

Contribution n°23 - Promotion du dépistage organisé du cancer du sein dans un quartier du 20^{ème} arrondissement de Paris, « Flandre Rose » (ASV, ADECA 75, Ligue contre le cancer, Association Espace 19, Mairie 19^{ème}, Paris)

INFORMATIONS SUR VOTRE CADRE D'ACTIVITE - Mode d'exercice ou type de structure dans laquelle vous intervenez :

- Association spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
- Autres, précisez : structure de gestion des dépistages des cancers

INFORMATIONS SUR VOTRE CADRE D'ACTIVITE - Secteur d'intervention :

- Promotion de la santé

INFORMATIONS SUR VOTRE CADRE D'ACTIVITE - Public concerné :

- Public généraliste / tout public
- Personnes en vulnérabilité sociale
- Professionnels (y compris futurs professionnels, bénévoles, élus...)

INFORMATIONS SUR VOTRE CADRE D'ACTIVITE - Territoire d'intervention :

- Local, précisez : paris

Vous contribuez :

- Au nom de votre structure

1) Quel est l'intitulé de l'intervention ?

Flandre Rose

2) L'intervention est-elle ?

- A visée principale autre, mais prenant en compte l'impact sur les inégalités sociales de santé

3) Quelle est (ou quelles sont) la(les) structure(s) porteuse(s) de l'intervention ?

- Co-porteurs, précisez le nom des organismes porteurs :

la structure de gestion ADECA75, le Comité de Paris de la Ligue contre le Cancer, la Mairie du 19^{ème} arrondissement de Paris, le Pôle Santé de l'association Espace 19, ASV19

4) Type(s) de structure(s) ou de professionnel(s) porteur(s) de l'intervention :

- Association spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
- Association de patients ou d'usagers
- Autre association intervenant en santé publique, mais dont ce n'est pas la mission première (association de quartier, etc.)
- Collectivité territoriale (service de santé publique, PMI, CCAS, etc.)

5) De quelle façon le diagnostic initial identifiant le besoin d'agir sur les inégalités sociales de santé a-t-il été élaboré ?

Une meilleure prévention et une prise en charge adaptée du cancer sont devenues un des enjeux prioritaires de santé publique. Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France. En 2000, il représentait encore 35,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez les femmes, soit environ 42 000 nouveaux cas par an, et était responsable de 11 600 décès par an (1). Un repérage et une prise en charge précoce doivent permettre de réduire les effets nuisibles des traitements des cancers avancés, et limiter la mortalité. Dans le cadre du Plan Cancer initié en 2003, le cancer du sein fait l'objet de la mise en place d'un dispositif national de dépistage organisé pour les femmes de 50 à 74 ans, qui concentrent 60% des cancers déclarés. Elles reçoivent tous les deux ans une lettre qui les invite à faire gratuitement une mammographie chez le radiologue agréé de leur choix, et de bénéficier gratuitement d'une deuxième lecture par un radiologue spécialisé. Dans chaque département, une structure de gestion organise les conditions optimales d'application du programme, l'agrément des radiologues premiers lecteurs, la deuxième lecture des mammographies et assure l'évaluation et le pilotage local (2). La grande particularité française est la co-existence du dépistage organisé avec le dépistage spontané individuel (DI) prescrit par son médecin traitant ou son gynécologue. Bien que la loi de santé publique de 2004 ait fixé comme objectif un taux de couverture du dépistage organisé de 70% pour les femmes de 50 à 74 ans, ce dernier est encore très insuffisant. En 2010, le taux de participation en France entière s'élève à 52,0 %, soit 2 360 000 femmes dépistées au cours de l'année (2). Ce taux connaît de grandes disparités d'un département à l'autre. C'est le département de Paris qui se caractérise par le taux de participation au dépistage organisé le plus faible : 27,1 % en 2010 (2). La participation parisienne au dépistage de cancer du sein est influencée à la fois par une grande hétérogénéité socio-économique de la population, et par une offre médicale forte avec de nombreux dépassements. De nombreuses études ont été menées au niveau national afin de déterminer les leviers et freins au dépistage du cancer du sein (DOCS) : facteurs psychosociaux et individuels (niveau sociodémographique), facteurs d'accès aux soins, rôle des professionnels dans l'orientation, etc. (3 à 6). De même, les limites des campagnes de communication nationales, telles que celles autour d' « Octobre rose » ont également été démontrées, notamment vers les publics en situation de précarité, maîtrisant peu ou mal le français (7). A Paris, si le taux de participation de l'ensemble de la capitale est parmi les plus faibles, on observe de grandes disparités d'un arrondissement à l'autre. Dans les arrondissements du sud-ouest de la capitale, la couverture globale (Dépistage Individuel-DI et Dépistage Organisé-DO) peut atteindre jusqu'à 85 % dont le DO à 20%. Dans les arrondissements du nord-est, dont le

19ème arrondissement, la couverture globale s'élève à 70%, dont le DO à 30% (8). Au sein du 19ème arrondissement, on retrouve les mêmes disparités entre d'une part, les quartiers dits « Politique de la Ville », et d'autre part les quartiers plus favorisés. Le quartier Flandre, avec ses 45 000 habitants, est classé en Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) et en Zone Urbaine Sensible (ZUS). Il rassemble de nombreux marqueurs d'inégalités sociales (9). Les populations les plus favorisées ont fortement recours au dépistage individuel, tandis que les populations en situation de précarité, qui ont le moins accès à la prévention et aux soins, ne font l'objet d'aucun suivi ou d'un suivi insuffisant. La démarche de dépistage est parfois perçue comme angoissante ou inutile puisqu'aucun symptôme n'est ressenti. Les notions de prévention et de dépistage sont souvent plus difficiles à comprendre et intégrer pour les populations précaires, la santé n'étant pas toujours une priorité (10 à 12). Dans le cadre de la réduction des inégalités sociales de santé, un projet pour mobiliser les partenaires sur un territoire identifié (le quartier Flandre du 19ème arrondissement) a été mis en place dès 2010. Ce projet s'intitule « Flandre Rose ».

6) L'intervention est-elle menée dans un cadre expérimental ?

- Oui, précisez :

Dans un quartier marqué par les inégalités sociales de santé, comment augmenter le taux de participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans ? Une approche territorialisée en promotion de la santé, dans une approche de santé communautaire, peut-elle avoir une influence sur le taux de participation ? En effet, si l'analyse des besoins et la proximité avec le public cible sont des concepts inhérents à tout acteurs en promotion de la santé, peu d'études arrivent cependant à démontrer l'intérêt en terme de résultats de la mise en pratique des principes de la Charte d'Ottawa et des repères définissant la santé communautaire, tels que définis par le SEPSAC (13). L'objectif des promoteurs de l'action était ici d'étudier les effets d'une mobilisation soutenue et générale des acteurs (professionnels, élus, population) au sein d'un quartier dit « défavorisé », sur l'augmentation de la participation au dépistage organisé du cancer du sein.

7) L'intervention a-t-elle déjà été mise en oeuvre dans un autre contexte (autre région et/ou autre public, etc.) ?

- Sans objet ou ne sait pas

8) Quels sont les objectifs de l'intervention ?

- Evaluer l'impact d'une mobilisation soutenue et générale (professionnels, associations, élus, population) d'un quartier « défavorisé » sur l'augmentation de la participation au dépistage organisé du cancer du sein.

- Tester un mode opératoire éventuellement reproductible s'il montre son efficacité.

Objectifs stratégiques :

- Développer l'adhésion et la participation du public et des professionnels de santé au dépistage organisé du cancer du sein sur un territoire bien circonscrit, en créant une synergie locale.

- Rendre accessible l'information et rendre accessible le dépistage lui-même.

9) Quels sont les déterminants visés dans l'intervention ?

- Environnement culturel / éducation

- Prévention

- Accès aux soins

10) Quelles sont les thématiques de santé abordées dans l'intervention ?

dépistage des cancers, santé de la femme

11) Quel(s) est(sont) le(s) public(s) directement bénéficiaire(s) de l'intervention ?

- Public généraliste / tout public

- Personnes en vulnérabilité sociale

- Professionnels (y compris futurs professionnels, bénévoles, élus...)

12) L'intervention menée a-t-elle une approche populationnelle ?

- Personnes âgées (>60 ans)

- Femmes

13) L'intervention vise-t-elle ?

- A rattraper les écarts entre les différents groupes sociaux

14) L'intervention remplit-elle des objectifs fixés dans un cadre politique et/ou s'inscrit-elle dans des dispositifs définis (type PRS, CLS, CUCS, ASV, délégation de compétences pour les collectivités territoriales, etc.) ?

- Oui, précisez le cadre politique ou les dispositifs :

L'action qui s'inscrit dans la mesure 14 (14.1 et 14.2) du plan cancer 2009-2013,

15) Quelle est la durée totale de l'intervention ?

indéterminée

15 bis) L'intervention est-elle ?

- En cours

16) Quelle est la fréquence de l'intervention ?

- Répétitive (intervention ponctuelle répétée à des moments ou lieux différents)

17) A quel niveau territorial l'intervention se déroule-t-elle ?

- Quartier

18) Quel(s) est(sont) le(s) lieu(x) et/ou milieu(x) d'intervention ?

- Etablissements médicaux
- Maisons de santé pluridisciplinaires
- Cabinets individuels (médicaux/paramédicaux)
- Etablissements sociaux
- Structures d'accueil associatives

19) Quel est le nombre de personnes qui bénéficient directement de cette intervention ?

- Nombre de personnes à ce jour, environ : 1500

20) Quelles sont (ont été) les principales activités mises en place, y compris avec et/ou par les partenaires ?

Depuis 2010, le projet « Flandre rose » a mis en œuvre de nombreuses actions et créé différents outils, tout en mobilisant un nombre important de partenaires. Ainsi, 21 partenaires ont été contactés en 2010 et 17 en 2011. Parmi eux, 14 partenaires ont réellement participé à l'action en 2010, 13 en 2011. Des réunions avec ces partenaires identifiés ont permis de présenter le dispositif du dépistage mais aussi la démarche du projet et le rôle qu'ils pouvaient y jouer. Parmi la quinzaine d'associations mobilisées chaque année, les trois quarts étaient des associations du champ du social. Un quart était des structures du champ médico-social. Elles étaient réparties comme suit : deux associations de femmes, une association d'aide alimentaire, un club du 3ème âge, une association de médiation socioculturelle, une structure d'insertion, deux centres d'animation, quatre centres sociaux, le service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF), le service social départemental polyvalent du 19ème, le Conseil local de santé, le Conseil de quartier, le Conseil des anciens, une agence d'accueil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, un centre de santé et un bailleur social. Parmi ces partenaires, une attention particulière s'est portée sur les personnes qui au sein de ces structures pouvaient être relais d'information, c'est-à-dire les personnes qui en tant que professionnel ou en tant qu'habitant-e, avaient un rôle de leader dans la communauté. Les 40 médecins généralistes et gynécologues du quartier ont été contactés par téléphone. L'un d'entre eux a accueilli des membres du comité de pilotage dans son cabinet et a relayé l'information auprès de l'amicale des médecins du 19ème. Depuis 2011, les médecins sont visités par les délégués de l'Assurance Maladie. Les dix pharmaciens et les radiologues des quatre cabinets du quartier ont été rencontrés dans leurs officines et cabinets. Les habitant-e-s et les professionnels ont été associés à la création des différents outils de « Flandre rose ». Ceci a permis de les inviter dans un second temps à porter les messages élaborés ensemble dans le quartier. En 2010, cinq outils de communication ont été créés à l'occasion du projet. En 2011, deux autres outils ont été créés. Etant principalement destinés à un public maîtrisant mal le français, ces outils valorisaient surtout l'oralité et les images. Le comité de pilotage a également créé un logo spécifique au projet, qui permettait de l'identifier rapidement sur les outils de communication. En octobre 2010 et octobre 2011, ADECA75 a envoyé un courrier spécifique aux femmes de Flandre qui n'avaient pas fait de mammographie depuis 18 mois : 1 467 courriers en 2010 et 1 447 en 2011. Ces derniers étaient composés d'une 2ème lettre de relance accompagnée du calendrier des événements qui allaient se déroulés dans le quartier. Dans un souci d'accessibilité au public cible, le texte de cette lettre de relance a été rédigé avec des médiatrices culturelles, afin de simplifier le message pour le rendre plus compréhensible du plus grand nombre. Une photographe professionnelle a accompagné les promoteurs du projet pour réaliser une exposition composée d'une vingtaine de portraits de femmes rencontrées dans les rues et chez les partenaires du quartier. Chaque photo était accompagnée d'une phrase-clé, extraite de son témoignage, afin d'inviter les autres femmes à participer au dépistage organisé du cancer du sein. En 2010, un vernissage de l'exposition a rassemblé une cinquantaine de personnes : des élus (l'Adjoint à la santé de la Ville de Paris, l'Adjointe à l'égalité hommes-femmes de la Ville de Paris, le Délégué à la Politique de la Ville de la Ville de Paris, le Maire du 19ème arrondissement, et l'élue à la santé du 19ème arrondissement), les partenaires du projet, les femmes ayant participé à l'exposition, des associations et des commerçants du quartier. En 2010, l'exposition a été exposée 31 jours et 42 en 2011, en différents lieux de Flandre. Les témoignages recueillis lors de l'exposition ont ensuite été repris dans une brochure de présentation sur le dépistage organisé. Cette dernière était composée comme suit : une partie « Attitudes et freins face au dépistage », et une partie « roman-photo » qui met en image le dépistage organisé. Les brochures ont été tirées à 15 000 exemplaires et déclinées ensuite en affiches et Kakémono, qui ont servi de supports visuels lors des différents événements. 2 000 miroirs de poches, 3 000 bracelets portant le message « Invitée à prendre soin de moi » ont été également offerts aux femmes participant aux différentes actions. 400 tee-shirts ont été remis aux partenaires. Ces différents objets véhiculaient tous un message de prévention positive dont le slogan avait été initié et testé auprès des femmes : « Invitée à prendre soin de moi ». En 2011, en plus des outils décrits ci-dessus, deux nouveaux outils ont été créés. Ainsi, un clip multilingue a été réalisé avec des femmes du quartier. Ce clip reprenait les principales langues parlées dans le quartier : mandarin, arabe, soninké, bambara et français. Il s'agissait ici de sensibiliser les femmes issues de cultures différentes et de leur faire entendre un message dans leur langue maternelle, afin de renforcer le processus d'identification. Ce clip a été présenté lors des différentes rencontres avec les professionnels et les habitant-e-s de Flandre. Il a été également très largement diffusé par mail par les différents partenaires, et a été visionné plus de 2 000 fois sur internet. Grâce aux témoignages recueillis lors de la constitution de l'exposition en 2010, un autre outil de communication a été développé : une représentation de théâtre-forum. Composée de quatre saynètes illustrant des situations de la vie quotidienne face au dépistage, cette représentation invitait le spectateur à réagir et à trouver lui-même ses propres solutions. Deux représentations ont eu lieu en 2011, rassemblant une quarantaine de personnes. 5000 cartes postales-programmes et 300

affiches ont également été imprimées afin d'annoncer, dans le quartier, le programme de « Flandre rose ». Elles ont été largement diffusées auprès des associations, des structures municipales, des pharmaciens, des commerçants et des gardiens d'immeuble. C'est cette carte postale également qui a été adressée avec la lettre de relance spécifique d'ADECA75. Les différents outils créés ont été utilisés dans plusieurs types d'intervention. Le principal format d'intervention choisi par les associations était l'animation collective, autour d'un groupe pré-constitué ou non. En 2010, 16 animations collectives ont eu lieu dans 11 structures différentes, rassemblant 240 personnes. En 2011, 13 animations collectives ont eu lieu dans 9 structures différentes, rassemblant 195 personnes. Les trois quarts des animations collectives étaient faites lors d'ateliers de savoirs socio-linguistiques (ASL), véritables cours de français pour les publics migrants du quartier. Les autres animations collectives se sont déroulées au sein de groupes de parole ou de groupes de femmes déjà constitués. Outre ces animations collectives, des stands d'information ont été installés devant les commerçants du quartier, dans les marchés et pendant les événements-clés du quartier comme la fête de quartier). Chaque année, six à sept stands ont permis de toucher des personnes qui ne fréquentaient pas les associations, et ont offert la possibilité d'échanges individuels sur des lieux de grand passage (outre les structures commerçantes, une agence d'accueil de la CPAM la Maison de santé pluridisciplinaire).

21) Le public bénéficiaire participe-t-il (a-t-il participé) à la démarche ?

- Lors de la mise en oeuvre, précisez :

L'un des points positifs du projet est la réussite de la mobilisation d'une pluralité d'acteurs de terrain intervenant dans des domaines variés (insertion, emploi, diversité, santé) et permettant de toucher des populations habituellement éloignées des messages de prévention de par leur origine socio-culturelle (migrants de première génération, publics défavorisés ou précaires...) (19). Les actions se sont appuyées sur le réseau social dans lequel les femmes évoluent au quotidien : commerçants de proximité, médecins généralistes, centres de santé, centres sociaux, centres d'animation, régie de quartier, centre d'accueil CPAM, pharmaciens, associations locales, gardiens d'immeuble c'est-à-dire des dynamiques plutôt conviviales déjà existantes, auxquelles ces femmes ont déjà recours. Ces relais ont été identifiés et sollicités au regard de leur proximité avec le public cible, car ils avaient un contact régulier par l'exercice professionnel ou bénévole, voire une proximité sociale et amicale. La densité importante du tissu associatif au sein du quartier est apparue comme favorisant la mise en oeuvre du projet. Les associations qui travaillent auprès des communautés ont utilisé leur connaissance de cette population, le capital de confiance dont elles jouissent auprès d'elles, pour mettre en place une approche qui réside dans le fait de partir du niveau « communautaire » et non du savoir des médecins, ce qui met en jeu d'autres légitimités que celle des professionnels de santé, et facilite l'appropriation des problématiques abordées et l'adhésion à la démarche de dépistage. Pour plusieurs gardiens d'immeuble et pour certain-e-s habitant-e-s du quartier qui ont été bénévoles, « Flandre rose » a été l'occasion de s'impliquer et de se sentir utiles et valorisés, par le rôle qu'ils ont pu jouer dans la diffusion du message en allant à la rencontre des habitant-e-s, en distribuant des dépliants ou en collant des affiches. L'un des points positifs du projet est donc d'avoir dynamisé les échanges et le lien social au sein du quartier. Cet aspect doit être pris en compte en raison de l'importance des affects dans l'efficacité des messages de prévention. En effet, « Flandre rose » peut alors être vu comme un projet à l'origine de la constitution d'un réseau social susceptible d'être à nouveau mobilisé dans le cadre de la diffusion d'autres messages de santé publique. Le message de prévention est simplifié et des habitants issus des différentes communautés représentées dans le quartier sont présents sur les supports de communication afin de faciliter l'adhésion au message. Les photographies de femmes ont joué un rôle essentiel et ont favorisé les phénomènes d'identification et la motivation des femmes à participer au dépistage organisé. Le roman photo sur la brochure illustrant le parcours d'une personne du quartier participant au DO, l'exposition de portraits de femmes ou encore le clip vidéo sont souvent cités par les acteurs de terrain comme de bons exemples de la qualité et de la spécificité des supports de communication mis en place. Ces supports ont aidé les acteurs de terrain impliqués à s'approprier la problématique et à faire passer le message plus facilement à l'occasion de leurs activités habituelles.

- Lors de l'évaluation, précisez :

Le comité de pilotage a été confronté à la difficulté de faire remplir des questionnaires auprès du public ou de créer le cadre adéquat pour recueillir des appréciations orales.

22) L'équipe impliquée dans l'intervention (porteur(s) et partenaire(s) de la mise en oeuvre) est-elle pluriprofessionnelle ?

- Equipe incluant par ailleurs des pairs

23a) Précisez le nombre de professionnels impliqués (incluant bénévoles ou salariés, pairs, adultes relais, etc.) :

50

23b) Précisez le type de professionnels impliqués (incluant bénévoles ou salariés, pairs, adultes relais, etc.) :

Parmi la quinzaine d'associations mobilisées chaque année, les trois quarts étaient des associations du champ du social. Un quart était des structures du champ médico-social. Elles étaient réparties comme suit : deux associations de femmes, une association d'aide alimentaire, un club du 3ème âge, une association de médiation socioculturelle, une structure d'insertion, deux centres d'animation, quatre centres sociaux, le service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF), le service social départemental polyvalent du 19ème, le Conseil local de santé, le Conseil de quartier, le Conseil des anciens, une agence d'accueil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, un centre de santé et un bailleur social.

24) Quels sont (ont été) les partenaires impliqués dans le cadre de cette intervention ?

- Partenaires du secteur de la santé (précisez à la question 24a)
- Partenaires d'autres secteurs (précisez à la question 24 b)

24a) Si partenaires du secteur de la santé, précisez :

- Association spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation à la santé, etc.)
- Association de patients ou d'usagers
- Autre association intervenant en santé publique, mais dont ce n'est pas la mission première (association de quartier, etc.)
- Professionnels de santé libéraux (médicaux/paramédicaux)
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Réseau de soins (coordination de la prise en charge des patients)
- Collectivité territoriale (service de santé publique, PMI, CCAS, etc.)

24b) Si partenaires d'autres secteurs, précisez :

- Habitat
- Emploi / insertion
- Culture
- Social
- Médico-social (prise en charge des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, etc.)

25) Quels sont (ont été) les financeurs de l'intervention ?

- Fonds propres
- Collectivités territoriales
- Agence régionale de Santé (ARS)
- Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances (ACSé)

26) Une évaluation de l'intervention est-elle ?

- En cours

27) Cette évaluation est-elle menée ?

- Par une auto-évaluation
- Par une évaluation externe

28) Quels sont les outils ou méthodes utilisés pour cette évaluation ?

- Une méthodologie qualitative (entretiens, focus-groupes, etc.)
- Un processus évaluatif participatif

29) Cette évaluation questionne-t-elle spécifiquement les effets de l'intervention sur les inégalités sociales de santé ?

- Non, l'évaluation de l'intervention n'a pas de spécificités ou d'indicateurs sur les inégalités sociales de santé

30) Si l'évaluation a été réalisée, quels sont les principaux résultats de cette intervention sur les inégalités sociales de santé ?

En octobre 2010 et octobre 2011, ADECA75 a envoyé un courrier spécifique aux femmes de Flandre qui n'avaient pas fait de mammographie depuis 18 mois : 1 467 courriers en 2010 et 1 447 en 2011. Ces derniers étaient composés d'une 2ème lettre de relance accompagnée du calendrier des événements qui allaient se dérouler dans le quartier. Dans un souci d'accessibilité au public cible, le texte de cette lettre de relance a été rédigé avec des médiatrices culturelles, afin de simplifier le message pour le rendre plus compréhensible du plus grand nombre. Une photographe professionnelle a accompagné les promoteurs du projet pour réaliser une exposition composée d'une vingtaine de portraits de femmes rencontrées dans les rues et chez les partenaires du quartier. Chaque photo était accompagnée d'une phrase-clé, extraite de son témoignage, afin d'inviter les autres femmes à participer au dépistage organisé du cancer du sein. En 2010, un vernissage de l'exposition a rassemblé une cinquantaine de personnes : des élus (l'Adjoint à la santé de la Ville de Paris, l'Adjointe à l'égalité hommes-femmes de la Ville de Paris, le Délégué à la Politique de la Ville de la Ville de Paris, le Maire du 19ème arrondissement, et l'élue à la santé du 19ème arrondissement), les partenaires du projet, les femmes ayant participé à l'exposition, des associations et des commerçants du quartier. En 2010, l'exposition a été exposée 31 jours et 42 en 2011, en différents lieux de Flandre. Les témoignages recueillis lors de l'exposition ont ensuite été repris dans une brochure de présentation sur le dépistage organisé. Cette dernière était composée comme suit : une partie « Attitudes et freins face au dépistage », et une partie « roman-photo » qui met en image le dépistage organisé. Les brochures ont été tirées à 15 000 exemplaires et déclinées ensuite en affiches et Kakémono, qui ont servi de supports visuels lors des différents événements. 2 000 miroirs de poches, 3 000 bracelets portant le message « Invitée à prendre soin de moi » ont été également offerts aux femmes participant aux différentes actions. 400 tee-shirts ont été remis aux partenaires. Ces différents objets véhiculaient tous un message de prévention positive dont le slogan avait été initié et testé auprès des femmes : « Invitée à prendre soin de moi ». En 2011, en plus des outils décrits ci-dessus, deux nouveaux outils ont été créés. Ainsi, un clip multilingue a été réalisé avec des femmes du quartier. Ce clip reprenait les principales langues parlées dans le quartier : mandarin, arabe, soninké, bambara et français. Il s'agissait ici de sensibiliser les femmes issues de cultures différentes et de leur faire

entendre un message dans leur langue maternelle, afin de renforcer le processus d'identification. Ce clip a été présenté lors des différentes rencontres avec les professionnels et les habitant-e-s de Flandre. Il a été également très largement diffusé par mail par les différents partenaires, et a été visionné plus de 2 000 fois sur internet. Grâce aux témoignages recueillis lors de la constitution de l'exposition en 2010, un autre outil de communication a été développé : une représentation de théâtre-forum. Composée de quatre saynètes illustrant des situations de la vie quotidienne face au dépistage, cette représentation invitait le spectateur à réagir et à trouver lui-même ses propres solutions. Deux représentations ont eu lieu en 2011, rassemblant une quarantaine de personnes. 5000 cartes postales-programmes et 300 affiches ont également été imprimées afin d'annoncer, dans le quartier, le programme de « Flandre rose ». Elles ont été largement diffusées auprès des associations, des structures municipales, des pharmaciens, des commerçants et des gardiens d'immeuble. C'est cette carte postale également qui a été adressée avec la lettre de relance spécifique d'ADECA75. Les différents outils créés ont été utilisés dans plusieurs types d'intervention. Le principal format d'intervention choisi par les associations était l'animation collective, autour d'un groupe pré-constitué ou non. En 2010, 16 animations collectives ont eu lieu dans 11 structures différentes, rassemblant 240 personnes. En 2011, 13 animations collectives ont eu lieu dans 9 structures différentes, rassemblant 195 personnes. Les trois quarts des animations collectives étaient faites lors d'ateliers de savoirs socio-linguistiques (ASL), véritables cours de français pour les publics migrants du quartier. Les autres animations collectives se sont déroulées au sein de groupes de parole ou de groupes de femmes déjà constitués. Outre ces animations collectives, des stands d'information ont été installés devant les commerçants du quartier, dans les marchés et pendant les événements-clés du quartier comme la fête de quartier). Chaque année, six à sept stands ont permis de toucher des personnes qui ne fréquentaient pas les associations, et ont offert la possibilité d'échanges individuels sur des lieux de grand passage (outre les structures commerçantes, une agence d'accueil de la CPAM la Maison de santé pluridisciplinaire). Au total, le projet « Flandre rose » a touché directement 640 personnes en 2010 et 535 en 2011. Les personnes « touchées par le projet » se définissent comme toute femme ayant participé à au moins une action de « Flandre rose ». Les porteurs ainsi que les partenaires ou le public ont exprimé leur satisfaction concernant le projet. Cependant, le comité de pilotage a été confronté à la difficulté de faire remplir des questionnaires auprès du public ou de créer le cadre adéquat pour recueillir des appréciations orales. Parmi les quinze partenaires mobilisés, seuls quatre ont répondu au questionnaire de satisfaction. La qualité des interventions et son adaptation aux publics concernés (temps de l'animation, supports utilisés, échanges à l'oral, informations accessibles) ont été appréciées. Elles ont répondu aux attentes. La principale difficulté rencontrée a été la mobilisation du public (hors temps de travail, plus facile lors d'un cours ASL existant). Les trois quarts des partenaires répondants se sont sentis en capacité d'informer leur public sur le dépistage organisé du cancer du sein, et de l'orienter vers la ligne numéro vert ADECA75 et/ou vers la Ligue contre le cancer. Le comité de pilotage a souhaité savoir si les médecins généralistes de Flandre avaient eu connaissance de ce projet, et son potentiel impact sur leur pratique professionnelle. Les 40 médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Sur les treize médecins généralistes qui ont répondu, neuf avaient entendu parler de « Flandre rose ». Aucun d'entre eux n'a eu de patientes qui leur ont parlé de Flandre rose. Pour aucun d'entre eux, « Flandre rose » n'a été une aide pour aborder le dépistage organisé du cancer du sein. Parmi les dix médecins qui ont dit avoir reçu les documents d'information, trois les avaient utilisés et mis à la disposition de leur patientèle. Le taux de participation dans le 19^{ème} arrondissement entre les trois premiers trimestres 2010 et le dernier trimestre 2010 a montré une nette augmentation, et cette hausse a été particulièrement importante dans le quartier Flandre (à noter que les zones sombres situées en-dehors du quartier Flandre correspondent à des effectives très faibles et sont par conséquent peu significatives) (cartes 1 et 2). Ce résultat tendrait à valider la pertinence de mener des actions de sensibilisation ciblées sur un territoire. Le taux de participation sur le quartier Flandre et hors quartier Flandre a été globalement supérieur au quatrième trimestre de l'année en cours (tableau I). De même, en 2010 et 2011, le taux de participation au quatrième trimestre sur le quartier Flandre uniquement, a été largement supérieur au taux de participation sur le même quartier pour le quatrième trimestre de l'année 2009. On constate une augmentation de 20 points du taux de participation sur le quartier Flandre que ce soit avant/après sur le quartier Flandre, ou en comparant le quartier Flandre au reste du 19^{ème}. En lissant les taux de participation sur l'année, on constate que le nombre de femmes qui se sont fait dépister dans le cadre du DOCS a réellement progressé en 2011, soit à la deuxième année du projet (+ 3 points).

31) Qu'une évaluation ait été réalisée ou non, diriez-vous que l'effet de cette intervention sur les inégalités sociales de santé est :

- Moyen

32a) Pouvez-vous citer les facteurs qui ont facilité la conception de cette intervention ?

Le projet a tout d'abord été possible par la mobilisation et la forte implication des acteurs du comité de pilotage. Le processus de prise de décision, véritablement collectif, à l'occasion de réunions rassemblant les pilotes du projet, est considéré comme un véritable atout (18). Cette logique multi-partenariale, dans laquelle aucun des acteurs n'impose aux autres sa vision du projet, est un facteur explicatif de leur forte implication. La qualité du partenariat entre les structures promotrices du projet a contribué à la bonne mise en œuvre des actions. Elles ont apporté leur expertise et coordonné l'organisation méthodologique de ces actions. Elles ont également apporté la garantie d'une démarche d'éducation pour la santé ni condescendante ni stigmatisante. Chacune des structures a facilité la sollicitation et la mobilisation de partenaires, et apporté son expérience sur des rencontres semblables déjà menées. Les ressources des différents acteurs ont été valorisées et mutualisées. Au sein du comité de pilotage, les ressources humaines et financières ont été mises en commun. D'importants moyens humains ont été mis au service de la réussite du projet, et ont permis une montée en puissance rapide. Le comité de pilotage a pu s'appuyer sur des équipes – bénévoles et salariées – nombreuses et formées. La

disponibilité dès le départ de moyens financiers même limités a permis de s'engager dans ce projet et d'en concrétiser les étapes suivantes. Le budget consacré à cette action a été de 17 000 euros en 2010 et 12 700 euros en 2011, hors valorisation du temps de travail. Les membres du groupe pilote qui ont été destinataires de fonds par appels à projet, ont ensuite négocié le partage des charges liées à la production des outils en fonction de leurs ressources respectives et de leur domaine de compétence. En dépit d'un manque relatif de visibilité due à l'absence d'un budget commun, il ressort que le partage des frais a fait l'objet d'un consensus dans le cadre de négociations à l'issue desquelles aucun des acteurs ne semble s'être senti lésé. Le soutien politique a été décisif dans le lancement du projet et l'équipe municipale s'est révélée être un important facilitateur des éditions annuelles de « Flandre rose ». Ce portage a permis de faire le lien avec le Conseil de quartier et le Conseil des anciens, de faciliter la diffusion de l'information dans les bulletins d'information locaux, d'élaborer un logo et d'imprimer et diffuser des affiches vers les différentes structures du quartier. L'implication de l'élu, lui-même pharmacien, a facilité la diffusion de l'information auprès des officines qu'il a visitées. En conclusion, cela a permis d'accroître la visibilité et de donner une certaine légitimité au projet vis-à-vis des acteurs locaux et des habitants. Le changement fin 2011 de l'élu chargé de la santé et de sa chargée de mission à la Mairie du 19^{ème} arrondissement, pose aujourd'hui la question de la continuité de ce soutien politique, et soulève quelques inquiétudes chez les promoteurs de l'action.

32b) ... la mise en oeuvre de cette intervention ?

La mobilisation soutenue des acteurs sur un territoire donné, dans une approche de santé communautaire (12), semble bien avoir une influence positive sur la participation au dépistage organisé du cancer du sein. Pour arriver à ce résultat, plusieurs éléments semblent avoir été ici déterminants – éléments qui constituent des conditions favorables au développement d'un tel projet. - Une dynamique multi-partenaire au sein d'un groupe pilote progressivement élargi : Le projet a tout d'abord été possible par la mobilisation et la forte implication des acteurs du comité de pilotage. Le processus de prise de décision, véritablement collectif, à l'occasion de réunions rassemblant les pilotes du projet, est considéré comme un véritable atout (18). Cette logique multi-partenaire, dans laquelle aucun des acteurs n'impose aux autres sa vision du projet, est un facteur explicatif de leur forte implication. La qualité du partenariat entre les structures promotrices du projet a contribué à la bonne mise en œuvre des actions. Elles ont apporté leur expertise et coordonné l'organisation méthodologique de ces actions. Elles ont également apporté la garantie d'une démarche d'éducation pour la santé ni condescendante ni stigmatisante. Chacune des structures a facilité la sollicitation et la mobilisation de partenaires, et apporté son expérience sur des rencontres semblables déjà menées. Les ressources des différents acteurs ont été valorisées et mutualisées. Au sein du comité de pilotage, les ressources humaines et financières ont été mises en commun. - Une action de proximité, au niveau infra-arrondissement : Le projet cible une communauté, c'est-à-dire un ensemble de professionnels, d'habitants et d'élus, concrets à un territoire délimité, qui se sentent concernés par la même problématique. Ici l'action concerne le niveau local de l'infra-arrondissement (14). Les actions se sont adaptées à ce niveau local : les supports de communication reprennent systématiquement le nom du quartier. Les outils pédagogiques créés ont pris en compte la spécificité de la population concernée : favoriser la communication orale, favoriser les visuels et les images, utiliser d'autres langues ressources que le français, etc. Le quartier est le lieu de vie, celui du lien social, des rencontres, c'est un territoire à échelle humaine. C'est pour cela qu'il a semblé pertinent de retenir cette échelle d'intervention. Cette échelle est aussi celle où une mutualisation des moyens est possible pour mettre en œuvre une sensibilisation à la fois des habitants, des acteurs associatifs et institutionnels, et un pilotage efficace du projet. - La participation active d'acteurs de terrain et d'habitant-e-s du quartier : L'un des points positifs du projet est la réussite de la mobilisation d'une pluralité d'acteurs de terrain intervenant dans des domaines variés (insertion, emploi, diversité, santé) et permettant de toucher des populations habituellement éloignées des messages de prévention de par leur origine socio-culturelle (migrants de première génération, publics défavorisés ou précaires...) (19). Les actions se sont appuyées sur le réseau social dans lequel les femmes évoluent au quotidien : commerçants de proximité, médecins généralistes, centres de santé, centres sociaux, centres d'animation, régie de quartier, centre d'accueil CPAM, pharmaciens, associations locales, gardiens d'immeuble... c'est-à-dire des dynamiques plutôt conviviales déjà existantes, auxquelles ces femmes ont déjà recours. Ces relais ont été identifiés et sollicités au regard de leur proximité avec le public cible, car ils avaient un contact régulier par l'exercice professionnel ou bénévole, voire une proximité sociale et amicale. La densité importante du tissu associatif au sein du quartier est apparue comme favorisant la mise en œuvre du projet. Les associations qui travaillent auprès des communautés ont utilisé leur connaissance de cette population, le capital de confiance dont elles jouissent auprès d'elles, pour mettre en place une approche qui réside dans le fait de partir du niveau « communautaire » et non du savoir des médecins, ce qui met en jeu d'autres légitimités que celle des professionnels de santé, et facilite l'appropriation des problématiques abordées et l'adhésion à la démarche de dépistage. Pour plusieurs gardiens d'immeuble et pour certain-e-s habitant-e-s du quartier qui ont été bénévoles, « Flandre rose » a été l'occasion de s'impliquer et de se sentir utiles et valorisés, par le rôle qu'ils ont pu jouer dans la diffusion du message en allant à la rencontre des habitant-e-s, en distribuant des dépliants ou en collant des affiches. L'un des points positifs du projet est donc d'avoir dynamisé les échanges et le lien social au sein du quartier. Cet aspect doit être pris en compte en raison de l'importance des affects dans l'efficacité des messages de prévention. En effet, « Flandre rose » peut alors être vu comme un projet à l'origine de la constitution d'un réseau social susceptible d'être à nouveau mobilisé dans le cadre de la diffusion d'autres messages de santé publique. - Un portage politique fort par l'élu chargé de la santé et sa chargée de mission : Le soutien politique a été décisif dans le lancement du projet et l'équipe municipale s'est révélée être un important facilitateur des éditions annuelles de « Flandre rose ». Ce portage a permis de faire le lien avec le Conseil de quartier et le Conseil des anciens, de faciliter la diffusion de l'information dans les bulletins d'information locaux, d'élaborer un logo et d'imprimer et diffuser des affiches vers les différentes structures du quartier. L'implication de l'élu, lui-même pharmacien, a facilité la diffusion de

l'information auprès des officines qu'il a visitées. En conclusion, cela a permis d'accroître la visibilité et de donner une certaine légitimité au projet vis-à-vis des acteurs locaux et des habitants. Le changement fin 2011 de l'élu chargé de la santé et de sa chargée de mission à la Mairie du 19ème arrondissement, pose aujourd'hui la question de la continuité de ce soutien politique, et soulève quelques inquiétudes chez les promoteurs de l'action. - Des ressources humaines nombreuses et formées : D'importants moyens humains ont été mis au service de la réussite du projet, et ont permis une montée en puissance rapide. Le comité de pilotage a pu s'appuyer sur des équipes – bénévoles et salariées – nombreuses et formées. - Des ressources financières disponibles : La disponibilité dès le départ de moyens financiers même limités a permis de s'engager dans ce projet et d'en concrétiser les étapes suivantes. Le budget consacré à cette action a été de 17 000 euros en 2010 et 12 700 euros en 2011, hors valorisation du temps de travail. Les membres du groupe pilote qui ont été destinataires de fonds par appels à projet, ont ensuite négocié le partage des charges liées à la production des outils en fonction de leurs ressources respectives et de leur domaine de compétence. En dépit d'un manque relatif de visibilité due à l'absence d'un budget commun, il ressort que le partage des frais a fait l'objet d'un consensus dans le cadre de négociations à l'issue desquelles aucun des acteurs ne semble s'être senti lésé. - Des outils pédagogiques de qualité et innovants : L'une des hypothèses avancées pour expliquer la faible participation au DO avant la mise en œuvre du projet Flandre rose est que les messages de prévention de l'INCa ne sont pas adaptés à ce territoire parisien et à sa population multiculturelle (15, 16, 17). De plus, le discours des professionnels de santé sur la prévention est souvent discriminant culturellement et socialement. Technique et assimilé à un discours sur la maladie, il peut faire l'objet d'un rejet de la part de certaines populations. Face à cette situation, les pilotes du projet Flandre rose ont mis en place des outils de communication professionnels, variés et innovants par leur accessibilité et leur approche populationnelle. La qualité du matériel et des outils pédagogiques réalisés spécifiquement pour cette opération a été appréciée par les partenaires et par le public. Le message de prévention est simplifié et des habitants issus des différentes communautés représentées dans le quartier sont présents sur les supports de communication afin de faciliter l'adhésion au message. Les photographies de femmes ont joué un rôle essentiel et ont favorisé les phénomènes d'identification et la motivation des femmes à participer au dépistage organisé. Le roman photo sur la brochure illustrant le parcours d'une personne du quartier participant au DO, l'exposition de portraits de femmes ou encore le clip vidéo sont souvent cités par les acteurs de terrain comme de bons exemples de la qualité et de la spécificité des supports de communication mis en place. Ces supports ont aidé les acteurs de terrain impliqués à s'approprier la problématique et à faire passer le message plus facilement à l'occasion de leurs activités habituelles. Cette action a confirmé la nécessité d'adapter les méthodes et les supports de communication, en utilisant des outils de communication orale et traduite, pour les animations collectives et en particulier pour les ateliers sociolinguistiques. - Une approche globale et populationnelle : Les associations et les acteurs du tissu social local dont le « cœur de métier » n'est pas la santé, ont pu diffuser le message relatif au DO grâce à une approche globale et positive de la santé, considérée comme un bien-être global et non comme l'absence de maladie. Cette orientation du discours a connu un accueil favorable de la part de l'ensemble de la population. Le dépistage du cancer du sein doit être abordé dans un questionnement plus large construit autour d'une santé « positive » de la femme mais le dépistage est aussi une porte d'entrée sur la question plus globale de la santé et de la réduction des inégalités sociales de santé. « Flandre rose » a permis à différents acteurs de travailler en intersectorialité. Ainsi, les habitant-e-s, les élus et les professionnels ont travaillé ensemble, au même projet. Les professionnels impliqués dans le projet ne sont pas que les professionnels du champ médical, mais aussi et surtout des acteurs des champs social et de l'insertion. - Le temps : Les membres du comité de pilotage ont pris conscience du fait que ce projet nécessite un investissement lourd en termes de temps, mais ils ont réussi à concilier cet investissement avec leurs échéances propres. Si le mois d'octobre permet de donner de la visibilité au travail réalisé, il n'est pas limitant et le comité de pilotage se donne la possibilité de prendre son temps pour réfléchir à d'autres actions, outils, partenariats tout au long de l'année.

33b) ... la mise en oeuvre de cette intervention ?

Si le projet Flandre rose s'inscrit dans une démarche communautaire, certains aspects restent cependant à améliorer telle que l'implication de tous les acteurs dans une véritable démarche de co-construction. En effet, les partenaires associatifs se sont impliqués à des niveaux différents. La majorité d'entre eux, notamment la première année, attendaient par exemple que les organisateurs puissent fournir des actions « clés en main » à consommer immédiatement. Les professionnels de santé ont été beaucoup plus difficiles à mobiliser que les professionnels du champ social notamment les médecins généralistes et les radiologues, peu se sentant concernés par le projet. Les promoteurs de l'action ont ressenti une faible adéquation entre les moyens (humains et financiers) nécessaires à l'action et les moyens disponibles. Bien que prévu dans la conception du projet, le suivi des femmes diagnostiquées comme positives n'a pas pu être mis en place.

34) Selon vous, cette intervention pourrait-elle être transférée dans un autre contexte (région, public, etc.) ?

- Oui, précisez :

Les leçons d'une telle démarche sont à tirer avant la diffusion éventuelle à d'autres quartiers : notamment l'identification de pré-requis indispensables portant particulièrement sur l'implication des partenaires locaux, les moyens humains et financiers. L'expérience a séduit d'autres quartiers ou arrondissements qui s'engagent dans une démarche proche, adaptée aux réalités locales (13ème, 10ème).