

RAPPORT FINAL

Projet de capitalisation
sur la promotion du
dépistage des cancers du
sein et du col de l'utérus



AOÛT 2022 – Ce projet a été mené avec le soutien de l'Institut National Du Cancer, de la Direction Générale de la Santé et de Santé publique France.



Sommaire

P.3

INTRODUCTION

P.4

PARTIE 1 : LA CAPITALISATION D'EXPÉRIENCES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ

P.8

PARTIE 2 : PRÉSENTATION DU PROJET DE
CAPITALISATION SUR LA PROMOTION DU
DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL DE
L'UTÉRUS

P.13

PARTIE 3 : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES
PROJETS CONTRIBUTEURS

P.23

PARTIE 4 : ÉLÉMENTS D'ANALYSE AU REGARD DES
DIFFÉRENTES ÉTAPES DU CYCLE D'UN PROJET

P.42

PARTIE 5 : ENSEIGNEMENTS EXPRIMÉS PAR LES
ACTEURS

P.46

PARTIE 6 : POINTS DE DISCUSSION |
PRÉCONISATIONS

P.49

BIBLIOGRAPHIE

P.50

ANNEXES



Introduction

Avec le soutien de l'INCa, de la Direction générale de la Santé et de Santé publique France, la Société Française de Santé Publique (SFSP) a mis en œuvre, de 2020 à 2022, un projet de capitalisation portant sur la thématique de la promotion de la participation au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus auprès de personnes en situation de vulnérabilité sociale ou territoriale.

Ce projet est piloté par un Groupe de travail composé de représentant.e.s d'institutions (INCa, ARS Île-de-France, les CRCDC d'Auvergne Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire et Île-de-France, Santé Publique France), d'organismes de recherche (Centre Léon Berard, l'Inserm), d'associations (Fabrique Territoire Santé, France Assos Santé - Corse, Jeune & Rose, La Ligue nationale contre le cancer, Médecins du Monde) et de personnes qualifiées.

Autour de cette thématique de la promotion du dépistage des cancers, il s'est agi de capitaliser une vingtaine de projets, afin de mettre en lumière les pratiques des acteurs de terrain et les enseignements de leurs expériences.

Sur la base de ces capitalisations, la présente analyse transversale a été formalisée afin de partager les principaux enseignements et les points de discussion liés à la mise en commun de ces récits d'expérience.

Après la présentation des éléments clés de la démarche de capitalisation et une description de la méthode de travail employée pour le présent projet, les enseignements transversaux identifiés seront partagés.

Nous tenons à remercier pour leur confiance l'INCa, la Direction générale de la santé et Santé publique France, les membres du Groupe de travail « Dépistage » pour leur soutien et leur contribution à cette démarche, les porteurs de projet ayant joué le jeu de cette capitalisation, le conseil d'administration et l'équipe de la Société Française de Santé Publique ainsi que l'ensemble des actrices et acteurs qui ont contribué à la réalisation de ce travail de capitalisation.

1

La capitalisation d'expériences en promotion de la santé

Une réflexion collective sur un dispositif de partage de connaissances en France

La capitalisation des expériences en promotion de la santé trouve son origine dans le projet InSPIRe-ID. Pilotée par la Direction générale de la santé, cette initiative réunit un grand nombre de partenaires dont l'objectif est d'élaborer un dispositif national de partage de connaissances en santé publique.

Dans ce cadre, la Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé (Fnès) et la Société Française de Santé Publique (SFSP) animent depuis 2017 une réflexion menée par le Groupe de travail national Capitalisation autour du déploiement de la capitalisation des expériences comme outil contributif majeur à la diffusion des connaissances. Ce groupe est composé de représentant.e.s d'institutions, d'associations, de chercheurs et de personnes qualifiées¹.

La capitalisation vise à transformer le savoir pratique en connaissance partageable

La capitalisation issue de l'expérience vise à compléter les données issues de la recherche et les bases existantes qui mettent à la disposition des acteurs des données descriptives des actions menées (base OSCARS notamment). En effet, ces données ne permettent pas toujours de répondre à la question du « Comment-Faire ? ». La capitalisation y répond à partir d'un recueil d'informations très détaillé auprès des acteurs et d'une analyse de celui-ci. Elle a pour objectifs de faire apparaître les logiques à l'œuvre, de décrire finement les contextes, les savoirs issus de l'action, les stratégies déployées.

La capitalisation contribue à l'enrichissement de la connaissance en promotion de la santé via l'association de différents acteurs de terrain (professionnels, élus, bénévoles, population concernée par les projets capitalisés, etc.). Il peut s'agir de professionnels spécialisés en Promotion de la Santé mais aussi d'autres champs (acteurs du social, du domaine éducatif, du médico-social, du développement durable...) qui abordent des enjeux de santé dans leurs interventions.

La capitalisation de l'expérience présente plusieurs finalités

POUR LE PORTEUR D'ACTION

Pour les acteurs impliqués dans une démarche de capitalisation, ce processus constitue un espace réflexif sur les pratiques et les actions menées. Moment privilégié de prise de recul sur l'organisation et les méthodes de conception et de mise en œuvre des actions, il permet de questionner les stratégies, de repérer les leviers et de partager en interne les enseignements de l'action menée.

C'est également un temps de la valorisation des expériences vécues. Ainsi, la capitalisation est source de promotion sociale, d'autonomisation et participe au renforcement des compétences individuelles et collectives des acteurs.

POUR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La capitalisation facilite l'accès à des données essentielles contextualisées et illustrées par des exemples pratiques, dans des environnements et auprès de publics cibles spécifiques.

Elle permet des choix éclairés de stratégies d'actions pour des acteurs intervenant en prévention ou promotion de la santé et contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des actions menées.

POUR LES INSTITUTIONS ET LES ASSOCIATIONS

Le processus de capitalisation renforce et complète le soutien des institutions et des associations aux promoteurs de projet. Il constitue une ressource supplémentaire pour accompagner les structures et territoires cibles et ce d'autant plus qu'un certain nombre d'acteurs ne sont pas des professionnels de la prévention et de la promotion de la santé.

La capitalisation de l'expérience permet de diffuser des exemples d'intervention complétant ainsi l'outillage nécessaire à la mobilisation de nouveaux acteurs.

POUR LES CHERCHEURS

La capitalisation met à disposition un corpus de données sur les actions de promotion de la santé (sans prétendre à l'exhaustivité), et facilite le repérage d'actions innovantes pouvant faire l'objet d'un travail plus approfondi. Elle peut ainsi faire émerger de nouveaux terrains de recherche.

La capitalisation s'inscrit ainsi dans deux axes forts :

- L'un relevant d'un processus pédagogique visant le renforcement des compétences des acteurs et, par la même, la qualité des actions et proposant d'éclairer la décision en promotion de la santé,
- L'autre de la diffusion d'une connaissance partageable, issue de l'expérience en santé publique.

¹ Aides, ARS Normandie, Collège de Médecine Générale, EHESP, Fabrique Territoires Santé, France Assos Santé, FNES, Institut Renaudot, IREPS Auvergne Rhône Alpes, IREPS Bourgogne Franche Comté, Le Réverbère, Promotion Santé Normandie, Promo Santé Ile-de-France, Santé publique France, Société Française de Santé Publique, Universités de Lorraine et de Côte d'Azur.

Une méthode portée par un accompagnateur en capitalisation

Le porteur d'action est, au sein de la structure participant à la capitalisation, l'interlocuteur clé de l'action concernée, capable de décrire sa conception, son histoire et d'échanger sur ses enseignements.

Auprès des porteurs d'actions, l'accompagnateur en capitalisation a pour rôle clé de rendre explicites des connaissances implicites et de faire émerger un discours sur l'action, son contexte et son déroulement. Il ne doit pas avoir de lien avec l'action capitalisée : il garde ainsi un regard neutre et distancié sur le discours recueilli. Sa posture est centrée sur des techniques d'enquête qualitative et une écoute attentive et bienveillante.

Dans le cadre de ses échanges avec chaque porteur d'action, ses interventions visent à :

- Obtenir des informations les plus précises possibles sur les dimensions de l'action,
- Faire préciser les éléments qui apparaissent pertinents au regard des objectifs de la capitalisation,
- Choisir le cas échéant un axe particulièrement intéressant de l'action pour le développer.

5 grandes étapes entre le porteur d'action et l'accompagnateur

Toute démarche de capitalisation doit suivre les cinq grandes étapes suivantes :



Cadrage de la démarche

Un premier temps de cadrage entre l'accompagnateur et le porteur d'action permet de vérifier que les critères d'éligibilité sont bien remplis pour mettre en œuvre une capitalisation d'action. Il s'agit notamment de bien appréhender pour l'accompagnateur :

- La complexité de l'action : implique-t-elle plusieurs partenaires, déploie-t-elle plusieurs activités de nature différente, s'inscrit-elle dans la durée, agit-elle sur une variété de déterminants ?
- Sa durée : l'action doit être achevée ou démarrée depuis au moins un an,
- Son intérêt pour l'action ou la décision : en quoi les informations produites apportent-elles des éléments originaux susceptibles d'enrichir les connaissances déjà existantes ?
- Son éthique : les objets diffusés ne peuvent valoriser des approches ou des pratiques contraires à l'éthique - stigmatisation, culpabilisation, utilisation de la peur, etc. et de s'assurer de la disponibilité du porteur d'action par rapport à cette démarche.

Il est également discuté le niveau d'intensité de la capitalisation, qui dépend notamment de la complexité de l'action, du contexte ou des moyens mis en œuvre (temps, budget), etc. Selon cette intensité, au-delà de l'entretien nécessairement effectué avec le porteur de l'action, des échanges complémentaires peuvent être organisés avec d'autres acteurs, des partenaires, voir même les usagers du projet.

Recueil d'informations

Les échanges qui suivent entre l'accompagnateur et les acteurs identifiés visent à comprendre comment la structure a élaboré et mené son action, comment elle a affronté d'éventuelles difficultés, quels leviers elle a activés, quels ont été les moments clés, etc. Ils s'appuient sur une grille d'entretien type.

Analyse des données recueillies

Le ou les entretiens sont ensuite, dans l'idéal, retranscrits. Par ailleurs, l'accompagnateur prépare une mise en perspective des données recueillies auprès du porteur via la référence à des données probantes (sur la thématique et/ou les fonctions clés mobilisées).

Construction et validation d'un document partageable

L'accompagnateur rédige ensuite une fiche de capitalisation qui synthétise l'analyse des éléments recueillis. Cette fiche est relue et validée par le porteur d'action.

Diffusion des données partageables

Le porteur d'action peut diffuser cette fiche de capitalisation et valoriser ainsi son expérience selon les modalités qui lui conviennent.

Au niveau national, la fiche de capitalisation est, si elle répond aux critères de qualité définis par le GT CAPS, notamment partagée sur le portail des données issues de l'expérience.

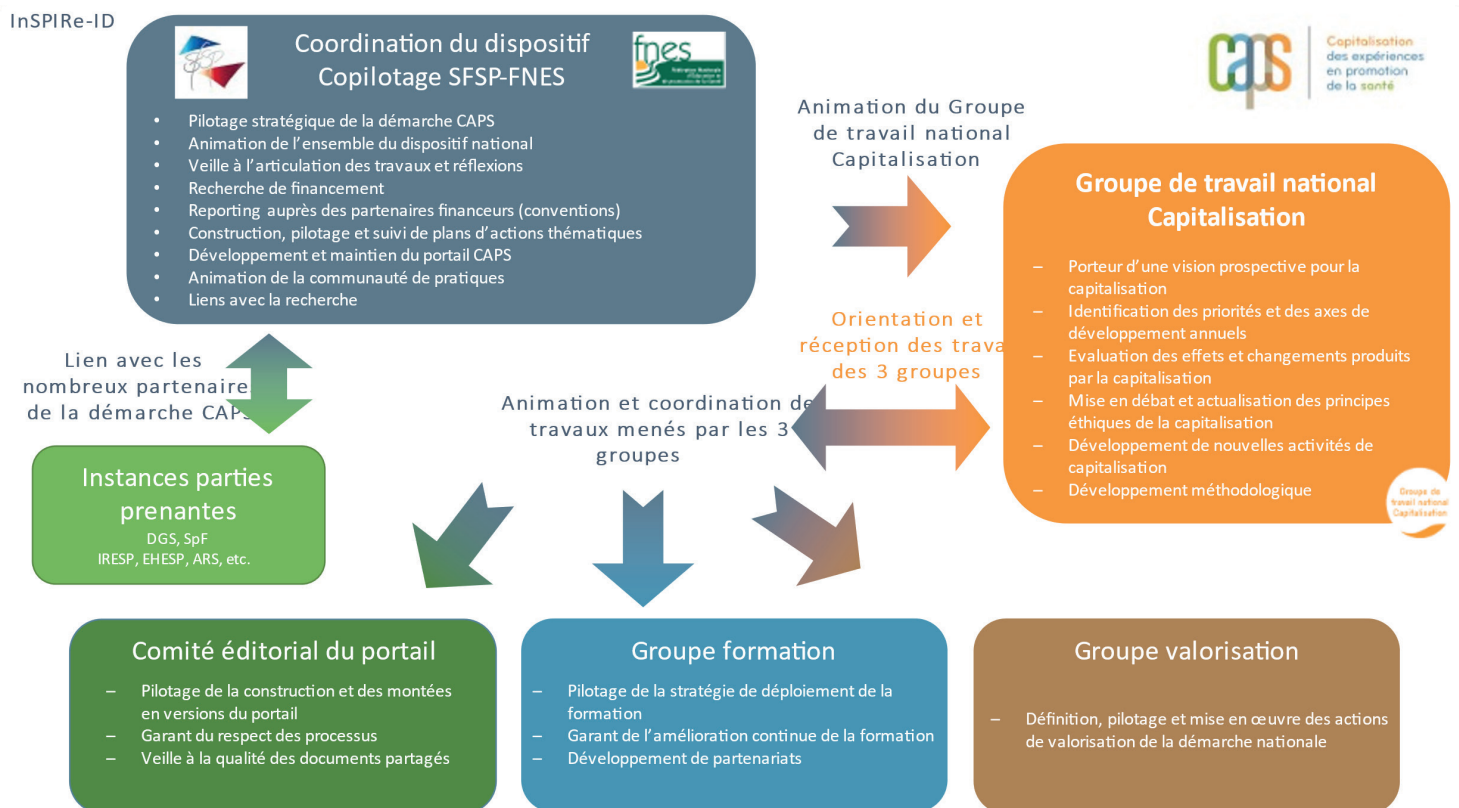


Le développement d'un dispositif national de diffusion de la capitalisation des expériences

Le Groupe de travail Capitalisation déploie au niveau national un dispositif dont l'objectif est de repérer des projets remplissant différents critères en fonction de la thématique de santé explorée et d'organiser leur capitalisation, d'appuyer les accompagnateurs et les porteurs d'action impliqués et d'alimenter ainsi le portail des connaissances de données issues de l'expérience.

Concrètement, afin de diffuser la démarche de capitalisation, le Groupe de travail National Capitalisation a développé, en lien avec l'EHESP, une offre de formation à la capitalisation.

Il a œuvré également pour l'ouverture, au printemps 2022, du portail CAPS, qui a pour vocation de recenser et partager l'ensemble des travaux de capitalisation produits par les acteurs formés à cette pratique. Ce portail permet également de diffuser la méthode de capitalisation via le partage d'un Guide méthodologique et d'un Cahier pratique. Il est enfin l'outil socle pour l'animation d'une communauté de pratiques autour de la capitalisation des expériences en promotion de la santé.



2

Présentation du projet de capitalisation sur la promotion du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus

Contribuer à la documentation sur les pratiques actuelles de promotion du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en France

Face à une demande institutionnelle et politique toujours plus forte de mener en promotion de la santé des actions qui ont fait la preuve de leur efficacité, il est nécessaire de produire et diffuser des données sur les actions et de capitaliser les savoirs issus de l'expérience de terrain. Or les porteurs de projets produisent peu de données pour de multiples raisons, rendant de ce fait peu visibles leurs expériences prometteuses, émergentes, innovantes ou singulières. C'est notamment le cas des actions de promotion du dépistage des cancers du sein (CS) et du col de l'utérus (CCU), priorité de santé publique qui figure dans la nouvelle stratégie décennale de lutte contre les cancers.

C'est pourquoi la SFSP a été missionnée fin 2019 par l'INCa pour contribuer au renforcement de la connaissance des actions de promotion du dépistage des CS et CCU, notamment en ce qui concerne les contextes, objectifs, stratégies mises en œuvre et freins et leviers de ces actions. Ce projet a ainsi consisté en l'exploration de 19 capitalisations d'actions visant à accroître la participation des publics à ces dépistages. Les critères de sélection ont été les suivants :

- Des projets peu visibles et/ou peu étudiés par la recherche,
- Des projets achevés, ou qui ont démarré depuis au moins un an,
- Des projets s'adressant à des publics vulnérables (personnes en situation de handicap, de grandes précarités, ayant une maîtrise du français ou une littératie en santé faible, etc.),
- Des projets se situant dans une perspective de contribution à la réduction des inégalités sociales et/ou territoriales de santé.

En s'appuyant sur ces 19 capitalisations, une analyse des enseignements transversaux a été conduite.

Une attention particulière a été portée aux projets :

- Portés par ou ciblant au moins deux catégories d'acteurs : professionnels de santé, travailleurs sociaux, pairs, personnes vulnérables, etc.
- Intégrant au moins deux activités : par exemple une activité centrée sur l'information, une autre sur les compétences psycho-sociales, des ateliers et un suivi individuel, etc.

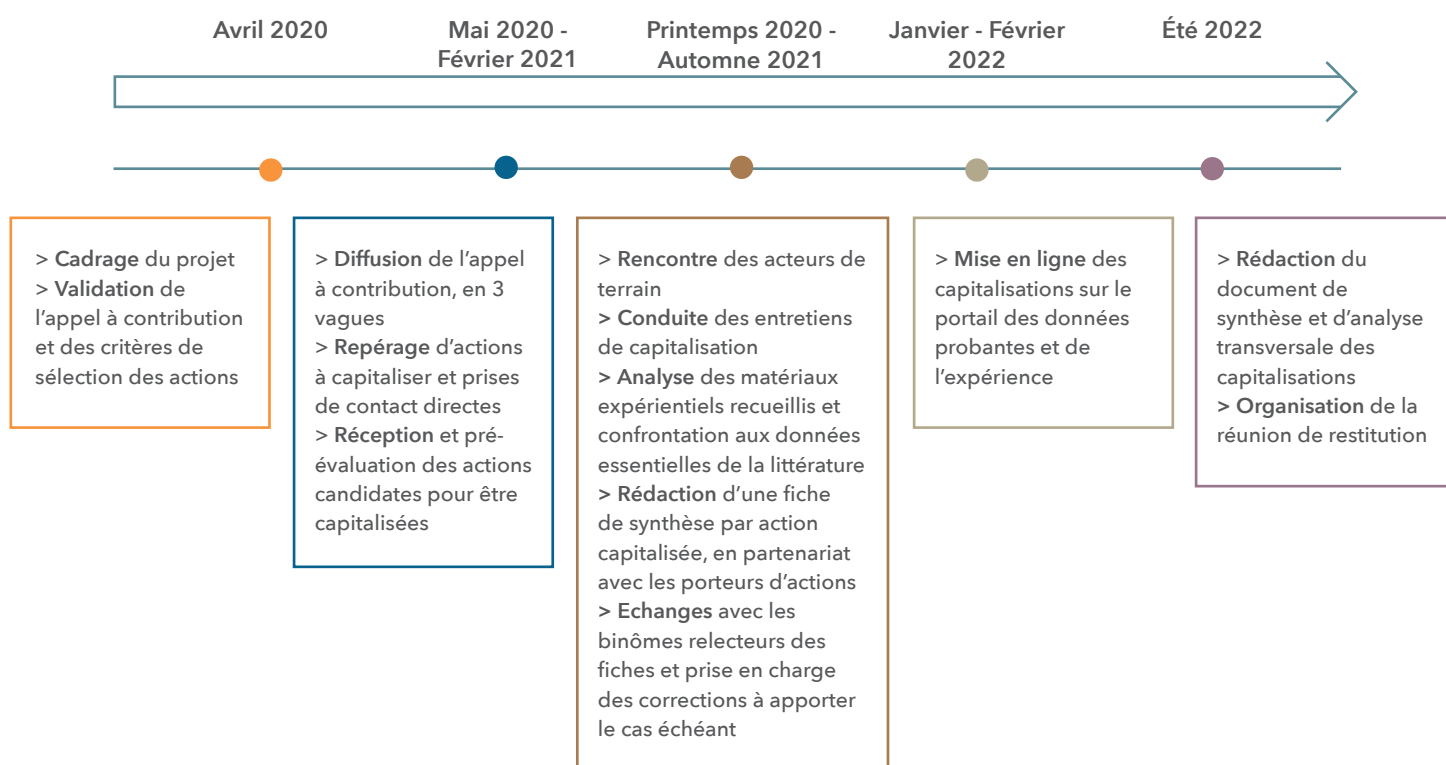
Le rôle du Groupe de travail « Participation au dépistage des cancers CS et CCU »

Un Groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel a eu pour missions principales d'accompagner le processus dans ces différentes étapes : il a notamment assuré la sélection des projets à capitaliser, selon les critères de qualité et éthique définis ensemble. Il a également contribué à la production des fiches de capitalisation via un dispositif de relecture et participé à l'identification des enseignements généraux du projet.

Sa composition :

Sandrine Halfen	Responsable projets dépistage - INCa
Hélène Vandewalle	Responsable projets mission Appui à la Stratégie, Plan cancer et Partenariats - INCa
Anne Garnier	Médecin coordinateur et présidente de ACORDE - CRCDC - Auvergne Rhône-Alpes
Carine Franc	Chercheuse - Inserm CESP/IRDES
Clémentine Motard	Chargée de capitalisation / Chargée de projet Politiques publiques - Fabrique Territoire Santé
Françoise Hamers	Coordnatrice de la recherche - Santé Publique France
Julia Bardes	Chargée de recherche - CRCDC Ile de France / Uni Paris Nanterre
Julie Kalecinski	Sociologue - Centre Hyg�e - Institut de Cancérologie de la Loire (ICLN) -INSERM
Ken Haguenoer	Praticien Hospitalier - CRCDC Centre-Val de Loire / CHRU de Tours
Mari Jo Poli	Présidente de France Assos Santé Corse, représentante des usager.e.es - INCa
Marine GUY	Médecin de santé publique - Référente vaccination et prévention des cancers - ARS - Ile-De-France
Mélanie Courtier	Co-fondatrice de Jeune & Rose et représentante des usager.e.s
Najat Lahmidi	Sage-Femme - Coordinatrice SSR- Médecins du Monde
Nathalie Clastres	Chargé de Mission Prévention - Ligue nationale contre le cancer
Nora Moumjid	Economiste de la santé - Université Claude Bernard - Centre Léon Berard

Calendrier des travaux menés



20 Projets sélectionnés pour capitalisation

Un appel à contribution a été diffusé, en trois vagues, très largement, aux acteurs de la lutte contre le cancer, de la promotion de la santé, de la solidarité, etc. Il a notamment été partagé via le Flash Email, newsletter de la SFSP (plus de 10 000 abonné.e.s). Il est à noter que l'équipe SFSP, appuyée par l'INCa, a cherché à collecter des projets mis en œuvre en Outremer, via de nombreux contacts directs avec des acteurs de ces territoires. Malheureusement, aucun projet réalisé en Outremer n'a été candidat pour cette démarche.

Grâce à ces trois vagues de diffusion de l'appel à contribution, le Groupe de travail a pu étudier 30 projets candidats à une capitalisation, en suivant les critères de sélection prédéfinis dans l'appel à contribution.

Pour chaque projet candidat, le Groupe de travail s'est également prononcé sur le niveau de capitalisation (NC) que l'équipe SFSP devait mettre en œuvre, selon la grille suivante :

- Le niveau 1 : entretien de quelques heures auprès de l'acteur clé du projet,
- Le niveau 2 : entretien avec l'acteur clé du projet et un partenaire important,

Le groupe de travail a ainsi sélectionné 20 projets, présentés page suivante.

Les projets capitalisés

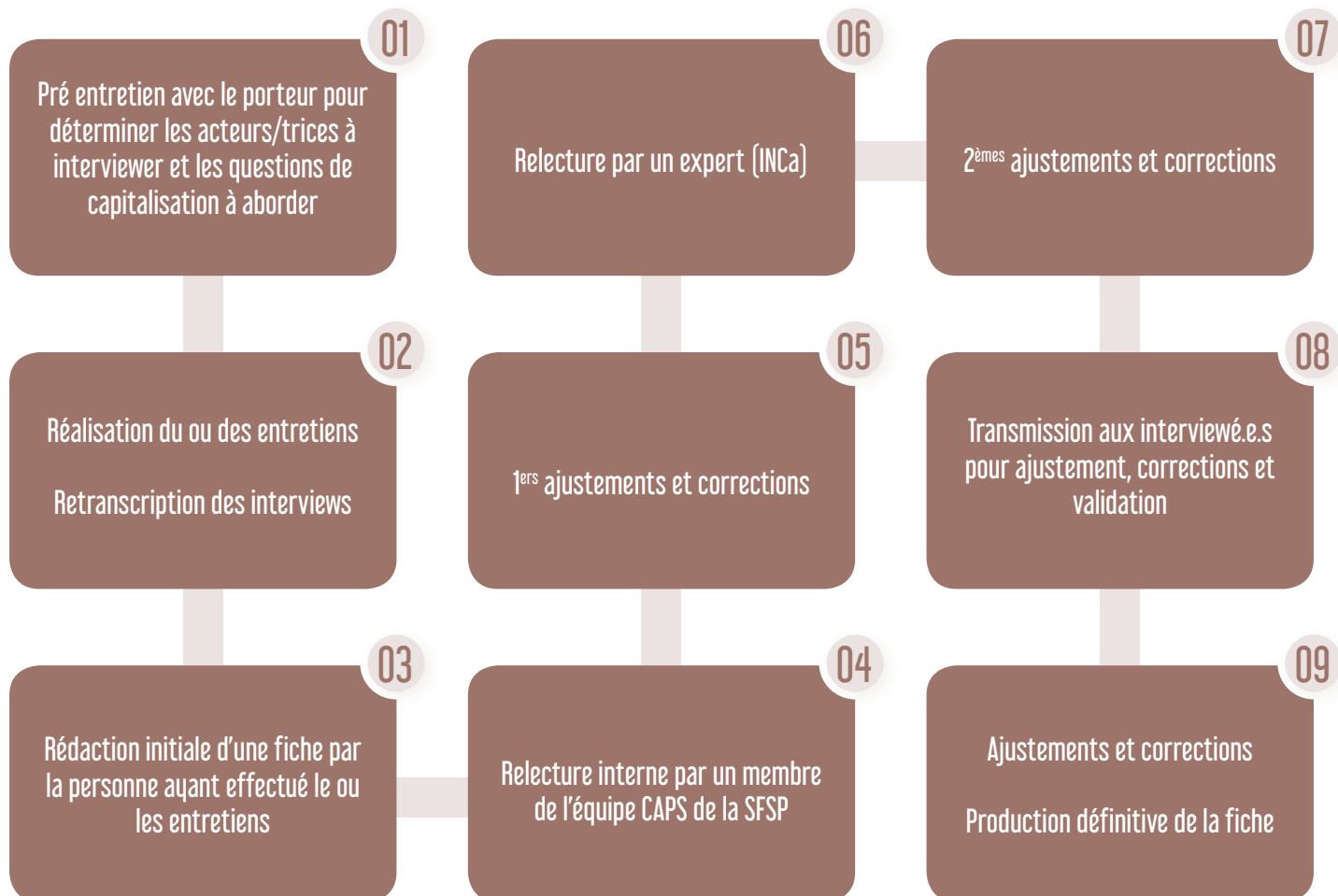
Projet	Porteur du projet	Niveau de capitalisation
Accès au dépistage du cancer cervico-utérin des femmes en situation de précarité	Médecins du Monde - Lotus bus	2
Accès au dépistage du cancer cervico-utérin des femmes en situation de précarité	Médecins du Monde - Rouen	1
Des campagnes d'appels sortants	Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde	1
Projet POWER : Promotion des DO des cancers autour de Wattrelos auprès des publics Eloignés des dépistages : vers une évolution de Représentation	Ligue National Contre le Cancer - Comité du Nord	1
Avec mon quartier, pour la vie - les ambassadrices des Régies de Quartier	Ligue National contre le Cancer	2
Adocpa Ain	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancer, Auvergne-Rhône-Alpes - CRCDC AuRA	1
Dépistage des cancers et inégalités, mutualisation régionale en Auvergne	CRCDC AuRA	1
Amélioration de l'accès au dépistage des cancers du col utérin des populations fragilisées en Isère (DOCCU)	CRCDC AuRA	1
Collectif ville-associations-habitants pour la promotion des DO - Aubervilliers Zoom sur le projet « comment faire passer le message ? »	CRCDC Ile de France (IDF) 93 - Mairie d'Aubervilliers	2
Dépistage du cancer du col de l'utérus en unité mobile	CRCDC IDF 94	1
Prévention du cancer du sein pour les personnes en situation de handicap	Comité féminin pour le dépistage du cancer du sein des Savoie	2
Campagne de sensibilisation et mobilisation en porte-à-porte au dépistage organisé du cancer du sein	VoisinMalin	1
Prévention cancers et populations en situation de vulnérabilité	Ligue Vaudoise contre le Cancer	1
Mammographie : Laissez-vous guider !	Adémas-69	1
Le Théâtre-Forum au service du dépistage des personnes en situation de handicap	Création Théâtre - Forum des 3 « i » (CT3i)	1
Octobre Rose 2019 : Sensibilisation au dépistage du cancer du sein	Centres Municipaux de Santé de la commune du Blanc-Mesnil	2
Questions de femmes	URPS Haut de France	2
Dépistage organisé des cancers dans différents milieux de vie	Codes-83	2
Prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes : promouvoir et accompagner le dépistage	ANCREAI/CREAI	2



Il a été décidé par le Groupe de travail Dépistage, pendant la démarche de sélection, de rassembler en une seule fiche les capitalisations des projets menés par le CDC 93 à Bondy et à Aubervilliers : 19 fiches de capitalisation ont ainsi été finalement produites pour ce projet.

45 acteurs ont été mobilisés dans le cadre d'entretiens (durée moyenne de 2h30) pour nourrir le travail de capitalisation de ces 20 projets (18 entretiens individuels, 5 entretiens en duo, 6 entretiens collectifs (3 à 5 pers)).

Le processus d'élaboration d'une fiche de capitalisation, de l'entretien à la finalisation de l'écrit, a systématiquement été le suivant :



Méthode d'analyse

Afin d'élaborer l'analyse des 19 fiches, le procédé suivant a été utilisé :

- Analyse transversale des 19 « carte d'identité » (p.2 des fiches) pour établir de manière générique les profils des promoteurs, les échelles d'intervention, la fréquence des dépistages organisés abordés, les publics ciblés, les objectifs déterminés par les acteurs,
- Utilisation de l'ossature des fiches de capitalisation (Principaux éléments saillants – Principaux enseignements – Bilan) et sous parties (Elaboration du projet, stratégies effectives, résultats observés, freins/leviers et ajustements, éléments partageables) pour classer les éléments récurrents exprimés par les interviewé.e.s,
- Analyse du méta-plan produit par cette seconde étape et des écarts entre les intentions et la mise en œuvre pour distinguer les points majeurs de discussion,
- Rédaction du rapport et présentation des enseignements aux membres du groupe de travail.



3

Présentation détaillée des projets
contributeurs

Quelques éléments de contexte

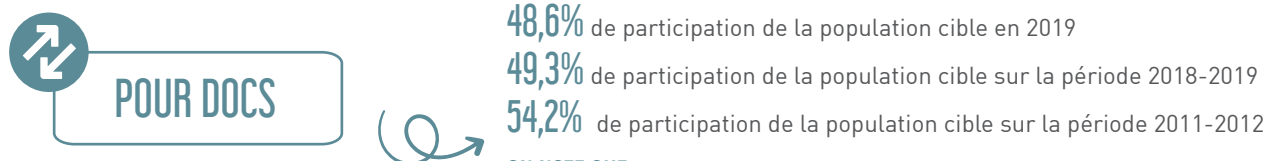
Les Cancers du sein, du col de l'utérus ... mais aussi colorectal

Ces cancers font l'objet d'une attention particulière car il est avéré que leur **détection précoce**, via des examens spécifiques à chacun, en **réduit les risques de mortalité**. Dans cette logique, entre 2004 et 2018, ils ont fait l'objet d'une organisation dans le cadre de leur dépistage.

RAPPEL SUR LEUR ORGANISATION

Année de généralisation		Modalités
Dépistage organisé du cancer du sein DOCS	2004	Tous les deux ans, les femmes de 50 à 74 ans sont invitées par courrier à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé. En fonction des résultats, d'autres examens exploratoires peuvent être prescrits.
Dépistage organisé du cancer colorectal DOCCR	2009	Il consiste en un test à réaliser soi-même (recherche de sang occulte dans les selles) tous les deux ans. Un courrier d'invitation est envoyé aux personnes concernées (homme et femme de 50 à 74 ans à risque moyen de cancer colorectal) précisant de le récupérer chez son médecin généraliste. En cas de résultat positif, une coloscopie doit être organisée.
Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus DOCCU	2018	Ce dépistage repose sur deux types tests : analyse cytologique (femmes de 25-29 ans, tous les 3 ans après deux examens normaux à un an d'intervalle) et test HPV-HR (femmes de 30 à 65 ans, tous les 5 ans) après un prélèvement cervico-utérin fait par un professionnel de santé (médecins traitants, gynécologues ou sage femmes). Le test permet à la fois de dépister les lésions précancéreuses et les cancers à un stade permettant plus facilement la guérison. En fonction des résultats, des démarches sont à entreprendre. Les invitations à réaliser ce dépistage ne sont adressées par courrier qu'aux femmes non participantes.

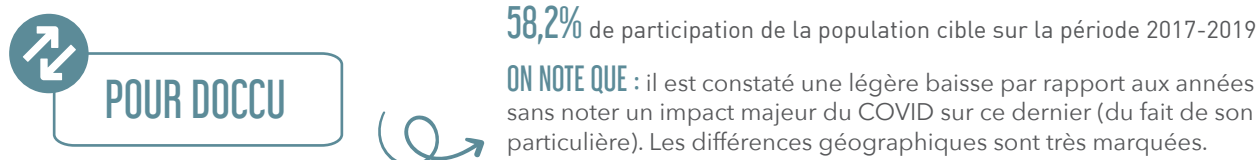
Les modalités d'organisation des dépistages sont donc différenciées. Selon Santé publique France (SpF), les éléments actuels de diagnostic sont les suivants :



ON NOTE QUE : la participation est en diminution progressive depuis 2011-2012. Il y a de fortes disparités géographiques. L'hypothèse de l'impact d'un transfert du recours organisé vers un recours individuel est à étudier.

28,9% de participation de la population cible pour la période 2019-2020

ON NOTE QUE : ce taux est en baisse constante depuis 2016-2017 mais il n'y a pas eu de chute brutale liée à l'épidémie de COVID. On note cependant que le taux de test non analysable est supérieur aux années précédentes.



ON NOTE QUE : il est constaté une légère baisse par rapport aux années précédentes, sans noter un impact majeur du COVID sur ce dernier (du fait de son organisation particulière). Les différences géographiques sont très marquées.

LES PUBLICS CIBLES

En plus de disparités territoriales en matière d'offres (déserts médicaux), **certaines publics, de par leur situation** (étrangers en situation irrégulière sur le territoire, en situation de handicap, incarcérés, personnes à faible littératie en santé, qui parlent difficilement le français, qui peuvent cumuler des vulnérabilités, etc.), **peuvent faire l'objet d'une perte de chance supplémentaire dans l'accès à ces dispositifs.**

Le Plan Cancer 2014-2019, dans lequel les actions capitalisées se sont inscrites, avait affiché comme prioritaire la mise en œuvre d'actions limitant les inégalités sociales de santé. C'est sur ces indications que les promoteurs de projets capitalisés ici se sont appuyés.

LES PRINCIPAUX ORGANISATEURS DES ACTIONS DE DÉPISTAGES ET DE PRÉVENTION DES CANCERS

Différentes organisations sont nées de la prise en compte de la problématique des cancers dans nos sociétés (Ligue contre le cancer – antenne nationale ou comité locaux ; Comités féminins pour le dépistage du cancer du sein, etc.).

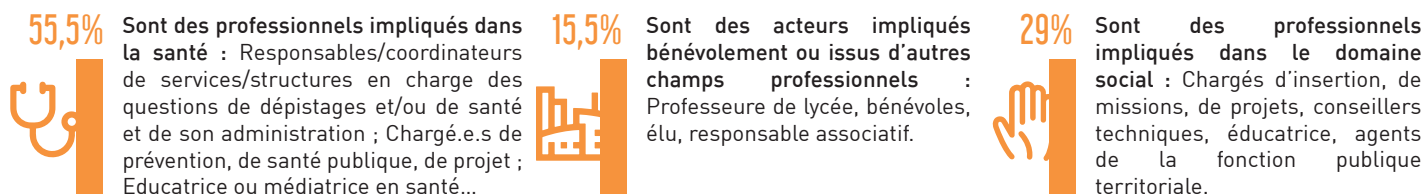
Jusqu'en 2019, la mise en œuvre des programmes de dépistage s'appuyait sur des structures de gestion du dépistage, associations départementales, en charge de la gestion des invitations, des relances, de l'enregistrement des données à des fins d'évaluation des programmes par SpF, et d'actions de promotion du dépistage. En 2019, ces structures de gestion ont été régionalisées et s'appellent désormais les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC), composés de sites territoriaux (généralement à l'échelon du département), appelés parfois « antenne ».



Commentaires concernant les échelles d'action (schéma page suivante)

Si certaines interventions sont délimitées par le promoteur au regard d'une échelle micro, certaines capitalisations ont des particularités : Elles peuvent être l'analyse « micro » d'un projet développé nationalement (Les projets de recherche de MDM, le projet de la Ligue contre le Cancer Nationale) ; Elles peuvent être l'analyse « mezzo » d'un projet développé sur différentes sous-échelles (exp. : Les projets de l'ANCREAI ou du CRCDC site de l'Isère analysant de manière interrégionale ou régionale des actions mise en œuvre départementalement ou à plus petite échelle) ; Elles peuvent aussi être l'analyse d'actions départementales ayant pris une dimension régionale suite aux modifications administratives des organisations ou des régions (notamment certaines portées par les CRCDC).

La capitalisation des projets « dépistage » : identités des projets et des acteurs



31,5% sont des organisations dédiées aux questions de dépistages

21% interviennent dans le domaine du cancer

31,5% agissent dans le domaine de la santé au sens large

16% agissent dans d'autres domaines que la santé

16% abordent les 3 types de DO

37% associent 2 types de DO

47% abordent 1 seul DO

CARTE D'IDENTITÉ DES INTERVENTIONS



47% des actions se sont faites à une échelle micro (quartier, ville, commune)

42% à une échelle mezzo (pays, canton, département)

11% se sont déployées sur plusieurs types d'échelle simultanément



68,5% des projets cibles des populations

10,5% des projets cibles des professionnels

21% des projets cibles ces 2 catégories

84% des projets ne ciblent qu'un objectif

Projets déployés dans 9 régions

16% ont pour ambition la promotion et la sensibilisation aux DO

40% ont pour ambition d'améliorer l'accès et les processus de participation au DO

8% ont pour ambition d'accompagner et de préparer à l'acte de dépistage

28% ont pour ambition d'augmenter la participation des publics au DO

8% ont pour ambition d'expérimenter ou d'évaluer des démarches

Concernant les profils des structures porteuses des actions

Il est possible d'identifier 4 profils de porteurs de projets :

A	B	C	D
DES PORTEURS DE PROJETS « SPÉCIALISÉS » DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DES CANCERS	DES PORTEURS DE PROJETS IMPLIQUÉS SUR LA QUESTION DES CANCERS, DE MANIÈRE PLUS OU MOINS SPÉCIFIQUE	DES PORTEURS DE PROJETS IMPLIQUÉS SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ AU SEIN LARGE, NON LIMITATIVES À CELLES DU CANCER	DES PORTEURS AYANT UNE VOCATION SOCIALE
6 des projets capitalisés sont portés par des CRCDC. Il y a pu y avoir une transition de « portage » des projets, ces derniers étant à l'origine, à l'initiative de certaines associations départementales avant fusion (Adémas-69, ODL, ADOC 94...).	Nous retrouvons ici les Ligues contre le cancer (national, le comité du nord et la ligue vaudoise) ainsi que le Comité Féminin pour le dépistage du cancer du sein des Savoie.	2 projets portés par Médecins du Monde, les projets du CODES-83, de l'URPS Médecins Libéraux, de la CPAM-33, des Centres de santé Municipaux de la ville du Blanc-Mesnil.	La compagnie théâtrale CT3i, l'ANCREAI et son réseau, l'association VoisinMalin.

En ce qui concerne les différents types de dépistages abordés

Comme cela a pu être présenté dans la cartographie précédente, 16% des projets abordent les 3 types de DO conjointement, 37% associent 2 types de DO et 47% un seul.

Il n'y a pas de corrélation entre le profil de porteur (ceux ayant pour mission la question des dépistages et comme objet le cancer ; ceux ayant pour vocation d'aborder les questions de santé au sens large ; ceux n'ayant pas pour mission principale la question de la santé) **et le nombre de DO abordés.**

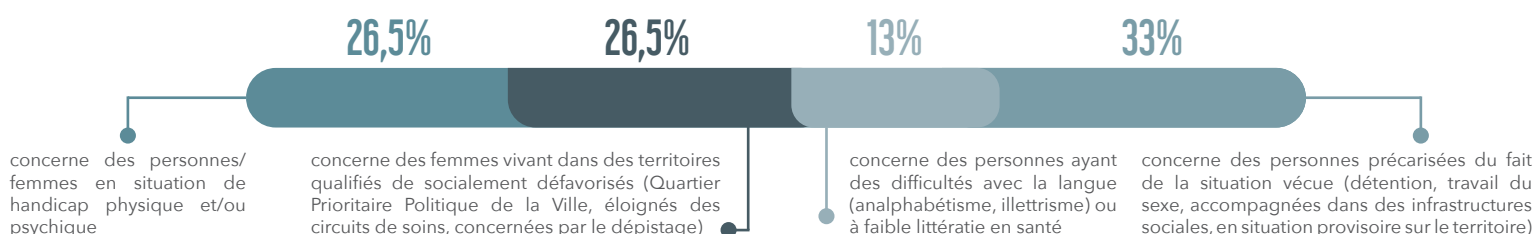
- A l'exception d'un seul, les DO abordés en duo sont celui du sein et celui du cancer colorectal. Il est à noter que dans deux situations, l'introduction du DOCCR s'est faite de manière opportuniste : occasion de produire les documents d'invitation dans le cadre d'une action dédiée au cancer du sein (Adémas-69) ou introduction du DOCCR au cours des années (CDC-93).
- Sur les 9 projets n'abordant qu'un seul DO, celui du col de l'utérus est représenté à 55%, le reste revenant au DOCS. Précisons que dans 4 des 5 actions portant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, il s'agissait d'actions dites de recherche, d'expérimentation ou d'évaluation d'impact concomitantes à la mise en place du DO.
- Le DOCCR n'est jamais abordé indépendamment des autres si ce n'est vis-à-vis d'un public en particulier (CODES-83 : intervention auprès d'hommes détenus).
- Les actions investissant les vulnérabilités liées au handicap sont peu nombreuses (4/19) et n'abordent pas le DOCCU.

Concernant les catégorisations des public cibles des actions

En ce qui concerne les professionnels, ceux de la santé représentent la moitié des interviewé.e.s. Les professionnels du secteur social et médico-social et les acteurs que nous identifierons comme ceux de la société civile (Bénévoles d'associations, élus locaux, personnel des services municipaux) se répartissent en 2/3 - 1/3 sur la seconde moitié des interviewé.e.s.

En ce qui concerne les approches populationnelles :

- **Une large majorité des actions ont pour cibles les femmes** (60%) et en second des approches publics non-genrées (30% : l'intitulé employé étant « personne en... »).
- **75% des actions concernent un public ayant une ou des situations de vulnérabilité sociales ou de santé** contre 25% ciblant des publics catégorisés uniquement par leurs âges (correspondant à la cible des dépistages) complétés d'éléments explicatifs complémentaires (n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement d'actes de dépistage, résident.e.s de quartier).
- Sur les 75% des publics en situation de vulnérabilité :



Description des projets



Médecins du monde

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/acces-au-depistage-du-cancer-cervico-uterin-des-femmes-en-situation-de-precarite/>



Accès au dépistage du cancer cervico-utérin des femmes en situation de précarité - Mise en application d'un projet de recherche interventionnelle nationale à Rouen

Dans le cadre de ses missions d'amélioration de l'accès aux soins des publics vulnérables, Médecins du Monde a déployé un projet national de recherche interventionnelle visant à identifier les freins et les leviers du dépistage CCU auprès du public féminin fréquentant ses sites d'accueil. C'est l'appropriation de ce projet par une délégation régionale, à Rouen, qui est mise en avant ici. Elle montre la valeur ajoutée de se saisir d'un projet de recherche pour conforter et développer de nouveaux partenariats, les effets réorganisationnels que ce type d'activité peut produire sur l'offre de service et les impacts positifs (prévus et non-prévus) que peut avoir ce type de projet sur les démarches de dépistage d'un public.

Accès au dépistage du cancer cervico-utérin des femmes en situation de précarité - Mise en application d'un projet de recherche interventionnelle nationale par le Lotus Bus

Dans le cadre de ses missions d'amélioration de l'accès aux soins des publics vulnérables, Médecins du Monde a déployé un projet national de recherche interventionnelle, cofinancé par l'INCa et visant à identifier les freins et les leviers du dépistage CCU auprès du public féminin fréquentant ses sites d'accueil.

Le Lotus Bus, dispositif d'accompagnement des travailleuses du sexe chinoises à Paris a contribué à ce projet de recherche. Cette expérience illustre les modalités d'intégration d'un protocole de recherche dans les activités d'une telle structure et les questions d'articulation entre les objectifs de recherche et les souhaits et besoins des personnes accompagnées. Elle permet également de réfléchir au juste niveau de mobilisation de ces personnes dans la mise en œuvre d'un tel projet.

Médecins du monde



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/acces-au-depistage-du-cancer-cervico-uterin-ccu-des-femmes-en-situation-de-precarite-mise-en-application-dun-projet-de-recherche-interventionnelle-nationale-par-le-lotus-bus/>



CPAM de la Gironde

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/campagne-dappels-sortants/>



Campagne d'appels sortants

La Campagne d'appels sortants est un projet porté par la CPAM de la Gironde. Il a pour objectif de promouvoir la participation au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans les territoires ayant les taux de participation les plus faibles du département. Pour ce faire, le CPAM de la Gironde met en œuvre une campagne téléphonique afin de contacter les femmes n'ayant pas fait de dépistage depuis deux ans et pour qui cela est recommandé. Lors de ces appels, les éducatrices en santé informent et sensibilisent les femmes sur l'importance du dépistage et leur proposent de prendre des rendez-vous auprès des professionnels de santé disponibles les plus proches de leur domicile.

Ce projet repose notamment sur la collaboration des professionnels de santé qui ont permis à la CPAM de la Gironde d'avoir accès à leur planning et d'y inscrire directement les femmes appelées à des rendez-vous.

Projet POWER : Promotion des dépistages Organisés des cancers autour de Watrelos auprès des publics Eloignés des dépistages : vers une évolution des Représentations ?

Le projet POWER, porté depuis 2014 par Le comité du Nord de la Ligue Nationale Contre le Cancer, la Mutualité Française des Hauts de France et le lycée de Sévigné, a pour objectif d'augmenter le taux de participation au dépistage des cancers du sein et colorectal pour des personnes en situation de vulnérabilité.

Pour ce faire, entre 2014 et 2016, des actions de prévention et de sensibilisation ont été menées par les porteuses du projet au sein de structures partenaires accueillant le public cible. Depuis 2017, ce sont des étudiants et étudiantes en BTS Economie Sociale et Familiale du lycée de Sévigné qui réalisent les interventions, après avoir été formés, notamment par des intervenants du domaine. Des référents au sein des structures sont également mobilisés afin d'accompagner au mieux les élèves.

La volonté des porteuses du projet de travailler ensemble, dans le cadre d'une étroite collaboration, que ce soit pour l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation du projet, a opéré comme un « catalyseur » selon l'expression utilisée par les porteuses du projet.

Comité du Nord de la Ligue Nationale contre le Cancer (LCC-CN)



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/projet-power-promotion-des-depistages-organises-des-cancers-autour-de-watrelos-aupres-des-publics-eloignes-des-depistages-vers-une-evolution-des-representations/>



Ligue contre le cancer

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/avec-mon-quartier-pour-la-vie-les-ambassadrices-des-regies-de-quartier/>



Avec mon quartier pour la vie - Les Ambassadrices des Régies de Quartier

Partant d'une première expérimentation élaborée en 2005, la Ligue contre le cancer a établi une convention de partenariat avec le Comité national des régies de quartier (de 2010 à 2012) afin de déployer, sur l'ensemble du territoire national, une action conjointe avec les Régies de Quartier sur le thème du dépistage organisé du cancer du sein. Son objectif était d'identifier des femmes désireuses d'en faire la promotion auprès de leurs pairs et ainsi améliorer la participation des femmes des quartiers défavorisés à ce dépistage. Cette action s'est déployée par l'organisation d'une formation auprès de femmes vivants dans ces quartiers, identifiées comme « Ambassadrices », pour les accompagner à la mise en œuvre, dans leurs lieux de socialisation, de différentes actions pour soutenir cette logique de promotion. Le projet a pris fin au terme de la convention.

Adocpa Ain

Le projet Adocpa Ain, porté par l'ODLC Ain, désormais CRCDC AuRA- Site de l'Ain, de 2016 à 2020, a pour objectif d'augmenter le taux de participation au dépistage des cancers des personnes ayant des difficultés en littératie de santé et habitant dans l'Ain. Pour ce faire, des séances d'éducation à la santé sont organisées au sein de structures partenaires accueillant le public cible. Afin de s'adapter au mieux au public et aux structures, l'équipe du CRCDC de l'Ain propose des interventions élaborées avec les partenaires et abordant progressivement la problématique du cancer. De nombreux outils construits et ajustés à chaque public rencontré sont également mobilisés. Le recrutement et la mobilisation des partenaires sur le territoire ont été possibles grâce à un maillage important des acteurs sociaux et médico-sociaux locaux.

CRCDC AuRA - Site de l'Ain (CRCDC01)



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/adocpa-ain/>



L'Association Régionale de Dépistage Organisé des Cancers - Clermont-Ferrand (ARDOC)

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/depistage-des-cancers-et-inegalites-mutualisation-regionale/>



Dépistage des cancers et inégalités, mutualisation régionale

Le projet Dépistage des cancers et inégalités, mutualisation régionale (2012-2015), porté par l'ARDOC, a pour objectif d'augmenter le taux de participation des populations bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C aux 3 dépistages organisés - colon, sein et col de l'utérus, dans le Pays de La Fayette (Haute-Loire). Pour ce faire, des cycles de formations sont réalisés auprès de relais sociaux du territoire (travailleurs sociaux, élus locaux, personnels associatifs, professionnels du médico-social, et bénévoles). Ces formations présentent les concepts de la prévention et de la promotion de la santé, explicitent les représentations liées au dépistage et proposent de répondre aux freins à la participation au dépistage. Afin d'identifier et de mobiliser des participants et participantes aux formations, les coordinateurs territoriaux de santé et les relais institutionnels locaux ont été une aide précieuse.

Amélioration de l'accès au dépistage des cancers du col utérin des populations fragilisées en Isère

Le projet d'Amélioration de l'accès au dépistage des cancers du col utérin des populations fragilisées en Isère (DOCCU) a été élaboré en 2011 et mis en œuvre de 2012 à 2014 par l'Office de lutte contre le cancer (ODLC) - Isère. Il avait pour objectif d'améliorer l'accès au dépistage cytologique du cancer du col utérin (test de dépistage de référence à cette période) et d'augmenter la participation au frottis des femmes peu ou pas suivies dans trois territoires en sous-dépistage de l'Isère.

Afin de mener à bien ce projet, l'ODLC - Isère a étudié et pris en compte les caractéristiques des trois territoires et des populations cibles afin de mettre en œuvre des stratégies spécifiques. Durant la mise en œuvre de DOCCU, l'ODLC - Isère s'est notamment appuyé sur les professionnels relais locaux (généralistes, sages-femmes, gynécologues) et acteurs du champ médico-social. Il a également diffusé des informations pratiques (recensement des opérateurs du dépistage, explication du parcours à suivre, etc.) et adaptées (multilingue) à destination des bénéficiaires et des professionnels relais.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans l'Oisans, grâce à la participation des professionnels de santé relais du territoire. Par ailleurs, la stratégie qui consistait à envoyer des courriers avec des rendez-vous préfixés aux femmes peu ou mal suivies est celle qui a le moins porté ses fruits.

Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) AuRA - Site de l'Isère



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/amelioration-de-lacces-au-depistage-des-cancers-du-col-uterin-des-populations-fragilisees-en-isere/>





Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers Ile-de-France, CRCDC-IDF 93 - Mairie d'Aubervilliers Pôle Promotion de la santé

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/collectif-ville-associations-habitants-pour-la-promotion-des-depistages-organises-aubervilliers/>



Collectif ville-associations-habitants pour la promotion des dépistages organisés - AUBERVILLIERS

Le collectif ville-associations-habitants d'Aubervilliers, qui s'est mis en place en 2011, est issu d'une concertation institutionnelle. Partant du constat du taux faible de participation des habitantes de la ville au dépistage organisé du cancer du sein, du fait notamment des problématiques particulières vécues dans certains quartiers de cette ville, ce collectif a mis en lumière que les courriers d'invitation aux différents dépistages ne pouvaient se suffire à eux-mêmes. Il a développé différents projets sur plusieurs années (conception d'outils, élaboration d'actions à destination et en proximité des personnes, mise en réseau des acteurs), afin de favoriser chez les habitantes une meilleure compréhension de l'offre proposée et a instauré une communication de proximité avec ces dernières pour faciliter leur mobilisation.

Dépistage du cancer du col de l'utérus en unité mobile (2016-2019)

Face au constat d'écarts de participation au dépistage importants en défaveur des populations les plus précaires dans le département du Val-de-Marne, l'expérimentation d'un dépistage du cancer du col de l'utérus en unité mobile (camion) dans plusieurs communes a permis de tester différentes modalités de préparation et d'intervention possibles pour permettre à des femmes vulnérables de réaliser un dépistage.

Le projet était co-porté par l'ADOC 94, devenue Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers, site du Val-de-Marne (CRCDC 94), et l'Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF), qui avait l'expérience d'interventions d'aller-vers un public vulnérable.

Ainsi, 13 interventions ont eu lieu, dans 9 sites répartis sur 3 communes : 1 forum d'insertion, 2 résidences ou hôtels sociaux, 4 centres sociaux ou socio-culturels et 2 distributions alimentaires. Il est apparu que ce dispositif permettait effectivement de toucher la cible de femmes dites « vulnérables », que l'intervention pouvait se déployer dans différents types de sites et de mettre en évidence trois leviers efficaces de mobilisation des femmes pour ce type d'intervention.

Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers Ile-de-France, site du Val-de-Marne (CRCDC 94)



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-unite-mobile-2016-2019/>



Le Comité Féminin pour le Dépistage du Cancer du Sein des Savoie (CFDC2S) et L'Udapei 74

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/prevention-du-cancer-du-sein-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap/>



Prévention du cancer du sein pour les personnes en situation de handicap

Le Comité Féminin pour le dépistage du cancer du sein des Savoie (CFDC2S) s'est associé à l'Union Départementale des Associations de Parents et d'Amis de Personnes Handicapées (UDAPEI) du même département et à la Maison Familiale et Rurale (MFR) pour produire un mammographe en bois afin de permettre à des personnes souffrantes de déficiences intellectuelles d'appréhender en amont cet acte de dépistage. Le projet démontre l'intérêt de croiser l'expertise de deux structures dans le but d'agir de concert auprès d'un public spécifique notamment du fait de leur handicap. Il montre que d'agir de manière concrète dans une démarche d'« aller vers » permet de lever des freins dans les parcours des personnes, leur permettant également d'être actrices et relais auprès de leurs pairs.

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

L'équipe des Voisins Malins marseillais, salariés de l'antenne de l'association VoisinMalin implantée dans le quartier de La Rose (quartier prioritaire de la politique de la ville), a mené une campagne de porte-à-porte en 2020 sur la thématique du dépistage des cancers du sein et du colon. La campagne vise à porter un message adapté aux habitants et à favoriser leur mobilisation sur le sujet, en leur proposant l'accès à un bilan de santé dans une structure du quartier et/ou le renvoi des courriers d'invitation au dépistage du cancer du sein. Elle invite également les habitants sensibilisés à relayer le message de prévention et les informations apprises.

L'originalité de cette démarche d'aller-vers, qui allie des objectifs de sensibilisation et de mobilisation des habitants à l'ambition d'améliorer le fonctionnement des dispositifs de prévention dans le quartier, repose sur le profil des Voisins Malins. Ces habitants salariés vivant dans le quartier, préalablement formés à la thématique de la campagne, contribuent à la co-construction du message - simple, concret et mobilisateur - délivré lors de la campagne.

VoisinMalin Marseille



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<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/>



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/prevention-des-cancers-et-populations-en-situation-de-vulnerabilite/>



En Suisse, La Ligue vaudoise contre le cancer s'est engagée dans la mise en œuvre d'un dispositif de proximité permettant aux personnes allophones ou à faible niveau de littératie en santé du canton de Vaud d'avoir accès aux informations concernant les cancers du sein et colorectal et leurs modalités de dépistage attendantes. Pour se faire, ils ont constitué un comité de pilotage mixant différentes expertises (en santé mais aussi relevant du domaine de la migration), mis en place des focus groups pour évaluer l'acceptabilité culturelle des outils produits et la méthode proposée et sont intervenus auprès de 1000 personnes sur le territoire cible de l'action. La démarche a été évaluée comme pertinente, permettant aux personnes de mieux comprendre les attendus : du courrier d'invitation au dépistage qui leur est adressé à l'identification des éléments en lien avec le développement de ces cancers (connaissance de la pathologie, des organes, des signes précoces).

La mammographie ? Laissez-vous guider par l'Adémas-69 !

L'Adémas-69 a mis en œuvre sur son territoire de référence, durant 3 ans, une action visant à favoriser la participation au dépistage organisé du cancer du sein. La volonté de la structure a été de mettre en œuvre un projet sur un territoire ciblé dont les parties diagnostic et évaluation ont été renforcées afin de préciser si ce modèle opérationnel contribue ou non à l'augmentation de la participation du public à cette offre de dépistage. Si les résultats en matière de participation au dépistage n'ont pas été au rendez-vous, en optant pour une démarche d'« aller-vers » les professionnels de santé et la mobilisation des publics, l'action a mis en évidence les besoins d'information de l'ensemble des cibles (professionnels de santé, du social et citoyens), la nécessaire complémentarité des différents acteurs impliqués dans les logiques de parcours liés au dépistage organisé du cancer du sein et la souplesse indispensable à ce type de projet par une adaptation périodique basée à la fois sur les effets de l'activité et l'émergence de nouveaux besoins.

Adémas-69 - Association pour le dépistage organisé des cancers dans le Rhône



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/la-mammographie-laissez-vous-guider/>



Association CT3i : Création Théâtre - Forum des 3i

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/le-theatre-forum-au-service-du-depistage-des-personnes-en-situation-de-handicap/>



Le Théâtre-Forum au service du dépistage des personnes en situation de handicap

De 2009 à 2019, CT3i a mis en œuvre une action autour de l'accès au dépistage du cancer du sein et colorectal auprès de personnes en situation de handicap (PSH) en établissements, sur le département des Alpes-Maritimes, en collaboration avec la structure référente de ces questions au niveau de ce territoire, l'APREMAS, et avec l'appui du CODES 06. Cette action utilisait la méthode dite du théâtre-forum permettant aux publics d'intervenir sur des situations réelles pour en changer le cours. En amont des représentations auprès des PSH, une journée de sensibilisation était offerte aux professionnels des établissements pour qu'ils se familiarisent avec la démarche et enrichissent leur niveau d'information sur les questions de dépistages. Les représentations au sein des établissements permettaient à tous d'acquérir un certain nombre d'informations, de repérer les différents acteurs en charge de cette question, de rendre visible les capacités d'agir des PSH sur cette question.

Octobre Rose : Sensibilisation au dépistage du cancer du sein

Partant d'une première expérimentation en 2018 autour de l'évènement « Octobre Rose », la municipalité du Blanc Mesnil a développé, conjointement avec ses partenaires et ses services, une action de promotion du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) sur son territoire. Il s'agissait de mettre en place un défi auprès de la population, plusieurs mois en amont d'Octobre Rose, afin de sensibiliser à la thématique tout en favorisant son implication. Ce défi consistait en la réalisation d'un ruban collectif en laine, objet qui a pu être exposé tout au long de la semaine des manifestations d'octobre. Si le contexte épidémique n'a pas permis aux promoteurs de l'action d'évaluer directement les bénéfices de cette dernière au regard du DOCS, d'autres effets ont pu être constatés (forte mobilisation, renforcement des relations partenariales). Les promoteurs mettent en avant la nécessité de mobiliser les populations pour être en adéquation avec leurs besoins et d'une progression pas-à-pas pour rester à la fois audible et compréhensible sur le sujet.

Centres Municipaux de Santé du Blanc-Mesnil



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/octobre-rose-sensibilisation-au-depistage-du-cancer-du-sein/>



Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux des Hauts-de-France

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

Pas encore en ligne



Questions de Femmes

L'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux - de la région Hauts-de-France a mis en place depuis 2008 une action intitulée « Questions de Femmes ». Cette dernière a pour objet d'aborder avec les femmes en situation de vulnérabilité, présentes dans des structures sociales les prenant en charge, les questions liées à leur vie intime. L'objectif est de les amener à prendre conscience de la nécessité d'un suivi gynécologique régulier et d'accéder à l'offre de dépistage du cancer du col de l'utérus. Action pensée en complémentarité avec les acteurs sociaux et sanitaires du territoire, elle offre aux femmes qui le souhaitent un espace de parole et d'écoute des problématiques liées à leur intimité, afin de renforcer leur pouvoir d'agir au regard de la problématique de santé définie préalablement. Malgré les années et un changement de pilotage récent, cette action garde ses qualités intrinsèques renforçant la coopération entre les acteurs.

Dépistage organisé des cancers dans différents milieux de vie

Le Comité Départemental d'Education pour la Santé du Var (CODES 83) s'est associé à l'Antenne du Var du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) Sud Paca (anciennement association ISIS 83) pour mettre en œuvre des actions de sensibilisation et d'information aux Dépistages Organisés (DO) des cancers de publics fragilisés par leur situation (incarcération, handicap, situation de précarité). Au-delà des ateliers santé coconstruits et coanimés par les deux organisations, et ayant pour objet d'informer les personnes sur la thématique, les acteurs se sont attachés à travailler sur les freins à l'accès au DO pour que les publics puissent réaliser dans de bonnes conditions leur dépistage. Les résultats des actions ont une variabilité importante, non pas au regard de la qualité des actions et de la collaboration entre acteurs, mais liés aux particularités administratives des publics cibles, ces dernières étant souvent un prérequis à l'inscription des publics dans les parcours de dépistage.

Le Comité Départemental d'Education pour la Santé du Var - CODES 83



Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/depistage-organise-des-cancers-dans-differents-milieux-de-vie/>



ANCREAI, fédération nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)

Lien vers la fiche sur le Portail CAPS :

<https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/prevention-des-cancers-pour-les-personnes-handicapees-veillissantes-en-structures-medico-sociales-et-a-domicile-promouvoir-accompagner-le-depistage/>



Prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes en structures médico-sociales et à domicile : promouvoir & accompagner le dépistage

De 2020 à 2021, les Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI), notamment ceux de la Nouvelle-Aquitaine, de l'Île de France, du Centre-Val de Loire et de l'Occitanie ainsi que leur fédération nationale l'ANCREAI ont mis en œuvre, en collaboration avec différents partenaires (Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers, Observatoires Régionaux de Santé, Caisses Primaires d'Assurance maladie) une étude visant à analyser les freins rencontrés par les personnes handicapées vieillissantes (PHV) dans leur accès aux dépistages des cancers, quel que soit leur lieu de résidence (à domicile et en établissement). Elle a eu pour ambition de contribuer de manière concrète à une meilleure accessibilité des personnes en situation de handicap aux dépistages organisés des cancers. Ce travail collaboratif montre que la représentation des professionnels et des aidants sur le pouvoir d'agir des PHV s'améliore grâce à la prise en compte de l'expertise de ces derniers. Le processus met en avant l'importance de la promotion de l'étude tout au long de sa réalisation pour mobiliser les acteurs ayant un intérêt pour le sujet. Il montre également, l'adaptabilité nécessaire d'un projet au regard du contexte rencontré au moment de son déploiement.



4

Éléments d'analyse au regard des différentes étapes du cycle d'un projet

01. DIAGNOSTIC

02. CONCEPTION DES ACTIONS

03. MISE EN OEUVRE

04. STRATÉGIES DÉPLOYÉES

05. FREINS ET LEVIERS

06. RÉSULTATS ET EFFETS

CONCERNANT LA PHASE DE DIAGNOSTIC



Principaux enseignements liés à la phase de diagnostic

- Les processus de diagnostic diffèrent selon la place que chaque porteur de projet occupe dans le champ du dépistage des cancers (spécialisé ou pas), ce qui peut avoir une incidence sur les éléments de diagnostics mobilisables (accessibilité aux données locales ou aux caractéristiques des publics concernés par exemple).
- Il existe des alliances « préalables » dans le cadre des différents projets. Des partenariats supplémentaires sont établis selon l'objectif ciblé en amont de l'action. Ils concourent à la qualité de mise en œuvre de l'action.
- Il existe, dans certaines situations, des projets antérieurs à l'action capitalisée, sources d'apprentissage pour les porteurs de projets, en complément des données disponibles.
- La grande diversité des alliances semble dépendre de la lisibilité que les acteurs ont de leur territoire, découlant de leur proximité avec la thématique et de leur niveau d'influence sur le sujet.
- Les projets ont été lancés majoritairement sur la base d'une opportunité financière externe.

EN CE QUI CONCERNE LES ORGANISATIONS DONT LA MISSION EST D'INTERVENIR DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DES CANCERS ET DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS (10 PROJETS)

Dans leur majorité, **les promoteurs des actions déclarent qu'ils s'appuient sur les données nationales de taux de participation au dépistage des différents cancers**. On note dans le cadre des CRCDC qu'un **travail complémentaire d'analyse est déployé** en collaboration avec d'autres organismes (CPAM, MSA, Observatoire Régional de la Santé/ORS) afin d'affiner les données des territoires et identifier ceux qui doivent faire l'objet d'une plus grande préoccupation, en mixant parfois ce diagnostic des besoins avec une analyse des ressources du territoire en matière d'offre de soins via, par exemple, les contrats locaux de santé. Les CRCDC sont pro-actifs et au regard de leur diagnostic, vont à la rencontre des acteurs. Ils s'adossent aussi à d'autres types de critères : connaissance ou méconnaissance des partenaires, territoire ayant déjà fait l'objet d'une intervention, etc.



MISE EN OEUVRE DE L'ACTION MOTIVÉE PAR



ADÉMAS-69 - une insatisfaction en matière d'évaluation des actions précédentes
CRCDC AURA/ARDOC - une saisie de l'organisation de référence en matière de dépistage par des élus territoriaux
CRCDC 94/UNITÉ MOBILE - l'exploration d'un mode d'intervention

S'ils se basent également sur des données générales, les processus de création de certaines actions s'appuient sur d'autres logiques. **Il existait parfois en amont un projet antérieur ou une première expérimentation trouvant ici l'occasion de se déployer à plus grande échelle ou à s'ajuster :**

LCCN/PROJET POWER - Réactualisation au regard de nouveaux constats
LCC/AQV - Changement d'échelle suite à une expérimentation localisée
COMITÉ FÉMININ - Renouvellement d'un partenariat positif

EXEMPLE DE PROCESSUS : LE COLLECTIF VILLE-ASSOCIATIONS-HABITANTS D'AUBERVILLIERS (CDC 93)



EN CE QUI CONCERNE LES ORGANISATIONS DONT LES MISSIONS SONT LIÉES À LA SANTÉ MAIS PAS SPÉCIFIQUEMENT À LA QUESTION DES CANCERS ET DE LEURS DÉPISTAGES (6 PROJETS)

Cela concerne des organismes institutionnels (CPAM-33, CMS.Blanc-Mesnil), des structures associatives de professionnels de santé (MDM-Lotus Bus/Rouen, URPS) ou intervenant dans le champ de la promotion de la santé (CODES-83). Il s'agit de structures/organisations ayant une mission d'intérêt général sur la santé non spécifique à la question des cancers.

LE CODES-83 met en œuvre des actions de promotion de santé avec une entrée « public » dans lesquelles un volet dépistage est intégré depuis plusieurs années.

MDM a développé son projet dans le cadre d'une recherche interventionnelle confrontant des stratégies de DOCCU auprès de publics vulnérables.

LA CPAM-33 a porté une action dont la conséquence est la réorientations stratégiques internes à l'organisation, avec un accent mis sur la question des dépistages des cancers.

L'URPS s'est interrogée sur ce qui était fait en matière d'accès au dépistage CCU sur ce territoire (en amont de la mise en place de son organisation nationale en 2018).

LA COMMUNE DU BLANC-MESNIL (CMS) met en œuvre des actions s'inscrivant dans la logique de renforcer les missions de la ville sur les questions de santé.

Les motivations des organisations et des acteurs sont donc soumises à une grande variabilité desquelles il n'est pas toujours possible de mettre en avant des éléments conjoints. Pour autant, en plus d'éléments externes, **les acteurs ont tous fait appel à leurs ressources internes pour finaliser leur analyse de contexte :**

CODES-83 - enquêtes régionale ou locale (CRES-PACA, CREAL) sur la situation des publics en précarité, expérience terrain, remontées des partenaires

MDM - connaissance interne des fragilités des publics rencontrés dans le cadre des actions mises en œuvre, remontées des partenaires

CPAM-33 - données internes en matière de dépistage, appui des expériences de leur réseau propre (CRAMA), croisement des données statistiques avec celles du CRCDC

URPS - connaissance des missions des professionnels, diagnostic territorial de l'offre en matière d'acte de frottis

CMS BLANC-MESNIL - exploration de la thématique via l'Atelier Santé Ville, analyse des résultats d'une action antérieure, expérience de terrain dans d'autres domaines

EN CE QUI CONCERNE LES ORGANISATIONS QUI ONT PLUTÔT UN OBJET SOCIAL MAIS QUI PEUVENT S'INTÉRESSER AUX QUESTIONS DE LA SANTÉ

Cela concerne des organisations ayant autant un niveau de déploiement national avec des ancrages régionaux (ANCREAI) que locaux à l'échelle d'un quartier (VoisinMalin). La compagnie CT3i a été classifiée ici car si elle mène ses actions dans le champ de la santé elle œuvre également, conjointement ou non, sur les problématiques sociales et relationnelles.

2 des 3 projets se sont intéressés à la question de l'accès au dépistage des personnes en situation de handicap, en explorant les freins et les leviers dans le cadre d'une étude (ANCREAI) ou en renforçant le pouvoir d'agir des personnes concernées (CT3i).

Les 3 projets ont collaboré avec des CRCDC et d'autres organisations (Atelier Santé Ville) pour établir un diagnostic conjoint des besoins. Ils ont pu faire la démarche de cette collaboration (ANCREAI, VoisinMalin) soit être sollicités par les partenaires pour mettre en œuvre une action sur le sujet au regard de leur compétence d'intervention (Le théâtre forum pour la CT3i).

Ils ont pu apporter leur expertise en matière d'environnement (le champ social et celui du handicap), leur connaissance du public ou une méthodologie d'intervention.

EN CE QUI CONCERNE LES MODALITÉS DE PARTENARIAT

Même s'il existe un promoteur « principal », les projets prennent souvent appui sur des alliances préalables, des partenariats construits en amont de la mise en œuvre de l'action et sur l'appui d'un financeur, l'ensemble apportant un complément d'expertises, que ce soit aux niveaux sanitaire, social ou dans la mise en œuvre.

Aucun projet n'est déployé de manière autonome (que ce soit dans la phase de diagnostic ou d'élaboration), mais il est possible de notifier trois types de stratégies :

- **La co-construction/élaboration sur la base d'un diagnostic/intérêt commun dans 11 situations sur 19.**
- Dans 6 des 19 situations, **la construction s'est faite dans un premier temps en amont par le promoteur qui dans un second temps a interpellé des partenaires pour le déploiement** de son projet.
- Dans 2 situations, les porteurs ont fait l'objet dans un premier temps d'une saisie par un acteur externe puis ont dans un second temps co-élaboré puis mobilisé un ou leur réseau.

Concernant les financements de ces projets, il existe différentes configurations mais elles sont le plus souvent liées à des opportunités :

- Les promoteurs ont utilisé les fonds en lien avec leur mission, leurs fonds propres ou ont mutualisé leurs ressources (CPAM, LCCN/Projet Power, LCC/AQV, Comité féminin, les CMS Blanc-Mesnil, le CDC-93).
- **Les promoteurs ont saisi des appels à projet :**

4 DE L'INCA - MDM, CRCDC AuRA/ARDOC et de l'Isère

7 DES ARS - CODES-83, CRCDC AuRA/Ain, VM, CRCDC 94/Unité Mobile, Adémas, CT3i, l'URPS

1 DE FOND PUBLIC - LVC

- Un projet cumule la saisie d'un appel d'offre plus la recherche de fonds complémentaires (ANCREAI/CREAI).





Principaux enseignements liés à la phase de conception des projets ou des actions

- Les processus de conception diffèrent selon les méthodologies envisagées par les porteurs de projets (action individuelle, collective, de formation, de recherche, etc.) et selon le ou les types de dépistages ciblés (CS, CCU, les deux).
- Les phases de conception s'appuient généralement sur la complémentarité des expertises des partenaires des projets capitalisés.
- En revanche, les « publics » cibles n'ont globalement pas été impliqués par les porteurs de projet lors de leur phase de conception (comme pour le diagnostic). Cela est également le cas pour les partenaires mobilisés en seconde ligne.

Il existe une grande variabilité dans la conception des projets par les porteurs du fait de leur positionnement dans le champ du dépistage (comme explicité dans le point précédent), mais aussi de la thématique de dépistage portée, de leurs moyens, de l'objet même de l'action que les acteurs ont souhaité développer (s'agit-il d'une action favorisant la participation au dépistage ou une action évaluant des stratégies de dépistages par exemple).

Certains sont élaborés et développés :



MDM, CRCDC AURA/ISÈRE - dans le cadre de projets de recherche



CRCDC AURA/AIN - en appui avec de la littérature scientifique d'intervention



CPAM-33 - en ayant démontrée leur pertinence sur la base d'un diagnostic interne



LCC, COMITÉ FÉMININ, URPS - en étant prédéterminées sur la base d'expériences antérieures et des besoins du territoire



CMS BLANC-MESNIL - en partant d'un constat d'échec



LCC/AQV - en partant d'un constat de réussite



PARMI LES PROJETS CAPITALISÉS



« TRAVAILLER ENSEMBLE »

S'ils partent bien d'une ambition d'agir sur la participation aux dépistages des publics de leur territoire, certains projets capitalisés s'inscrivent dans des logiques très partenariales :

- Soit dans le but de déterminer ensemble les modalités d'action à mettre en œuvre (l'objectif pouvant être alors la constitution même d'un collectif de travail),
- Soit, sur la base d'un projet déterminé, d'exposer ce dernier aux acteurs du territoire pour ajuster ses activités en fonction des recommandations de ces derniers.

Ainsi, les projets du CDC-93, de l'Adémas-69 et de l'ANCREAI/CREAI ont été amenés en cours de projet à en modifier l'opérationnalisation et/ou les objectifs en termes de résultats :

CDC-93 - Le projet a pour objectif la création d'une dynamique collective à Aubervilliers. Si l'ambition reste de favoriser la participation aux dépistages, c'est ce collectif qui décide progressivement des actions à mettre en œuvre ou de leur arrêt au regard du bilan annuel de son activité, des ressources impliqués en son sein, du contexte environnemental (ex. : l'introduction progressive des différents DO).

ADÉMAS-69 - Si elle avait des axes prédéterminés au départ, la mise en œuvre de son projet lui a permis de vérifier l'adéquation des besoins au regard de sa stratégie et d'ajuster tous les ans l'orientation de son projet (dans le cadre des renouvellements des fonds alloués par l'ARS). Il a ainsi abandonné certaines perspectives pour en produire de nouvelles plus adaptées aux besoins, voir aux attentes.

ANCREAI/CREAI - La structure et ses partenaires s'étaient donnés des objectifs en matière de production à l'issu de leur exploration de la thématique avec les différentes parties prenantes. Il s'est avéré que les objets à créer ne semblaient plus être pertinents mais que d'autres pistes devaient être privilégiées.

DES PROJETS QUI FONT L'OBJET D'UNE CONSTRUCTION COLLÉGIALE

L'écriture collaborative des projets n'est pas systématique. Elle est parfois soumise à d'autres logiques que celles qui sont liées à l'objectif du projet. Quelques exemples :

CODES-83

Sur la base de leur collaboration antérieure, le CODES-83 et l'antenne du Var du CRCDC ont officialisé leur partenariat dans le cadre d'un appel à projet qu'ils ont coécrit sur la base de leur expérience relationnelle. Ils ont d'ailleurs collectivement dépassé le stade de l'AAP pour inscrire leur action dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs avec l'Agence Régionale de santé référente.

CT3i

Le projet porté par la CT3i est à l'origine une commande du CRCDC pour la mise en œuvre d'une action de prévention, due à l'originalité de la méthode d'intervention de la compagnie de théâtre et cela a nécessité le croisement de compétences pour sa mise en œuvre (associant la CT3i, le CRCDC mais aussi le CODES local et d'autres partenaires).

VOISINMALIN

VoisinMalin s'est appuyé sur la coordination de l'Atelier Santé Ville pour déterminer au mieux la thématique de santé à porter et identifier et mobiliser dans un second temps les acteurs permettant sa mise en œuvre.

LIGUE VAUDOISE

Le projet de la Ligue Vaudoise a été l'objet d'une concertation entre les acteurs du comité de pilotage du projet qui a associé d'autres expertises complémentaires (professionnelles et citoyennes) pour en définir les modalités d'application.

EXEMPLE DE PROCESSUS DE PRODUCTION : LE PROJET DE LA LIGUE VAUDOISE CONTRE LE CANCER

Définition du contenu des interventions

Comité de pilotage

Détermination des 3 messages clés :

- Les facteurs protecteurs et de risques,
- Les signes et les symptômes précoces à connaître,
- Les mesures de prévention et la connaissance des programmes

Création des outils

Médiateur/trices interculturel.le.s de l'Association Appartenance, Fondations Profa & Lire et Ecrire

Mise en place de focus-group avec des personnes d'origines différentes pour évaluer le contenu des informations transmises au regard des représentations culturelles

Recherche de deux expertises :

- Celles des acteurs travaillant avec des migrants pour évaluer les barrières à la communication
- Celles des acteurs impliqués pour lutter contre l'illettrisme

Validation des contenus

Comité de pilotage

Création d'une boîte à outils





Principaux enseignements liés à la phase de mise en œuvre des actions

- Les temps de préparation des actions sont majoritairement sous-évalués ; ils sont souvent identifiés tardivement, lorsque les activités commencent. Les porteurs doivent ainsi faire preuve d'une grande adaptabilité et affiner leur méthodologie d'intervention au fil de l'avancée des actions.
- Des conventionnements sont parfois établis entre les partenaires des projets ; ils le sont le plus souvent pour garantir l'opérabilité de l'action, les aspects financiers mais aussi réglementaires.
- Il existe plusieurs modes de collaborations : groupes de travail, concertations

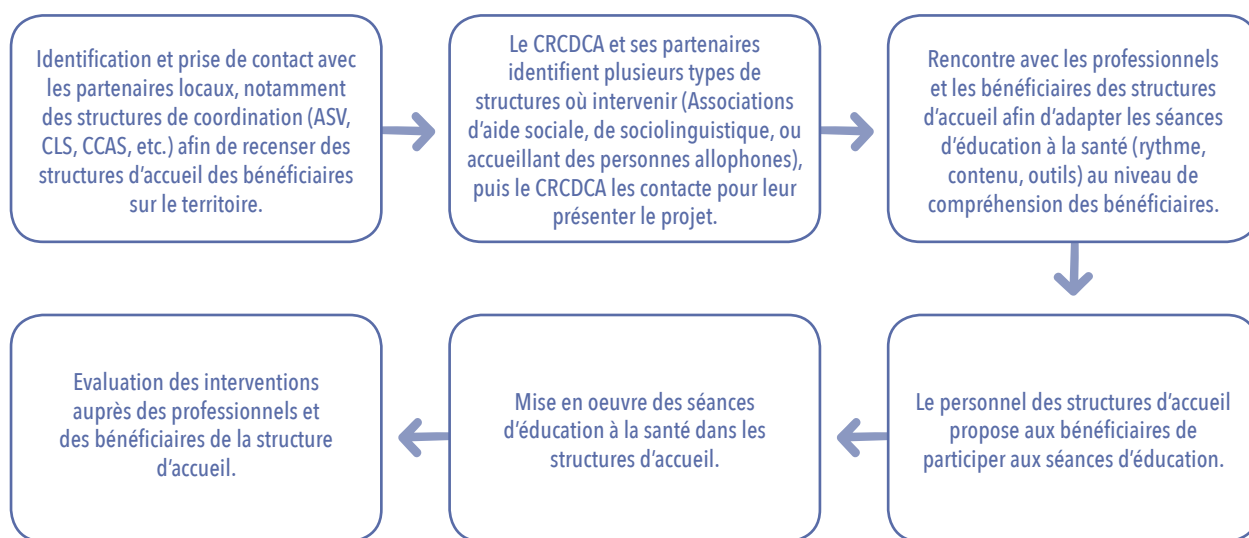
Le projet déterminé nécessite souvent, en amont, en aval ou durant son développement, la mise en œuvre d'autres actions pour faciliter son développement. Il peut s'agir pour les porteurs de positionner le projet dans un environnement, de le faire connaître, de se trouver de nouveaux alliés et partenaires et d'établir avec eux des modalités relationnelles.

DES PRÉALABLES À LA MISE EN ŒUVRE DÉPENDANTS DES POSITIONNEMENTS DES PORTEURS

Il est constaté **diverses modalités de développement** suivant comment l'atteinte des publics se fait :

- Indirect : Pour pouvoir être en lien avec le public cible, les professionnels vont avoir besoin d'une structure/organisation tiers.
- Direct : les professionnels ont accès directement au public ne serait-ce que par leurs activités.

EXEMPLE DE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE : LE PROJET ADOCPA AIN DU CRCDC AURA SITE DE L'AIN



Dans la configuration « Indirect » (4 des 6 projets des CRCDC), un travail intermédiaire de prospection des ressources/espaces où potentiellement le projet pouvait se déployer a dû être fait.

Il s'est agi en effet de :

- évaluer la pertinence de son implémentation dans son environnement
- mobiliser les acteurs concernés par le projet.

Suivant la « distance à parcourir » des promoteurs vis-à-vis du public cible, des temps de rencontre ont été nécessaires pour se faire connaître, faire connaître le projet, trouver les articulations, déterminer les rôles de chacun.

Dans la configuration que nous évaluerons comme « Direct » :



MDM, CPAM-33, VOISINMALIN, CT3I, CMS BLANC-MESNIL, CDC-93, ANCREAI - Soit le lien est déjà existant avec l'activité et le contact avec le public facilité
LCCN/PROJET POWER, LCC/AQV, CRCDC 94/UNITÉ MOBILE, COMITÉ FÉMININ, LVC, URPS - Soit le lien est porté par la complémentarité de départ

DES CONVENTIONNEMENTS AU SERVICE DE PLUSIEURS LOGIQUES

Les différents promoteurs interviewés ne font pas tous état de conventionnements qui auraient été établis pour le développement du projet (12/19). Pour celles et ceux qui le mentionnent, les conventionnements sont la conséquence de logiques diversifiées.

LCC/AQV,
CODES-83

Ces conventions ont répondu à des logiques organisationnelles pour déterminer les fonctions et rôle de chacun et assoir au regard de leur réseau réciproque leur collaboration.

ADÉMAS-69
MDM/ROUEN

Elles ont également pu être mises en place pour déterminer des implications complémentaires (externalisation de la démarche d'évaluation pour l'Adémas-69 ou la traçabilité des parcours et des actes pour MDM/Rouen).

CPAM-33

Respecter le cadre légal (accès au logiciel métier des Radiologues dans le cadre du projet de la CPAM-33).

CT3I, CRCDC 94/
UNITÉ MOBILE

Fixer le nombre et les engagements en termes d'intervention.

L'UTILISATION D'ÉVÈNEMENTS POUR LE LANCEMENT DU PROJET ET SA PROMOTION



PHASE DE VALORISATION DE LEUR PROJET

Certains promoteurs des actions ont intégré une phase de valorisation de leur projet comme partie intégrante de sa promotion, ce qui a soutenu leur développement :



L'ADÉMAS-69 - via l'inauguration d'une action créative (le Projet Vénus) impliquant les habitantes du quartier dans le cadre des manifestations « Octobre Rose »



LA LIGUE CONTRE LE CANCER NATIONALE - par la mise en place d'un séminaire de présentation pour initier les temps de formation locaux prévus ensuite dans le projet



LE COMITÉ FÉMININ - en créant un événement à destination de la presse pour « inaugurer » chaque création de mammographe en bois



LE CRCDC AURA/ISÈRE - s'est servi de l'ouverture d'une structure (ici un CPEF) pour lancer la promotion d'un des volets de son projet



L'ANCREAI - avec la mise en place de réunions de présentation du projet d'étude sur les différents départements ciblés en invitant tous les acteurs locaux impliqués

Ces moments ont eu pour objet de « lancer » de manière officielle l'action. Mais ils avaient aussi, selon différents contributeurs, comme ambition de se faire connaître (porteur et projet), de favoriser les rencontres entre acteurs, voir de les recruter au besoin.

On peut noter que ces actions de promotion des projets n'étaient pas toujours au départ intégrées dans la stratégie ; leur nécessité a pu apparaître aux acteurs au moment du déploiement du projet.





Principaux enseignements liés aux stratégies déployées

- Les stratégies d'aller-vers, individuelles ou collectives, sont les plus souvent utilisées par les acteurs.
- Les actions individuelles (le plus souvent réalisées dans le cadre du CCU avec acte de dépistage) sont peu nombreuses et elles sont le plus souvent mises en œuvre par une communauté d'acteurs.
- Les actions collectives ont un prisme très étendu, allant d'une action d'information et de sensibilisation des publics à la problématique du cancer avec pour objectif leur participation immédiate ou future au dépistage, à des actions abondant, sous forme d'ateliers plus réduits en termes de participation, la question de santé permettant de cheminer vers la question du dépistage des cancers.

Les promoteurs des actions ont déterminé et mis en œuvre différentes stratégies au regard des objectifs qu'ils ont pu se donner. Nous avons ici essayé de rationaliser de grands axes permettant d'avoir une vision générale des stratégies les plus couramment utilisées. Cependant, les projets étant très ancrés territorialement, nous vous invitons à lire les 19 fiches de capitalisation (des ajustements ou réajustements stratégiques ont pu avoir lieu au regard des contraintes territoriales spécifiques et de manière très contextualisés).

DÉTERMINER LES GRANDES STRATÉGIES MISES EN ŒUVRE PAR LES ACTEURS

Il est possible d'identifier 4 grandes stratégies mises en œuvre par les promoteurs :

FAIRE VENIR

Le public cible vient sur le site du promoteur pour l'action,

ALLER VERS

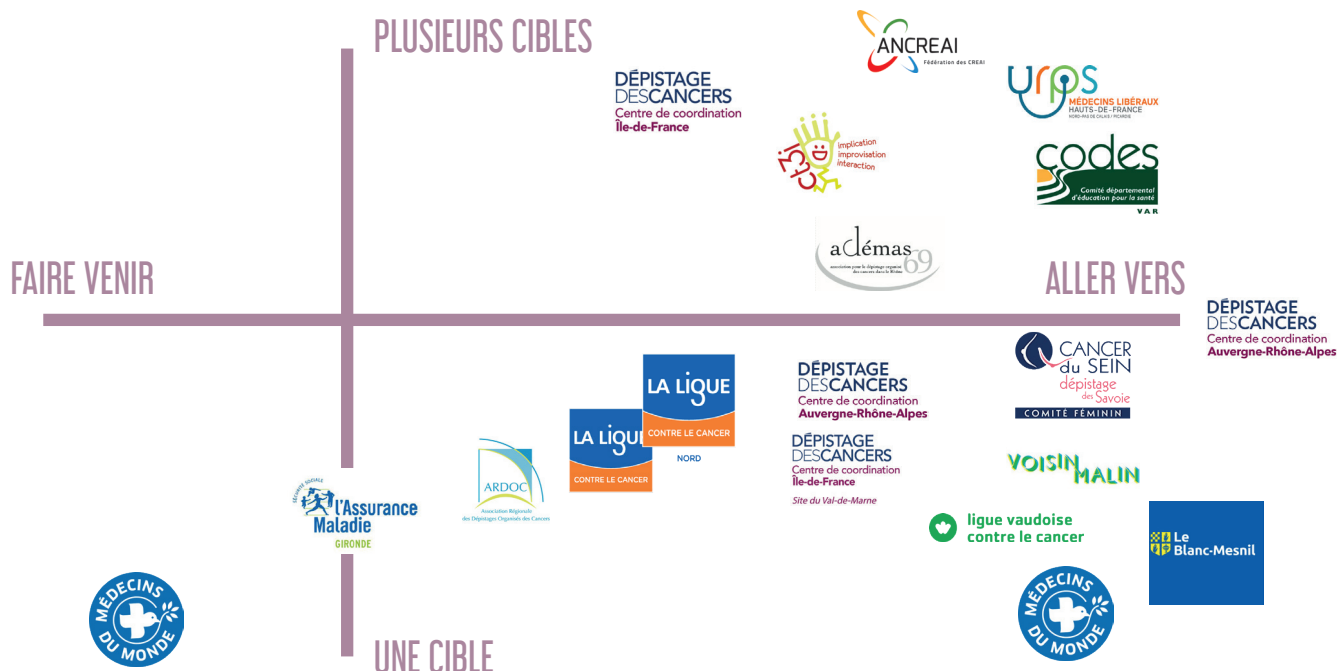
Les promoteurs des actions se déplacent dans les lieux où les publics se trouvent,

CIBLE UNIQUE

Les promoteurs des actions centrent leur activité sur un public,

CIBLES MULTIPLES

Les promoteurs des actions centre leurs activité sur plusieurs publics cibles. Dans cette configuration, il peut s'agir d'une action à destination des personnes vulnérables et une action auprès d'un type de professionnels (que ce soit du social ou du sanitaire).



LES STRATÉGIES DÉPLOYÉES : DU COLLECTIF ET DU « ALLER VERS »

A quelques exceptions, la majorité des actions **sont abordées de manière collective**.

Il peut s'agir d'ateliers d'éducation pour la santé ou de temps de sensibilisation des publics à la problématique des cancers et de leur dépistage. Ces derniers peuvent avoir lieu dans les structures accueillants le public (CHRS, centres sociaux), dans des structures de soins (Centres d'examens de santé), dans des espaces de la vie courante (marchés, pharmacies, espaces associatifs). Il peut également s'agir de temps de formations pour les acteurs relais (citoyens ou professionnels), les professionnels (et futurs professionnels) du social mais aussi du sanitaire, notamment de premier recours, pour leur permettre d'acquérir des compétences sur le sujet mais aussi méthodologique pour aborder la thématique. Ces temps sont aussi réalisés dans leur grande majorité au sein même des organisations des professionnels ciblés ou des structures accueillants le public vulnérable.



CONCERNANT LES EXCEPTIONS



MDM, CPAM-33 - Certains projets ont nécessité une approche individuelle du fait même de leur méthodologie d'intervention

D'autres avaient cette approche individuelle du public tout en conservant un temps collectif :

CRCDC 94/UNITÉ MOBILE - Information collective du public

VOISINMALIN - Formation des acteurs

CRCDC AURA/ISÈRE, ANCREAI - Actions collectives à destination des professionnels mais individuelles au niveau des publics

ADÉMAS-69 - Ou inversement

CONCERNANT LES FREINS & LES LEVIERS



Principaux enseignements liés aux freins et leviers

- Le levier majeur s'inscrit dans le fait d'aller vers les publics (cité, lieux de vie, espaces professionnels) pour échanger sur les questions liées aux cancers et aux dépistages.
- Il y a de fortes représentations sur le cancer, que ce soit au niveau des citoyens comme des professionnels ; un travail sur ces dernières est un prérequis quelles que soient les situations.
- Déployer des actions ludiques, apprenantes, favorisant l'expression, est une nécessité.
- Il est inutile voir délétère d'informer les personnes et de les motiver pour recourir au dépistage si la réalisation de celui-ci ne peut pas avoir lieu : il est donc nécessaire d'inscrire les actions d'information dans une logique de parcours en ayant également une action sur l'environnement préalablement pour rendre la démarche effective.

Les freins et leviers exprimés ici peuvent être le résultat de différentes situations :

- Soit l'action a été mise en œuvre justement pour contrer des freins préalablement identifiés dans le cadre du diagnostic, l'action démontrant alors sa pertinence ou non pour les lever, mettant à jour de nouveaux freins,
- Soit les freins se sont révélés au moment de la mise en œuvre de l'action et n'étaient pas anticipables par les acteurs. Les promoteurs de l'action ont pu ou pas mettre en œuvre des leviers pour les contrer, afin de faciliter le bon déroulement de leur action,
- Soit des freins ont été des éléments extérieurs auxquels les promoteurs n'ont pu opposer de leviers .



EXEMPLE : MODÈLE DE SYNTHÈSE DES FREINS ET LEVIERS VOISINMALIN

- L'ancrage de VoisinMalin : un fort ancrage local, avec une présence stable et durable dans un quartier et un positionnement neutre dans le jeu d'acteurs locaux, à la fois institutionnel (réseau partenarial porté par la responsable locale, rencontre) et terrain (équipe des voisins, relations tissées lors des missions). Le temps dédié par la responsable locale au travail de réseau et d'interconnaissance est clé. - La posture des Voisins Malins et la logique de pair-à-pair sans professionnalisation. - L'expérience de stratégies éprouvées en porte-à-porte : passage jusqu'à 3 fois au domicile des habitants, à des horaires différents, en cas d'absence ; accompagnement par la responsable locale des premières heures de la campagne, ajustement si besoin des éléments de la campagne élaborée ; etc.	- Des ressources favorables dans le quartier et activées : - Un bailleur social mobilisé dans le déroulement des campagnes (accès aux badges des bâtiments). - Une offre de proximité en matière de santé et de prévention sur laquelle s'appuyer. - Présence du CESAM13 : clé de voute de la stratégie. - Présence d'une coordinatrice ASV sur le quartier. - Des partenaires opérationnels disponibles et mobilisés : - CRCDC, CPAM et CESAM participants à la formation - Forte réactivité de la CPAM pour l'envoi des courriers (mobilisation personnelle) pour le DOCS.
Leviers généraux propres à VoisinMalin	Leviers liés aux ressources locales
- Adhésion des Voisins Malins au thème de la campagne, niveau d'appropriation et d'implication élevé par intérêt pour l'enjeu. - Qualité du message construit (cf. Elaboration du message). - La tablette numérique, outil qui permet prise de rendez-vous au CESAM13 et renforce le sentiment de crédibilité des Voisins Malins.	- L'impact des confinements liés au Covid19. - Un tuilage avec les centres de radiologie qui aurait pu être plus poussé (les informer de la campagne en cours notamment). - La mobilisation très « personne dépendante » qui a permis la réactivité de la CPAM pour le DOCS. - Une moindre réactivité pour le DOCCR qui a conduit à recentrer la stratégie sur l'orientation vers le CESAM13. - Un manque d'outils d'évaluation à moyen terme de la campagne.
Leviers spécifiques à la campagne DOCS/DOCCR	Freins et fragilités observés

Tableau 3. Freins et leviers identifiés par VoisinMalin pour la campagne Dépistages organisés

LES FREINS RÉCURRENTS ÉNONCÉS PAR LES PORTEURS DE PROJETS

CONCERNANT LES PUBLICS :

Les acteurs capitalisés ont rencontré dans leurs différents projets des **freins culturels** et de compréhension du sujet par les publics dont ils ont fait la cible de leurs actions. La **barrière de la langue**, couplée à des **niveaux faibles de littératie** (CODES 83, LVC, URPS), l'**isolement** des territoires (CRCDC AuRA/Isère), l'**accès à certaines communautés** (Adémas-69) sont autant de difficultés auxquelles les acteurs sont soumis.

Même quand ils inscrivent leur projet dans une logique de parcours (MDM-Rouen, CRCDC AuRA/Isère), le **risque de perdu(e)s de vue** est important.

Il peut de plus y avoir des **écarts entre la manière dont les parcours et les offres de service sont décrits et leurs organisations factuelles**.

Par exemple, dans le cadre du projet porté par VoisinMalin, le sujet du fonctionnement des centres de radiologie agréés a émergé lors de la préparation de la campagne et de la construction de la stratégie : les structures (CPAM, CRCDC) considéraient que toute femme éligible devait pouvoir se présenter à un centre et être prise en charge à partir d'une simple vérification (numéro de Sécurité sociale). Contactées par la responsable locale, les centres ont expliqué au contraire, ne recevoir personne sans le courrier d'invitation.

Dans le cadre des ateliers mis en œuvre au sein de l'action des CMS du Blanc-Mesnil, cette confrontation entre la perception professionnelle de l'organisation des parcours et la réalité de ces derniers vécus par les publics a démontré également des écarts.

En complément, les acteurs soulignent que :

- Le **fort niveau de précarité** de certains publics fait que le dépistage des cancers n'est pas pour eux une priorité (CRCDC 94/Unité Mobile, CODES-83, CDC-93),
- Ils peuvent faire face à des **publics très mobiles** dans l'espace et le temps du fait de leur situation (migration) rendant difficile leur captation et leur suivi ,
- Cette mobilité peut avoir un impact sur la mise en œuvre de l'activité. Les promoteurs ne peuvent parfois pas anticiper les taux de participation (CRCDC 94/Unité Mobile).

CONCERNANT LES TRAVAILLEURS SOCIAUX :

Dans leur relation avec les professionnels du champ social, les intervenants mettent en avant la **méconnaissance** que ces derniers ont **du système de santé** (CRCDC AuRA/ARDOC), le **turn-over important** qui peut exister dans les structures d'accueil social (CRCDC AuRA/ARDOC, CDC-93, LCCN/Projet POWER, MDM, CODES-83, CRCDC 94/Unité Mobile), que ces derniers ont **peu de temps à accorder aux questions de santé** et peuvent en complément **ne pas se sentir légitimes** à intervenir sur le sujet du cancer (CRCDC AuRA/Isère, LCCN/Projet POWER), cela **ne faisant pas partie de leur mission** (CODES-83).

Le transfert de compétence peut alors être jugé utopique par les promoteurs des actions (URPS), l'échec du transfert pratique des démarches évaluatives en étant un bon exemple (LCC/AQV, LCCN/Projet POWER).

CONCERNANT LES PUBLICS ET PROFESSIONNELS SANITAIRES OU SOCIAUX :

Le temps de disponibilité des citoyens et des professionnels à **cette question de santé**, même si elle peut leur apparaître comme importante, **n'est pas prioritaire** (CRCDC AuRA/Isère) et ce pour les différents points exprimés précédemment, mais d'autant plus quand il s'agit de personnes en situation de vulnérabilité [1]. La question des libéraux est souvent mise en avant, n'étant pas défrayés dans leur participation, ils s'impliquent peu dans ce type de projet (Adémas-69, CT3i, ANCREAL).

En complément, **les représentations sur la thématique du cancer sont importantes** [2, 3, 4], que l'on soit face à des professionnels (autant du champ social que sanitaire) ou à des citoyens (la presque totalité des projets souligne cette difficulté).

AUTRES FREINS IDENTIFIÉS

Plusieurs promoteurs rapportent **le difficile équilibre à maintenir entre mener une action sur la durée**, nécessitant du temps dans les logiques d'« aller-vers » (CRCDC AuRA/Isère) et la contrainte que représentent **des logiques de financement à court terme** (LVC, CODES-83, CT3I). Cela ne permet pas de développer les projets sereinement et sur la durée.

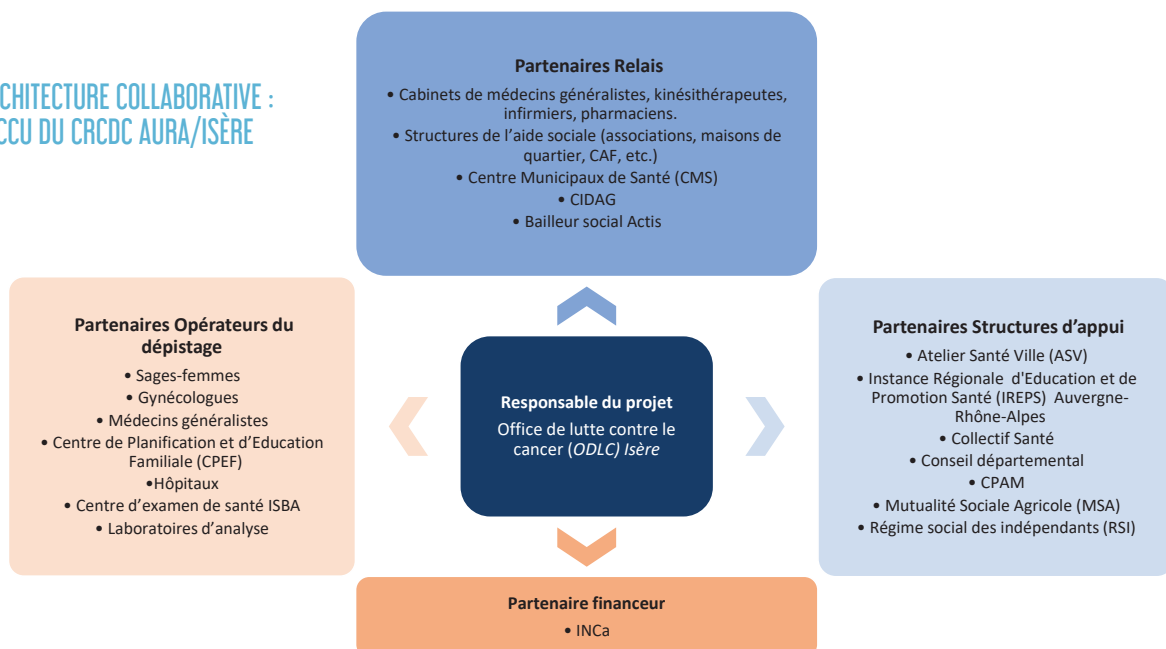
La coopération entre acteur peut aussi révéler d'autres difficultés :

- Plus il y a d'expertises autour de la table, plus cela peut renforcer la pertinence de l'action. Pour autant, plus il y a d'acteurs, plus cela peut-être exigeant en matière de consensus et freiner l'élaboration et le déploiement du projet (CRCDC AuRA/ARDOC),
- Il peut s'agir parfois de relations interpersonnelles plutôt que de relations entre institutions, avec le risque quand les personnes quittent leur organisation que l'institution ne soit plus représentée au sein du projet (VM, ANCREAL, CDC-93),
- La rencontre entre les acteurs peut être fortuite (ainsi que leur convergence d'intérêts) dû notamment à leur proximité géographique (même locaux - ANCREAL, CODES-83) et non pas à une recherche d'expertises complémentaires,
- L'ensemble des **partenariats établis** sont **soumis** individuellement et de manière récurrente à des **modifications environnementales et territoriales** qui peuvent bousculer des équilibres fragiles de collaboration (Comité Féminin, CODES 83, Adémas-69). La plupart des acteurs des CRCDC ont exprimé la perte de lisibilité auprès de leurs partenaires qu'a entraîné la fusion régionale de leurs entités départementales.

Les questions d'évaluation sont largement abordées et ce de manière récurrente, confrontant à la fois des problématiques d'outillage et de ressources pour le faire (VM, Adémas-69) mais aussi des questions éthiques autour du libre choix des publics de s'inscrire dans la démarche (MDM, URPS).

En dehors des projets établis sous la forme d'études et ceux concernant un financement déterminé dans le temps, l'interruption des autres projets a pu être la conséquence d'un manque d'éléments d'évaluation (seul 5 des 19 projets présentés ici sont encore actifs aujourd'hui).

EXEMPLE D'ARCHITECTURE COLLABORATIVE : LE PROJET DOCCU DU CRCDC AURA/ISÈRE



LES LEVIERS REPÉRÉS ET DÉPLOYÉS DURANT LA MISE EN ŒUVRE

PARLER DE SANTÉ POUR PARLER DE DÉPISTAGE

Dans les interviews, **les différents acteurs soulignent qu'aborder la question des cancers et de ses dépistages de manière frontale n'est pas une bonne stratégie** du fait même des représentations qui peuvent y être associés, que ce soit au niveau des publics comme des professionnels. Il semble **plus pertinent de :**

- Partir des questions de santé de manière générale (CODES-83, CRCDC AURA/Ain),
- Les adosser à d'autres problématiques de santé liées aux facteurs de protection (CDC 93),
- D'identifier et de pouvoir régler s'il le faut d'autres problématiques de santé (Comité Féminin, CPAM-33) qui émergeront du fait même de laisser un espace d'expression au public.

Les espaces collectifs sur le sujet se doivent avant tout d'être des espaces de dialogue où :

- Les publics expriment leurs difficultés (MDM),
- Les publics font part de leur représentation sur ces sujets (CRCDC AuRA/Isère, LCC/AQV, CODES-83),
- Où il est question de partir de leurs points de vue, de leurs connaissances (LVC, URPS) pour structurer, élaborer des éléments de réponse.

Dans ces espaces favorisant le dialogue et l'interaction entre les individus, les participants.es doivent pouvoir **s'inscrire de manière volontaire** (CRCDC AuRA/ARDOC, LCC/AQV).

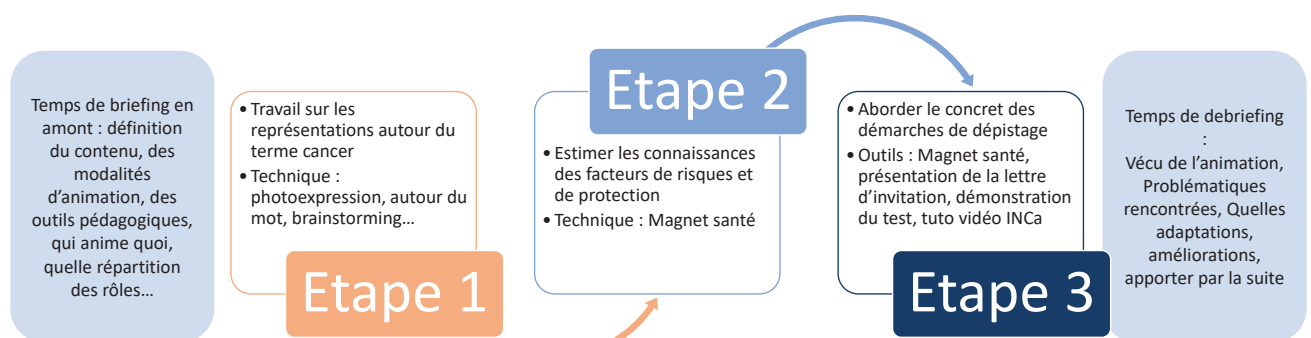
En ce qui concerne le promoteur, viser la création d'une **pair-aidance** (5, 6, 7) peut renforcer la capacité des publics à s'inscrire dans une démarche de dépistage (Comité Féminin, LCC/AQV) et le **développement d'une culture commune au niveau des professionnels** (CRCDC AuRA/Isère). Il peut prendre appui sur des facilitateurs (médiateur santé-pair pour MDM/LB) pour favoriser la relation.

Dans tous les cas de figure, il doit être attentif à (CODES-83, LCC/AQV, URPS) :

- « **Aller vers** » les destinataires (intervenir dans leurs lieux de vie ou leurs environnements professionnels),
- Ne pas intellectualiser les langages,
- Ne pas être dans une communication dite « descendante » sur ce qu'il faudrait faire,
- **Permettre l'acculturation au sujet.**

Le sujet du dépistage se relève alors comme un outil pour le dialogue, sa promotion l'occasion d'un échange sur la prévention (MDM). Il faut donc porter un grand intérêt au modèle d'atelier qui va être mis en place.

EXEMPLE : MODÈLE D'ATELIER COANIMÉ PAR LE CODES-83/CRCDC ANTENNE DU VAR AU SEIN DE L'USMP



Que ce soit en approche individuelle comme collective, **il faut que les intervenants soient formés à certaines méthodes car il n'est pas ici question de donner des cours sur le dépistage mais de favoriser chez les personnes une prise en considération du sujet au regard de leur contrainte** (MDM, CT3i, URPS). L'intervention 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 (Duo sanitaire/social ou dépistage/promotion de la santé : CODES 83, ANCREAI). Ces temps collectifs sont également l'occasion d'aborder des questions de soins en dehors des espaces où ils ont lieu, de favoriser la rencontre entre un public et des professionnels pour anticiper un dialogue qui pourrait ne pas avoir lieu pendant l'acte de dépistage.

Ils permettent également d'ajuster des informations théoriques (comment doit se passer le parcours de dépistage) à sa réalité effective (comment le parcours se déroule) (URPS, CODES-83, CT3i, CMS Blanc-Mesnil, VM). Cela est source d'informations autant pour les publics que pour l'ensemble des professionnels.

EMPLOYER DES MÉTHODES ET DES OUTILS DE DIALOGUE

Afin de rendre l'information la plus accessible possible, **il est nécessaire de créer des outils de médiation** (8) adaptés au public pour la bonne compréhension des informations (Comité Féminin, CRCDC AuRA/Isère, CODES-83, LVC). **Impliquer les publics cibles dans la création des outils comme dans la construction d'un message** ou les modules d'intervention permet également de leur laisser une place dans la construction stratégique d'informations et ainsi reconnaître leurs compétences (LVC, Collectif Aubervilliers, Adémas-69, VM, CDC-93).

EXEMPLE D'OUTILS UTILISÉS ET/OU ÉLABORÉS (DE DROITE À GAUCHE) : CRCDC AURA/AIN, ADÉMAS-69, CRCDC AURA/ISÈRE, COMITÉ FÉMININ, CDC 93



Des approches par le jeu ou des apprentissages ludiques semblent plus efficaces en partant des connaissances que les personnes ont du cancer, des dépistages, de leur organisation. Il peut être nécessaire conjointement de **faire appel à des interprètes communautaires** (CODES-83, LVC) pour l'animation d'ateliers ou la construction d'outils afin de vérifier l'acceptabilité et la compréhension des messages. Dans le cadre des mobilisations de pairs, créer des entités visuelles pour assurer leur discours est aussi un prérequis pour légitimer leur parole (comme pour le projet des Ambassadrices afin qu'elles soient reconnaissables et reconnues dans leur mission (LCC)).

Concernant les professionnels, et notamment ceux du champ social, certains promoteurs mettent en avant **la pertinence d'avoir avec eux la même approche qu'avec le public** (URPS, MDM) pour à la fois :

- Favoriser leur appropriation de la thématique et les faire travailler sur leur propre représentation,
- Diffuser de bonnes pratiques en matière de mise en œuvre (approche non descendante par exemple),
- Permettre d'identifier leur rôle de relais en post-atelier.

Certains vont même jusqu'à favoriser des **formations mixtes** (population, professionnels et acteurs relais) afin que tous puissent mieux comprendre les rôles et les places de chacun dans le parcours, identifier les acteurs et les ressources disponibles (LCC). Cela nécessite également pour les promoteurs et leurs intervenants de se former à des postures d'accompagnement favorisant l'expression de la parole (URPS, MDM).

INSCRIRE LES ACTIONS D'INFORMATION DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

Que ce soit au niveau des publics cibles (qui auraient à la suite des ateliers envie de s'inscrire dans une logique de dépistage), des acteurs relais (qui seraient à même d'être vecteurs d'information et d'orientation vers les structures adéquates), mais aussi pour soutenir les promoteurs du territoire dans l'offre de dépistage qu'ils mettent en œuvre (CRCDC AuRA/Isère), certains promoteurs de projet soulignent **l'importance d'établir une cartographie territoriale des ressources en matière de dépistage** (CPAM-33, CRCDC AuRA/Isère, URPS).

Il semble important pour la grande majorité des promoteurs que ces actions ne soient pas pensées indépendamment d'un ensemble, mais plutôt inscrites dans des logiques de parcours ou il serait question de **laisser le choix à la personne qui a reçu l'information sur le dépistage de le faire ou pas**.

À la mise en œuvre de l'action, il a pu s'avérer **nécessaire au promoteur de mettre en place un travail sur l'environnement** :

- Travaux pour rendre le courrier d'invitation plus compréhensible et plus accessible :
 - > QR-Codes sur les courriers (CODES-83)
 - > Construction du message par les citoyens intervenants (VoisinMalin)
 - > Elaboration de vidéo en langue des signes (ANCREAI).
- En étant également vigilant à ce que les dispositifs puissent accueillir dans de bonnes conditions les publics (Comité Féminin), en ayant le matériel nécessaire et adapté (Adémas-69, CODES-83).

Les modalités de dépistage impactent les projets de promotion de dépistage

Si pour le dépistage du cancer colorectal, il est possible pour certains de s'assurer que les professionnels rencontrés (comme les médecins généralistes) aient bien le matériel d'autotest à fournir, voir de le fournir dans le cadre des ateliers à l'issue de certaines interventions, le dépistage du cancer du sein par exemple peut mettre en avant des problématiques autres, comme l'accessibilité ou le temps nécessaire à la consultation, supérieure pour les personnes en situation de handicap, auxquels certains centres d'imagerie ne peuvent répondre.

Pour le cancer de col de l'utérus, suivant les projets, l'outil de dépistage a pu être mis à disposition par les promoteurs des actions. Certains ont également pu identifier un panel plus large de professionnels pouvant le mettre en œuvre (d'où les nécessités d'une cartographie précise des ressources du territoire).

MUTUALISER LES RESSOURCES

La mutualisation des ressources est un élément central dans la mise en œuvre des projets, que ce soit dans les étapes de diagnostics préalables, de mise en œuvre ou d'évaluation. Cela se fait souvent en fonction de la place que le promoteur occupe dans la problématique de dépistage, de l'interconnaissance que ce dernier a avec son environnement, des ressources du territoire (Par exemple, les bases de données de la CPAM sont le plus souvent utilisées/sollicitées uniquement dans le cadre d'actions mise en œuvre par ou en complémentarité avec les CRCDC).

Les mobilisations des pouvoirs publics, type service de santé des Mairies ou élus (Adémas-69, CDC 93), parfois à leur initiative (CRCDC AuRA/ARDOC), peuvent être des appuis, favorisant le dialogue avec les citoyens et faisant le lien avec les politiques publiques locales (CMS Blanc-Mesnil, Adémas 69).

Les promoteurs des actions capitalisées font appel à des compléments d'expertises dans certains cas qui sont spécifiques à la nature des projets. Par exemple :

- Le CDC 93 a fait appel à l'institut Renaudot pour initier sa démarche,
- Le Comité Féminin a une Maison Familiale et Rurale pour la réalisation de leur outil,
- La LCCN/Projet Power a des instituts de formation,
- L'Adémas-69 a un centre de recherche pour la mise en œuvre de son évaluation.

Mais **ces ressources sont cependant inégales**, les territoires n'étant pas toujours dotés de la même manière.



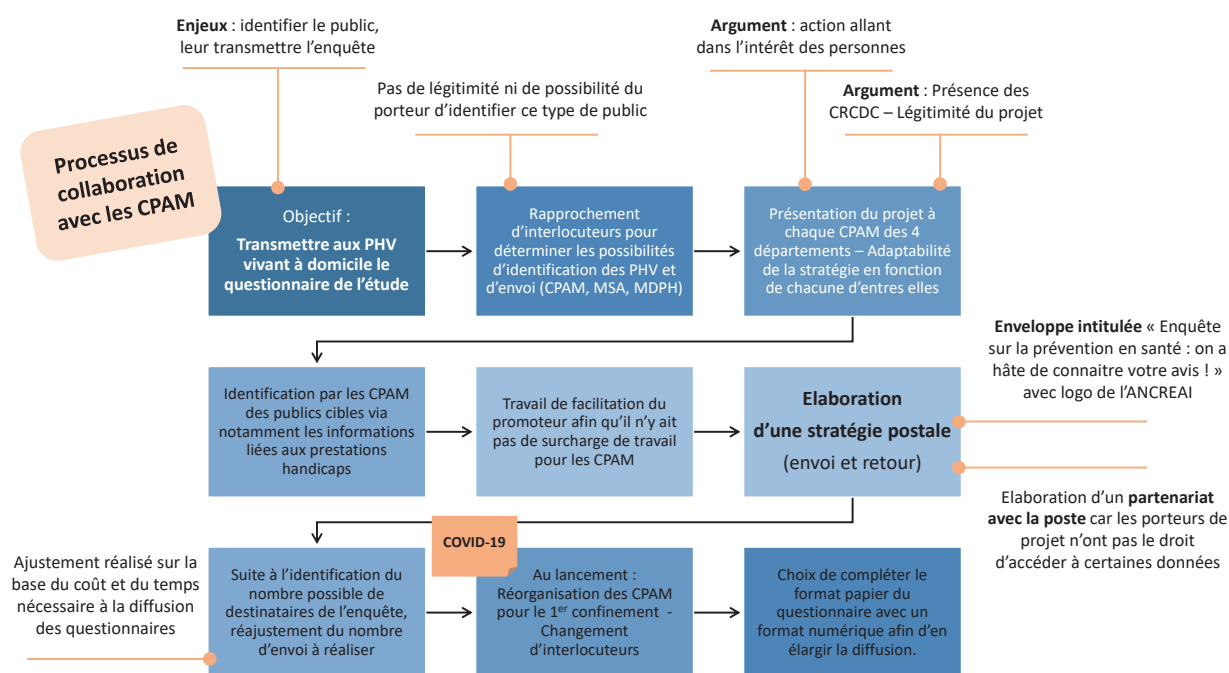
Les promoteurs mettent en œuvre ou prennent appui sur des collectifs de travail territorialisés (souvent antérieurs à leur projet) pour favoriser le maillage, l'expertise croisée et générer des dynamiques locales (CRCDC AuRA/Ain et Isère, Comité Féminin, URPS). Le fait de mettre plusieurs partenaires de différents champs autour du projet apporte des éléments bénéfiques (CMS Blanc-Mesnil, CRCDC 94/Unité Mobile, CT3i, ANCREAI) :

- Avoir une bonne visibilité de l'existant et des potentiels utilisables,
- Repérer des acteurs pouvant être des médiateurs de confiance,
- Etablir un co-diagnostic de situation,
- Varier les modalités d'intervention,
- Etablir des convergences d'intérêt.

Pour autant, il est mentionné qu'il faut tout de même **trouver un juste équilibre en matière d'acteurs impliqués** (porter une attention particulière à la démultiplication des partenaires ou intermédiaires nécessaires à la mise en œuvre mais éviter que cette démultiplication nuise à la mise en œuvre du projet). Pour ce faire, il faut que le/les pilotes soient clairement identifiés, en évaluant parfois la pertinence de leur proximité avec le public cible, déterminer les rôles et les places de chacun, avoir plus de souplesse dans les propositions de mise en œuvre, renforcer un empowerment professionnel sur la question du dépistage pour les acteurs sociaux et sur les problématiques sociales pour les acteurs du dépistage (Comité féminin, URPS, CMS Blanc-Mesnil, ANCREAI, VM).

Ces collaborations permettent, par un processus de dialogue, de s'adapter au contrainte et d'organiser des réponses collectives en situations complexes.

EXEMPLE DE RÉOLUTION DE PROBLÈME : LE PROJET DE L'ANCREAI



Se servir de la dynamique projet pour favoriser le développement de ce dernier

Au-delà de l'objet de l'action (la participation aux dépistages), **les projets ont en eux-mêmes des vertus** selon certains porteurs de projets.

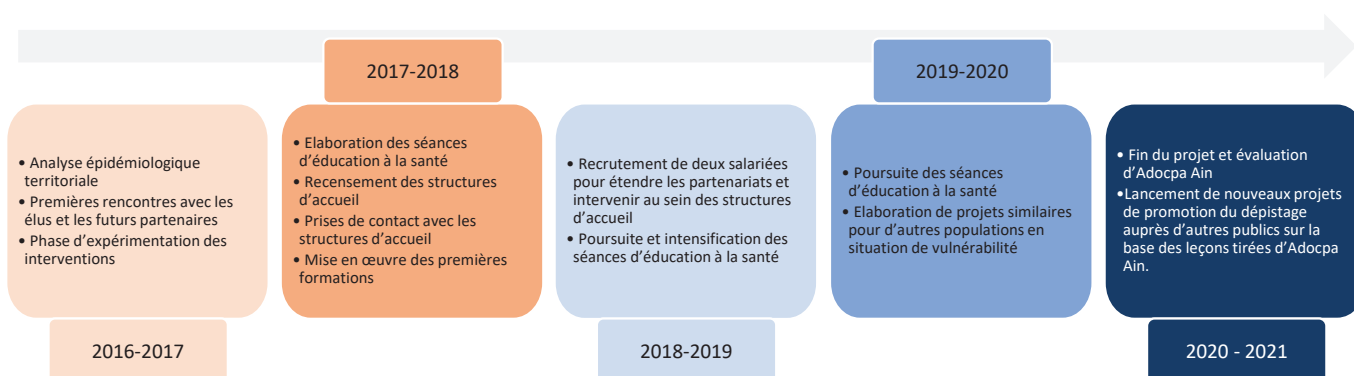
- Le fait d'être dans une logique « projet » permet notamment de fédérer (LCCN/Projet Power).
- Ces projets sont « explorant » dans la mesure où ils permettent aux promoteurs des actions la mutualisation de leurs expertises et de leurs ressources avec leurs partenaires (CRCDC AuRA/Isère, Adémas-69, Comité Féminin, Collectif Aubervilliers, CRCDC AuRA/ARDOC).

Au regard des environnements complexes, de l'interopérabilité entre les acteurs des champs social et sanitaire, les populations et les tutelles, les stratégies se font progressivement, en cascade et s'ajustent pas à pas avec le temps (Adémas-69, CRCDC AuRA/Isère).

Les acteurs doivent être souples et rester agiles en matière d'adaptation au regard des contraintes qu'ils vont rencontrer.



EXEMPLE DE FRISE DE DÉPLOIEMENT : LE PROJET CRCDC AURA/AIN



Concernant certains aspects financiers, une expérience comme celle de VoisinMalin, où **les acteurs sont rémunérés**, montre une **implication sur la durée que n'offre pas la mobilisation par le volontariat (LCC/AQV)**. Certains acteurs prônent une autonomie financière (CMS Blanc-Mesnil) comme vecteur d'innovation. D'autres enfin soulignent que la « gratuité » de l'intervention dans les structures sociales facilite leur déploiement (CT3i).

CONCERNANT LES RÉSULTATS ET LES EFFETS

Principaux enseignements liés aux résultats et aux effets

- Peu de projets capitalisés montrent des impacts directs au niveau du taux de participation des publics aux dépistages organisés. Cependant, dans la majorité des projets capitalisés, ce n'était pas leur objet premier. Il s'agissait plutôt de travailler sur le niveau de connaissance et de littératie des populations accompagnées quant aux cancers et au dépistage. Pour autant, il est possible de noter que ce point n'est pas évalué en tant que tel.
- Les effets « public » montrent une augmentation de la capacité à prendre globalement soin de soi sans pour autant soutenir que cette dernière favorisera la participation au dépistage.
- La mise en œuvre des projets permet aux promoteurs une interconnaissance avec leur environnement et d'établir une expertise partagée avec leurs partenaires. Elle favorise aussi l'établissement d'une confiance dans les collaborations, le développement d'une culture commune.

Il existe **deux niveaux de lecture** qui peuvent être faits au regard des projets capitalisés. Ce qui relève des **résultats** des actions mises en œuvre dont peuvent faire part les promoteurs des projets et ce qui relève des **effets** que les actions ont pu avoir sur les publics, les promoteurs et l'environnement, au regard des constats exprimés lors des interviews et l'analyse croisée des documents produits.

Sur les 19 projets capitalisés, 28% d'entre eux avaient pour ambition l'augmentation de la participation des publics au dépistage. Il faut prendre en considération certaines variables :

- Un des projets parlait de contribution à cette augmentation et non l'augmentation comme objectif direct ;
- Les projets de recherche déployant les dépistages des CCU ne se sont pas inscrits dans ce type d'objectifs (MDM ou CRCDC 94/Unité Mobile) ;
- Un projet parle des deux niveaux : amélioration d'accès et augmentation de la participation (CRCDC AuRA/Isère).



Concernant les objectifs



- 16% ont pour ambition la promotion et la sensibilisation aux DO
- 40% ont pour ambition d'améliorer l'accès et les processus de participation au DO
- 8% ont pour ambition d'accompagner et de préparer à l'acte de dépistage
- 28% ont pour ambition d'augmenter la participation des publics au DO
- 8% ont pour ambition d'expérimenter ou d'évaluer des démarches

Des données en termes de résultats sur les dépistages peuvent donc être constatées mais ne sont pas forcément en corrélation avec l'objectif déterminé d'augmentation de la participation :



Sur les projets qui visaient l'augmentation de la participation au dépistage, la CPAM-33 démontre :

41,27% À 44,23% d'augmentation de la participation au DOCCU sur la période où la campagne d'appels a pu avoir lieu (2017-2020). La moitié des personnes qui avaient accepté la prise de rendez-vous l'ont honorée.



Le projet porté par le CRCDC AuRA/Isère a démontré que, pour le DOCCU :

17,2% À 26,8% d'augmentation entre 2010 et 2013 sur l'un des territoires et une augmentation de 24,2% à 28% sur un autre. Le projet vise des objectifs d'amélioration d'accès et d'augmentation à la participation. Les modalités d'action déployées sur 2 territoires associent à la fois des actions auprès des professionnels et des publics.



Le CODES-83, qui n'avait pas au préalable comme ambition d'augmenter la participation au dépistage a permis par son action :

3% À 60% d'augmentation de 2014 à aujourd'hui dans le cadre d'actions autour du DOCCR auprès des hommes en milieu pénitentier. Il est nécessaire de prendre en compte que le public dans cette situation est captif, rendant plus simple les processus de suivi et d'identification



Pour le CRCDC 94/Unité Mobile :

40% des femmes dépistées n'étaient pas connues du CRCDC. Seul 2 tests se sont pour autant révélés positifs sur 100 réalisés.



Le projet mis en place par MDM (Lotus Bus) souligne notamment que cela a permis de :

DÉPISTER PLUS largement que d'habitude et d'avoir été en relation avec des femmes que les promoteurs ne connaissaient pas jusqu'à présent. réalisés.

D'autres éléments plus qualitatifs sont soutenus dans le cadre de certains projets :

- Dans la situation de MDM-Rouen, l'étude a démontré que sur 141 consultations, plus de la moitié ont fait l'objet d'une orientation vers un centre de planification permettant premiers examens et ouverture de droits.
- Dans le cadre d'une évaluation sur le maintien de la motivation à s'inscrire dans une démarche de dépistage conjointement à un suivi gynécologique régulier, l'URPS a mis en avant le recours efficace que les personnes avaient des ressources pour le faire et une reprise effective du suivi gynécologique.

Il est à noter que les données sont somme toutes déclaratives. Il est parfois difficile d'avoir des données précises en ce qui concerne l'action motivant à la démarche, la prise de rendez-vous, le rendez-vous effectif et le résultat. Globalement, **peu de promoteurs de projet sont en mesure produire ce type de données**. D'autres enfin ne le souhaite pas, estimant soit que ce n'est pas de leur rôle (les travailleurs sociaux) soit que cela pose des questions éthiques sur la traçabilité des parcours et des personnes, notamment celles en situation provisoire sur le territoire.

Au-delà de ces résultats observés et mesurés, pouvant démontrer dans différents cas un certain impact, d'autres éléments d'analyse sont exprimés par les acteurs lors des interviews, qu'ils concernent les publics cibles, eux-mêmes ou les acteurs périphériques. Ces derniers peuvent être mis en corrélation avec les modalités d'action. Nous les avons ici classifiés sous le **concept des effets**.

LES EFFETS SUR LES PERSONNES CIBLES DES ACTIONS

La plupart des projets mettent en œuvre des évaluations sur les niveaux de satisfaction des personnes ayant pu participer aux activités.

Les temps proposés, individuels comme collectifs, sont perçus positivement par les personnes, qui s'y sentent écoutées et prises en considération. A l'issue de ces derniers, les publics font part :



CODES-83, URPS - D'une volonté de s'inscrire dans la démarche

VM, MDM - Voir s'y inscrivent

URPS - D'un l'effet « booster » que cela a sur leur capacité à interpellier leur médecin

COMITÉ FÉMININ - D'une reprise de confiance avec les dispositifs de santé

CRCDC AURA/AIN - D'une augmentation de la confiance en soi et de sa capacité à agir

COMITÉ FÉMININ, URPS - De se préparer aux examens



En exprimant leurs difficultés, les personnes se sentent reconnues et peuvent s'approprier la thématique (MDM, URPS). Ainsi, d'autres problématiques de santé peuvent alors émerger et être partagées ou résolues (CPAM, Comité Féminin, CMS Blanc-Mesnil). Cela peut se traduire par :

- Un engagement plus effectif des personnes (CRCDC AuRA/Ain, CDC 93 - à l'issue des actions de formation, des citoyennes sont devenues ambassadrices de la thématique),
- Soutenir un processus de « bouche à oreille » au sein d'une communauté (MDM/Lotus Bus).

Selon les modèles de concertations collectifs (les plus participatifs : VM, CT3i, MDM/Lotus Bus), **faire participer le public permet une meilleure adhésion à la thématique et renforce le sentiment d'auto efficacité de ce dernier** (9). La reconnaissance qui leur est alors faite améliore l'estime que les personnes ont pour elles-mêmes et les amène à produire des actions en toute autonomie (CDC 93) ou renforce la solidarité entre pairs (Comité Féminin, MDM-Lotus Bus). Les personnes concernées par les projets acquièrent des compétences communicationnelles et relationnelles mais aussi des informations pour les autres et pour elles-mêmes (LCC/AQV).

LES EFFETS SUR LES PROMOTEURS DES ACTIONS

Il existe ici deux registres d'effets : favorables et consécutifs à la mise en œuvre des projets, défavorables consécutivement aux modalités d'actions et leurs conséquences.

POUR LES EFFETS FAVORABLES

La mise en œuvre des projets a permis dans un premier temps de :

- Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs et les dispositifs,
- Identifier les ressources et les relais mais aussi les contraintes et les impératifs de chacun (CRCDC AuRA/ARDOC, LVC, MDM, ANCREAI),
- Créer des opportunités de collaboration en se rendant visible (Adémas-69),
- Décloisonner le domaine de la santé et du social (pour la totalité des projets), en favorisant la mixité des compétences (démarche de santé, méthodologie de projet),
- Permis l'accès réciproque à certains publics ou domaine (CODES-83, ANCREAI, CT3i).

Selon les promoteurs, la mise en œuvre des projets a permis :

- d'établir des diagnostics partagés (Adémas-69, LVC, ANCREAI),
- de créer de la confiance entre les partenaires (URPS, CRCDC 94/Unité Mobile, VM),
- de renforcer le partenariat (la plupart des projets), parfois par la mise en place de conventions permettant des bilans réguliers (MDM),
- de travailler collégialement sur la simplification des messages (LVC, MDM),
- de partager des méthodes et des outils (CRCDC AuRA/ARDOC).

Cela renforce la légitimité des acteurs à mettre en œuvre des actions du social dans le sanitaire et réciproquement. Cela peut aussi avoir une incidence sur la pratique des acteurs et leurs organisations (La mise en place d'un espace de prévention diversifiée à MDM-Rouen à l'issue de l'action).

De manière générale, cela permet aux professionnels :

- De se rendre compte des capacités des publics (CT3i),
- D'élever le niveau de connaissance de chacun (tous les projets),
- D'être directement confronté (notamment pour les professionnels du dépistage) à un retour « terrain » via les publics leur permettant de bien identifier localement les divergences et dysfonctionnements existants au regard de la théorie et de la pratique (CMS Blanc-Mesnil, VM, CRCDC, ANCREAI).

Les actions dans lesquelles ils sont engagés renforcent le sentiment d'efficacité des professionnels du dépistage et peut produire à l'issue de nouvelles collaborations (URPS, CRCDC 94/Unité Mobile, MDM-Rouen). Enfin, cela peut également renforcer le lien avec la population et les partenaires.

POUR LES EFFETS DÉFAVORABLES

En démultipliant les acteurs impliqués, en élargissant la diversification des points de vue et des connaissances, **les acteurs peuvent se trouver en difficulté dans des schémas collectifs demandant de prendre en compte un trop grand nombre de points de vue** (CRCDC AuRA/ARDOC). Cela a des conséquences non négligeables sur les temps de préparation mais aussi de prospection autour de la mise en œuvre de l'action (CRCDC AuRA/Ain et Isère) qui peuvent ne pas être compatibles avec les logiques financières les soutenant, créer un certain stress chez les promoteurs, voir l'annulation de l'action si des résultats pragmatiques ne peuvent être énoncés rapidement (LVC, CT3i).

Favoriser la libre expression dans un certain nombre d'actions n'est pas sans conséquence selon les acteurs (qu'ils soient professionnels ou personnes volontairement engagées). Les entretiens peuvent être très marqués émotionnellement au regard des situations complexes décrites par les publics rencontrées (LCC/AQV, CPAM). La mise à jour de difficultés (expression de situation de viols ou de maltraitance) devient complexe quand il n'est pas possible de trouver dans le droit commun la mise en œuvre d'une réponse rapide (URPS).

LES AUTRES EFFETS

- L'ensemble des partenaires faisant l'objet des interventions ou impliqués dans les processus d'élaboration des actions font part, comme pour les publics cibles, d'un haut niveau de satisfaction (Adémas-69, MDM) se traduisant pas des demandes répétées d'intervention (CRCDC AuRA/Ain, URPS).
- Cela permet un partage de savoirs et d'outils (CDC 93, Adémas-69), renforce la mobilisation des acteurs déjà impliqués et des futurs professionnels (LCCN/Projet POWER, Comité Féminin).
- Les articulations autour des évaluations possibles à mettre en œuvre, notamment quand elles sont déléguées à des tiers (ici les acteurs périphériques à l'action, comme les acteurs sociaux) n'obtiennent pas les résultats escomptés ne permettant pas d'avoir une estimation des résultats (LCCN/Projet POWER) voir mettant un terme aux collaborations (LCC/AQV).

5

Enseignements exprimés par les acteurs

Au regard de tous les éléments d'analyse exprimés dans le cadre du déploiement des projets, un certain nombre d'enseignements sont exprimés de manière formelle par les contributeurs. Ces enseignements sont le plus souvent pratiques et parfois spécifiques à une étape du projet, mais leur mutualisation énonce des balises auxquelles il est possible de se référer pour la bonne mise en œuvre d'un projet autour des questions de promotion du dépistage des cancers des populations vulnérables.



Principaux enseignements exprimés par les acteurs

- La nécessité de travailler de manière transversale mais dans des logiques de complémentarité et non de subsidiarité pour renforcer les expertises,
- Les actions ont des incidences positives sur les publics cibles et elles ont également, en les regardant sous l'angle des effets, des incidences positives sur des aspects en lien avec les promoteurs et l'environnement (satisfaction, sentiment d'utilité, confiance dans les collaborations, inscription dans des logiques de parcours, déploiement de communauté de pratiques entre le sanitaire et le social...)
- Il est nécessaire de déployer des compétences pour accompagner les acteurs à une meilleure mise en perspective entre les besoins des professionnels et ceux du public, par la mise en œuvre de méthode.

Sur les aspects méthodologiques de mise en œuvre

Un des prérequis est de **s'appuyer sur un réseau de partenaires solides et pertinents** au regard du projet pour en déterminer les éléments fondateurs :

- Un diagnostic partagé,
- La mixité des expertises des différents champs (notamment quand le social et le sanitaire se rencontrent),
- La mise en perspective les exigences nationales au regard du contexte local.

Par cette démarche, les acteurs partagent et développent une culture commune de travail, favorisée par le partage d'expérience des méthodes de chacun. « Faire ensemble » permet à tous de se situer ou de situer les collaborations, de déterminer les niveaux d'investissements possibles, l'étalement des moyens en termes de ressources humaines, financières, etc. La question reste d'identifier les bons acteurs avec lesquels il est pertinent de collaborer et de déterminer ensemble un cadre de travail (LCC/AVQ, Comité Féminin, ANCREAI, CDC-93).

La mobilisation est fructueuse surtout s'il y a une antériorité de travail entre les organisations (en format groupe de travail ou collectifs existants). **Mais il faut si nécessaire :**

- Faire appel à des compétences complémentaires (sur la construction, l'évaluation),
- Mieux associer les Agences Régionales de Santé à l'élaboration de ces actions,
- S'appuyer sur d'autres ressources, notamment celles des formations étudiantes dont cela peut être l'objet, diffuser des « manières de faire » auprès des futurs professionnels,
- S'inscrire dans les politiques locales existantes (Contrat Locaux de Santé).

Le collectif ainsi créé doit être identifié comme un espace ressource pour les acteurs du territoire sur le sujet, quel que soit leur positionnement (CRCDC 94/Unité Mobile, CRCDC AuRA/Isère, CRCDC AuRA/ARDOC, LCCN/Projet Power, Comité féminin, ADEMAS 69, CDC 93).

L'exigence reste évidemment de mutualiser, compléter, enrichir les expertises, les regards de différents champs, sans les hiérarchiser notamment pour **disposer d'une vision plus systémique de la problématique et mettre en valeur les savoirs faire et les différentes compétences.**

Comme exprimé précédemment, s'inscrire dans une démarche collaborative renforce la dynamique entre les acteurs de secteurs différents. Cela a également pour effet de favoriser les liens et la cohérence de discours, le décroisement, évite de renouveler des expériences non concluantes. Pour autant, il faut que les acteurs soient conscients que quand ils s'y engagent, ils se doivent d'être ouverts à la co-construction, ne pas être réfractaires au débat. Et même il s'agit d'un collectif, il est nécessaire qu'il y ait, si ce n'est un pilote, un initiateur supervisant la collaboration.

Faire progressivement peut également être gage de qualité. Il sera alors nécessaire d'en penser la valorisation et de réfléchir à des stratégies financières à long terme (CMS Blanc-Mesnil, ANCREAI, CT3i, Adémas-69, Comité féminin, CODES-83, LVC, LCC/AQV, CDC-93).



Sur le service-rendu par l'action au niveau des promoteurs

Co-construire a pour effet de favoriser une culture partagée, une meilleure compréhension des ressources.

Ces partenariats doivent pour autant se construire, s'établir sur la durée (le temps permet l'ajustement progressif des acteurs entre eux) car cela renforce les liens entre les partenaires. Mais aussi parce que plus il y a d'acteurs, plus les niveaux de consensus sont lents, en intégrant le fait que les logiques et les temporalités diffèrent d'une organisation à une autre.

S'accorder peut prendre du temps mais cela est nécessaire au processus d'acclimatation entre les acteurs. De plus, l'opérationnalisation de l'action nécessite une adaptation en contexte. Et cette adaptation peut ne pas toujours être temporellement évaluable à moins que cette notion évaluative soit anticipée (ANCREAL, CRCDC AuRA/ARDOC, URPS, CDC 93, LCCN/Projet Power, CDCDC AuRA/Isère, CRCDC AuRA/Ain, CPAM 33).

Pensée dans son environnement, l'action n'a pas seulement pour but d'améliorer la situation des publics cibles mais peu aussi améliorer les compétences des promoteurs.

Ces actions sont l'occasion d'être levier dans la transformation des pratiques des acteurs en matière d'accompagnement aux dépistages :

- Les problématiques issues du terrain leur servent à alimenter les politiques publiques locales en investissant les espaces de participation proposés par les ARS,
- Elles peuvent être la clé d'entrée pour la mise à jour d'autres problématiques de santé, une opportunité de traiter d'autres sujets, comme celui de l'inégalité d'accès au droit.

Les professionnels qui mettent en œuvre sont dépendants des contraintes administratives rencontrées par les publics (la question de l'accès au droit pour l'accès au dépistage par exemple des personnes en situation de migration) entraînant une grande variabilité dans les résultats, ne leur permettant pas parfois d'atteindre leurs objectifs.

On note cependant que malgré l'interruption des financements, les interventions se poursuivent et s'intègrent dans la pratique des acteurs (CODES 83, MDM-R, CPAM-33, CRCDC 94/Unité Mobile).

Penser l'action dans une approche systémique est fondamental, à travers une approche globale en santé, cela afin de faciliter au mieux les processus de prise en charge. Il est ici question de rendre la démarche de dépistage « praticable », en étant toujours vigilant des risques de parler de dépistage à des personnes qui ne pourront y accéder. Il faut donc pouvoir embarquer les partenaires dans un travail autour des logiques de parcours par la mise en œuvre d'actions concrètes. Pour ce faire, les acteurs doivent :

- Se laisser des marges d'expérimentation (même si financièrement cela peut avoir ses limites),
- Avoir la confiance de leur institution,
- Prendre plaisir à ce qu'ils mettent en œuvre,
- Avoir un sentiment d'utilité.

(CODES 83, CMS Blanc-Mesnil, LVC, CDC-93, URPS, MDM-R, LCCN/Projet Power, CDC 93, CRCDC 94/Unité Mobile)

Sur les modèles d'actions et d'implication des publics

L'action doit avant tout favoriser une prise de position des publics vis-à-vis d'un sujet et être abordée sous l'angle de la santé globale. La question du dépistage doit être introduite progressivement sans écarter les autres problématiques qui pourraient y être associées.

Il est nécessaire de déployer des actions en s'appuyant sur les valeurs positives protectrices pour la santé. Les formats « aller vers » sont à privilégier mais dans l'optique qu'ils renforcent la connaissance que les publics auront de la thématique à l'issue et leur sentiment d'utilité pour aller se faire dépister.

Les actions doivent permettre au public d'être actif, participatif. Leurs modalités de mise en œuvre doivent donc être impliquantes, pour notamment renforcer le pouvoir d'agir car ce dernier améliore la santé des acteurs impliqués (10).

Si parfois l'approche personnalisée est nécessaire, ces actions en format collectifs doivent :

- Favoriser la rencontre entre publics et professionnels en dehors des espaces de soins pour se familiariser avec les outils, les acteurs, les démarches.
- Mettre en lumière pour l'ensemble des acteurs, les écarts entre la théorie et la pratique.
- Viser la qualité plus que la quantité.

(CT3i, CRCDC AuRA/Ain, VM CODES 83, CMS Blanc-Mesnil, URPS, VM)



Les actions 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** (11). Pour ce faire, il est nécessaire de déployer différentes stratégies complémentaires comme :

- Simplifier les informations et rendre les discours accessibles,
- Conceptualiser (outils, messages) avec des pairs (médiateur), pour notamment évaluer leur acceptabilité,
- Initier des solidarités, Concevoir les actions autour de l'oralité,
- Partir des interrogations des personnes plus que du besoin de transmission d'information des professionnels,
- Utiliser des outils/techniques/démarches validées pour la mise en œuvre mais au besoin créer de nouveaux outils pour faciliter le déploiement d'une action.

Il faudra cependant toujours prendre en considération qu'il y a deux temps dans cet accès au dépistage : celui de l'appropriation de l'information par le public et celui de prise de décision, qui peuvent être distancés dans le temps (CDC 93, LVC, Comité féminin, CDC-93, LCC/AVQ, MDM/R, VM).

En préalable, le travail objectif des professionnels doit être mis en perspective avec :

- Ce que la population dit de ses besoins, des difficultés rencontrées, de ce qu'il est possible et pertinent de mettre en œuvre. Evaluer leur « bon » niveau d'implication sera alors tout l'enjeu de la démarche (les solliciter pour agir ? Avoir leur avis sur la mise en œuvre ?).
- Se questionner sur le « bon » niveau d'information à transmettre, s'adapter aux contraintes, s'ajuster au contexte de mise en œuvre en sollicitant notamment les publics, les partenaires, et parallèlement convaincre notamment certains professionnels de santé de l'intérêt du dépistage.

Il sera donc question d'agir de manière croisée (public et environnement) avec des actions s'inscrivant en complémentarité des courriers d'invitation. Ce que ce travail de capitalisation a mis en évidence, c'est que la mise en place d'espaces d'expression a des effets positifs, bénéfiques, émotionnellement impactant sur la confiance en soi et la capacité des personnes à agir favorablement pour leur santé. Mais qu'ils ont également des effets sur la satisfaction et le sentiment d'utilité que les acteurs ont de la mise en œuvre de leurs projets.





6

Points de discussion | Préconisations



Un certain nombre de facteurs de réussite sont mis en œuvre par les différents promoteurs de l'action (13). Cependant, ils peuvent dans leur totalité ne pas être convoqués par les organisateurs des actions pour différentes raisons exposées précédemment, dû à des problématiques organisationnelles et/ou de ressources sur leur territoire. Il nous semble que deux points sont cependant récurrents et dont il est possible d'exposer quelques leviers et recommandations : les questions en lien avec les partenariats et les questions en lien avec l'évaluation.

Au regard des questions en lien avec les partenariats

Recommandations en matière de partenariats

- **Etablir une cartographie des moyens** (partenaires possibles qu'ils soient du sanitaire ou du social, type de financements, modalité d'action) afin que les promoteurs aient une « base de données » des alternatives possibles,
- **Centrer les actions sur des territoires** dans des logiques parcours (sanitaire et social) où les résultats en matière de dépistage sont les plus préoccupants, **en établissant des critères qualités mais en garantissant leur financement sur des périodes plus larges intégrant une partie évaluative.**

La question du partenariat entre les acteurs, parfois d'horizons complètement différents, est ici centrale.

Mais elle soulève évidemment certaines interrogations.

- Comment soutenir des logiques collaboratives avec toute la complexité d'un prisme aussi large (sanitaire/social/dépistage/pouvoir public), associant des niveaux d'échelle (nationaux et locaux) aussi différenciés ?
- Quelle articulation est-il possible de produire entre ces actions de promotion du dépistage des cancers avec les inégalités sociales et territoriales de santé ?
- Comment les analyser ?
- D'ailleurs les actions le permettent-elles ?
- Comment prendre en compte les motivations personnelles des porteurs de projets et de leurs partenaires dans l'initiation et le développement d'une action ?
- Et une fois l'ajustement entre partenaires réalisé dans un premier temps, comment, dans un second temps, s'adosser aux priorités d'un public qui peut-être dans des situations sociales telles que le dépistage n'est fondamentalement pas leur priorité, et que les acteurs mettant en œuvre leur action n'ont pas la main sur des problématiques sociales qui peuvent les dépasser ou dépasser le registre d'intervention de leur structure ?

Concernant les aspects financiers, il est possible de voir que **l'inscription des projets dans la durée est vectrice de réussite alors que les financements fractionnés épuisent et démobilisent les acteurs.** Il serait d'ailleurs nécessaire que les calendriers de financement des actions se calquent sur la vie des structures et non l'inverse.

La nécessité de l'expertise croisée est incontournable mais les actions ont mis en évidence que s'inscrire dans une logique de transfert de compétence n'était pas l'option à envisager. Certains projets avaient pour ambition de renforcer les compétences des acteurs sociaux par exemple pour mieux accompagner les publics sur les questions de santé. Cependant, l'action a plutôt produit de la complémentarité d'expertises et une répartition des rôles renforçant la qualité de l'action.

Il faut que les acteurs agissent de concert pour montrer des synergies et apporter leur expertise métier quel que soit leur champ d'investissement. **Ce travail en commun produit d'ailleurs un apprentissage interprofessionnel autant sur les connaissances métiers des uns et des autres que les contraintes d'exercices de chacun.** De plus, on note un renforcement des cultures professionnelles entre le social et le sanitaire. Enfin, on assiste au développement d'une culture « dépistage » : les acteurs sociaux témoignent du renforcement de leur propre compétence sur le sujet.

En matière de partenariats, il existe donc une multitude de situations sur la base d'une grande variété d'expériences qui sont fonctions des territoires mais aussi de la place des acteurs impliqués et qui peut, sur un projet identique, ne pas donner fondamentalement les mêmes résultats et les mêmes effets. Il faudrait donc soutenir chez les acteurs l'identification des ressources et partenaires tout en leur donnant une meilleure visibilité des potentiels (12).





Principaux enseignements en matière d'évaluation

- **Renforcer la visibilité d'outils d'auto-gestion** existant autour de l'amélioration de la qualité des actions afin de permettre aux acteurs de mettre à jour l'évaluation du processus de leur action : « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé » INPES <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/256735/2625107>
- **Aborder l'évaluation** de la thématique par les publics **en s'inspirant du registre des compétences psycho-sociales** pour se décentrer : du prisme d'analyse unique de la participation au dépistage ; d'une évaluation essentiellement axée sur la satisfaction pour mieux envisager les progressions.
- <https://irepsbretagne.fr/publications/dix-competences-psychosociales-dans-une-capsule/>
- **Analyser les actions sous l'angle des effets** et non pas uniquement des résultats en intégrant l'expertise de l'ensemble des parties-prenantes (les publics cibles, les promoteurs, les acteurs de l'environnement) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1748115/fr/evaluation-quadiennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation

Il nous est apparu qu'un point névralgique était commun à l'ensemble des projets : leurs évaluations.

- Que cherche-t-on à évaluer avec ces dernières : des progressions (en matière d'acquisition de connaissance), des résultats (en matière de participation au dépistage) ou les deux ?
- Centrer l'évaluation des projets sur les seuls résultats à la participation au DO (qui peut être multifactorielle et indépendante de l'action) occulte de notre point de vue, les effets d'amélioration des collaborations ou la progression des connaissances des publics en matière de dépistage. De plus, cela peut produire, au niveau des acteurs, une certaine insatisfaction, voir un découragement.
- Il faut également prendre en compte que l'augmentation d'une information sur la pertinence d'un dépistage anticipé ne présuppose pas que les personnes s'inscrivent ou pourront s'inscrire dans un parcours coordonné.

Il semble (au-delà du fait que les financements prennent rarement en compte le temps nécessaire à l'évaluation) que **les acteurs manquent d'outils pour auto-évaluer autant les résultats de leur action que la mise en avant des processus ayant permis son déploiement et son amélioration.**

Les inégalités en matière de ressources évaluatives des acteurs sont prégnantes. Ils ont besoin de soutien pour mettre en place des démarches évaluatives pertinentes (il ne s'agit pas ici d'évaluations quantitatives - même si celles-ci doivent être intégrées - mais bien d'éléments évaluatifs sur la démarche entreprise pour en renforcer le processus).

La démarche de capitalisation a mis en avant des éléments pertinents d'auto amélioration et d'évolution culturelle dans les démarches entreprises.

Chaque fiche de capitalisation met en avant différents outils et méthodes ayant permis ces analyses de processus.

Il nous semble cependant important de les compléter et d'identifier différentes ressources qui pourraient être utilisées par les promoteurs afin de les soutenir dans ce processus et leur permettre, ainsi qu'à leurs financeurs, d'identifier les résultats sous d'autres angles de vue.



Bibliographie

- [1] Caroline Desprès, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 6 | 2013. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1078>
- [2] Aline Sarradon. Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer. Patrick Ben Soussan. Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte, ERES, pp.31-45, 2004.
- [3] Stoebner-Delbarre A, Soler M, Estaquio C. « Baromètre cancer, Représentations des soins et information sur le cancer et ses facteurs de risques ». Institut National du Cancer, Santé publique France. Ed. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 27 p.
- [4] Reich Michel, « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique ». Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008 », *L'information psychiatrique*, 2009/3 (Volume 85), p. 247-254.
- [5] Cambon Linda, Mangin Grazia, Barthélémy Lucette, « Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité », *Santé Publique*, 2007/6 (Vol. 19), p. 513-523.
- [6] El, M. A., Plane, P., & Université de Lorraine. (2017). « Précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus : Regard croisé des femmes bénéficiaires de la CMU-C et des médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle ».
- [7] Buthion, Valérie & Ramone-Louis, Jennifer & Rousseau, Sophie & Chanal, Mathilde & Amate, Mélissa & Allary, Camille. (2015). COLONAV : « La navigation pour favoriser la participation des populations défavorisées au dépistage du cancer colorectal ».
- [8] Ruel Julie, Moreau André C, Ndengeyingoma Assumpta et al., « Littératie en santé et prévention du cancer », *Santé Publique*, 2019/HS2 (S2), p. 75-78. DOI : 10.3917/spub.197.0075.
- [9] HAS, « Soutenir et encourager l'engagement des usagers, Argumentaire ». Juillet 2020, 176 p.
- [10] Ferron Christine, Géry Yves, Le Grand Eric, Poujol Virginie, Wallerstein Nina, Wiggins Noelle, « L'empowerment améliore l'état de la population ». *La Santé en action*, 2018, n°. 446, p. 10-14.
- [11] Broc, G., & Edjolo, A. (2017). Communiquer plus efficacement en prévention. Modèle intégratif et recommandations à l'usage des professionnels de la santé publique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 65(2), 149-158.
- [12] IGAS, Evaluation du 3ème Plan cancer (2014-2019), IGAS, 2019. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article801>
- [13] Blum-Boisgard, C., Demeulemeester, R., Jourdain, A., Moisdon, J. & Vérité, E. (2005). Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? *Santé Publique*, vol. 17(4), 569-582. <https://doi.org/10.3917/spub.054.0569>



Annexe 1 : Trame de Carte d'identité des projets candidats pour capitalisation



TITRE DU PROJET

Nom du porteur du projet

THÉMATIQUE(S)

< À remplir >

OBJECTIFS

< À remplir >

CALENDRIER DU PROJET

< À remplir >

PUBLIC(S) CONCERNÉ(S)

< À remplir >

STRATÉGIES D'ACTION DÉPLOYÉES

< À remplir >

ACTIVITÉS DÉPLOYÉES

< À remplir >

FINANCEMENTS

< À remplir >

TERRITOIRE/LIEU DE DÉROULEMENT DE L'ACTION

< À remplir >

PARTENAIRES IMPLIQUÉS

< À remplir >

INDICATEURS D'ÉVALUATION

< À remplir >

Annexe 2 : Appel à contribution pour la capitalisation d'expériences en promotion de la participation au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus



Société Française de Santé Publique

APPEL À CONTRIBUTION

CAPITALISATION D'EXPÉRIENCES EN PROMOTION DE LA PARTICIPATION
AU DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL DE L'UTÉRUS

Réalisé avec le soutien financier de l'Institut National du Cancer

Dans le cadre du projet de capitalisation d'expériences financé par le l'Institut National du Cancer (INCa) pour 2 ans (2019-2021), la Société Française de Santé Publique recherche des actions de promotion de la participation au dépistage des cancers du sein (CS) et du col de l'utérus (CCU) menées au niveau local auprès de publics en situation de vulnérabilité sociale ou territoriale.

PRODUIRE DES CONNAISSANCES À PARTIR DE L'EXPÉRIENCE DES ACTEURS SUR LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL DE L'UTÉRUS

Le projet a pour objectif de capitaliser des actions qui ont pour objectif l'augmentation de la participation au dépistage des CS et du CCU. Il porte en particulier sur des actions aujourd'hui peu visibles et/ou peu étudiées par la recherche, des actions qui s'adressent à des **publics en situation de vulnérabilité sociale** (personnes en situation de handicap, de grandes précarité, ayant une faible maîtrise du français ou une faible littéracie en santé) **ou territoriale** (personnes éloignées des interventions habituelle telles que celles vivant dans des territoires isolés ou enclavés, détenues en prison, etc.). En outre, une attention particulière est portée aux actions conduites dans les Outre-Mer.

L'objectif est de recueillir et de partager, d'ici mars 2021, vingt capitalisations portant sur des actions allant de l'intervention communautaire à l'accompagnement individuel. Afin de participer, les contributeurs peuvent nous envoyer la carte d'identité de leur projet **dès maintenant et jusqu'au 31 août 2020** à l'adresse capitalisation@sfsp.fr. Si vous n'avez pas la possibilité de nous faire parvenir votre contribution avant cette date et que vous souhaitez participer, merci de nous le signaler à cette même adresse. **La phase de sélection des actions à capitaliser est prévue mi-septembre 2020.**

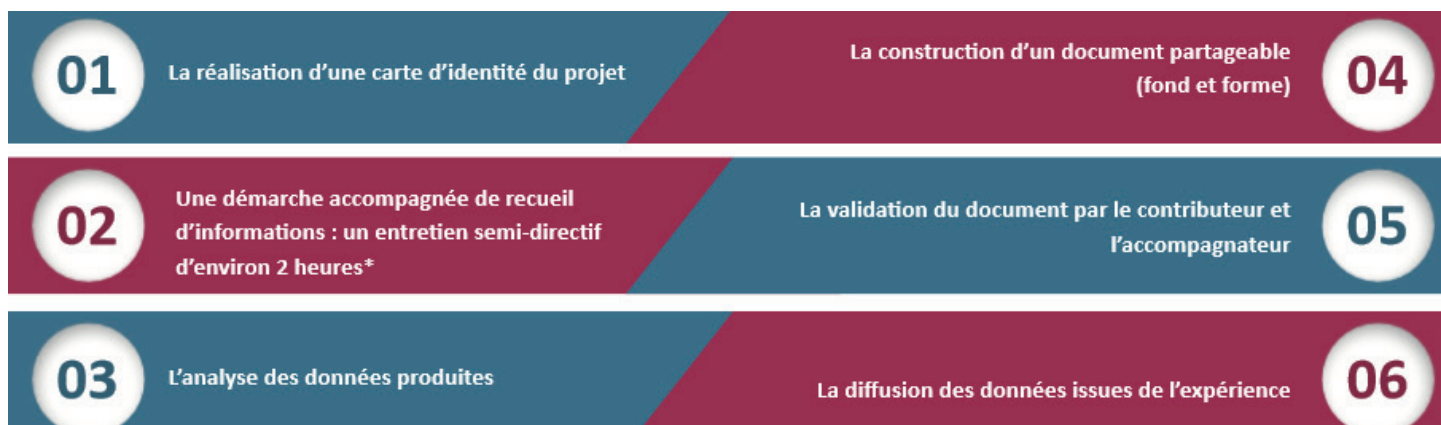
LA CAPITALISATION D'EXPÉRIENCES : POUR QUOI FAIRE ?

Le projet de capitalisation d'expériences s'inscrit dans une initiative nationale plus large de partage de connaissances et de données probantes en santé publique pilotée par le Direction générale de la santé : InSPIRe-ID (Initiative en santé publique pour l'interaction entre recherche, intervention et décision). Il s'appuie sur une définition des données probantes et du partage de connaissances qui intègre les données issues de la science et les données expérientielles.



La capitalisation issue de l'expérience complète les données issues de la recherche et les bases existantes qui mettent à la disposition des acteurs des données descriptives des actions menées (base OSCARS...). Ces données ne permettent pas toujours de répondre à la question du « *Comment-Faire ?* ». La capitalisation répond à cette question à partir d'un recueil d'informations très détaillé auprès des acteurs et de son analyse. **Elle a pour objectifs de faire apparaître les logiques à l'œuvre, de décrire finement les contextes, les savoirs issus de l'action, les stratégies déployées** pour rendre opérationnelles des stratégies décrites comme efficaces dans la littérature.

LA CAPITALISATION D'EXPÉRIENCES EN 6 ÉTAPES



*Cet entretien peut être complété d'une réflexion avec plusieurs partenaires dans le cadre d'un entretien collectif.

QUELS CRITÈRES POUR CONTRIBUER AU PROJET DE CAPITALISATION ?

Cet appel à contribution est **ouvert jusqu'au 31 aout 2020**. Vous pouvez candidater à tout moment pour que votre projet fasse l'objet d'une capitalisation, à 2 conditions :

- > **Votre projet doit être achevé, ou avoir démarré depuis au moins un an.**
- > **Votre projet doit respecter les critères d'inclusion et d'exclusion listés ci-dessous.**



CRITÈRES D'INCLUSION

- Publics concernés : **Personnes en situation de vulnérabilité sociale** (personnes défavorisées, personnes ayant une faible maîtrise de la langue française ou en littéracie en santé, personnes en situation de handicap, personnes en situation de grande précarité, etc.) **ou territoriale** (personnes éloignées des interventions habituelles, vivant dans des territoires isolés ou enclavés, détenues en prison, etc.)
- Se situant dans une perspective de contribution à la réduction des inégalités sociales et/ou territoriales de santé

UNE FINALITÉ PÉDAGOGIQUE

La capitalisation est un temps réflexif sur les pratiques.
Elle constitue un moment d'auto-formation.

UNE FINALITÉ POLITIQUE

La capitalisation donne à voir notamment la déclinaison pratique de politiques nationales et locales de santé.

UNE FINALITÉ INFORMATIVE

La capitalisation est un partage de connaissances sur les actions et les stratégies efficaces de dépistage des cancers.

UNE FINALITÉ SCIENTIFIQUE

Par l'amélioration permanente de la méthode et par la construction d'un corpus de données utile à la recherche.

Une attention particulière sera portée aux projets :

- Portés par ou ciblant au moins deux catégories d'acteurs : professionnels de santé, travailleurs sociaux, pairs, personnes vulnérables, etc.
- Intégrant au moins deux activités : par exemple une activité centrée sur l'information, une autre sur les compétences psycho-sociales, des ateliers et un suivi individuel, etc.
- Associant le public concerné à la démarche
- **Les porteurs et porteuses d'actions opérant dans les Outre-Mer sont particulièrement invités à contribuer**

Il n'est pas nécessaire que l'action ait fait l'objet d'une évaluation.

Le porteur du projet doit être disponible et intéressé par une démarche de capitalisation.

Remarque : la démonstration de l'efficacité de l'action n'est pas un critère exigé. Cette démonstration est difficile et coûteuse à apporter. L'intérêt d'une action peut porter autant sur (des éléments de) son processus, essentiels à la réussite d'une intervention à visée préventive dès lors qu'il est clair que l'efficacité de la prévention relève de son inscription dans des stratégies de promotion de la santé. On sera dès lors intéressé à identifier et comprendre les stratégies, les méthodes ou outils que certaines équipes ont développés pour, par exemple, aller vers des publics qui "échappent" aux interventions habituelles, tenir compte de différences culturelles, de niveaux faibles de littératie en santé, etc.



CRITÈRES D'EXCLUSION

- Actions uniques (séance d'information ponctuelle, distribution de flyers, etc.)
- Actions s'inscrivant dans le cadre de programmes de recherche faisant l'objet d'évaluations structurées et de recueils d'informations spécifiques.
- Actions ne respectant pas les principes éthiques en promotion de la santé (notamment en développant des stratégies par la peur ou une approche exclusivement centrée sur le risque ; en faisant l'objet de liens ou de conflits d'intérêt ou en ne respectant pas le principe d'autonomie des patients et patientes)

POUR DEVENIR CONTRIBUTEUR



Accepter de consacrer entre deux heures et une demi-journée (si entretien collectif) au processus de capitalisation. Puis être prêt à un travail de validation du document produit.



Remplir la carte d'identité (téléchargeable sur le site de la SFSP) de votre projet et l'adresser en pièce jointe à capitalisation@sfsp.fr. Vous pouvez joindre tout document se référant à votre action (dossier cosa de présentation, rapport d'évaluation, bilan, outils...).



Les actions seront examinées par le Groupe de Travail associé au projet.
La prochaine réunions de sélection aura lieu en septembre 2020.



Les capitalisations se dérouleront du mois de juillet 2020 au mois de février 2021.

La participation à la démarche de capitalisation ne donne lieu à aucune rémunération.

Remerciements

Auteurs

Frédéric Bouhier – SFSP, Benjamin Soudier- SFSP, Béatrice Georgelin - SFSP, Samuel Gaspard - SFSP, François Berdougou - SFSP

Mise en forme

Amandine Baron, Société Française de Santé Publique

Utilisation et reproduction

La SFSP vous encourage à reproduire et partager ce document autant que cela vous semble pertinent.

Pour le citer :

Bouhier Frédéric, Soudier Benjamin, Georgelin Béatrice, Gaspard Samuel, Berdougou François, Lombrail Pierre. Rapport final - Projet de capitalisation sur la promotion du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Laxou : Société française de santé publique ; 55 p. En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/>

Remerciements

Nous tenons à remercier l'INCa pour sa confiance et son soutien tout au long de cette démarche de capitalisation. Un grand merci également à Sandrine Halfen et Hélène Vandewalle pour leur accompagnement, leurs conseils et la qualité de nos échanges.

Nous remercions chaleureusement les membres du Groupe de travail Dépistage pour l'ensemble de leurs contributions qui ont nourri, entre autres, la production de cette analyse transversale.

- Sandrine Halfen
- Hélène Vandewalle
- Anne Garnier
- Carine Franc
- Clémentine Motard
- Françoise Hamers
- Julia Bardes
- Julie Kalecinski
- Ken Haguenoer
- Mari Jo Poli
- Marine GUY
- Mélanie Courtier
- Najat Lahmidi
- Nathalie Clastres
- Nora Moumjid

Nous remercions également toute l'équipe ainsi que l'ensemble des membres du Conseil d'administration de la SFSP.

Ce projet a été mené avec le soutien de l'Institut National Du Cancer, de la Direction Générale de la Santé et de Santé publique France.

Date

Août 2022

RAPPORT FINAL

Projet de capitalisation
sur la promotion du
dépistage des cancers du
sein et du col de l'utérus

