

PROMOUVOIR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIO-TERRITORIALES DE SANTÉ



un guide pour l'action
à l'attention des élus et acteurs locaux

Depuis 2004, la France a mis en place un **dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)** afin de permettre à toutes les femmes de 50 à 74 ans d'accéder à une prise en charge précoce et de qualité. **Douze ans plus tard**, ce programme ne bénéficie qu'à **la moitié des femmes concernées**. Au DO s'ajoute un dépistage individuel (DI), prescrit par le médecin et estimé à 10-15 %. Au total, le taux de dépistage reste **bien en deçà de l'objectif national de 80%** fixé par les autorités sanitaires pour permettre une diminution significative de la mortalité par cancer du sein. En dépit d'un dispositif national, assurant la gratuité de l'examen, **d'importantes inégalités sociales et territoriales** subsistent dans la participation au dépistage⁽¹⁾.

Entre 2010 et 2015, **50 diagnostics locaux ont été réalisés en Île-de-France** pour identifier finement les quartiers de faible / forte participation au DOCS et comprendre ce qui localement freine ou favorise l'accès au dépistage⁽²⁾. Le présent guide pour **accompagner les actions de promotion du dépistage** est issu de la synthèse de ces différents diagnostics. Il vise à **aider les acteurs et les décideurs** à choisir « où et comment » agir, en fonction du contexte local.

⁽¹⁾ Ouédraogo et al. [2015]. Dépistage du cancer du sein dans treize départements français. Bulletin du Cancer, 102(2), 126-138.

⁽²⁾ Ils ont été produits par les étudiants du master « Territoires, Villes et Santé » à Nanterre, dans le cadre d'un partenariat entre chercheurs-acteurs-décideurs (plateforme Géodépistage, <http://villesetsante.com>).

APERÇU GÉNÉRAL SUR **LES ZONES** **DE SOUS-PARTICIPATION** **AU DÉPISTAGE EN ÎLE-DE-FRANCE**

De manière générale, une participation liée à l'environnement social plutôt qu'à l'offre de soins

La proximité et/ou l'accessibilité à l'offre de soins (médecins généralistes, gynécologues ou cabinets de radiologie) interviennent très peu dans le recours au dépistage et le différentiel de participation entre territoires observé en Île-de-France. Si elles influent sur le type de dépistage (DO/DI), elles n'ont pas d'impact sur la couverture mammographique globale.

En revanche, l'environnement social est déterminant, les habitantes des villes comme des quartiers aisés se faisant davantage dépister que celles des villes ou quartiers plus modestes.

... À l'exception de certaines villes

Villes socialement homogènes → *peu d'écarts de participation*

Dans les villes composées d'une population socialement homogène, sans contrastes sociaux entre quartiers, la participation au dépistage varie peu entre quartiers.

Villes à forte mixité sociale → *des disparités difficilement identifiables*

Dans les villes à forte mixité sociale, où cohabitent au sein d'un même quartier, de manière très imbriquée, des populations socialement contrastées (phénomènes de gentrification par exemple), les inégalités sociales de santé sont tellement fines qu'elles ne sont pas repérables à l'échelle du quartier ni même à l'échelle des îlots d'habitations.

... À l'exception de certains quartiers populaires, politiques de la ville (QPV)

Parmi les quartiers populaires classés en politique de la ville (et donc à profil socio-économique défavorable), la participation est d'autant plus faible que ces quartiers sont excentrés/enclavés et dépourvus de ressource sociale et sanitaire. À l'inverse, les quartiers plus centraux et/ou avec une certaine vitalité ont des taux de dépistage plutôt « bons » compte tenu des difficultés socio-économiques de ces quartiers.

AGIR DANS MA VILLE

QUEL PUBLIC CIBLER ?

En fonction des caractéristiques de la ville, différentes stratégies d'intervention sont à envisager afin d'augmenter les taux de participation au DO et de réduire les inégalités socio-territoriales de santé.

→ Différents profils de ville
+/- riches +/- homogènes +/- ségréguées

→ Différentes stratégies d'intervention
Sur toute la ville / vers les QPV / à définir

- 1^{re} QUESTION -

QUEL EST LE PROFIL DE MA VILLE ?

- En lien avec les services d'urbanisme, politique de la ville, ... et vos partenaires
- Indicateurs à mobiliser : niveau de revenu ; disparités de revenu (Gini) ; disparités sociales entre quartiers (indice de défavorisation sociale)



Villes
homogènes

Un même scénario d'action pour l'ensemble de la population

Le type de communication doit toutefois être adapté aux caractéristiques sociales du public : les messages généraux restent sans grande efficacité auprès des publics plus démunis et/ou d'une grande diversité culturelle et linguistique.



Villes
à forte
mixité sociale

Un public à repérer

Dans les villes, cachant des « poches » de précarité non identifiables à l'échelle du quartier ou même de l'îlot, il est nécessaire de mener un diagnostic supplémentaire à échelle plus fine afin d'identifier les zones potentielles de sous-participation.



Villes
clivées
socialement

Des actions ciblées sur les quartiers fragiles et les QPV

Dans les villes à fortes fractures sociales (existence de quartiers riches et de quartiers pauvres) et spatiales (barrières physiques dans le tissu urbain), il convient de cibler les actions sur les quartiers plus pauvres, restés plus en retrait du dépistage.

Exception
les villes
modestes,

de surcroît de
seconde couronne
en Île-de-France

Des actions en parallèle sur l'ensemble du territoire

Dans ce type de ville, la promotion du DO reste essentielle pour l'ensemble de la population, y compris de ses catégories privilégiées, dont les conditions demeurent somme toute modestes et l'accès aux soins plus limité (obstacles financiers, éloignement géographique). Le DO, globalement élevé dans ces villes, a permis de compenser le faible DI. Sa promotion favorise la réduction des inégalités de santé entre villes favorisées et défavorisées.

QUELS TYPES D'ACTION ?

PROFITER DE LA DYNAMIQUE D'OCTOBRE ROSE

Cette campagne nationale annuelle dédiée à la prévention du cancer du sein génère une hausse très significative des taux de dépistage durant cette période. Son efficacité réside dans l'articulation d'une campagne médiatique à des actions de terrain (synergie des messages, réactivation de la communication grand public et remobilisation des réseaux partenaires).

- **Actions types menées durant cette campagne :** affichages, évènementiels (lâchers de ballon, illuminations roses), stands d'information, conférences et ateliers dans les centres sociaux, les hôpitaux et centres de santé (journées portes ouvertes) et autres lieux stratégiques (à définir en fonction des publics visés et de leurs espaces vécus)
- **Un manque actuel d'études** pour évaluer l'efficacité de ces actions en lien avec leur contexte de déploiement

DES ACTIONS ACCOMPAGNÉES POUR LES PUBLICS PLUS DÉMUNIS ET/OU DANS LES QPV

La mobilisation de tous les partenaires et relais locaux (institutionnels, associatifs et médicaux), de par leur connaissance du terrain et des populations, est essentielle pour une communication de proximité, adaptée aux besoins et aspirations des habitantes. Ces actions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont menées :

- **dans la durée :** un travail continu avec les partenaires et populations pour maintenir l'attention, toucher les nouveaux arrivants (notamment dans les territoires à forte mobilité résidentielle), ancrer la prévention dans les comportements et fidéliser les femmes au programme
- **dans une démarche de co-production :** impliquer les relais locaux et les habitants dans les processus de communication (production/diffusion des messages) voire, plus en amont, dans l'élaboration de la stratégie d'intervention (démarche type santé communautaire)

AVEC QUI ?

Les professionnels de santé,
notamment impliqués dans
des réseaux de santé

Les acteurs de la prévention
structures départementales
de gestion du dépistage ;
ligue contre le cancer,
assurance maladie

Les structures de soin
(hôpitaux), notamment de
proximité (centres de santé)

Les acteurs de la ville
Atelier Santé Ville, services
municipaux : hygiène et santé,
prévention et cohésion sociale,
Centre Communal d'Action
Sociale

**Les commerçants
voire les entreprises**

Les associations locales

Les relais institutionnels
centres sociaux/socio-
culturels, maisons de
quartiers, régies de quartier,
maisons pour tous,
bailleurs sociaux

AGIR DANS LES QUARTIERS FRAGILES (DONT LES QPV)

FREINS GÉNÉRAUX

- **Liés à la composition sociale** des populations résidentes : la pauvreté, l'isolement social (inactivité, vivre seule), la diversité culturelle éloignent les femmes de la prévention et du dépistage (autres priorités, moindre connaissance des parcours de soins, difficulté de compréhension des messages, soutien social affaibli, etc.)
- **Liés aux contextes d'habitation des QPV** : ces territoires le plus souvent disqualifiés, dévalorisés voire stigmatisés génèrent une perception négative du lieu de résidence. Ces représentations ne favorisent pas une image positive de soi, ceci contribuant à freiner les capacités individuelles d'agir de manière favorable à sa santé
- **Mais gradués en fonction de la situation urbaine** de ces quartiers : la centralité et la vitalité du quartier influent sur la dynamique de mobilisation des acteurs et sur les taux de participation au dépistage.

→ Différents profils de QPV :
+/- enclavés +/- dynamiques
→ Différents niveaux de participation au dépistage
→ Différents leviers de mobilisation des populations

- 2^{de} QUESTION -

QUEL EST LE PROFIL DE MES QPV ?

- En lien avec les services d'urbanisme, politique de la ville, ... et vos partenaires
- Indicateurs à mobiliser : distance au centre-ville, desserte, fractures spatiales, ressources locales (sociales, associatives, médicales, économiques)

QUARTIERS INTÉGRÉS ET/OU DYNAMIQUES : DES CONTEXTES FAVORABLES À LA MOBILISATION

ATOUS GÉOGRAPHIQUES ET/OU SOCIAUX DE CES QUARTIERS

Il s'agit là de QPV intégrés voire en position d'hyper-centralité et/ou formant un espace de vie très dynamique, en rassemblant d'importantes ressources locales : commerces, services de proximité, centres sociaux et médicaux, associations. L'**accessibilité à l'offre de soin** n'est pas ici un frein, de même qu'il existe des **relais/partenaires** pour monter des actions ainsi qu'une **vie de quartier** favorisant la diffusion interpersonnelle des messages.

SOUTIEN POLITIQUE ET ACTIONS DE PROMOTION SUR LE DOCS

Ces quartiers sont **soutenus par la politique de la ville** : programme de rénovation urbaine (PRU), atelier santé ville (ASV), présence de centres sociaux et parfois d'un centre de santé... Ils concentrent également la plupart des actions de promotion sur le DOCS, notamment celles adaptées à ces profils de population : **actions sur le temps long, impliquant les relais locaux** voire les habitantes. La sollicitation dans la durée (près de dix ans) de partenaires associatifs et/ou groupes de femmes a permis l'émergence de réseaux d'acteurs-relais d'opinion : associations initiatrices d'actions, femmes ambassadrices du DOCS.

UNE RELATIVE BONNE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE

Les taux de participation au dépistage dans ces quartiers se situent en général dans la moyenne de la ville et bien au-dessus des autres QPV. Ils sont **d'autant plus élevés** que :

- **des actions nombreuses, anciennes et innovantes**, notamment participatives, y ont été menées
- **des ressources de proximité de type associatif ou sanitaire sont présentes sur le territoire** : associations impliquées sur les thématiques de santé, présence d'un centre de santé. À l'inverse, la seule présence de médecins de ville ne suffit pas à voir émerger de bons taux de participation.

COMMENT AMÉLIORER LA PARTICIPATION ?

LÀ OÙ IL N'Y A PAS ENCORE D'ACTIONS (OU PEU)

☰ → *sensibiliser les élus et promouvoir des actions*

Cette situation renvoie le plus souvent au contexte plus général de la ville, peu impliquée en santé (pas d'ASV, de CMS, d'élu à la santé, etc.) ou privilégiant d'autres thématiques de santé. Il convient donc ici de sensibiliser les élus par un discours adapté sur la prévention ou encore d'associer la question du dépistage du cancer du sein à d'autres thématiques (santé des femmes, cancer et nutrition, etc.). Les partenaires associatifs sont à mobiliser en toute priorité en lien avec les relais municipaux (soutien renforcé aux associations de quartier afin de favoriser l'adhésion des plus démunis). Lorsque seules des ressources médicales sont disponibles sur le territoire, des stratégies innovantes sont à déployer pour créer un réseau dynamique de médecins impliqués dans le DO*.

LÀ OÙ IL EXISTE UN PANEL DÉJÀ IMPORTANT D'ACTIONS

||||| → *continuer, améliorer, diversifier les actions*

Les axes d'amélioration possibles se situent dans le renforcement du travail de coordination et de synergie entre les acteurs et dans le déploiement d'actions plus diverses et novatrices afin de contrer les effets potentiels de lassitude de publics déjà fortement sensibilisés et mobilisés sur le DOCS : réflexion sur l'espacement temporel adéquat des campagnes de mobilisation, développement d'actions plus ludiques, participatives, programmes de formation de femmes relais, diversification/élargissement des objectifs intermédiaires visés, tels que l'accompagnement des femmes à la mammographie et non seulement la sensibilisation des femmes.

* La loi de modernisation du système de santé propose plusieurs organisations favorisant le regroupement et la coopération des professionnels de santé (Equipe de soins de premiers recours et Communauté professionnelle territoriale de santé) sur la base d'un projet de santé territorialisé. Ce dernier contribue à la politique de santé et de prévention de la ville, qui peut faire l'objet d'un Contrat local de santé signé avec l'ARS.

QUARTIERS ISOLÉS, DÉPOURVUS DE RESSOURCES LOCALES : UN CUMUL DE FACTEURS DÉFAVORABLES

DES ÎLOTS DE PAUVRETÉ, SANS VIE DE QUARTIER

Certains quartiers sont confrontés à un **cumul de handicaps**, en conjuguant difficultés socio-économiques, isolement physique et isolement social : quartiers en périphérie, séparés du reste de la ville par d'importantes barrières physiques et/ou symboliques, sans vie de quartier (absence de commerces et de services de proximité) ni identité visible (îlots de petite taille, situés dans une zone pavillonnaire plus aisée)... une situation peu propice au développement du tissu associatif et à la mobilisation des acteurs sur ces quartiers.

FAIBLE SOUTIEN POLITIQUE, FAIBLE MOBILISATION SUR LE DO

On retrouve, dans cette situation d'isolement extrême, des **quartiers en voie de paupérisation non ciblés par la politique de la ville**, ne bénéficiant de ce fait d'aucun dispositif politique. Pour d'autres, bien que désignés **quartiers prioritaires**, l'attention politique reste faible : PRU retardé, ASV peu mobilisé, création de services de proximité dans d'autres quartiers plus centraux, etc. Les rénovations en cours engendrent d'importants mouvements de population (départ des habitants, parfois du seul médecin de ville ; arrivée de nouvelles populations) ne favorisant pas l'appropriation du territoire par les habitants ni la vie associative ni l'adhésion au programme de dépistage (perte des lettres d'invitation).

Dans ce contexte dénué de ressources locales, les acteurs de la prévention sont confrontés à la **difficulté de monter des actions** et de mobiliser les femmes : **manque de relais** et d'équipements locaux pour développer des actions ; **hétérogénéité sociale des publics** complexifiant la stratégie d'intervention et obligeant à cibler l'action dans l'îlot même de précarité ; **faiblesse du lien social et isolement des femmes** freinant leur participation aux actions... Les actions sont rares et le plus souvent ponctuelles.

Dans ces quartiers, les taux de participation au DOCS demeurent parmi les plus faibles de la ville.

COMMENT DÉVELOPPER DES ACTIONS ?

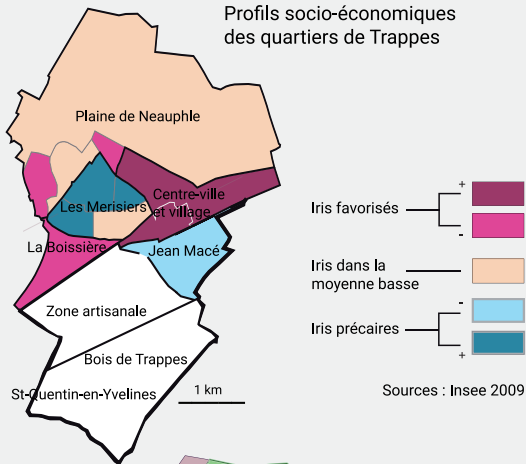
Cette situation incite à imaginer des actions plus innovantes pour pallier le manque de relais :

» actions dans les halls d'immeubles et formation des gardiens » actions de porte-à-porte » sensibilisation du médecin traitant comme seule personne ressource

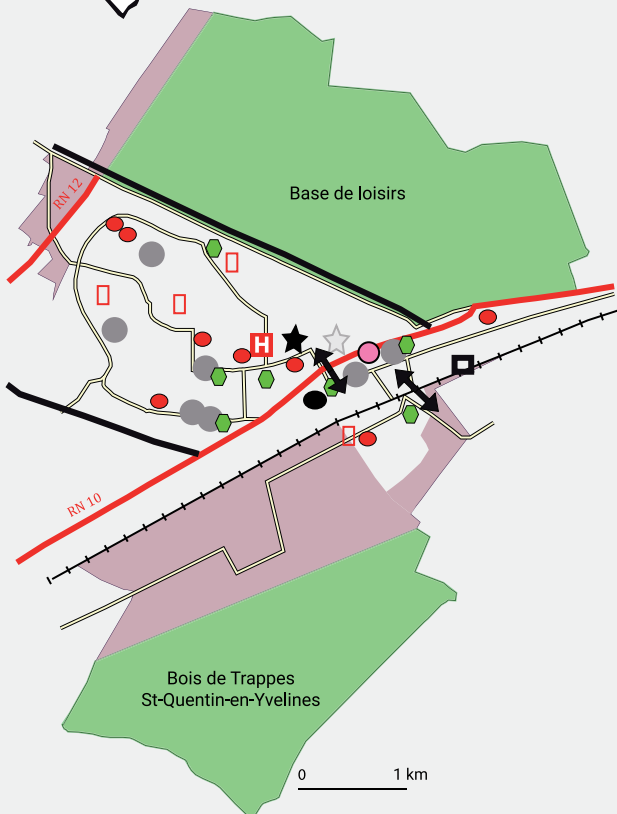
Toutefois, la présence de relais et la mise en place d'actions ne sont pas la garantie de résultats concluants. Le retour d'expériences de quelques actions ponctuelles menées au pied même de la cité (théâtre forum ou forum santé) montre la difficulté de mobiliser les femmes de ces quartiers, peu habituées à sortir de chez elles (très faible participation).

→ Ces exemples soulignent le peu de pertinence à mener, dans cette configuration de quartiers, des actions au coup par coup mais qu'il faut, à l'inverse, développer une vision de plus long terme et réfléchir à une stratégie globale, en lien avec les élus, permettant de définir le portage de l'action (qui initie l'action, avec quels partenaires?) ainsi que le type d'interventions appropriées (participatives) en lien avec les habitantes.

TRAPPES : MORPHOLOGIE SPATIALE, OFFRE DE SOINS ET DE PRÉVENTION ET PROFILS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES QUARTIERS



Le quartier Jean Macé illustre ce type de quartiers enclavés, cumulant difficultés socio-économiques, isolement physique, faible offre de soins, faible vitalité associative, absence d'actions locales et très faible participation au DO (taux le plus bas de la ville). Par contraste, le quartier plus central des Merisiers, également en politique de la ville, bénéficie de relais sociaux actifs, d'une offre de soins plus importante, d'une mobilisation forte des acteurs locaux sur le DO et présente des taux de participation au dépistage se situant dans la moyenne de la ville.



Offre médicale

- Cabinet de médecine générale
- Cabinet de gynécologie
- Cabinet de radiologie
- Hôpital privé de l'ouest parisien
- Pharmacie
- ★ Centre Municipal de Santé

Relais locaux pour actions de prévention

- ☆ Institut de promotion de la santé
- Association
- Relais proposant un atelier socio-linguistique

Axes de transport : entre desserte et fractures spatiales

- Lignes de bus
- Routes départementales
- Routes nationales
- Chemin de fer
- Gare
- ↔ Passage (pont / souterrain)

Occupation du sol

- Zone d'activité
- Espaces verts
- Espace bâti, habitation

RÉSEAUX FERRÉS :

- ✓ FACTEUR DE DÉSENCLAVEMENT
- ET DE ✗ FRACTURES URBAINES



PRU :

- ✓ AMÉLIORATION DU CADRE DE VIE
- ✗ PHÉNOMÈNES TRANSITOIRES DE DÉTERRITORIALISATION





CONTEXTES FAVORABLES /

Quartiers intégrés au reste de la ville
voire en position d'hyper-centralité

Quartiers enclavés mais avec une forte
dynamique interne
(vie de quartier et ressources locales
importantes), quartiers homogènes,
de grande taille



CONTEXTES DÉFAVORABLES /

Îlots de petite taille, enclavés, sans vie de
quartier (absence de commerces et
de services de proximité),
ressources socio-sanitaires limitées

LEVIERS À LA MOBILISATION /

Centralité

Présence de **relais locaux**
(associatifs, médicaux, institutionnels)

Public **important et homogène**

Identité de quartier forte
(attire l'attention des politiques)

Réseaux locaux de **solidarités**

PRU terminé
Désenclavement et amélioration
des conditions de vie (si soutenu par des
dispositifs parallèles adéquats)

FREINS À LA MOBILISATION /

Éloignement / enclavement spatial

Absence de relais locaux

Public de **petite taille**,
hétérogénéité sociale du quartier

Faible identité de quartier,
faible valeur symbolique

Isolement social des femmes,
liens sociaux appauvris

PRU en cours
Phase de transition urbaine
faible ancrage/appropriation du territoire ;
perte des lettres d'invitation

RECOMMANDATIONS /

Développer, poursuivre, améliorer
les actions de promotion du DOCS

RECOMMANDATIONS /

Une stratégie de long terme
pour développer les conditions préalables
à la mobilisation sur le DOCS

EXEMPLES D' ACTIONS RÉUSSIES /

Co-production et appropriation locale
de l'outil de communication : élaboration et
diffusion par un groupe de femmes turques
d'une plaquette d'information adaptée
à la diversité culturelle et linguistique
des habitantes

Action très mobilisatrice dans le quartier et le
quartier voisin ; diffusion du message dans les
lieux institutionnels (centres socio-culturels) et
« hors les murs » (hammams, lieux de culte...)

EXEMPLES D' ACTIONS PEU CONCLUANTES /

Actions menées dans l'îlot voisin ;
Actions menées au cœur de la cité
(théâtre forum, forum santé)

Peu mobilisatrices
(très faible participation des femmes
résidentes)

ROMPRE AVEC LA SPIRALE NÉGATIVE DES QUARTIERS ENCLAVÉS

L'INIQUITÉ TERRITORIALE DE L'ACTION PUBLIQUE (POLITIQUE DE LA VILLE ET ACTIONS DE PROMOTION DU DOCS)

Certains QPV bénéficient d'une attention politique plus soutenue des élus comme des acteurs de la prévention, tandis que d'autres restent à l'écart de l'action publique.

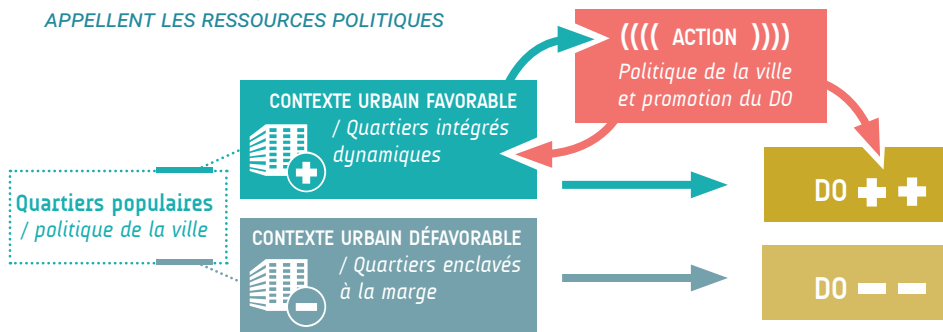
Des éléments d'ordre géographique, social ou historique viennent expliquer cet état de fait : la centralité et la taille du quartier ; la présence d'interlocuteurs organisés facilitant la coopération avec les élus ; ou encore la valeur symbolique d'un quartier, porteur d'une certaine identité de la ville, suscitant l'attention voire l'attachement des politiques.

Les programmes mis en place dans ces quartiers (PRU, ASV, implantation d'un centre social ou de santé, soutien associatif, etc.) contribuent à leur tour à l'amélioration des conditions de vie dans ces quartiers : désenclavement, densification du maillage associatif, dynamisation du tissu économique. L'image du quartier, la cohésion et le lien social s'en voient renforcés.

Les acteurs de la prévention trouvent dans ces contextes les ressources locales nécessaires, propices au déploiement d'actions ciblées et se traduisant par des taux de participation relativement élevés au regard de la situation socialement défavorisée de ses populations.

Comment, alors, intégrer les quartiers à la marge, délaissés par les pouvoirs publics, dans cette spirale vertueuse de l'action publique ?

LES RESSOURCES DU QUARTIER
APPELLENT LES RESSOURCES POLITIQUES



QUELS LEVIERS D'ACTION POUR LES QUARTIERS ENCLAVÉS ?

DES ACTIONS POLITIQUES D'AMÉLIORATION DU CADRE URBAIN PEUVENT FAVORISER LES PRATIQUES DE PRÉVENTION EN SANTÉ

- **Les grands programmes de redynamisation urbaine** et de désenclavement des quartiers, agissant à la fois sur les transports, le cadre de vie (logements, services, espaces publics) et la cohésion sociale (densification du maillage associatif), ont permis de créer les conditions préalables nécessaires à la mise en place d'actions de prévention : grâce à une prise en charge d'autres problèmes prioritaires pour ces populations (logements, délinquance) et par la constitution de relais (sociaux/sanitaires) sur lesquels peuvent s'appuyer les acteurs de la promotion du DO.

Toutefois, la réduction, dans un souci sécuritaire, des espaces publics a pu contribuer à une dévitalisation du quartier. Un PRU sans actions convergentes de cohésion sociale n'a pas suffi à réduire la délinquance. Une RU sans maîtrise des loyers a provoqué le départ des populations initiales, déplaçant le problème ailleurs.

→ **Mener de front des programmes de rénovation urbaine** assurant la sécurité, la vitalité et l'ancrage des populations sur le territoire (et donc le maintien de solidarités locales) est un gage à l'amélioration de la situation sanitaire dans ces quartiers. L'implication des bailleurs sociaux et la participation des habitants au développement social et urbain sont essentielles.

- **Dans les quartiers plus défavorisés** qui, de par leur petite taille ou leur moindre intérêt, n'ont pu bénéficier de grands programmes de rénovation urbaine, des actions politiques de moindre ampleur mais **redonnant du lien entre le quartier et la ville** (navette gratuite, implantation d'un centre social) peuvent créer les conditions favorables à une bonne participation des populations au dépistage via une revalorisation de l'image du quartier et un renforcement du lien social et communautaire.

L'IMPLANTATION DE RELAIS MUNICIPAUX : UN SEUL RELAI MAIS ACTIF SUR LE QUARTIER PEUT SUFFIRE À LA MOBILISATION SUR LE DO

-● **les centres sociaux, socio-culturels**
-● **les régies ou maisons de quartiers,**
qui sont parfois le seul lien entre le quartier et la ville.
 - **Par leurs actions en santé, leur connaissance du terrain (partenaires associatifs existants) et leurs liens de proximité avec les habitants,** ils apportent à des publics précaires, éloignés de la prévention, des discours et messages adaptés à leurs besoins et à leurs systèmes de compréhension et de représentation de la santé.
 - **Par des dynamiques plus larges, contribuant au renforcement du lien social (création d'un réseau social et communautaire dynamique),** ils contribuent à redonner une image positive du quartier, et avec elle, une meilleure image de soi. L'estime de soi est reconnue comme une compétence importante pour être en mesure d'agir de manière favorable à sa santé.
-● **les centres municipaux de santé**
-● **les maisons de santé pluridisciplinaires,**
qui sont des dispositifs clés pour une santé de proximité et des partenaires privilégiés/stratégiques des campagnes de mobilisation sur le DO.

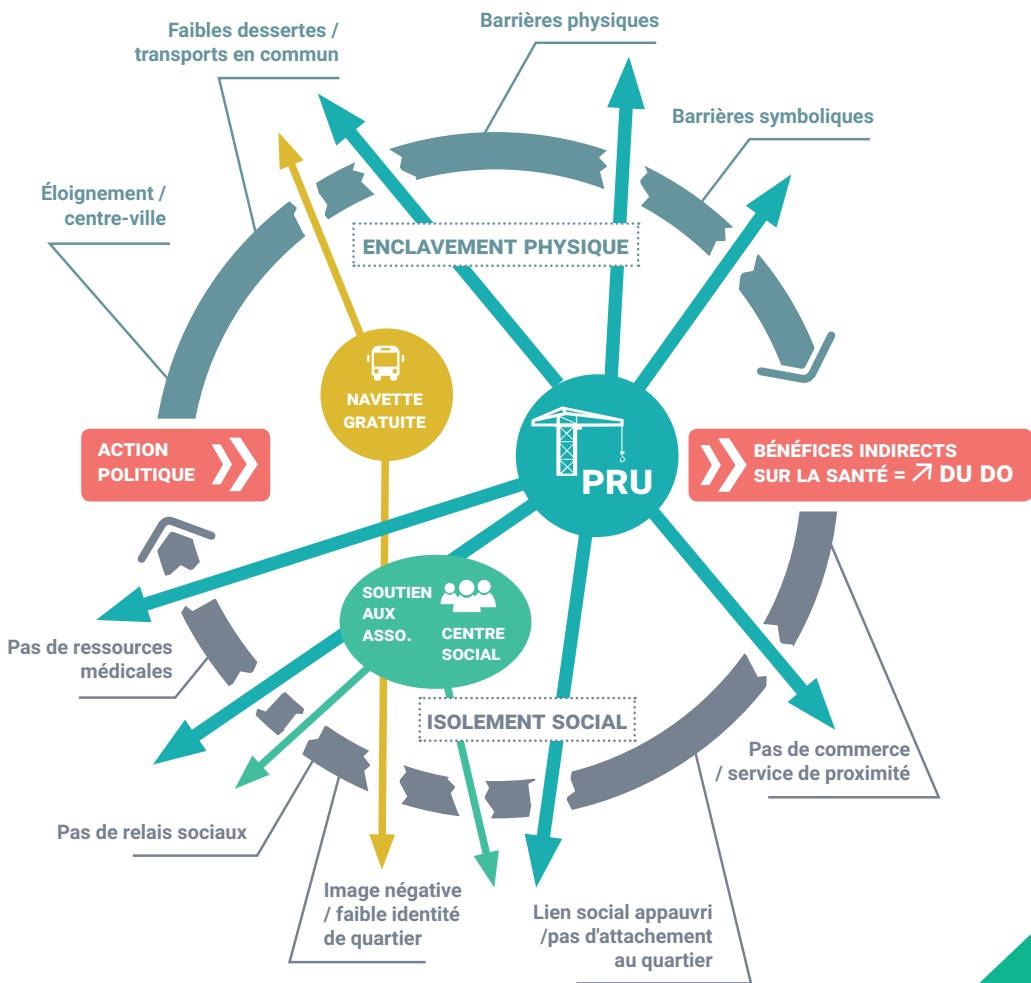
LA MOBILISATION DES RELAIS PAR L'ASV POUR DES ACTIONS CONCERTÉES, EN RÉSEAU, ALLANT D'UN QPV À UN AUTRE

Les difficultés rencontrées à trouver des relais actifs et à mobiliser les habitantes dans les quartiers isolés peuvent en partie être surmontées par le travail des ASV. Par une mobilisation forte de tous les partenaires, un travail concerté avec chacun des relais existants dans les QPV, des **actions décroisées, espacées dans le temps et dans l'espace**, ils génèrent une dynamique de participation mobilisant les publics des différents centres sociaux. Les lieux choisis doivent être opportuns et les interventions adaptées et innovantes.

- **des actions accompagnées par les partenaires sociaux**
- **des lieux en adéquation avec les espaces vécus** des populations
- **des actions favorisant l'échange** (ateliers plutôt que conférences)
- **des actions ludiques et participatives** : théâtre interactif, photomaton rose, production de plaquettes d'information, traduction des messages et élaboration d'outils multi-langues, co-organisation de la soirée événement via l'implication des ateliers des centres socio-culturels (couture, cuisine, informatique)...

ROMPRE AVEC LA SPIRALE NÉGATIVE DES QUARTIERS ENCLAVÉS

L'action politique, en agissant sur un ou plusieurs éléments du contexte social et urbain, peut avoir des effets bénéfiques sur les pratiques de prévention des populations.



Ce guide est le fruit de la synthèse de la recherche-action réalisée par Julia Bardes, sociologue de la santé et de l'environnement, avec le soutien financier de l'ARS IDF, le partenariat entre l'association Élus, santé publique & territoires et l'Université Paris Nanterre et le soutien scientifique et matériel du laboratoire LADYSS.

Remerciements au comité de suivi de la Plateforme Géodépistage IDF : structures départementales de gestion du dépistage, ARS IDF, CPAM, ESPT, Université Paris Nanterre.

© Photographies : Caroline Vaillant et Alexandre Prévot (p.8)

Création graphique : Férielle Papastratidès