentiels, des conflits, de la dégradation de l'environnement et des catastrophes naturelles (5).

### **État de santé des populations migrantes**

L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur statut et de leur origine nationale, est un droit fondamental édicté dans toutes les conventions, les chartes, les traités, les conférences mondiales et les normes juridiques internationales (6). Or le dernier rapport de l'OMS sur la santé des réfugiés et des migrants dans le monde montre que leur état de santé est diminué par rapport à la population du pays d'accueil (7). En France, le droit à la protection de la santé pour tous doit permettre à chacun, quelle que soit sa situation, d'accéder à la prévention et aux soins. La santé des populations migrantes est, depuis plusieurs années, reconnue comme un objectif social et politique prioritaire (8). Alors que l'état de santé d'une personne migrante est intrinsèquement similaire à celle des membres du pays d'accueil, celle-ci se dégrade dans les pays de transit et de destination. Les populations migrantes font souvent face à un accès restreint aux services de santé généraux. Ils peuvent se heurter à des frais d'utilisation élevés lié à un manque de prise en charge de certaines prestations par la sécurité sociale, pâtir d'un faible niveau de littératie en santé, du manque de prise en compte des spécificités culturelles de la part des soignants, de la stigmatisation et de l'insuffisance des services d'interprétation (5). En ce qui concerne les femmes migrantes, en France et dans le monde, le dépistage et le diagnostic des cancers

gynécologiques est plus tardif, associés à un recours à la santé reproductive moins important (9–12). Cela engendre des diagnostics plus tardifs, donc des pronostics moins favorables.

### **Santé sexuelle et santé de la femme**

La santé sexuelle se définit, selon l'OMS, comme « *un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués* » (13).

Des millions de filles et de femmes à travers le monde sont privées de l'accès aux soins de santé, en particulier en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Cette privation de droits les expose à des risques tels que la précarité menstruelle, les infections sexuellement transmissibles, les avortements clandestins, ainsi que les grossesses précoces non désirées et/ou à risque (14). Les services de santé jouent alors un rôle essentiel dans la préservation de la santé, du bien-être et de l'éducation des femmes. En France, les consultations en santé sexuelle de la femme peuvent être réalisées par des gynécologues, des sage-femmes ou des médecins généralistes. Les femmes y ont recours pour de multiples raisons, telles que le suivi de leur grossesse, la préparation à l'accouchement et à la parentalité, l'accès aux mesures de prévention (cancers, Infections Sexuellement Transmissibles (IST)), à la contraception ou en cas de symptômes gynécologiques inhabituels. Ces consultations sont également l'occasion d'aborder la question des violences, et de la vie sentimentale, sexuelle et familiale.

Une stratégie nationale a débuté en 2017 sur les grandes orientations nationales dans le champ de la santé sexuelle et s'articule notamment autour des grandes priorités suivantes en faveur d'une meilleure santé sexuelle à l'horizon 2030 :

- Promouvoir la santé sexuelle et améliorer la santé sexuelle en particulier en direction des jeunes,
- Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST, VIH, hépatite virales)
- Améliorer la santé reproductive
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables
- Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle (15).

Plusieurs études ont montré que le système de santé, comme les représentations du corps médical, contribuent à orienter les prescriptions et les façons d'informer les patientes (15,16). Ces stéréotypes culturalistes enferment les femmes migrantes dans des comportements spécifiques sans prendre en compte leurs conditions de vie et d'éducation ni les tabous des pays d'origine et d'arrivée (17). Si on prend l'exemple de la contraception, en France où le modèle dominant est la pilule, peu de recherches existent sur le recours aux méthodes contraceptives des femmes étrangères et migrantes, rendant l'accès à une contraception adaptée et à son observance plus difficile (18). Une étude parisienne de 2018 évaluant les pratiques contraceptives de femmes immigrées d'Afrique subsahariennes, constate une utilisation de l'implant proportionnellement plus élevée chez ces femmes que dans la population générale (17% vs 3%) (19). De même, la question de l'utilisation de la contraception par injection s'est posée dès les années 1980 (20). Une hypothèse expliquant ces divergences serait l'invisibilité de ses moyens de contraception et donc le contournement de la supposée opposition maritale et familiale. Une seconde hypothèse résulterait d'une forme d'incitation du personnel médical pour ces méthodes liée à la rapidité d'instauration, l'absence de suivi médical de ces patientes et les difficultés de communication. Cette pratique de soins différenciés dépeint le problème du consentement des patientes migrantes dans les soins de santé sexuelle. Pour lutter contre ces attitudes paternalistes et discriminatoires, et remettre la patiente au centre de sa prise en charge, des interventions d'empowerment en santé sexuelle se développent dans le monde (19, 20).

### **Qu'est-ce que l'empowerment ?**

La question de l'empowerment est posée dans de nombreux domaines dont celui de la santé. Il se traduit littéralement par « renforcer ou acquérir du pouvoir ». Il se définit, à la fois, par l'action de conférer du pouvoir, et par le processus d'acquisition (celui de prendre du pouvoir, ou une certaine liberté) (23). Mais de par la multiplicité des champs qu'elle mobilise et par l'interprétation qui en est faite au fil du temps et des contextes, il reste difficile d'en faire une définition unique et universelle. Dans le domaine de la santé, l'OMS définit l'empowerment comme : « *un processus par lequel les personnes acquièrent un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé, et à ce titre, les individus et les communautés doivent développer des compétences, avoir accès à l'information et aux ressources, et avoir la possibilité de participer et d'influencer les facteurs qui affectent leur santé et leur bien-être* ». En santé sexuelle c'est donc un moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre vie sexuelle. Ce processus commence d'abord par une approche individuelle : le patient acquiert des connaissances en santé sexuelle, une motivation, participe à la prise de décision qui le concerne, pose des questions, connaît le fonctionnement

du système de soins, et les mécanismes d'aide (24). Il est complété par une approche collective qui consiste à développer un effort d'apprentissage et d'action collectives au cours duquel les individus acquièrent une compréhension critique de l'environnement social, accèdent aux ressources et travaillent avec d'autres pour atteindre des objectifs communs et prendre des mesures pour exercer le contrôle sur leur vie. Enfin par une approche structurelle ou organisationnelle faisant référence à la prise de conscience des facteurs sociétaux, culturels, historiques, économiques et politiques qui peuvent influencer sur chaque situation individuelle (25). Ainsi, de plus en plus d'intervention d'empowerment en santé se développe dans le monde, et montre une efficacité quant à l'accès, la prise en charge et la qualité des soins (25,26).

### **Objectifs et projet ENVOL**

L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux des interventions existantes visant l'empowerment en santé sexuelle des femmes migrantes. Notre objectif secondaire était d'évaluer l'efficacité de ces différentes interventions. Cette thèse s'inscrit dans le projet **ENVOL** (Empowerment iN sexual health: an interVention for migrant wOmen in general practice), qui vise le développement et l'implémentation en soins primaires d'une intervention visant l'empowerment en santé sexuelle pour les femmes migrantes en France.

## MATERIEL ET METHODE

---

Pour répondre à cet objectif, la revue systématique de la littérature semblait être la méthode la plus adéquate. Afin de respecter les recommandations méthodologiques spécifiques à la revue systématique de la littérature, la grille PRISMA a servi de support pour la réalisation de ce travail (annexe 1). Le protocole de notre étude a été enregistré sur PROSPERO.

### **I. Critères d'inclusion :**

Les critères d'inclusion des articles ont été définis selon les critères PICO (*da Costa Santos, de Mattos Pimenta, et Nobre 2007*) (27) :

#### **A. Population étudiée**

Il s'agissait de femmes migrantes d'un âge égal ou supérieur à 16 ans, sans restriction de nationalité.

#### **B. Pays**

Dans le souci d'étudier des interventions effectuées dans des pays proches de la France en termes de niveau économique et de développement du système de soins. Cette étude s'est intéressée à l'Amérique du Nord, l'Europe, l'Océanie, la Chine, le Japon et la Corée du Sud.

#### **C. Intervention**

Elles regroupaient les interventions visant l'empowerment en santé sexuelle. Celles-ci pouvaient concerner :

- La prévention, le dépistage et la prise en charge des IST
- Les dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein
- L'éducation sexuelle et la prévention et prise en soin des violences sexuelles
- La contraception et le contrôle des naissances

#### **D. Comparaison**

Aucune restriction n'a été retenue concernant le contrôle.

#### **E. Critères de jugement étudiés**

Notre objectif principal était de réaliser l'état des lieux des interventions existantes visant l'empowerment en santé sexuelle des femmes migrantes. Les résultats concernant l'efficacité des interventions étaient pris en considération. Ceux concernant l'acceptabilité et la faisabilité étaient secondairement relevés.

## **F. Types d'études**

Les études incluses dans notre revue pouvaient être de différents types :

- Essais contrôlé randomisé
- Études quasi-expérimentales
- Etudes qualitatives

## **II. Critères d'exclusion**

Nous avons également retenu plusieurs critères d'exclusion :

- Population : celle relevant d'une pathologie particulière, exclusivement ou majoritairement (soit > 50%) de sexe masculin, exclusivement ou majoritairement (soit > 50%) âgée de moins de 16 ans.
- Design : Toute étude exclusivement descriptive, toute étude observationnelle, revues de la littérature, éditorial, commentaires, livres
- Critère de jugement principal économique

## **III. Sources d'information**

Les recherches ont été réalisées par trois chercheuses, MK, LD et LO, aidées par des spécialistes de la recherche bibliographique (Tony Chatelain) et de la méthode de revue systématique (Marie-Anne Durand et Julie Dupouy). Les recherches ont été faites sur les moteurs de recherche suivants : Pubmed, Embase, Cochrane, Web of science, Cairn, Psychinfo/psycharticles. Les résultats de ces recherches ont été extraites le 16/12/2022.

Cette recherche a été complétée entre le 03/03/2023 et le 10/04/2023 par une recherche manuelle sur Clinical Trials, Sudoc, mais également le site de la HAS, de l'OMS, de l'Institut Convergence Migration et du collège de gynécologie/obstétrique.

Après sélection des articles complets, leurs références bibliographiques ont été étudiées afin de n'omettre aucun article répondant à nos critères d'inclusion, de même que celles des revues systématiques s'intéressant à cette thématique.

## **IV. Stratégie de recherche**

De nombreuses équations de recherche ont été testées sur les différentes bases de données. Les équations, finalement retenues pour les bases de données, visaient l'exhaustivité. Celles-ci sont rapportées dans le Tableau 1.

En ce qui concerne la base de données PubMed, une recherche en termes MeSH (Medical Subject Heading - thésaurus de référence dans le domaine biomédical) a été réalisée. Pour permettre d'ajouter certains mots clés non retrouvés en termes MeSH, ou pour ajouter de la sensibilité à notre recherche, des mots-clés libres retrouvés dans la littérature ont été ajoutés.

Les mots clés et termes MeSH ont été choisis afin que nos équations de recherches soient plus sensibles que spécifiques.

Pour les autres bases de données, les termes MeSH ne permettaient pas une recherche suffisamment sensible et n'étaient pas toujours disponibles, nous avons utilisé des mots clés similaires en les sélectionnant sur une liste prédéfinie proposée par la base de données.

Aucun filtre de date ou de langue n'a été utilisé, afin de n'omettre aucun article.

**Tableau 1 : Base de données et équation de recherche retenues :**

Base de données	Equation de recherche	Filtres
PubMed	<pre> ((((((((((((("sexual health"[Mesh] OR "reproductive health"[Mesh] OR "sexual health care" OR "reproductive health services"[Mesh] OR "sexual behavior"[Mesh] OR "gynecology"[Mesh] OR "prevention*" OR "sex offense*" OR "sexually transmitted disease*" OR "papanicolaou test »[Mesh] OR "Mammography"[Mesh] OR "mass screening"[Mesh] OR "contraception*" OR "early detection of cancer"[Mesh] OR "circumcision, female"[Mesh]) AND (((("Transients and Migrants"[Mesh] OR "emigrants and immigrants"[Mesh]) AND (("intervention*" OR "health education"[Mesh]) AND ((((("North America"[Mesh]) OR "Europe"[Mesh]) OR "Oceania"[Mesh]) OR "China"[Mesh]) OR "Japan"[Mesh])                     </pre>	Filtre de l'âge
Cochrane	<pre> ("migrant"):ti,ab,kw OR ("immigrant"):ti,ab,kw OR ("refugee"):ti,ab,kw OR ("nomad"):ti,ab,kw OR ("transient"):ti,ab,kw AND ("mutilation"):ti,ab,kw OR ("screening"):ti,ab,kw OR ("contraception"):ti,ab,kw OR ("sexual"):ti,ab,kw OR ("reproductive health education"):ti,ab,kw AND ("North America"):ti,ab,kw OR ("Europe"):ti,ab,kw OR ("Oceania"):ti,ab,kw OR ("Japan"):ti,ab,kw OR ("China"):ti,ab,kw AND ("intervention"):ti,ab,kw OR ("education"):ti,ab,kw                     </pre>	Aucun filtre
Embase	<pre> ('cancer prevention'/exp OR 'sexual crime'/exp OR 'female genital mutilation'/exp OR 'mammography'/exp OR 'mass screening'/exp OR 'sexually transmitted disease'/exp OR 'papanicolaou test'/exp OR                     </pre>	Filtre de l'âge



	<p>'contraception'/exp OR 'early cancer diagnosis'/exp OR 'contraceptive behavior'/exp OR 'gynecology'/exp OR 'sexual health'/exp)</p> <p>AND</p> <p>('migrant'/exp OR 'migration'/exp OR 'nomads'/exp OR 'refugee'/exp OR 'immigrant'/exp)</p> <p>AND</p> <p>('north america'/exp OR 'pacific islands'/exp OR 'china'/exp OR 'japan'/exp OR 'europe'/exp)</p> <p>AND</p> <p>('early intervention'/exp OR 'education'/exp OR 'patient care'/exp)</p> <p>AND</p> <p>([adolescent]/lim OR [adult]/lim OR [young adult]/lim OR [middle aged]/lim OR [aged]/lim OR [very elderly]/lim)</p>	
<p><b>Psychinfo/ Psycharticles</b></p>	<p>("sexual health" OR "reproductive health" OR "sexual health care" OR "reproductive health care" OR "sexual behavior" OR "gynecology" OR "sex offense*" OR "female genital mutilation*" OR "circumcision*" OR "sexually transmitted disease*" OR "papanicolou test" OR "mammograph*" OR "mass screening" OR "contraception" OR "contraceptive behavior" OR "early detection of cancer")</p> <p>AND</p> <p>("Transients and Migrants" OR "emigrants and immigrants" OR "refugee*" OR "nomad*")</p> <p>AND</p> <p>("intervention*" OR "education*")</p> <p>AND</p> <p>("North America" OR "Europe" OR "Oceania" OR "China" OR "Japan")</p>	<p>Filtre de l'âge</p>
<p><b>Web of science</b></p>	<p>((((((((((((((((ALL=("sexual health")) OR ALL=("reproductive health")) OR ALL=("sexual behavior")) OR ALL=("gynecology")) OR ALL=("gynaecology")) OR ALL=("sex offense*")) OR ALL=("female genital mutilation")) OR ALL=("cancer prevention")) OR ALL=("cancer screening")) OR ALL=("sexually transmitted disease")) OR ALL=("sexually transmitted infection*")) OR ALL=("papanicolou test")) OR ALL=("mammograph*")) OR ALL=("contraception*") OR ALL=("circumcison female")) OR ALL=("early cancer diagnosis"))</p> <p>AND.</p> <p>((((ALL=(europe)) OR ALL=(oceania)) OR ALL=(north america)) OR ALL=(china)) OR ALL=(japan).</p> <p>AND.</p> <p>((((ALL=("migrant*")) OR ALL=("immigrant*")) OR ALL=("nomad*")) OR ALL=("refugee*")) OR</p>	<p>Aucun filtre</p>

	ALL=("transient*") <b>AND.</b> (((ALL=("early intervention")) <b>OR</b> ALL=("intervention*")) <b>OR</b> ALL=("education*")) <b>OR</b> ALL=("health education")	
<b>Cairn</b>	Santé sexuelle <b>ET</b> Migrant* <b>ET</b> Intervention	Aucun filtre

En ce qui concerne les recherches effectuées dans la littérature grise, l'utilisation d'équation de recherche prédéfinie n'a pu être réalisée, car un nombre limité de mots clés était autorisé. Ainsi pour SUDOC, nous avons utilisé les mots clés suivant : « santé sexuelle », « migrant\* ».

Une recherche manuelle a été réalisée sur Clinical Trials en utilisant plusieurs combinaisons de mots clés afin de n'omettre aucune étude. Les mots clés ont donc été divisé en deux groupes distincts puis associées entre eux :

- Migrant, refugee, nomad, transient
- « sexual health », « reproductive health », « sexual health care », « reproductive health services », « sexual behavior », « gynecology », « prevention\* », « sex offense\* », « sexually transmitted disease\* », « papanicolaou test », « mammography », « mass screening », « contraception\* », « early detection of cancer », « circumcision, female ».

## **V. Inclusion de études, collecte des données et analyse**

Deux chercheuses (MK et LD) ont réalisé de façon indépendante et standardisé la collecte et l'analyse des données. Les désaccords ont été résolus après discussion entre les deux chercheuses. Si les deux chercheuses ne réussissaient pas à trouver un accord après discussion, une troisième chercheuse (LO) permettait de trancher.

### **A. Sélection des études**

Cette phase a été effectuée en deux temps : les autrices ont tout d'abord sélectionné indépendamment les articles sur le titre et le résumé. Après s'être mises d'accord sur la liste des articles inclus sur le titre et le résumé, les chercheuses ont indépendamment sélectionné les articles après lecture complète.

### **B. Evaluation de la qualité méthodologique des études**

Pour chaque étude sélectionnée nous avons procédé à l'évaluation de la qualité méthodologique de chacune d'elle. Cette évaluation a été réalisée par les deux chercheuses de façon indépendante avant concertation. En ce qui concerne les essais contrôlés

randomisés, nous avons utilisé l'outil « risk of bias » de Cochrane (28). Pour les études qualitatives, nous avons utilisé la Checklist Critical Appraisal Skills Program (CASP) (29). Pour évaluer la qualité des études quasi-expérimentales, nous avons utilisé l'échelle « Newcastle-ottawa quality assessment » (30).

### **C. Extraction des données**

Les données ont été extraites par deux chercheuses de façon indépendante (LD et MK) pour chaque article finalement inclus. Une grille d'extraction a été utilisée, développée à partir de la checklist TIDieR (31). Il s'agit d'un support référencé comprenant 12 items permettant d'améliorer l'exhaustivité des rapports et la reproductibilité des interventions.

La grille d'extraction comprenait l'auteur, l'année de publication, le type d'étude et la méthode, le lieu (pays), la population étudiée, le type d'intervention (basé sur la liste de contrôle TIDieR, avec une section spécifique sur l'adaptation culturelle), le comparateur (le cas échéant), le suivi (le cas échéant) et les critères de jugement primaires et secondaires. Une phase pilote a été menée par les trois chercheuses, à partir d'un pool de 5 études, permettant la validation de cette grille.

Lors de l'extraction des données, nous avons tenté d'identifier plus précisément les procédures utilisées dans un objectif d'empowerment des femmes. Afin de répondre à ce questionnement une recherche bibliographique nous a permis de recenser des mesures visant à renforcer l'empowerment en matière de santé (23–25,32–34) :

- La participation sociale, l'activisme communautaire
- La participation à la prise de décision
- La connaissance en matière de santé sexuelle
- Le pouvoir d'agir, incluant l'efficacité personnelle, en tant que résultat du processus d'autonomisation (auto-efficacité)
- La prise de conscience
- La puissance perçue, estime de soi : reconnaître la légitimité de son identité, de sa compétence, ce qui permet aussi de reconnaître celle des autres
- Croyances nécessaires aux patients pour s'autogérer
- Une conscience critique, qui inclut les dimensions sociales et politiques.

Le processus d'empowerment passe donc par un échange d'informations impliquant un partage des connaissances et des compétences, des stratégies d'adaptation, et doit inclure des éléments motivationnels, et des ressources (matérielles, humaines, sociales). Il repose sur la participation des personnes et des communautés aux actions qui les concernent et sur l'identification et la remise en question des relations de pouvoir et de domination pour renforcer l'autonomie des personnes dans leur choix et leurs parcours sociaux et sanitaires.

#### **D. Analyse des données**

Les données ont été analysées à l'aide d'une synthèse narrative. Cette synthèse s'est aidée du « Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews » de *Popay et al. 2006* (35).

## RÉSULTATS

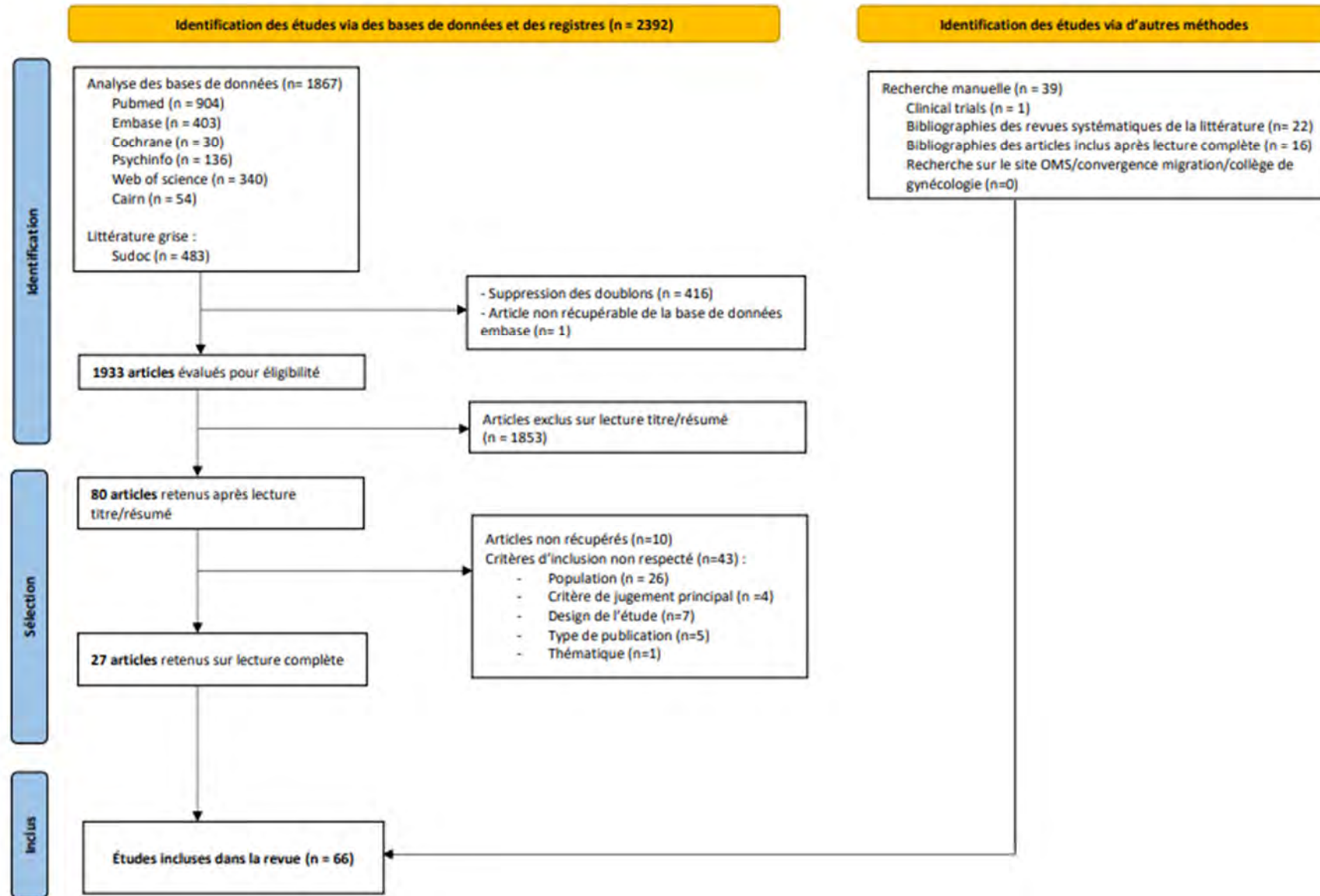
---

### I. Sélection des articles :

L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé sur le diagramme de flux (figure 1). Sur les différentes bases de données utilisées dans notre recherche, le mot clé « empowerment » n'a pas permis d'augmenter le nombre d'articles pertinents. Ce terme n'a donc pas été utilisé dans nos équations de recherche. Après suppression de 416 doublons et d'un article non récupérable, 1933 articles ont été examinés à partir de la recherche initiale. Après lecture du titre et du résumé, 80 articles complets ont été examinés. Après élimination des articles ne répondant pas aux critères d'inclusions, 27 articles ont été inclus sur lecture intégrale.

En plus de ces articles trouvés via les différentes bases de données, 39 articles ont pu être inclus via la recherche manuelle.

Figure 1 : Diagramme de flux



## II. Articles inclus et principaux résultats :

Nous avons résumé dans le tableau 2 les caractéristiques des études, et dans le tableau 3 les détails relatifs aux interventions.

### A. Qualité des études

Le détail de la qualité de chaque étude a été rapporté dans un tableau, disponible en annexe 2. Dans notre revue de la littérature, 27 essais contrôlés randomisés ont été inclus. L'outil Risk of bias de Cochrane nous a permis de classer 3 essais contrôlés randomisés comme ayant une qualité globale « Acceptable », et les 24 restants comme « Médiocre ».

En ce qui concerne le biais de sélection, 10 articles (soit 15%) ont été classés comme étant à risque faible de biais de génération des séquences randomisées. Les 17 autres articles (soit 26%) rapportaient un risque imprécis, par manque de données rapportées. Seulement 5 articles (soit 8%) présentaient un faible risque de biais pour la dissimulation de l'affectation (36–40). 3 articles (soit 5%) rapportaient un risque élevé en ayant recours à une affectation par alternance, rotation, date de naissance, ou numéro de dossier (41–43). Un risque imprécis de biais d'affectation subsistait pour les 9 articles restants (soit 14%). 15 articles (soit 23%) présentaient un risque de biais de déclaration faible. En effet le protocole de l'étude était disponible et tous les résultats pré-spécifiés (primaires et secondaires) de l'étude qui étaient d'intérêt pour la revue avaient été correctement rapportés. Contrairement à 2 articles (3%), alors classés à haut risque de biais de déclaration (44,45). Pour 4 articles (soit 6%) persistait un haut risque de biais de performance dû à la connaissance par les participants et le personnel de l'affectation de la population incluse pendant l'étude (42,45–47). 7 études (11%) présentaient un faible risque de biais de biais de détection, car l'évaluation des résultats en aveugle était signalée. 16 articles (soit 24%) avaient un risque faible de biais de rapport et d'attrition. D'autres biais, non couverts par l'outil de Cochrane, ont été repérés pour 18 articles (soit 27%), tels que les difficultés de généralisation des résultats à d'autres populations que celle de l'étude ou l'évaluation du critère de jugement principal en utilisant un moyen non objectif. Il était notable que la majorité des items évaluant les risques de biais pour chaque étude ont été jugés comme imprécis par manque d'information rapporté par les auteurs.

Les 39 autres études étaient quasi-expérimentales. En utilisant l'échelle « Newcastle-Ottawa », nous avons retrouvé des scores de qualité très hétérogène, allant d'une faible qualité avec un totale de point à 1/9 jusqu'à une qualité satisfaisante à 9/9. Concernant l'évaluation de la sélection des participants, 36 études (56%) avaient un score supérieur ou égal à 2/4. 25 études (38%) avaient un score égal à 2/2 concernant la comparabilité des groupes. Un manque de comparabilité provenait de différences non négligeables sur les critères socio-

démographiques rapportés, ou l'absence de groupe contrôle. Enfin, concernant les résultats (modalité d'évaluation, durée du suivi des participants dans l'étude et le taux d'attrition), 21 articles (32%) indiquaient un score supérieur ou égal à 2/3. Les autres études ont perdu des points sur le taux d'attrition, ou l'utilisation d'un moyen non objectif pour l'évaluation du critère de jugement, comme le recours au dépistage auto-déclaré par les participants.

## **B. Designs et lieux**

Parmi les études incluses dans notre revue, 39 études (59%) étaient quasi-expérimentales, et 27 études (41%) étaient des essais contrôlés randomisés. Parmi les études quasi-expérimentales, 27 (soit 41%) consistaient en un protocole avant-après.

Les études se déroulaient majoritairement en Amérique du Nord : 48 études aux Etats Unis, 3 au Canada et dans un cas dans les deux pays. Concernant l'Europe, 5 études ont été réalisées au Royaume-Uni, 2 en Norvège, 1 en Espagne, aux Pays-Bas, et en Turquie. En Asie, une seule étude a été retenue, se déroulant en Corée du Sud. Enfin, 3 études ont été menées en Australie.

## **C. Thématiques et critères de jugement principaux évalués**

56 études (85%) portaient sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Parmi celles-ci 22 études (33%) portaient exclusivement sur le dépistage du cancer du sein, 13 études (20%) sur celui du col de l'utérus et 21 études (32%) portaient sur le dépistage des deux cancers. 8 études (12%) portaient sur le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, 1 étude (1%) sur la contraception et 1 étude (1%) sur la santé reproductive qui incluait la contraception, le dépistage des IST, la grossesse et le dépistage des cancers.

50 articles (76%) ont évalué le recours au dépistage (cancer ou IST). 35 articles (53%) ont évalué l'évolution des connaissances suite à l'intervention. 17 articles (26%) ont évalué l'intention de changer de comportement (aller se faire dépister ou utiliser un moyen de contraception). 6 articles (9%) ont évalué l'auto-efficacité (confiance d'une personne dans sa capacité à utiliser des moyens préventifs et/ou à adopter des comportements de prévention). 7 articles (11%) ont évalué la prise de conscience. 2 (3%) ont évalué l'évolution des croyances en santé, 7 articles (11%) ont évalué l'acceptabilité des modalités d'interventions proposées.

## **D. Population**

Les interventions retenues ciblaient des populations immigrées, réfugiées, nées à l'étranger et/ou qui s'identifient comme migrantes. Les pays d'origine de la population d'étude les plus



représentés étaient la Chine (16 études, soit 24%), le Vietnam (15 études, soit 23%), et la Corée (7 études, soit 11%). 16 études (24%) s'intéressaient aux populations hispaniques. 4 études (6%) ont recruté des femmes d'origine africaine.

L'âge des populations d'étude était variable selon la thématique étudiée. Concernant le dépistage du cancer du sein, la tranche d'âge la plus représentée était 50-60 ans. Les femmes recrutées étaient plus jeunes pour les études reliées au dépistage du cancer du col utérin, ou à la prévention des IST. Au sujet de la contraception, l'étude principale regroupait des femmes de 16 à 19 ans.

### **E. Recrutement**

Plusieurs méthodes de recrutement ont été relevées dans notre revue. Des études ont recruté directement les femmes en face à face (31 études, soit 47%). Dans ce cas précis, les rencontres se faisaient dans des lieux communautaires comme les églises, des librairies, des centres sociaux, ou des rassemblements culturels ou religieux. L'identification des femmes éligibles pouvait se faire par leur nom de famille, correspondant à l'ethnie étudiée, dans des annuaires téléphoniques locaux (9 articles, soit 14%). Le bouche à oreille a été utilisé dans 5 études (7%), toujours en association avec d'autres moyens de recrutement. Des membres de la communauté d'intérêt ont parfois eu un rôle de recruteurs, auprès des femmes de leur cercle social (2 articles, soit 3%). Des flyers informatifs ont pu être utilisés (10 études, soit 15%). Des méthodes de prise de contact à distance ont parfois été utilisées en association à d'autres méthodes, comme le téléphone (14 études, soit 21%), des invitations postales (7 études, soit 11%), ou les réseaux sociaux (1 étude, soit 1%).

### **F. Personne réalisant l'intervention**

Parmi les interventions analysées dans cette revue, une grande partie était menée par des travailleurs sociaux (24 études, soit 36%), des agents de santé non professionnels (9 études, soit 14%), des médecins (8 études, soit 12%), ou des infirmières (5 études, soit 7%). Des survivantes de cancer du sein ou de col utérin ont parfois été impliquées comme témoins (8 études, soit 12%). Une formation spécifique des personnes réalisant l'intervention était rapportée dans 43 études (65%). Elle se déroulait à *priori*, lors de sessions spécialisées, au cours desquelles les outils étaient présentés, les principales connaissances sur la santé sexuelle et le parcours des patientes dans les programmes de dépistage organisés étaient rappelées. Des membres issus des communautés ont parfois été spécifiquement formés.

**Tableau 2 : Caractéristiques des études incluses**

Authors / publication year	Health Thematic	Study design	Population/Country of origin/Age	Recruitment	Outcomes	Results	Study quality
Joel M. Moskowitz, 2007 (48)	Breast and cervical cancer screening	Quasi-experimental study : 1 intervention vs 1 control	Korean-American women. <b>Range age</b> : 18 to $\geq$ 60 years.	Household telephone surveys. The sampling frame for the surveys was Korean surname-based telephone lists, looking for Korean name.	Self reported Pap test, mammogram, and clinical breast examination.	Mammography screening and clinical breast examinations increased over time in both counties. Pap tests increased in intervention group but not in control group, and breast self-examinations did not change significantly in either county. None of the intervention-comparison group differences over time were significant.	<b>Ottawa quality assessment scale:</b> 5/9
Lee-Lin, F 2015 (49)	Breast cancer screening	Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control	Immigrant women foreign-born : china, HK, vietnam, Taiwan <b>Mean age</b> : 58,8 years	The primary recruitment site : Asian Health Service Center	Mammography completion at 3, 6 and 12 months	Behavior changed in both groups with a tote of 56,7% reporting mammogram at 12 months. There is an increase of mammogram completion in the intervention group compared to the control group at 3, 6 and 12 months At 12 months there was a smaller effect of the intervention, perhaps because of dilution of the message over the course of time	<b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality
Samera A. Qureshi 2019 (50)	Cervical cancer screening.	Quasi-experimental study : 1 intervention vs multiple controls areas	Immigrant women, from Pakistan and Somalia. <b>Range age</b> : 25 to 69 years.	By a female fieldwork for the Somali group or a senior researcher of Pakistani origin for Pakistani group. Through phone calls, community gatherings and social media.	Intention to take a screening test.	After the presentation women seemed to realize the importance and sensitivity of the issue, as shown by the data that 78% of Pakistani whereas 90% of Somali women replied that they will contact the General practioner.	<b>Ottawa quality assessment scale:</b> 7/9

<b>Ann Wilde Kelly 1996 (51)</b>	Breast and cervical cancer screening	Quasi-experimental study : before/after + qualitative. control = intervention at baseline	Immigrant Cambodian women. <b>Age</b> ≥ 50 year	This is a sample recruited in the original cohort baseline. At Baseline : word of mouth and informal dispersion of information were used to recruit participants. Then Cambodian names and clinic identification numbers were used to select medical records for review.	Screening rate	After the intervention, community screening rates were almost 5 times higher than at baseline.	<b>Ottawa quality assessment scale</b> : 9/9
<b>Tomas Nuno 2010 (46)</b>	Breast and cervical cancer screening	Randomized controlled trial study : 1 intervention vs 1 control	Hispanic women, from Mexico and USA. <b>Mean age</b> : 59.2 years for the Intervention group and 61.4 years for the Control group.	Participants were selected from census tracts with majority Hispanic population. Detailed maps were used to identify dwellings. Participants were asked to invite other female peers to participate in the educational encounter.	Self-reported mammogram and Pap smear screening.	Women in the intervention group were 2 times more likely to report having had a mammogram within the last year when compared with the usual care group. Women in the intervention group were one-and-a-half times more likely to report having a Pap smear within the last year when compared with the usual care group, although this was not statistically significant.	<b>Cochrane risk of bias</b> : Poor quality.
<b>Taylor VM. 2002 (36)</b>	Cervical cancer screening	Randomized controlled trial : 2 interventions groups vs 1 control	Recent Chinese immigrant. <b>Age</b> : 20–44 years (42%) 45–69 years (58%)	They linked a list of Chinese last names to local telephone directories and used commercially available listings of Chinese households from a marketing company.	1) Pap testing in the 6-month interval between random assignment and follow-up survey completion 2) Pap testing within the last 2 years and plans for Pap testing in the next 2 years	The 2 intervention groups, culturally and linguistically appropriate outreach and direct mail interventions can be effective in enhancing cervical screening participation among Chinese women in North America.	<b>Cochrane risk of bias</b> : Fair quality
<b>Farah Ahmad 2004 (52)</b>	Breast cancer screening.	Quasi experimental study : before/after. control = intervention group at baseline	South Asian immigrant women from India, Pakistan, Sri Lanka, and Bangladesh. <b>Mean age</b> (+/-SD): 37 years (9.7).	Recruitment was conducted at 2 immigration and re-settlement community agencies and 3 group practice clinics.	1) Self-reporting 'ever had' routine a CBE and 'ever performed' a SBE. 2) Breast cancer knowledge. 3) Self-efficacy about Breast cancer. 4) Satisfaction & feasibility.	There was a significant increase in self-reporting 'ever had' CBE but not significant for 'ever performed' a SBE. A significant improvement in breast cancer knowledge and beliefs. Self-efficacy increased significantly. The participants expressed high satisfaction with the content and good feasibility.	<b>Ottawa quality assessment scale</b> : 6/9

<b>Lisa K. Hansen 2005 (53)</b>	Breast and cervical cancer	Quasi experimental study : cohort. Not controlled	Hispanic woman Mexican <b>Range age</b> : 22 to 69 years	NA	Screening rate	Screening information conveyed by a promotora can successfully prompt Hispanic women to obtain mammography and Papanicolaou smears	<b>Ottawa quality assessment scale</b> : 1/9
<b>Young H. Kim 2004 (41)</b>	Breast cancer screening.	Randomized controlled trial : 2 intervention groups vs 1 control	First-generation immigrants, Korean women. <b>Mean age</b> : 47.9 years.	A list of Korean churches was developed using two Korean business telephone directories. In each church : flyers describing the study were posted in the lobby of the churches + The advisory committee members of each participating church also personally invited eligible Korean American women to attend the program + The minister of each church made an announcement about the opportunity to participate.	1) Mammography screening rate. 2) Improve knowledge. 3) Attitudes about Breast Cancer Screening.	Mammography use in the experimental group was not significantly different from that in the mammography-access-only group. Both interventions proved to be more effective than no intervention at all. The “Let’s Talk” group demonstrated significant improvement in knowledge and breast cancer screening-related attitudes.	<b>Cochrane risk of bias</b> : Poor quality
<b>Tung T. Nguyen 2009 (54)</b>	Breast cancer screening	Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control	Vietnamese-American women. <b>Mean age</b> : 48 years Range : 22 to 67 years	Lay Health Workers (LHW) contacted face-to-face or by telephone women in their social network. They did not enroll participants but submitted names of those interested to the research team. Occasionally, women were recruited from the same households.	1) Change in self-reported receipt of mammography ever, mammography within 2 years, clinical breast examination (CBE) ever, or CBE within 2 years. 2) Improvement in Knowledge 3) Awareness of breast cancer; mammography and CBE	1) The multivariate analyses showed that the LHW+ME was more effective than the ME intervention alone for ever having had and recent receipt of mammograms and CBEs. 2) Participants in the LHW + ME group showed a net increase in knowledge score while those in the ME group showed a net decrease in knowledge score. 3) At post-intervention, the LHWOME group significantly increased awareness while the ME group did not.	<b>Cochrane risk of bias</b> : Poor quality
<b>Lee-Lin, F. 2014 (55)</b>	Breast cancer screening.	Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control	Foreign-born Chinese immigrant women. <b>Mean age</b> : 59 years Range : From 40 to 85 years	Trained staff recruited and obtained informed consent from participants in person at Chinese community partner agencies.	Breast cancer knowledge.	Women in the education, compared to the control group, had significantly higher knowledge scores after intervention.	<b>Cochrane risk of bias</b> : Poor quality.

<b>McAvoy, B.R. 1991 (56)</b>	Cervical cancer screening	Quasi-experimental study : cohort. 2 intervention groups vs 1 control	Asian women (in this study = "Asian" refers to those who are of New Commonwealth, Pakistani ethnic origin or descent, Bangladesh and east Africa) <b>Range age</b> : 18 to 52 years	Sample of women with Asian sounding names, registered with general practitioners having at least one surgery in Leicester drawn from the Leicestershire Family Practitioner Committee nominal index register	Uptake of cervical cancer screening	Personal visits were most effective irrespective of the health education materials used alone for increasing attendance of cervical cancer screening, compared to written translated materials sent by post which were ineffective.	<b>Ottawa quality assessment scale</b> : 6/9
<b>Tanya Hoare 1994 (57)</b>	Breast cancer screening.	Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control	First generation Pakistani and Bangladeshi women immigrants. <b>Mean age</b> : Intervention group : 55-9 years Control group : 56-2 years.	Lists of these women are produced by Family Health Services Authorities and sent to GPs to check addresses and other details of eligibility. Lists of women selected for screening in the batch of 7 General Practitioners (GP) were examined by a translator and health worker experienced in working with Asian women, to identify those with Asian names. Invitations were sent at women's home.	Attendance for Breast-cancer screening.	There was no significant difference overall in attendance rates between the intervention group and the control group.	<b>Cochrane risk of Bias:</b> Poor quality.
<b>Dallo, Florence J. 2010 (58)</b>	Breast and cervical cancer screening	Quasi-experimental study : before/after. control = intervention group at baseline	Arab Americans : Iraq, Lebanon, other Arab country. <b>Mean age</b> (+/- SD) : 51.1 years (+/- 9.07)	The intervention was advertised to the community via announcements and flyers posted in churches, mosques and these individuals were instructed to call the Arab American and Chaldean Council to schedule an appointment or walk-in to the ACC.	Improved in cancer knowledge	For every question, knowledge significantly increased after the intervention compared to prior to the intervention. The variables most associated with this improvement were having low education, being unemployed, having lived in the USA for 0–5 years, older age, not having insurance, and not exercising	<b>Ottawa quality assessment scale</b> : 7/9

<p><b>Cullerton, Katherine 2016 (59)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after : control = intervention group at baseline</p>	<p>Culturally and linguistically diverse (CALD) communities. Arabic-speaking; Bhutanese; Bosnian; Indian;Samoan; Spanish-speaking; Sudanese; Vietnamese women.  <b>Age range</b> : &lt; 35 years to ≥ 65 years.</p>	<p>The Multicultural Health Workers (MHWs) recruited via word of mouth.</p>	<p>1) Changes in knowledge. 2) Attitudes and Intentions related to breast and cervical cancer and screening. 3) Reported screening behavior.</p>	<p>For all types of cancer, there was a significant increase after the education sessions in response to the questions "a person can have cancer even if they feel well" and "the risk of getting breast/cervical cancer increases with age". There was a significant increase among participants in attitudes towards that screening would help put women's minds at ease regarding breast cancer, and that screening would reduce the risk of dying of cervical cancer. There was no change in the proportion of eligible women reporting that they had undergone a mammogram. While not statistically significant, but of clinical importance, change in participation of Pap-smear.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 5/9</b></p>
<p><b>Flanagan, Stuart 2019 (37)</b></p>	<p>HBV + HCV testing</p>	<p>Randomized controlled trial : 4 intervention groups vs 1 control</p>	<p>Migrant Black,Bengladeshi, Indian, Pakistani, Other Asian, Eastern European <b>Range age</b> : 18 to &gt; 70 years Majority of control's patients were between 20 to 49 years Majority of intervention's patients were between 20 to 59 years</p>	<p>Eligible patients were identified by a review of GP electronic records and were sent a letter that invited them to attend their general practice for viral hepatitis testing, a follow-up phone call was made if no response was received. Patients were tested when they arranged an appointment in response or if they attended the practice for other reasons.</p>	<p>The uptake of viral hepatitis screening</p>	<p>The proportional uptake of screening was higher in intervention practices. An enhanced invitation letter did not significantly increase attendance for screening. However, only 20% of patients invited for testing agreed to be tested.</p>	<p><b>Cochrane risk of bias :</b> Fair quality</p>

<b>Dunn, Sheila F. 2017 (60)</b>	Breast and cervical cancer screening	Quasi-experimental study: cohort : 1 intervention group vs controls matched 1:3	Refugees and immigrants, multi-ethnic women. <b>Mean age :</b> Pap group : 49,3 year (range: 21–69 y) Mammography group : 61,9 year (range: 50–74 y).	Through a net-work of community agencies, community centers, social service agencies, refugee centers, shelters, and public libraries. Sessions were promoted through flyers + personal invitation from peer leaders and partner agency staff + word of mouth.	Cancer screening assessment.	This multifaceted intervention increased Pap and mammography screening in this multiethnic under-screened population.	<b>Ottawa quality assessment scale:</b> 8/9
<b>Ouyang, David 2012 (61)</b>	Hepatitis B Knowledge	Quasi-experimental study: before/after : control = intervention group at baseline	Undeserved population of Chinese, Korean, Vietnamese, Japanese, White, Black, Other <b>Mean age (+/- SD) :</b> 56.4 y (+/- 17.3)	All new patients who presented to clinic between September 2011 and April 2012 were invited to take the survey	Change in knowledge	There was a statistically significant difference in scores between the first and second tests and the first and third tests, but no statistically significant difference between the second and third test. Survey was administered twice during the first visit and the third one during follow up 1 month later	<b>Ottawa quality assessment scale :</b> 8/9
<b>van der Veen, Y.J. 2013 (62)</b>	VHB screening.	Randomized controlled trial : 2 intervention groups vs 1 control	Turkish migrant women. <b>Mean age (SD) :</b> Generic information control group : 33.5 year (55.5) Behaviourally tailored information group : 33.5y (5.3) Behaviourally plus culturally tailored information group : 33.7y (5.2)	Rotterdam-registered people who were born in Turkey and who were 16–40 years old on 1 September 2010 received a postal invitation to visit the study website, which functioned as a portal for the three interventions.	1) Screening uptake. 2) Changes in knowledge determinants of screening. 3) Changes in the screening intention.	1) No differences in screening uptake were observed for the three groups 2) Regarding the social-cognitive measures, the scores of the 2 tailored intervention groups were significantly higher than the baseline scores for knowledge. 3) The increase in the intention score was significant for all 3 groups.	<b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality.

<b>Percac-Lima, Sanja 2013 (63)</b>	Breast cancer screening	Quasi-experimental study : retrospective cohort. 1 intervention vs 2 control groups	Asian, Black, white and other Refugees. <b>Mean age</b> (+/- SD) Refugee 52.8 y (+/- 9.0) English 55.8 y (+/-10.0) Spanish 53.1 y (+/- 9.5)	Patients were mailed a letter. 1 week later, the Patient navigator from the same culture and language background contacted the patient by phone or in person. At the beginning of each year, an updated list of refugee women who were eligible was generated electronically.	Breast cancer screening rates	Breast cancer screening rates increased in all groups of refugee women over the 4-year period.	<b>Ottawa quality assessment scale : 6/9</b>
<b>Kari White 2012 (64)</b>	Breast and cervical cancer screening.	Quasi-experimental study: cohort. Not controlled	Immigrant, foreign-born Latinas. Age range : 19 to 88 years.	Invited women from the local churches and distributed flyers in the community + local Spanish newspapers and a local Spanish radio station agreed to advertise the events.	Scheduling & Attending Pap smear and mammogram appointments.	The outreach program was successful in promoting cancer screening among women attending the event. The majority of women who scheduled a Pap smear or mammogram attended their screening appointment.	<b>Ottawa quality assessment scale: 5/9</b>
<b>Tsu-Yin Wu 2015 (65)</b>	Breast cancer screening	Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control	Chinese/ Tawanese American women <b>Mean age</b> (SD) : 54.6y (9.6)	2 community coordinators who were integrated into the Chinese community attended community events and meetings and local English as Second Language classes offered particularly for Chinese to recruit potential participants + presentations in Mandarin or Cantonese to provide information about the study purpose and procedures. + Short announcements to radio + Study flyers distributed at multiple community places.	1) Mammography utilisation 2) Appropriateness, relevance, thoroughness, usefulness, and clarity of the intervention content (acceptabilité)	1) There is more mammography utilization in the intervention group, but the difference was not statistically significant. 2) The intervention participants rated all the structured Likert scale items positively, with more than 90% of agreement on their responses except 1 item. Overall, most participants reported that the content was appropriate (93%), relevant (85%-93%), comprehensive in covering various aspects of breast cancer and screening (92%-98%), useful (94%-98%), and clear (91%)	<b>Cochrane risk of bias : Poor quality</b>



<b>Park, MN 2014 (38)</b>	Reproductive health.	Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control	Immigrant women from Vietnam, China, Philippines and Cambodia.	Women recruited after visiting the multicultural support Center.	1) Knowledge of reproductive health after intervention. 2) Reproductive health behaviors after intervention.	1) There were significant differences in reproductive health knowledge between groups after the reproductive health program. 2) There were significant differences in reproductive health behavior between groups after the reproductive health program.	<b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality.
<b>Ana M. Navarro 2007 (66)</b>	Breast and cervical cancer screening	Quasi experimental study : before/after. control = intervention group at baseline	Latino women from USA, Mexico, other. <b>Age :</b> Class attendants : Médian = 36 y (31.9%) Learning partners : Médian = 34 y (27.2%)	Each consejera recruited Latino women from her local community to attend the educational sessions. In addition, each of the individuals attending the educational sessions were asked to identify two friends and/or family members with whom they intended to share the cancer education information received.	1) Self-reported use of screening tests 2) Knowledge on breast and cervical cancer	1) Self-reported use of screening tests increased among primary participants and learning partners. However, the increase was not statistically significant in mammography screening among participants 40 years old or older 2) Both groups increased their knowledge about breast and cervical cancer and their use of cancer screening tests. The differences were statistically significantly higher at posttest compared to pretest in all variables with few exceptions more pronounced among primary participants when compared to learning partners	<b>Ottawa quality assessment scale:</b> 8/9
<b>Del Mar, Chris 1998 (67)</b>	Cervical cancer screening.	Randomized controlled trial. 1 intervention vs 1 control	Vietnamese women. Range age : from 18 to 67 years.	They used 13 names to identify Vietnamese women aged between 18 and 67 years from the electoral roll with South Brisbane addresses and deleted 14 with a non-Vietnamese given name	Cervical-cancer screening rate.	The difference between "appropriate screens" (those which were not performed within two years of a normal result) and "inappropriate screens" for the intervention groups and controls were not statistically different.	<b>Cochrane risk of bias:</b> Poor quality.

<p><b>Livaudais, Jennifer C. 2010 (68)</b></p>	<p>Breast cancer screening</p>	<p>Quasi experimental study : before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Immigrants Mexican women. <b>Mean age</b> (+/- SD) : 50 years (+/- 10.0) range 40-78 y</p>	<p>Promotoras recruited participants at community meetings, through display tables at churches and community events, and from various other locations in the community. Community members who were interested in hosting a party at their homes were recruited first and were asked to invite family, friends, and relatives to attend the home health party</p>	<p>1) Breast cancer screening practices 2) Intention to be screened 3) Cancer knowledge</p>	<p>1) There was a significant increase from baseline to follow-up in the proportion of women who reported they had ever had a mammogram. 2) Among women who did not have a mammogram between baseline and follow-up, there was a significant increase in the proportion who reported they were considering having a mammogram within the next few months. There was a statistically significant increase from baseline to follow-up in the proportion of women who reported having ever asked a doctor about a mammogram 3) Significant decrease from baseline to follow up in the proportion of women believing that there is nothing that can be done to reduce the risk of cancer. But there is no significant change for the other items.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale : 8/9</b></p>
<p><b>Jenkins, Christopher N. H. 1999 (69)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Recently immigrated Vietnamese women. <b>Mean age</b> : intervention group : 41.3 years control group. : 41.7 years.</p>	<p>Two contiguous counties, Santa Clara and Alameda, in northern California were selected as the intervention area. Los Angeles and Orange Counties were chosen as the control area.</p>	<p>1) Recognition (had ever heard of)/ Intention (planning to have)/ Receipt (had ever had) and Currency (up to date for) for Pap-test, CBE and mammograms. 2) Cancer knowledge.</p>	<p>1) At posttest, rates for all but two outcomes (ever heard of and ever had a mammogram) were significantly higher in the intervention area than in the control area. 2) Mean Cancer Knowledge index scores were low in both areas but improved between pretest and posttest.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 3/9</b></p>

<p><b>Møen, Kathy Ainul 2020 (42)</b></p>	<p>Cervical cancer screening (CCS)</p>	<p>Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Immigrants women of Europe, Africa, Asia including Turkey, and Other. <b>Mean age</b> (+/- SD) : Intervention group : 44.0 y (+/- 12.0) Control group : 44.5 y (+/- 11.6)</p>	<p>All immigrant women registered with a GP in the 20 clusters were allocated to the intervention or control group</p>	<p>1) screening status of immigrants as of January 1, 2018</p>	<p>The proportion of immigrant women screened increased by 2.6% in the intervention group and 0.6% in the control group. After adjustment for screening status at baseline, women in the intervention group were more likely to have participated in CCS.</p>	<p><b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality.</p>
<p><b>Mock, Jeremiah 2007 (70)</b></p>	<p>Cervical cancer screening.</p>	<p>Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Vietnamese women. <b>Mean age</b> : Media-Only Group : 46.0 (±15.3) years. Combined Intervention Group : 45.7 (±15.4) years.</p>	<p>Community-based organizations' lay health workers (LHW) hired a Vietnamese woman as their LHW outreach coordinator. Each coordinator recruited Vietnamese American women to become LHWs. Then each used her social network to recruit. Vietnamese American women.</p>	<p>1) Screening practices (primary outcome). 2) Changes in knowledge. 3) Awareness &amp; Beliefs about cervical cancer and screening. 4) Exposure to media activities.</p>	<p>1) Testing increased among women in both the combined intervention and media-only groups, but significantly more in the combined intervention group. 2) Knowledge increased significantly larger in the combined intervention group. 3) Awareness &amp; Beliefs of Pap testing increased significantly larger in the combined intervention group. 4) The majority of women in both groups had seen the media education campaign by baseline, as it preceded and occurred throughout the lay health worker outreach. By the end of the program period, nearly all participants had been exposed, and nearly all had heard about cervical cancer.</p>	<p><b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality.</p>

<p><b>Maria E. Fernandez 2009 (71)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer</p>	<p>Quasi-experimental : before/after + non randomized control trial. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Hispanic, Mexican women <b>Age :</b> Pap test cohort : 50–59 y : 45.2% 60–69 y : 25.5% ≥ 70 y : 29.2% Mammogram Cohort : 50–59 y : 48.9 % 60–69 y : 26.9% ≥ 70 y : 24.1%</p>	<p>Participants were identified by using the EPI Sampling Quadrants Scheme. Each colonia was divided into 4 quadrants, data collectors systematically walked the neighborhood door-to-door until all households in the quadrant had been visited. If more than 1 woman in a household was eligible, the woman with the most recent birth date was selected</p>	<p>1) Percentage of women who reported having completed screening for each behavioral outcome (mammography and Pap test) 2) Modification in knowledge scale</p>	<p>1) At follow-up, screening completion was higher among women in the intervention group than in the control group for both mammography and Pap test screening 2) Scores on the breast and cervical cancer knowledge scale were higher for women in the intervention group, but this difference was not significant.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 6/9</b></p>
<p><b>Nebot, Laia 2015 (72)</b></p>	<p>Contraception.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Immigrant women from among others, Spain, Ecuador, Morocco, Pakistan and Peru. <b>Age range :</b> from 13 to 19 years 84,8% from 16 to 19 years</p>	<p>Participation was offered through posters, brochures, local entities and services.</p>	<p>1) Use of contraception. 2) Knowledge in contraception. 3) Condom self-efficacy.</p>	<p>1) Overall improvement in contraceptive behavior with each method, but only significantly with male condoms. 2) Significant improvement in immigrants' knowledge. 3) Overall increase in self-efficacy, but only significantly on refusal of relationships without preservative.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 7/9</b></p>
<p><b>Lam, T.K. 2003 (73)</b></p>	<p>Cervical cancer screening</p>	<p>Randomized Controlled Trial : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Vietnamese-American women <b>Mean age (+/-SD)</b> ME group : 43.0 y (+/- 13,7) min-max : 19-77 y LHWO + ME group : 42,8 y (+/-14,3) min-max : 18-88 y</p>	<p>Coalition (staff member + assistant) selected 5 agencies to be contracted partners. Initially, each agency selects a Lay health workers outreach (LHWO) coordinator and 10 lay health workers (LHWs) who recruit women from their social networks.</p>	<p>1) Self reported receipt of, or intention to obtain a Pap test 2) Awareness and Knowledge of cervical cancer and Pap tests. 3) Saw or Heard about cervical cancer</p>	<p>1) The percentage of women who had had a Pap test increased significantly in the LHWO + ME group but did not increase significantly in the ME group. Significantly more LHWO + ME women said they intended to have a Pap test. 2) The LHWO + ME group increased more than the ME group in their beliefs about established causes of cervical cancer. 3) At post-intervention, the percentages increased significantly in both groups for self reported exposure to all 4 media components.</p>	<p><b>Cochrane risk of bias: Poor quality.</b></p>

<p><b>Gondek, Matthew 2015 (74)</b></p>	<p>Breast cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study : before/after. control group = intervention group at baseline</p>	<p>Immigrant and Refugee women from Burma, Thailand, Nepal, Yemen, Somalia, Angola, Congo, Ethiopia, Eritrea, Spain, the Dominican Republic, Puerto Rico, Panama, Brazil, Iraq, Iran, Afghanistan, Lebanon, and other Middle Eastern nations. <b>Age :</b> 51% of women ≥ 40 years</p>	<p>Participants were identified through existing community-based venues conducting English as Second Language (ESL) classes. + Advertisement flyers were also posted at the resettlement site where the ESL classes were held, and additional participants were reached through community canvassing in the local community. The local resettlement agency established community contacts.</p>	<p>1) Breast cancer knowledge. 2) Mammography completed after intervention (Acceptability).</p>	<p>1) Significant improvements were seen for each of the six knowledge items based on a pre-versus post-program assessment. Overall, participants identified a median of 2 correct responses at baseline and a median of 4 correct responses on the post test. 2) Access to the mobile mammography unit appeared to increase accessibility to breast screening services and was used by 60% of women who reported completing mammograms.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 5/9</b></p>
<p><b>Taylor, VM 2010 (39)</b></p>	<p>Cervical cancer screening</p>	<p>Randomized controlled trial. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Vietnamese immigrants <b>Age :</b> Intervention group : &lt; 50 y : 47% ≥ 50 y : 53% Control group : &lt; 50 y : 43% ≥ 50 y : 57%</p>	<p>NR</p>	<p>1) Completion of Pap testing within 6 months 2) Implementation of cervical cancer control intervention. (feasabiity)</p>	<p>1) Ever-screened experimental group women were significantly more likely to report Pap testing (p&lt;0.02) and to have records verifying Pap testing (p&lt;0.04) than were ever-screened control group women. There were no significant differences between the trial arms for women who had never been screened. 2) LHW complete Home visite : 75% women randomized. 5% refused home visit but accepted educational materials, 5% received the educational materials by mail, 9% refused a home visit and the educational materials, 5% had moved and could not be traced</p>	<p><b>Cochrane risk of bias:</b> Poor quality.</p>
<p><b>Taylor, VM 2009 (75)</b></p>	<p>HBV</p>	<p>Randomized Controlled Trial. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Immigrant women from China and Taiwan. <b>Age :</b> Experimental Group: &lt; 40y : 44% ≥ 40y : 56% Control Group: &lt; 40y : 54% ≥ 40y : 46%</p>	<p>Community organizations that provide English Language Services for Adults education to Chinese immigrants participated in the study. The hepatitis B ESL curriculum was delivered to ELSA level 3 (low-intermediate) classes.</p>	<p>Hepatitis B Knowledge.</p>	<p>Differences between students in the experimental and control arms were statistically significant (p&lt;0.05) for the following knowledge variables: immigrants are more likely to be infected with HBV than people who were born in Canada, HBV can be spread during sexual intercourse or sharing razors, HBV is not spread by sharing eating utensils, HBV infection can cause cirrhosis and liver cancer.</p>	<p><b>Cochrane risk of bias:</b> Poor quality.</p>

<p><b>Taylor, V.M. 2009 (76)</b></p>	<p>HBV testing</p>	<p>Randomized Controlled Trial : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Chinese Americans/Canadians  <b>Age :</b>  Intervention group : &lt; 45 y: 35%  Control group : &lt; 45 y : 36%</p>	<p>List of 50 Chinese last names was applied to electronic versions of the metropolitan Seattle and Vancouver telephone directories. All identified households of Chinese were selected  Introductory mailings were sent to households selected for inclusion in the survey.  One study participant from the household was selected.</p>	<p>1) hepatitis B testing completion  2) Improvement in Knowledge</p>	<p>1) They found a statistically significant difference between the proportions of experimental group and control group participants who completed hepatitis B serologic testing (using medical records data), they were only able to document hepatitis B testing among 6% of the lay health worker intervention group  2) The lay health worker intervention was associated with improvements in hepatitis B-related knowledge among the experimental arm participants</p>	<p><b>Cochrane - risk of bias:</b>  Poor quality.</p>
<p><b>Kernohan, E. 1996 (77)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Women from minority ethnic groups (Asian, African-Caribbean, Eastern European and other)  <b>Age</b>  50-65 y : 50%</p>	<p>The majority of women were involved with a wider programme of health promotion. Others were informed via the local publicity campaign or by word of mouth.</p>	<p>1) Reported uptake of breast/ cervical cancer screening.  2) Change in Awareness.</p>	<p>1) Significant increases in attendance for cervical smear and breast cancer screening were self-reported.  2) Six months after the intervention, nearly all the groups showed a significant change in their knowledge about cervical cancer.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale:</b> 7/9</p>
<p><b>Taylor, VM 2002 (103)</b></p>	<p>Cervical cancer screening</p>	<p>Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Cambodian refugees  <b>Age :</b>  Control group n(%):  18–39 y : 48 (33%)  0–59 y : 68 (47%)  60+ y: 28 (19%)  Intervention group n(%):  18–39 y : 48 (34%)  40–59 y : 67 (47%)  60+ y : 28 (20%)</p>	<p>To identify Cambodian households in the target regions, they linked a list of Cambodian names to public-housing rosters, telephone book listings, and motor vehicle registration records.  When a household included two or more eligible women, they asked to speak with the oldest woman</p>	<p>1) self-reported Pap testing in the year prior to completing a follow-up survey + Self-reports with respect to at least one previous Pap smear (i.e. “ever” versus “never” screened)  2) Knowledge and beliefs.  3) Process evaluation (Feasibility/acceptability)</p>	<p>1) These increases were statistically significant in both the intervention and control groups. Similarly, the proportions of intervention and control women reporting they had ever been screened for cervical cancer increased from 75 to 85% and from 77 to 84%. Self-reported Pap testing levels for recently screened and ever screened were almost identical in the two groups at follow-up  2) There were no other significant differences between the two groups for the knowledge and belief items.  3) While they found that inhome educational sessions are feasible and acceptable to Cambodian women (&lt;10% of reachable women refused a home visit), only a minority chose to watch the video with an outreach worker or attend a group meeting.</p>	<p><b>Cochrane - risk of bias:</b>  Poor quality.</p>

<p><b>Mariana Sanchez 2016 (78)</b></p>	<p>HIV prevention and screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Immigrant Latina women from Mexico, Guatemala, Cuba or other Central America/ South America countries. <b>Mean age (+/- SD) :</b> 34.28 years (+/- 6.92) Range age from 19 y to 50 y</p>	<p>Participants were recruited via flyers distributed at local community health fairs and neighborhood level activity locales, through street outreach activities, and by word of mouth by community leaders and community advisory board members.</p>	<p>1) HIV-Related Knowledge. 2) Self-Efficacy and HIV Prevention. 3) Intentions to Negotiate Safe Sex. 4) Condom Use.</p>	<p>1) There is a statistically significant increase from baseline to post-test in HIV knowledge score among participants. 2) Latina women's self-efficacy for HIV prevention increased after the intervention with participants reported higher levels of self-efficacy after the intervention than at baseline. 3) There is a significant difference between the mean score on behavioral intentions to negotiate safe sex, indicating an increase in behavioral intentions from baseline to post-test. 4) There is a significant increase in condom use among participants after the intervention.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 7/9</b></p>
<p><b>Xingjie Wang 2010 (79)</b></p>	<p>Cervical cancer screening</p>	<p>Quasi-experimental 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Chinese immigrant women <b>Mean age (+/- SD)</b> Intervention : 51.35 y (+/- 14.82) Control : 59.35 y (+/- 12.72)</p>	<p>They were recruited from four Asian community-based organizations. Participants from both intervention and control groups were recruited in a similar approach.</p>	<p>1) Pap-testing behavior 2) Change in knowledge</p>	<p>1) Screening rates were significantly higher in the intervention group compared to the control group. Screening behavior was associated with older age. Women with a poorer English language fluency and who did not have insurance were less likely to obtain screening. 2) Both intervention and control groups showed increases in knowledge about risk factors and symptoms following education. But women in the intervention group were more likely to identify conditions as risk factors for cervical cancer and unusual symptoms as possible sign of cervical cancer.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 7/9</b></p>

<p><b>Nguyen Truong, C.K.Y. 2017 (80)</b></p>	<p>Breast cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Immigrant Vietnamese women. <b>Mean age</b> (+/-SD) 66.38 y (8.19) Range age : 50–80 y</p>	<p>Participants were recruited using convenience sampling from a local Asian American community-based organization. Community health workers recruited participants from senior group gatherings and case managements, as well as by telephone with previously encountered immigrant women.</p>	<p>1) Breast Cancer Knowledge. 2) Feasibility. 3) Acceptability. 4) Movement of Stage of Readiness</p>	<p>1) Knowledge about breast cancer significantly increased following the intervention. 2) The good recruitment response rate and very low attrition rate are indicative of good feasibility. 3) Intervention is acceptable for participants. 4) There is change on the stage of readiness</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 8/9</b></p>
<p><b>Taylor, VM 2011 (81)</b></p>	<p>VHB screening</p>	<p>Randomized Controlled trial : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>China, india Iran and others immigrant <b>Age</b> All group : &lt; 40 y: 46% ≥ 40 y: 54%</p>	<p>Project staff collaborated with the regular teacher and project teacher for each class to schedule recruitment and associated project classes. At each recruitment class, the regular teacher provided information about project and only students who spoke Cantonese, Farsi, Korean, Mandarin, and Punjabi were being invited to be part of the study (but all students could attend the health education class). + recruitment flyers</p>	<p>1) HBV testing level 2) Knowledge improvement</p>	<p>1) They found a statistically significant difference between the proportions of experimental group and control group participants who completed hepatitis B serologic testing (using medical records data). However, they were only able to document HBV testing among 6% of the students who attended a hepatitis B class. 2) Experimental group students had higher levels of knowledge than control group students for all of the knowledge variables. Differences between students randomized to the experimental and control arms were statistically significant for all the knowledge variables except one.</p>	<p><b>Cochrane - risk of bias: Poor quality.</b></p>



<p><b>Juon, Hee-Soon</b> 2006 (82)</p>	<p>Breast cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study : cohort. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Korean-American women. <b>Mean Age (+/- SD) :</b> Intervention group: 56.95 y (+/-13.67) Control group : 52.45 y (+/- 12.31).</p>	<p>They enumerated randomly selected Korean churches in 2 geographic areas. The pastors of selected churches were invited to participate, with follow-up by phone. Each pastor identified one of the church members as a contact person, who arranged the times and locations for activities, and were instrumental in encouraging women participation.</p>	<p>1) Intention to obtain a mammogram. 2) Knowledge of mammogram guidelines.</p>	<p>1) The intervention effect was statistically significant. Women in the intervention reported 2.96 times greater posttest intentions to have mammogram than those in the control group. 2) No significant difference in increasing knowledge in the intervention group.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 7/9</b></p>
<p><b>Meade, Cathy D.</b> 2002 (83)</p>	<p>Breast and cervical cancer screening</p>	<p>Quasi-experimental study : before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Hispanic migrants mainly from Mexico <b>Mean age : 35 y</b> Range : 18 to 71 y</p>	<p>Recruitment was done by the investigator along with a lay health workers via : Flyers + personal contacts + word-of-mouth</p>	<p>1) Mammography and Pap test completion (feasibility) 2) Comfort and satisfaction (acceptability) 3) Knowledge improvement</p>	<p>1) Women qualified according to ACS age appropriate guidelines for Pap Test : 12/65. Obtain a Pap Test : 6/12 (50%) Women qualified according to ACS age appropriate guidelines for Mammogram : 6/65. Obtain a mammography : 1/6 2) For <u>Comfort</u> : The score improvement showed an overall 4% change. Using paired t-tests, no significant difference was found in the score differences. For <u>satisfaction</u> : 85% of women said that they were satisfied receiving information about their health from videotape and 89% were satisfied receiving information about health in a class or group. 3) The score improvement, showed an overall 27% increase in knowledge with a significant difference.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 9/9</b></p>

<b>Wang, Judy Hwei-yu 2012 (102)</b>	Breast cancer screening.	Randomized controlled trial : 2 intervention groups vs 1 control	Immigrant Chinese women. <b>Age range :</b> from 40 to $\geq 65$ years	The majority of participants were recruited from onsite community events and the rest were recruited through public advertisement and referrals.	1) Intentions to obtain mammography. 2) Knowledge regarding breast cancer and screening. 3) Improvement in cultural views and health beliefs.	1) Results showed that both videos improved screening knowledge relative to print media. The generic video increased screening intention twice as much as the cultural video. 2) & 3) Results showed that both videos improved screening knowledge, modified Eastern views of health care.	<b>Cochrane risk of bias:</b> Poor quality.
<b>Bell, Truda S. 1999 (85)</b>	Breast cancer screening	Quasi-experimental cohort. Not controlled	multi-ethnic minority, divided into 5 language groups : Gujarati, Urdu, Arabic, Somali, Bengali  Age : > 50 y	Three Inner city general practices in Cardiff, with a low uptake in the previous round of breast screening and a high proportion of ethnic minority women on their lists, were targeted to receive interventions to increase uptake. They took a list of no attended women.	1) Breast screening rate	1) There is an increase in mammography completion in all identified language group.	<b>Ottawa quality assessment scale :</b> 1/9
<b>Page, Andrew 2005 (86)</b>	Breast-Cancer screening.	Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline	Italian-speaking women. <b>Range age :</b> 50 to 69 years	NR	1) Numbers of Italian-speaking women attending for a mammogram. 2) Evaluation of prompts for attending breast screening (Feasibility).	1) There was no statistically significant difference in the number of initial or subsequent mammograms in Italian women between the period during the campaign or after the campaign. 2) 20% of respondents cited the Italian media campaign as a prompt to attend. 50% had heard the radio ad and 30% had seen the newspaper ad encouraging Italian-speaking women to attend breast screening	<b>Ottawa quality assessment scale:</b> 8/9
<b>Joyce Adair Bird 1998 (87)</b>	Breast and cervical cancer screening.	Quasi-experimental study. 1 intervention vs 1 control	Vietnamese; Chinese immigrant women.  Age range from 18 y to $\geq 50$ y.	Survey workers approached every residence in the selected census blocks of the two communities to locate Vietnamese women. In this house-by-house search, more than one respondent was interviewed in some households.	1) Receipt, and maintenance of preventive care checkups and screening tests 2) Recognition of preventive care checkups and screening tests	1) Receipt of screening tests increased likely to report having ever had them than women in significantly. Maintenance increased significantly too. 2) In the intervention community, recognition of screening tests increased significantly between pre and post-intervention surveys.	<b>Ottawa quality assessment scale:</b> 1/9

<p><b>Kagawa Singer, M. 2009 (88)</b></p>	<p>Breast cancer screening</p>	<p>Quasi-experimental : cohort. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Hmong (China et south Asia) refugee <b>Age :</b> Total Group : &lt; 39 y : 13.0% 40–49 y : 39.9% 50–59 y : 21.2% &gt; 60 y : 26.0%</p>	<p>Recruitment was made by community health educators. The research team conducts door-to-door recruitment.</p>	<p>1) Change in breast cancer screening 2) Change in knowledge 3) Breast cancer attitude</p>	<p>1) Breast cancer screening rates showed significant increases between baseline and follow-up in the intervention group in all 3 modalities: ever having heard about breast cancer screening methods, ever having done breast self-examination, and ever having had a clinical breast examination and mammogram. But no significant increase in screening intention 2) &amp; 3) Compared with women in the comparison community, women in the intervention community significantly improved their attitudes toward, and increased their knowledge.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 4/9</b></p>
<p><b>Tung T. Nguyen 2006 (89)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Vietnamese-American women. <b>Mean age +/-SD (range),</b> at pre-intervention : Intervention community 45.2 y +/- 14.3 (18–90). Comparison community : 44.8 y +/- 14.1 (18–89).</p>	<p>Random samples of listed telephone numbers with Vietnamese surnames. In households with more than one eligible respondent, one woman was randomly selected. Recruited and trained Lay health workers (LHW) recruited Vietnamese-American women.</p>	<p>1) Pap test receipt and planned. 2) Beliefs and knowledge about cervical cancer. 3) Exposure to media education elements (Feasability).</p>	<p>1) Pap test receipt increased in the intervention, but not in the comparison community. 2) Knowledge of the Pap test rose in intervention group, but declined in comparison group. 3) Exposure to Vietnamese-language television or radio advertisements increased in both communities, with increases being significantly greater in the intervention group than control group.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 3/9</b></p>
<p><b>Stephen J. McPh 1996 (90)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer screening</p>	<p>Quasi-experimental : before/after. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Vietnamese Immigrants <b>Age :</b> intervention group : 18–39 y : 54% 40–49 y : 21% &gt; 50 y : 25% control group : 18–39 y : 59% 40–49 y : 23% &gt; 50 y : 18%</p>	<p>Trained Vietnamese survey workers approached every residence in the selected census blocks and determined whether any Vietnamese women lived there.</p>	<p>1) Rates of : - Mammograms - Clinical breast examination (CBE) - Pap smear tests - Pelvic examination 2) Improvement in Knowledge/awarness, attitude and intention</p>	<p>1) There were no significant differences in screening rates between the two communities. 2) There is no difference between all components of studied knowledge in one or the other group. There is a significant difference only for awareness about Pap-smear in intervention group.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 3/9</b></p>

<b>Percac-Lima, S. 2011 (91)</b>	Breast cancer screening.	Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline	Bosnian refugee/immigrant women. <b>Mean age :</b> 54 years (median = 52 y, range: 40-78).	NR	Proportion of patients who completed a mammogram in the prior year and after 1-year of follow-up.	After 1-year of follow-up, the proportion of patients with screening in the past year increased significantly.	<b>Ottawa quality assessment scale: 9/9.</b>
<b>Ana M. Navarro 1998 (43)</b>	Breast and cervical cancer	Randomized controlled trial. 1 intervention vs 1 control	Latino community Most of them come from Mexico and the other from USA and other Spanish-speaking countries. <b>Average age :</b> 34 years range 18-72 y	Upon completion of the training, each consejera invited women from their naturally occurring social networks to participate in small group educational sessions	Changes in the use of breast and cervical cancer screening tests: - Performs breast self examination once a month; - Breast physical exam by health professional within the past year; - Mammogram within the past year - Pap test within the past year.	The increase in the use of the cancer screening tests was higher in the intervention group in comparison to women in the community living skills control group Results indicate that there were no statistically significant differences between experimental and control groups in the increase of the percentage of women who had physical breast exams, but significant differences in the increase of mammography use.	<b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality.
<b>Kim, Jin Hee 2009 (92)</b>	Breast cancer screening.	Quasi-experimental study : before/after. control = intervention group at baseline	Korean-American women. <b>Mean age (+/-SD) :</b> 65 years (+/- 11).	2 trained and certified bilingual Korean American community workers recruited study participants in person or by phone contact. The study was advertised through announcements via Korean American media outlets or in Sunday services in Korean American churches, Korean events or forums + flyers + word of mouth.	1) Breast-Cancer screening Knowledge. 2) Stages of readiness for mammography use. 3) Self-efficacy in cancer screening.	1) Mean knowledge scores increased significantly from pre- to post-intervention by 1.4 points. 2) No significant intervention effects were noted on stages of readiness for mammography use. 3) Mean scores for perceived self-efficacy scores increased significantly by 0.9 points.	<b>Ottawa quality assessment scale: 9/9.</b>

<p><b>Nguyen, Thoa 2001 (93)</b></p>	<p>Breast cancer screening</p>	<p>Quasi-experimental : before-after + cohorte. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Vietnamese women <b>Mean Age :</b> Intervention group: Pre-intervention : 51.22 y Post-intervention : 51.50 y Control group: Pre-intervention : 52.34 y Post-intervention : 52.49 y</p>	<p>For contest : Entry forms were printed in five Vietnamese newspapers and magazines and were distributed through various community-based organizations and multiple other places + articles about the project appeared in local English language newspaper</p>	<p>1) Rates of Screening Tests 2) Effects of Exposure to Intervention Activities 3) Intention and awareness regarding CBE and mammogram</p>	<p>The intervention community women at posttest were no more likely to recognize, receive, plan, or be up-to-date for CBE or mammograms than women in the control community. However, women who reported greater exposure to the various intervention elements were significantly more likely to have heard of, have had, and to plan CBE and mammograms than women with less exposure</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 2/9</b></p>
<p><b>Young, S. 2018 (94)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Immigrant women from Mexico. <b>Mean age (+/- SD) :</b> 38.7 years (+/- 10.7) Range : 21-76 y</p>	<p>Workshops were advertised during Mixteco/Indígena Community Organizing Project (MICOP) community events and through flyers.</p>	<p>1) Had a mammogram in the past 6 months. 2) Knowledge on Breast-cancer screening. 3) Exposure to radio modules (Feasability).</p>	<p>1) Women who ever had a mammogram at baseline were significantly more likely to report a mammogram at posttest than women who never had a mammogram at baseline. 2) There was a statistically significant increase in knowledge but the increase was not statistically significant. 3) At posttest, 68% of the women reported that they heard about cancer or going to the clinic for wellness visits on the radio. Of those, 88% heard about it on the radio more than once.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 6/9.</b></p>

<p><b>Carrasquillo, Olveen 2014 (47)</b></p>	<p>Cervical cancer screening</p>	<p>Randomized controlled trial. 3 intervention groups</p>	<p>Immigrants :Hispanic, Haitian and Black (non-Haitian)  <b>Mean Age (+/- SD)</b>  Outreach : 47.5 y (+/- 9.0)  Navigation : 48.3 y (+/- 8.8)  Self-swab option : 47.4 y (+/- 9.5)</p>	<p>Community health workers (CHWs) employed by community health centers (CHCs) in each neighborhood recruited potential participants at community venues And they devised recruitment strategies that are most appropriate to their local. Research assistants (RAs) contacted participants to schedule a study intake visit at the participant’s home, the participating CHC, or another mutually agreed upon community venue.  + radio, advertisings in local newspapers, flyers, poster...</p>	<p>1) Self-reported cervical cancer screening (either Pap smear test or via self-sampled HPV screening) determined at a 6-month  2) Change in Knowledge score</p>	<p>1) women in the self-swab option group were significantly more likely to report having had cervical cancer screening than women in the outreach group and in the navigation group.  Women in the navigation group were also significantly more likely to report having had a cervical cancer screening when compared with women in the outreach group  2) In the overall sample, the proportion of women who correctly answered over half of the cervical cancer knowledge questions increased from 25% to 44% at 6-month . By group assignment, this increase in cervical cancer knowledge was significantly greater in the self-swab option group versus that in the other two groups</p>	<p><b>Cochrane risk of bias :</b>  Poor quality.</p>
<p><b>Ornelas, I.J. 2018 (95)</b></p>	<p>Cervical cancer screening.</p>	<p>Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline</p>	<p>Karen-Burmese and Nepali-Bhutanese refugee women.  <b>Mean age (+/- SD):</b>  34.5 y (+/- 11.1) .</p>	<p>Health educators recruited participants through personal contacts they had in their community, as well as referrals from community advisors and participants with whom they had completed data collection. The study protocol consisted of recruiting women by phone or in-person, then scheduling a time for a home visit.</p>	<p>1) Changes in knowledge and awareness.  2) Intention to be tested.  3) Satisfaction and future use of the video among All women.</p>	<p>1) Women were significantly more likely to report having heard of a test for cervical cancer or likely to be tested after watching the video. Their knowledge about cervical cancer and screening also improved significantly.  2) Women indicated significantly greater intentions to be screened after watching the video.  3) Scores were high for all items, indicating high satisfaction with and perceived utility of the video.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale:</b> 9/9.</p>

<b>Wang, Judy Hwei-yu 2012 (96)</b>	Breast cancer screening	Randomized controlled trial. 2 intervention groups vs 1 control	Chinese immigrants <b>Mean age (+/- SD) :</b> Range : 40.5–86 y Cultural video : 56.03 y (+/-10.80) Generic video : 55.23 y (+/- 10.45) Control video : 56.01 y (+/- 11.32)	NR	1) self-reported receipt of mammography screening in the 6 months post intervention 2) Change in Knowledge scale	1) Neither the cultural nor the generic video significantly increased mammography use among Chinese immigrant women as compared with the fact sheet after adjusting for potential confounders 2) Both of the videos significantly increased women's knowledge.	<b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality
<b>Maxwell, Annette E 2003 (97)</b>	Breast and Cervical cancer screening.	Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control	Filipino immigrant women. <b>Mean age (+/- SD) :</b> Intervention group : 63.6 y (+/- 9.4). Control group : 63.4 y (+/- 10.3).	Filipino women over 40 years of age were recruited through nine community-based organizations and six churches in the county.	Cancer screening rates.	At baseline and follow-up, screening rates for breast and cervical cancer did not differ between study groups. Moderate increases in screening rates were observed in both arms of the study.	<b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality.
<b>Luque, John S. 2016 (98)</b>	Cervical cancer screening	Quasi-experimental : before/after. 1 intervention vs 1 control	Immigrant women from Mexico and other Latin American country <b>Mean age (+/- SD) :</b> 39 y (+/- 8.41) Range : 22 to 62 years	The study team benefited from the assistance of community partners, such as commercial farms and churches, special events, such as school meetings + word of mouth + flyers and posters. These promotional materials were posted in multiple places.	1) Receipt of a Pap test 2) Change in knowledge 3) Cervical cancer self-efficacy	1&2) The group intervention approach was associated with increased cervical cancer knowledge but not uptake of Pap test 3) Both groups scored high on this scale at follow up for cervical cancer self-efficacy. All values improved in both the intervention and the control group. However, there were higher overall values for most items in the intervention group compared to the control group at follow-up	<b>Ottawa quality assessment scale: 7/9</b>
<b>Hae-Ra Han 2008 (99)</b>	Breast cancer screening.	Quasi-experimental study: before/after. control = intervention group at baseline	Korean immigrant women. <b>Mean age (+/- SD) :</b> 55.3 y (+/- 10.8) Range : 40 to 80 y.	They recruited LHWs through ethnic newspaper advertisements, recommendations from ethnic church leaders and word of mouth. Participants were recruited by trained LHWs by their social network.	1) Receipt of a mammogram, CBE and BSE. 2) Breast cancer knowledge. 3) Awareness. 4) Perceived susceptibility.	1) Rates of breast cancer screening behaviors significantly increased at 6 months. 2) They did not find any significant differences in breast cancer knowledge before and after the intervention. 3) Awareness increased significantly at 6 months follow-up. 4) The mean total scores slightly increased over time for perceived benefits and decreased for perceived susceptibility. None of the differences was statistically significant.	<b>Ottawa quality assessment scale: 9/9.</b>

<p><b>Pratt, R. 2019 (100)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer screening</p>	<p>Quasi-experimental : before/after. control = intervention at baseline</p>	<p>Somali American Muslim women <b>Mean age (+/- SD) :</b> 47.3 y (+/- 11.1) range : 30–70 y</p>	<p>They were recruited through a local mosque and were invited to participate if they were interested in learning more about breast or cervical cancer screening</p>	<p>1) Experience of Workshop. 2) Change in perceptions of breast and cervical cancer screenings from before to after the workshop. 3) Intention to screen</p>	<p>1) The workshops were feasible, and both the women and the imams found the workshops enjoyable as well as informative. 2) The discussions of religiously tailored messages had a positive impact on attitudes toward cancer screening, and, for the women, a positive impact on intention to screen. 3) All 30 women who attended the workshop reported learning beneficial information and said that attending the workshop made it more likely that they would get screening.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 9/9.</b></p>
<p><b>Patria Rojas 2019 (101)</b></p>	<p>HIV prevention</p>	<p>Quasi-experimental study: cohort. Not controlled</p>	<p>Immigrant women from Mexico, Central America, Caribbean or South America. <b>Mean age (+/- SD) :</b> 33.0 years (+/- 11.0).</p>	<p>Study participants were recruited through flyers distributed at neighborhood settings (i.e. health fairs, migrant camps), street outreach activities and word of mouth.</p>	<p>1) HIV-Related Knowledge. 2) Condom use + condom use self-efficacy: defined as a woman's confidence in her ability to use condoms and practice HIV prevention behaviors. 3) Intentions to negotiate safe sex.</p>	<p>1) There was a significant increase in HIV-related knowledge after the intervention. 2) The percentage of condom use increased. The odds of condom use after the intervention were three times that at baseline. + significant increases in condom use self-efficacy were found after the intervention. 3) Results suggest a significant increase in intentions to negotiate safe sex after the intervention. All results were adjusting for sociodemographic variables.</p>	<p><b>Ottawa quality assessment scale: 6/9.</b></p>
<p><b>Eunice Lee 2014 (45)</b></p>	<p>Breast cancer screening</p>	<p>Randomized controlled trial : 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Korean first génération immigrants <b>Mean age (+/- SD) :</b> 53.18 y (+/- 9.68)</p>	<p>Couples were recruited from 50 KA religious organizations. The study was announced in the church newsletter, and the religious leader made an announcement during the service. The authors recruited couples on a Sunday at each KA religious organization immediately following worship services</p>	<p>1) Mammography uptake at 6 months and 15 months</p>	<p>1) The KIM-CHI group showed a significant increase in mammography uptake over the control group at 6 and 15 months post-intervention.</p>	<p><b>Cochrane risk of bias : Poor quality.</b></p>



<p><b>Rabiye Erenoğlu 2019 (40)</b></p>	<p>Breast and cervical cancer prevention/ and screening.</p>	<p>Randomized controlled trial. 1 intervention vs 1 control</p>	<p>Refugee women from Syria. <b>Mean age (+/- SD) :</b> 32.68 y (+/- 8.12). Range: 20-51 y</p>	<p>The refugee women admitted to the Public Education Center were evaluated in terms of compliance with the inclusion criteria.</p>	<p>Changes in breast-cervical cancer awareness.</p>	<p>There was a statistically significant difference between the post-test mean scores of the experimental and control groups (p&lt;0.005). In this study, it was determined that health education given to refugee women in their own language had a significant effect on breast and cervical cancer awareness.</p>	<p><b>Cochrane risk of bias :</b> Poor quality.</p>
---	--	---	--	---	---	--	---

**Tableau 3 : Détails relatifs aux interventions**

Authors / publication year	Brief name & Intervention description	Who Provided	Provider training	How	Where	When and how much	Tailoring	Cultural Tailoring	Retention strategy
Joel M. Moskowitz, 2007 (48)	“ <b>Health is Strength</b> ”: a multifaceted community program Educational session (Distribution of booklets) + financial incitative for screening + Media campaign (newspapers, radio and multicolored posters)	KA social worker + KA nurse from the local community for workshops.	Yes	<b>Educational session</b> : Groups <b>Media campaign</b> : individually, at distance.	<b>Educational group</b> : KA churches private homes or in KA senior centers	Across 30 months of intervention.	NR	Focus groups were used to develop each component, and pilot-testing was conducted prior to full implementation to ensure cultural appropriateness of each component. Materials in KA churches, KA newspapers, in Korean.	Financial compensation strategy
Lee-Lin, F 2015 (49)	<b>Breast Health Educational Program (TBHEP)</b> Educational session (Verbal and PowerPoint presentation + question and answer sessions) + Individual counseling session + logistical assistance and navigation if needed	Members of an Asian Health Service Center (AHSC).	Yes	face-to-face for group teaching At distance (telephone) for counseling session.	NR	1 group session 1 individual counseling session after educational session.	Logistic assistance were proposed if necessary Subsidies to pay for screening in the event of cost problems.	Intervention provided by Members of AHSC They took into account cultural beliefs of Chinese-American immigrant All culturally tailored materials had been presented to Chinese-American immigrant women in the study’s initial focus groups	Financial compensation strategy
Samera A. Qureshi, 2019 (50)	Interactive educational session (verbal presentation + video clip instruments used in screening) + question and answer session + refreshment session	<b>Pakistani group</b> : the principal author with a female assistant <b>Somali group</b> : a male Somali nurse	Yes	In meeting groups, separately for the Somali and Pakistani communities	Community center located in each of the setting areas.	1 meeting + 1 refreshment session	NR	The content of the presentation was both in English and in the respective languages. The intervention was conducted separately for the Somali and Pakistani communities.	Lottery gift + Serving drink and refreshments.

<p><b>Ann Wilde Kelly 1996 (51)</b></p>	<p>Culturally information and screening facilitating intervention : 1) Educational session (Videotap + question and answer session) 2) Group appointments for screening .</p>	<p>1) Educational session: project staff member. 2) Examination screening : A Cambodian staff member + medical interpreter accompanied each group for screening</p>	<p>NR</p>	<p>In groups. Face-to-face.</p>	<p>1) Informational meetings in private homes or churches. 2) Examination screening in out patient clinics.</p>	<p>7 community informational meetings + 6 screening sessions.</p>	<p>NR</p>	<p>Before intervention focus group with member of southeast Asian community and Cambodian was conducted, to identify barriers to screening. Materials were developed in Cambodian language and video was made with the help of members of the Cambodian community.</p>	<p>Food during screening sessions + educational videotape was shown again during waiting periods in Clinics</p>
<p><b>Tomas Nuno; 2010 (46)</b></p>	<p>“<b>Entre Amigas/Between Friends’</b> Educational sessions (Verbal presentation + use of ice-breakers, games and activities) and distribution of education materials (shower cards, calendars...). + After 1 year: a refreshment class session.</p>	<p>4 <i>promotoras</i>.</p>	<p>Yes in 5 modules</p>	<p>Small groups (3 to 12 women), face-to-face.</p>	<p>In the participants’ homes.</p>	<p>1 educational session + a refresher class 1 year later</p>	<p>NR</p>	<p>All interviews and subject contacts were performed by female bilingual <i>promotoras</i> native to the communities being surveyed.</p>	<p>Prizes in the form of patient education materials. Many different attempts to contact women and schedule visits were made.</p>
<p><b>Taylor VM. 2002 (36)</b></p>	<p><b>The first experimental group</b> (Outreach worker intervention group) : educational sessions (discussion + educational materials distribution + logistic assistance) <b>The second experimental group</b> (Direct mail intervention group) : educational materials (pamphlet, brochure, fact sheet and video ) were sent by mail</p>	<p><b>In the first experimental group</b> : by trilingual, bicultural outreach workers.</p>	<p>Yes</p>	<p>Individually, face to face for the first group. By mail for the second one.</p>	<p>At home's participants.</p>	<p><b>In the first experimental group</b> : 1 educational home-visit session + 1 phone call after 1 month.</p>	<p>The information provided for screening has been adapted to the city (Seattle or Vancouver). During Telephone call after intervention : tailored responses to address the individual barriers of women who had not been screened.</p>	<p>Questionnaires were administered in women’s homes by female Chinese interviewers who spoke Cantonese, Mandarin, and English. They used findings from a qualitative study to develop culturally and linguistically appropriate materials Video and all written materials were culturally tailored.</p>	<p>Many attempts were made to contact each woman The outreach workers offered logistic assistance to women as necessary.</p>

<p><b>Farah Ahmad 2004 (52)</b></p>	<p>Media campaign (health articles in newspapers)</p>	<p>The research team developed health articles. A scientific writer prepared the preliminary versions of the articles which were revised by all team members.</p>	<p>NA</p>	<p>Individually, distance.</p>	<p>South Asian grocery stores.</p>	<p>Newspapers produced 10,000 copies every week</p>	<p>NR</p>	<p>Breast-health articles published in Urdu and Hindi newspapers. The article accuracy was verified by bilingual research team members. Subsequently, 10 focus groups with Hindi and Urdu speaking SA women tested the translated articles for clarity and acceptability. For each language group, five focus groups were organized.</p>	<p>Information about screening procedures, referral system, and availability of female health personnel during sensitive examinations was provided to overcome knowledge gaps, modesty, and apprehension associated with the unknown + Relevant contact information.</p>
<p><b>Lisa K. Hansen 2005 (53)</b></p>	<p>Educational sessions (discussion with their family and social contacts + using educational materials including booklets and notebooks)</p>	<p>5 <i>promotoras</i>: Women of Hispanic origin, &gt; 18 years with a prior history of cancer.</p>	<p>Yes</p>	<p>Individually, face-to-face, or by phone.</p>	<p>Women's or promotora's home. Other common locations : work, over the telephone and at parties.</p>	<p>12-week courses</p>	<p>Women without an established primary care physician or those lacking financial resources were provided with an "invitation" to have screening performed at one of the local community health clinics.</p>	<p>Project staff analyzed factors within the institution and the community that could have been barriers to or screening efforts. 2 Hispanic female health educators were hired to conduct intervention Bilingual materials were used</p>	<p>NR</p>
<p><b>Young H. Kim 2004 (41)</b></p>	<p><b>"Let's Talk Between Women"</b>  <b>Intervention group :</b> Education session (presentation + discussion, sharing experiences)  <b>Control group :</b> access to a free or low-cost mobile mammography service alone</p>	<p>Intervention group: 2 local Korean American breast cancer survivors+ 1 female Korean American nurse practitioner.</p>	<p>Yes for breast cancer survivors</p>	<p>Groups, face-to-face.</p>	<p>Educational sessions : NR. Access to free or low-cost mobile mammography services : on site at the church one week after the baseline test</p>	<p>Session lasted approximately 1h</p>	<p>Women without an established primary care physician or those lacking financial resources to obtain screening were provided with an "invitation" to have screening performed at one of the local community health clinics</p>	<p>The study sites were selected from Korean churches + The instruments were translated to Korean and translated back to English to establish semantic equivalency + The cultural forces shaping the health of Korean American women were incorporated in the education session that addressed their cultural values, perception, and expectations.</p>	<p>Traditional Korean foods and beverages. The peer-group education program began with the pastor offering a prayer and expressing approval and appreciation of the program.</p>

<p><b>Tung T. Nguyen 2009 (54)</b></p>	<p><b>Lay Health Worker Outreach + Media-Based Education Campaign</b> Educational session (presentation + question and answer session + materials like flip chart and booklets) + refreshment educational session 2 months later + reminder call 1 month after Media campaign (TV, newspapers and radio advertisements + newspapers articles + Booklets + silk roses with reminder cards + reminder calendars)</p>	<p>Women lay health workers (LHW) which included housewives, students, and other members of the community</p>	<p>Yes</p>	<p>Groups, face-to-face; and individual phone-calls.</p>	<p>Community based organizations (CBOs) in Santa Clara County, or the LHW's or a participant's home.</p>	<p>2 small group outreach sessions; lasting about 90 minutes; for 3 to 10 women. + phone call.</p>	<p>LHW answered participants' questions and re-emphasized the benefits of screening at the refreshment sessions</p>	<p>Culturally tailored materials and media Provided by trained women Lay health workers who were members of the community</p>	<p>Financial compensation strategy</p>
<p><b>Lee-Lin, F. 2014 (55)</b></p>	<p><b>Targeted breast health educational program (TBHEP)</b> Educational session (PowerPoint presentation guided interactive group discussion) + Individual counseling sessions by phone call at distance of the educational session</p>	<p>The first author</p>	<p>They had an advanced degree in oncology nursing.</p>	<p>In group and then at distance (phone call).</p>	<p>NR</p>	<p>1-h educational group session + 1 follow-up telephone call</p>	<p>Individual counseling to help TBHEP intervention group participants overcome barriers</p>	<p>Culturally tailored materials. Topics included how to overcome general and cultural barriers to obtaining mammograms.</p>	<p>They offered food during class + financial compensation strategy</p>
<p><b>McAvoy, B.R. 1991 (56)</b></p>	<p>- <b>2 groups</b> were visited personally and shown one of two educational materials (video or the leaflet and fact sheet). The women were sent bilingual letters explaining the purpose of the study and offering the women the chance to view health education materials in their homes in the presence of a research assistant. - <b>1 group</b> was sent the leaflet and fact sheet by post.</p>	<p>The research assistant for visited group.</p>	<p>NR</p>	<p>2 groups face-to-face, individually; 1 group at distance individually.</p>	<p>Subjects' homes.</p>	<p>1 home visit. All visits took place during April to November 1987.</p>	<p>The interviews took place in a room of the woman's choice, and other family members were allowed to be present if requested</p>	<p>Video versions were made with the sound track in English, Gujarati, Punjabi, Urdu, Hindi, and Bengali. Same language for the leaflet and fact sheet, the translations were done by volunteers from the Asian community.</p>	<p>For 2 visited groups : Many attempts were made to establish contact. Other family members were allowed to be present if requested</p>

<b>Tanya Hoare 1994 (57)</b>	2 linkworkers followed up women a few weeks before invitations were sent out. Educational sessions : discussion (short explanation) + encouragement to follow up on the invitation for screening.	2 linkworkers	Yes	Individually, face-to-face	Women' homes	1 visit.	NR	NR	If no information was obtained on a first visit, a second visit was made.
<b>Dallo, Florence J. 2010 (58)</b>	Educational session(discussion)	Unlicensed physician + licensed physician.	NR	Individually, face-to-face.	At the Arab American and Chaldean (Catholic Iraqis) Council (ACC).	From 2005 to 2007. 1 session / person of 1.5 h.	NR	They used several resources, including the Center for Disease Control and Prevention (CDC) BRFSS State Questionnaire with slight cultural and linguistic refinements.	The announcements and flyers offered free cancer screenings
<b>Cullerton, Katherine 2016 (59)</b>	<b>Pilot Cancer Screening Education Program (PCSEP)</b> Educational sessions	Multicultural Health Workers (MHWs).	Yes	Group, face-to-face.	NR	3 kind of different subject sessions 7 breast cancer sessions. 2 cervical cancer screening sessions	They went through each question verbally with participants in a group, and assisted those who had difficulty understanding or completing the surveys.	MHWs examining the material for understanding and cultural appropriateness, and using pictorial images that were relevant to the communities they were intended to address.	NR
<b>Flanagan, Stuart 2019 (37)</b>	<b>HepFREE</b> 4 targeted screening groups: - standard (hospital-based) care and a standard invitation letter; - standard care and an enhanced invitation letter; - community care and a standard invitation letter; - community care and an enhanced invitation letter.	General practitioners + Hospital.	NR	Individually at distance, as they received a letter.	Letters received at home.	From Oct 31, 2013, to Feb 4, 2017.	NR	They used previous qualitative studies to develop an adapted enhanced invitation letter for migrants, Which were validated in focus group sessions.	Financial compensation strategy for GPs

<p><b>Dunn, Sheila F. 2017 (60)</b></p>	<p><b>Cancer Awareness: Ready for Education and Screening (CARES):</b> Educational sessions (PowerPoint presentation) cofacilitated by peer leaders in familiar community settings; + facilitated access to screening + Follow up phone call</p>	<p>42 peer leaders + and CARES program staff.</p>	<p>Yes for peer-leaders</p>	<p>Language specific group sessions, face-to-face.</p>	<p>66 community sites throughout Toronto.</p>	<p>1 educational session per participant. In total 145 educational sessions provided in 20 languages..</p>	<p>Pap screening was offered through multiple places. Mammography through individual appointments at community mammography sites, or group visits at hospital mammography unit. Intervention's women who did not register for screening were contacted several months later by the peer leader</p>	<p>Peer leaders collectively spoke 24 languages.</p>	<p>Public transit fares, child care, and snacks.</p>
<p><b>Ouyang, David 2012 (61)</b></p>	<p>Educational sessions (Verbal presentation + question and answer session)</p>	<p>Medecine, Nursing, and Pharmacy Student in 1st and 2nd grade +/- interpreters.</p>	<p>yes for students and interpreters</p>	<p>Individually; face-to-face.</p>	<p>In 2 Students Run Clinics (SRCs)</p>	<p>From September 2011 to April 2012 3 sessions for each patient.</p>	<p>The educational content was adapted to the target population's vocabulary level. A trained undergraduate interpreter was assigned to facilitate communication if necessary</p>	<p>Providers who elected to volunteer at the HBV SRCs were required to complete 2 h of instruction on cross-cultural communication and working with interpreters.</p>	<p>Both sites offered free HBV education, screening, free to low-cost HBV vaccinations, and follow-up visits for additional education and specialty clinic referrals for patients found to have chronic HBV infection.</p>

<p><b>van der Veen, Y.J. 2013 (62)</b></p>	<p>The website guided each visitor through 5 sections. Only differed in the intervention section, which is different for the 3 groups. The other sections used the same generic design for all participants.  - <b>Behaviourally tailored intervention (BT):</b> 5 socio-cognitive modules + for each individual, counseling advice.  - <b>Behaviourally and culturally tailored intervention:</b> Same as BT + 2 "cultural" modules</p>	<p>NA</p>	<p>NA</p>	<p>Individually, at distance by the website.</p>	<p>NR</p>	<p>1 code access per participant to the website.</p>	<p>Based on their unique code, participants received tailored test advice.</p>	<p>The BCT intervention : 2 'cultural' modules that took into account cultural factors such as religious rules, values and responsibility, the perceived quality of healthcare in the Netherlands and the association of HBV screening with sexuality</p>	<p>After inclusion participants could request a laboratory form and obtain a free blood test at a community health center. 3 reminders to get tested were sent to everyone who requested a laboratory form but who had not been tested after first letters were sent.</p>
<p><b>Percac-Lima, Sanja 2013 (63)</b></p>	<p>Patients were mailed a letter that introduced the program + educational materials. Then discussion by phone or in person + outreach sessions</p>	<p>Patients navigators (PNs) : 1 woman from Bosnian community + 2 outreach workers already working at the HC.</p>	<p>Yes</p>	<p>Mailing: individually, at distance. 1 week later: individually, face-to-face or by phone-call.</p>	<p>Massachusetts General Hospital Chelsea HealthCare Center. Outreach sessions at local churches and mosques.</p>	<p>Time spent with each patient varied from 1 to 8 h. Outreach sessions during the years of the navigation program</p>	<p>The Patient navigators provide assistance for screening appointment if necessary</p>	<p>Culturally and linguistically tailored educational handouts for patients were developed. PNs and patients from the community worked with medical interpreters to adapt materials to the culture and educational level of patients</p>	<p>The PNs provide assistance for screening appointment if necessary. Each year, PNs contacted patients who had not had a mammogram in the prior year.</p>
<p><b>Kari White 2012 (64)</b></p>	<p><b>Theory-based (PEN-3) outreach program</b>  Educational sessions (discussions and question and answer sessions) + Incentive screening</p>	<p>Latinos interested in serving as lay health promoters (LHPs). + A spanish-speaking Latino physician + A Latina breast cancer survivor.</p>	<p>Yes</p>	<p>In group, face-to-face during luncheons.</p>	<p>Local churches (a trusted setting).</p>	<p>A total of 13 outreach events were hosted between 2003 and 2009. They host the event on Saturday mornings.</p>	<p>NR</p>	<p>Latinos assisted in the development of a culturally appropriate intervention. A Spanish-speaking Latino physician was invited to give an educational talk, and a Latina breast cancer survivor her testimonial regarding the importance of cancer screening. Event was hosted on Saturday mornings to reduce known barriers</p>	<p>Pap smears were offered at low cost, and mammograms were provided at no cost. Site child care and lunch were provided.</p>



<p><b>Tsu-Yin Wu 2015 (65)</b></p>	<p><b>A Web-based, individually tailored program</b> Individual culturally tailored counseling using a computer-assisted telephone interviewing system with the evaluation questionnaire, personalized messages and message selection algorithms</p>	<p>Study staff.</p>	<p>Yes + they had at least a bachelor's degree in a health-related field.</p>	<p>Individually, at distance.</p>	<p>NA</p>	<p>1 baseline assessment + 1 interview</p>	<p>The counseling content provided individualized messages based on her responses at baseline assessment. Cultural issues specific to Chinese American women include perceived barriers and misconception about the risks of breast cancer</p>	<p>A 8 member Advisory Board including 2 community health leaders with backgrounds in Chinese culture, meetings were convened to discuss the results from the field testing and provide recommendations to the research team + they reviewed the scripts of messages. Interviews and telephone interventions in Mandarin or Cantonese.</p>	<p>Financial compensation strategy</p>
<p><b>Park, MN 2014 (38)</b></p>	<p>Educational sessions (Verbal and PowerPoint presentations + educational materials + discussion + question and answer sessions) + individual counseling with emotional support</p>	<p>Researcher +/- interpreters</p>	<p>NR</p>	<p><b>Educational sessions:</b> group, face to face <b>Individual counselling :</b> face to face individually +/- interpreters</p>	<p>Healthcare establishment</p>	<p>Over a period of 4 weeks. Educational sessions : 1/week Individual counseling : 1/week Telephone follow-up : within 7 days of each education session.</p>	<p>Educational materials were bookletized and distributed in the language of each country of origin. Health advice was given with the help of an interpreter if necessary.</p>	<p>The instruments used in this study were linguistically appropriate. The translation was carried out by someone who has lived in Korea for over 10 years, and who are familiar with Korean culture and each language.</p>	<p>The researcher minimized the financial burden on the subjects by covering all the costs of round-trip transportation and medical tests</p>
<p><b>Ana M. Navarro 2007 (66)</b></p>	<p>A community-based intervention following the Por la Vida (PLV) intervention model. Educational sessions (using materials)</p>	<p>Community health advisors (“consejeras”).</p>	<p>Yes</p>	<p>In small groups, face-to-face.</p>	<p>NR</p>	<p>12 sessions of 90-min consecutive weekly and 2 monthly sessions.</p>	<p>NR</p>	<p>The telephone surveys were conducted by bilingual survey workers in either English or Spanish. Natural helpers in the Latino community serve as community health advisors (= consejeras).</p>	<p>NR</p>

<p><b>Del Mar, Chris 1998 (67)</b></p>	<p>Media campaign (radio station + Newspaper advertisement + distribution of flyers + prevention talks) + personalized screening letter</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>At Distance or face to face (for talks), individually</p>	<p>Cervical cancer prevention talks: at a community health center, schools, and Vietnamese community organizations.</p>	<p>Mail in November 1994. A media campaign was introduced for the whole region during 1 year.</p>	<p>NR</p>	<p>The media campaign was distributed to community venues commonly frequented by ethnic Vietnamese. Personalized letter was verified to be culturally and linguistically appropriate by 2 Vietnamese-speaking volunteers.</p>	<p>NR</p>
<p><b>Livaudais, Jennifer C. 2010 (68)</b></p>	<p><b>"The home health parties":</b> guided discussions about breast cancer. Educational sessions (Slide presentation + Flip charts + interactive discussion + question and answer sessions + distribution of resource guide) +/- appointment assistance for screening</p>	<p><i>Promotoras:</i> community members in Yakima Valley.</p>	<p>Yes</p>	<p>Group; face-to-face.</p>	<p>In participant's homes.</p>	<p>A total of 23 breast cancer home health parties between April 2007 and September 2008, Group of an average of 4 people (range 3–8)</p>	<p>Logistic assistance for screening by <i>Promotoras</i> if necessary Presentations and discussions were held in the participants' preferred language, and written materials that were distributed were bilingual and appropriate for those with low literacy levels.</p>	<p>Use of the Promotora to facilitate participants' discussion of health issues, as the Promotoras were trained health educators from the participants' own communities</p>	<p>NR</p>
<p><b>Jenkins, Christopher N. H. 1999 (69)</b></p>	<p>2 phase of media campaign (advertisement and articles in newspapers + TV + posters) + materials distribution (brochures, booklets)</p>	<p>Project staff .</p>	<p>NR</p>	<p>At distance, individually.</p>	<p><b>During the 2 phases:</b> Multiple places</p>	<p><b>Phase 1 :</b> 9 months then <b>Phase 2 :</b> 15-months:</p>	<p>No</p>	<p>All intervention materials were developed in the Vietnamese language and were reviewed by a panel of Vietnamese physicians, focus groups of consumers, and the project's Community Advisory Board. Distribution of material to Vietnamese media.</p>	<p>In each phase, referral lists of sites with low-cost or free screening services or with translation services were distributed and published in newspapers.</p>

<b>Moen, Kathy Ainul 2020 (42)</b>	Educational sessions for general practitioners (GP) + distribution of mouse pad + poster in the waiting rooms	Research staff.	NR	Individually; face-to-face and at distance (posters..)	NR	NR	No	NR	NR
<b>Mock, Jeremiah 2007 (70)</b>	<b>Lay health worker outreach</b> : Educational sessions (Presentation + question and answer session) + screening incitative Then second gathering with same women (question and answer session) + <b>Media campaign</b> (advertisement and radio TV and newspapers) + Material distribution (booklets, calendars, roses, posters)	Lay health workers (LHW)	Yes	<b>LHW outreach:</b> groups, face-to-face. <b>Media Campaign:</b> individually, distance.	<b>LHW outreach : NR. Media-Based Education Campaign:</b> television, radio, newspapers, educational support at multiple places	From 2001 to 2004. <b>LHW outreach</b> : 2 small group gatherings of 90 min for 3 to 5 women, or 120 min for 6 to 10 women. 2 educational session	During the LHW outreach : over 3 to 4 months after the first educational session, LHWs contacted participants to explain how to access medical services and to help with scheduling appointments.	Lay health worker outreach coordinator is a Vietnamese woman. Each coordinator recruited 10 Vietnamese American women to become LHWs.	Logistical assistance for screening. + Financial compensation strategy + For those with reading difficulties, research staff administered the questionnaires in Vietnamese.
<b>Maria E. Fernandez 2009 (71)</b>	<b>Cultivando la Salud (Cultivating Health)</b> Educational session using educational materials including a video, flipchart, breast models, pamphlets) + information about how to access to screening	Lay health workers	Yes	Individually, face-to-face.	Women's homes.	1 session face to face 2 months after the baseline survey and then phone call 2 weeks later.	Any further assistance that might be needed	- Lay health workers were chosen because of their unique ability to reach, through personal contact in the community. Using bilingual educational material. A pilot study provided information on the appropriateness and acceptability of the educational materials and the feasibility of implementing the program.	2 weeks after the intervention was delivered, the lay health workers contacted the participants to provide any further assistance that might be needed. + Financial compensation strategy
<b>Nebot, Laia 2015 (72)</b>	Educational session (practical presentation + personalised discussion + materials distribution)	Public health professionals	NR	NR	Community center	Years 2011-2012. 1 session of 45 min	Individual and personalized discussion	NR	provision of condoms, a leaflet and a multi-trip travel card as an incentive

<p><b>Lam, T.K.</b> <b>2003 (73)</b></p>	<p><b>Lay health worker outreach</b> : Educational sessions (Presentation + facilitate discussions + question and answer session + <b>Media campaign</b> (TV, radio, newspapers advertisements, posters and booklets)</p>	<p>Lay Health Worker (LHW)</p>	<p>Yes</p>	<p><b>LHW outreach</b> ; Group, facet-to-face <b>Media campaign</b> : Individually at distance</p>	<p><b>LHW Outreach: NR</b> <b>Media campaign</b> :Material distribution at physicians' offices, community forums, LHW outreach sessions and cultural events.</p>	<p>Groups of 3 to 4 women participate in 2 sessions of 90 min, or groups of 5 to 10 women in two 120 min sessions.</p>	<p>The LHWs explained how to access medical services and helped some women to schedule Pap test in the LHW + Medi campaign group</p>	<p>The coalition hosted 2 community forum to discuss the problem about cervical cancer and strategies to increase screening. This project integrates 6 components implemented simultaneously to address sociocultural and structural barriers to cervical cancer screening by reaching : community members, physicians and the healthcare system. They use culturally tailored media. Lay health workers were Vietnamese American women</p>	<p>Financial or gift compensation strategy</p>
<p><b>Gondek, Matthew</b> <b>2015 (74)</b></p>	<p><b>The immigrant and refugee health education program:</b> a single-session breast health education program Educational session during English as second language (ESL) classes (presentation + educational materials + question and answer session) + one-on-one navigation assistance in completing breast cancer screening</p>	<p><b>Educational session:</b> a project director and/or health educator. + A breast cancer survivor, and a female physician</p>	<p>NR</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>6 local primary resettlement agencies that are responsible for the resettlement of refugees.</p>	<p>A total of 14 community-based breast health educational sessions between April 2012 and March 2014. 1 educational session lasted 60–90 min.</p>	<p>Age-appropriate women (&gt; 40y) who were not current with breast cancer screening were contacted after the program and offered navigation assistance. +/- Interpreters if necessary</p>	<p>Presentations were delivered in multiple languages using interpreters</p>	<p>During the one-on-one navigation assistance, on-site interpreters at the mobile van were provided to aid the patient in understanding the procedure and obtaining informed consent.</p>

<p><b>Taylor, VM 2010 (39)</b></p>	<p><b>Lay Health Worker–Based Intervention</b>  During home visit :  Educational session (discussion + distribution of educational materials like video or pamphlet)  If the women refused to watch the videos with the LHWs, the educational material was left with them or sent to them by mail.</p>	<p>Lay Health Workers (LHW)</p>	<p>Yes</p>	<p>Face-to-face during home visits; or individually at distance by the educational materials were mailed to her home.</p>	<p>Participants' homes.</p>	<p>1 educational session + 1 follow-up telephone calls with participants 1 month after completed home visits to offer further assistance, as necessary.</p>	<p>LHWs attempted to complete follow-up telephone calls with participants 1 month after completed home visits to offer further assistance, as necessary.</p>	<p>All project personnel who had direct contact with participants were bicultural, bilingual Vietnamese American women.  - They used findings from an earlier qualitative study to develop culturally and linguistically appropriate materials</p>	<p>LHW were married women with children, which would help traditional Vietnamese participants feel comfortable and confident about discussing reproductive concerns with them + Financial compensation strategy</p>
<p><b>Taylor, VM 2009 (75)</b></p>	<p>Educational sessions during English second language (ESL) classes (presentation + interactive exercises + education material like pamphlet)</p>	<p>Certified ESL teachers.</p>	<p>Yes</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>ELSA level 3 (low-intermediate) classes.</p>	<p>A 3-hours educational session.</p>	<p>NR</p>	<p>Study materials that were read by study participants were translated into simplified and traditional Chinese script and read in Cantonese and Mandarin. All project staff members with direct participant contact were trilingual (Cantonese, Mandarin and English).</p>	<p>All students received a letter reminding them that they had agreed to participate in the study. Several contacts are attempted (mail or phone call).  + Financial compensation strategy</p>

<p><b>Taylor, V.M. 2009 (76)</b></p>	<p><b>Lay Health Worker Intervention</b> Educational session (Verbal presentation using visuals aids and educational materials like video and pamphlet + individual counseling)  If the women refused to watch the videos with the LHWs, the educational material was left with them or sent to them by mail.</p>	<p>Lay health workers.</p>	<p>Yes</p>	<p>Individually, face-to-face or individually at distance if a lay health worker was unable to contact a participant, the educational materials were mailed to his/her home.</p>	<p>Participants' homes.</p>	<p>1 educational session or 1 mailed material.</p>	<p>During home visits, lay health workers systematically asked participants if they could watch the video together.</p>	<p>All study materials were translated into simplified and traditional Chinese All project personnel with direct participant contact were bicultural, trilingual (Cantonese, Mandarin, and English) Chinese Americans/Canadians. They used findings from an earlier qualitative study to develop culturally and linguistically appropriate materials</p>	<p>Many attempts to contact women and schedule visits. Individuals who refused a home visit were offered the educational materials or the educational materials were mailed to participant's home. + Financial compensation strategy</p>
<p><b>Kernohan, E. 1996 (77)</b></p>	<p>Educational sessions (workshops + discussion using materials like video) + Media Campaign (interviews in local press and radio + leaflets and posters)</p>	<p>Educational sessions : Health Promotion Facilitators Media campaign : the project coordinator was involved in interviews.</p>	<p>Yes</p>	<p>Educational session: in group face-to-face. Media campaign : individually, at distance.</p>	<p><b>Educational group sessions:</b> multiple places</p>	<p>During 18 months.</p>	<p>Individual counseling if required after educational session.</p>	<p>The tutors for the training program were from minority ethnic communities. Practice sessions were conducted in appropriate languages for the staff and minority ethnic women.</p>	<p>The Health Promotion Facilitators held group sessions in all places where women attend or meet naturally.</p>
<p><b>Taylor, VM 2002 (44)</b></p>	<p>Educational session : - Individual home visit (educational materials + video) - then groups meetings (Presentation + educational materials) or phone call for women who refused group meeting</p>	<p>Outreach workers: bicultural women from Cambodian community.</p>	<p>Yes</p>	<p>Home visit: individually, face-to-face. Group meetings: in group, face-to-face. or phone call</p>	<p>At participant's home. + Group meetings were held at local community centers.</p>	<p>1 home visit + (1 group meeting or 1 telephone follow-up).</p>	<p>During home visit, the outreach worker asked the woman if they would watch a Khmer-language video together + Tailored logistic assistance, as necessary.</p>	<p>- Interviewers were all bilingual, bicultural Cambodian women. - Intervention was provided by trained bilingual, bicultural outreach workers from Cambodian community</p>	<p>Ten attempts were made to contact each woman. During <b>group meetings</b>: light refreshments were provided.</p>

<p><b>Mariana Sanchez 2016 (78)</b></p>	<p><b>The SEPA intervention :</b> Educational session employs demonstrations, role-play, and other capacity building exercises</p>	<p>Trained facilitator and facilitated by 2 bilingual latin.</p>	<p>NR</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>4 community settings that were easily accessible to participants.</p>	<p>SEPA that includes a 2.5-hour intervention facilitated over 3 sessions within a 3-week period. Small groups of 6 women.</p>	<p>NR</p>	<p>A pilot study intervention targeting HIV risk behaviors among Latina immigrants in the farmworker community. It involved a comprehensive community assessment. Language adaptations were made to the original SEPA intervention with input from the community. The intervention was facilitated by two bilingual Latinas.</p>	<p>Financial compensation strategy Retention activities included telephone calls, multiple communications, and home visits.</p>
<p><b>Xingjie Wang 2010 (79)</b></p>	<p>1 health education for control + intervention group + for intervention group 2 more Educational session (presentation + activities + educational materials like handouts and videos + open discussion + questions and answer session)</p>	<p>Chinese community Health educators.</p>	<p>Yes</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>NR</p>	<p>Intervention group participants received 2 small-group education sessions conducted</p>	<p>Patient navigation assistance and paperwork for obtaining free or low-cost screening was provided upon request to the intervention participants.</p>	<p>Chinese educators were members of the community. Using culturally and linguistically appropriate videos to model.</p>	<p>NR</p>
<p><b>Nguyen-Truong, C.K.Y. 2017 (80)</b></p>	<p><b>The Early Care for Health program :</b> Educational sessions (interactive verbal PowerPoint presentation + discussion + educational materials like images, graphics + cancer survivor story or testimonial) + individual counselling 10 days later.</p>	<p>Educational sessions; co-principal investigator (the first author). Individual counselling: Vietnamese-American bilingual and bicultural staff (community health workers).</p>	<p>NR</p>	<p>An interactive and educational group session, followed by an individual counseling session (face-to-face or by phone).</p>	<p>The teaching sessions took place at an Asian American community-based organization located within walking distance of public transportation routes.</p>	<p>1h interactive teachings were conducted with each group in May 2016 Most participants require more than 1 counseling session (range = 1–4).</p>	<p>Community health workers also identified barriers during the counseling session and provided services to help participants overcome barriers to mammography, including language, healthcare access, and cost.</p>	<p>The intervention materials were culturally relevant. The interactive group teachings were conducted in Vietnamese by the co-principal investigator, who is Vietnamese bilingual and bicultural.</p>	<p>The educational and counselling sessions were linguistically adapted. + Food, as a form of hospitality, was provided during the interactive group teaching. + Financial compensation strategy</p>

<p><b>Taylor, VM 2011 (81)</b></p>	<p><b>Hepatitis B ESL Education :</b> Educational session (lesson exercises + educational material) at English as a second language classes.</p>	<p>Certified ESL teachers.</p>	<p>Experience in teaching ELSA level three classes were hired and trained</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>Study materials were translated into Chinese, Farsi, Korean, and Punjabi using standard methods The information provided during the intervention was specifically aimed at the Asian community. A short culturally English language -video clip was shown</p>	<p>Reminding letter about their participation before an interviewer contacted student. Numerous contacts were attempted if participants were not contactable. + financial compensation strategy</p>
<p><b>Juon, Hee-Soon 2006 (82)</b></p>	<p>Educational sessions (Presentation + materials distribution like photonovel)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>At churches, doctors' offices, senior housing, and individual homes.</p>	<p>The intervention session lasted 90 min. From September to December 2002.</p>	<p>NR</p>	<p>Focus groups of KAM determined the cultural relevance, literacy, and acculturation congruence of the photonovels.</p>	<p>Participants received information on contacting Korean outreach workers at local health departments working with free and low cost mammogram screening programs. + financial compensation strategy</p>
<p><b>Meade, Cathy D. 2002 (83)</b></p>	<p>Educational session (educational materials as video + group discussion + question and answer session)</p>	<p>Bilingual/bicultural research staff and assisted by a community outreach worker.</p>	<p>NR</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>Missions, migrant centers, clinics, and women's homes.</p>	<p>Classes lasted approximately 1 hour.</p>	<p>Women who stated difficulties in completing the data were assisted by a bilingual/bicultural research staff.</p>	<p>Focus group at baseline, led by a trained bilingual moderator. + instrument was developed by the investigator and based on current cancer literature, contributions from a panel of key informants of the community and focus group data + Courses were conducted in Spanish and facilitated by a bilingual/bicultural research staff and assisted by a community outreach worker. + Culturally tailored video</p>	<p>Screening was offered at minimal/no charge through the migrant health clinic and/or cancer center as part of an established outreach program. + Refreshments were provided at sessions.</p>



<p><b>Wang, Judy Hwei-yu 2012 (84)</b></p>	<p>Comparison of 2 intervention group : Cultural educational material (video with soap opera + cancer information) Generic educational material (same as the other group but not culturally tailored)</p>	<p>1) <b>Cultural video</b> : Script drafted by Chinese breast cancer survivor with Chinese community health 2) <b>Generic video</b> : script drafted by a middle age Caucasian screenwriter</p>	<p>NR</p>	<p>Individually, at distance, materials mailed to each participant.</p>	<p>NR</p>	<p>One video of 18 min.</p>	<p>NR</p>	<p>4 focus groups with Chinese women of different acculturation levels. A Chinese breast cancer survivor drafted the storyline and helped to finalize the script of the cultural video.</p>	<p>Financial compensation strategy</p>
<p><b>Bell, Truda S. 1999 (85)</b></p>	<p>Educational material distribution (multilingual leaflet, and general practitioner letter) + Promoting screening + logistic assistance if needed</p>	<p>General practitioner (GP) sent a letter to encourage Multicultural Health Resource and Information center (MHRIC) provided <b>link workers</b> to act as interpreters at the screening center.</p>	<p>NR</p>	<p>Individually, at distance</p>	<p>Letters sent at participants' home.</p>	<p>The letters were sent two weeks prior to the screening appointment.</p>	<p>Invitations for screening were personalized with the woman's name and address. Individual logistic assistance as necessary. The link worker accompanied the women into the screening suite but remained outside the mammography room.</p>	<p>Women received their breast cancer literature in a language they were able to understand as suggested by previous research. The women were classified into groups based on their language.</p>	<p>The GP surgeries were situated in an easily accessible place by public transport, with most of the targeted women living within a five mile radius. Many of the women were acquainted with the linkworkers, had confidence in them and could talk to them in their own language.</p>
<p><b>Page, Andrew 2005 (86)</b></p>	<p><b>BreastScreen New South Wales (BSNSW) program</b> 2 phases' media campaign (radio script and advertisements in Italian and local community radio stations + Newspapers advertisement)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>Individually, at distance</p>	<p>Local Government Areas (LGAs)</p>	<p>Each phase comprised the media intervention (4 weeks duration) and a follow-up period (during 12 weeks).</p>	<p>NR</p>	<p>Formative research was conducted with a reference group of Italian-speaking women to determine attitudes towards health and breast cancer, and to explore behavioural factors that may influence a decision. They used Italian radio and newspapers.</p>	<p>NR</p>

<p><b>Joyce Adair Bird 1998 (87)</b></p>	<p><b>The neighborhood-based intervention</b> The intervention took place in 3 phases (1 phase for each subject: general prevention, cervical and breast cancer screening). In each phase : Educational session (presentation + card flip charts + discussion + question and answer sessions) + distribution of educational materials (wall posters + brochures + booklets + wall calendars + assortment of promotional items) + promotional events (health fairs)</p>	<p><b>Educational sessions:</b> Indigenous women to serve as lay health worker neighborhood leaders + neighborhood assistants. <b>Health fairs :</b> Vietnamese physicians, community volunteers, and project staff.</p>	<p>Yes for indigenous women</p>	<p><b>Educational sessions &amp; Promotional events :</b> In group, face-to-face. <b>Distribution of educational materials:</b> Individually, face-to-face.</p>	<p><b>Educational sessions :</b> at women's home. <b>Distribution of Educational materials at multiple places</b> <b>Promotional Events:</b> Festivals, religious places</p>	<p>Lay workers conducted 56 sessions on general prevention, 86 on cervical cancer, and 90 on breast cancer.</p>	<p><b>During educational sessions:</b> Informal discussion and information varied according to participants' needs + logistical assistance if needed</p>	<p>All intervention activities were conducted in the Vietnamese language. They recruit and train indigenous women to serve as lay health worker neighborhood leaders and assistants. They distributed Vietnamese-language, culturally appropriate health education materials.</p>	<p>During last phase : during incitative contest (promoting screening), Vietnamese women who were up-to-date for these examinations were eligible to participate in a drawing for prizes. Women who were not up-to-date could enter the contest by keeping screening appointments at a Breast and Cervical Cancer Control Program (BCCCP) participating clinic.</p>
<p><b>Kagawa-Singer, M 2009 (88)</b></p>	<p><b>The Life Is Precious program: breast cancer education workshop program</b> Educational session (use and distribution of materials like brochure, flipcharts, culturally tailored video).  This session was also offered to men, but delivered in a separate group.</p>	<p>Female Hmong community health educators.</p>	<p>Yes</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>Local community-based organization site, someone's home, or other acceptable location where women could gather in a comfortable and trusted setting.</p>	<p>3- to 4-hour unique education sessions.</p>	<p>NR</p>	<p>Hmong focus group and interviews before intervention. Hmong men were specifically included in this outreach, because they were the main decision-makers in the Hmong family and community. Multiple Hmong-language educational materials. Sessions began with Hmong games, Culturally familiar foods were shared. Sessions were provided by Hmong community health educators.</p>	<p>Culturally familiar foods were shared. Financial compensation strategy Researchers and community partners included younger women in the education sessions because they would have a greater understanding of the need for mammograms and would help to communicate this to the older women.</p>

<p><b>Tung T. Nguyen 2006 (89)</b></p>	<p><b>Community-based participatory research (CBPR)</b> Media Campaign (TV, newspapers and radio advertisements + distribution of educational materials like calendars, silk roses, booklet) + Educational session + screening incitative + Continuing medical education for Vietnamese physicians (seminars)</p>	<p>Media companies, community members, and the Coalition assisted in the development and distribution of materials. <b>Educational sessions</b>v: Lay health workers (LHWs). <b>Screening appointment</b> : Vietnamese female physician + a bilingual staff person. <b>Reminder system</b> : Primary care physicians</p>	<p>Yes for educational session</p>	<p>Individually, at distance for média campaign and reminder system Group, face to face for physician and Vietnamese women educational sessions Individually, face to face or screening appointment</p>	<p>Distribution of materials at health fairs, physicians' offices, and other venues.</p>	<p>The media campaign ran for 27 months. Over 3 to 4 months, each LHW conducted 2 group sessions. A weekly clinic staffed. Reminder cards were sent on the 1-year anniversary. 3 annual seminars for physicians</p>	<p>The bilingual staff person helped women to navigate by telephone and scheduled an appointment</p>	<p>The media campaign was through Vietnamese-language media. The Coalition recruited and trained five community-based organizations (CBOs), which recruited Vietnamese-American women as lay health workers (LHWs).</p>	<p>Pap tests were proposed at discounted rates. Reminder cards were sent on the 1-year anniversary to remind women to obtain repeat Pap testing.</p>
<p><b>Stephen J. McPh 1996 (90)</b></p>	<p><b>Suc Khoe La Vang! (Health Is Gold!)</b> Educational sessions (presentation + discussion + question and answer session) + Health fairs + education materials distribution (wall posters + brochures + videotapes)</p>	<p><b>Educational session</b> : Neighborhood leader, 1 assistant, a hostess. <b>Educational materials</b> ; "Staff". <b>Health fairs</b> ; Vietnamese physicians, community volunteers, and project staff.</p>	<p>Yes for neighborhood leader</p>	<p><b>Educational session:</b> In group, face to face. <b>Educational materials</b> : Individually, face-to-face and at distance. <b>Health fairs</b> : Individually, face-to-face.</p>	<p><b>Educational sessions</b> : apartments of volunteer hostess. <b>Materials</b> : Distributed at <b>neighborhood events and health fairs</b> and to Vietnamese physicians. <b>Health fairs</b> : Tenderloin area, planned in conjunction with the annual Tet (New Year) Festival.</p>	<p>Each participant assisted 1 small group educational session. They organized 2 Vietnamese Community Health Fairs.</p>	<p>NR</p>	<p>Focus groups assisted in developing linguistically appropriate materials. Study of the functioning of the family, the community and Vietnamese migratory history to adapt the intervention. Indigenous lay health workers provided educational sessions and recruitment. They employ familiar communication channel and sponsored annual Vietnamese-community preventive-care health fairs, staffed by Vietnamese health care professionals + support of Vietnamese physicians</p>	<p>All of the events have taken place in the apartments of volunteer hostesses, which can make women more comfortable.</p>

<b>Percac-Lima, S. 2011 (91)</b>	Individual counselling (phone call discussion) + educational session where women supported each other about getting their mammograms + screening incitative	A young bi-lingual college educated woman from former Yugoslavia was recruited as the patient navigator.	Yes	Individually at distance by phone or face-to-face. +/- Individually at home or in group face-to-face.	By phone; at home or in community settings.	NR	Interventions might include logistical assistance if needed	Patient navigator was a young bi-lingual college educated woman from former Yugoslavia Culturally appropriate educational materials were developed with input and feedback from the women.	The process of convincing a patient to go for a mammogram took several phone calls of encouragement, reassurance, calming fears, and stressing the importance of taking care of their own and their families' health.
<b>Ana M. Navarro 1998 (43)</b>	<b>Por La Vida intervention</b> Educational group sessions	Lay community workers ( <i>consejeras</i> ).	Yes	Group face-to-face.	NR	Each <i>consejera</i> conducted 12 weekly educational sessions with her respective group of 10 to 15 women.	NR	Women from the Latino community were identified as <i>consejeras</i> based on their behaviors associated with the role of "natural helper" traditional in the Latino community. This relationship of trust between <i>consejeras</i> and Hispanics can facilitate the dissemination of health promotion information	NR
<b>Kim, Jin Hee 2009 (92)</b>	The 3 women's groups were formed according to stages of readiness for mammography use Interactive educational session (PowerPoint presentation with graphics + Video testimonial from Korean cancer survivor + educational materials like leaflet)	The principal investigator (PI), who is a Korean American woman	NR	Group, face-to-face.	In a conference room at the Korean American Senior Center (KASC).	A 45-minute education session.	NR	The PI is a Korean American woman. Educational materials were culturally and linguistically appropriate	Each participant was given a reminder card with the date and time of her educational session. + financial compensation strategy

<p><b>Nguyen, Thoa 2001 (93)</b></p>	<p>Physicians' + women's Educational session (presentations + written guide + counseling) + Media Campaign (newspapers articles and advertisement + radio and TV advertisement + Interview of the Project coordinator on television and radio + posters and calendars in physician's offices) + Screening incitative with logistical assistance + materials distribution (pamphlets + booklets + calendars) + promotional event (health fairs + contests with prizes)</p>	<p><b>Educational sessions:</b> project coordinator and volunteers <b>Health fairs:</b> Member Vietnamese Women's Advisory Board (including 3 breast cancer survivors)</p>	<p>NR</p>	<p><b>Educational sessions :</b> Group face-to-face <b>Media campaign;</b> <b>Physician education;</b> <b>Dissemination of materials :</b> group or individually, face-to-face.</p>	<p>At multiple places</p>	<p>12 health fairs; 30 presentations; 60 small-group educational sessions; 2 educational contests; 15 news articles; 22 advertisements; 3 continuing medical education seminars.</p>	<p>Each Vietnamese women were individually advised</p>	<p>All materials were in Vietnamese language. Media campaign at : Vietnamese language radio, newspapers or television stations. It's a bilingual, bicultural project coordinator who provide the intervention.</p>	<p><b>Educational contests:</b> participants who submitted entry forms with all answers correct were eligible for the prize drawing by members of our advisory board.</p>
<p><b>Young, S. 2018 (94)</b></p>	<p><b>Prevenir es Vencer (to prevent is to overcome):</b> Media campaign (radio) +/- Educational session (educational materials like resource guide) It consisted of four modules recorded to be aired on radio, and also taught the content workshop. Each module is in a question-and-answer format of two women talking to each other.</p>	<p>Indigenous <i>promotoras</i> recorded the modules and taught each workshop. MICOP (Mixteco/Indígena Community Organizing Project) staff member oversaw all activities.</p>	<p>Yes</p>	<p>Individually at distance on the radio. Face-to-face at workshops.</p>	<p>Aired on Radio Indígena. Workshops : NR</p>	<p>Aired on radio 3 days a week, 3 times a day. Between December 2016 and June 2017.</p>	<p>NR</p>	<p>Indigenous promotoras were involved in the creation of culturally and linguistically intervention appropriateness. Promotoras taught each workshop in both Spanish and Mixteco.</p>	<p>Financial compensation strategy</p>

<p><b>Carrasquillo, Olveen 2014 (47)</b></p>	<p><b>SUCCESS:</b> 3 interventions groups : <b>Outreach group</b> : media campaign (radio + newspapers articles) + materials distribution at the study intake visit and during events <b>Navigation group</b> : same as outreach group + individual educational session of 1h with tailored counselling + screening incitative <b>Self-swab option group</b> : same as navigation group + the possibility of doing a HPV self-test at home during the session</p>	<p><b>Outreach Group:</b> the CHWs, clinical staff at the CHC, and neighborhood-specific community advisory boards. <b>Navigation Group:</b> with the CHW.</p>	<p>Yes</p>	<p><b>Outreach group</b> : Face to face individually for visit + at distance individually for media campaign <b>Navigation and self-swab option group</b> : face to face individually</p>	<p><b>Outreach Group:</b> participant's home, the participating CHC, or another mutually agreed upon community venue. <b>Navigation/Self-swab option Group:</b> a mutually agreed upon location.</p>	<p>From October 6 2011, to July 7 2014. <b>Navigation/self-swab option group:</b> education session lasting 30 min.</p>	<p><b>Navigation Group:</b> The CHW was also actively involved in helping participants obtain appointments for Pap smear screening at the CHC or any other health care facilities and following up to ensure the test had been done.</p>	<p>Community health worker Culturally tailored materials in participants' preferred language</p>	<p>Several attempts were made to contact women. Screening assistance was proposed to facilitate her access to screening if necessary. + Financial compensation strategy</p>
<p><b>Ornelas, I.J. 2018 (95)</b></p>	<p>Cultural tailored video Different prologue and epilogue modules were produced for the Karen-Burmese and Nepali-Bhutanese videos, but the same core segment modules were included in both videos. There are some differences between the ages of the characters in the two videos, as well as the culturally specific dialogue that is included in the epilogues and prologues. Each video includes characters representing 3 generations of women. The core segments also feature a clinic receptionist, a male doctor, and an Asian American female doctor.</p>	<p>Health educators</p>	<p>NR</p>	<p>Individually, face-to-face.</p>	<p>At women's home.</p>	<p>Each video was 17 minutes long.</p>	<p>Cultural tailored videos Health educators offered navigation assistance to participants who were not adherent to screening guidelines.</p>	<p>The culturally tailored video was developed based on input from community advisors from Karen-Burmese and Nepali-Bhutanese refugee communities; key informant interviews with individuals from refugee resettlement organizations; and focus groups.</p>	<p>Financial compensation strategy</p>

<p><b>Wang, Judy Hwei-yu 2012 (96)</b></p>	<p>Educational materials were mailed to participants :  <b>Culturally tailored video</b> (soap opera with Chinese protagonist + a female physician's recommendations) or  <b>Generic video</b> (soap opera with multi-ethnic protagonist + a female physician's recommendations) + printed information</p>	NR	NR	Individually, at distance.	Intervention materials were mailed to participants' homes.	One mail sent for each participant. Each of the 2 videos lasting about 18 minutes.	NR	Cultural video incorporated Chinese cultural beliefs	2 to 4 weeks after materials were mailed, participants were called to confirm receipt and review of the materials. + Financial compensation strategy
<p><b>Maxwell, Annette E 2003 (97)</b></p>	<p>Educational session (presentation + interactive discussion to provide peer support and encourage the sharing of experience between peers) + materials distribution (Information packages to take home, including information of where having free mammograms and Pap smears)</p>	2 physicians and 3 nurses.	Yes	Group, face-to-face	At the community-based organizations, churches, or a private home.	Educational sessions of 5 to 15 women lasted 60–90 min. Between February 1998 and February 2000, a total of 48 group sessions were conducted,	NR	All educators were born and raised in the Philippines and are fluent in English and Tagalog. They drew on cultural values of collectivism, interdependence and community common to many Asian groups to create the intervention. A study logo was created, Kulusugan ay Kayamanan (Health is Wealth), printed on all study materials. The educational materials were linguistically adapted	All participants participated on personalized short graduation ceremony at the end of each session. In each session, women had the opportunity to socialize while refreshments and traditional Filipino snacks (empanadas or noodles) were proposed. + financial compensation strategy + Thank you letter was mailed to participant at 12 month follow-up.

<p><b>Luque, John S. 2016 (98)</b></p>	<p><b>Salud es Vida:</b> group activities = charla. Educational session (group activities like icebreaker and interactive discussion + use and distribution of educational materials like flipchart, brochure and short video)</p>	<p><i>Promotoras.</i></p>	<p>Yes</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>At churches, community organizations, businesses, and individual homes.</p>	<p>Each charla lasted 3h with an average of 7 participants per session. 17 classes were held between January 2014 and February 2015</p>	<p>NR</p>	<p>The intervention was developed in partnership with a group of promotoras to create the toolkit of materials. Promotoras to provide intervention.</p>	<p>Financial compensation strategy</p>
<p><b>Hae-Ra Han 2008 (99)</b></p>	<p>Educational session (Flip charts + tailored discussion) + navigation assistance + individual counselling at distance via phone call or at home</p>	<p>Lay Health Workers (LHW)</p>	<p>Yes</p>	<p><b>Educational classes:</b> in group face-to-face. <b>Counseling:</b> individually face-to-face or by phone.</p>	<p>Community sites and participants' homes.</p>	<p>One 2-hour <b>education session.</b> Each participant: 3 to 9 <b>counseling sessions.</b></p>	<p>Individual tailored counselling (adapted to participants' stage of readiness) and logistical assistance if necessary.</p>	<p>LHW intervention materials were in both English and Korean. They reviewed the intervention materials at a series of weekly community-academic partner team meetings and finalized the materials by consensus among team members.</p>	<p>Financial compensation strategy</p>



<p><b>Pratt, R. 2019 (100)</b></p>	<p>Religiously tailored messages addressed the central importance of Islamic values promoting a balance between mind, body, and spirit. Educational session for participants and Imams in different groups (educational materials like videos + facilitated discussion)</p>	<p>NR but the workshops were facilitated by Imam Sharif Mohamed.</p>	<p>NR</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>NR</p>	<p>One 3-h-long religiously tailored workshop. 3 videos, running between 5 and 7 min long each.</p>	<p>A bilingual research assistant was present to assist with reading the surveys for those who had limited literacy.</p>	<p>Religiously tailored messages were developed and partnering with a local mosque in a major metropolitan area to develop brief videos to address interpretation of faith. The messages were previously tested for acceptability with groups of Somali American women and men. The workshops were facilitated by Imam Sharif Mohamed, who is a member of the research team and who developed the messages in collaboration with others on the team. Outreach was conducted in the community by the mosque.</p>	<p>3h session allowed for time to gather over food and tea and breaks for prayer.</p>
<p><b>Patria Rojas 2019 (101)</b></p>	<p><b>The SEPA (Salud/Health, Educación/Education, Prevención/Prevention, y Autocuidado/Selfcare) intervention:</b> Educational session (Role playing, capacity building exercises, skills demonstration, group discussions)</p>	<p>A facilitator</p>	<p>Yes</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>NR</p>	<p>Included 3 sessions of 2.5-h; over a period of 3 weeks to 22 small groups of 8 to 10 Latinas.</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>Financial compensation strategy</p>

<p><b>Eunice Lee 2014 (45)</b></p>	<p><b>The KIM-CHI group = “Healthy Family, Healthy Wife,”.</b> Emphasizing the importance of the husband’s support in promoting family health by encouraging breast cancer screening Educational session for couples (Powerpoint presentations + Video + group discussion + question and answer session) + Couples' homework (wrote down answer to 2 questions).</p>	<p>Social workers, recruited as research specialists (RSs).</p>	<p>Yes + They Had master’s degrees in social work.</p>	<p>In group, face-to-face. Homework discussion: individually at home.</p>	<p>Religious organization.</p>	<p>A 30-minute DVD-video + group discussion lasted about 10 minutes.</p>	<p>NR</p>	<p>Intervention messages in video were designed around KA cultural values that the authors identified in previous studies with KA women</p>	<p>Within 24 hours of participating in the study each couple was asked to complete a homework discussion activity together at home. To prove that they did it the participants wrote down answers to two questions.</p>
<p><b>Rabiye Erenoğlu 2019 (40)</b></p>	<p>Educational session (Powerpoint presentation + educational materials like brochures and video + question and answer session)</p>	<p>The researchers. A Syrian woman translator was present during the presentation and question-answer session</p>	<p>They were experts in the field of Obstetrics and Gynecology Nursing</p>	<p>In group, face-to-face.</p>	<p>In the conference hall of the Public Education Center.</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>Health education materials were in Turkish. The related researchers spoke Arabic.</p>	<p>NR</p>

## **G. Procédures utilisées dans l'intervention**

Les interventions des études incluses étaient très variées, et parfois multiples. Les différentes procédures sont résumées dans le tableau 4.

### **a. Campagne médiatique**

13 articles (20%) proposaient une intervention sous la forme de campagne médiatique. Parmi elles, la radio (9 articles, soit 14%) et les journaux (9 articles, soit 14%) étaient les moyens les plus utilisés. 4 articles (6%) ont utilisé le support télévisuel. Parmi toutes les interventions, 8 études (12%) combinaient plusieurs supports simultanément.

4 articles (6%) ont utilisé comme seule modalité d'intervention, la campagne médiatique (52,67,69,86). Deux d'entre elles n'utilisaient que les journaux et la radio et n'ont montré aucune efficacité sur le recours au dépistage. En revanche, l'étude, publiée par *Farah Ahmad & al.* datant de 2004, a exclusivement diffusé des articles dans les journaux et a montré une évolution positive dans le recours au dépistage, l'augmentation des connaissances et l'auto-efficacité. L'étude publiée par *Andrew Page & al.* datant de 2005, proposait également une campagne médiatique seule comme élément principal de l'intervention. Celle-ci a été évaluée comme étant de bonne qualité, mais n'a pas montré d'efficacité dans l'augmentation du recours au dépistage.

### **b. Session d'éducation**

La grande majorité des articles (52 articles soit 79%) proposaient des séances d'éducation dans leur intervention. Celles-ci se déroulaient en groupes (38 articles, soit 56%) ou de façon individuelle (9 articles, soit 14%). Ces sessions d'éducation se déroulaient de différentes manières : 21 articles (40%) ont mis à disposition du matériel éducatif lors des séances (livret, brochure, dépliant, matériel de démonstration utilisé lors des dépistages); 20 articles (38%) d'entre elles présentaient un PowerPoint ; 18 articles (35%) proposaient un support vidéo ; et 18 articles (35%) ont spécifiquement souligné la présence d'un temps d'échange et de questions-réponses lors des sessions. Des jeux, activités ou exercices à faire réaliser par les participantes ont été proposés dans 8 articles (15%).

2 études (3%) proposaient des ateliers d'éducation pour les médecins généralistes. L'une proposait une session de formation pour les médecins complétée par la distribution de matériel à mettre à disposition dans leur cabinet. Cette étude a montré un effet positif sur le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes migrantes (42). La deuxième proposait en parallèle d'une session d'éducation pour les femmes migrantes et d'une

campagne médiatique, une formation continue, sous forme de séminaires, pour les médecins généralistes. Cette étude a montré un effet positif sur le recours au dépistage et l'évolution des connaissances mais ce résultat est à interpréter avec précaution compte tenu des nombreux biais retrouvés (89).

28 interventions (soit 42%) s'articulaient autour d'une seule séance d'éducation par participante. Dans 9 études (soit 13,6%), les femmes participaient à 2 ou 3 séances.

Enfin 2 études (soit 3%) ont également impliqué les hommes dans l'intervention. En présupposant l'importance du soutien du mari dans la promotion de la santé familiale coréenne, l'étude de *Eunice Lee & al* datant de 2014 a inclus des couples de personnes coréennes dans l'étude. Les couples ont dû répondre ensemble, une fois chez eux, à 2 questions en lien avec la séance d'éducation à laquelle ils avaient assisté auparavant. Cette étude a montré une augmentation du recours au dépistage suite à l'intervention (45). L'étude de *Kagawa-Singer & al* datant de 2009, proposait des sessions d'éducation pour les femmes et les hommes dans des groupes distincts. Elle a montré un effet positif quant au recours au dépistage et à l'évolution des connaissances mais ce résultat est à interpréter avec précaution compte tenu des nombreux biais retrouvés dans cette étude (88).

Nous avons constaté que sur les 26 études (soit 39%) ayant été évaluées comme étant de bonne qualité, 24 d'entre elles intégraient une session d'éducation dans leur intervention. Ces interventions ont montré une efficacité pour 11 études sur 14 (soit 78%) évaluant les connaissances, pour 13 études sur 16 évaluant le recours au dépistage et pour 6 études sur 6 (soit 100%) évaluant l'intention de recourir au dépistage ou d'utiliser les moyens de contraception.

### **c. Matériel éducatif**

Dans certaines études, la mise à disposition de matériel comme outil éducatif représentait la seule procédure de l'intervention. 4 études (soit 6%) proposaient la visualisation d'une vidéo culturellement adaptée comme élément principal de l'intervention. Ces études ont majoritairement montré une efficacité dans l'augmentation des connaissances des participants mais pas dans le recours au dépistage (56,84,95,96).

1 étude (soit 1%) a proposé une formation sur l'hépatite B via l'accès à un site internet. Chaque participant avait un code unique d'accès permettant une formation personnalisée. Le groupe control recevait des informations standard. Un premier groupe intervention recevait en plus du groupe contrôle l'accès à 5 modules ayant pour but le développement de leur capacité socio-cognitive (connaissance, attitude, auto-efficacité, normes subjectives perçues

et soutien social). Pour le deuxième groupe intervention, 2 modules culturellement adaptés étaient ajoutés. Cette étude n'a pas montré d'efficacité sur le recours au dépistage pour les 3 groupes mais a montré une augmentation des connaissances et d'intention d'aller se faire dépister (62).

L'étude publiée par *Judy Huei-yu Wang & al.* en 2012, de bonne qualité méthodologique, proposait la visualisation d'une vidéo comme seule modalité de l'intervention, et a montré une efficacité dans l'augmentation de l'intention d'aller se faire dépister ainsi que dans l'évolution des connaissances et la prise de conscience (102).

#### **d. Session de conseil individuel**

L'étude menée par *Tsu-Yin Wu & al.* en 2015 a évalué l'effet d'une session de conseil individuel par téléphone comme seule modalité de l'intervention. En s'aidant d'un logiciel pour adapter leurs réponses en fonction des questions de chaque femme, ils ont travaillé à l'amélioration des connaissances et à faire évoluer les potentielles réticences au dépistage. Cette intervention a été bien reçue par les participantes mais n'a pas montré d'efficacité sur l'augmentation du recours au dépistage (65).

5 articles (soit 8%) ont proposé un temps de conseil individuel à distance de l'intervention par téléphone ou lors d'une rencontre en face à face. Cette discussion privilégiée faisait toujours suite à une session d'éducation. Ces méthodes regroupaient de nombreuses modalités visant l'empowerment (49,55,72,80,99).

1 étude (soit 1%) dirigée par *Victoria M. Taylor & al.* en 2002 a évalué la mise en place d'une session de conseil individuel par les travailleurs sociaux bilingues et ayant la même culture que les participantes de l'étude. Ces sessions s'appuyaient également sur la distribution de matériels tels que brochures, fiches informatives, et vidéos. Cette étude a montré une efficacité sur l'augmentation du recours au dépistage et sur l'intention d'y avoir recours (36).

#### **e. Intervention multimodale**

26 études (soit 39%) ont mis en place des interventions multimodales, c'est-à-dire avec plusieurs stratégies d'éducation et d'accès à l'information au sein même de l'intervention. On peut retrouver ces différentes associations dans le Tableau 4.

Parmi ces études, 9 (soit 14%) ont inclus la proposition d'accès facilité au dépistage comme faisant partie intégrante de l'intervention. Ils proposaient une prise de rendez-vous immédiate avec accompagnement ultérieur pour la mammographie, ou l'accès à un centre

de mammographie mobile. Ces possibilités faisaient suite dans la totalité des cas à une session d'éducation parfois associée à d'autres stratégies.

L'étude menée par *Carrasquillo Olveen & al.* en 2018 a comparé l'efficacité du recours au dépistage parmi 3 groupes :

- 1 groupe n'avait accès qu'à des informations via les médias ;
- 1 groupe assistait à une session d'éducation en association avec la campagne médiatique
- Il était proposé aux femmes du troisième groupe de réaliser un autotest à la maison en complément des deux autres méthodes.

Cette étude a montré que les participantes du troisième groupe avaient recours de façon significativement plus élevée au dépistage du cancer du col de l'utérus que les deux autres (47).

#### **f. Procédures évoquant un objectif d'empowerment**

Nous avons pu relever que la plupart des études utilisant des méthodes visant l'empowerment le faisait par le biais de sessions d'éducation. Ils proposaient entre autres des discussions interactives entre pairs avec partage d'expériences, des jeux de rôle, des sessions de questions réponses. Certaines études proposaient en complément des sessions de conseils individuelles et personnalisées. Ces techniques ont été retrouvées dans 33 études (50%). Par exemple, l'étude de *Lisa K. Hansen & al.* datant de 2005, a formé des femmes espagnols pour délivrer les informations cibles à propos du dépistage des cancers gynécologiques au cours de discussion avec leur entourage (famille et amis), aidé de matériels éducatifs. Malgré de nombreux biais, celle-ci a montré une efficacité quant au recours au dépistage. Ou encore, l'étude de *Young H. Kim* datant de 2004, qui comparait deux méthodes d'intervention. Un des groupes avait accès à un centre de mammographie mobile uniquement. S'ajoutait pour le deuxième une session d'éducation entre pairs avec partage d'expériences, et informations pratiques sur la mammographie, sa réalisation et comment y accéder. Le groupe control n'a bénéficié que d'une brochure d'information standard. Celle-ci n'a pas montré d'efficacité quant au recours au dépistage mais a montré une amélioration en termes de connaissance.

#### **H. Lieux d'intervention :**

Les interventions en face à face avec les participantes étaient le plus souvent menées dans les sites communautaires comme les églises, les centres de santé ou lors d'évènements (29 études, soit 44%), ou directement chez les femmes (27 études, soit 41%). Dans l'article de

*Kagawa-Singer, M. & al.* datant de 2009, les participantes choisissaient l'endroit qui les mettait le plus en confiance pour réaliser l'intervention (52). Dans les cas d'intervention à distance, les médias comme les journaux (3 études, soit 5%), la télévision (4 études, soit 6%), la radio (5 études, soit 8%) étaient les principaux canaux.

### **I. Mesure incitative pour participer et/ou poursuivre l'intervention :**

La plupart des mesures incitatives à la participation reposaient sur des stratégies financières comme des cartes cadeaux, des prix sous forme de matériel d'éducation, des bons pour des dépistages gratuits. On retrouvait dans plusieurs interventions une garderie et des collations. L'aide à la navigation pour les patientes dans le système de santé pouvait être mise en place. Une intervention proposait également aux membres de la famille d'assister à l'intervention si souhaité par les femmes dans le but de les mettre dans un environnement de confiance.

### **J. Les adaptations culturelles :**

Pour pallier aux barrières culturelles, dans la quasi-totalité des interventions présentées, le matériel éducatif était dispensé dans la langue maternelle des participantes et dans la langue du pays d'accueil. De même, les personnes chargées de délivrer l'intervention étaient sélectionnées dans la communauté des femmes concernées pour 33 interventions (soit 50%). Le matériel d'intervention pouvait aussi être adapté dans 40 études (60%) : par exemple des mises en scène étaient proposées avec des marqueurs culturels (musique, acteurs, contexte de cérémonies traditionnelles, etc) correspondants aux participantes.

13 études (soit 20%) rapportaient des *focus group* en amont de la réalisation de l'intervention. Ces groupes testaient la clarté et l'acceptabilité des matériaux sur des membres de la communauté.

**Tableau 4 : Procédures utilisées pendant l'intervention**

Auteurs / Année de publication	Session d'éducation	Campagne médiatique	Conseils individuels	Incitation au dépistage/ accès facilité au dépistage	Matériel éducatif	Événement promotionnel	Autre
Joel M. Moskowitz, 2007 (48)	X	X		X (Incitation financière)			
Lee-Lin, F 2015 (49)	X		X (Téléphonique et à distance de la session d'éducation)				
Samera A. Qureshi 2019 (50)	X						
Ann Wilde Kelly 1996 (51)	X			X			
Tomas Nuno; 2010 (46)	X						
Taylor VM. 2002 (36)	X						
Farah Ahmad 2004 (52)		X					
Lisa K. Hansen 2005 (53)	X						
Young H. Kim 2004 (41)	X			X (Accès à mammographie mobile)			
Tung T. Nguyen 2009 (54)	X	X					



<b>Lee-Lin, F. 2014 (55)</b>	x		x (A distance de la session d'éducation)				
<b>McAvoy, B.R. 1991 (56)</b>	x				x		
<b>Tanya Hoare 1994 (57)</b>	x						
<b>Dallo, Florence J. 2010 (58)</b>	x						
<b>Cullerton, Katherine 2016 (59)</b>	x						
<b>Flanagan, Stuart 2019 (37)</b>					x		
<b>Dunn, Sheila F. 2017 (60)</b>	x		x (Téléphonique et à distance de la session d'éducation)	x			
<b>Ouyang, David 2012 (61)</b>	x						
<b>van der Veen, Y.J. 2013 (62)</b>					x		
<b>Percac-Lima, Sanja 2013 (63)</b>	x						
<b>Kari White 2012 (64)</b>	x			x			
<b>Tsu-Yin Wu 2015 (65)</b>			x (Téléphonique)				

<b>Park, MN 2014 (38)</b>	x		x				
<b>Ana M. Navarro 2007 (66)</b>	x						
<b>Del Mar, Chris 1998 (67)</b>		x			x (Envoie d'une lettre d'incitation au dépistage)		
<b>Livaudais, Jennifer C. 2010 (68)</b>	x		x				
<b>Jenkins, Christopher N. H. 1999 (69)</b>		x			x		
<b>Møen, Kathy Ainul 2020 (42)</b>	x (Pour les médecins généralistes)						
<b>Mock, Jeremiah 2007 (70)</b>	x	x		x			
<b>Maria E. Fernandez 2009 (71)</b>	x						
<b>Nebot, Laia 2015 (72)</b>	x						
<b>Lam, T.K. 2003 (73)</b>	x	x					

<b>Gondek, Matthew 2015 (74)</b>	x (Pendant classe d'anglais)		x				
<b>Taylor, VM 2010 (39)</b>	x						
<b>Taylor, VM 2009 (75)</b>	x (Pendant classe d'anglais)						
<b>Taylor, V.M. 2009 (76)</b>	x		x				
<b>Kernohan, E. E. 1996 (77)</b>	x	x					
<b>Taylor, VM 2002 (44)</b>	x						
<b>Mariana Sanchez 2016 (78)</b>	x						
<b>Xingjie Wang 2010 (79)</b>	x			x			
<b>Nguyen-Truong, C.K.Y. 2017 (80)</b>	x		x (Après la session d'éducation)				
<b>Taylor, VM 2011 (81)</b>	x (Pendant classe d'anglais)						
<b>Juon, Hee-Soon 2006 (82)</b>	x						
<b>Meade, Cathy D. 2002 (83)</b>	x						

<b>Wang, Judy Huei-yu</b> 2012 (84)					x		
<b>Bell, Truda S.</b> 1999 (85)				x	x		
<b>Page, Andrew</b> 2005 (86)		x					
<b>Joyce Adair Bird</b> 1998 (87)	x					x	
<b>Kagawa-Singer, M</b> 2009 (88)	x						Session d'éducation pour les hommes dans un groupe séparé
<b>Tung T. Nguyen</b> 2006 (89)	x	x		x			Séminaires pour les médecins généralistes
<b>Stephen J. McPh</b> 1996 (90)	x					x	
<b>Percac-Lima, S</b> 2011 (91)	x		x (Téléphonique ou en face à face)				
<b>Ana M. Navarro</b> 1998 (43)	x						
<b>Kim, Jin Hee</b> 2009 (92)	x						
<b>Nguyen, Thoa</b> 2001 (93)	x	x		x		x	
<b>Young, S.</b> 2018 (94)	x	x					

<b>Carrasquillo, Olveen (47) 2014</b>	x	x		x (Auto-test HPV à domicile)			
<b>Ornelas, I.J. 2018 (95)</b>					x		
<b>Wang, Judy Huei-yu 2012 (96)</b>					x		
<b>Maxwell, Annette E 2003 (97)</b>	x						
<b>Luque, John S. 2016 (98)</b>	x						
<b>Hae-Ra Han 2008 (99)</b>	x		x (A distance par téléphone ou face à face)				
<b>Pratt, R. 2019 (100)</b>	x						Session d'éducation pour les Imams, à part
<b>Patria Rojas 2019 (101)</b>	x						
<b>Eunice Lee 2014 (45)</b>	x						Session d'éducation pour les conjoints
<b>Rabiye Erenoğlu 2019 (40)</b>	x						

## DISCUSSION

---

### **I. Synthèse des principaux résultats :**

Cette revue de la littérature a mis en lumière des interventions en santé sexuelle très variées, aussi bien sur le plan des lieux et populations d'études, des thématiques abordées, et des procédures utilisées. Les critères de jugement les plus utilisés pour mesurer l'efficacité étaient les connaissances et le recours aux dépistages. Les cancers du sein et du col de l'utérus étaient les thématiques majoritaires ressortant de notre étude. Les interventions se déroulaient principalement aux domiciles des participantes, dans les lieux de culte ou dans les centres communautaires. La moitié des études avait choisi des membres de la communauté concernée pour dispenser l'intervention, principalement des travailleurs sociaux ou des membres du personnel de l'étude (équipe de recherche, auteur, ou chercheur principal). La session d'éducation était le procédé le plus utilisé pour transmettre les informations ciblées et semblait en majorité avoir un effet positif sur l'intention et le recours au dépistage, l'acquisition de connaissance, le comportement en matière de santé reproductive et l'auto-efficacité ressentie par les participantes. Il s'agissait de la modalité d'intervention s'intégrant le mieux dans un objectif d'empowerment des populations cibles. Les campagnes médiatiques ont montré une efficacité variable sur les changements de comportement et les connaissances en matière de santé sexuelle. Enfin, notre travail a mis en lumière le caractère indispensable de l'adaptation culturelle et linguistique des interventions visant les personnes migrantes.

Nous avons retrouvé une grande disparité dans la qualité des études incluses. Les essais contrôlés randomisés, étaient majoritairement évalués comme « Médiocre » (soit 88% des études). Et 70% des études quasi-expérimentales analysées avaient une qualité supérieure ou égale à 5/9.

### **II. Forces et limites de l'étude :**

Cette revue systématique a suivi une stratégie d'exhaustivité et une méthodologie rigoureuse. Elle a été menée en suivant les lignes directrices de la checklist PRISMA et les critères d'inclusion PICO (104). La période de recherche bibliographique était précisée, de Novembre 2022, à Avril 2023. Les équations de recherche élaborées sur les six moteurs de recherche ont permis une exhaustivité des résultats. Ces moteurs de recherche regroupaient des bases médicales mais également des bases de psychologie, permettant la sélection d'études issues de ces deux disciplines. L'objectif d'exhaustivité de notre revue a été complété par un travail de recherche manuelle à partir des références bibliographiques des études incluses, et des revues de littératures. Le travail de sélection des études et d'extraction

des données a été mené par deux autrices en aveugle avant concertation. Cette méthodologie favorise la transparence de notre étude et permet de limiter le nombre de biais dans la sélection et l'interprétation des résultats. L'extraction de données concernant les interventions était standardisée et complète, suivant la checklist TiDeR, complétée par la collecte des méthodes d'adaptation culturelle (31). Selon la HAS, le Grade Recommendation de notre revue présentait une « Présomption Scientifique » pour la préparation de futures références médicales et professionnelles pour le projet ENVOL (105).

Nous pouvons tout de même évoquer quelques limites à notre étude. Tout d'abord cette revue de la littérature est notre premier travail de recherche en tant qu'investigatrices. Notons par ailleurs qu'aucun article étudié n'a été réalisé en France. L'applicabilité de ces résultats dans le système de soins français est donc limitée. L'hétérogénéité clinique des études, en termes de population, thématiques, modalités d'intervention tout comme l'évaluation de critères de jugements très divers, rend la réalisation d'une méta-analyse impossible et a suscité certaines difficultés dans la réalisation de la synthèse narrative. Le manque de données constaté lors de notre extraction sur la formation des intervenants, et les détails de mise en place de certaines interventions a pu affecter la validité des conclusions tirées de ces études. Par ailleurs, nous avons retrouvé des qualités très variables parmi les 66 études que nous avons incluses. De nombreux biais ont été mis en évidence, notamment dans la généralisation des résultats et dans l'évaluation objective des critères de jugement principaux. Nous avons constaté par ailleurs un manque d'informations rapportées pour permettre l'évaluation des autres biais dans les études contrôlées randomisées. Nous avons constaté beaucoup de disparités socio-démographiques entre les groupes dans les études quasi-expérimentales, altérant leur comparabilité.

### **III. Confrontation à la littérature :**

#### **A. Définitions de « migrants » :**

La population étudiée était décrite dans les études incluses par des termes souvent flous : « né(e) à l'étranger », « première/deuxième génération d'immigré(e) », selon leur pays d'origine, l'ethnie ou le terme « réfugié(e) ». Or la définition du terme migrant est indispensable à la validation et la reproductibilité des interventions testées. Une étude de *Ailish Hannigan & al.*, datant de 2016, souligne la disparité de définition quant aux statuts des migrants dans les études et les conséquences en matière de soins. Définir ce que l'on entend par « migrant » est important puisque cela génère un accès différent au système de santé dans un pays. Par exemple un « réfugié politique » n'aura pas les mêmes droits qu'un « migrant sans papiers ». Par ailleurs, ces droits varient également d'un pays à l'autre en fonction de la politique propre à chacun. On imagine alors une répercussion dans le domaine

de la recherche et de la santé publique. En effet, l'absence de définition claire empêche une collecte de données homogène. En outre, l'élaboration de politiques de santé fondées sur des données probantes ne peut se faire qu'avec des définitions qui permettent de comparer ces données entre les études et les pays (106).

### **B. Empowerment :**

Bien que l'objectif de notre étude fût de réaliser un état des lieux des interventions existantes visant l'empowerment en santé sexuelle, aucune des études incluses dans cette revue n'a évoqué clairement l'empowerment dans l'élaboration de leur intervention. Néanmoins, en ce qui concerne les stratégies d'intervention, les sessions de conseil individuel et les sessions d'éducation incluant des interactions entre pairs paraissaient en lien avec le processus d'empowerment exprimé dans la littérature. La pédagogie semblait passer par des jeux de rôle, des séances de question-réponse, des sessions d'échanges entre femmes de même communauté permettant de contribuer à l'autonomisation individuelle et à favoriser cette approche communautaire importante à prendre en considération dans cette optique d'empowerment.

Nous avons également retrouvé plusieurs critères de jugement utilisés en adéquation avec les mesures d'empowerment : l'intention, la prise de conscience, l'auto-efficacité et les connaissances en matière de santé sexuelle. Ils permettent en effet d'appréhender le processus d'évolution intrinsèque propre à chaque individu.

A contrario, beaucoup utilisaient le « recours au dépistage » comme critère de jugement principal voire comme unique critère de jugement. Une augmentation de celui-ci était considérée comme positive et sous-entendait l'efficacité de l'intervention. Cependant, ces critères ne prennent pas en compte la dynamique d'apprentissage, le développement de l'esprit critique, ni le processus de décision éclairée d'accès ou non au dépistage. Ce critère est-il donc vraiment un objectif à atteindre pour améliorer la santé sexuelle de cette population ?

Le concept d'empowerment se développe et s'imisce dans de nombreuses disciplines comme la politique, le journalisme, la psychologie depuis les années 70-80. Il trouve de plus en plus sa place dans le domaine de la santé. Alors qu'aucune étude de notre revue n'a clairement amené comme objectif l'empowerment des femmes incluses, plusieurs sont actuellement en cours d'évaluation sur l'effet d'interventions visant l'empowerment en santé sexuelle. On retrouve notamment le projet MAKASI sur des populations immigrées d'Afrique subsaharienne présentes en France et particulièrement exposées au VIH. Une méthode de recherche communautaire, c'est-à-dire impliquant directement les personnes issues de la communauté des femmes, dans le processus d'élaboration d'une intervention



ciblée et personnalisée, a été utilisée. Ce qui a permis de mettre en place une session d'éducation et de conseil individualisée en face à face (34,107).

### **C. Cadre familial et culturel :**

L'*empowerment* en santé sexuelle augmente donc l'accès à l'information et la possibilité d'expression et d'exercice des choix des individus pour se protéger, notamment à travers l'accès aux outils et services de santé, lors des interactions relationnelles et sexuelles. Par ailleurs, la littérature montre l'importance de prendre en compte des facteurs culturels primordiaux : un cadre familial très structuré, la portée du divin, ou l'ampleur communautaire à se plier aux règles imposées (107). Par conséquent, outre un processus intrinsèque à chaque patient, l'*empowerment* s'organise aussi dans une dynamique collective. Cette notion renvoie à l'*empowerment* communautaire, un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres (108). Une étude toulousaine réalisée sur des femmes migrantes montre que le partenaire est souvent consulté pour les questions de contraception, tout en restant non décisionnaire. De même, la majorité des femmes a souligné l'importance du divin lors de leurs entretiens. Pour la plupart d'entre elles, Dieu est considéré comme l'instigateur de tout, influençant à la fois la bonne santé et la maladie (17).

Or nous avons recensé dans notre revue 3 études qui impliquent le conjoint et la famille dans l'intervention (45,56,88). 1 étude a impliqué un Imam comme facilitateur de l'intervention (100). Ces interventions montraient une efficacité significative sur le recours au dépistage. Il serait donc optimal de concevoir une intervention en tenant compte des croyances spécifiques des femmes migrantes, proposant une participation de la famille, de la collectivité, du partenaire. Il faudra par ailleurs garder à l'esprit que malgré cette notion d'*empowerment* communautaire, il sera essentiel que cette participation dans l'autonomisation des femmes demeure partielle. Remettre leur santé dans des mains extérieures serait tomber dans un contresens au processus d'*empowerment*.

### **D. Thématiques abordées :**

La majorité des articles inclus dans notre revue s'intéressait au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Très peu portaient sur la contraception et sur les IST et aucun article ne s'intéressait à la thématique des violences sexuelles. Pourtant, le contexte d'exil représente un facteur de risque de violences physiques, psychologiques et sexuelles pour les femmes : elles sont exposées à de multiples violences avant le départ de leur pays, lors du parcours migratoire et une fois arrivées dans le pays de destination (109). C'est dans le mois suivant leur arrivée dans le pays d'accueil que les femmes sont le plus exposées à ces

violences. Ce risque semble plus important pour celles ayant déjà subi des violences sexuelles auparavant, et pour lesquelles les conditions d'accueil, sans aide au logement, restent précaires (110). La littérature recense plusieurs études documentant les violences sexuelles que subissent les femmes demandeuses d'asile et réfugiées une fois en France (110–112). Sont évoquées les mutilations génitales, les agressions et l'exploitation sexuelle. La protection face aux violences passe entre autres par l'instauration d'actions proposant un accompagnement des femmes ayant subi des violences. Il serait donc intéressant d'investiguer davantage la manière d'aborder ce sujet en consultation, d'orienter les patientes victimes et de donner les outils pour prévenir des violences futures.

Par ailleurs, en dehors de ces grandes thématiques, nous n'avons relevé aucune étude évoquant la situation psycho-sociale de ces patientes et l'éventuel accompagnement qui en découlerait. Or avoir la capacité de s'approprier et pérenniser son pouvoir d'agir sur sa propre santé, nécessite un état psychologique et un environnement social stable. Cela implique pour ces populations fragilisées, la possibilité d'une évaluation, d'une prise en charge en santé mentale et d'un accompagnement social adéquat. (113). Un environnement approprié pourrait alors favoriser l'autonomisation des individus, contribuant à une maîtrise de leur environnement social, des services de santé et un meilleur contrôle sur leur santé mentale (33,114) Ainsi les interventions multimodales, incluant une prise en charge psychologique et un accompagnement social en plus d'une éducation adaptée, semblent être une piste non négligeable pour limiter les violences et prendre les pleins pouvoirs sur sa santé sexuelle. Le projet Makasi fait aussi partie des études récentes qui évoluent dans cette dynamique, en proposant une aide et des conseils personnalisés afin de leur permettre un accès au soins adapté à leurs besoins. Ils ont montré une augmentation de la couverture sociale de la population migrante suite à leur intervention d'empowerment (115).

### **E. Application aux soins primaires :**

Nous avons retrouvé dans notre revue 2 études ayant inclus les médecins généralistes dans leur intervention. La première était focalisée sur la formation des médecins. L'autre étude a imaginé une formation pour les médecins en parallèle de l'éducation proposée aux femmes migrantes. Elles ont montré un impact positif sur le recours au dépistage, et sur l'amélioration des connaissances en santé sexuelle des participantes, bien que présentant des biais méthodologiques à prendre en compte (42,89). Cela questionne le rôle des professionnels de santé de premier recours, dont le médecin généraliste, dans l'accès aux soins et dans le processus d'empowerment en santé de ces populations. Comme l'évoque cette étude de *Adélie Romey & al.* datant de 2023, réalisée auprès des migrants, le médecin généraliste crée un lien particulier, de soutien relationnel, organisationnel et informationnel

(116). La qualité de ces rapports conditionne la persévérance de ces patients à prendre soin d'eux et de leur santé. En effet, étant donné leur statut, les médecins généralistes ont un contact privilégié avec ces populations défavorisées et précaires. Ils sont pour elles un premier point d'accroche aux soins, via les consultations pédiatriques, le suivi de grossesse, les petits maux du quotidien, et la porte d'entrée d'un système de soins complexe et difficilement accessible. Mais les médecins se retrouvent confrontés à plusieurs obstacles face à des prises en charge souvent difficiles (barrières culturelles, langage, croyances). Proposer une formation et des outils aux médecins généralistes, leur permettant de dépasser ces obstacles, pourrait être une piste intéressante pour notre objectif. Ainsi le médecin généraliste, pourvu d'une formation appropriée, pourrait jouer un rôle crucial dans l'autonomisation de ces femmes.

## CONCLUSION

---

Dans un contexte migratoire international en augmentation, incluant de plus en plus de femmes, et compte tenu des inégalités en santé avérées, la santé des femmes migrantes nous a paru être une thématique de recherche pertinente et plus particulièrement en ce qui concerne leur santé sexuelle.

Les études incluses s'intéressaient principalement au dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, laissant notamment, des lacunes sur la question des violences sexuelles. La session d'éducation comme procédé interventionnel était le plus utilisé. Son adaptabilité culturelle, son caractère interactif et la possibilité de la compléter avec du matériel éducatif et des conseils individuels appropriés augmenterait son efficacité selon nos résultats. Il s'agirait de la stratégie d'intervention s'intégrant le mieux dans un objectif d'empowerment des populations cibles. Enfin, peu d'études ont parlé de la place du médecin généraliste qui pourtant a un rôle privilégié de conseil et d'orientation auprès de ces populations souvent précaires.

Ainsi, malgré l'hétérogénéité clinique des 66 études incluses dans cette revue systématique de la littérature, des tendances dans le domaine des interventions d'empowerment en santé sexuelle ciblant les femmes migrantes ont pu être mises en lumière. Cependant, un manque de recommandations claires quant aux méthodes et outils de mesure efficaces d'empowerment en santé sexuelle subsiste. De nombreux travaux sur l'empowerment en santé sont d'ailleurs en cours et notamment en ce qui concerne la santé sexuelle. Cela ouvre la voie pour le projet ENVOL. Créer une intervention culturellement adaptée par et pour les femmes migrantes, en collaboration avec des médecins généralistes, pourrait alors favoriser leur empowerment en santé sexuelle.

Vu le 03/02/2024  
Pr. Julie Dupoux  
Présidente du MSPU  
MSPU  
PINS JUSTARET  
1 Chemin de la Gare,  
31850, PINS JUSTARET  
Tél : 05 81 76 27 00



## DECLARATIONS

---

Financement : Aucun

Conflit d'intérêt : Aucun

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

1. OIM. International Organization for Migration. 2019 [cité 8 janv 2024]. Définition d'un « migrant » selon l'OIM. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/definition-dun-migrant-selon-loim>
2. ONU. Réfugiés et migrants. 2017 [cité 15 août 2023]. Définitions. Disponible sur: <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
3. Amnesty International. Personnes réfugiées, demandeuses d'asile et migrantes [Internet]. [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.amnesty.org/fr/what-we-do/refugees-asylum-seekers-and-migrants/>
4. INSEE. Définition - Immigré | Insee [Internet]. 2023 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
5. WHO. Santé des réfugiés et des migrants [Internet]. 2022 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
6. OMS. Règlement sanitaire international [Internet]. 2005 [cité 7 janv 2024]. 91 p. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241580496>
7. OMS. Un rapport de l'OMS montre de moins bons résultats en matière de santé pour de nombreux réfugiés et migrants vulnérables [Internet]. 2022 [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/20-07-2022-who-report-shows-poorer-health-outcomes-for-many-vulnerable-refugees-and-migrants>
8. Haut Conseil de la santé publique. Actualité et dossier en santé publique n° 111 Santé des migrants [Internet]. 2023 [cité 25 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>
9. Grillo F, Soler M, Chauvin P. Santé Publique France. 2012 [cité 7 janv 2024]. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. Numéro thématique. Santé et recours aux soins des migrants en France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/l-absence-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-fonction-des-caracteristiques-migratoires-chez-les-femmes-de-l-agglomeration-parisienne-en-2>
10. Santé publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023. [Internet]. 2023 [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023>
11. Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*. 27 févr 2022;22(1):403.
12. Rustamova MS. Migration et santé reproductive chez les femmes migrantes d'Asie centrale. *Cah D'Asie Cent*. 28 déc 2018;(27):37-64.
13. Ministère de la santé et de la prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 25 déc 2023]. Santé sexuelle. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
14. Santé des filles et des femmes dans le monde [Internet]. ONG Plan International France. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.plan-international.fr/nos-combats/sante-sexuelle-et-reproductive/sante-des-filles-et-des-femmes/>
15. Pr Benoît Vallet. Stratégie nationale de santé sexuelle, Agenda 2017 - 2030 [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
16. Azria É. Biais implicites et soins différenciés dans l'étude des inégalités sociales de santé entre migrants et non-migrants. *Entre piège épistémologique et hypothèse fertile*. *Rev Fr Déthique Appliquée*. 2019;8(2):8-11.
17. Ouahnnon L, Astruc P, Freyens A, Mesthé P, Pariente K, Rougé D, et al. Women's health in migrant populations: a qualitative study in France. *Eur J Public Health*. 21 sept 2022;33(1):99-105.
18. Droissart T. Vulnérabilité sexuelle et contraception chez les femmes migrantes. *Service de Gynécologie-Obstétrique - Hôpital de Melun CeGIDD Sud 77*.

19. Maraux B. Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France. Univ Paris Saclay. 2018;
20. Bretin H. GISTI - Des femmes immigrées face à la contraception [Internet]. 1991 [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.gisti.org/doc/plein-droit/14/contraception.html>
21. Médecin du monde. QU'EST-CE QUE L'EMPOWERMENT POUR MÉDECINS DU MONDE ? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/guide-empowerment-WEB.pdf>
22. Arthur Erken. MON CORPS M'APPARTIENT REVENDIQUER LE DROIT À L'AUTONOMIE ET À L'AUTODÉTERMINATION. UNFPA; État de la population mondiale 2021; 2021.
23. LAMBOTTE Sarah; LENOIR Anne-Laure. Quels sont les outils, méthodes ou interventions actuellement disponibles pour promouvoir l'empowerment des patients en médecine générale ? Réponse à l'aide d'une revue de la littérature. Faculté de médecine et médecine dentaire; 2020.
24. Paloma Garcimartín Cerezo, Maria-Eulália Juvé-Udina, Pilar Delgado-Hito. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. 2016.
25. Karna Coulibaly, Anne Gosselin, Séverine Carillon. Is empowerment in sexual health measurable? A scoping review of definitions and measurement indicators. Publ Oxf Univ Press. 2022;
26. Coulibaly K, Bousmah M al Q, Ravalihasy A, Taéron C, Mbiribindi R, Senne JN, et al. Bridging the knowledge gap of biomedical HIV prevention tools among sub-saharan african immigrants in France. Results from an empowerment-based intervention. SSM - Popul Health. 1 sept 2023;23:101468.
27. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Lat Am Enfermagem. juin 2007;15:508-11.
28. Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Controlled Trials [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool?authuser=0>
29. Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
30. Gierisch JM, Beadles C, Shapiro A. Newcastle-Ottawa scale coding manual for Cohort studies. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2014.
31. C. Pichonnaz – Kathleen Grant. Liste d'items TIDieR (Template for Intervention Description and Replication - Modèle pour la description et la réplique des interventions). 2016.
32. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littérature en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. Santé Publique. 2017;29(6):811-20.
33. OMS. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? 2006;
34. Desgrées du Loû A, Coulibaly K, Zoumenou I, Gosselin A, Carillon S, Ravalihasy A, et al. La participation sociale, levier d'empowerment pour les immigrés précaires. Rev Eur Migr Int. 2023;39(4):177-201.
35. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme [Internet]. Lancaster University; 2006 [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.1018.4643>
36. Victoria M. Taylor, T. Gregory Hislop, J. Carey Jackson, Shin-Ping Tu, Yutaka, Yasui, Stephen M. Schwartz, Chong Teh, Alan Kuniyuki, Elizabeth Acorda, Ann, Marchand, Beti Thompson. A randomized controlled trial of interventions to promote cervical cancer screening among Chinese women in North America. Journal of the National Cancer Institute; 2002.
37. Flanagan S, Kunkel J, Appleby V, Eldridge SE, Ismail S, Moreea S, et al. Case finding and therapy for chronic viral hepatitis in primary care (HepFREE): a cluster-randomised controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. janv 2019;4(1):32-44.

38. Park M, Choi S. Development of Reproductive Health Program and Identification of Effect for Married Women Immigrants. *J KOREAN Acad Nurs.* juin 2014;44(3):248-58.
39. Victoria M. Taylor. Evaluation of a Cervical Cancer Control Intervention Using Lay Health Workers for Vietnamese American Women. *American Journal of Public Health;* 2010.
40. Erenoğlu R, Yaman Sözbir Ş. The Effect of Health Education Given to Syrian Refugee Women in Their Own Language on Awareness of Breast and Cervical Cancer, in Turkey: a Randomized Controlled Trial. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* avr 2020;35(2):241-7.
41. Kim YH, Sarna L. An Intervention to Increase Mammography Use by Korean American Women. *Oncol Nurs Forum.* 1 janv 2004;31(1):105-10.
42. Møen KA, Kumar B, Igland J, Diaz E. Effect of an Intervention in General Practice to Increase the Participation of Immigrants in Cervical Cancer Screening: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* avr 2020;3(4):e201903.
43. Ana M. Navarro. Por La Vida model intervention enhances use of cancer screening tests among Latinas. *American Journal of Preventive Medicine;* 1998.
44. Taylor et al. Evaluation of an Outreach Intervention to Promote Cervical Cancer Screening Among Cambodian American Women. *Cancer Detect Prev.* 1 oct 2002;26(4):320-7.
45. Lee E, Menon U, Nandy K, Szalacha L, Kviz F, Cho Y, et al. The effect of a couples intervention to increase breast cancer screening among korean americans. *Oncol Nurs Forum.* 2014;41(3):E185-93.
46. Tomas Nuño • Maria Elena Martinez • Robin Harris • Francisco Garcia. A Promotora-administered group education intervention to promote breast and cervical cancer screening in a rural community along the U.S.–Mexico border - a randomized controlled trial. Springer Science+Business Media B.V. 2010; 2010.
47. Carrasquillo O, McCann S, Amofah A, Pierre L, Rodriguez B, Alonzo Y, et al. Rationale and design of the research project of the South Florida Center for the Reduction of Cancer Health Disparities (SUCCESS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials [Internet].* 2014 [cité 31 juill 2023];15(1). Disponible sur: [https://www.academia.edu/19072247/Rationale\\_and\\_design\\_of\\_the\\_research\\_project\\_of\\_the\\_South\\_Florida\\_Center\\_for\\_the\\_Reduction\\_of\\_Cancer\\_Health\\_Disparities\\_SUCCESS\\_study\\_protocol\\_for\\_a\\_randomized\\_controlled\\_trial](https://www.academia.edu/19072247/Rationale_and_design_of_the_research_project_of_the_South_Florida_Center_for_the_Reduction_of_Cancer_Health_Disparities_SUCCESS_study_protocol_for_a_randomized_controlled_trial)
48. Joel M. Moskowitz; Gene Kazinets; Joann M. Wong; Ira B. Tager. "Health is strength"- A community health education program to improve breast and cervical cancer screening among Korean American Women in Alameda County, California. Elsevier Ltd.; 2007.
49. Lee-Lin F, Nguyen T, Pedhiwala N, Dieckmann N, Menon U. A breast health educational program for Chinese-American women: 3- to 12-month postintervention effect. *Am J Health Promot AJHP.* 2015;29(3):173-81.
50. Qureshi SA, Gele A, Kour P, Møen KA, Kumar B, Diaz E. A community-based intervention to increase participation in cervical cancer screening among immigrants in Norway. *BMC Med Res Methodol.* 12 juill 2019;19(1):147.
51. Kelly AW, Chacori MDMF, Wollan PC, Trapp MA, Weaver AL, Barrier PA, et al. A Program to Increase Breast and Cervical Cancer Screening for Cambodian Women in a Midwestern Community. *Mayo Clin Proc.* 1 mai 1996;71(5):437-44.
52. Ahmad F, Cameron JI, Stewart DE. A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Soc Sci Med.* 1 févr 2005;60(3):575-86.
53. Lisa K. Hansen. An Educational Program to Increase Cervical and Breast Cancer Screening in Hispanic Women\_A Southwest Oncology Group Study. *Cancer NursingTM, Vol. 28, No. 1;* 2005.
54. Tung T. Nguyen. Breast cancer screening among Vietnamese Americans- A randomized controlled trial of lay health worker outreach. Elsevier Inc.; 2009.
55. Lee-Lin F, Pedhiwala N, Nguyen T, Menon U. Breast Health Intervention Effects on Knowledge and Beliefs Over Time Among Chinese American Immigrants--a Randomized Controlled Study. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* 2015;30(3):482-9.



56. McAvoy BR, Raza R. Can health education increase uptake of cervical smear testing among Asian women? *BMJ*. 6 avr 1991;302(6780):833-6.
57. Hoare T, Thomas C, Biggs A, Booth M, Bradley S, Friedman E. Can the uptake of breast screening by Asian women be increased? A randomized controlled trial of a linkworker intervention. *J Public Health Med*. juin 1994;16(2):179-85.
58. Dallo FJ, Zakar T, Borrell LN, Fakhouri M, Jamil H. Cancer Knowledge Increases After a Brief Intervention Among Arab Americans in Michigan. *J Cancer Educ*. 1 mars 2011;26(1):139-46.
59. Cullerton K, Gallegos D, Ashley E, Do H, Voloschenko A, Fleming M, et al. Cancer screening education: can it change knowledge and attitudes among culturally and linguistically diverse communities in Queensland, Australia? *Health Promot J Aust Off J Aust Assoc Health Promot Prof*. 29 juin 2016;27(2):140-7.
60. Dunn SF, Lofters AK, Ginsburg OM, Meaney CA, Ahmad F, Moravac MC, et al. Cervical and Breast Cancer Screening After CARES: A Community Program for Immigrant and Marginalized Women. *Am J Prev Med*. mai 2017;52(5):589-97.
61. Ouyang D, Yuan N, Sheu L, Lau G, Chen C, Lai CJ. Community health education at student-run clinics leads to sustained improvement in patients' hepatitis B knowledge. *J Community Health*. juin 2013;38(3):471-9.
62. van der Veen YJ, van Empelen P, de Zwart O, Visser H, Mackenbach JP, Richardus JH. Cultural tailoring to promote hepatitis B screening in Turkish Dutch: a randomized control study. *Health Promot Int*. 2014;29(4):692-704.
63. Percac-Lima S, Ashburner JM, Bond B, Oo SA, Atlas SJ. Decreasing Disparities in Breast Cancer Screening in Refugee Women Using Culturally Tailored Patient Navigation. *J Gen Intern Med*. nov 2013;28(11):1463-8.
64. White K, Garces IC, Bandura L, McGuire AA, Scarinci IC. Design and evaluation of a theory-based, culturally relevant outreach model for breast and cervical cancer screening for Latina immigrants. *Ethn Dis*. Summer 2012;22(3):274-80.
65. Tsu-Yin Wu. *Developing and Evaluating an Individually Tailored Intervention to Increase Mammography Adherence Among Chinese American Women*. Elsevier Inc; 2015.
66. Ana M. Navarro. *Diffusion of cancer education information through a Latino community health advisor program*. Elsevier Inc.; 2007.
67. Del Mar C, Glasziou P, Adkins P, Hua T, Brown M. Do personalised letters in Vietnamese increase cervical cancer screening among Vietnamese women? *Aust N Z J Public Health*. déc 1998;22(7):824-5.
68. Livaudais JC, Coronado GD, Espinoza N, Islas I, Ibarra G, Thompson B. Educating Hispanic women about breast cancer prevention: evaluation of a home-based promotora-led intervention. *J Womens Health* 2002. nov 2010;19(11):2049-56.
69. Jenkins CNH, McPhee SJ, Bird JA, Pham GQ, Nguyen BH, Nguyen T, et al. Effect of a Media-Led Education Campaign on Breast and Cervical Cancer Screening among Vietnamese-American Women. *Prev Med*. 1 avr 1999;28(4):395-406.
70. Mock J, McPhee SJ, Nguyen T, Wong C, Doan H, Lai KQ, et al. Effective Lay Health Worker Outreach and Media-Based Education for Promoting Cervical Cancer Screening Among Vietnamese American Women. *Am J Public Health*. sept 2007;97(9):1693-700.
71. Maria E. Fernandez. *Effectiveness of Cultivando la Salud-a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women*. American Journal of Public Health; 2009.
72. Nebot L, Díez E, Martín S, Estruga L, Villalbí JR, Pérez G, et al. [Effects of a contraceptive counselling intervention in adolescents from deprived neighbourhoods with a high proportion of immigrants]. *Gac Sanit*. janv 2016;30(1):43-6.
73. Lam TK, McPhee SJ, Mock J, Wong C, Doan HT, Nguyen T, et al. Encouraging Vietnamese-American women to obtain pap tests through lay health worker outreach and media education. *J Gen Intern Med*. 2003;18(7):516-24.
74. Gondek M, Shogan M, Saad-Harfouche FG, Rodriguez EM, Erwin DO, Griswold K, et al. Engaging Immigrant and Refugee Women in Breast Health Education. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. sept 2015;30(3):593-8.
75. Taylor V, Teh C, Lam W, Acorda E, Li L, Coronado G, et al. Evaluation of a hepatitis B

- educational ESL curriculum for Chinese immigrants. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. 2009;100(6):463-466.
76. Taylor VM, Hislop TG, Tu SP, Teh C, Acorda E, Yip MP, et al. Evaluation of a hepatitis B lay health worker intervention for Chinese Americans and Canadians. *J Community Health*. 2009;34(3):165-72.
  77. Kernohan EE. Evaluation of a pilot study for breast and cervical cancer screening with Bradford's minority ethnic women; a community development approach, 1991-93. *Br J Cancer Suppl*. sept 1996;29:S42-6.
  78. Mariana Sanchez. Evaluating a culturally tailored HIV risk reduction intervention among Latina immigrants in the Farmworker community. Wiley Periodicals, Inc.; 2016.
  79. Xingjie Wang. Evidence-Based Intervention to Reduce Access Barriers to Cervical Cancer Screening Among Underserved Chinese American Women. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH* Volume 19, Number 3, 2010 a Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089=jwh.2009.1422; 2010.
  80. Nguyen-Truong CKY, Pedhiwala N, Nguyen V, Le C, Vy Le T, Lau C, et al. Feasibility of a Multicomponent Breast Health Education Intervention for Vietnamese American Immigrant Women. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(5):615-25.
  81. Taylor V, Gregory Hislop T, Bajdik C, Teh C, Lam W, Acorda E, et al. Hepatitis B ESL education for Asian immigrants. *J Community Health*. 2011;36(1):35-41.
  82. Juon HS, Choi S, Klassen A, Roter D. Impact of breast cancer screening intervention on Korean-American women in Maryland. *Cancer Detect Prev*. 1 janv 2006;30(3):297-305.
  83. Meade CD, Calvo A, Cuthbertson D. Impact of culturally, linguistically, and literacy relevant cancer information among Hispanic farmworker women. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. Spring 2002;17(1):50-4.
  84. Wang JH yu, Schwartz MD, Luta G, Maxwell AE, Mandelblatt JS. Intervention tailoring for Chinese American women: Comparing the effects of two videos on knowledge, attitudes and intentions to obtain a mammogram. *Health Educ Res*. juin 2012;27(3):523-36.
  85. Bell TS, Branston LK, Newcombe RG, Barton GR. Interventions to Improve Uptake of Breast Screening in Inner City Cardiff General Practices with Ethnic Minority Lists. *Ethn Health* [Internet]. 2 juill 2010 [cité 19 juin 2023]; Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557859998056>
  86. Page A, Morrell S, Tewson R, Taylor R, Brassil A. Mammography screening participation: effects of a media campaign targeting Italian-speaking women. *Aust N Z J Public Health*. août 2005;29(4):365-71.
  87. Joyce Adair Bird. Opening pathways to cancer screening for Vietnamese American women-lay health workers hold the key. American Health Foundation and Academic Press; 1998.
  88. Kagawa-Singer M, Tanjasiri SP, Valdez A, Yu H, Foo MA. Outcomes of a breast health project for Hmong women and men in California. *Am J Public Health*. 2009;99(SUPPL. 2):S467-73.
  89. Tung T. Nguyen, MD, Stephen J. McPhee, MD, Ginny Gildengorin, PhD, Thoa Nguyen,, Ching Wong,. Papanicolaou Testing Among Vietnamese Americans Results of a Multifaceted Intervention. *Am J Prev Med*. 2006;
  90. Stephen J. McPhee. Pathways to Early Cancer Detection for Vietnamese Women - Suc Khoe La Vang! (Health Is Gold!). *Health Education Quarterly*, Vol. 23 (Supplement): S60-S75 (December 1996) ©1996 by SOPHE; 1996.
  91. Percac-Lima S, Milosavljevic B, Oo SA, Marable D, Bond B. Patient navigation to improve breast cancer screening in Bosnian refugees and immigrants. *J Immigr Minor Health Cent Minor Public Health*. 2012;14(4):727-30.
  92. Kim JH. Pre- and Postintervention Differences in Acculturation, Knowledge, Beliefs, and Stages of Readiness for Mammograms Among Korean American Women. Number 2 March 2009. 9 mars 2009;36(2):E80-92.
  93. Nguyen T, Vo PH, McPhee SJ, Jenkins CNH. Promoting early detection of breast cancer among Vietnamese-American women. *Cancer*. 2001;91(S1):267-73.
  94. Young S, Gomez N, Maxwell AE. Providing Health Education to Mixtec Farmworkers in California via Workshops and Radio: A Feasibility Study. *Health Promot Pract*.

- 2019;20(4):520-8.
95. Ornelas IJ, Ho K, Jackson JC, Moo-Young J, Le A, Do HH, et al. Results From a Pilot Video Intervention to Increase Cervical Cancer Screening in Refugee Women. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ.* 2018;45(4):559-68.
  96. Wang JH yu, Schwartz MD, Brown RL, Maxwell AE, Lee MM, Adams IF, et al. Results of a randomized controlled trial testing the efficacy of a culturally targeted and a generic video on mammography screening among chinese-american immigrants. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol.* nov 2012;21(11):1923-32.
  97. Maxwell AE, Bastani R, Vida P, Warda US. Results of a randomized trial to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women. *Prev Med.* 1 août 2003;37(2):102-9.
  98. Luque JS, Tarasenko YN, Reyes-Garcia C, Alfonso ML, Suazo N, Rebing L, et al. Salud es Vida: a Cervical Cancer Screening Intervention for Rural Latina Immigrant Women. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* déc 2017;32(4):690-9.
  99. Hae-Ra Han. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. Oxford University; 2008.
  100. Pratt R, Mohamed S, Dirie W, Ahmed N, Lee S, VanKeulen M, et al. Testing a Religiously Tailored Intervention with Somali American Muslim Women and Somali American Imams to Increase Participation in Breast and Cervical Cancer Screening. *J Immigr Minor Health.* 2020;22(1):87-95.
  101. Rojas P, Ramírez-Ortiz D, Wang W, Daniel EV, Sánchez M, Cano MÁ, et al. Testing the Efficacy of an HIV Prevention Intervention Among Latina Immigrants Living in Farmworker Communities in South Florida. *J Immigr Minor Health.* août 2020;22(4):661-7.
  102. Wang JH yu, Schwartz MD, Luta G, Maxwell AE, Mandelblatt JS. Intervention tailoring for Chinese American women: Comparing the effects of two videos on knowledge, attitudes and intentions to obtain a mammogram. *Health Educ Res.* juin 2012;27(3):523-36.
  103. Evaluation of an Outreach Intervention to Promote Cervical Cancer Screening Among Cambodian American Women. *Cancer Detect Prev.* 1 oct 2002;26(4):320-7.
  104. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD. PRISMA 2020 Checklist. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews; 2020.
  105. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). GUIDE D'ANALYSE DE LA LITTÉRATURE ET GRADATION DES RECOMMANDATIONS. *Acta Endosc.* janv 2000;28(2):151-5.
  106. Ailish Hannigan, Patrick O'Donnell, Mary O'Keeffe, Anne MacFarlane. How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services? *Health Evid Netw HEN Synth Rep* 46 [Internet]. 2016; Disponible sur: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391032/pdf/Bookshelf\\_NBK391032.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391032/pdf/Bookshelf_NBK391032.pdf)
  107. Annabel Desgrées du Loû, Anne Gosselin. Vers l'empowerment en santé - Recherches communautaires autour du projet Makasi. 2023.
  108. Boudinet F. santeparticipative. [cité 2 févr 2024]. santé communautaire et empowerment. Disponible sur: <https://www.sante-participative.org/empowerment-et-verticalisation>
  109. MSF. Violence sexuelle et migration [Internet]. Médecins Sans Frontière; 2010 [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/sites/default/files/d87b284fadac0af3475f1f92bce47b3c.pdf>
  110. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health - Eur.* nov 2023;34:100731.
  111. COREVIH Ile-de-France Est et CRIPS. Santé et vulnérabilités sexuelles chez les migrant-e-s [Internet]. 2018 [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.corevihet.fr/ckfinder/userfiles/files/Commissions%20Corevih%20IDF%20Est/Migrants/Sant%C3%A9%20et%20vuln%C3%A9rabilit%C3%A9s%20sexuelles%20>

- 0chez%20les%20migrant-e-s.pdf
112. Olga Bautista Cosa. Les violences à l'égard des femmes demandeuses d'asile et réfugiées en France [Internet]. Une étude de France terre d'asile-Les cahiers du social n°40; 2018 [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/violences-a-egard-femmes-demandeuses-asile-et-refugiees-en-france.pdf>
  113. O'Doherty L, Whelan M, Carter GJ, Brown K, Tarzia L, Hegarty K, et al. Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 [cité 30 janv 2024];(10). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013456.pub2/full/fr>
  114. France Terre d'Asile. Violences basées sur les genres à l'encontre des femmes migrantes : 10 recommandations pour mieux les prévenir et prendre en charge leur conséquences. 2023.
  115. Bousmah M al Q, Gosselin A, Coulibaly K, Ravalihasy A, Taéron C, Senne JN, et al. Immigrants' health empowerment and access to health coverage in France: A stepped wedge randomised controlled trial. *Soc Sci Med*. 1 déc 2023;339:116400.
  116. Romey A, Vaysse M, Jouault C, Letrilliart L. Perception des freins et facilitateurs de la continuité des soins délivrés aux migrants précaires en médecine générale. *Santé Publique*. 2023;35(2):171-81.

## ANNEXE 1 : Grille PRISMA (104)

Section et sujet	Article	Élément de la liste de contrôle	Emplacement où l'élément est signalé
<b>TITRE</b>			
Titre	1	Identifiez le rapport comme une revue systématique.	Oui, page de garde
<b>RESUME</b>			
Résumé	2	Voir la liste de contrôle PRISMA 2020 pour les résumés.	Oui, 4ème de couverture
<b>INTRODUCTION</b>			
Justification	3	Décrivez la justification de l'examen dans le contexte des connaissances existantes.	Oui, page 5
Objectifs	4	Fournir un énoncé explicite des objectifs ou des questions visés par l'examen.	Oui, page 8
<b>MÉTHODE</b>			
Critères d'éligibilité	5	Précisez les critères d'inclusion et d'exclusion de la revue et la façon dont les études ont été regroupées pour les synthèses.	Oui, pages 9-10
Sources d'information	6	Préciser toutes les bases de données, registres, sites web, organisations, références bibliographiques et autres sources consultées ou consultées pour identifier les études. Précisez la date à laquelle chaque source a fait l'objet d'une recherche ou d'une consultation pour la dernière fois.	Oui, page 10
Stratégie de recherche	7	Présenter les stratégies de recherche complètes pour toutes les bases de données, registres et sites Web, y compris les filtres et les limites utilisés.	Oui, page 11
Processus de sélection	8	Précisez les méthodes utilisées pour décider si une étude répond aux critères d'inclusion de l'examen, y compris le nombre d'évaluateurs qui ont examiné chaque dossier et chaque rapport récupéré, s'ils ont travaillé indépendamment et, le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Oui, page 14
Processus de collecte des données	9	Précisez les méthodes utilisées pour recueillir les données des rapports, y compris le nombre d'évaluateurs qui ont recueilli les données de chaque rapport, s'ils ont travaillé indépendamment, les processus d'obtention ou de confirmation des données des investigateurs de l'étude et, le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Oui, page 14

Éléments données	10a	Énumérer et définir tous les résultats pour lesquels des données ont été demandées. Préciser si tous les résultats compatibles avec chaque domaine de résultats dans chaque étude ont été recherchés (p. ex. pour toutes les mesures, tous les points temporels, toutes les analyses) et, si ce n'est pas le cas, les méthodes utilisées pour décider quels résultats recueillir.	Oui, page 14
	10b	Énumérer et définir toutes les autres variables pour lesquelles des données ont été demandées (p. ex. caractéristiques des participants et des interventions, sources de financement). Décrivez toute hypothèse formulée au sujet de toute information manquante ou imprécise.	Oui, page 14
Évaluation du risque de biais de l'étude	11	Préciser les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais dans les études incluses, y compris les détails des outils utilisés, le nombre d'évaluateurs qui ont évalué chaque étude et s'ils ont travaillé indépendamment et, le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Oui, page 14
Mesures d'effet	12	Précisez pour chaque résultat la ou les mesures de l'effet (p. ex. risque relatif, différence moyenne) utilisées dans la synthèse ou la présentation des résultats.	Non adapté à cette revue
Méthodes de synthèse	13a	Décrire les processus utilisés pour décider quelles études étaient admissibles pour chaque synthèse (p. ex. tabulation des caractéristiques de l'intervention de l'étude et comparaison avec les groupes prévus pour chaque synthèse (point #5)).	Non
	13b	Décrire toutes les méthodes requises pour préparer les données en vue de leur présentation ou de leur synthèse, comme le traitement des statistiques sommaires manquantes ou la conversion des données.	Non adapté à cette revue
	13c	Décrire toutes les méthodes utilisées pour tabuler ou afficher visuellement les résultats d'études et de synthèses individuelles.	Non adapté à cette revue
	13d	Décrivez toutes les méthodes utilisées pour synthétiser les résultats et justifiez-le ou les choix. Si une méta-analyse a été effectuée, décrire le(s) modèle(s), la ou les méthodes permettant de déterminer la présence et l'étendue de l'hétérogénéité statistique, ainsi que le(s) logiciel(s) utilisé(s).	Non adapté à cette revue
	13E	Décrire toutes les méthodes utilisées pour explorer les causes possibles de l'hétérogénéité entre les résultats de l'étude (p. ex. analyse de sous-groupes, régression métré).	Non adapté à cette revue
	13f	Décrire toute analyse de sensibilité effectuée pour évaluer la robustesse des résultats synthétisés.	Non adapté à cette revue

Évaluation du biais de déclaration	14	Décrire toutes les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais en raison de résultats manquants dans une synthèse (découlant de biais de déclaration).	Non
Évaluation de la certitude	15	Décrire toutes les méthodes utilisées pour évaluer la certitude (ou la confiance) dans l'ensemble des données probantes pour un résultat.	Non adapté à cette revue
<b>RÉSULTATS</b>			
Sélection des études	16a	Décrivez les résultats du processus de recherche et de sélection, du nombre de dossiers identifiés dans la recherche au nombre d'études incluses dans la revue, idéalement à l'aide d'un organigramme.	Oui, pages 16-17
	16b	Citez les études qui pourraient sembler répondre aux critères d'inclusion, mais qui ont été exclues, et expliquez pourquoi elles ont été exclues.	Non
Caractéristiques des études	17	Citez chaque étude incluse et présentez ses caractéristiques.	Oui, page 31
Risque de biais dans les études	18	Présenter les évaluations du risque de biais pour chaque étude incluse.	Oui, page 100
Résultats des études individuelles	19	Pour tous les critères de jugement, présentez, pour chaque étude : (a) des statistiques sommaires pour chaque groupe (le cas échéant) et (b) une estimation de l'effet et sa précision (par exemple, intervalle de confiance/crédible), idéalement à l'aide de tableaux ou de graphiques structurés.	Non adapté à cette revue
Résultats des synthèses	20a	Pour chaque synthèse, résumez brièvement les caractéristiques et le risque de biais parmi les études participantes.	Oui, page
	20b	Présenter les résultats de toutes les synthèses statistiques effectuées. Si une méta-analyse a été effectuée, présenter pour chacune l'estimation sommaire et sa précision (p. ex. intervalle de confiance/crédible) et les mesures de l'hétérogénéité statistique. Si vous comparez des groupes, décrivez la direction de l'effet.	Non adapté à cette revue
	20c	Présenter les résultats de toutes les enquêtes sur les causes possibles de l'hétérogénéité entre les résultats des études.	Non
	20d	Présenter les résultats de toutes les analyses de sensibilité effectuées pour évaluer la robustesse des résultats synthétisés.	Non adapté à cette revue
Biais de signalement	21	Présenter des évaluations du risque de biais en raison de résultats manquants (découlant de biais de déclaration) pour chaque synthèse évaluée.	Non
Niveau de confiance des données probantes	22	Présenter les évaluations de la certitude (ou de la confiance) dans l'ensemble des données probantes pour chaque critère de jugement évalué.	Non adapté à cette revue
<b>DISCUSSION</b>			

Discussion	23a	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte d'autres preuves.	Oui, page 81
	23b	Discutez des limites des données probantes incluses dans la revue.	Oui, page 81
	23c	Discutez des limites des processus d'examen utilisés.	Oui, page 81
	23d	Discuter des implications des résultats pour la pratique, les politiques et les recherches futures.	Oui, page 82
<b>AUTRES INFORMATIONS</b>			
Inscription et protocole	24a	Fournir des informations d'enregistrement pour l'examen, y compris le nom du registre et le numéro d'enregistrement, ou indiquer que l'examen n'a pas été enregistré.	Oui, page 9
	24b	Indiquez où le protocole d'examen peut être consulté ou indiquez qu'un protocole n'a pas été préparé.	Non
	24c	Décrivez et expliquez toute modification apportée aux renseignements fournis lors de l'inscription ou dans le protocole.	Non
Soutien	25	Décrivez les sources de soutien financier ou non financier pour l'examen et le rôle des bailleurs de fonds ou des commanditaires dans l'examen.	Oui, page 88
Conflits d'intérêts	26	Déclarez tout intérêt concurrent des auteurs de la revue.	Oui, page 88
Disponibilité des données, codes et autres documents	27	Indiquez lesquels des éléments suivants sont accessibles au public et où ils peuvent être trouvés : modèles de formulaires de collecte de données ; Les données extraites des études incluses ; les données utilisées pour toutes les analyses ; Code analytique ; Tout autre matériel utilisé dans le cadre de l'examen.	Oui, page 89



## ANNEXE 2 : Tableaux détaillé de la qualité des études

### Qualité des études contrôlés randomisées selon “Risk of bias” de Cochrane :

Author(s)/ Publication Year	Selection Bias		Reporting bias	Other Bias	Performance Bias	Detection Bias	Attrition Bias	OVERALL
	Random sequence generation	Allocation concealment	Selective reporting	Other sources of bias	Blinding (participants and personnel)	Blinding (outcome assessment)	Incomplete outcome data	
Lee-Lin, F 2015 (49)								Poor
Tomas Nuno; 2010 (46)								Poor
Taylor VM. 2002 (36)								Fair
Young H. Kim 2004 (41)								Poor
Tung T. Nguyen 2009 (54)								Poor
Lee-Lin, F. 2014 (55)								Poor
Tanya Hoare 1994 (57)								Poor
Flanagan, Stuart 2019 (37)								Fair
Van der Veen, Y.J. 2013 (62)								Poor
Tsu-Yin Wu 2015 (65)								Poor
Park, MN 2014 (38)								Poor
Del Mar, Chris 1998 (67)								Poor

Faible risque de biais

Haut risque de biais

Risque de biais imprécis

<b>Møen, Kathy Ainul 2020 (42)</b>								<b>Poor</b>
<b>Mock, Jeremiah 2007 (70)</b>								<b>Poor</b>
<b>Lam, T.K. 2003 (73)</b>								<b>Poor</b>
<b>Taylor, VM 2010 (39)</b>								<b>Poor</b>
<b>Taylor, VM 2009 (75)</b>								<b>Poor</b>
<b>Taylor, V.M. 2009 (76)</b>								<b>Poor</b>
<b>Taylor, VM 2002 (44)</b>								<b>Poor</b>
<b>Taylor, VM 2011 (81)</b>								<b>Poor</b>
<b>Wang, Judy Huei- yu 2012 (84)</b>								<b>Poor</b>
<b>Ana M. Navarro 1998 (43)</b>								<b>Poor</b>
<b>Carrasquillo, Olveen 2018 (47)</b>								<b>Poor</b>
<b>Wang, Judy Huei- yu 2012 (96)</b>								<b>Poor</b>
<b>Maxwell, Annette E 2003 (97)</b>								<b>Poor</b>
<b>Eunice Lee 2014 (45)</b>								<b>Poor</b>
<b>Rabiye Erenoglu 2019 (40)</b>								<b>Poor</b>

**Qualité des études quasi-expérimentales :**

<b>Author(s)/ Publication Year</b>	<b>Sélection</b>	<b>Comparability</b>	<b>Results</b>	<b>Overall</b>
<b>Joel M. Moskowitz; 2007 (48)</b>	2/4	2/2	1/3	<b>5/9</b>
<b>Samera A. Qureshi; 2019 (50)</b>	4/4	1/2	2/3	<b>7/9</b>
<b>Ann Wilde Kelly 1996 (51)</b>	4/4	2/2	3/3	<b>9/9</b>
<b>Farah Ahmad 2004 (52)</b>	2/4	2/2	2/3	<b>6/9</b>
<b>Lisa K. Hansen 2005 (53)</b>	1/4	0/2	0/3	<b>1/9</b>
<b>McAvoy, B.R. 1991 (56)</b>	3/4	2/2	1/3	<b>6/9</b>
<b>Dallo, Florence J. 2010 (58)</b>	4/4	2/2	1/3	<b>7/9</b>
<b>Cullerton, Katherine 2016 (59)</b>	3/4	2/2	0/3	<b>5/9</b>
<b>Dunn, Sheila F. 2017 (60)</b>	4/4	2/2	2/3	<b>8/9</b>
<b>Ouyang, David 2012 (61)</b>	4/4	2/2	2/3	<b>8/9</b>
<b>Percac-Lima, Sanja 2013 (63)</b>	3/4	0/2	3/3	<b>6/9</b>
<b>Kari White 2012 (64)</b>	3/4	0/2	2/3	<b>5/9</b>
<b>Ana M. Navarro 2007 (66)</b>	4/4	2/2	2/3	<b>8/9</b>
<b>Livaudais, Jennifer C. 2010 (68)</b>	4/4	2/2	2/3	<b>8/9</b>

<b>Jenkins, Christopher N. H. 1999 (69)</b>	2/4	0/2	1/3	<b>3/9</b>
<b>Maria E. Fernandez 2009 (71)</b>	3/4	0/2	3/3	<b>6/9</b>
<b>Nebot, Laia 2015 (72)</b>	4/4	2/2	1/3	<b>7/9</b>
<b>Gondek, Matthew 2015 (74)</b>	3/4	2/2	0/3	<b>5/9</b>
<b>Kernohan, E. E. 1996 (77)</b>	3/4	2/2	2/3	<b>7/9</b>
<b>Mariana Sanchez 2016 (78)</b>	4/4	2/2	1/3	<b>7/9</b>
<b>Xingjie Wang 2010 (79)</b>	4/4	1/2	2/3	<b>7/9</b>
<b>Nguyen-Truong, C.K.Y. 2017 (80)</b>	4/4	2/2	2/3	<b>8/9</b>
<b>Juon, Hee-Soon 2006 (82)</b>	3/4	1/2	3/3	<b>7/9</b>
<b>Meade, Cathy D. 2002 (83)</b>	4/4	2/2	3/3	<b>9/9</b>
<b>Bell, Truda S. 1999 (85)</b>	0/4	0/2	1/3	<b>1/9</b>
<b>Page, Andrew 2005 (86)</b>	3/4	2/2	3/3	<b>8/9</b>
<b>Joyce Adair Bird 1998 (87)</b>	1/4	0/2	0/3	<b>1/9</b>
<b>Kagawa-Singer, M 2009 (88)</b>	3/4	0/2	1/3	<b>4/9</b>
<b>Tung T. Nguyen 2006 (89)</b>	2/4	0/2	1/3	<b>3/9</b>
<b>Stephen J. McPh 1996 (90)</b>	2/4	0/2	1/3	<b>3/9</b>

<b>Percac-Lima, S 2011 (91)</b>	4/4	2/2	3/3	<b>9/9</b>
<b>Kim, Jin Hee 2009 (92)</b>	4/4	2/2	3/3	<b>9/9</b>
<b>Nguyen, Thoa 2001 (93)</b>	2/4	0/2	1/3	<b>2/9</b>
<b>Young, S. 2018 (94)</b>	3/4	2/2	1/3	<b>2/9</b>
<b>Ornelas, I.J. 2018 (95)</b>	4/4	2/2	3/3	<b>9/9</b>
<b>Luque, John S. 2016 (98)</b>	3/4	2/2	2/3	<b>7/9</b>
<b>Hae-Ra Han 2008 (99)</b>	4/4	2/2	3/3	<b>9/9</b>
<b>Pratt, R. 2019 (100)</b>	4/4	2/2	3/3	<b>6/9</b>
<b>Patria Rojas 2019 (101)</b>	3/4	2/2	1/3	<b>6/9</b>

AUTRICES : Marie Kerihuel et Laure Daumail

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr Lisa Ouahnon

---

**TITRE : Etat des lieux des interventions visant l'empowerment en santé sexuelle des femmes migrantes dans le monde.**

**Introduction** : L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux des interventions visant l'empowerment en santé sexuelle des femmes migrantes, et secondairement, d'en évaluer l'efficacité. Ce travail s'inscrit dans le projet ENVOL. **Méthodologie** : Une revue systématique de la littérature a été réalisée. Deux chercheurs ont indépendamment sélectionné et extrait les publications à partir de 6 bases de données référencées, complétée par une recherche manuelle approfondie. La qualité des études a été évaluée par des grilles validées. **Résultats** : Soixante-six études ont été incluses. Le cancer du sein et du col de l'utérus étaient les thématiques les plus représentées. Les interventions s'organisaient majoritairement autour de sessions d'éducation interactives. L'association avec du matériel éducatif et des conseils individualisés ne faisait qu'apporter en efficacité. Cette modalité d'intervention multimodale s'intégrerait donc au mieux dans un objectif d'empowerment des populations cibles. **Discussion** : Des lacunes persistent sur des recommandations claires quant aux méthodes et outils de mesure efficaces d'empowerment en santé sexuelle. Les violences sexuelles restent une des thématiques majeures à développer. Dans l'objectif du projet ENVOL, créer une intervention en soins primaires, culturellement adaptée par et pour les femmes migrantes, en collaboration avec des médecins généralistes, pourrait favoriser leur empowerment en santé sexuelle.

**TITLE: Sexual health empowerment interventions for migrant women: a systematic review of the literature.**

**Introduction**: The aim of this study was to make an overview of interventions aimed at empowering migrant women in terms of their sexual health, and secondly, to evaluate their effectiveness. This work is part of the ENVOL project. **Method** : A systematic literature review was carried out. Two researchers independently selected and extracted publications from 6 referenced databases, supplemented by an extensive manual search. The quality of the studies was assessed using validated grids. **Results** : Sixty-six studies were included, with breast and cervical cancer the most common themes. Interventions were mostly organized around interactive education sessions. The combination of educational material and individualized advice was even more effective. This multimodal intervention modality would therefore be ideally suited to the empowerment of target populations. **Discussion** : There is still a lack of clear recommendations on effective methods and tools for measuring sexual health empowerment. Sexual violence remains one of the major themes to be developed. The aim of the ENVOL project is to create a culturally adapted primary care intervention by and for migrant women, in collaboration with general practitioners, to promote their sexual health empowerment.

Mots-clés : Empowerment, santé de la femme, santé sexuelle, migrants, interventions

Key words : Empowerment, women's health, sexual health, migrants, interventions

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de santé - 37 allées Jules Guesdes - 31000 Toulouse - France