



ACTIONS COLLECTIVES & DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

REPÈRES POUR AGIR

Sommaire

<u>Introduction</u>	1
<u>Recommandations</u>	2
<u>10 critères qualité en éducation pour la santé</u>	2
<u>Renforcer la participation des publics</u>	6
<u>Renforcer l'accès à une information claire, compréhensible et utilisable par la population</u>	7
<u>Prendre en compte et faire évoluer les représentations des publics</u>	8
<u>Deux conditions essentielles</u>	9
<u>Agir de manière croisée sur le public et sur l'environnement</u>	9
<u>Mobiliser des personnes ayant une expérience partagée avec les publics</u>	12
<u>Focus sur les publics</u>	16
<u>Population carcérale</u>	16
<u>Personnes en situation de handicap et personnes âgées vieillissantes</u>	18
<u>Précarité et quartiers prioritaires de la politique de la ville</u>	21
<u>Milieu du travail et des entreprises</u>	23
<u>Abréviations</u>	24
<u>Bibliographie</u>	25

Réalisation Promotion Santé Grand Est

Rédaction : Floriane Lutrat / Groupe de travail : Emilie Ferial, Marie Flipo-Gaudefroy, Floriane Lutrat, Marie Persiani / Relecture : Emilie Ferial, Marie Flipo-Gaudefroy / Maquettage : Emilie Christophe / Photographies : Canva

Utilisation et reproduction

Promotion Santé Grand Est autorise l'utilisation et la reproduction du contenu de ce document, sous réserve de la mention de la source.

Citation proposée

Lutrat F, Actions collectives dans le dépistage organisé des cancers : Repères pour agir. Laxou : Promotion Santé Grand Est ; 2024. 27 p.

Avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé Grand Est.



Introduction



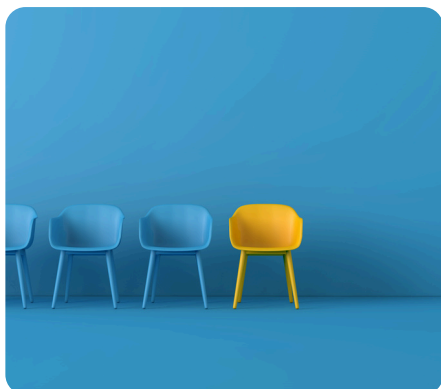
En dépit de la mise en place du dépistage organisé et d'un dispositif national assurant la gratuité de l'examen, **d'importantes inégalités sociales et territoriales subsistent dans la participation au dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal** (Pascal et Lombrail, 2016). Par exemple, dans le cadre du dépistage organisé autour du cancer du sein, les études montrent une moindre participation dans les zones les plus socio-économiquement défavorisées et les plus éloignées des centres de mammographie (Ouédraogo et al., 2014 ; Smith et al., 2019). Persiste également un écart de participation important entre les départements et même entre les territoires d'un même département. De plus, au sein même des zones urbaines à forte densité médicale, la littérature montre une inégale participation au dépistage. Les critères de non-participation relèvent par exemple d'une situation sanitaire et sociale défavorable, de freins logistiques dans l'accès à l'examen ainsi que du manque d'informations ou à l'existence de représentations autour de la santé, des cancers et du dépistage (Galéa, 2011).



Les actions étudiées par la littérature montrent que les informations transmises sur l'accès au dépistage par courrier seul sont insuffisantes pour en permettre l'accès à l'ensemble des populations cibles. Pour ce faire, il est nécessaire de déployer différentes stratégies complémentaires.



Réalisé par Promotion Santé Grand Est avec le soutien de l'Agence régionale de santé Grand Est, ce document propose un concentré de connaissances et de recommandations pratiques pour la mise en œuvre d'actions collectives autour du dépistage organisé des cancers. Fondée sur une analyse de la littérature scientifique et d'expériences de terrain, cette ressource met en lumière des leviers d'action efficaces et valorise des initiatives menées sur le territoire national. Destinée à celles et ceux qui décident, financent ou agissent sur le terrain, elle offre des outils concrets pour concevoir et déployer des actions au plus près des besoins des populations.



Recommandations

10 critères qualité en éducation pour la santé

« L'éducation pour la santé doit permettre de placer les personnes en situation de comprendre ce qui influence leurs comportements, de gérer des motivations contradictoires, de développer leurs capacités d'écoute, de réflexion et d'analyse, et de faire les choix qu'elles jugeront bons pour elles-mêmes ou pour la collectivité »

Pommier & Ferron, 2013

« Elle ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes, développant ainsi leur autonomie et leur pouvoir d'agir. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé. »

Organisation Mondiale de la Santé, 1990

1 Mener un **diagnostic** en amont du projet. Cette étape permet de :

- clarifier les pistes d'actions et d'orientation,
- légitimer le projet,
- impliquer davantage les équipes professionnelles et la population cible,
- identifier les freins au dépistage des personnes du territoire et pouvoir prendre en compte ces contraintes dans la suite du projet. *Par exemple, si les personnes révèlent des difficultés à se rendre au centre de mammographie, il sera pertinent de penser, au-delà des séances éducatives, à travailler avec les autres partenaires du territoire à lever ces freins.*



Un diagnostic réalisé dans le champ de la promotion de la santé repose sur la triade **Besoins-Demandes-Réponses** (Baumann et al., 2001):

- **les demandes** sont les attentes exprimées par la population,
- **les besoins** renvoient aux problématiques de santé des populations repérées par les professionnel·les,
- **les réponses** rassemblent l'offre existante de services et actions sur le territoire mis à disposition de la population.

2

Impliquer les publics dans les actions de dépistage organisé dès leur conception et jusqu'à l'évaluation. En prenant en compte les réalités des populations, les actions proposées seront plus pertinentes et accessibles [\[voir >> Renforcer la participation des publics p. 4\]](#).

3

Privilégier la participation aux séances sur la base du volontariat.

4

Prévoir au moins 4 séances (Promotion Santé Grand Est, 2024).

5

Penser la progressivité des séances : partir des questions de santé de manière générale avant d'aborder la thématique des cancers et du dépistage organisé.

6

Recueillir les demandes des personnes en début des séances éducatives afin d'adapter leur contenu (*qu'attendent-elles de la séance ? Quelles sont les questions auxquelles elles souhaitent une réponse ?*). Ce recueil peut être intégré au temps de présentation des personnes participantes.

7

Éviter une stratégie d'approche centrée sur la peur et sur le risque mais évoquer plutôt les déterminants et les facteurs de santé ainsi que les facteurs de protection.

Par exemple, il ne s'agit pas de dispenser des cours sur le dépistage et les risques de ne pas y recourir, mais plutôt d'encourager une prise de conscience en fonction des contraintes des individus. Pour cela, il s'agit de viser le développement de 4 dimensions :

- **le savoir** : être capable de définir le dépistage organisé et ses modalités ou d'identifier les structures ressources ou les centres de radiologies agréés,
- **le savoir-faire** : savoir réaliser un test immunologique dans le cadre du Dépistage organisé sur cancer colorectal (DOCCR) [[voir >> Prendre en compte et faire évoluer les représentations des publics p. 8](#)].
- **le savoir-être** : être capable d'exprimer ses représentations et ses craintes vis-à-vis du dépistage organisé ou de la mammographie,
- **le pouvoir faire** : avoir le matériel pour réaliser son test à domicile.

8

Offrir un espace d'expression au public est essentiel. Les espaces collectifs dédiés à ce sujet doivent principalement servir de lieux de dialogue où les personnes peuvent exprimer leurs difficultés, partager leurs perceptions et opinions, et où l'on part de leurs points de vue et connaissances pour élaborer des réponses adaptées.

9

Avoir une approche non-normative et non-culpabilisante. Celle-ci doit permettre de mettre à disposition les moyens et les informations qui permettent d'effectuer des choix. « Il s'agit notamment d'évaluer ce qui relève des choix de l'usager, de ses non-choix et de ses capacités à être autonome dans ses choix » (Poitou, 2021, p. 22)

10

Travailler l'accès à l'information sur le dépistage organisé de manière à la rendre claire et compréhensible pour les publics cibles : ces derniers doivent pouvoir construire leur propre jugement sur cette information et s'en saisir afin de prendre des décisions éclairées sur le dépistage [[voir >> Renforcer l'accès à une information claire, compréhensible et utilisable par la population p. 7](#)].

Renforcer la participation des publics



Ce que nous dit la littérature

- Les stratégies d'implication de la population sont efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé (Wallerstein, 2006).
- La démarche de co-construction et de partage entre population et professionnel·les semble aujourd'hui nécessaire aux projets (Cambon et al., 2007).
- Impliquer les populations dès la conception des projets permet de renforcer et d'adapter les actions aux publics cibles par leur capacité à repérer les freins et les leviers spécifiques. Cela permet également de reconnaître leurs compétences.



Concrètement, pour agir ?

► La participation des publics peut se faire à différentes étapes du projet : intégration de l'équipe projet, définition des priorités et des objectifs, construction de l'action collective, co-animation, construction du protocole d'évaluation, communication vers les pair-es...

>> Design Thinkink

« Terme utilisé pour désigner l'ensemble des méthodes et des outils qui aident, face à un problème ou un projet d'innovation, à appliquer la même démarche que celle qu'aurait un designer. C'est une approche de l'innovation et de son management qui se veut une synthèse entre la pensée analytique et la pensée intuitive. Il s'appuie sur un processus de co-créativité impliquant des retours de l'utilisateur final. »



Exemple d'action

Accès aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : littératie et participation action (Chevassu et al., 2022)

Porteur : Ireps Bourgogne Franche-Comté

Public : Population de Quartier Prioritaire de la Ville (QPV)

Description

Utilisation de la méthode

>> **Design Thinking** pour déterminer l'action la plus pertinente à mettre en place.

Mise en place de 10 séances avec un groupe de professionnel·les et d'habitant·es en situation de précarité pour déterminer un modèle de communication et les messages à y joindre autour du dépistage.

A retenir de l'action

En amont des séances : **identification des acteurs pouvant faciliter le recrutement des habitant·es.**

Progressivité des séances : expression de l'expérience sur la thématique du cancer, réflexion autour du dépistage (définition, réalisation) et les outils existants, brainstorming sur le type de communication à développer, construction des affiches, réflexion sur la stratégie de diffusion...

Travail collaboratif et dialogue entre habitant·es en situation de précarité et professionnel·les qui a conduit à la production d'affiches sur les trois types de dépistage organisé.

Communication à partir de messages positifs et d'un visuel auquel les habitant·es peuvent s'identifier.

Renforcer l'accès à une information claire, compréhensible et utilisable par la population



Ce que nous dit la littérature

La littératie en santé désigne « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie. »

Sørensen, K. et al., 2012

Cela concerne toute information permettant à l'individu ou à la communauté d'agir pour sa santé : comprendre le fonctionnement du dépistage organisé, trouver des cabinets de radiologie agréés, savoir vers quel·le professionnel·le se tourner...

La littératie en santé est indispensable notamment lorsque sont ciblées :

- des populations de **quartiers défavorisés**,
- des personnes **en situation de handicap**,
- des personnes **analphabètes ou illettrées**,
- des personnes **allophones**.

- Des études suggèrent que **des compétences insuffisantes en littératie en santé sont en lien avec des taux plus bas de dépistages du cancer** (Oldach, Kate, 2014).
- **Les connaissances sont une porte d'entrée à des choix éclairés** concernant l'adhésion à des campagnes de dépistage du cancer.
- « **Les personnes ont besoin de connaître les bénéfices, les risques ou les différentes possibilités qui s'offrent à elles** avant de pouvoir choisir de participer ou non à un dépistage du cancer » (Ruel et al., 2019).
- **La composante culturelle joue sur la manière de comprendre et d'interpréter une information** : elle doit donc être présentée de manière « appropriée et non stéréotypée » (Ruel et al., 2019).
- **L'information délivrée doit être adaptée aux personnes ciblées** : il faut lutter contre la barrière de la langue ou la technicité des informations en santé.
- **Il est nécessaire de rendre les informations plus lisibles et compréhensibles, qu'elles soient imprimées, numériques, imagées ou partagées oralement** (Ruel et al., 2017 ; 2018). Les discours doivent donc être accessibles.



Concrètement, pour agir ?

► **Concevoir ou adapter les outils et messages en collaboration avec les populations cibles, les pair-es et les équipes professionnelles** qui travaillent quotidiennement avec elles. Il peut être nécessaire de faire appel à des interprètes communautaires pour élaborer ces outils ou animer des séances éducatives.

► **Évaluer l'acceptabilité des discours et des outils auprès des populations**, c'est-à-dire vérifier la compréhension et la perception des informations transmises notamment dans les interventions destinées aux personnes vivant dans des quartiers défavorisés, en situation de handicap, analphabètes ou illettrées.

► **Renforcer le réseau de partenariats** en se rapprochant des professionnel·les et acteurs locaux en contact direct avec les publics. Cela dans l'optique d'engager un travail de co-construction des séances avec ces derniers puisqu'il n'est pas efficace de déployer les mêmes séances dans tous les établissements, structures ou territoires.

► **Communiquer avec des infographies et employer des techniques visant la reformulation de l'information** par le public cible afin de s'assurer d'une bonne compréhension (Oldach, Kate, 2014). Des ressources sont disponibles (ex : SantéBD, boîte à outils pédagogiques pour comprendre et expliquer la santé avec des images et des mots simples : <https://santebd.org>).



Exemples d'action

Prévention des cancers et populations en situation de vulnérabilité (Ducros et al., 2021)

Porteur : Ligue vaudoise contre le cancer

Public cible : Personnes allophones ou à faible niveau de littératie en santé

Description

Co-construction d'un programme d'information (boîte à outils) pour rendre l'information sur le dépistage des cancers accessible et compréhensible, avec des professionnel·les en dépistage oncologique, des interprètes communautaires et des expert·es en langage simplifié.

Réalisation d'outils traduits utilisés dans des ateliers ou diffusés via des canaux communautaires.

Animation d'ateliers sur 2 niveaux, selon le degré de compétences en littératie en santé et en français : faibles et moyen.

A retenir de l'action



Co-construction des outils : focus-group autour de la construction des outils pour évaluer leur acceptabilité culturelle.

Variabilité des outils pour s'adapter à la population :

- Boîte à outils comprenant un quizz, des illustrations, un mannequin, des dépliants...
- Approche des représentations culturelles liées au cancer, au dépistage, et plus largement à la santé
- Documents traduits dans environ 15 langues

Développement d'un réseau de partenaires et appui du porteur sur les réseaux de relais communautaires notamment le réseau des populations migrantes : cela facilite le déploiement des ateliers dans les activités préexistantes (cours de français, rencontres associatives, rencontres communautaires, cafés contact, ateliers pédagogiques).

Adocpa Ain (Balamou et al., 2021)

Porteur : CRCDC AuRA – Site de l'Ain (ex-ODLC Ain)

Public cible : Adultes analphabètes ou illettrés

Description

Réalisation de séances d'éducation pour la santé en abordant les représentations sur les cancers et les DO, réponse aux freins et réticences.

Partage des outils d'information respectant les critères de la littératie (>> **Falc**).

A retenir de l'action



Appui sur un maillage local dynamique notamment à travers l'Atelier Santé Ville (ASV) : accès facilité aux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)

Recueil des besoins et des demandes des professionnel·les et des publics cibles pour adapter les contenus des séances éducatives.

Logique de parcours pensée à travers la proposition d'accompagnement individuel tout au long du dépistage : rendez-vous avec des sage-femmes pour un contrôle gynécologique ou un dépistage, accompagnement par l'assistante sociale PASS tout au long du parcours du DO...

Progression des séances en abordant la santé de manière globale avant d'introduire les cancers et les dépistages.

>> Facile à lire et à comprendre (Falc)

Méthode, ensemble de règles, qui a pour but de traduire un langage classique en langage compréhensible par tous et toutes par une simplification des documents. L'objectif est de rendre les individus plus autonomes à partir d'une meilleure compréhension de l'information. Les fiches et documents Falc sont généralement élaborées avec la participation des personnes concernées.



Prendre en compte et faire évoluer les représentations des publics



Ce que nous dit la littérature

Les représentations des populations sont des obstacles à leur participation au dépistage organisé. Ces représentations concernent principalement (Boulanger et al., 2020 ; Lecompte, 2017) :

- **L'acte de dépistage** : peur de la douleur liée à la compression de la poitrine lors de mammographie, crainte d'un cancer radio-induit à la suite des mammographies répétées, confusion entre dépistage et diagnostic ...
- **Les cancers** : presque une femme sur deux ne se sent pas concernée par le DO car elle estime ne pas être à risque par absence de symptôme, par absence de cancer dans la famille ou encore par leur bonne hygiène de vie.
- Le dépistage est souvent pensé et vécu comme « **une rupture** » entre l'absence de maladie et être malade.

Aborder de manière directe la question des cancers et de leur dépistage n'est pas une stratégie efficace en raison des représentations souvent associées, tant chez les publics que chez les professionnel·les.



Concrètement, pour agir ?

► **Identifier, au sein du groupe, les représentations de chaque personne mais également s'il y a confrontation des représentations sociales et des représentations culturelles liées à la santé** (ex : comment parler du corps, du sein en particulier, quand culturellement celui-ci est habituellement caché ?).

► **Partir des questions de santé de manière générale avant d'aborder la thématique des cancers et du dépistage** dans une optique de progressivité des séances.

► **Offrir un espace d'expression au public** est essentiel. Les espaces collectifs dédiés à ce sujet doivent principalement servir de lieux de dialogue où les personnes peuvent exprimer leurs difficultés, partager leurs perceptions et opinions, et où l'on part de leurs points de vue et connaissances pour élaborer des réponses adaptées.



Comment ?

En instaurant un moment de dialogue sur les représentations culturelles liées au cancer, au dépistage, mais aussi plus généralement, à la santé. Ceci doit se faire dès le début du cycle de 4 séances (nombre de séances recommandé). Des techniques d'animation et des outils peuvent être utilisés pour permettre l'expression des représentations. Par exemple :

- **Les dépistages des cancers en région Paca** : contient un photo-expression permettant de faire émerger les représentations à l'aide d'un panel de photographies,
- **14 arguments pour convaincre** : permet de mettre en lumière les freins et leviers au dépistage du cancer du sein.



Les centres de ressources de Promotion Santé Grand Est vous proposent des outils de ce type en fonction des objectifs des séances éducatives.

Deux conditions essentielles...



Agir de manière croisée sur le public et sur l'environnement

Il est contre-productif d'informer et de motiver les personnes à réaliser un dépistage si ce dernier ne peut pas être effectué du fait d'un manque d'accessibilité. Il est donc crucial de **penser le dépistage organisé dans une approche de parcours**, en intervenant également sur l'environnement au préalable pour assurer l'efficacité de la démarche.

Les actions invitant aux dépistages organisés doivent être pensées en lien avec les principaux facteurs explicatifs du non-recours au dépistage et notamment en termes de :

- **Répartition géographique des centres de dépistage** : pour que l'invitation à se faire dépister soit efficace, les centres doivent être situés à proximité des populations ciblées. Les problèmes de localisation, le manque de transport, et d'autres obstacles géographiques peuvent rendre l'accès difficile.
- **Accessibilité physique des lieux de dépistage** : les créneaux de rendez-vous doivent être variés et adaptés aux besoins des personnes. Il est également important que les équipements de dépistage soient accessibles aux personnes en situation de handicap et que le discours des équipes professionnelles soit ajusté aux contraintes spécifiques des différents publics.

Focus sur les dispositifs mobiles

Les dispositifs mobiles peuvent permettre de réduire de nombreux obstacles au dépistage organisé (Vallée, 2015) en permettant de se rapprocher de certaines populations notamment celles qui sont éloignées des centres agréés par exemple. Mais ces dispositifs nécessitent une attention particulière vis-à-vis des éléments suivants :

L'offre existante

L'offre mobile doit venir en complément de l'offre existante afin de :

- éviter un phénomène de sentiment de concurrence avec les autres offres existantes sur le territoire et ne pas se substituer à ces offres ;
- renforcer la coordination partenariale.

Cela nécessite donc de :

1. **Cartographier l'offre du territoire à l'occasion d'un diagnostic** précis pour déterminer les territoires sous-dépistés et les populations les plus éloignées du dépistage organisé ;
2. **Réfléchir le programme des déplacements de l'offre mobile en tenant compte du taux de participation, de la distance à un cabinet de radiologie et en l'adaptant à l'implantation géographique et physique de l'offre existante** (cartographie) ;
3. **Penser la communication envers les professionnel·les du territoire** pour développer et assurer les relais nécessaires en amont et en aval du dépistage (*qui oriente vers l'offre mobile ? En cas de dépistage positif, qui prend le relais sur le territoire ?...*)

Les publics cibles

Il est nécessaire de **questionner les besoins, attentes et représentations des publics cibles** sur une offre mobile possible afin de :

- vérifier que l'offre mobile répond à leur demande ;
- définir les lieux et horaires de déplacement en adéquation avec les disponibilités des populations cibles.

Le cadre réglementaire

L'offre mobile répond à un cadre réglementaire notamment en ce qui concerne les mammographies réalisées en unité mobile (Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers) .

Si l'ensemble des conditions énoncées dans cet arrêté n'est pas respecté, l'obtention d'une dérogation de la Direction générale de la santé (DGS), après avis de l'Institut national du cancer (Inca), est nécessaire pour la mise en œuvre de l'unité mobile.

L'interdisciplinarité et le travail en partenariat



Ce que nous dit la littérature

- **Les centres de coordination des dépistages des cancers ne sont pas encore suffisamment connus** notamment par les secteurs du médical et du médico-social.
- Il est essentiel d'**impliquer les partenaires dans un travail axé sur les parcours en mettant en place des actions concrètes pour rendre le dépistage plus accessible et résoudre les problèmes d'accès aux différentes étapes du parcours de dépistage** (Gaspard et al., 2022).
- Se rapprocher des professionnel·les et des acteurs locaux, qui sont en contact direct avec les populations cibles, permet de **concevoir des actions ou de créer des outils d'intervention mieux adaptés aux publics** qu'ils côtoient, ce qui améliore la portée du dépistage auprès de certains groupes éloignés. Par exemple, il est important de développer des partenariats et une coordination accrue avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour mieux atteindre les personnes en situation de handicap.



Concrètement, pour agir ?

- **Intervenir en duo dans les actions collectives** peut-être un bon moyen de mixer les compétences et les expertises pour répondre au mieux aux problématiques des publics (Porte et al., 2021).
- **Rechercher l'offre pluridisciplinaire à travers l'articulation de différents dispositifs** (Picard, 2021) : par exemple : faire coïncider une action sur le dépistage organisé dans les Restos du cœur avec un temps sur l'accès aux droits animé par la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam).
- **S'appuyer sur un maillage local dynamique.** Par exemple, au niveau local, l'ASV pourrait faciliter l'accès aux quartiers prioritaires de la politique de la ville.



Mobiliser des personnes ayant une expérience partagée avec les publics



Ce que nous dit la littérature

La « pair-aidance correspond à une forme de relation d'aide offerte par des non-professionnels à des personnes avec lesquelles ils partagent la même problématique. »

Castro, 2020

Qui sont les pair-es-aidant-es ?

Ici, les pair-es-aidant-es (parfois appelés « relais ») sont des habitant-es « formé-es » sur le dépistage (procédé, communication, repérage des difficultés, connaissances des services ou professionnel·les...) et proches des publics ciblés (issus de la même communauté sociale, habitant le même quartier...). Souvent, ces personnes ont vécu des événements comparables et ont une connaissance expérientielle du dépistage organisé.

A quoi servent les pair-es-aidant-es ?

Le rôle des pair-es est d'aider à identifier voire à lever les barrières du passage à l'acte du dépistage. Il constitue un support social pouvant prendre trois formes non exclusives :

- **Émotionnelle** : établir une relation de proximité et de confiance pour permettre à la population d'évoquer ses craintes face au dépistage.
- **Informationnelle** : apporter des informations claires et adaptées au public.
- **Instrumentale** : aider à la planification, à la prise de rendez-vous, etc.

Le contact se fait par un·e pair·e qui se rend directement auprès des personnes visées. La pair-aidance introduit un acteur supplémentaire, souvent plus proche ou plus engagé envers la population cible, afin de soutenir une organisation existante qui peine à atteindre cette audience par ses moyens de communication traditionnels.

• **La pair-aidance est à développer d'autant plus dans les actions à destination de publics spécifiques** : précaires, en situation de handicap, etc.

• La création d'une pair-aidance peut **renforcer la capacité des publics à s'inscrire dans une démarche de dépistage** (Cambon et al., 2007 ; Buthion et al., 2015).

• « Par leurs connaissances linguistiques, culturelles, sociales, et plus généralement de l'ensemble des spécificités des publics accompagnés, [les pair-es-aidant-es] permettent de tisser **une relation de confiance avec les personnes accompagnées, favorisant ainsi l'expression de leurs besoins et leur prise en compte** » (Boceno, Trépont, 2021, p. 39).

• Des expériences où **les pair-es sont rémunéré-es démontrent un engagement de ces derniers plus durable** que le volontariat ne parvient pas toujours à garantir (Boussaingault et al., 2021).



Concrètement, pour agir ?

► **Créer des entités visuelles qui permettent d'identifier les pair-es** pour renforcer la légitimation de leurs discours et de leur parole.

► **Sélectionner des pair-es volontaires qui répondent à des critères de proximité avec la population cible** (comme l'âge, la culture, l'expérience du test ou de la maladie, la langue, le lieu de résidence, etc.), qui possèdent des compétences en communication, en écoute et qui sont disponibles.

► **Développer les connaissances et compétences des pair-es-aidant-es en matière d'accompagnement et de posture d'écoute** dans le cadre d'actions portant sur le dépistage organisé. Cela peut se traduire par la mise en place de formation et de temps d'échanges à destination des pairs. En effet, la seule expérience des pair-es ne suffit pas : ce sont les rencontres de plusieurs expériences partagées entre les pair-es-aidant-es qui vont leur permettre l'identification de récurrences ou des possibles montées en généralité (Linder, 2020).

► **Veiller à certains principes clés dans les discours portés par les pair-es-aidant-es.**

Ces messages doivent répondre à certains critères qualité renforçant l'impact de leur soutien :

- **Authenticité** : les pair-es-aidant-es partagent des expériences vécues de manière transparente afin d'établir une relation de confiance basée sur l'empathie et la compréhension (Mead et al., 2001).
- **Respect de l'autonomie** : les pair-es-aidant-es respectent et soutiennent les prises de décision de leurs interlocuteurs (Repper, J., & Carter, 2011).
- **Empathie et bienveillance** : le discours des pair-es-aidant-es reflète une attitude bienveillante afin de réduire la stigmatisation et l'isolement ressentis par les personnes aidées (Solomon, 2004).
- **Partage d'expériences significatives** : les discours doivent être pertinents pour le contexte et les besoins spécifiques de la personne aidée (Davidson et al., 2006).
- **Encouragement de la résilience** : les discours favorisent l'auto-efficacité et l'estime de soi (Chinman et al., 2014).
- **Confidentialité et éthique** : les pair-es-aidant-es sont formé-es aux questions de confidentialité et d'éthique, veillant à respecter la vie privée dans leurs interactions.

► **Suivre la qualité des messages transmis par les pair-es-aidant-es** par exemple en s'appuyant sur des évaluations régulières et des supervisions, en encourageant les pairs-aidants à s'auto-évaluer et à réfléchir à la qualité de leurs propres interventions (identification de leurs forces ou des points à améliorer) ou encore en questionnant les personnes aidées sur leur « satisfaction » à être entendues, comprises, soutenues et encouragées par les pair-es.



Exemples d'action

Avec mon quartier pour la vie – Les Ambassadrices des Régies de Quartier (Blum et al., 2021)

Porteur : Ligue contre le cancer

Public : Femmes des quartiers socialement défavorisés

Description

Formation des « ambassadrices » (les paires) identifiées par les acteurs locaux et volontaires, sur la communication envers les paires autour du Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS).

Présence de ces ambassadrices dans des temps forts : marchés, brocantes, porte à porte, café santé, interventions en pharmacie, visite de lieux de dépistage...

Collaboration entre ambassadrices et professionnel·les : mise en place d'espaces de dialogue et création d'outils de communication...

Mise en place de groupes de parole pour échanger du vécu des ambassadrices dans leur rôle de paire.

A retenir de l'action

Renforcement de l'aspect social autour du dépistage organisé.

Dépassement des communications verticales en passant par les paires : permet de lever des freins à l'échange.

Visibilité des ambassadrices par la création d'une identité visuelle : permet le renforcement de leur légitimité à parler du dépistage organisé.

Renforcement du pouvoir d'agir des ambassadrices.

Difficulté du maintien de la mobilisation en raison de l'indisponibilité des acteurs (manque de temps) ou encore de la dimension émotionnelle dont étaient marquées certaines ambassadrices au cours d'entretiens avec le public cible.

Nécessité d'être vigilant sur l'implication émotionnelle des ambassadrices : le dépistage relève de l'intime et des représentations de la maladie.

Campagne de sensibilisation et de mobilisation en porte à porte au dépistage organisé du cancer du sein sur le quartier de la Rose à Marseille (Auchet et Georgelin, 2021)

Porteur : VoisinMalin Marseille

Public : Population vivant dans un QPV

Description

Mise en place d'une campagne de porte-à-porte.

Formation d'un groupe d'habitants vivant dans le quartier (équipe des Voisins Malins).

Co-construction du message de la campagne de porte-à-porte associant Voisins Malins et partenaires institutionnels.

A retenir de l'action



Équipe recrutée selon des profils variés reproduisant la diversité du quartier.

Équipe de pair-es salarié-es : maintien de la mobilisation des pair-es, tremplin vers l'insertion.

Concernant certains aspects financiers, une expérience comme celle de VoisinMalin, où les personnes sont rémunérées, montre **une implication sur la durée** que n'offre pas la mobilisation par le volontariat.

Partenariat avec des acteurs locaux : associations de quartier, collectivité, bailleurs...

Relais des campagnes institutionnelles avec un message retravaillé et un discours adapté.

Au-delà des personnes cibles du dépistage organisé, permet d'**informer les habitant-es rencontré-es sur l'offre de santé et les dispositifs de prévention existants.**

Focus sur les publics

Selon la littérature et les expériences en méthodologie de projet, les actions collectives dans le dépistage organisé à destination de certains publics cibles et certains milieux nécessitent quelques points d'attention supplémentaires et complémentaires aux critères et recommandations évoqués auparavant.

Population carcérale



Ce que nous dit la littérature

- Les personnes faisant l'objet d'une incarcération sont **automatiquement affiliées au régime général de la sécurité sociale et bénéficient donc du dépistage « gratuit »** au même titre que les ayants droit de la population générale.
- **Le milieu carcéral représente un cadre contraignant** pour la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé et la rotation des effectifs de personnes détenues est importante : il est difficile, dans ces conditions, de développer des actions éducatives dans des conditions satisfaisantes.
- **Le milieu carcéral est un milieu complexe où doivent se concilier des cultures et des objectifs très différents** (logique sécuritaire, logique sanitaire, logique éducative). Malgré toutes les procédures, **le secret médical y est difficile à préserver**. En effet, toute personne détenue se rendant à l'unité de soins est connue du personnel de surveillance et d'une partie des personnes co-détenues.
- **La promiscuité régnant en prison renforce les problèmes d'acceptabilité** et notamment du DOCCR (toilettes partagées...).
- **En cas de retour positif du dépistage, des examens supplémentaires posent des questions d'organisation majorées**. De plus, « **l'hospitalisation suppose pour la personne détenue des conditions de détention souvent mal supportées** : pas de promenades, pas de tabac, pas de contacts avec les autres détenues, dates d'hospitalisation ne tenant pas compte des dates de parloirs (non connues des équipes organisatrices), ... » (Champion-Boutoille, 2016).
- Au cours des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, **le refus de s'engager dans l'échange peut être l'expression d'une capacité de résistance** (Callon et Rabeharisoa, 1999) **et de la liberté de la personne détenue** (Rostaing, 2010).

Tous ces éléments peuvent entraîner de **la méfiance** et renforcer **le non-recours au dépistage organisé**.



Concrètement, pour agir ?

L'organisation et la conception des séances éducatives en milieu carcéral doit être repensée :

► **Considérer que la durée de séjour des détenus peut être incertaine ou limitée**, ce qui réduit le nombre de séances disponibles pour chaque personne et nécessite une planification répétée des ateliers en fonction du renouvellement de la population carcérale.

► **Prévoir une organisation spécifique adaptée à la structure** (contraintes réglementaires), **inclure l'administration pénitentiaire dans le processus, et se coordonner avec l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.**

► **Viser les moments de disponibilité des personnes détenues** en fonction des temps libres qui leur sont accordés, de leurs tâches et obligations, etc.

► **Garantir la compréhension des informations en lien avec les caractéristiques de la population carcérale** : allophones, illettrisme, etc [\[voir >> Renforcer l'accès à une information claire, compréhensible et utilisable par la population p. 7\].](#)

► **S'assurer d'un parcours possible en coordination avec Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et CRCDC et en lien avec la période d'incarcération.** En effet, il serait délétère de communiquer sur le dépistage organisé si les personnes détenues ne peuvent pas le réaliser dans des conditions respectant leur intimité et le secret médical.

► **Développer la participation des personnes détenues** par les échanges et leur donner la possibilité de faire remonter des solutions à la structure / à l'administration pénitentiaire sur l'organisation du dépistage dans leur milieu.



Exemple d'action

Dépistage organisé des cancers au centre pénitentiaire de Toulon/La Farlède (Porte et Bouhier, 2021)

Porteur : Codes 83

Public : Population carcérale

Description

Réflexion partagée entre Codes 83, CRCDC Var, Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP).

Mise en place d'ateliers d'éducation pour la santé sur les dépistages organisés auprès des détenus du centre pénitentiaire (6 ateliers par an) : échanges sur les représentations des cancers, les facteurs de risques et de protection, le dépistage, le mode de réalisation du dépistage ainsi que les freins et les leviers à la réalisation du test.

Sensibilisation des équipes médicales et paramédicales.

A retenir de l'action



Augmentation du taux de participation au dépistage organisé de 4% à 60 %.

Organisation coordonnée avec la structure, l'administration pénitentiaire et l'USMP.

Articulation avec l'infirmière référente de l'USMP dans une logique de parcours : proposer des entretiens individuels à la suite des séances éducatives et permettre une rapide réalisation du test.

Personnes en situation de handicap et personnes âgées vieillissantes



Ce que nous dit la littérature

- **Les personnes en situation de handicap participent deux fois moins aux dépistages organisés des cancers par rapport à la population générale** (Azema & Satge, 2013).

- Il y a une méconnaissance de l'offre voire de l'existence de dépistage en majeure partie liée à une difficulté à comprendre les documents distribués sur le sujet ou à une non-réception du courrier d'information sur les DOC notamment lorsque ces personnes vivent en établissement.
- Il existe des obstacles d'accessibilité aux tests et aux examens médicaux des DO pour les personnes en situation de handicap et les personnes vieillissantes : par exemple, la récupération des kits de dépistage, leur utilisation ou encore la réalisation d'une mammographie nécessitent des ajustements à anticiper (temps nécessaire à la consultation supérieure pour les personnes en situation de handicap, auxquels certains centres d'imagerie ne peuvent répondre).

- **En EHPAD ou en unités Alzheimer, le dépistage organisé des cancers n'est pas systématique et dépend de l'état de santé global des personnes résidentes.** Les décisions sont prises en tenant compte de la qualité de vie, des bénéfices attendus du dépistage et du consentement éclairé. Les professionnels de santé doivent s'assurer que les bénéfices potentiels du dépistage sont plus importants que les risques ou les inconvénients. Dans certains cas, le DOCS, le DOCCR et le Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) peuvent être suspendus pour des personnes très dépendantes ou présentant des pathologies comme Alzheimer à un stade avancé, où le traitement serait difficile à supporter. Certains examens de dépistage (comme la coloscopie ou la mammographie) peuvent être inconfortables ou inadaptés à des personnes fragiles.

- Dans les unités Alzheimer, la compréhension des objectifs du dépistage et la participation des personnes résidentes peuvent être limitées, nécessitant **une évaluation plus poussée des bénéfices-risques.**

Recommandations d'âge dans les différents dépistages organisés :

- **Cancer du sein : 50 – 74 ans**
- **Cancer colorectal : 50 – 74 ans**
- **Cancer du col de l'utérus : 25 – 65 ans**



Concrètement, pour agir ?

► S'assurer de la compréhension des informations en lien avec les caractéristiques de la population

en adaptant tous les documents importants et la conception des séances éducatives [\[voir >> Renforcer l'accès à une information claire, compréhensible et utilisable par la population p. 7\]](#). Des outils sont déjà existants et disponibles (ex : [SantéBD voir p. 6](#)).

► **Développer l'intégration des pair-es** pour impliquer des personnes en situation de handicap ayant déjà passé les dépistages pour qu'elles expliquent leur parcours et rassurent celles qui ne les ont pas encore réalisés.

► Penser les actions selon le mode de vie des populations cibles.

Pour les personnes en situation de handicap vivant en établissement ou service social ou médico-social (ESMS), il s'agit par exemple de s'adapter aux contraintes des soins.

► **Créer, développer et renforcer les partenariats entre les ESMS, les centres de radiologie et le CRCDC** pour adapter les conditions de réalisation des dépistages organisés en fonction des besoins exprimés par les personnes en situation de handicap.

► **Impliquer les aidant-es et les équipes du secteur médico-social dans les actions de dépistage organisé** pour renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap en demande. Ils peuvent être des leviers et des ressources pertinentes pour faciliter l'acceptation du dépistage.



Exemples d'action

Théâtre-forum « Il était une fois... Mammo et Colorecto » (Ruiz-Petitmengin, 2022)

Porteur : Association CT3i

Public : Personnes en situation de handicap au sein d'établissements médico-sociaux

Description

Mise en place d'un théâtre-forum permettant l'intervention des publics sur des situations réelles pour en modifier le cours.

En amont : rencontre avec les établissements et les équipes professionnelles pour les sensibiliser à la question du dépistage organisé et adapter le scénario aux capacités des publics cibles.

En aval : débriefing à partir des évaluations à chaud et avec les partenaires de l'action pour identifier les perspectives d'amélioration.

A retenir de l'action



Le théâtre-forum permet au public de penser et transformer une situation : la scène est jouée une première fois afin que le public en prenne connaissance puis est rejouée. Les personnes peuvent alors intervenir, prendre la place d'un personnage pour intégrer leur point de vue et modifier le cours de l'histoire.

Adaptation de l'évaluation à chaud au public : utilisation de smileys de couleur.

Nécessité de bien connaître le public afin de construire des situations qui lui parlent et dans lesquelles il pourrait intervenir.

Actions à destination des personnes âgées

Il existe peu d'exemples concrets dans la littérature.

Le dépistage du cancer chez les personnes résidant en EHPAD ou en unité Alzheimer est généralement décidé au cas par cas, en fonction de l'état de santé général du résident, de son niveau de dépendance, de son espérance de vie, et de son consentement (ou celui de ses proches).

Néanmoins, il existe quelques actions dans certaines régions ou établissements en France qui tentent d'intégrer le dépistage organisé dans les EHPAD ou unités Alzheimer, bien que cela soit moins systématique que dans la population générale.

- En Bretagne et en Île-de-France, des équipes mobiles de soins interviennent en EHPAD pour distribuer et expliquer le test aux personnes résidentes. Le personnel médical des EHPAD est formé pour aider ces dernières à réaliser le test, en coopération avec les médecins traitants. Le DOCCR est proposé dans les EHPAD à travers l'utilisation de tests de dépistage non invasifs comme le test immunologique de recherche de sang dans les selles. Cette méthode peut être réalisée sans déplacement de la personne résidente ce qui en fait une option accessible même pour des personnes âgées ayant une mobilité réduite.

- Certains établissements de santé en lien avec des centres hospitaliers universitaires intègrent le dépistage organisé dans leurs bilans gériatriques pour les personnes vivant en EHPAD. Ces bilans sont réalisés en coopération avec des spécialistes en gériatrie et des oncologues, qui évaluent l'opportunité de poursuivre des dépistages selon l'état général de la personne.



Précarité et quartiers prioritaires de la politique de la ville



Ce que nous dit la littérature

- **Passer à l'action n'est pas évident, particulièrement pour les personnes en situation de précarité**, chez qui les ressources censées faciliter ce processus (accessibilité financière, géographique, disponibilité de l'offre...) sont insuffisantes (Cambon et al., 2007).
- **Mobiliser ces publics est compliqué**. Leur fort isolement social accentue la nécessité d'élaborer des stratégies d'intervention plus concertées pour mieux répondre à leurs besoins et à leurs attentes. Cambon et al. mettent en lumière la nécessité d'établir **des communications ciblées** au regard de ce public.
- **Les personnes en situation de précarité n'ont pas toujours une situation administrative qui leur permet d'accéder au dépistage organisé** (affiliation à la sécurité sociale nécessaire). De plus, les structures comme les centres d'hébergement et de réinsertion sociale ne sont pas toutes dotées de professionnel·les de santé.
- **L'implication de pair-es, pouvant être des personnes vivant dans le quartier, peut renforcer la mobilisation des publics des QPV** : « par leurs connaissances linguistiques, culturelles, sociales, et plus généralement de l'ensemble des spécificités des publics accompagnés, [ils] permettent de tisser une relation de confiance avec les personnes accompagnées, favorisant ainsi l'expression de leurs besoins et leur prise en compte » (Boceno, Trépont, 2021, p. 39).



Concrètement, pour agir ?

- **Développer et renforcer les partenariats et la coordination avec les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres sociaux, les associations de quartier, les régies de quartier**, etc. notamment pour avoir des relais au plus proche de ces populations.
- **Travailler avec les ASV** qui sont également une porte d'entrée pour se rapprocher de ces publics.
- **Articuler les actions autour du dépistage organisé avec d'autres actions en direction des publics précaires** (par exemple, avec un temps sur l'accès aux droits animé par la Cpm).
- **Privilégier l'approche par les pair-es** [*\[voir >> Mobiliser des personnes ayant une expérience partagée avec les publics p. 12\].*](#)



Exemple d'action

Collectif ville-associations-habitants pour la promotion des dépistages organisés – Aubervilliers (Bequet et al., 2021)

Porteurs : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers d'Ile-de-France (CRCDC-IDF 93) – Mairie d'Aubervilliers Pôle Promotion Santé

Public : Femmes

Description

Création d'un groupe d'acteurs de différents milieux autour du dépistage organisé (habitantes, Régie de quartier de la Maladrerie, association Femmes solidaires 93, personnel du Pôle de santé public de la Mairie et Comité départemental des cancers 93).

Réalisation d'un état des lieux du dépistage organisé sur la ville et des freins à celui-ci.

Création des outils pour améliorer la compréhension des dépistages.

Mise en place d'actions pour le grand public.

A retenir de l'action



Implication de la Régie de quartier : apport de connaissance sur les habitantes et les actions déjà mises en place dans le quartier, partage de réseau.

Création d'un roman photo avec les habitantes jouant leur propre rôle, participation des habitantes à la réadaptation de plaquettes d'information sur le dépistage organisé.

Élargissement du partenariat à des structures non impliquées dans le dépistage organisé pour intégrer les actions à d'autres axes (ex : épicerie solidaire).

Milieu du travail et des entreprises



Ce que nous dit la littérature

- **En Europe, les démarches d'éducation pour la santé en entreprise sont surtout centrées sur les risques professionnels et certaines portent sur les facteurs de mode de vie** (tabagisme, alimentation et activité physique...).
- **Le travail est l'un des freins au dépistage organisé fréquemment évoqué** : les individus évoquent manquer de temps et que les horaires de travail ne leur permettent pas d'effectuer certains dépistages (horaires des centres agréés non compatibles par exemple).



Concrètement, pour agir ?

► **Intégrer la question du dépistage organisé dans les politiques de l'entreprise** est un déterminant important du succès des actions éducatives en entreprise. Un échange avec la direction permettrait d'ancrer les actions autour du dépistage, de lever des freins institutionnels et de questionner les conditions de mise en place effective de ces actions. Par exemple : *celles-ci auront-elles lieu sur le temps de travail des salarié·es ? Sont-elles obligatoires pour les salarié·es ? Du temps peut-il être accordé aux personnes souhaitant se faire dépister ?*

► **Cibler les différents types d'entreprise et ne pas penser les actions uniquement vers les grandes entreprises** dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

► **Réfléchir à la manière dont seront structurées et organisées les actions** puisque la question du dépistage organisé touche à l'intimité des personnes. Dans le cadre du DOCS, la manipulation d'un mannequin pour apprendre la palpation des seins peut être « dérangement » face aux collègues de travail.

Le sujet du ciblage des entreprises par le dépistage organisé est très peu investi par la littérature. Des critères peuvent cependant faciliter ce ciblage.

- **Taille** : les entreprises avec un grand nombre d'employé·es sont plus susceptibles d'être ciblées grâce à leurs services de santé bien établis. Pour les petites et moyennes entreprises, plus difficiles à cibler individuellement, les regroupements ou les réseaux d'entreprises peuvent faciliter l'organisation du dépistage organisé.
- **Secteur d'activité** : les secteurs dans lesquels les employé·es sont exposé·es à des facteurs de risque de cancers (exposition à des produits chimiques, amiante, fumée de tabac...) peuvent être des cibles prioritaires. Les entreprises avec un taux élevé de sédentarité peuvent aussi être des cibles privilégiées.
- **Localisation géographique** : les entreprises en zones rurales ou périurbaines avec un accès limité aux structures de santé peuvent être prioritaires.
- **Caractéristiques sociodémographiques des employé·es** : le dépistage organisé s'adressant à des tranches d'âge spécifiques, les entreprises avec une proportion importante de salarié·es de ces groupes d'âge peuvent être privilégiées. Les entreprises comptant une part significative de femmes dans les tranches d'âge recommandées pour le DOCS peuvent être particulièrement ciblées.
- **Soutien des mutuelles et assurances** : certaines entreprises en collaboration avec leurs mutuelles ou assurances proposent des initiatives pour leurs salarié·es. Afin de ne pas se superposer à l'existant, il conviendrait de cibler les entreprises dont les mutuelles ne proposent pas ces initiatives.

Abréviations

ASV : Atelier santé ville

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRCDC : Centre régional de coordination des dépistages des cancers

DOCCR : Dépistage organisé sur cancer colorectal

DOCCU : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

DOCS : Dépistage organisé du cancer du sein

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : Établissement ou service social ou médico-social

FALC : Facile à lire et à comprendre

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Bibliographie

Tous les liens ont été consultés le 20 novembre 2024.

- Auchet, C., & Georgelin, B. (2021). Campagne de sensibilisation et de mobilisation en porte à porte au dépistage organisé du cancer du sein sur le quartier de la Rose à Marseille [Action menée par : VoisinMalin Marseille]. Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/campagne-de-sensibilisation-et-de-mobilisation-en-porte-a-porte-au-depistage-organise-du-cancer-du-sein-sur-le-quartier-de-la-rose-a-marseille/>
- Azema, B., & Satge, D. (2013). Les cancers chez les enfants et adultes porteurs d'une déficience intellectuelle. Bulletin d'Information du CREA Bourgogne, 336, 5-14..
- Balamou, C., Rahmani, S., Rodrigue, C., & Gaspard, S. (2021). Adocpa Ain [Action menée par : CRCDC AuRA – Site de l'Ain (CRCDC01)]. Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/adocpa-ain/>
- Bequet, S., Péliissier, H., Picquart, N., Bouhier, F., & Soudier, B. (2021). Collectif ville-associations-habitants pour la promotion des dépistages organisés – Aubervilliers [Action menée par : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers d'Ile de France (CRCDC-IDF 93) – Mairie d'Aubervilliers Pôle Promotion Santé]. Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/collectif-ville-associations-habitants-pour-la-promotion-des-depistages-organises-aubervilliers/>
- Blum, C., Clastres, N., Bouhier, F., & Georgelin, B. (2021). Avec mon quartier pour la vie – Les Ambassadrices des Régies de Quartier [Action menée par : Ligue contre le cancer]. Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/avec-mon-quartier-pour-la-vie-les-ambassadrices-des-regies-de-quartier>
- Bouhier, F., Soudier, B., Georgelin, B., Gaspard, S., Berdougou, F., & Lombrail, P. (2016). Rapport final – Projet de capitalisation sur la promotion du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Société française de santé publique. <https://www.capitalisationsante.fr/>
- Boulanger, J., & Louvel, A. (2020). Socio-cultural influences on cancer screening behaviors: A review. Public Health Reviews, 41, 1-19. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00129-4>
- Boussaingault, P., Dianka, A., Kontente, M., Caroux, A., & Galissi, V. (2021). Voisin Malin – Missions de porte-à-porte au sein des quartiers Le Canal et Les pyramides à Evry-Courcouronnes en Essonne (91) [Action menée par : Voisin Malin Evry]. Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/voisin-malin-missions-de-porte-a-porte-au-sein-des-quartiers-le-canal-et-les-pyramides-a-evry-courcouronnes-en-essonne-91/>
- Cambon, L., Mangin, G., & Barthélémy, L. (2007). Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. Santé Publique, 19(6), 513-523. <https://doi.org/10.3917/spub.076.0513>

- Callon, M., & Rabeharisoa, V. (1999). La leçon d'humanité de Gino. *Réseaux*, 17(95), 197-233.
- Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des psychologues*, 2020/2 n° 374. pp. 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0018>
- Champion-Boutoille, C. (2016). Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes. *Médecine humaine et pathologie*.
- Chevassu, M., Marie-Pierre, & Clovis. (2022). Renforcer l'accès aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : Littératie et participation action [Action menée par : IREPS Bourgogne Franche-Comté]. Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/renforcer-lacces-aux-depistages-des-cancers-du-sein-colorectal-et-du-col-de-luterus-des-personnes-en-situation-de-precarite-litteratie-et-participation-action/>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.
- Ducros, C., Horisberger, D., & Bouhier, F. (2021). Prévention des cancers et populations en situation de vulnérabilité [Action menée par : Ligue vaudoise contre le cancer]. Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/prevention-des-cancers-et-populations-en-situation-de-vulnerabilite>
- Ferron, C. (2022). Stratégies de promotion de la santé en milieu pénitentiaire : enseignements d'un état des lieux en France. *Santé Publique*, 34. <https://doi.org/10.3917/spub.220.0023d>
- Gaspard, S., Soudier, B., Georgelin, B., Halfen, S., Berdugo, F., Rusch, E., & Groupe de Travail DÉPISTAGE. (2022). Les partenariats : pierre angulaire de la promotion du dépistage des cancers en France. *Santé Publique*, 34. <https://doi.org/10.3917/spub.220.0016a>
- Léac, J.-P. (n.d.). Qu'est-ce que le design thinking [Page internet]. *Les Cahiers de l'innovation*. <https://www.lescahiersdelinnovation.com/qu-est-ce-que-le-design-thinking/>
- Lecompte, H. (2017). Dépister les cancers du sein... Représentations des médecins, informations délivrées aux femmes et enjeux du dépistage organisé [Rapport de recherche]. Université de Bretagne Occidentale. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01759012>
- Cambon, L., Mangin, G., & Barthélémy, L. (2007). Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. *Santé Publique*, 9(6), 513-523. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-6-page-513.html>
- Linder, A. (2020). Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale : Une perspective sociologique. Dans N. Franck & C. Cellard (Éds.), *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée* (pp. 7-18). *Elsevier-Masson*

- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Oldach, B. R., & Katz, M. L. (2014). Health literacy and cancer screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 149-157.
- Organisation Mondiale de la Santé (1990). Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. OMS.
- Promotion Santé Grand Est (2024). Ma démarche Santé · Un guide pour la qualité de mon projet. <https://www.promotion-sante-grandest.org/index.php/component/content/article/16654-ma-demarche-sante-un-guide-pour-la-qualite-de-mon-projet?catid=196&Itemid=630>
- Porte, M. (2021). Dépistage organisé des cancers dans différents milieux de vie [Action menée par : CODES 83 – Le Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Var]. Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 11 pages. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/depistage-organise-des-cancers-dans-differents-milieux-de-vie/>
- Pomiès, A. (2022). Enquêter sans opprimer ? Une analyse réflexive des asymétries générées et amplifiées par l'enquête en milieu carcéral. *Revue de l'organisation responsable*, 17, 77-84. <https://www.cairn.info/revue--2022-1-page-77.htm>
- Pommier, J., Ferron, C. (2013). La promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années. *Santé Publique*, 2, 111-118.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
- Ruel, J., Allaire, C., Moreau, A. C., & al. (2018). Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice : Santé publique France.
- Ruel, J., Moreau, A., Ndengeyingoma, A., Arwidson, P., & Allaire, C. (2019). Littératie en santé et prévention du cancer. *Santé Publique*, 2, 75-78. <https://doi.org/10.3917/spub.197.0075>
- Ruel, J., Moreau, A. C., Ndengeyingoma, A., & Allaire, C. (2017). Rendre intelligibles les informations en santé pour mieux informer les personnes ayant des compétences réduites en littératie. *Repères-Dorif*, 16.
- Ruiz-Petitmengin, M.-C., & Bouhier, F. (2022). Le Théâtre-Forum au service du dépistage des personnes en situation de handicap [Action menée par : Association CT3i : Création Théâtre – Forum des 3 i]. Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/le-theatre-forum-au-service-du-depistage-des-personnes-en-situation-de-handicap/>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services: Underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Vallée, A. (2016). Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ? *Santé Publique*, 28(5), 599-602. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0599>

ACTIONS COLLECTIVES & DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

REPÈRES POUR AGIR

Ce document propose un concentré de connaissances et de recommandations pratiques pour la mise en œuvre d'actions collectives autour du dépistage organisé des cancers. Fondée sur une analyse de la littérature scientifique et d'expériences de terrain, cette ressource met en lumière des leviers d'action efficaces et valorise des initiatives menées sur le territoire national. Destinée à celles et ceux qui décident, financent ou agissent sur le terrain, elle offre des outils concrets pour concevoir et déployer des actions au plus près des besoins des populations.



**Promotion
Santé**
Grand Est