CAMPAGNES DE COMMUNICATION & DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

REPÈRES POUR AGIR

Promotion Santé Grand Est

Sommaire

Introduction 1

Comprendre comment sont reçues les campagnes de prévention par les publics 2

Les conditions de vie influencent la manière dont est reçu le message de prévention 2

Les messages de prévention peuvent entrer en tension avec les valeurs et le quotidien des personnes 3

Agir face à un risque pour la santé dépend d'un équilibre entre plusieurs facteurs 3

La peur et la culpabilité : les fausses amies de la prévention 5

Des effets limités ou contre-productifs 5

Un renforcement des inégalités sociales et territoriales de santé en fonction des publics 8

Une implication controversée des proches et des enfants 9

Une communication positive et inclusive pour encourager le dépistage 10

Recommandations 11

S'adapter aux spécificités des publics : un travail autour de l'universalisme proportionné 18

Communiquer oui, mais avec des actions sur le terrain ! 22

Des actions sur l'environnement 22

Des actions collectives en proximité 23

Bibliographie 24

Introduction

Un certain nombre de campagnes de communication ou de prévention en santé publique reposent sur des stratégies fondées sur la peur, la culpabilité ou les risques associés aux comportements individuels. Cela semble être en contradiction avec les principes éthiques et les valeurs de la promotion de la santé, et les preuves d'efficacité sont souvent peu convaincantes, mettant en évidence des effets négatifs (par exemple, le renforcement des inégalités sociales de santé). Les campagnes de communication et de prévention dans le cadre du dépistage organisé des cancers doivent être soigneusement élaborées afin de respecter les critères de la promotion de la santé. Elles doivent non seulement encourager la participation, mais aussi veiller à ce que chaque personne, indépendamment de ses conditions sociales ou culturelles, se sente incluse et motivée à prendre soin de sa santé de façon autonome et éclairée.

Réalisé par Promotion Santé Grand Est avec le soutien de l'Agence régionale de santé Grand Est, ce document propose des repères concrets de communication pour encourager la participation au dépistage organisé des cancers en se basant sur les critères de la promotion de la santé. Compilant des données issues de la littérature scientifique, des recommandations et des exemples, il s'adresse à celles et ceux qui décident, financent ou portent des campagnes de communication ou de prévention en santé publique.

Comprendre
comment sont reçues les campagnes de prévention par les publics

1 Les conditions de vie influencent la manière dont est reçu le message de prévention

Les campagnes de communication en prévention s'appuient souvent sur l'idée que la diffusion d'informations suffit à induire des changements de comportement.

Or, **les messages de prévention sont perçus différemment en fonction des conditions de vie des individus** puisque les manières d'agir et de percevoir sont influencées par leur position sociale (Bourdieu, 1979) et que la santé ne dépend pas seulement des comportements individuels, mais aussi des **conditions socio-économiques d'existence** (logement, emploi, stress, accès aux soins, etc.) :

- **Dans les classes favorisées** : le dépistage organisé est davantage perçu comme un outil de gestion de sa santé par les individus disposant d'un certain capital économique et culturel.
- **Dans les classes populaires précarisées** : la priorité est souvent mise sur les urgences quotidiennes et les préoccupations immédiates (emploi, logement, finances, etc.). Celle-ci s'accompagne souvent d'une minimisation volontaire des risques renvoyant à la notion de déni stratégique : lorsque les conditions de vie rendent difficile l'application des recommandations, il est plus simple d'ignorer ou de relativiser le danger (Peretti-Watel, 2010).

Ainsi, les campagnes de prévention peuvent, paradoxalement, creuser les inégalités sociales de santé, les individus issus de milieux socio-économiques favorisés étant plus enclins à adopter les recommandations préventives, tandis que les populations défavorisées y adhèrent moins, en partie à cause de conditions de vie précaires et d'un ancrage dans le présent, du fait de ces conditions, qui limitent davantage leur capacité à se projeter dans l'avenir.

2 Les messages de prévention peuvent entrer en tension avec les valeurs et le quotidien des personnes

La **dissonance cognitive** (Festinger, 1957) est l'inconfort ressenti lors d'une incohérence entre les croyances, les attitudes et les comportements (**consonance** : état opposé dans lequel il existe une harmonie). Par exemple, elle peut s'exprimer lors d'un **conflit** :

- **Entre la perception de santé et les messages de santé publique** : il y a une incohérence entre l'absence de symptômes et l'idée de participer au dépistage pour détecter une maladie potentielle.
- **Entre la peur du cancer et l'impact du dépistage** : la peur des résultats peut pousser à éviter le dépistage, même si le dépistage améliore les chances de survie.
- **Entre l'individualisme et les messages de santé publique qui insistent sur une responsabilité collective** pour réduire les cancers dans la population. Cela entraine une réactance, réaction émotionnelle négative survenant lorsque sa liberté de choix est menacée, amenant à rejeter ou à éviter le dépistage.

Cette dissonance entraine **l'adoption de stratégies pour réduire l'inconfort ressenti** :
>> Minimiser l'importance du dépistage pour le raccorder aux croyances ("Je suis en bonne santé, ce test n'est pas utile") ;
>> Participer au dépistage pour aligner les actions sur les recommandations ;
>> Trouver des arguments pour éviter le dépistage ("Le dépistage n'est pas fiable" ou "Cela provoque trop d'anxiété").

3 Agir face à un risque pour la santé dépend d'un équilibre entre plusieurs facteurs

Plusieurs composantes doivent être connues pour comprendre comment une menace à notre santé peut motiver ou non à modifier un comportement (Witte, 1992 ; Roger, 1975) :

- **La perception de la gravité de la maladie** > "Le cancer est une maladie qui peut être mortelle " ;
- **La vulnérabilité perçue** > "Je suis à risque parce que j'ai plus de 50 ans " ou "Je n'ai aucun symptôme, donc je ne suis pas concerné" ;
- **L'efficacité perçue** > "Le dépistage permet de détecter un cancer tôt, et cela augmente mes chances de survie " ou "Les dépistages ne sont pas fiables" ;
- **L'auto-efficacité**, ou confiance en ses capacités > "Je peux facilement prendre rendez-vous et suivre les instructions" ou "Je n'ai pas le temps de faire ce test".

>> **Quand l'efficacité perçue est plus forte que la menace perçue,** cela peut déclencher une motivation à se protéger.
>> **Quand la peur est trop intense ou la menace perçue trop forte,** il peut y avoir un évitement (Witte, 1998 ; Leventhal et al., 1984).
>> **Quand les coûts du changement sont plus élevés que les bénéfices,** il peut y avoir un évitement. Par exemple, en prévention des addictions, le danger n'est pas immédiat, mais le plaisir l'est (Morel et al., 2000).

A retenir

Les campagnes de prévention en santé publique ne sont pas reçues de manière uniforme par l'ensemble de la population. Les écarts dans l'adoption des recommandations ne sont pas dus à un manque d'information, mais bien à **des facteurs sociaux, culturels et économiques** qui façonnent les comportements et les perceptions de la santé. Il faut donc tenir compte des conditions de vie et des représentations des publics pour éviter de reproduire ou d'aggraver ces inégalités, proposer des approches adaptées aux réalités des publics et s'intégrer dans une approche globale qui considère la santé comme un enjeu collectif et politique, plutôt qu'une responsabilité uniquement individuelle.

En lien avec ces dimensions sociologiques, l'intégration de concepts psychologiques aide à comprendre comment les gens évaluent les risques et décident de participer ou non au dépistage organisé des cancers. Pour convaincre, il faut agir sur **les perceptions de gravité, de risque, d'efficacité et sur la confiance en ses capacités**. Une campagne bien conçue peut accompagner la transformation de ces perceptions en motivation à agir en prenant en compte le phénomène de dissonance cognitive pour accroître l'efficacité des campagnes et des communications autour du dépistage organisé des cancers.

Des éléments clés et des recommandations sont proposés dans ce document afin de mieux adapter les stratégies de communication et d'encourager une participation proactive et éclairée au dépistage organisé des cancers.

La peur et la culpabilité :

les fausses amies de la prévention

L'usage de la peur ou de la culpabilité dans les campagnes de communication et de prévention en santé publique est un sujet qui a suscité de nombreuses études, car cette stratégie peut avoir des effets contradictoires sur l'engagement des personnes. Bien que cet usage vise souvent à inciter à l'action en créant un sentiment d'urgence ou de responsabilité personnelle, il peut entraîner des effets négatifs, comme la stigmatisation ou l'évitement des comportements proposés dû à des dissonances cognitives.

Des effets limités ou contre-productifs

Les campagnes de communication et de prévention utilisant la peur et la culpabilisation des personnes non-dépistées (par exemple, un message mettant en avant les conséquences négatives d'un comportement dit « à risque ») visent souvent à susciter une réaction émotionnelle chez le public pour modifier son comportement, mais ces stratégies peuvent avoir des effets paradoxaux. D'un côté, elles peuvent motiver des changements de comportement, mais de l'autre, elles peuvent entraîner des effets négatifs. En effet, **si les messages de santé sont perçus comme trop directifs ou contraignants, certains individus peuvent ressentir une réactance, les amenant à rejeter les recommandations ou à éviter le dépistage**. Les résultats des recherches sur ces approches par la peur suggèrent donc que **ces stratégies peuvent être contre-productives** (Blondé et Girandola, 2016 ; Courbet, 2003 ; Lazarus et Folkman, 1984 ; Leventhal, 1971).

>> Minimisation du risque perçu et mise en place de comportements défensifs
Si les campagnes insistent trop sur des messages alarmants ou culpabilisants, elles risquent de provoquer des réactions de défense, comme le rejet du message ou une tendance à éviter l'information. Il s'agit de stratégies psychologiques de réduction de la dissonance. Dans le cas du tabagisme, par exemple, les fumeurs exposés à ce type de communication ont tendance à répondre par le déni (« ça n'arrive qu'aux autres »), l'évitement et l'oubli d'une partie du message.

>> Accroissement de l'anxiété
Ces stratégies peuvent augmenter l'anxiété et réduire la participation, en particulier chez les personnes qui sont initialement éloignées du système médical.

>> Stigmatisation et renforcement des stéréotypes
Les messages culpabilisants peuvent induire de la honte ou un sentiment d'inutilité, surtout chez les individus déjà fragiles ou isolés, réduisant leur probabilité de participer au dépistage. Ils renforcent les stéréotypes négatifs des groupes vulnérables (par exemple, les personnes obèses ou les fumeurs).

>> Effet boomerang
Dans certains cas, la culpabilisation peut provoquer une résistance psychologique et entraîner une augmentation des comportements contraires à ceux recherchés. Par exemple, dans le cadre du tabac, l'individu peut être crispé par le message de prévention et par conséquence, va fumer davantage.

L'utilisation de messages basés sur la peur et les risques doit donc être fortement encadrée et être accompagnée de messages de soutien apportant des solutions concrètes d'accompagnement.
Les populations les plus anxieuses à l'idée du dépistage ne sont pas nécessairement celles qui y participent le plus volontiers. Au contraire, la peur peut constituer un frein significatif à la participation.

Il est donc essentiel de concevoir **des campagnes qui rassurent les personnes, en mettant l'accent sur les avantages du dépistage précoce et en fournissant des informations claires pour dissiper les craintes associées à la procédure**.

Du côté d'autres thématiques de santé publique

Tabagisme

Les campagnes utilisant des images choquantes (poumons abîmés, témoignages de malades) peuvent avoir une efficacité à court terme, mais leur impact s'érode si elles ne sont pas accompagnées d'un soutien par des interventions complémentaires, telles que des programmes d'aide au sevrage tabagique. Des recherches ont montré que les avertissements évoquant la mort tendent à accroître la consommation de tabac, en particulier lorsque cette dernière concourt à l'estime de soi des individus (Hansen et al., 2010). Le rapport national International Tobacco Control France (2014) a également conclu que « dans l'ensemble, les résultats indiquent d'une part que la mise en place des avertissements graphiques (…) n'a pas été efficace pour la majorité des fumeurs en France et d'autre part que l'efficacité des avertissements a en fait diminué au cours du temps ».

Obésité

Les messages culpabilisants peuvent accentuer la stigmatisation et la discrimination des personnes en surpoids, conduisant à une diminution de l'estime de soi et à une augmentation du stress chez les individus concernés. Cette situation peut les décourager, et même entraîner une prise de poids supplémentaire (Poulain, 2009).

Vaccination

Une analyse des campagnes de vaccination contre la grippe a montré que l'utilisation de la peur avait un impact limité sur l'adhésion du public. Les résultats ont révélé que ces approches ne suffisaient pas à elles seules à convaincre les individus de se faire vacciner. L'auteur invite à « considérer ce public comme un véritable partenaire de la campagne de prévention, et pas comme un enfant récalcitrant qu'il convient de gourmander pour qu'il entre enfin dans le droit chemin » (Ferron, 2010).

Un renforcement des inégalités sociales et territoriales de santé en fonction des publics

« Ce sont les publics les plus concernés qui sont les moins touchés par les campagnes ce qui tend à accroître les inégalités de santé . »

Centre d'analyse stratégique, Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation, Note de veille n°166, mars 2010

La crainte de découvrir une maladie ou de devoir affronter un traitement médical peut dissuader les personnes de se faire dépister. Ce phénomène est particulièrement marqué dans certaines populations, comme les femmes issues de groupes ethniques minoritaires, où la peur du système médical et du cancer en général est fréquente.

L'utilisation de la peur dans les campagnes de prévention aggrave les inégalités sociales de santé, car « les destinataires de ces messages ne disposent pas des mêmes ressources individuelles et sociales pour y répondre de manière adéquate » (Ferron, 2010). Des études démontrent également que les femmes issues de milieux socialement défavorisés peuvent percevoir les messages de santé comme menaçants, ce qui les conduit souvent à adopter des stratégies d'adaptation inefficaces (Iversen et Kraft, 2006).

De plus, ces approches risquent d'exclure les groupes les plus vulnérables, qui se sentent déjà marginalisés ou stigmatisés, renforçant ainsi les inégalités existantes (Lang et Ulrich, 2017). Par exemple, dans le domaine de la lutte antitabac, des travaux de recherche montrent comment des campagnes de prévention contribuent à une dégradation de l'image des fumeurs, ce qui peut avoir un impact négatif sur eux. Certaines de ces campagnes ne tiennent pas suffisamment compte des conditions de vie des populations les plus défavorisées et de leur influence sur la consommation de tabac (Peretti-Watel, 2013).

Une implication controversée des proches et des enfants

L'implication des jeunes dans les stratégies de communication en santé publique s'appuyant sur la dramatisation ou sur la peur soulève des questions d'éthique, d'impact émotionnel et d'efficacité.

- **Instrumentalisation des enfants**

Transmettre un message anxiogène (maladies, risques, mort…) à travers les jeunes s'appuie sur l'innocence et la sensibilité émotionnelle associées à l'enfance pour manipuler le spectateur.

- **Pression morale déplacée**

Faire porter à un enfant la responsabilité d'inciter un adulte au dépistage peut créer une pression morale inappropriée pour les parents ou les proches.

- **Culpabilité des adultes**

Ce type de message peut susciter des sentiments de culpabilité chez les adultes. Le dépistage n'apparaît plus comme une démarche de prévention, mais davantage comme une réponse à une menace imminente, ce qui peut engendrer du stress ou un rejet.

- **Risque psychologique pour les enfants**

Les enfants exposés à ce type de discours peuvent développer des peurs liées à la santé de leurs parents et cela peut affecter leur bien-être psychologique en particulier (Davidson et McMahon, 2006).

Une communication positive et inclusive

pour encourager le dépistage

Diverses études sur les campagnes de communication autour du dépistage concluent que les messages qui valorisent l'aspect "prendre soin de soi" augmentent la participation par rapport à ceux utilisant la peur seule.

>> Par exemple, une recherche de 2015 a comparé l'efficacité de deux approches de communication pour le dépistage du cancer colorectal : les résultats ont indiqué que l'approche fournissant aux personnes participantes des informations complètes et équilibrées et leur permettant de prendre une décision éclairée concernant le dépistage était plus efficace pour encourager la participation au dépistage que d'utiliser des messages visant à susciter la peur.

Bien que l'étude ne fournisse pas de chiffres précis sur l'augmentation de la participation, elle suggère que les messages qui respectent l'autonomie des individus et les encouragent à prendre soin de leur santé sont plus efficaces que ceux qui reposent uniquement sur la peur (Broc et al., 2015).

Les stratégies positives permettent ainsi de minimiser la dissonance cognitive et réduire les résistances au dépistage. Elles se concentrent sur les avantages de la détection précoce et sur des messages de soutien au lieu de culpabiliser les individus pour leur manque de participation. Il est démontré que les messages motivants et encourageants, qui renforcent l'autonomie et fournissent des ressources pour aider les personnes dans leur démarche, favorisent une participation plus élevée (Tavakoli et al., 2024).

Recommandations

Les campagnes de communication et de prévention basées sur une approche de promotion de la santé pour le dépistage organisé des cancers doivent répondre à plusieurs critères afin de maximiser leur efficacité et leur impact. De manière générale, pour éviter les effets négatifs de la peur et de la culpabilisation, les campagnes devraient :

>> **Privilégier des stratégies qui combinent information, empowerment et soutien émotionnel.**
>> **Véhiculer des valeurs et promouvoir les bénéfices au lieu de communiquer sur les dangers pour la santé.**
>> **Mettre l'accent sur les actions positives plutôt que sur les risques.**

Sont présentés dans les pages suivantes des éléments-clés selon cette approche, soutenus et appuyés par des références scientifiques.

Normaliser et dédramatiser l'acte de dépistage

Pourquoi ?

Les dépistages de cancers sont souvent entourés de tabous ou de craintes (douleur, gêne, diagnostic). Les campagnes positives s'efforcent de normaliser l'acte de dépistage comme une routine de soin, au même titre qu'un contrôle médical annuel.

Comment ?

► Utiliser **des témoignages rassurants**.

► Informer avec **empathie** et employer **un ton léger ou bienveillant.**

► Ajouter des **notes d'humour** pour capter l'attention et diminuer la résistance au message (Miller et al., 2021). Cependant, tous les sujets ne se prêtent pas au rire et les émetteurs institutionnels ne sont pas toujours prêts à assumer ces messages.

► Éliminer des barrières psychologiques en **reconnaissant les peurs et réticences** communes, comme la douleur, la peur du diagnostic ou l'embarras et en laissant **une place aux interrogations des individus**.

Exemple

Les campagnes expliquant que les mammographies ou les tests de dépistage colorectaux sont rapides et peu invasifs.

Utiliser des messages positifs et non-culpabilisants mettant en avant les bénéfices

Pourquoi ?

Des recherches sur les campagnes de dépistage ont montré que des messages positifs augmentent les taux de participation. Cette approche est également soutenue par Santé publique France qui a publié des recommandations soulignant l'importance de messages rassurants et d'actions de prévention inclusives.

Comment ?

► Procéder selon une approche centrée sur **les déterminants de la santé** plutôt que sur les conséquences néfastes de certains comportements.

► Mettre en avant **les bénéfices** plutôt que les risques : par exemple, se concentrer sur des messages rassurants en présentant des témoignages de personnes ayant détecté tôt leur cancer et qui ont pu bénéficier de traitements efficaces.

► Avoir une vigilance lors de la construction de la communication sur **les effets potentiellement stigmatisants.**

Renforcer l'autonomisation et les capacités des personnes à prendre des décisions éclairées concernant leur santé

Pourquoi ?

Des études ont montré qu'une information de bonne qualité ne modifie pas le taux de participation, mais améliore le niveau de conscience de chacun. Il est important de renforcer la perception qu'une personne peut agir efficacement pour améliorer sa santé. L'autonomisation, en offrant des informations compréhensibles et accessibles, est cruciale pour encourager la participation volontaire. Des études comme celles de Witte et al. (2001) indiquent qu'une perception de contrôle personnel, c'est-à-dire le fait de croire en sa capacité à effectuer les actions nécessaires, facilite l'adoption des comportements préventifs, comme le dépistage. Il s'agit donc de mettre l'accent sur la liberté de décision de la personne : le droit au refus, le droit de choisir parmi un panel d'alternatives, etc.

Comment ?

► Intégrer **des informations claires et compréhensibles** sur le dépistage, les avantages de la détection précoce et les options disponibles, mais également sur la prise en compte des risques imposés autant que des risques choisis.

► Présenter le dépistage non comme un moyen de "découvrir la maladie" mais plutôt comme **un acte de soins préventifs et de prise de contrôle personnel sur sa santé** peut être plus convaincant.

► Veiller à ne pas s'appuyer uniquement sur la charge émotionnelle, mais à **accompagner la communication d'un soutien concret** en fournissant des informations claires et détaillées sur la prise de rendez-vous, le coût (souvent gratuit), le temps nécessaire, ainsi que des ressources pratiques telles que des lignes d'assistance téléphonique ou des outils de réservation en ligne. Il peut également s'agir de proposer une plateforme interactive où les personnes peuvent poser des questions et recevoir des réponses sur le dépistage (fréquence, procédures, confidentialité des résultats), renforçant ainsi la capacité à prendre des décisions informées.

Prendre en compte les intérêts des populations cibles

Pourquoi ?

Il est nécessaire « d'axer les messages sur autre chose que le gain en espérance de vie et en ne choisissant pas à la place des gens, la quantité contre la qualité » (Ferry, 1992), c'est-à-dire qu'il faut prêter attention à la question des priorités et des valeurs personnelles dans les choix de vie, y compris en matière de santé. Dans le cadre des campagnes de dépistage, on pourrait interpréter cette phrase comme un appel à prendre en compte les valeurs individuelles dans les décisions de santé. En effet, certaines personnes peuvent privilégier leur qualité de vie, préférant vivre intensément, plutôt que de prolonger indéfiniment leur existence avec des traitements et examens médicaux qu'elles perçoivent comme intrusifs ou anxiogènes ou d'être constamment préoccupées par la possibilité de maladies (Fainzang, 2000). Pour d'autres personnes, la prévention d'une maladie n'entre pas dans les préoccupations face à des problèmes plus urgents à résoudre.

Comment ?

► Offrir un message plus nuancé qui respecte les choix de chacun. Au lieu de focaliser exclusivement sur les bénéfices de la détection précoce, il s'agit de mettre en avant **des messages de respect de la personne et de ses valeurs personnelles.**

► Valoriser non seulement le dépistage comme moyen de sauver des vies, mais aussi comme **un choix personnel éclairé**, guidé par la manière dont chaque individu souhaite vivre sa vie.

► Veiller à ne pas tomber dans la culpabilisation, en évitant de faire sentir aux personnes qu'elles risquent de « gâcher » leur vie si elles choisissent de ne pas participer. Au lieu de cela, il est question d'offrir **des informations transparentes et empathiques**, permettant à chacun de décider s'il souhaite ou non se faire dépister en fonction de ses priorités de vie et de ses valeurs.

S'appuyer sur les acteurs locaux, communautaires et les partenaires

Pourquoi ?

Les campagnes doivent impliquer les acteurs locaux et communautaires pour renforcer la confiance et encourager la participation. L'implication des professionnel·les de santé, des associations locales, ou des personnes concernées elles-mêmes, peut aider à diffuser le message de manière plus accessible, à renforcer leur crédibilité et à réduire certaines barrières à la participation.

Comment ?

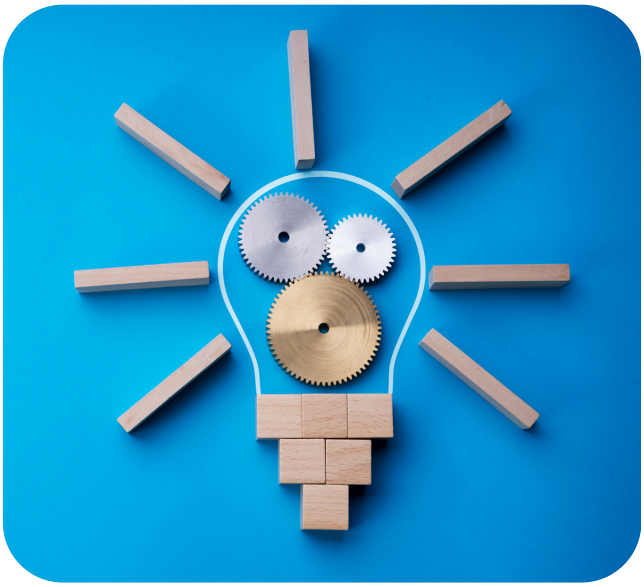
► Collaborer avec des acteurs locaux en incluant **des partenariats avec des associations locales, des groupes de soutien et des établissements de santé** .

► Utiliser **divers canaux de communication** tels que les réseaux sociaux et les médias locaux (radios communautaires, presse régionale, etc.) pour diffuser des messages adaptés aux territoires et aux publics.

► **Accompagner la communication par des actions sur le terrain** et au plus près de la population.

Exemple

Une campagne autour du dépistage organisé du cancer du sein pourrait intégrer des ambassadrices de santé et des volontaires communautaires formées pour parler du dépistage et encourager les femmes à participer. Ces bénévoles seraient issues des mêmes communautés que le public visé, ce qui permettrait de créer un lien de confiance et d'encourager un dialogue ouvert (Cambon et al., 2007).



Intégrer des témoignages et des modèles sociaux

Pourquoi ?

Les campagnes efficaces incluent souvent des témoignages de personnes ayant vécu une expérience positive avec le dépistage. Ces témoignages, souvent vécus par des pair·es (des personnes issues des mêmes groupes sociaux ou communautaires), permettent de rendre les messages de santé plus authentiques et peuvent rassurer les individus et les encourager à participer (Bandura, 2004). Les témoignages permettent aussi de dissiper les peurs liées au dépistage et de normaliser la démarche en montrant des résultats positifs ou expériences rassurantes.

Comment ?

► Intégrer **des témoignages vidéo ou des interviews d'individus qui ont réalisé un dépistage** : ces retours d'expérience doivent être explicites en montrant des personnes proches de la population cible (exemple : témoignage d'une personne en situation de handicap lors d'une campagne spécifique à ce public) qui retracent leurs parcours mais aussi expriment leurs craintes et présentent les leviers mis en place.

Évaluer et ajuster les stratégies pour répondre aux besoins des populations cibles

Pourquoi ?

Une campagne de prévention doit inclure un processus d'évaluation continue pour mesurer son impact et son efficacité. Cela permet d'adapter les messages et les stratégies en fonction des résultats et des retours des populations ciblées, assurant ainsi que la campagne reste pertinente et efficace.

Comment ?

► Collecter les données sur **les taux de participation, sur les perceptions du dépistage et sur les obstacles rencontrés** par les populations ciblées.

► Mettre en place des mécanismes de **feedback** (enquêtes, groupes de discussion) pour mesurer l'efficacité des messages et des stratégies de diffusion.

► **Ajuster les stratégies en fonction des résultats de l'évaluation** : par exemple, adaptation des messages pour les rendre plus pertinents et attractifs en fonction des retours, utilisation d'autres canaux de communication…

Vigilance !
L'évaluation ne doit pas se limiter à mesurer le taux de participation d'un public ciblé : il faut s'assurer que les campagnes ciblées ne génèrent « ni honte, ni culpabilité, ni perte de l'estime de soi. Le risque étant d'induire un processus de renforcement négatif antagoniste aux effets escomptés » (Saetta et al., 2020).

S'adapter aux spécificités des publics : un travail autour de l'universalisme proportionné

Pourquoi ?

- Les cancers touchent plus fréquemment et avec davantage de gravité les populations les plus défavorisées. En mettant en place des campagnes de dépistage à grande échelle, il existe un risque que certains groupes, notamment ceux les plus exposés à la précarité, éloignés des soins ou confrontés à des difficultés quotidiennes, ne puissent en bénéficier pleinement (Lechopier, 2024).
- Les dispositifs de dépistage organisé tendent à avantager principalement les classes sociales déjà en meilleure santé, contribuant ainsi à accentuer les inégalités sociales de santé (Lechopier et Hamant, 2017).
- Une revue spécifique sur le dépistage organisé du cancer colorectal montre que, dans une vingtaine de pays ayant adopté ce type de programme, les inégalités de participation suivent généralement le gradient social de santé (Potter, 2013).
- Les déterminants culturels, sociaux et économiques influencent non seulement l'accès aux soins, mais aussi les attitudes, les croyances et les comportements des populations face au dépistage. Ignorer ces aspects peut conduire à des inégalités en matière de santé et réduire l'efficacité des campagnes (Marmot et al., 2012) puisque les barrières culturelles et linguistiques jouent un rôle crucial dans l'adhésion au dépistage organisé. Les campagnes doivent être adaptées aux spécificités culturelles, sociales et économiques des populations ciblées.

Il convient de penser les campagnes de communication et de prévention selon le principe d'universalisme proportionné. Cela invite à une approche différenciée, adaptée aux besoins spécifiques des diverses populations concernées (Lechopier , 2024 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023 ; Institut National du Cancer, 2019).

« L'**universalisme proportionné** combine **mesures universelles** (s'adressant à l'ensemble de la population) **et mesures proportionnelles ciblées** (adaptées aux besoins spécifiques des sous-groupes de population). Il vise donc à proposer une intervention universelle à l'ensemble de la population, en adaptant et intensifiant les modalités selon les besoins spécifiques, capacités et environnements des différents sous-groupes de population. Il permet donc une intervention modulable et proportionnée qui va améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, **tout en favorisant la réduction des écarts de santé entre les groupes sociaux.** Il s'agit d'ajuster l'action au gradient social de santé. De plus, cette démarche implique la prise en compte de la multiplicité des déterminants de la santé (exemple : éducation, habitat, urbanisme…), qui impactent inégalement les différentes catégories de la population, soulignant donc la nécessité de l'intersectorialité ».

Glossaire en promotion de la santé, Promotion Santé Grand Est, 2024

Comment ?

► **Identifier les sous-groupes, leurs spécificités et leurs besoins**, c'est-à-dire, réaliser un diagnostic pour repérer les populations les moins dépistées.

- Étude des taux de participation selon certaines variables (âge, sexe, niveau socio-économique, répartition géographique, etc.).
- Échanges avec les professionnels qui gravitent autour du dépistage et pouvant identifier des populations moins engagées.
- Enquêtes auprès de la population pour recueillir des informations sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées au dépistage des populations et identifier les perceptions, les croyances ou les craintes qui peuvent dissuader certains groupes de participer.
- Examiner les obstacles potentiels tels que les barrières linguistiques, culturelles, financières ou liées à l'accessibilité des services de santé que ces personnes peuvent rencontrer.

► **Adapter les messages à des groupes spécifiques, à leur culture et à leur niveau de littératie en santé** pour améliorer la compréhension et l'acceptation des campagnes de dépistage (ex. traduction des supports, utilisation de symboles ou métaphores significatifs culturellement, communication en FALC, etc.).

► **Identifier et utiliser différents supports** (affiches, réseaux sociaux, vidéos) pour atteindre des groupes spécifiques, comme les minorités ethniques ou les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé voire les personnes sans accès à internet.

► **Représenter la diversité en utilisant des visuels et des récits qui reflètent la population cible**, y compris les différentes tranches d'âge, origines sociales, ethniques et géographiques et pour que chaque individu puisse s'y identifier.

► **Mettre en avant l'accessibilité du dépistage**, en soulignant la proximité des centres de dépistage ou en offrant un soutien pour surmonter des obstacles pratiques (comme le transport ou les horaires de travail).

► **Utiliser des ressources communautaires** en collaborant avec des acteurs communautaires pour diffuser le message dans des contextes où des barrières culturelles ou de la méfiance envers le système de santé existent.

Exemple

Invitations par courrier au dépistage organisé

Approche universelle
Envoi d'une lettre standardisée et d'un kit d'invitation au dépistage à toutes les personnes éligibles.

Approche proportionnée
Invitation qui inclut des éléments de langage adaptés selon le profil :

- **Pour les populations éloignées des soins** : insister sur la gratuité et la simplicité.
- **Pour les populations réticentes** : répondre aux fausses croyances et par exemple, rappeler que "le dépistage est indolore et rapide".
- **Pour les personnes à faible niveau de littératie en santé** comme les personnes en situation de handicap, illettrées ou encore allophones : ajouter des visuels simples et accessibles.

Collaboration avec des acteurs locaux dans les campagnes d'information

Approche universelle
Afficher des campagnes sur le dépistage dans des lieux publics (mairies, pharmacies, cabinets médicaux).

Approche proportionnée

- **Pour les zones rurales ou mal desservies** : organiser des points d'information avec des équipes de santé dans des lieux accessibles (marchés, maisons de santé pluridisciplinaires).
- **Pour les publics en situation de précarité** : travailler avec des associations, centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ou structures sociales pour distribuer l'information.
- **Pour les minorités culturelles** : passer par des personnes médiatrices, des pair·es ou des associations communautaires pour transmettre les messages dans les langues d'usage et tenir compte des barrières culturelles.

Exemple

Supports de communication

Approche universelle
Utiliser les canaux traditionnels (mailing, SMS, courriers) pour informer les assuré·es.

Approche proportionnée

- **Pour les populations âgées et peu connectées** : opter pour des messages vocaux ou des appels téléphoniques avec un·e conseiller·e de la Caisse primaire d'assurance maladie.
- **Pour les populations migrantes ou en situation d'isolement** : mettre à disposition des supports en plusieurs langues (flyers, vidéos explicatives), et organiser des rencontres avec des professionnel·les de santé.

Accompagnement

Approche universelle
Fournir des informations détaillées dans l'invitation pour aider à comprendre le dépistage et trouver un centre proche.

Approche proportionnée

- Mettre en place une ligne téléphonique dédiée, gratuite et multilingue, pour répondre aux questions et organiser les rendez-vous.
- Proposer des personnes accompagnatrices pour les personnes en difficulté en partenariat avec des associations ou des bénévoles.
- Offrir une assistance renforcée pour remplir et retourner les kits de dépistage colorectal pour celles et ceux qui ont des difficultés administratives.

Suivi et relance

Approche universelle
Envoyer des relances à celles et ceux qui n'ont pas participé après la première invitation

Approche proportionnée

- Proposer un contact humain (par téléphone ou en rendez-vous) pour discuter des freins ou organiser une aide logistique.
- Appels téléphoniques pour les populations à risque identifiées (faible participation dans certains quartiers ou catégories socio-économiques).

Communiquer oui,

mais avec des actions sur le terrain !

Les mécanismes qui sous-tendent les changements de comportement sont complexes. Des recherches en sciences du comportement ont montré l'absence de lien automatique entre l'apport de connaissances et le changement de comportement (Godin, 1991). La passation d'informations seule ne suffit donc pas à modifier les comportements des individus. Dans une approche de promotion de la santé, il est nécessaire de coupler la communication envers les populations cibles à d'autres stratégies complémentaires.

Des actions sur les environnements

Il est contre-productif d'encourager et de sensibiliser les individus au dépistage si celui-ci est inaccessible. Il est donc essentiel de concevoir le dépistage organisé des cancers dans une perspective de parcours, **en agissant en amont sur l'environnement** pour garantir l'efficacité de l'ensemble de la démarche.

Par exemple, il convient de penser **l'accessibilité géographique** (proximité et moyen de déplacement à un centre de radiologie), **la réduction des barrières pratiques au dépistage** (simplification des démarches, prise en compte des horaires de travail ou des responsabilités familiales, matériel adapté aux personnes en situation de handicap), etc. L'intégration de ces considérations pratiques est cruciale.

Des actions collectives de proximité

Les actions de proximité permettent de multiplier les opportunités en allant à la rencontre des publics cibles. Ces actions collectives autour du dépistage organisé des cancers devraient prendre en compte **les critères qualité des actions éducatives, le renforcement de l'accès à une information claire et compréhensible, le travail sur les représentations des publics**, mais également **s'appuyer sur l'intégration des pair·e·s** et r**enforcer la participation des publics.**

Promotion Santé Grand Est a construit un guide autour des actions collectives dans le cadre du dépistage organisé des cancers.

Disponible sur
www.promotion-sante-grandest.org
rubrique Nos productions.

Actions collectives & dépistage organisé des cancers. Repères pour agir

En dépit de la mise en place du dépistage organisé et d'un dispositif national assurant la gratuité de l'examen, d'importantes inégalités sociales et territoriales subsistent dans la participation au dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal.
Ce document propose un concentré de connaissances et de recommandations pratiques pour la mise en œuvre d'actions collectives autour du dépistage organisé des cancers. Fondée sur une analyse de la littérature scientifique et d'expériences de terrain, cette ressource met en lumière des leviers d'action efficaces et valorise des initiatives menées sur le territoire national. Destinée à celles et ceux qui décident, financent ou agissent sur le terrain, elle offre des outils concrets pour concevoir et déployer des actions au plus près des besoins des populations.

Avec le soutien financier de l'ARS Grand Est

Bibliographie

Tous les liens ont été consultés le 11 mars 2025.

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior, 31(2), 143–164. https://doi.org/10.1177/1090198104263660
- Blondé, J., & Girandola, F. (2016). Faire « appel à la peur » pour persuader ? Revue de la littérature et perspectives de recherche. L'Année psychologique, 116(1), 67–103. https://doi.org/10.3917/anpsy.161.0067
- Bourdieu, P. (1979). La distinction : Critique sociale du jugement. Éditions de Minuit.
- Broc, G., Denis, B., Gana, K., Gendre, I., Perrin, P., & Pascual, A. (2015). Efficacité comparée d'un choix informé et d'un appel à la peur appliqués au dépistage du cancer colorectal. Une étude randomisée contrôlée. Revue internationale de psychologie sociale, 28(3), 59–96. https://shs.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2015-3-page-59?lang=fr
- Cambon, L., Mangin, G. et Barthélémy, L. (2007) . Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. Santé Publique, Vol. 19(6), 513-523. https://doi.org/10.3917/spub.076.0513
- Centre d'analyse stratégique. (2010, mars). Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation (Note de veille n°166).
- Courbet, D. (2003). Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages suscitant de la peur. Communication, 22(1). https://doi.org/10.4000/communication.4786
- Davidson, J., & McMahon, C. (2006). The impact of anxiety on children's emotional development: A review. Australian Journal of Educational and Developmental Psychology, 6, 19–31.
- Fainzang, S. (2000). L'éthique est-elle risquée ? La Santé de l'Homme, (345), 32–33.
- Ferron, C. (2010). Vaccination contre la grippe : fallait-il faire usage de la peur ? Santé Publique, 22(2), 249–252. https://doi.org/10.3917/spub.102.0249
- Ferry, L. (1992). Le nouvel ordre écologique – L'arbre, l'animal et l'homme. Éditions de l'Aube.
- Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford University Press.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Santé, 9(1), 67-94
- Hansen, J., Winzeler, S., & Topolinski, S. (2010). When the death makes you smoke : a terror management perspective on the effectiveness of cigarette on-pack warnings. Journal of Experimental Social Psychology, 46, 226-228.
- Institut National du Cancer. (2019). Bilan des actions de réduction des inégalités et des pertes de chances du Plan cancer 2014-2019. Disponible à https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/plan-cancer-2014-2019-selection-des-realisations-2019-mars-2020
- Iversen, A. C., & Kraft, P. (2006). Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? Health Education Research, 21(5), 601–610. https://doi.org/10.1093/her/cyl014
- Lang, T., & Ulrich, V. (2017). Les inégalités sociales de santé : Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. Paris.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer.

- Lechopier, N. (2024). Universalisme proportionné et dépistage des cancers. Revue française d'éthique appliquée, 15(1), 15–18. https://doi.org/10.3917/rfeap.015.0015
- Lechopier, N., & Hamant, C. (2017). Accompagner et prévenir. Tensions éthiques dans le dépistage du cancer colorectal. Sciences sociales et santé, 35(4), 5–28. https://doi.org/10.1684/sss.2017.0401
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. and Steele, D.J. (1984) Illness Representations and Coping with Health Threats. In: Baum, A., Taylor, S.E. and Singer, J.E. Eds., Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 219-252
- Leventhal, H. (1971). Fear appeals and persuasion: The differentiation of a motivational construct. American Journal of Public Health, 61(6), 1208–1224. https://doi.org/10.2105/AJPH.61.6.1208
- Marmot, M. G., et al. (2012). The Marmot Review: Fair Society, Healthy Lives.
- Miller, E., Bergmeier, H. J., Blewitt, C., O'Connor, A., & Skouteris, H. (2021). A systematic review of humour-based strategies for addressing public health priorities. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 45(6), 568-577. https://doi.org/10.1111/1753-6405.13142
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., & Tonnelet, G. (2000). Prévenir les toxicomanies. Paris : Dunod.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2023). Feuille de route des dépistages organisés des cancers 2024-2028. Disponible à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_depistage_organise_des_cancers_2024_2028.pdf
- Peretti-Watel P., 2013. « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? », Revue d'Épidémiologie et de Santé publique, 61 S3, p. 158-162.
- Peretti-Watel, P. (2010). La sociologie du risque. Armand Colin.
- Poulain, J. (2009). Sociologie de l'obésité. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.poula.2009.01
- Potter, M. B. (2013). Strategies and resources to address colorectal cancer screening rates and disparities in the United States and globally. Annual Review of Public Health, 34, 413–429. https://doi.org/ 10.1146/annurev-publhealth-031912-114436
- Projet ITC. (2014). Rapport national ITC France. Résultats des vagues 1 à 3 de l'enquête (2006-2012) Principaux Résultats. Université de Waterloo; Santé publique France; Institut national du cancer (INCa).
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. The Journal of Psychology, 91(1), 93–114. https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803
- Saetta, S., Kivits, J., Frohlich, K., & Minary, L. (2020). Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac. Santé Publique, 32(5), 473–478. https://doi.org/10.3917/spub.205.0473
- Tavakoli, B., Feizi, A., Zamani-Alavijeh, F., et al. (2024). Factors influencing breast cancer screening practices among women worldwide: A systematic review of observational and qualitative studies. BMC Women's Health, 24, 268. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03096-x
- Witte, K., Meyer, G., & Martell, D. (2001). Putting the fear back into fear appeals: The Extended Parallel Process Model. Health Education & Behavior, 27(5), 591–615. https://doi.org/10.1080/03637759209376276
- Witte, K. (1998). Fear as motivator, fear as inhibitor: Using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures. In P. A. Andersen & L. K. Guerrero (Eds.), Handbook of communication and emotion: Research, theory, applications, and contexts (pp. 423–450). Academic Press.
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. Communication Monographs, 59(4), 329–349. https://doi.org/10.1080/03637759209376276

Réalisation Promotion Santé Grand Est
Rédaction : Floriane Lutrat / Groupe de travail : Emilie Feriel, Sandrine de Oliveira, Floriane Lutrat / Relecture : Emilie Feriel, Sandrine de Oliveira / Maquettage : Emilie Christophe / Photographies : Canva

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

Citation proposée
Lutrat F, Campagnes de communication et dépistage organisé des cancers : Repères pour agir. Laxou : Promotion Santé Grand Est ; 2025. 25 p.

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

Mars 2025

CAMPAGNES DE COMMUNICATION & DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

REPÈRES POUR AGIR

Ce document propose des repères concrets de communication pour encourager la participation au dépistage organisé des cancers en se basant sur les critères de la promotion de la santé.

Compilant des données issues de la littérature scientifique, des recommandations et des exemples, il s'adresse à celles et ceux qui décident, financent ou portent des campagnes de communication ou de prévention en matière de santé publique.

Promotion Santé
Grand Est