



HAL
open science

COLONAV : La navigation pour favoriser la participation des populations défavorisées au dépistage du cancer colorectal

Valérie Buthion, Jennifer Ramone-Louis, Sophie Rousseau, Mathilde Chanal, Méli^ssa Amate, Camille Allary

► To cite this version:

Valérie Buthion, Jennifer Ramone-Louis, Sophie Rousseau, Mathilde Chanal, Méli^ssa Amate, et al.. COLONAV : La navigation pour favoriser la participation des populations défavorisées au dépistage du cancer colorectal . [Rapport de recherche] Université lumière Lyon 2. 2015. hal-01245937

HAL Id: hal-01245937

<https://hal.science/hal-01245937v1>

Submitted on 22 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

COLONAV

La navigation pour favoriser la participation des populations défavorisées au dépistage du cancer colorectal

RAPPORT DE RECHERCHE
Analyse organisationnelle

Décembre 2015

Volet de l'étude dirigé par Valérie Buthion, Maître de Conférences des Universités-HDR, Université Lyon 2, COACTIS EA 4161

Ont participé à ce travail

Jennifer Ramone-Louis, laboratoire COACTIS, EA 4161, Université Lumière Lyon2

Sophie Rousseau, Institut Gustave Roussi, Paris

Mathilde Chanal, laboratoire COACTIS EA 4161, Université Lumière Lyon 2

Melissa Amate, laboratoire COACTIS EA 4161, Université Lumière Lyon 2

Camille Allary, Centre Hygée, Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, Saint-Etienne

**L' tude COLONAV a été réalisée avec la contribution financière de
L'Institut Nationale du Cancer
et de La Ligue Nationale Contre le Cancer, qui a contribué financièrement à
l'analyse contenue dans ce rapport**

Nous remercions les cinq personnes recrutées dans le cadre de l'étude COLONAV, qui ont joué le jeu de l'expérience avec beaucoup de professionnalisme.

Résumé

Plusieurs études ont montré que le test par recherche de sang occulte dans les selles (RSOS), suivie de la coloscopie en cas de résultat positif peut réduire la mortalité du CRC. Mais pour être efficace sur le plan médico-économique, une forte participation de la population cible est nécessaire (au moins 50%). En France, pour la période 2009-2010, le taux national de participation pour cette période était seulement de 33,8%.

En France, la corrélation entre le statut socio-économique et le taux de participation a été observée. La France est un des pays d'Europe occidentale où le gradient socioéconomique - mesuré par le niveau d'éducation - a l'impact le plus élevé sur la mortalité. L'impact des inégalités sociales sur les taux de cancer a été montré, y compris celui colorectal. Le lieu de vie a également une influence.

ColoNav est un projet de recherche interventionnelle financée par l'Institut National du Cancer (INCa) et la Ligue Nationale contre le Cancer. Adaptée des programmes de navigation américains, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un programme de navigation sur la participation au programme du DOCCR des populations vivant dans des zones défavorisées. Une évaluation réaliste a été menée permettant de prendre en compte le contexte de l'intervention. Une évaluation du contexte lié au patient a été menée, ainsi qu'une analyse organisationnelle et économique du dispositif ont été menées. Enfin, les enjeux éthiques soulevés par l'intervention des navigateurs ont également été étudiés.

Ce rapport présente l'analyse organisationnelle. Il s'agit de décrire les conditions dans lesquelles l'expérience a fonctionné. Pour dégager ces conditions, nous avons procédé à une analyse approfondie de l'organisation mise en place et des décisions qui ont présidé à la mise en œuvre de l'expérimentation. Nous avons concentré notre analyse sur l'action et son déroulement. Les données dont nous disposons pour analyser l'arène de l'action nous a permis d'analyser :

- L'identité de l'acteur central de l'étude, c'est-à-dire le navigateur, par l'étude de son profil et de la manière dont il exerçait son rôle auprès des populations cible
- Les différents acteurs entrés en interaction avec le navigateur dans le cadre de sa fonction, qu'ils aient été partenaires ou non de l'action

Ces résultats sont présentés en trois parties : le profil du navigateur, le mode d'accompagnement des personnes cible et les effets modérateurs des acteurs présents dans les situations d'action.

Sommaire

<i>Le projet COLONAV : contexte et question de recherche</i>	4
<i>Cadre conceptuel, méthode d’investigation et modèle d’analyse</i>	21
<i>Profil du navigateur au recrutement</i>	34
<i>Mode d’accompagnement des personnes cible par les navigateurs</i>	63
<i>Modération de l’activité des navigateurs par l’environnement</i>	89
<i>Conclusion</i>	133
<i>Bibliographie</i>	134
<i>Liste des figures</i>	146
<i>Liste des tableaux</i>	147

Le projet COLONAV : contexte de question de recherche

I. Le projet COLONAV

Le cancer colorectal (CRC) est le troisième cancer le plus souvent diagnostiqué et la deuxième cause de décès par cancer chez les hommes et les femmes en France, selon les estimations GLOBOCAN¹. Environ, 42 000 cas ont été nouvellement diagnostiqués en 2012, principalement des hommes et 17 500 décès ont été attribués au CRC.

Depuis 2008, le dépistage organisé du CCR a été mis en œuvre en France : les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans reçoivent tous les 2 ans, une lettre d'invitation standardisée pour les encourager à consulter leur médecin généraliste, qui leur délivre un test de dépistage. Si ces personnes ne répondent pas à l'invitation, ils recevront une lettre de relance, sans retour de leur part ils recevront le test directement chez eux dans les 6 mois après la première invitation. Le test utilisé au moment de l'étude était le test par recherche de sang occulte dans les selles, appelé test Hemoccult, suivi d'une coloscopie en cas de résultat positif.

Plusieurs études ont montré que le test par recherche de sang occulte dans les selles (RSOS), suivie de la coloscopie en cas de résultat positif peut réduire la mortalité du CRC. Mais pour être efficace sur le plan médico-économique, une forte participation de la population cible est nécessaire (au moins 50%).

En France, pour la période 2009-2010, 17 millions de Français ont été invités à participer au programme de dépistage du CCR. Le taux national de participation pour cette période était seulement de 33,8%, tandis que les objectifs nationaux à l'issue du Plan Cancer 2003-2013 étaient d'atteindre 65%. D'importantes disparités sont enregistrées. Les femmes participent plus que les hommes (36,5% vs 31,4%). Chez les hommes, les personnes âgées (plus de 70) participent davantage que les plus jeunes. Les femmes entre 60 et 64 ans participent plus. En outre, les taux de participation varient considérablement selon les régions.

Les facteurs affectant la participation au programme de dépistage organisé ont été analysés. Le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'éducation, le statut social et économique peuvent influencer la participation. En France, la corrélation entre le statut socio-économique et le taux de participation a été observée (C. Pornet et al. 2010).

Par ailleurs, la France est un des pays d'Europe occidentale où le gradient socioéconomique - mesuré par le niveau d'éducation - a l'impact le plus élevé sur la mortalité (Mackenbach et al. 2008). Il y a aussi un impact des inégalités sociales sur les taux de cancer, y compris celui colorectal. La France est l'un des pays européens où le niveau d'éducation, parmi tous les

¹ http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

facteurs de risque considérés, a un impact plus important sur la mortalité par cancer (Menvielle et al. 2008).

Le lieu de vie a également une influence. Une étude menée par Herbert et al. dans le Calvados a analysé l'influence de l'environnement social (statut socio-professionnel, lieu de résidence) sur la prise en charge et la survie du cancer colorectal. Les résultats de l'étude démontrent des disparités de prise en charge selon l'environnement social de la personne. En effet, le recours à un gastro-entérologue avant traitement d'un cancer serait influencé par la profession et le lieu de résidence, avec un moindre recours au spécialiste chez les personnes malades vivants en milieu rural (Herbert et al. 2002).

C'est suite à ce constat, qu'en 2012, une équipe de chercheurs a développé un programme pilote de navigation, appelé « ColoNav : Navigateurs de patients pour le dépistage du cancer colorectal ».

ColoNav est un projet de recherche interventionnelle financée par l'Institut National du Cancer (INCa) et la Ligue Nationale contre le Cancer. Adaptée des programmes de navigation américains, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un programme de navigation sur la participation au programme du DOCCR des populations vivant dans des zones défavorisées. Une évaluation réaliste a été menée permettant de prendre en compte le contexte de l'intervention. Ainsi, une évaluation du contexte lié au patient a été menée, ainsi qu'une analyse organisationnelle et économique du dispositif. Enfin, les enjeux éthiques soulevés par l'intervention des navigateurs ont également été étudiés.

II. Revue de la littérature sur la navigation

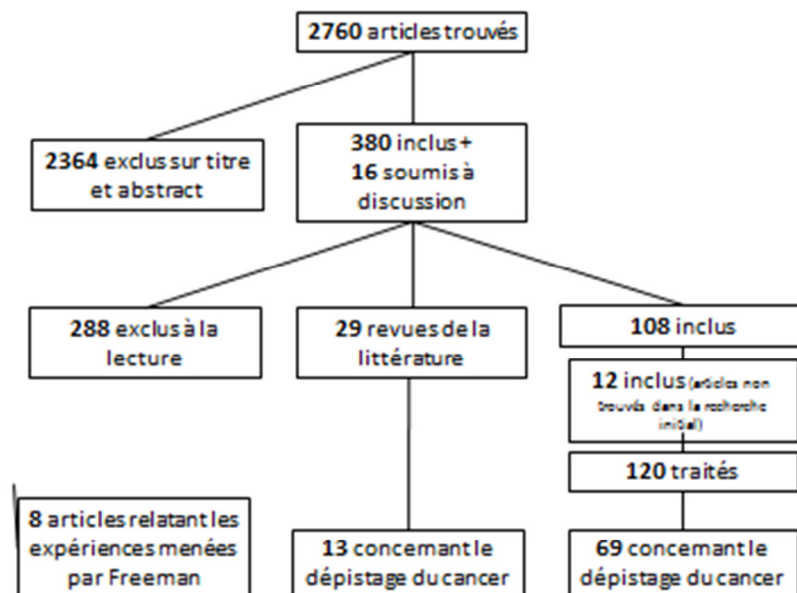
Pour les besoins du projet Colonav, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature. Nous avons exploré trois bases bibliographiques en ligne, regroupant des références en sciences biomédicales, en sciences humaines et sociales et en santé, (PubMed, Scopus et Cochrane) à l'aide de mots clés et de filtres spécifiques afin de trouver tous les articles correspondants au sujet (cf. annexe 1 et 2). Un troisième chercheur, servant de rapporteur, avait pour mission de lire les articles pour lesquels il y avait un désaccord concernant leur inclusion. Les articles trouvés ont été soumis à une première analyse se basant sur le titre et l'abstract. L'inclusion ou l'exclusion des articles à explorer pour la revue de la littérature, s'est faite sur la base de critères préétablis (cf. annexe 3).

Il s'agissait d'explorer la littérature pour rassembler les éléments relatifs à l'efficacité des dispositifs de navigation mis en place, mais également d'explorer et de comparer les différents éléments retenus pour construire les dispositifs. La recherche de littérature s'est limitée au dispositif nommé « navigation ». Plusieurs autres types d'expériences peuvent être considérés comme proches, voir même similaire, mais portent d'autres noms. Nous y reviendrons ultérieurement.

La recherche dans les bases bibliographiques, après suppression des doublons, a permis de trouver 2760 articles. Après analyse, nous avons exclus 2364 articles sur titre et sur abstract. Seize articles ont été soumis à la discussion et 380 articles ont été inclus pour la revue systématique de la littérature. Nous avons ensuite partagé la liste d'articles en deux afin de commencer la lecture et l'analyse. Pour ce, nous avons conjointement créé un tableau d'extraction des données. Chaque rapporteur a rempli ce tableau via un tableur Excel. Parmi les 396 articles inclus et soumis à discussion, 108 articles répondaient aux critères d'inclusion. Parmi les 288 articles ne répondant pas aux critères d'inclusion, 29 étaient des revues de la littérature sur les programmes de navigation. Ils ont donc été mis de côté. En analysant ces 29 revues de la littérature, nous avons trouvé 12 articles que la recherche initiale n'avait pas permis de trouver et qui répondaient aux critères d'inclusion (cf. Figure 1).

Le papier princeps initiant le concept de navigation en santé date de 1995 (H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995). Nous avons intégré dans notre revue l'intégralité des papiers écrits par Freeman ou sur ses expériences, dont l'étude d'impact menée par Oluwole. Nous en avons recensé 8.

Figure 1 : Processus d'inclusion et d'exclusion pour la revue systématique de la littérature



Cette première base comportait donc un total de 120 articles. Cette base a constitué notre ressource de littérature pour les différentes questions que nous nous sommes posées lors de cette étude, notamment sur les différents designs et l'efficacité de ces expériences. Nous

sommes revenus par la suite sur cette base avec d'autres interrogations émergeant des données de terrain.

Nous avons décidé d'explorer dans un premier temps les articles comportant un travail du navigateur sur le dépistage. Ce choix a été fait en constatant une différence importante entre l'étape qui consiste à amener des personnes a priori exemptes de maladies à participer au dépistage et l'étape qui consiste à accompagner une personne découvrant sa maladie après un dépistage vers les soins appropriés. Les études où le navigateur n'était pas amené à intervenir sur la promotion du dépistage ont été exclues, les études où le navigateur intervient sur le dépistage et le continuum de soins ont été incluses.

Un total de 69 publications sur 120 ont été analysées. On y trouve 12 études randomisées, 23 études comparatives avec groupe de contrôle non randomisées, 4 études descriptives, 25 études qualitatives, 3 études médico-économiques et 2 protocoles (annexe 5). Les grilles d'analyses sont disponibles en annexe 3. 13 des 29 revues de littérature ont également été examinées (annexe 6) ainsi que les 8 papiers de Freeman et al.

La plupart des études ont été conduites en Amérique du Nord, avec deux expériences en Asie (Fang et al. 2007; G. X. Ma et al. 2012). L'analyse des papiers a été conduite au regard de plusieurs critères qui constituaient nos sujets d'investigation (1) l'impact sur la participation au dépistage (2) les populations visées (3) le profil de recrutement du navigateur (4) le mode d'intervention des navigateurs (4) les considérations médico-économiques et (5) les autres éléments du design du dispositif.

1. L'impact des programmes

En termes d'impact, les papiers font état de résultats significatifs sur la participation au dépistage. Les 12 essais randomisés conduits sur la navigation ont montré que les programmes de navigation avaient un impact sur la participation au dépistage, et sur ce différent type de cancer : colorectal (Dietrich et al. 2006; Christie et al. 2008; Percac-Lima et al. 2008a; Lasser et al. 2011; Braschi et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Myers et al. 2013); cancer du sein (Dietrich et al. 2006; Weber et Reilly 1997; Christie et al. 2008; Braschi et al. 2013; C. E. Phillips et al. 2010; Paskett et al. 2006) et cancers cervicaux-vaginal (Dietrich et al. 2006; Taylor et al. 2002).

23 études comparatives non randomisées, prospectives ou autres donnent les mêmes résultats pour les différents types de dépistage du cancer, avec des designs similaires. (Dignan et al. 2005; Gotay et al. 2000; Lasser et al. 2009; Beach et al. 2007; Grace X. Ma et al. 2009; Lina Jandorf et al. 2008; L. Jandorf 2005; Honeycutt et al. 2013; Percac-Lima et al. 2008b; Percac-Lima et al. 2013; Clark et al. 2009; Elkin et al. 2012; Lebwohl et al. 2011; Mock et al. 2007; Kreuter et al. 2012; Han et al. 2008; Nash et al. 2006; Fernández et al. 2009; R. A. Phillips et Margolis 1999; Leone et al. 2013; Wang et al. 2010).

En 2008, Gabram et al. vont un peu plus loin en recherchant l'impact des 125 programmes de Community Health Advocates destinés aux femmes afro-américaines et trouvent une augmentation significative des cancers en stade 1 combiné à une baisse des cancers en stade 4 entre 2001 et 2004 (Gabram et al. 2008). Oluwole et al. avaient montré l'impact des premières expériences de navigation mises en place sur l'épidémie des cancers des femmes noires américaines au Harlem Hospital (Oluwole et al. 2003).

Une étude non randomisée conduite auprès des femmes coréennes note que l'impact sur la participation est immédiate, et ne montre pas d'accroissement de la « self-efficacy » après le test (Grace X. Ma et al. 2009). Le même problème est souligné comme un point critique dans les programmes AVON : certains membres de la communauté attendent un rappel ou un événement pour leur rappeler, les supporter et les assister pour faire une mammographie. (Mason et al. 2011).

2. Populations ciblées

Les populations ciblées par les études sont celles dont le taux de participation au dépistage est faible. Elles sont identifiées par quelques mots-clés récurrents : faibles revenus, “undeserved” population, ou origine ethnique, parfois zone rurale. Les origines ethniques visées concernent les Américains natifs (Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2012; Krebs et al. 2013; Redwood et al. 2012), les Afro-américains (Sly et al. 2013), les latinos (Wells et al. 2012), les Asiatiques (Nguyen et al. 2006; Dembe et al. 2013)...

Différentes études explorent les caractéristiques sociodémographiques expliquant la participation, retrouvant les caractéristiques de niveau de formation, le genre (Chen et al. 2008; Clark et al. 2011)... pointant que les aspects culturels masquent souvent des problèmes logistiques : assurance santé, garde des enfants, accès aux lieux d'examen (Chen et al. 2008; Clark et al. 2011; Cohen et al. 2013). L'appartenance à des réseaux sociaux nombreux facilite l'acceptation du programme de navigation (Halbert et al. 2013).

Myers a montré qu'un dispositif de navigation pouvait avoir un impact également sur les populations bien desservies habituellement par les services de soins. Quelques papiers font état des caractéristiques des populations touchées par les programmes mis en place, ce qui interroge sur la capacité à atteindre les cibles les plus fragilisés.

Les programmes de navigation dans le dépistage des cancers affichent clairement leurs objectifs de réduction des inégalités sociales de santé. La question qui se pose est donc de savoir si ces interventions peuvent atteindre leur population cible, c'est-à-dire les groupes « vulnérables » ou est-ce que l'on observe un effet Saint Matthieu comme souvent dans les politiques sociales et sanitaires. Cette problématique a été investiguée lors de la réalisation du mémoire de fin d'études de Master Education à la Santé de Camille Allary.

Pour cela, elle a complété la revue de littérature et l’a étudié sous l’angle des populations atteintes par ces dispositifs.

Nous avons vu précédemment que les populations visées étaient essentiellement des populations vulnérables. Pourtant, dans certaines études, la population atteinte possède un haut niveau d’éducation (Dignan, 2005 ; Fang, 2007 ; Han, 2009 ; Ma, 2012, Ma, 2012 ; Myers, 2012 ; Lairson, 2014 ; Percac-Lima, 2011), avec une couverture maladie privée (Lasser, 2009 ; Lasser 2011 ; Percac-Lima, 2009) ou un statut économique correct (Hiatt, 2001 ; Mays, 2012). Néanmoins, ne disposant pas des données individuelles, il est n’est pas possible d’en tirer des conclusions.

Par ailleurs, pour de nombreuses études, la population atteinte possède un médecin traitant, puisque nous avons vu que la plupart du temps les personnes étaient recrutées dans des structures de santé. Cependant, une part importante de personnes sans assurance maladie est parfois atteinte (Christie, 2008 ; Clark, 2009 ; Clark, 2011 ; Engelstad, 2005 ; Mays, 2012 ; Mason, 2013 ; Wang, 2010). Pour les essais de Fang (2007), Han (2009), Ma (2012 et 2011) et Mason (2013) qui proposent un modèle d’intervention différent puisque les personnes ne sont pas recrutées au sein du système de santé, on remarque que les populations atteintes ont un niveau d’éducation plutôt élevé que dans les autres études.

En dehors de ces études, le manque d’informations sur les caractéristiques sociodémographiques des populations atteintes ainsi que la mise à disposition uniquement des données résumées ne nous permettent pas de connaître la cible atteinte. Toujours est-il que la navigation semble permettre des résultats, quelle que soit la population.

3. Profil et compétences des navigateurs choisis

Le profil des navigateurs choisis était varié. Ces essais testaient des navigateurs profanes ou professionnels. Les navigateurs profanes venaient parfois des communautés ciblées, étaient considérés concordant sur le plan ethnique ou du langage. Les professionnels employés étaient des infirmières. Une étude compare profanes et professionnelles sans montrer de différence significative dans l’impact. (Braschi et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013).

Freeman justifiait le choix des « lays » par un souci de désigner un dispositif soutenable en situation de ressources faibles, les profanes étant moins coûteux que les professionnels de santé., et par le fait qu’ils étaient globalement plus faciles à aborder pour la population (Harold P. Freeman 2006). On ne trouve pas dans les études les raisons du choix qui a été fait entre ces différents profils dans les différentes circonstances, sauf dans le cas des problèmes de langage nécessitant une traduction et dans celui des natifs Américains. Dans ce dernier cas, le rôle de la navigation par les pairs est particulièrement critique en considération de l’histoire de la dévastation de ces peuples. Ces populations ont développé

une défiance historique envers les étrangers (Eschiti, Burhansstipanov, et Watanabe-Galloway 2012).

Au-delà du langage parlé, qui semble fondamentale pour toutes les personnes ne parlant pas l'anglais pour l'Amérique du Nord, le "culturally tailored Language" dont Freeman faisait état repose également sur ce que ce dernier appelait « la culture de la pauvreté » (Harold P. Freeman et Chu 2005). L'essentiel semble être de garantir l'accessibilité aux communautés, pour avoir un pied dans la place, un lieu où se mêler à la communauté (Grace X. Ma et al. 2009; Wang et al. 2010; Gotay et al. 2000). Ce point est important, car l'appartenance à un groupe, ou à un ou plusieurs réseaux, a été corrélée à la participation au programme de dépistage (Halbert et al. 2013)

Une autre étude compare la formation des profanes et des professionnels pour la navigation et conclut à la difficulté de former des profanes à la navigation (Shelton et al. 2011). Une étude comparative donne des éléments pour aménager les processus de formation et de recrutement pour les profanes pouvant intervenir dans les programmes (Lorhan et al. 2013).

La plupart des études ne justifient pas du choix d'avoir recours à des profanes ou à des professionnels, ou de l'intérêt de tester les deux catégories en parallèle. Il n'est donc pas possible de dire si ces choix relèvent de contraintes analysées au moment du montage du projet, ou de la simple conséquence des possibilités offertes par les personnes en place ou disponibles au moment de l'étude.

Il faut ici souligner que nous examinons dans cette étude les dispositifs de navigation visant à conduire les personnes cibles à participer au dépistage du cancer. De nombreux dispositifs de navigation interviennent le long du continuum de soins, du dépistage à l'après cancer, en passant par un accompagnement durant les traitements (Braun et al. 2012). Les compétences nécessaires sont donc très variables en fonction de la partie du continuum sur lequel chaque navigateur doit intervenir. On tend à voir apparaître une tendance plus forte à trouver des professionnels de santé lorsque l'accompagnement concerne le continuum de soins, et une plus forte proportion de profanes quand il s'agit de dépistage, sans que ceux-ci soient aussi clairement explicités dans la littérature.

4. Mode d'intervention des navigateurs

Le **mode d'intervention des navigateurs** va d'une simple assistance téléphonique, parfois composé d'une simple prise et rappel de rendez-vous à une intervention en face-à-face, mixant parfois les deux. Une étude explore les différences entre un dispositif avec un processus de rappel téléphonique et un dispositif de navigation par un pair ou un professionnel, sans montrer de différence d'impact (L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013). Une étude qui a comparé l'intervention téléphonique et l'intervention en face-à-face n'a pas trouvé de différence significative (Dignan et al. 2005).

L'intervention peut-être très élaborée. Cavanagh et al. décrivent par exemple un processus où le navigateur contacte la personne, la prépare pour un entretien téléphonique avec le médecin traitant et le navigateur, voire un membre de la famille en cas de problème linguistique, pour décider de la procédure à suivre avec le médecin (Cavanagh et al. 2013). Peu d'interventions décrivent de modèle théorique pour l'intervention du navigateur, qui semble se trouver simplement doté d'un objectif, amener le plus possible de personnes au dépistage.

Dans bon nombre d'expériences, les navigateurs sont rattachés à une clinique ou un centre de soins, et travaillent à partir du fichier des patients. Ce rattachement a pour inconvénient de ne viser que les personnes déjà inscrites comme clientes dans une structure de soins. Certaines expériences ont tenté d'organiser un dispositif de navigation dans des situations non médicales : sur le lieu de travail (Grace X. Ma et al. 2012), au sein des groupes d'amis, de famille, de réseau de voisinage (Gotay et al. 2000), des membres d'une même église (Grace X. Ma et al. 2009). Tentant de toucher les afro-américains particulièrement isolés, une expérience a été conduite via le 2-1-1 (numéro des urgences sociales américaines). Le service a mis en place des navigateurs chargés d'initier un dialogue à propos du cancer avec les appelants (Kreuter et al. 2012).

5. Considérations médico-économiques

Trois papiers seulement font état de **considérations médico-économiques**.

Deux études évoquent le bilan économique dans la perspective de l'hôpital. Elkin et al. ont produit une analyse médico économique avec la perspective de la structure accueillant le navigateur. Cette étude montre qu'un navigateur attaché à un centre d'examen peut générer suffisamment de ressources en termes de chiffre d'affaires de colonoscopie pour financer son poste (Elkin et al. 2012). Jandorf et al. font la même démonstration : l'hôpital qui effectue les coloscopies et dont le revenu net progresse, démontre au final qu'employer quelqu'un à temps partiel dédié à la navigation vers la coloscopie est largement compensé par l'augmentation du chiffre d'affaire de l'institution pour cette activité (Lina Jandorf, Stossel, et al. 2013). Outre le fait que ces études raisonnent en comparant des données financières qui ne sont pas homogènes : un coût (celui du navigateur) avec un chiffre d'affaires (celui du centre d'examen), elles ne disent rien sur l'impact médico économique pour les financeurs. Contrairement à ce qu'elles prétendent, elles ne peuvent pas être rangées dans la catégorie des études coût-efficacité, mais plutôt dans celle des études d'impact budgétaire.

Une étude calcule le coût de la mise en place d'un dispositif de navigation au 2-1-1, un dispositif très en amont dépistage puisqu'il s'agissait de créer le dialogue sur la prévention du cancer avec des populations très éloignées du système de soins (Lairson et al. 2013).

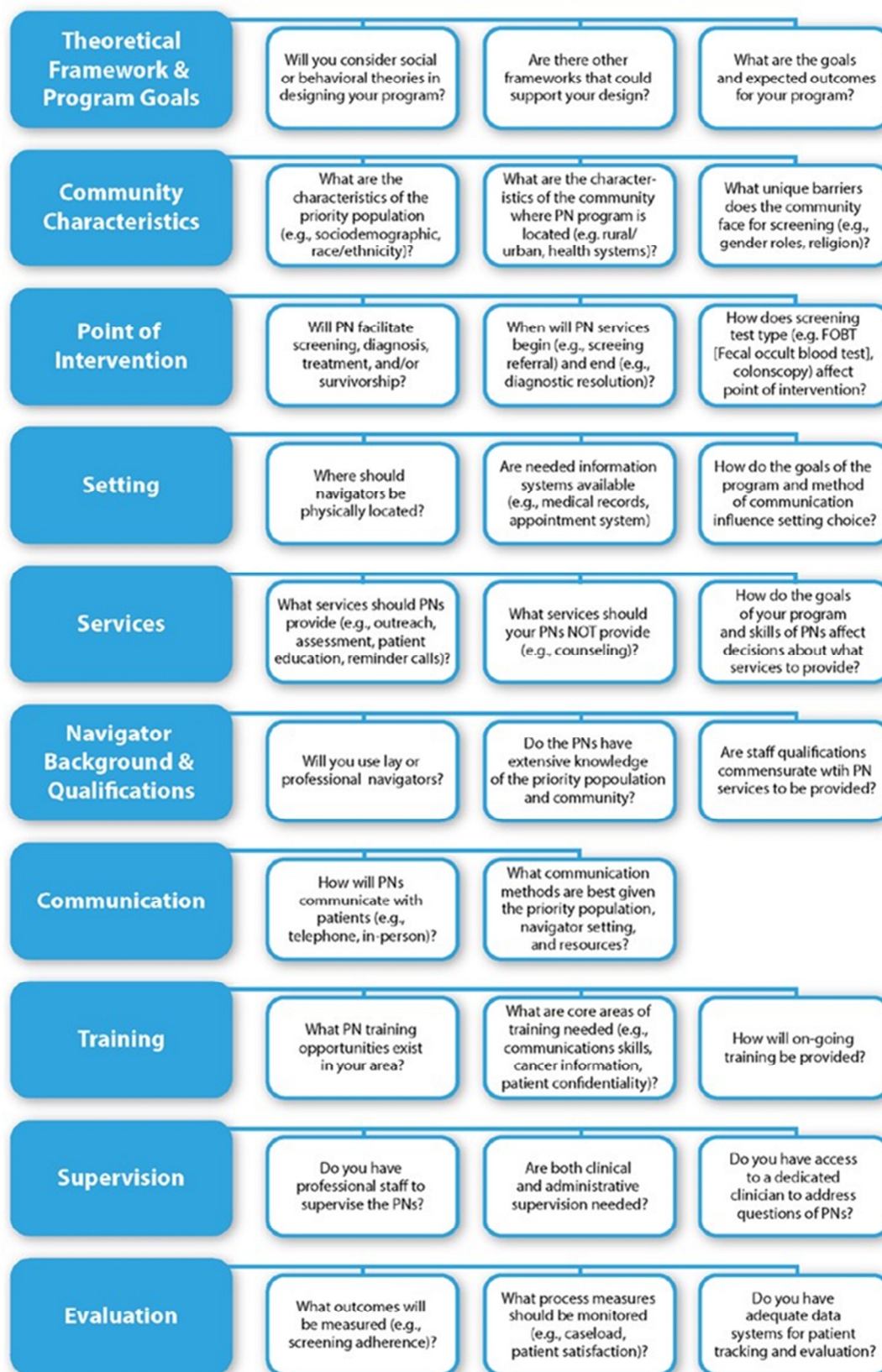
6. Autres éléments du design du dispositif

Diversité des populations, diversité des modes d'intervention, diversité des profils de navigateur, le **design des dispositifs de navigation semble** échapper à toute tentative de standardisation. Complexité du cancer ou du type de cancer ciblé (Rohan et al. 2013), spécificité de la configuration géographique et des conditions météorologiques (Redwood et al. 2012), opportunité offerte par un réseau de médias communautaires bien organisés (Nguyen et al. 2006), nécessité de permettre aux femmes d'accéder à la mammographie même lorsque leur médecin ne le recommande pas (Burhansstipanov et al. 2010)... La diversité des obstacles et des opportunités dessinent des contingences locales qui conduisent les dispositifs de navigation à s'adapter aux populations et à leur mode de vie et d'échanges, aux conditions géographiques, aux caractéristiques thèmes de soins,... Ces adaptations semblant conduire toute expérience de navigation à devenir un processus de design singulier (Harold P. Freeman 2012).

Explorant le challenge de la réplique du processus de navigation pour le dépistage du cancer colorectal par les pairs pour les afro américains, Sly et al. ont étudié la diversité et la variabilité des expériences et des difficultés, pour conclure que le plus important tient dans la qualité de la mise en place du projet, et qu'il n'y a pas vraiment d'économies possibles sur le processus d'implémentation qui dans tous les cas est chronophage (Sly et al. 2012).

Si les études concordent pour relater l'efficacité de ces dispositifs pour accroître la participation au dépistage des différents types de cancer dans différentes cibles de population, les revues de littérature soulignent la modestie de ce résultat (Naylor, Ward, et Polite 2012), les difficultés méthodologiques dans la collecte des données concernant les résultats (Eschiti, Burhansstipanov, et Watanabe-Galloway 2012), l'absence de résultat pour beaucoup d'études qui sont surtout descriptives (Glick et al. 2012) et la complexité des paramètres restant à intégrer dans les évaluations (Whop et al. 2012).

Figure 2: Key considerations in Designing a Patient Navigation (PN) Program for Colorectal Cancer Screening (De Groff et al.)



En 2013, DeGroff et al. analysent plusieurs programmes et en tirent un certain nombre de considérations clés pour assurer la qualité de l'implémentation du dispositif (DeGroff et al. 2013).

De cette analyse ressort un certain nombre de questions clés, comme autant d'invariants au processus d'implémentation (cf. Figure 2). Ce travail, qui s'intéresse à l'ingénierie de la mise en place d'un dispositif de navigation est postérieur au démarrage de l'étude. Si les auteurs listent les questions clés qu'il convient de se poser dans la mise en œuvre, soulignant le caractère contingent de la mise en place d'un dispositif, il n'entre pas dans les détails qui fonderont les choix qui seront faits.

Le dispositif de navigation semble donc par essence variable dans son design, inscrivant a priori l'analyse dans une rationalité procédurale plutôt que substantielle. La navigation n'est pas un processus répliquable comme une « boîte noire » et doit être reconçue à chaque nouvelle expérience. DeGroff, avec son analyse transversale, ouvre la voie à la recherche d'invariants dans le processus d'implémentation. De nombreuses questions émergent encore dans la construction des différentes « briques » du processus, ce qui a guidé nos travaux pour répondre à ces questions encore très faiblement documentées.

À quel moment et sur quelles questions la proximité avec la population ciblée facilite-t-elle sa participation au dépistage ? Quand devrait-on préférer un navigateur profane ou professionnel pour accompagner les personnes cibles ? Quelles contraintes le système de soin local impose-t-il aux personnes cibles et au travail de navigation ? Quelle conséquence sur le rattachement du navigateur à telle ou telle structure ? Quel mode d'accompagnement faut-il promouvoir chez les navigateurs ?

Egalement, nous n'avons pas exploré la littérature sur les autres formes d'accompagnement des patients expérimentées en santé, nous y reviendrons pas la suite. Quels autres acteurs du dispositif, qui portent un autre nom que navigateur, remplissent au final des fonctions similaires et permettent d'obtenir des résultats similaires ?

III. Design de l'étude Colonav

L'intervention a eu lieu dans cinq départements français choisis pour leurs caractéristiques socio-économiques différentes. Dans chacun de ces départements, un navigateur a été mis en place.

- un département à prédominance rural : **l'Ardèche** (313 578 habitants)
- un département à prédominance et passé industriel à faible développement : **la Loire** (746 115 habitants)
- un département à prédominance tertiaire et fort développement : **le Rhône** (1 708 671 habitants)
- un département dans lequel le dépistage du cancer colorectal est installé depuis longtemps : **la Côte d'Or** (524 144 habitants)

- un département de la grande couronne de l'Île de France : **le Val-de-Marne** (1 318 537 habitants)
-

L'étude a reçu les autorisations du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne, du CCTIRS et de la CNIL respectivement en Janvier, Juin et Novembre 2013 (Annexe 3).

1. Méthodologie de sélection des zones

Les bases de données des structures de gestion du dépistage ne pouvant fournir les taux de participation à l'échelle des zones IRIS, mais uniquement à l'échelle du canton, la méthodologie a dû être adaptée.

L'indice de défavorisation « French EDI » (Carole Pornet et al. 2012) a été retenu pour la sélection des zones IRIS (quintiles 4 et 5 de l'index, correspondant aux zones les plus défavorisées). En effet, plusieurs études ont montré une corrélation entre le faible taux de participation au dépistage du cancer colorectal et les zones ayant un index européen de défavorisation élevé (C. Pornet et al. 2010).

Ainsi, pour chaque département :

- 4 zones IRIS d'intervention contiguës ont été tirées au sort
- 8 zones IRIS contrôles ont été tirées au sort, réparties en 2 groupes comportant chacun 4 zones IRIS contiguës (un groupe limitrophe au groupe d'intervention et un groupe éloigné).

2. Le diagnostic préalable de terrain

Après la sélection des zones d'intervention, un diagnostic de terrain a été réalisé afin de tenir compte du contexte social, culturel, environnemental de la population cible pour l'implémentation du projet Colonav.

L'objectif du diagnostic était d'identifier les facteurs favorisants et/ou bloquants de la mise en œuvre de l'intervention Colonav mais aussi pour construire l'intervention sur une connaissance du terrain, des acteurs, des pratiques et de la population qu'elle vise. Les éléments recueillis dans la démarche de diagnostic ont également contribué à la définition du contenu de la formation des navigateurs recrutés.

Une enquête qualitative à visée exploratoire a donc été réalisée entre décembre 2012 et juillet 2013 dans les cinq départements sélectionnés (Ardèche, Côte d'Or, Loire, Rhône, Val de Marne). Au total, un corpus de 54 entretiens a été constitué. Deux catégories d'acteurs ont été consultées :

- Des acteurs locaux professionnels de référence pour la santé : élus locaux, directeurs de CCAS, services de la ville, Ateliers Santé Ville, institutions sanitaires et sociales, centres sociaux, réseau spécialisé en santé, foyer d'hébergements pour personnes handicapés, professionnels de santé (médecins généralistes, médecins gastro-entérologues, infirmières)
- Des habitants membres de la population cible du dépistage organisé du cancer colorectal (femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans).

Le rapport final du diagnostic de terrain, réalisé par l'équipe de l'Institut Français de L'Education, fera l'objet d'une publication ultérieure.

3. L'organisation et le management du projet

a. Le rôle des structures concernées par le projet

Dans chaque département, les comités départementaux de la Ligue contre le cancer ont été choisis pour participer au recrutement, à la formation ainsi qu'à l'accompagnement et l'encadrement des navigateurs.

Au sein de chaque Ligue, un référent a été désigné pour la gestion des formalités administratives ainsi que pour superviser le travail du navigateur. Chaque navigateur a rencontré son référent en moyenne deux fois par mois afin de résumer la situation sur le terrain et de programmer les futures actions. Les référents ont permis au navigateur de s'intégrer aux équipes des comités mais aussi de faciliter les prises de contacts sur le terrain avec les partenaires.

Les structures de gestion du dépistage des 5 départements ont été sollicitées :

- ✓ ADEMAS 69
- ✓ VIVRE!
- ✓ PREVENTION CANCER
- ✓ ADECA 21
- ✓ ADECA 94

Ces structures de gestion ont envoyé un courrier proposant l'accompagnement du navigateur aux personnes concernées par l'invitation et/ou la relance pour participer au dépistage pendant l'année d'intervention du navigateur (septembre 2013 – septembre 2014).

b. Le management du projet

Un chef de projet a coordonné les différentes parties prenantes ainsi que les différentes phases du projet. Son rôle était de :

- ✓ de faire le lien entre les équipes terrain (comités des Ligues, navigateurs...) avec les équipes de recherche

- ✓ d’animer les différentes réunions de travail ainsi que d’assurer leur compte-rendu
- ✓ d’effectuer un suivi hebdomadaire de l’intervention
- ✓ d’être en contact régulier avec les référents des navigateurs ainsi que les navigateurs

Un comité de pilotage a réuni régulièrement les équipes opérationnelles (membres de comités départementaux, navigateurs, structures de gestion...) et les chercheurs. Le comité de pilotage était en charge de la conduite opérationnelle du projet et des ajustements nécessaires en cours de déroulement.

c. Recrutement et sélection des navigateurs

Lors du diagnostic préalable, des professionnels ont été interrogés concernant le profil que devrait avoir le navigateur recruté dans le cadre du projet Colonav.

Quatre critères ont été identifiés:

- des compétences en santé non obligatoire mais plutôt des compétences dans le social
- la proximité avec le système de santé et le système social
- la proximité avec la population cible: âge, culture, expérience du test ou de la maladie, langue, lieu d’habitation, sexe
- la personnalité du navigateur: capacités de communication, d’écoute et de disponibilité

Tableau 1 : caractéristiques demandées dans les profils recherchés

Formation et/ou expériences	Bac à Bac +2 Ou Expériences professionnelles significatives de 3 à 5 ans dans le secteur social, de l’aide à la personne, l’animation socio-culturelle...
Compétences	Capacité à s’adapter à son interlocuteur (médecins, travailleurs sociaux, population âgée de 50 à 74 ans) Capacités d’écoute et de relation aux personnes Capacités à communiquer devant un groupe Savoir utiliser Excel ou Word
Connaissances	Proximité avec la population cible : - Connaissance des quartiers de l’intervention - Maîtrise d’une langue étrangère (Arabe, Turc...) Proximité avec le système de santé : - Sensibilité aux questions de prévention et promotion de la santé - Connaissances des structures médico-sociales locales

Cinq offres d'emploi ont été rédigées, adaptées en fonction des caractéristiques de chaque département. Les activités du navigateur, indiquées sur l'offre d'emploi, étaient néanmoins communes à tous les navigateurs (cf tableau 1).

Cette offre d'emploi a été diffusée à partir d'avril 2013 auprès des différentes structures médico-sociales dans les 5 départements.

Entre Juin et Novembre 2013, cinq navigateurs ont été recrutés: 3 hommes et 2 femmes. Le recrutement des navigateurs a été réalisé par les Comités Départementaux des Ligues contre le Cancer, avec l'aide d'une équipe de recherche.

d. L'intervention

Afin de mener à bien l'intervention auprès de la population cible, les navigateurs ont réalisé les actions suivantes :

- Identification des acteurs locaux (médecins généralistes, pharmaciens, professionnels du secteur sanitaire et social, infirmiers, élus locaux...) impliqués dans la zone d'intervention
- Rencontres avec les acteurs locaux: envoi de courriers, prise de rendez-vous, présence aux réunions locales
- Elaboration d'outils de communication à destination des habitants et des professionnels : carte de visite, dépliants d'information, affiches...
- Collaboration avec la structure de gestion (validation des outils de communication, formation technique sur le dépistage)
- Recherche d'un ou plusieurs lieux de permanence pour accueillir les habitants

e. Le programme de recherche

Plusieurs équipes étaient associées pour développer le programme de recherche :

- **L'efficacité du dispositif** (Hygée) : Centre Hygée, Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth - ICLN, (CIC 1408 INSERM, 108bis avenue A. Raimond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France,) accompagné du laboratoire Coactis (EA 4161, Université Lyon 2 et Université de Saint-Etienne, 14/16 avenue Berthelot, Lyon) pour le calcul des coûts du dispositif
- **L'éthique du dispositif** : EA 4148 - S2HEP, Université Lyon 1 / Ecole Normale Supérieure de Lyon, 43, Boulevard du 11 novembre 1918, 69622 Villeurbanne cedex, France

- Une **approche anthropologique** de l'expérience : Institut Gustave Roussy, 114 rue Edouard Vaillant, 94800 Villejuif, France,
- Une **analyse organisationnelle** (COACTIS) qui fait l'objet du présent rapport.

IV. problématique et question de recherche

Notre participation au projet portait sur l'investigation des conditions de mise en place et de reproductibilité de ce dispositif et de l'analyse détaillée de ses composantes organisationnelles. L'objectif scientifique est de dégager et de modéliser les invariants qui permettent de substituer une organisation par une autre dans des conditions d'accroissement de l'efficacité et/ou de minimisation des coûts, afin d'en garantir la pérennité et la reproductibilité. Les invariants recherchés ne sont pas liés au statut de l'intervenant, mais aux composantes qui lui confère son efficacité.

Les sciences de gestion, définies comme sciences de l'action collective efficace, s'intéressent aux questions des modalités organisationnelles qui permettent à une institution de gagner en efficience.

La manière et le contexte dans lesquels les traitements sont administrés ont une influence sur l'efficacité et l'efficience du système de soins. Les organisations peuvent générer des coûts différents pour administrer le même traitement, la qualité de l'organisation elle-même ou ses défaillances peuvent réduire l'efficacité du traitement lui-même. La même hypothèse est formulée pour la prévention et le dépistage.

Les travaux appartenant spécifiquement au champ de l'organisation des soins sont récents, et ceux sur le monde hospitaliers sont un peu plus anciens. La résurgence des contributions actuelles dans ce champ témoigne de la vitalité des questions et de leur intérêt concret. L'émergence des notions de prise en charge globale, « full care life cycle » ou « clinical pathway » en sont une des manifestations.

Actuellement, l'organisation des soins est dominée par une très forte institutionnalisation des fonctions (le médecin, l'infirmière) et des structures (l'établissement de santé, l'hôpital, le réseau...). Cette organisation, issue de l'histoire et des conditions médico-légales et de sécurisation de la dispensation des soins a certes permis des avancées dans la qualité des soins, mais elle conduit également à des freins importants dans l'innovation organisationnelle, pourtant à même d'introduire plus d'efficacité dans le système de soin. Cela a conduit à une surenchère sécuritaire coûteuse, à des replis catégoriels, à des mises en concurrence, et à des dispositifs innovants conçus sur mesure par du personnel très qualifié, coûteux, destinés à une petite partie de la population de patients et impossibles à généraliser dans une perspective d'accès au plus grand nombre et de santé publique.

Bien entendu, il ne s'agit pas de dégrader les exigences de qualité, mais plutôt d'examiner quand et comment certaines actions pourraient être remplies par d'autres modes d'organisation et d'autres acteurs que ceux qui y sont traditionnellement dévolus. A fortiori concernant le dépistage, les organisations en place n'obtiennent pas les résultats escomptés en termes de participation des personnes ciblées par les programmes de dépistage organisé.

L'hypothèse que nous formulons est qu'il faut se dégager de l'organisation et de sa structure (l'hôpital, le médecin, l'IDE, etc...) pour s'intéresser aux fonctions qui sont assurées (le dépistage, la prévention, les soins) et les conditions dans lesquelles ses fonctions peuvent être transférées entre professionnels de santé, entre professionnels et fonctions intermédiaires comme les navigateurs, dans des conditions de sécurité, d'efficacité et de coûts satisfaisantes. Il s'agit en quelque sorte d'un transfert du concept de coût-efficacité aux fonctions à prendre en charge et aux modes d'organisation qui le prennent en charge. Nous écartons d'emblée l'idée qu'une structuration de forme institutionnelle soit nécessaire, au sens où il ne s'agit pas de décrire l'organisation idéale ou la fonction idéale, mais de décrire les conditions dans lesquelles une organisation et les acteurs qui la composent peuvent remplir les objectifs de santé publique dans les conditions attendues de qualité, de sécurité et de coûts.

Pour dégager ces conditions, nous proposons de procéder à une analyse approfondie de l'organisation mise en place et des décisions qui ont présidé à la mise en œuvre de l'expérimentation.

Cadre conceptuel, méthode d'investigation et modèle d'analyse

1. Le cadre conceptuel spécifique lié à la santé

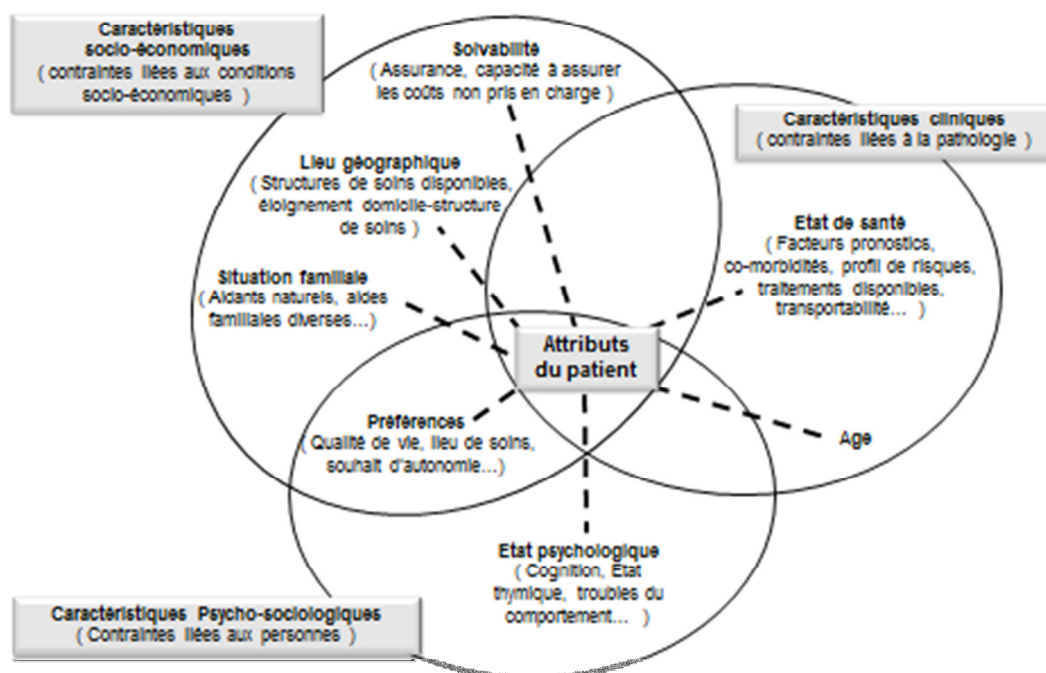
Le modèle utilisé a été développé pour observer les interactions créées par la relation entre les personnes malades et l'offre de soins telle qu'elle existe (Buthion, Denechaud, et Remonnay, 2009). Il a été construit au fil des recherches par une démarche en théorie ancrée (Strauss et Corbin 1997). Nous cherchions à observer d'une part comment les personnes malades, compte-tenu de leurs caractéristiques propres, utilisent les dispositifs de soins mis à leur disposition, et d'autre part comment les différents acteurs concernés se structurent pour répondre à la demande, compte-tenu de contexte multi-acteurs et multi-institutions (évaluation de l'existant) ainsi que les conditions dans lesquelles ces structures devraient, pourraient ou voudraient évoluer (analyse prospective). Ce modèle a été baptisé ACOS : Analyse compréhensive de l'organisation des soins.

Ce modèle accorde une place importante aux relations entre les acteurs comme pour comprendre comment les prises en charge des personnes par le système de santé s'organisent concrètement. Les caractéristiques ou « attributs » de chacun des acteurs définis dans le modèle ne sont pas considérés comme des déterminants qui pourraient prédire un comportement ou un autre. Ils permettent simplement de recensé les éléments qui amènent de la complexité dans le fonctionnement du système. Il resitue cependant ces acteurs dans le contexte qui les structure : famille, hôpital, entreprise, etc...

Ce modèle repose sur l'observation des interactions et des relations entre d'un côté un « patient », celui qui souffre et qui vient chercher de l'aide auprès d'un médecin (Pierron 2007) et de l'autre une « organisation », que cette organisation décrive un acteur singulier ou un groupe d'acteurs dans l'exercice de leur profession.

Le patient est envisagé, au-delà de ses dimensions médicales, dans son contexte socio-économique, psychologique et sociologique (Figure 3). Le fait d'avoir à faire dans le cas de l'étude COLONAV non pas à des patients mais à des personnes abordées dans leur quotidien donne une place très importante aux caractéristiques socio-économiques et psychosociologiques, et moins de place a priori aux caractéristiques cliniques.

Figure 3 : Le modèle d'observation du patient

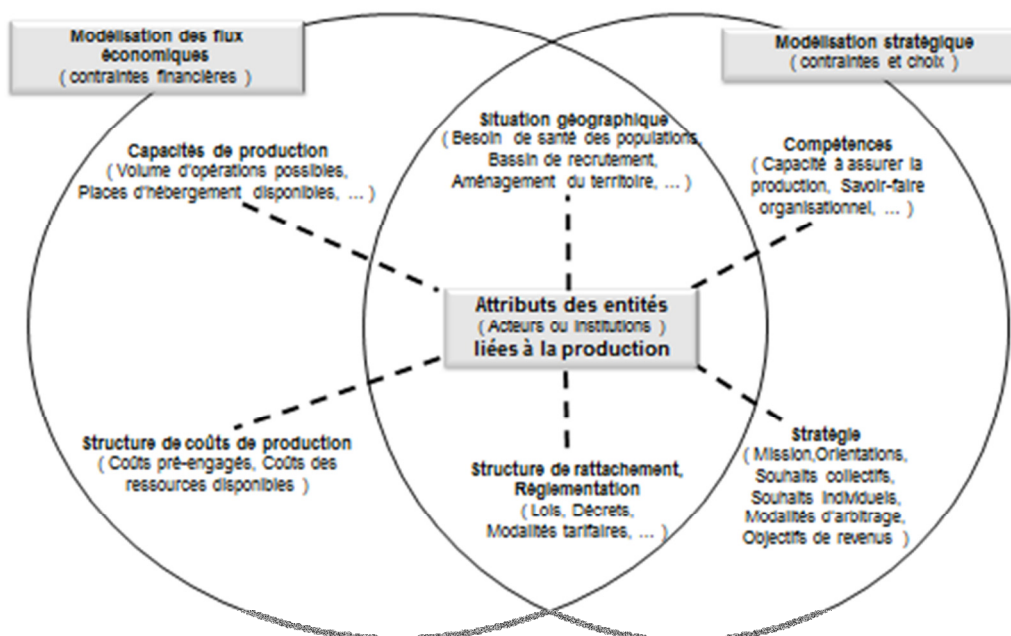


Une organisation est une personne ou une structure plus ou moins importante (un hôpital, une clinique, une structure associative à but non lucratif, un réseau, un médecin installé en libéral...). Cette organisation poursuit des objectifs plus ou moins hiérarchisés, fixés par les acteurs qui la gouvernent (modèle stratégique). Pour atteindre ces objectifs, les acteurs doivent se procurer des ressources (modèle économique). Le modèle de fonctionnement est donc le résultat de la combinaison du modèle stratégique et du modèle économique (figure 4). Le modèle « organisation » rassemble les caractéristiques relatives aux intentions stratégiques des acteurs (ce qu'ils souhaitent faire et comment ils le font compte tenu des contraintes de leur environnement immédiat) et aux mécanismes qui leur permettent de se procurer des ressources). Nous nous sommes inspirés, pour le construire, de l'interaction des contraintes économiques et des contraintes stratégiques présentées dans certains « business model » analysant les entreprises (Bouquin, 2008).

Une organisation qui ne se définit que par l'intermédiaire de son modèle des flux financiers est une organisation qui fait preuve d'un opportunisme à court terme et se contente de répartir des revenus financiers entre ses différents membres. Pas question, par exemple, de développer des innovations qui ne pourraient pas être immédiatement facturées. On se contentera donc de copier ce que les autres font, quand ils auront testé les nouveaux concepts. À l'opposé, une organisation qui ne se penserait que stratégique, sans se préoccuper de son modèle économique, se retrouverait rapidement avec une somme de projets concurrentiels émiétés, sans avoir les ressources financières de les développer. La

capacité de survie d'une organisation dans le temps dépend donc de la capacité de ses acteurs à maintenir un équilibre sans cesse renouvelé entre l'un et l'autre de ses modèles.

Figure 4 : Le modèle d'observation de l'organisation



De fait, dans la situation que nous étudions, nous avons une multitude de personnes avec leurs environnements respectifs, et de nombreux acteurs avec leurs contraintes et leur modèle économique. C'est donc ainsi que nous avons envisagé le terrain de recherche dans son ensemble.

1. Méthode d'investigation et d'analyse des données

Nous avons réalisé une investigation qualitative, visant à expliquer les conditions de mise en place du dispositif de navigation pour le dépistage du cancer colorectal. L'objectif de la recherche était de rompre avec une vision des dispositifs expérimentés de type « boîte noire ». Pour comprendre comment l'expérience a pu trouver sa place dans l'existant, nous ne disposons que de peu de choses, et souvent des descriptions très structurales.

Pour ce faire, nous ne sommes pas intervenus dans la conception du dispositif retenu. Nos interventions ont parfois cherché à « corriger » une orientation, en introduisant des éléments à la discussion de pilotage, ou en participant au recrutement de quelques navigateurs. L'objectif majeur était de ne pas empêcher les acteurs de faire ce qu'ils auraient fait dans une situation plus « routinière » afin de pouvoir mettre en évidence les difficultés créées par la situation observée. Les expérimentations, surveillées et piloter avec beaucoup

d'attention, créent des situations un peu « artificielles » par rapport aux situations de routine. Les études sur les conditions de pérennisation ou de généralisation des expériences en santé sont rares. Pluye et al. ont pu montrer en analysant des expériences canadiennes que la pérennité s'expliquait plus par la capacité à s'insérer dans les routines existantes que dans une véritable évaluation de l'efficacité des expériences (Pluye, Potvin, et Denis 2000).

Restant dans une perspective de « grounded theory » nous avons d'abord favorisé l'analyse de terrain, puis procédé à une abduction des premières analyses à la littérature.

Les données collectées sont essentiellement des données observationnelles, parfois issue de la participation au processus des chercheurs qui ont conduits cette partie de l'analyse, parfois déléguées aux autres équipes, et recueillies au fil de l'eau. Le matériau collecté est donc par nature hétérogène.

Le processus a été divisé en quatre séquences chronologiques pour classer les données d'observation

1. La préparation de l'opération
2. Le recrutement des navigateurs
3. Le déroulement de l'expérience de navigation
4. Le bilan post-intervention

Les données disponibles pour chacune des phases de l'opération sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2 : Inventaire des données disponibles

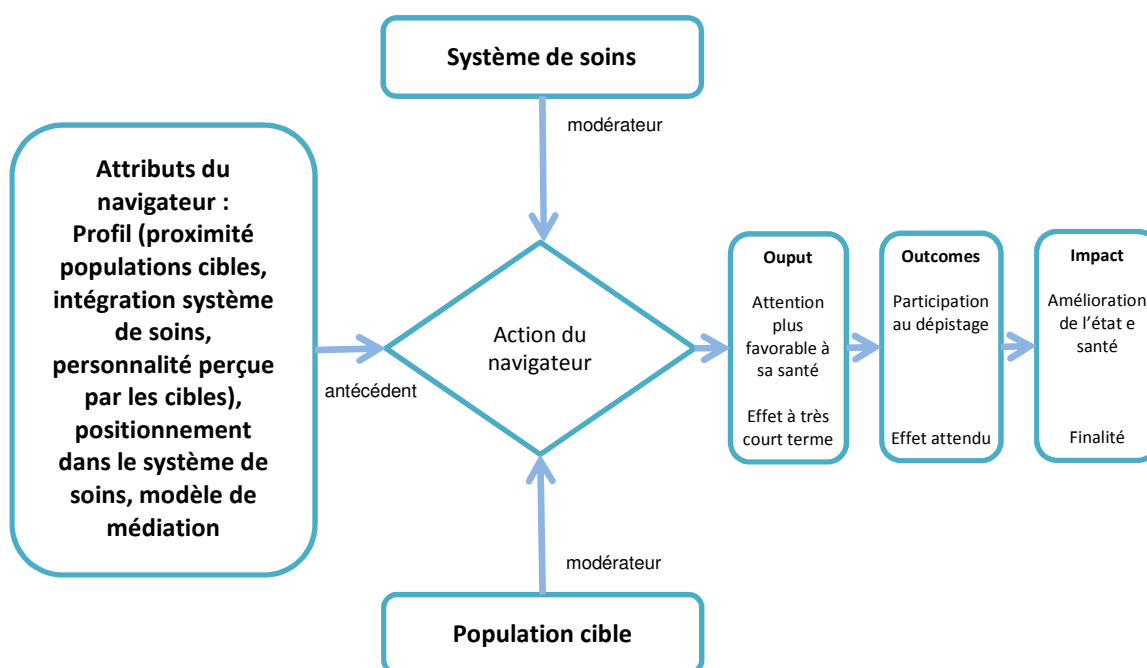
Préparation de l'opération	<ul style="list-style-type: none"> - Notes et compte-rendu de réunion - Entretiens de diagnostic préalable - Travaux préparatoires au recrutement
Recrutement des navigateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches de poste - CV des candidats - Note des entretiens de recrutement - Notes sur les échanges
Déroulement de l'expérience de navigation	<ul style="list-style-type: none"> - Contenu et échanges durant la formation - Compte-rendus des journées d'échange de pratique - Suivi des navigateurs par les bilans, compte-rendus, échanges informels - Notes et compte rendu des réunions de pilotage - Observation in-situ menée par un anthropologue
Bilan post-opération	<ul style="list-style-type: none"> - Interview avec les navigateurs - Interview avec les partenaires - Données de la participation au dépistage dans les zones de l'étude - Retour de questionnaires conduits auprès des personnes cibles

a. Construction du modèle d'analyse

Le modèle d'investigation d'où nous sommes partis, présenté ci-avant, a rapidement révélé ses insuffisances pour représenter la dynamique d'ensemble du processus, d'autant que l'approche de la situation a été « écologique », en ciblant une population sur un territoire. La plupart des études américaines se sont basées sur les fichiers de centre de soins, et visaient donc des personnes identifiées *a priori*. Rencontrés dans la cité, et non à l'hôpital, les personnes étaient souvent accompagnées de leurs proches, de leurs voisins, d'autres personnes. Les organisations mobilisées ont été nombreuses et variées, ce qui nécessitait un niveau d'observation plus « méso » que « micro ».

Le travail de classement des données collectées nous a amené progressivement à modéliser les différents éléments influents sur la structuration de navigation. Ce que nous observions, l'action du navigateur, a été dans un premier temps située au centre de la modélisation. Cette action a été considérée comme une conséquence des caractéristiques propres au navigateur qui avait été recruté, modéré par l'influence exercée par le système de soins (en particulier la partie du système de soins qui menait l'étude) et par la population cible elle-même susceptible d'aider le navigateur en facilitant des contacts ou au contraire de ralentir l'avancée de son travail. Cette action est placée dans la perspective des résultats attendus définis en termes d'impact sur la santé (Figure 3).

Figure 5 : premier schéma d'analyse



Ont été écarté dès les premières discussions les effets induits par la création de liens sociaux qui n'auraient pas d'impact direct sur le comportement vis-à-vis du dépistage. Il est important de préciser ce point dans la mesure où les conditions de vie, les relations sociales, les conditions socio-économiques... font parties de ce que l'on appelle les déterminants de la santé. L'action ne visait pas à améliorer les conditions de vie ou de relation des cibles, mais à les diriger vers le dispositif de dépistage du cancer colorectal.

L'analyse progressive des données ainsi que la revue de littérature ont permis d'affiner ce schéma.

b. Le navigateur

Le navigateur est défini dans la littérature par son profil, et notamment sa proximité avec les populations cible de l'action, formation au social ou à la santé, ainsi que par ses actions envers ses cibles. Le profil a été largement discuté lors de l'élaboration du profil de poste, ainsi que lors du recrutement.

La manière dont le navigateur construisait sa médiation entre le dépistage et les populations chez qui il devait le favoriser a beaucoup occupé les discussions durant la formation des navigateurs, après leur recrutement, avec les navigateurs : comment pouvait-il proposer le dépistage ? Comment allait-il nouer relation avec les personnes cibles ? Ces deux éléments ont rapidement constitué les deux éléments centraux pour caractériser les navigateurs.

2. Les différentes composantes de son environnement

Pour réaliser le travail qui leur était demandé, les navigateurs ont dû nouer des alliances avec des partenaires susceptibles de les aider à construire leur action. Si au départ la médiation impliquait la création d'un lien entre le système de soins (le dépistage) et les populations, les alliances avec le milieu de l'aide sociale, nécessaires pour atteindre les personnes cibles, et l'expérience des navigateurs, amenés à chercher les multiples pistes pour remplir leur mission, nous ont amené à classer les partenaires du navigateur en quatre catégories :

Le système de santé comprend des centres de soins (hôpitaux, cliniques, maison médicale, cabinet médical, etc.), des Structures de gestion, la Ligue contre le cancer, des médecins (généralistes, gastroentérologues, diététiciens, etc.), des Ateliers Santé ville (ASV) la CPAM, des pharmacies, des CDHS, des kinésithérapeutes, associations (des diabétiques, de dépistage), le CISS, etc... Ces acteurs sont animés par des préoccupations centrées sur l'état de santé des personnes ou des populations.

Le système d'aide sociale comprend les Mairies, le Secours Catholiques, la Croix rouge Française, le Secours populaire, les Resto du cœur, le CCAS, les services d'aide à domicile,

etc. Ces acteurs n'ont pas pour vocation première de se préoccuper de l'état de santé des personnes, mais interviennent sur leurs déterminants : accès au logement, à l'alimentation, à l'éducation.

Le système de vie sociale comprend le marché, des maisons de retraites, des associations culturelles, sportives, des commerces (épicerie, boucherie, agence de voyage, etc.), des centres sociaux, des MJC, les lieux de culte, les journaux locaux, la radio locale, etc. Ces acteurs se préoccupent de la vie sociale, des relations, des activités culturelles ou culturelles, des loisirs...

La population comprend les personnes visées par l'intervention des navigateurs, mais également leur entourage, familial, amical, et interviennent dans le cadre de leur relations personnelles.

Chaque acteur de ses catégories peut aider, freiner, ou tout simplement être indifférent à l'action du navigateur. Une dame peut inviter ses amis à prendre le thé et manger des gâteaux en présence du navigateur, et ainsi aider à la promotion du dépistage. Une MJC peut ouvrir ses portes à un navigateur dans le cadre d'un atelier cuisine, pour lui permettre de prendre contact avec des personnes cibles. La mairie pour mettre un local à la disposition du navigateur, les restaurants du cœur peuvent offrir une table dans les locaux de la distribution alimentaire. Un kinésithérapeute peut accepter de diffuser des dépliants proposant à ses patients de prendre contact avec le navigateur.

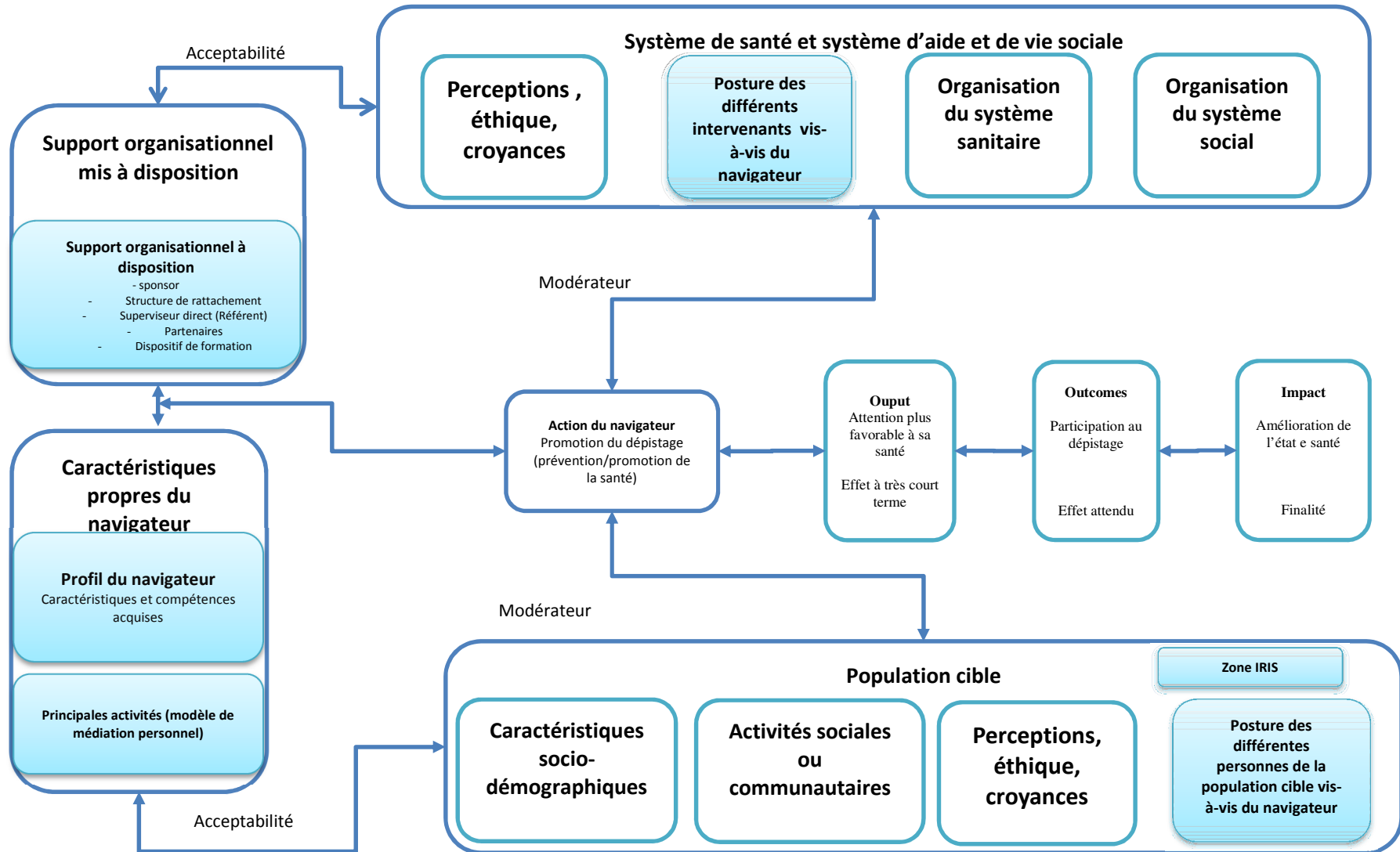
En se faisant « accepter » par les acteurs de ces différentes catégories, le navigateur gagne une certaine légitimité et devient « acceptable » par les personnes visées par l'intervention. Tenir une permanence dans la pharmacie du quartier, c'est avoir été reconnu comme légitime par le pharmacien à parler d'un sujet médical. Etre à une place régulière sur un marché entre le boucher et le vendeur de fruits et légumes, permet de s'ancrer dans la vie du quartier.

Le modèle d'analyse s'est donc progressivement affiné pour tenir compte des phénomènes d'acceptabilité par les différents partenaires et par les populations sur le terrain, et de leur influence modératrice sur l'activité du navigateur (Figure 4).

Intéressés par l'influence de la relation et des interactions, nous avons choisi d'étudier la posture modératrice des différents partenaires du navigateur, tant dans leur contribution matérielle (support organisationnel mis à disposition) que symbolique (reconnaissance de la légitimité des navigateurs par les divers acteurs des différents systèmes).

Nous n'avons pas interrogé la structuration du système sanitaire, social ou l'organisation sociale des populations, car il n'était pas dans l'objectif de l'étude d'en questionner la pertinence. Elles ont plutôt été considérées comme une donnée de l'étude, qui se contente d'ajouter un interlocuteur qui fait du lien entre les structures existantes. Les questions éthiques ont été abordées par une autre équipe (cf partie précédente).

Figure 6 : modèle d'analyse complet



II. Abduction à la littérature

Une fois cette modélisation posée, un cadre de réflexion théorique nous a été nécessaire pour cerner comment un système somme toute d'une grande complexité pouvait être étudié de façon pertinente. Nous avons à faire à des êtres humains, tentant de s'organiser pour structurer des interactions avec un grand nombre d'interlocuteurs. Nous avons donc cherché dans la littérature des modèles ou des méthodes d'analyse susceptibles de nous aider à comprendre les phénomènes en jeu.

L'accumulation des lectures, des remontées de terrain et des discussions avec les chercheurs ont permis de poser quelques éléments :

Le dépistage n'est pas qu'une évidence guidée par un choix rationnel. La littérature sur la navigation ne discute pas de l'intérêt du dépistage, supposé résolu par la littérature médicale. Elle ne discute pas non plus du libre choix, considérant qu'il est rationnel et justifié pour tout individu de se faire dépister et que c'est l'existence de barrières, identifiées ou à rechercher, qui empêche les gens de participer. On retrouve donc de manière sous-jacente l'hypothèse que l'individu dûment informé finira par aller de lui-même participer au dépistage. On retrouve « l'homo medicus » (Pinell 1992), frère de « l'homo economicus » posant l'hypothèse que les choix sont rationnels et basés sur la connaissance.

D'autres hypothèses se révèlent pourtant avec les retours des navigateurs. La confiance que les personnes portent dans ce qui leur recommande le dépistage, ou ne leur recommande pas, est un élément important pour fonder leurs décisions. La réciprocité, qui va consister à faire plaisir au navigateur qui a rendu un service en allant faire son dépistage, est une autre hypothèse. Montrer à sa famille qu'on prend soin de sa santé, même si on continue à trouver le test bien inutile, en est encore une autre.

Même si toute cette description fait penser à une analyse en rationalité contingente, où les décisions sont guidées par des facteurs individuels, sociétaux, familiaux, elle conduit également à souligner la multiplicité des acteurs influençant la décision. Accompagner un individu pour franchir des barrières, supposant que ces dernières peuvent au final toutes être dépassées par son action individuelle, fût-elle accompagnée par un navigateur, fait manquer une composante importante : celles des groupes et de leurs effets coopératifs.

Le système de santé lorsqu'il aborde la question du dépistage en définit les normes : qui accède, comment, avec quelle fréquence, etc. et en organise les aspects pratiques. Mais si la prise en charge de la maladie lui permet d'avoir une population « captive », demandeuse de soins en rapport avec des manifestations symptomatiques, il n'en est pas de même avec la prévention et le dépistage. Les préoccupations de la vie courante, qui font déjà remettre à plus tard la consultation d'un médecin à l'apparition de certains symptômes éloignent d'autant plus les personnes du système de santé qu'elles ne se sentent pas concernées par

les messages. Il doit donc s'associer avec d'autres pour pouvoir diffuser les messages de prévention et la promotion du dépistage.

Bien que la santé publique soit une préoccupation d'ordre politique, doublée de questionnements autour du financement des conséquences des maladies, l'organisation de la diffusion des messages n'est pas un système hiérarchique. Même si l'existence de politique publique peut faire penser à des priorités qui se déclinent mécaniquement, la santé s'ajoute à toutes les autres politiques pour former au final au niveau de la mise en œuvre un ensemble de politiques et de messages concurrents, qui rentrent en compétition tant du point de vue de la mobilisation que de l'attention du public. C'est donc au niveau du terrain que vont se former des alliances permettant aux uns et aux autres de renforcer leur action. L'activité des navigateurs a bien montré l'absence de centre à toutes ses actions, et les bienfaits de la coopération.

Une recherche dans la littérature a donc été conduite autour des notions de coopération des acteurs d'organisations multicentriques. La diversité est un problème central, les analyses ne peuvent être conduites qu'à de multiples niveaux et au final la situation ressemble à une carte géographique sur laquelle on pourrait superposer des couches de messages différents : la situation des populations, la façon dont les échanges se structurent au quotidien, la manière dont l'aide sociale vient modifier les situations individuelles et les liens entre les personnes, la façon dont le système de santé s'occupe de cet ensemble disparate.

De surcroît, face à cette complexité, les acteurs sont très critiques sur l'organisation même des uns et des autres, plaçant bien souvent l'origine des problèmes sur la structuration du système lui-même. Or, nous observons actions *in situ*, et il n'est pas possible à partir d'une expérience singulière de remettre en cause la structuration de l'ensemble des systèmes, chaque acteur ne pouvant revendiquer que le reste du monde s'adapte pour faciliter sa seule action.

La piste retenue est celle de l'analyse institutionnelle, développée ces cinquante dernières années autour de l'étude des relations et enjeux de pouvoir institutionnels localisés. L'analyse institutionnelle souhaitait étudier le « social-en-train-de-se-faire » (Monceau et Savoye 2003).

Face au degré de complexité nécessaire à l'analyse, le concept de « polycentricité » nous a semblé le concept disponible le mieux adapté. Il recouvre la notion de système complexe avec un enlacement de différents systèmes de décisions et permettrait, selon les auteurs qui l'ont développé, d'améliorer davantage la compréhension et la production de sens qu'un système unique où le pouvoir est centralisé (Aligica et Tarko 2012).

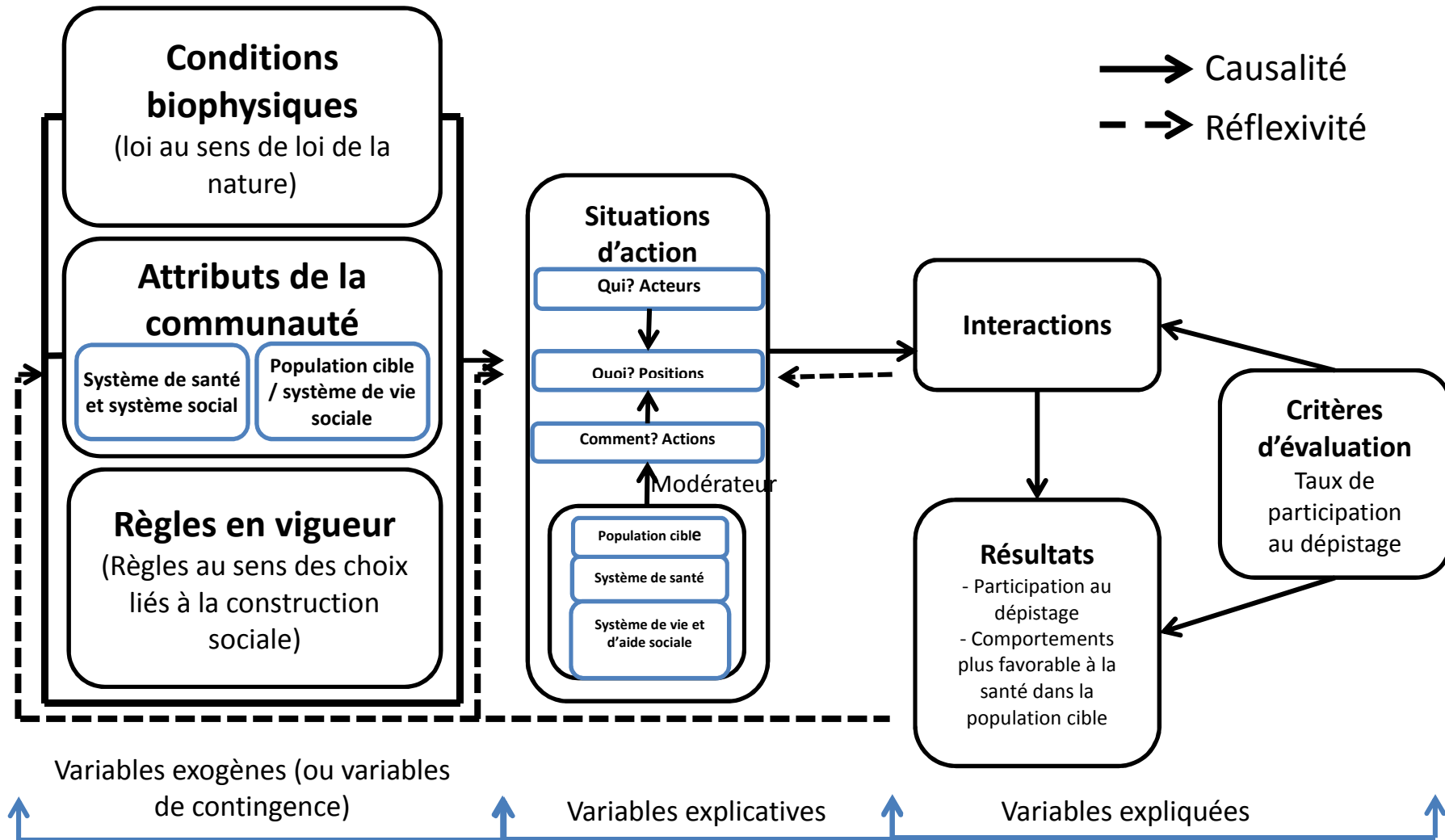
Pour mettre en perspective les actions que nous observons avec le contexte institutionnel, nous avons donc exploré la piste de l'analyse institutionnelle développée par Elinor Ostrom (Ostrom 2005). Pour aborder la diversité des pratiques instituées par les acteurs dans une situation donnée (Ostrom 2010), elle a développé avec son équipe un modèle permettant de

hiérarchiser les différentes situations observées dans l'analyse de situations coopératives complexes. En étudiant les situations concrètes, elle propose de hiérarchiser différents niveaux qui vont entrer en mouvement de manière différente dans le temps. Le plus élevé de ces niveaux est celui des situations « méta constitutionnelles » dans lesquelles elles classent les règles du monde biophysique (les lois de la nature au sens des sciences dures) et les règles d'organisation les plus ancrées des communautés (qui ne changeront pas au terme d'une seule l'action). Viennent ensuite les situations « constitutionnelles » constituées des règles en vigueur, qui ne feront certes pas l'objet de modifications facilement, mais sont susceptibles d'évoluer sans remettre en cause les règles méta constitutionnelles. Viennent ensuite les situations de « choix collectifs » qui structurent les actions sur le plan opérationnel et peuvent directement être remis en cause par des retours du dernier niveau constitué par les situations « opérationnelles » mettant en œuvre ces choix collectifs. Le modèle ainsi décrit permet de concentrer l'attention sur l'observation des situations opérationnelles, à la fois comme lieu où se forme l'action de mise en œuvre, mais également compte comme point de départ à des boucles de rétroactions pouvant ensuite toucher les choix collectifs puis les règles constitutionnelles, et à plus long terme les règles méta-constitutionnelles. Ce modèle est certes une vision-très hiérarchique du fonctionnement de la société, qui est assez caractéristique d'une approche institutionnelle. Mais dans la situation que nous avons étudiée, ou à aucun moment il n'a été question de remettre en cause les règles l'organisation de quoi que ce soit dans le dispositif de dépistage, cette méthode d'analyse nous est apparue parfaitement pertinente.

La figure 5 présente l'abduction du modèle élaboré aux schémas d'analyse d'Ostrom. Nous essayons donc d'expliquer l'action par l'observation des situations opérationnelles, et considérons que les caractéristiques des différents systèmes que nous avons identifiés, et que les règles en vigueur dans le fonctionnement des différents groupes que nous observons sont des données que nous ne cherchons pas à discuter.

C'est l'analyse de la situation d'action qui nous permettra de questionner ces règles.

Figure 7 : Abduction du modèle au schéma d'analyse au modèle d'Ostrom, de la population cible



III. Résultats et première analyse

Nous avons concentré notre analyse sur l'action et son déroulement, en étudiant de manière approfondie les données dont nous disposons pour analyser l'arène de l'action :

- L'identité de l'acteur central de l'étude, c'est-à-dire le navigateur, a été envisagé par l'intermédiaire de l'étude de son profil et de la manière dont il exerçait son rôle auprès des populations cible
- Les différents acteurs entrés en interaction avec le navigateur dans le cadre de sa fonction, qu'ils aient été partenaires ou non de l'action

Ces résultats sont présentés en trois parties : le profil du navigateur, le mode d'accompagnement des personnes cible et les effets modérateurs des acteurs présents dans les situations d'action. Les résultats présentés feront dans l'avenir l'objet d'autres analyses.

Profil du navigateur au recrutement

Dans la situation d'action, l'acteur central à qui a été confiée l'action est le navigateur. Dans la mesure où cette fonction de navigation est incarnée par une personne, nous nous sommes naturellement interrogés sur les éléments caractérisant le choix de cette personne lors de son recrutement. Nous avons étudié en profondeur le profil des navigateurs.

Nous avons en premier lieu utilisé la revue systématique de la littérature sur les programmes de navigation (120 articles pertinents), nous concentrant plus particulièrement sur ceux donnant des éléments sur le profil des navigateurs recrutés (77 papiers) et recherché dans l'ensemble de ces papiers les éléments ayant présidé au choix de tel ou tel profil pour le navigateur. Dans un second temps, nous avons analysé les données du projet COLONAV concernant le profil des navigateurs recrutés. Les données analysées sont celles du diagnostic préalable, fait auprès de 49 professionnels (organismes de santé, mairies et associations) et de 10 personnes faisant parties de la population cible, de la fiche de poste diffusée pour le recrutement, des données de recrutement, et des premiers retours des navigateurs lors des journées d'échange de pratiques organisées dans l'étude. Nous avons analysé ces données à l'aide du logiciel de traitement de données NVivo 10.

I. Revue systématique de la littérature

A l'origine des programmes de navigation, les équipes de Freeman font le choix, pour conduire plus de femmes de la communauté noire américaine de Harlem à se faire dépister, d'embaucher des femmes noires américaines issues du même quartier. Ces dernières n'ont pas de compétences médicales ou sociales particulières, elles font simplement partie de la communauté. Deux motivations à ce choix sont évoquées dans la littérature (Harold P. Freeman, Muth, et Kerner 1995) : la proximité culturelle et le moindre coût de personnes peu qualifiées. La proximité culturelle sera retenue comme critère à de nombreuses reprises, soit pour surmonter la barrière des langues couramment parlées dans les différentes communautés visées (T. A. Battaglia et al. 2012; L. A. Chen et al. 2008b) soit pour conceptualiser le « culturally tailored language » qui ne concerne pas simplement la langue au sens langue maternelle ou étrangère, mais le langage utilisé dans le quartier ou le groupe. Freeman (Harold P. Freeman et Chu 2005b; Harold P. Freeman 2006a) parle également de « culture de la pauvreté » plutôt que de culture au sens ethnique. Les programmes destinés aux « Native Americans » s'appuient sur l'absence de confiance de ces populations envers les communautés étrangères, lié à leur histoire, pour ne choisir que des « Native » (Eschiti, Burhansstipanov, et Watanabe-Galloway 2012a). En dehors de cette population spécifique, de nombreux programmes conduits par des membres des communautés visées, des travailleurs sociaux ou des infirmières ont été menés, sans montrer de différences

significatives dans les résultats obtenus. Aucun papier n'explique si les choix de profil dans les études ont été faits par une volonté de tester une hypothèse relative au profil, ou s'ils tenaient déjà compte de contingences locales : personnel disponible, acceptabilité du personnel non médical dans des structures de soins, etc. Cependant, certains d'entre eux donnent des caractéristiques qu'ils ont jugées importantes pour le recrutement de leur navigateur. La partie qui suit fait le point sur ces caractéristiques.

Les navigateurs sont recrutés pour promouvoir la santé (arrêter de fumer, risques cardiovasculaires), inciter, encourager au dépistage (cancer, diabète), etc. Dans certaines expériences s'intéressant aux difficultés d'accès aux soins, les navigateurs accompagnent les patients dans leur parcours.

1. Les noms donnés aux navigateurs

À la lecture des différents articles, nous avons pu constater une diversité des noms donnés au navigateur : Care manager, Conseiller, Educateur santé, Infirmier, Native Sister, Navigateur (natif, pair, professionnel, santé, profane), Personne profane, Travailleur (de proximité, santé, social) ou encore plusieurs de ces noms au sein d'une même étude (tableau 3).

Tableau 3 : les différentes dénominations données aux navigateurs

Care manager	Beach et al. 2007; Dietrich et al. 2006
Conseiller	(Burhansstipanov et al. 2000b; Ell et al. 2002; Engelstad et al. 2005; Margolis et al. 1998; E. Paskett et al. 2006b)
Educateur santé	L. A. Chen et al. 2008; Elkin et al. 2012; C. Y. Fang et al. 2007; Gotay et al. 2000; Grace X. Ma et al. 2009; Wang et al. 2010; Weber et Reilly 1997
Infirmier	Lasser et al. 2013; Palmieri et al. 2009; Rust 2003
Native Sister	Burhansstipanov et al. 2010
Navigateur (natif, pair, professionnel, santé, profane)	Bensink et al. 2014; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; Cavanagh et al. 2013; Christie et al. 2008; Cohen et al. 2013; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Hughes Halbert et al. 2013; L. Jandorf 2005; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lorhan et al. 2013; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Phillips et al. 2010; Primeau et al. 2013; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Sly et al. 2012; Stanley et al. 2013; Szilagyi et al. 2011; Vargas et al. 2008; Kristen J. Wells et al. 2011; Kristen J. Wells et al. 2012
Personne profane	Battaglia et al. 2012
Travailleur (de proximité, santé, social)	Tracy A. Battaglia et al. 2007; Bone et al. 2013; M. S. Chen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Ell et al. 2007; Fernandez et al. 2009; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Gimpel et al. 2010; Han et al. 2008; Krantz et al. 2013; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Percac-Lima et al. 2009; Taylor et al. 2002
Plusieurs de ces noms	Freund et al. 2008; McCloskey 2009; Shelton et al. 2011; Spiro et al. 2012; Tejada et al. 2013; Warren-Mears et al. 2013

2. Identités caractéristiques des navigateurs

Les navigateurs peuvent alors être des pairs, des profanes, des professionnels de santé ou encore des professionnels de l'aide sociale (tableau 4).

Tableau 4 : identité des navigateurs choisis

Pairs	Beach et al. 2007; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; Burhansstipanov et al. 2012; M. S. Chen et al. 2013; Cohen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Elkin et al. 2012; Ell et al. 2002; C. Y. Fang et al. 2007; Fernandez et al. 2009; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Freund et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; L. Jandorf 2005; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lorhan et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; McCloskey 2009; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Raj et al. 2012; Sly et al. 2012; Spiro et al. 2012; Taylor et al. 2002; Tejada et al. 2013; Vargas et al. 2008; Wang et al. 2010; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011
Profanes	T. A. Battaglia et al. 2012; Beach et al. 2007; Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; M. S. Chen et al. 2013; Cohen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Elkin et al. 2012; Ell et al. 2007; C. Y. Fang et al. 2007; Fernandez et al. 2009; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Freund et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; L. Jandorf 2005; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lorhan et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; Margolis et al. 1998; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Primeau et al. 2013; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Shelton et al. 2011; Spiro et al. 2012; Tejada et al. 2013; Wang et al. 2010; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011; Kristen J. Wells et al. 2012
Professionnels de santé	Tracy A. Battaglia et al. 2007; Bensink et al. 2014; Calhoun et al. 2010; Cavanagh et al. 2013; Christie et al. 2008; Dietrich et al. 2006; Elkin et al. 2012; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; Freund et al. 2008; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2013; Margolis et al. 1998; McCloskey 2009; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; E. D. Paskett et al. 2012; Rust 2003; Shelton et al. 2011; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013; Tejada et al. 2013; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013
Professionnels de l'aide sociale	Calhoun et al. 2010; Ell et al. 2002; Engelstad et al. 2005; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; Freund et al. 2008; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; McCloskey 2009; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Shelton et al. 2011; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013; Tejada et al. 2013

3. Légitimité des navigateurs pour intervenir auprès du public choisi

Une autre qualité importante concernant les navigateurs recrutés a parfois été mentionnée, celle de la reconnaissance a priori de la communauté, du système de santé, ou encore du système d'aide sociale (Burhansstipanov et al. 2012b; Krebs et al. 2013b; Lorhan et al. 2013b; McCloskey 2009; Rust 2003). Cette reconnaissance peut par exemple être définie comme le fait d'être respecté des chefs Indien et des membres de la communauté, le fait d'être ou d'avoir été bénévole et d'être respecté en tant que tel, ou encore d'être respecté par les médecins pour son expertise clinique et sa compassion envers les patients.

Nous avons aussi regardé, lorsque ceci était mentionné, où avaient été recrutés les navigateurs. Selon les besoins de chaque étude, ils ont pu être recrutés au sein de la communauté, du système de santé ou les deux (tableau 5).

Tableau 5 : Source de la légitimité des navigateurs pour intervenir auprès des populations

Communauté	Bensink et al. 2014; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2012; Cohen et al. 2013; Fouad et al. 2010; Gotay et al. 2000; Hughes Halbert et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Primeau et al. 2013; Shelton et al. 2011; Spiro et al. 2012; Szilagyi et al. 2011; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Kristen J. Wells et al. 2011; Kristen J. Wells et al. 2012
Système de santé	H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Lasser et al. 2013; Palmieri et al. 2009; Rust 2003; Stanley et al. 2013
Les deux	Elkin et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013

La notion de navigateur ne semble donc pas être une notion figée. Les programmes adaptent cette notion en fonction de leurs besoins et ressources disponibles, besoins et ressources, qui comme mentionnés ultérieurement, ne sont pas toujours explicites. La navigation est donc plutôt décrite comme une fonction d'aide au parcours qu'une personne doit réaliser dans le monde complexe de l'accès aux soins, assimilé à de nombreux obstacles qu'il faut savoir franchir. La personne assurant cette fonction peut alors prendre un autre nom que celui de navigateur. C'est donc sur les conditions d'exercice de la fonction que nous avons réalisé notre analyse.

4. Caractéristiques personnelles

Les auteurs décrivent aussi parfois les navigateurs par ce que nous avons considéré comme des caractéristiques personnelles (e.g. âge, sexe, lieu d'habitation, langues parlées, etc.). Les caractéristiques personnelles des navigateurs peuvent être plus ou moins proches des

caractéristiques de la population ciblée par chacune des études. Les principaux critères énoncés sont les langues parlées, le sexe des navigateurs, l'origine ethnique, le fait de résider au sein de la communauté, l'âge, l'appartenance à la communauté (avoir une vie sociale au sein de la communauté), le vécu du test de dépistage ou de la maladie et le fait d'avoir des croyances religieuses des valeurs, ou une culture similaires à la communauté cible (tableau 6).

Tableau 6 : Caractéristiques personnelles des navigateurs dans la littérature

Langues parlées	T. A. Battaglia et al. 2012; Beach et al. 2007; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; Calhoun et al. 2010; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; M. S. Chen et al. 2013; Christie et al. 2008; Dietrich et al. 2006; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; C. Y. Fang et al. 2007; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Freund et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Han et al. 2008; Lina Jandorf et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lorhan et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Ngoc Nguyen et al. 2008; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Phillips et al. 2010; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013; Szilagyi et al. 2011; Taylor et al. 2002; Wang et al. 2010; Kristen J. Wells et al. 2011; Kristen J. Wells et al. 2012
Sexe des navigateurs	Beach et al. 2007; Bone et al. 2013; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; M. S. Chen et al. 2013; Cohen et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Ell et al. 2002; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Margolis et al. 1998; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; Nguyen et al. 2011; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Rust 2003; Spiro et al. 2012; Taylor et al. 2002; Vargas et al. 2008; Weber et Reilly 1997
Origine ethnique	Bone et al. 2013; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; Burhansstipanov et al. 2012; M. S. Chen et al. 2013; Cohen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Ell et al. 2002; Engelstad et al. 2005; C. Y. Fang et al. 2007; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; Gimpel et al. 2010; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; McCloskey 2009; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Raj et al. 2012; Shelton et al. 2011; Taylor et al. 2002; Tejada et al. 2013; Vargas et al. 2008; Wang et al. 2010; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997
Résider au sein de la communauté	Bensink et al. 2014; Burhansstipanov et al. 2012; Cohen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Elkin et al. 2012; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; Gotay et al. 2000; Hughes Halbert et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Nguyen et al. 2011; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Primeau et al. 2013; Spiro et al. 2012; Szilagyi et al. 2011; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011; Kristen J. Wells et al. 2012
Âge	M. S. Chen et al. 2013; Fouad et al. 2010; Han et al. 2008; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Kreuter et al. 2012;

	Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Maxwell et al. 2010; Nguyen et al. 2011; E. D. Paskett et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Sly et al. 2012
Appartenance à la communauté (avoir une vie sociale au sein de la communauté)	Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; Burhansstipanov et al. 2012; Cohen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Elkin et al. 2012; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Nguyen et al. 2011; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Primeau et al. 2013; Spiro et al. 2012; Szilagyi et al. 2011; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011
Vécu du test de dépistage ou de la maladie	Bensink et al. 2014; Calhoun et al. 2010; Fouad et al. 2010; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Shelton et al. 2011; Sly et al. 2012
Avoir des croyances religieuses des valeurs, ou une culture similaires	Burhansstipanov et al. 2000; Gimpel et al. 2010; Han et al. 2008; L. Jandorf 2005; Krantz et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Maxwell et al. 2010; Percac-Lima et al. 2012; Vargas et al. 2008

Ces caractéristiques personnelles sont les principales caractéristiques énoncées par les différentes études. Il ne semble pas y avoir de caractéristiques prépondérantes, même s'il semble que les auteurs ont plutôt retenu les notions de langues parlées, de sexe, d'ethnicité et d'appartenance à la communauté cible.

5. Compétences et savoir-faire

Les études analysées font aussi état de compétences et savoir-faire pour décrire les navigateurs recrutés. Les différentes compétences mentionnées sont la connaissance de la population cible, l'expérience de travail auprès de la population cible/population défavorisée/minorité ethnique, l'expérience en santé, dans l'aide sociale, la formation en santé, dans l'aide sociale, le niveau d'études Baccalauréat, Universitaire, la connaissance des structures locales, la connaissance du système de santé, du système d'aide sociale en général, les compétences en informatique, les compétences en case management, la coordination des services, l'organisation, la motivation, l'expérience en tant qu'enquêteur/travail téléphonique, la sécurité, l'expérience en tant que navigateur, la traduction des termes médicaux, la mise en place des stratégies permettant le travail avec différentes cultures, la conduction de recherches, les compétences interpersonnelles, les capacités littéraire/d'écriture, la communication, ou encore le fait d'avoir le permis de conduire. Par ailleurs, deux auteurs ont aussi donné comme aspect important pour le recrutement de leurs navigateurs, celui de posséder ou d'avoir accès à un moyen de transport afin d'aider les personnes voulant se faire dépister ou soigner à aller vers les différents praticiens (M. S. Chen et al. 2013; Fouad et al. 2010) (Tableau 7).

Tableau 7 : Compétences et savoir-faire décrits pour les navigateurs

Connaissance de la population cible	Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2012; Cohen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Ell et al. 2002; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lorhan et al. 2013; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Primeau et al. 2013; Shelton et al. 2011; Spiro et al. 2012; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011; Kristen J. Wells et al. 2012
Expérience de travail auprès de la population cible/population défavorisée/minorité ethnique	Tracy A. Battaglia et al. 2007; Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Burhansstipanov et al. 2000; Cavanagh et al. 2013; Ell et al. 2002; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; Gotay et al. 2000; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Krebs et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Ngoc Nguyen et al. 2008; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Shelton et al. 2011; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2012
Expérience en santé, dans l'aide sociale ou les deux	Santé (Tracy A. Battaglia et al. 2007; T. A. Battaglia et al. 2012; Christie et al. 2008a; Lina Jandorf, Stossel, et al. 2013d; Kreuter et al. 2012b; Lasser et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009b; Margolis et al. 1998; Palmieri et al. 2009; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013b; Rust 2003; Spiro et al. 2012; Warren-Mears et al. 2013) Aide sociale (Bone et al. 2013; Krebs et al. 2013b; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Wells et al. 2012b) Les deux (Bensink et al. 2014; Calhoun et al. 2010; Ell et al. 2002; Engelstad et al. 2005; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995a; Freund et al. 2008; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013b; Lasser et al. 2009b; Lasser et al. 2011a; Lorhan et al. 2013b; McCloskey 2009; E. Paskett et al. 2006b; Shelton et al. 2011b; Stanley et al. 2013; Tejada et al. 2013)
Formation en santé, dans l'aide sociale ou les deux	Santé (T. A. Battaglia et al. 2012; Cavanagh et al. 2013b; Christie et al. 2008a; Fouad et al. 2010; Lasser et al. 2013; Margolis et al. 1998; Palmieri et al. 2009; Rust 2003; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013) Aide sociale (Ell et al. 2002; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Talar W. Markossian et Calhoun 2011) Les deux (Calhoun et al. 2010; Lasser et al. 2009b; Lasser et al. 2011a; McCloskey 2009; E. Paskett et al. 2006b; Shelton et al. 2011b; Stanley et al. 2013)
Niveau d'études Baccalauréat, Universitaire ou les deux	Baccalauréat (T. A. Battaglia et al. 2012; Cavanagh et al. 2013b; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Han et al. 2008b; Mays et al. 2012) Universitaire (Beach et al. 2007b; Dietrich et al. 2006b; Ell et al. 2007; Lasser et al. 2009b; Lasser et al. 2011a; Lasser et al. 2013; Margolis et al. 1998; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Palmieri et al. 2009; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Rust 2003; Stanley et al. 2013) Les deux (Bone et al. 2013; Braun et al. 2012b; Burhansstipanov et al. 2012b; Calhoun et al. 2010; Ell et al. 2002; Fouad et al. 2010; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013b; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; E. Paskett et al. 2006b; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013b; Ramirez et al. 2013; Shelton et al. 2011b; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013)
Connaissance des structures locales	Tracy A. Battaglia et al. 2007; Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Calhoun et al. 2010; Ell et al. 2002; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; H. P.

	Freeman, Muth, et Kerner 1995; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2013; Phillips et al. 2010; Rust 2003; Shelton et al. 2011; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997
Connaissance du système de santé, du système d'aide sociale en général ou les deux	Connaissance du système de santé (Tracy A. Battaglia et al. 2007; Bone et al. 2013; Ell et al. 2002; Lasser et al. 2013; Margolis et al. 1998; Palmieri et al. 2009; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013b; C. E. Phillips et al. 2010b; Rust 2003; Spiro et al. 2012; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997b) Système d'aide sociale en général (Talar W. Markossian et Calhoun 2011) Les deux (Bensink et al. 2014; Calhoun et al. 2010; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995a; Lasser et al. 2009b; Lasser et al. 2011a; McCloskey 2009; E. Paskett et al. 2006b; Shelton et al. 2011b; Stanley et al. 2013)
Compétences en informatique	Bone et al. 2013; Calhoun et al. 2010; Cavanagh et al. 2013
Compétences en case management	Tracy A. Battaglia et al. 2007; T. A. Battaglia et al. 2012; Beach et al. 2007; M. S. Chen et al. 2013; Dietrich et al. 2006; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Rust 2003; Stanley et al. 2013
Coordination des services	Bone et al. 2013
Organisation	Bone et al. 2013; Cavanagh et al. 2013; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; Stanley et al. 2013
Motivation	Bone et al. 2013
Expérience en tant qu'enquêteur/travail téléphonique	Bone et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; E. Paskett et al. 2006
Sécurité	Bone et al. 2013
Expérience en tant que navigateur	Lasser et al. 2013; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Stanley et al. 2013
Traduction des termes médicaux	Ferrante, Chen, et Kim 2007; Spiro et al. 2012
Mise en place des stratégies permettant le travail avec différentes cultures	Freund et al. 2008; Palmieri et al. 2009; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013
Conduction de recherches	L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Shelton et al. 2011
Compétences interpersonnelles	Bone et al. 2013; Kreuter et al. 2012; E. Paskett et al. 2006; Primeau et al. 2013; Shelton et al. 2011; Stanley et al. 2013; Vargas et al. 2008
Capacités littéraire/d'écriture	Shelton et al. 2011; Weber et Reilly 1997
Avoir le permis de conduire	M. S. Chen et al. 2013; Fouad et al. 2010
Communication	Bone et al. 2013; Burhansstipanov et al. 2000; Cavanagh et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lorhan et al. 2013; McCloskey 2009; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; Shelton et al. 2011; Stanley et al. 2013; Weber et Reilly 1997

Beaucoup de compétences sont mobilisées pour décrire le profil des navigateurs. Certaines compétences semblent par ailleurs plus importantes que d'autres car elles sont citées par de nombreux auteurs. Ces compétences sont la connaissance de la population et l'expérience de travail auprès de celle-ci, la formation et l'expérience de travail en santé et dans l'aide

sociale, le niveau d'études, mais aussi la connaissance du système de santé, du système d'aide sociale ainsi que des structures locales.

6. Traits de personnalité et habiletés

22 études sur 77 ont décrit le profil des navigateurs recrutés en parlant de l'importance de certains traits de personnalité ou habiletés. Les différents traits de personnalité et habiletés évoqués sont : être dévoué à la communauté, sensibilité culturelle, empathie, être organisé, savoir s'adapter au contexte local, volonté de travailler / avoir travaillé sur la promotion du cancer, aptitude à aller vers les autres, être accessible, ne pas juger, être résilient, être créatif, être patient, charisme personnel, être tolérant, connaissance de soi, être responsable, être calme, savoir partager l'information, habileté à aider les patients à naviguer à travers le système médical et à faire en sorte que le suivi soit fait dans les temps, être compatissant, être professionnel ou encore être courtois (Tableau 8).

Tableau 8 : Traits de personnalités et habiletés des navigateurs

Être dévoué à la communauté	Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; Han et al. 2008; Maxwell et al. 2010; McCloskey 2009; Vargas et al. 2008
Sensibilité culturelle	Bone et al. 2013; Fernandez et al. 2009; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Han et al. 2008; L. Jandorf 2005; Krantz et al. 2013; Krebs et al. 2013; Margolis et al. 1998; McCloskey 2009; Palmieri et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Vargas et al. 2008
Empathie	Lorhan et al. 2013; McCloskey 2009; Ngoc Nguyen et al. 2008; Palmieri et al. 2009
Être organisé	Bone et al. 2013; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; Stanley et al. 2013
Savoir s'adapter au contexte local	Bone et al. 2013; Palmieri et al. 2009; Vargas et al. 2008
Volonté de travailler / avoir travaillé sur la promotion du cancer	Burhansstipanov et al. 2000; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Lorhan et al. 2013
Aptitude à aller vers les autres	Fernandez et al. 2009; Vargas et al. 2008
Être accessible	Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Lorhan et al. 2013
Ne pas juger	Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011
Être résilient	Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011
Être créatif	Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011
Être patient	Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011
Charisme personnel	Weber et Reilly 1997
Être tolérant	Vargas et al. 2008
Connaissance de soi	Lorhan et al. 2013
Être responsable	Lorhan et al. 2013
Être calme	Lorhan et al. 2013
Savoir partager l'information	Lorhan et al. 2013
Habilité à aider les patients à naviguer à travers le système médical et à faire en sorte que le suivi soit fait dans les temps	Maxwell et al. 2010
Être compatissant	McCloskey 2009; Palmieri et al. 2009; Rust 2003
Être professionnel	E. Paskett et al. 2006
Être courtois	E. Paskett et al. 2006

Dans la littérature sur les programmes de navigation, un grand nombre de qualificatifs ont servis à décrire le profil des navigateurs. Même si les auteurs ne donnent pas les raisons exactes du choix du profil de leurs navigateurs, il semblerait toutefois qu'ils aient pu être choisis en fonction des besoins et ressources à disposition. Il est aussi possible que ce choix ait pu être fait en fonction de la nécessité pour les différents programmes de recruter un navigateur plus ou moins proche de la population cible, du système d'aide sociale ou encore du système de santé, ainsi que la nécessité de recruter un navigateur plutôt profane ou professionnel.

Une étude approfondie des données du projet COLONAV va nous permettre de répondre en partie aux questions relatives aux choix des expériences, en étudiant la genèse de l'une d'entre elle.

II. L'étude interventionnelle COLONAV

L'étude interventionnelle COLONAV avait pour objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont générées par un système de prévention basé sur un processus standardisé (Dépistage organisé du cancer colorectal). L'hypothèse principale de l'étude était qu'une organisation adaptée aux populations à faible statut socioéconomique permettrait d'accroître le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal. Cette étude se base sur les différents programmes de navigation analysés ci-avant en ajoutant à l'organisation du dépistage du cancer colorectal des navigateurs afin de promouvoir de manière adaptée le dépistage du cancer colorectal auprès de la population cible (éducation, information, accompagnement,...). Pour ce faire, 4 zones IRIS d'habitat (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique) ont été sélectionnées par département, sur 5 départements (Ardèche, Côte d'Or, Rhône, Loire et Val-de-Marne) afin d'être les zones d'intervention des navigateurs. Ces zones ont été retenues sur le faible taux de participation au dépistage colorectal ainsi que sur leur indice de défavorisation élevé. Cinq navigateurs ont été recrutés.

Cette partie s'applique à analyser, dans les données du projet COLONAV, les éléments qui ont été pris en compte pour le recrutement des navigateurs et l'adaptation des programmes de navigation au territoire français. Une première partie va analyser quel était le profil voulu avant recrutement et une seconde partie va mettre en avant les profils des différents navigateurs *in fine* recrutés.

Le projet Colonav ne change pas la manière dont le dépistage organisé fonctionne. Il ajoute simplement un nouvel acteur étant plus proche ou juste dévoué à la population cible pour aider une organisation déjà en place qui n'arrive pas à l'atteindre par les canaux de diffusions habituels.

1. Profil envisagé des navigateurs pré-recrutement

Une première analyse de la littérature sur la navigation avait *a priori* retenu une vision du navigateur « pair » de la population ciblée. Les programmes américains sont basés pour la plupart sur une population inscrite auprès de centres de soins. Aux USA, il y a une absence de tabou sur les mentions de l'appartenance ethnique dans les documents administratifs, ce qui rend cette posture possible. Cette première posture pour le projet COLONAV a rapidement été questionnée au regard de la population ciblée sur la base des zones IRIS et de l'inexistence de statistiques ethniques en France. Qu'est-ce qu'un pair pour une population de cette importance ? Le diagnostic préalable a été la seule source d'information permettant de documenter cette question.

Nous avons analysé les entretiens réalisés lors du diagnostic préalable et les éléments collectés pendant le recrutement.

a. Le profil du navigateur envisagé par les professionnels

Les professionnels interrogés travaillent au sein des cinq zones cibles du projet COLONAV. De ce fait, ils connaissent bien la population et sont à même de donner des informations concernant le profil que devrait avoir le navigateur pour travailler dans leur zone. Ces professionnels se composent de personnes travaillant en mairie, de personnes travaillant pour les associations ou étant bénévoles au sein de ces associations et des personnes faisant parti du système de santé, et plus particulièrement des médecins. Nous avons récolté les verbatim concernant le profil du navigateur envisagé par les professionnels et avons effectué l'analyse de ces données à l'aide d'un codage semi-ouvert via le logiciel NVivo 10. Le tableau ci-dessous regroupe les critères qui sont ressorties lors de l'analyse des entretiens du diagnostic initial et certains verbatim associés (Tableau 9).

Nous avons classé les éléments émergents des entretiens avec les professionnels en quatre grandes catégories: les compétences à avoir, la proximité avec le système de santé et le système social, la proximité avec la population cible et la personnalité du navigateur. Pour le critère Proximité avec la population cible, certaines caractéristiques importantes ont été abordées, l'âge, la culture, l'expérience du test ou de la maladie (avoir déjà fait le test de dépistage Hemocult ou avoir eu un cancer), la langue, le lieu d'habitation et le sexe.

Par rapport aux compétences à avoir et à la proximité avec le système de santé et le système social, les professionnels interrogés ne tablent pas forcément sur une personne ayant fait des études ou ayant des compétences en santé, mais plutôt dans le social. De plus, ils abordent le fait qu'une formation post-recrutement des navigateurs pourra donner les compétences nécessaires en santé et que le navigateur devra dans son travail collaborer avec les professionnels de santé et sociaux.

Tableau 9 : Eléments du profil envisagés par les professionnels pour le profil du navigateur

Compétences		<i>Un travailleur social, au moins de la formation de base du travailleur social, ou d'éducateur spécialisé, il est capable d'aller dans les familles, de réunir des gens</i>
		<i>Ça reste à construire, il y aura des pré-requis effectivement, mais après il y aura aussi des temps de formation pour ce professionnel-là parce que ce sera en qualité de professionnel qu'il interviendra.</i>
Personnalité		<i>Voilà, mais c'est vrai que c'est un travail de communication avant tout, c'est quelqu'un qui a cette capacité d'élocution, de discussion.</i>
		<i>Il vaut mieux un bon professionnel, bien formé, qui sera en capacité de rentrer très rapidement en relation avec les gens, parce que c'est son métier</i>
		<i>Il faut avoir quelqu'un qui est suffisamment à même d'aller vers les gens, suffisamment à l'aise pour être dans l'échange avec la personne, disponible à l'écoute et aux inquiétudes des personnes sans qu'on attende une réaction immédiate.</i>
Proximité avec la population cible	Âge	<i>Je verrais plus une personne d'un âge confirmé on va dire, la cinquantaine passée, voilà, plutôt qu'une personne de 22 ans.</i>
		<i>C'est vrai, une personne qui a cinquante-cinq ans, elle parlera facilement à une personne de soixante-quinze ou de quatre-vingt et à une personne de cinquante, une personne de notre âge sera peut-être un peu moins ..., il y aura peut-être un petit manque de confiance.</i>
	Culture	<i>Il faudrait peut-être que ça soit quelqu'un qui soit issue d'une communauté, par exemple la communauté marocaine ou algérienne, mais en même temps, à vous écouter, moi je me dis « si il est issue d'une communauté, il va avoir des difficultés.</i>
		<i>Je pense que c'est une bonne idée, après d'autant plus si c'est une personne d'origine Algérienne parce que sur St Chamond on a beaucoup de populations issues du Maghreb et je pense que c'est une bonne idée, pour qu'il y ait une identification « si c'est lui qui me le dit, c'est bien » et ce n'est pas quelqu'un qui ne lui ressemble pas du tout et qui viendrait lui passer un message sur la santé, il ne l'entendra pas pareil, je pense.</i>
	Expérience du test ou de la maladie	<i>Là moi je suis vraiment pas sûre qu'un patient, un voisin, un ami, qui n'a pas eu de cancer, qui n'a pas eu quelqu'un de sa famille qui a eu un cancer, qui n'a pas mis le pied dans un hôpital, qui n'a pas mis le pied dans un bloc opératoire, qui n'a aucun ..., pour moi il sera pas crédible, mais bon c'est pour moi.</i>
		<i>Parce que parler de la douleur sans l'avoir réellement vécue, en soi tant mieux, mais sur une personne très proche, c'est délicat, c'est difficile quand même.</i>
	Langue	<i>Oh eh bien s'il peut parler plusieurs langues, enfin c'est peut-être bête mais... enfin si elle peut parler plusieurs langues et au moins avoir des notions des langues qui sont parlées sur les quartier...</i>
		<i>D'accord oui... donc oui, moi je pense qu'il y a quand même la notion de la langue aussi, à prendre en compte...</i>
<i>Surtout qu'en plus dans les associations de quartier, quand il y aura vraiment la barrière de la langue, vous trouverez toujours quelqu'un pour traduire, d'où l'importance d'avoir le lien avec le centre social, parce que dans le pire des cas, s'il y a quoi que ce soit, c'est avec le centre social qu'il faudra voir...</i>		
Lieu d'habitation	<i>Oui eh bien la langue, ensuite bon après ce qui serait bien, enfin, le mieux, le mieux ça serait d'avoir quelqu'un du quartier... qui connaisse le quartier et puis eh ben si ça n'est pas possible, après, bien connaître les structures, travailler en partenariat, quelqu'un qui sache travailler en partenariat...</i>	

		<i>Je pense que c'est important, pour que l'habitant puisse délivrer un message, il faut qu'il soit dans son environnement et qu'il soit aussi avec des personnes qu'il côtoie régulièrement, sans les connaître forcément, mais qu'il les croise régulièrement.</i>
		<i>Je sais pas si une personne du village soit la meilleure personne à ..., c'est plutôt quelqu'un de l'extérieur, qui soit neutre.</i>
		<i>Oui, mais il aura pas forcément envie de voir un inconnu, là est la difficulté de trouver quelqu'un de connu, mais d'assez éloigné pour avoir une petite barrière quoi.</i>
	Sexe	<i>Moi je pense qu'un homme parlera facilement peut-être à une femme ..., un homme parlera aux deux, une femme parlera plus facilement à une femme.</i>
		<i>Non, je ne pense pas que ça soit un frein que ça soit un homme ou une femme.</i>
Proximité avec le système de santé et social		<i>Après le fait que ça ne soit pas un professionnel de santé, pour moi ce n'est pas... ce n'est pas forcément... un défaut</i>
		<i>Alors si c'est fait en format information, on n'a pas besoin d'être médecin, on peut être du social, infirmière, délégué de l'école normale de machin.</i>
		<i>Je pense que ces publics-là ont plus besoin aussi d'un suivi social, enfin d'un travailleur social, que des fois d'un professionnel de santé qui ne va pas forcément savoir comment aborder les choses, les travailleurs sociaux ils ont quand même aussi une vision plus large et puis... et puis bon, ils peuvent intervenir sur différentes thématiques.</i>

Au niveau de la personnalité du navigateur, les professionnels parlent plutôt de capacités de communication, d'écoute et de disponibilité.

En examinant les verbatim concernant la proximité avec la population cible, il est possible de constater que les professionnels pensent qu'il est préférable que le navigateur ait le même âge que les personnes cibles (environ 50 ans). Le navigateur ne doit pas forcément avoir la même culture qu'une des communautés de la zone car il aurait des difficultés à aborder les autres communautés. Cependant, il doit être sensible à la culture et connaître les différentes cultures du quartier. Les professionnels interrogés pensent que le navigateur doit être une personne qui a fait le dépistage du cancer colorectal ou qui a une expérience de la maladie. Selon eux, cela faciliterait son travail de prévention. Il serait aussi préférable que le navigateur parle plusieurs langues, le Français et au moins une des langues parlées dans la communauté cible. D'après les professionnels interrogés, la langue n'est pas forcément une barrière car le navigateur pourra toujours trouver quelqu'un pour l'aider et traduire. Le fait d'habiter au sein du quartier pourrait être un problème pour le navigateur car les habitants pourraient ne pas se confier à lui de peur qu'il divulgue certaines informations privées. Cependant il est important qu'il connaisse bien le quartier de sa zone d'intervention.

Enfin, le sexe du navigateur ne semble pas être un frein et n'a pas d'importance selon les professionnels.

b. Le profil du navigateur envisagé par les personnes cibles

Les données proviennent également du diagnostic préalable. Le tableau ci-dessous regroupe les critères qui sont ressorties lors de l'analyse et certains verbatim associés (Tableau 10).

Tableau 10 : Eléments du profil envisagés par la population cible

Personnalité		<i>Déjà être très à l'écoute.</i>
		<i>A : Qui parle, qui soit presque vendeur, il faut qu'il soit presque vendeur... R.P. : Presque vendeur, ça c'est sûr.</i>
Proximité avec la population cible	Lieu d'habitation	<i>C'est délicat parce que quand on ne connaît pas la personne, je ne vais pas faire confiance. Moi je vous ai reçu parce que vous venez de la part de CF, mais moi je n'aurai pas accepté.</i>
	Sexe	<i>Non mais le fait que ce soit un homme, ça me gênerait. C'est des idées préconçues.</i> <i>Une femme, moi je dirais une femme parce qu'il y a quand même certaines personnes... qui ne laisseront pas rentrer.</i>
Proximité avec le système de santé		<i>Oui mais il faut quelqu'un qui connaît, pas n'importe qui, il faut quelqu'un qui est bien placé, qui connaît un peu la maladie. Ce n'est pas n'importe qui, qui va faire ça, il faut quelqu'un qui connaît la médecine, pas n'importe qui.</i> <i>Je ne sais pas des fois les médecins aussi ils ne te comprennent pas. Ce n'est pas ils ne te comprennent pas; quand tu es malade il te dit qu'est ce qu'il t'arrive, tu lui dis il y a ça et ça, comme moi ça fait un an je suis partie à chaque fois je suis malade avec la grippe mais il ne m'a pas donné le... l'analyse de sang.</i>

Les personnes interrogées faisant partie de la population cible ont donné des critères similaires aux professionnels lorsqu'elles ont été questionnées sur le profil que devrait avoir le navigateur pour faire de la prévention dans leur ville/quartier. Ces critères sont la proximité avec le système de santé, la proximité avec la population cible et la personnalité. Pour le critère de « proximité avec la population cible », deux caractéristiques ont été abordées, le lieu d'habitation et le sexe.

Ces personnes pensent que le navigateur doit avoir une qualité d'écoute et savoir bien communiquer pour « vendre » le dépistage. Par rapport à la proximité avec la population cible, ces personnes pensent qu'elles feraient plus confiance à une personne qu'elles connaissent plutôt qu'à un étranger. De plus, le sexe du navigateur aurait une importance. En effet, une femme sera mieux accueillie par les femmes qu'un homme.

Enfin, les personnes interrogées évoquent le fait que le navigateur ne doit pas forcément être un médecin, mais qu'il doit avoir des connaissances dans le médical.

c. Profil souhaité lors de la préparation du recrutement

Le profil recherché pour le recrutement des navigateurs a été discuté en comité de pilotage et convergeait sur les points suivants :

- Avoir au moins 40 ans, pour être proche en âge des personnes ciblées par le dépistage
- Avoir un diplôme/ une formation : Niveau Bac à Bac +2 maximum
- Ou avoir des expériences professionnelles significatives de 3 à 5 ans : expérience dans le secteur social, l'aide à la personne, l'animation socioculturelle, etc.
- Sensibilité aux questions de prévention et de promotion de la santé
- Capacités à s'adapter à son interlocuteur (médecins, travailleurs sociaux, population âgée de 50 à 74 ans)
- Capacités d'écoute et de relation à la personne
- Capacités à communiquer devant un groupe
- Connaissance des structures médico-sociales locales
- Connaissance des quartiers de l'intervention (compétence souhaitée)
- Expérience de bénévolat (compétence souhaitée)
- Parler le Français et maîtriser une langue étrangère (Arabe, Turc, etc.)

Le droit du travail français ne permet pas de discrimination dans les critères de recrutement qui sont affichés. Il a donc été assez délicat de faire figurer toutes ces informations sur la fiche de poste utilisée pour le recrutement. On peut s'interroger par ailleurs sur la limite d'âge inférieure qui était recherchée, alors que le dépistage du cancer colorectal est organisé pour les plus de 50 ans. Dans les faits, peu de candidats de plus de 50 ans se sont présentés, et nous nous sommes interrogés sur une éventuelle « autocensure » des potentiels candidats de cette tranche d'âge, dans un contexte où cet âge semble constituer une barrière psychologique dans le monde du travail.

À l'analyse de ces points nous constatons que certains critères ressortent de nouveau concernant le profil du navigateur. Ces critères sont les compétences, la proximité avec la population cible, la proximité avec le système de santé et la personnalité du navigateur. Le navigateur recruté devait avoir au moins le bac et avoir 3 à 5 ans d'expérience dans le social, l'aide à la personne ou l'animation socioculturelle. Il devait aussi avoir des qualités relationnelles (savoir s'adapter à son interlocuteur, savoir écouter, savoir communiquer). Concernant le critère de proximité avec les populations cibles, il était souhaité que le navigateur ait au moins 40 ans et parle Français et maîtriser une langue étrangère (Arabe, Turc, etc.). La connaissance des quartiers de l'intervention est souhaitée également. Enfin, le critère de proximité avec le système de santé comporte deux caractéristiques, le fait d'être

sensible aux questions de prévention et de promotion de la santé et le fait de connaître les structures médico-sociales locales.

Retenant de la littérature américaine l'idée de proximité avec les populations ciblées par l'intervention, l'expérience COLONAV est partie a priori sur l'idée de recruter des navigateurs proches des personnes ciblées, ce qui conduisait à chercher pour au moins trois des cinq zones géographiques des candidats d'origine maghrébine, population estimée comme dominante dans ces trois zones. L'adaptation a été cependant difficile à réaliser. Le contexte français, outre les difficultés propres au droit du travail, ne se prête pas à une conception « communautariste » de populations. La question de la proximité a par ailleurs été discutée sur le plan de la maladie (Faut-il des gens ayant été dépistés, ayant survécu à un cancer dépisté à temps, etc. ?), de l'âge (le dépistage du cancer colorectal est organisé pour les personnes de 50 à 74 ans) et du statut socio-économique (Suffisait-il de comprendre les problèmes économiques et sociaux des personnes ciblées pour être à même de discuter avec eux ?), etc. Par ailleurs, l'acceptabilité des recrutés par les structures qui les accueillent a été évoquée lors des recrutements, et a conduit dans deux cas sur cinq à accepter le recrutement d'un navigateur proche de la structure qui allait l'accueillir et plus distant des populations visées. Les discussions qui ont eu lieu avec les navigateurs lors de journées d'échanges de pratiques, organisées dans le cadre du projet, ont confirmé le besoin d'être accepté par le système de soins avec lequel ils devaient travailler.

Enfin, les navigateurs ont été recrutés sur la base de « temps plein », plutôt que de deux « temps partiels » par zone. Ceci aurait, par exemple, permis de recruter un homme et une femme par zone. Cette solution a été soulevée en comité de pilotage, pour finalement être écartée. Ici, l'objectif était d'avoir des navigateurs concentrés sur une tâche bien précise et nous pensions qu'elle ne serait pas compatible avec un autre emploi, autre emploi nécessaire compte tenu de l'insuffisance d'une rémunération à « temps partiel ». Par ailleurs, une rémunération à « temps partiel » aurait créé pour cette expérience une situation de « travailleur pauvre », situation apparue comme gênante au sein du groupe.

2. Les navigateurs effectivement recrutés pour le projet et leur vision sur le profil de ce poste

Le tableau ci-dessous présente sommairement les navigateurs recrutés à savoir, l'âge, le sexe, la formation (avec le niveau d'études) et la connaissance préalable de la population cible de chaque département (tableau 11).

Tableau 11 : description sommaire des navigateurs recrutés

Département	Age	Identifié par la suite par la lettre	Sexe	Langues parlées	Formation	Connaissance de la zone d'intervention et de la population
Ardèche	49	A	H	Français/Arabe	Maîtrise en sciences économiques	Bonne connaissance
Côte d'Or	49	C	F	Français/Arabe	Professorat d'Enseignement fondamental en langue Française (Bac +3)	Très bonne connaissance
Rhône	38	R	F	Français/Arabe	Niveau bac en sciences médico-sociales	Très bonne connaissance
Loire	44	L	H	Français/Arabe	Infirmier en soins généraux	Bonne connaissance
Val-de-Marne	25	V	H	Français	Master en Psychologie cognitivo comportementale et systémique	Non connaissance

Nous décrivons ci-après de manière plus précise les personnes recrutées, à partir des données des recrutements et d'entretiens réalisés avec elles quelques mois après le début de leur travail.

a. Profil navigateur : Ardèche (A)

En Ardèche, le navigateur recruté est un homme d'origine Tunisienne âgé de 49 ans. Les zones d'intervention de ce navigateur sont la Voulte, Saint-Fortunat et Saint-Cierge.

A. est arrivé en France à l'âge de 20 ans afin de faire ses études. Il a une maîtrise en sciences économiques. À la suite de ses études, il a tout d'abord travaillé chez « McDonalds » en tant qu'équipier et est très vite devenu directeur. Puis, il a acheté son propre commerce qu'il a revendu après environ 5 ans d'exploitation.

Il a plutôt un profil de commercial et a de l'expérience dans le social puisqu'il a été bénévole à la Ligue contre le cancer pendant 6 mois. Il a aussi pu acquérir des connaissances en santé via une formation que propose la Ligue contre le cancer. Pour lui, devenir navigateur COLONAV était tout d'abord une opportunité et un challenge. A. se dit être quelqu'un d'accessible et une personne de challenge.

Selon lui, le navigateur est une personne :

avenante avec des connaissances en communication,

Il faut qu'il présente bien auprès des populations, auprès des institutions, médical, politique. Quelqu'un qui soit disponible, qui maîtrise très bien les techniques de communications.

qui n'habite pas le même quartier que la population cible,

Alors qu'il soit du quartier ou pas, pour moi, je pense qu'il est préférable qu'il ne soit pas du quartier. Quand on grandit dans un quartier, on a une image. Du jour au lendemain, on va dire, on est comme ça. A mon avis c'est un peu compliqué.

qui se met au « niveau » de la population,

Il y a quelqu'un qui les écoute, quelqu'un qui est habillé comme eux, qui se met à leur niveau au niveau du langage, une confiance.

qui parle au moins deux langues :

C'est quelqu'un qui doit savoir parler, bien parler la langue française, parler une autre langue, même deux serait bien. Sincèrement c'est important.

b. Profil navigateur : Côte d'Or (C)

En Côte d'Or, le navigateur recruté est une femme âgée de 49 ans. La zone d'intervention de ce navigateur est le quartier des Grésilles à Dijon. Elle a fait ses études en Algérie et à un diplôme de Professorat d'Enseignement fondamental en langue Française (Bac +3). Après ses études, elle a travaillé dans une imprimerie et a été responsable d'une agence de voyage pendant 12 ans. À son arrivée en France, elle a pu exercer le métier d'assistante administrative à l'inspection académique. Parallèlement à ses activités professionnelles, elle a toujours fait du bénévolat.

J'avais toujours ce sens-là de rendre service aux gens gratuitement.

Pour C., la navigation est un domaine où il faut être disponible, patient et à l'écoute.

Je pense que la plus importante est la patience. Quand je dis patience, ce n'est pas qu'avec les habitants ; la patience aussi avec les partenaires, les bénévoles. Il faut vraiment prouver qu'on a un seul objectif qui est de servir.

Concernant la proximité avec la population cible, C. pense qu'il ne faut pas forcément habiter le quartier, mais qu'il faut être en contact avec la population cible.

Au niveau de l'offre, on disait que de préférence la personne doit être du quartier, moi cela non. Pourquoi ? Prenons l'exemple de R. : elle a des avantages sûrement car les personnes la connaissant depuis son jeune âge. Il y a une certaine confiance. Ils connaissent R., ils savent donc ils peuvent se permettre de parler de certaines choses qu'elles ne pourront pas me dire. Par contre s'il y a des trucs intimes, que ni le voisinage ni personne ne doit savoir, que la personne est dans la souffrance, il faut vraiment que la personne soit extérieure.

Selon elle, le navigateur ne doit pas nécessairement avoir la même culture, la même religion ou le même statut socio-économique que la population cible. Il doit tout simplement connaître et respecter les différentes cultures au sein de la communauté.

Qu'est-ce que j'ai prouvé à la paroisse ? Je suis musulmane, je suis arabe bien que ma mère soit franco-italienne – je suis musulmane de mon père. Je suis rentrée dans l'église, j'ai respecté l'église parce que c'est une religion que je respecte et qu'on croit au christianisme, au judaïsme. Quand c'est pour le bien de l'humanité, on doit s'unir. C'est cela la foi pour moi : on doit s'unir.

c. Profil navigateur : Rhône (R)

Dans le Rhône, le navigateur recruté est une femme âgée de 38 ans. Sa zone d'intervention se trouve dans la ville de Givors. Elle a grandi dans cette zone d'intervention et vit désormais à proximité. De fait, elle connaît très bien les habitants. Elle a fait ses études dans la région et à un niveau bac en sciences médico-sociales.

Après ses études, R. a fait une formation de remise à niveau pour les personnes souhaitant se réorienter. Elle a travaillé en tant que secrétaire à la mairie de Givors et au PLIE (Plan Local d'Insertion par l'Économie) pendant deux ans. Elle est ensuite partie de Givors, pour « s'éloigner » un peu de la population.

Je voulais partir de Givors parce que les gens... j'étais beaucoup plus jeune et ils m'ont bouffé.

Par la suite, R. a travaillé pendant 9 ans à Vienne pour une plateforme de Bouygues Télécom en tant qu'opératrice de support technique...

J'ai été amené à être formée sur un poste bien défini, les cas de force majeure décès. Quand une personne est décédée. Ce n'est pas tout le monde qui peut résilier la ligne.

... Puis est revenue à Givors et a travaillé en tant que secrétaire dans une entreprise du bâtiment.

Aux vues de son expérience, il est possible de constater que R. a de l'empathie et qu'il y a toujours un côté « social » dans les tâches qu'elle fait. Elle possède quelques connaissances en santé notamment grâce à sa formation médico-sociale.

R. pense que pour être navigateur, il faut :

connaître les acteurs sociaux du terrain,

Il faut déjà je pense peut-être travailler ou avoir travaillé dans un milieu comme le CCAS ou connaître une personne.

habiter dans le quartier ou au moins l'intégrer et connaître la population,

Il faut connaître un peu la population, même s'il n'y habite pas, mais il faut qu'il ait été en contact avec les habitants. Il faut qu'il ait parlé avec plusieurs personnes de religions différentes. Il faut qu'il sache aller s'installer avec eux, ne pas avoir peur d'eux.

savoir se remettre en question,

Il n'y a pas vraiment de profil. Un jour tu vas être bien avec eux et un jour tu ne vas pas être bien. ... En fait, chargé de prévention, tu te rejets toujours en question.

avoir un minimum de connaissances en santé :

Il faut avoir un minimum, savoir un minimum. Ce qui est primaire. Ne serait-ce que la prévention sur une phlébite, faire des prises de sang pour les diabétiques.

d. Profil navigateur : Loire (L)

Dans la Loire, le navigateur recruté est un homme âgé de 44 ans. Sa zone d'intervention est la ville où il réside, Saint-Chamond. Il a fait ses études en Algérie et a une formation d'infirmier en soins généraux. L. a travaillé plus de 10 ans dans des hôpitaux en Algérie puis est venu s'installer en France où il a pu travailler en tant qu'aide-soignant. Il a par ailleurs fait beaucoup de bénévolat en Algérie. Sa formation d'infirmier l'aide beaucoup dans son travail de navigateur, ainsi que son expérience dans le bénévolat.

Déjà, j'ai quand même pas mal de connaissances dans le domaine par rapport à la santé, à la prévention.

Je pense même qu'au niveau des gens, cela les rassure le fait de se présenter qu'on est... je ne me présente pas comme un infirmier mais quand on me pose la question ... Là, cela rassure les gens.

Selon L, parler plusieurs langues est un plus, mais si ce n'est pas le cas, il y a toujours un moyen de faire passer le message.

Je ne parle pas le turc, c'est sûr mais il y a toujours des enfants qui sont là qui parlent le turc.

L. met en avant certains critères qui lui semblent essentiels pour être navigateur :

faire partie du monde associatif :

Le monde associatif, je pense que c'est vraiment intéressant parce que généralement les gens issus du monde associatif ont l'habitude de côtoyer les gens, discuter avec des gens, les accompagner, chercher des solutions.

être patient :

La patience car vous allez partir voir un médecin, vous avez rendez-vous à 10 h malheureusement il a son patient est encore dedans ou il y a en a 1 ou 2 qui attendent.

être convaincant :

Il faut vraiment rassurer les gens, donner une image qu'on est vraiment sérieux dans le projet. Cela marche ou ne marche pas le projet mais il faut être convaincant.

e. Profil navigateur : Val-de-Marne(V)

Dans le Val-de-Marne, le navigateur recruté est un homme d'environ 25 ans. Sa zone d'intervention est le quartier de Mont-Mesly à Créteil. V. a fait ses études en Belgique et est diplômé d'un master en Psychologie cognitivo-comportementale et systémique. Il a de l'expérience en tant que bénévole à la Ligue contre le cancer.

Ses compétences lui servent pour mettre les habitants en confiance, mais il a parfois peur que sa formation soit un obstacle pour aborder la population.

J'ai une formation de psychologue : je me dis que parfois j'ai peut-être une formation trop académique tu vois ? Trop académique oui pour pouvoir être intégré dans le quartier.

V. est conscient que son profil ne correspond pas exactement à celui recherché, mais selon lui, ce n'est pas un obstacle pour son travail de navigateur.

Pour le profil du navigateur, V. pense que les compétences utiles sont :

avoir des compétences en ethnopsychologie :

Je pense que le navigateur doit avoir une certaine connaissance des différentes cultures qu'il va rencontrer.

parler au moins deux langues :

Idéalement parler une ou deux de ces langues-là, cela pourra lui faciliter pas mal de choses...

avoir des compétences en animation :

Il doit avoir des compétences d'animateur comme je l'ai dit, c'est-à-dire pour pouvoir travailler sur des actions sur un spectre assez large parce que cela peut être de l'accompagnement auprès des enfants, des adultes, ...

avoir des compétences relationnelles afin de pouvoir aborder les habitants et travailler avec les partenaires :

Il doit pouvoir vendre cela aux partenaires, qu'eux trouvent un intérêt à travailler là-dedans aussi. Il doit avoir des compétences relationnelles pour les habitants ; c'est le but final pour rencontrer des habitants

savoir s'adapter, être flexible :

... Tant qu'on a un navigateur ... qui est flexible et qui peut s'adapter à presque toutes les situations au final, ce n'est pas vraiment nécessaire d'avoir un profil proche.

En mettant en relation le profil effectif de chacun des navigateurs, nous constatons que les critères qui ressortent pour le profil des navigateurs recrutés sont les compétences, la proximité avec le système social local et la proximité avec la population cible. Pour un des navigateurs, L., l'un des critères est aussi la proximité avec le système de santé et pour deux autres, A. et C., l'un des critères est aussi le critère de la personnalité du navigateur.

Si l'on rentre plus en détail et que l'on regarde les caractéristiques associées à chaque critère, nous pouvons constater que les navigateurs ont tous des compétences dans le social, que ce soit par le bénévolat, par les études ou par l'expérience professionnelle. En effet, A., L. et C. ont acquis des compétences dans le social grâce à leur expérience en tant que bénévoles, R. les a acquises via sa formation dans le médico-social et par son expérience professionnelle au PLIE (Plan Local d'Insertion par l'Économie) et V., par sa formation en psychologie et en tant que bénévole. Quatre d'entre eux ont des compétences en santé, deux par leurs études et deux via le bénévolat au sein de la Ligue contre le cancer. En effet, L. a fait des études d'infirmier, R. a un niveau bac en sciences médico-sociales et A. et V. ont été bénévoles au sein de la Ligue contre le cancer, qui dispense une petite formation en santé à ses bénévoles. Un des navigateurs, A., a des compétences dans le commerce et en communication de par ses études en sciences économiques et son expérience professionnelle.

Le profil de L. est proche de système de santé, car il a travaillé en tant qu'aide-soignant au sein d'un hôpital et en maison de retraite, et a reçu une formation d'infirmier en Algérie, où il a également exercé.

Les profils de R., C., V. et A. sont proches du système d'aide sociale car ils ont travaillé ou fait du bénévolat au sein d'instances sociales locales.

De plus, 4 des navigateurs connaissent la population cible. C. et A. ont fait du bénévolat auprès de ces populations et résident à proximité des zones cibles. L. habite et a été aide soignant au sein de la zone cible. R. a grandi et habite dans la zone cible. Même s'il a fait du bénévolat au sein de la Ligue contre le cancer, V. ne connaît pas la population cible.

Concernant l'âge, aucun des navigateurs n'a l'âge de la population cible qui se situe entre 50 et 74 ans, mais deux s'en rapprochent. En effet, A. et C. ont 49 ans, L. a 44 ans, R. a 38 ans et V. a environ 25 ans.

Les cinq navigateurs parlent français et au moins 4 sur 5 parlent une langue parlée par l'une des communautés au sein de la population.

Enfin, pour A. et C. le critère de la Personnalité est ressorti. A. sait communiquer grâce à sa formation et son expérience professionnelle, et C. possède des qualités de type sensibilité et compassion.

III. Analyse et discussion

Cette phase d'analyse nous a permis la construction d'une grille d'analyse pour décrire de manière exhaustive les différents éléments clés présidant au choix du profil du navigateur. Ces éléments clés sont présentés de manière synthétique dans la grille ci-après (Tableau 12).

L'analyse approfondie de ces données issues de la littérature et de nos données de terrain nous conduit à proposer une grille cartographiant le profil des navigateurs selon deux dimensions (1) les caractéristiques propres et traits de caractère, et les modalités d'acquisition des compétences et savoirs dont on souhaite le voir disposer et (2) les domaines de compétences dans lesquels il va être sollicité (population cible, compétences générales, aide social et système de santé).

La première dimension (lignes du tableau) porte sur les modalités d'acquisition des connaissances. En première ligne du tableau, les traits de caractère, l'âge, le sexe, sont des acquis de la vie que nous considérons comme propre aux individus sans chercher à en comprendre l'impact sur la légitimité. La formation reconnue par des diplômes, l'expérience professionnelle, qui se matérialise par des lignes sur un CV, et l'expérience de la vie, que nous avons considérée comme un mode initiatique d'apprentissage par un vécu personnel, constituent les modes d'acquisition permettant de qualifier la légitimité des navigateurs à intervenir sur tel ou tel sujet et/ou auprès de telle ou telle population. Cette première dimension fonde dans notre analyse la légitimité d'une personne à intervenir sur un sujet auprès d'une population donnée : ses compétences et son expérience professionnelle, et son appartenance à un groupe dont il connaît les caractéristiques sans avoir eu à les étudier. Ces modes d'acquisition fondent, selon nous, la légitimité sur les termes de professionnel ou de pair.

La seconde dimension repose sur les domaines de compétences ou de connaissances qui assoient la légitimité au regard des groupes avec lesquels le navigateur devra faire du lien : population cible, vie sociale en général pour comprendre par exemple comment entrer en contact avec les personnes concernées, système d'aide sociale, système de santé. Cette

dimension permet de situer les navigateurs sur les notions de profane ou de professionnel, ces deux dimensions ne pouvant être entendues qu'au regard d'un domaine de compétences particulier, ici le système de santé et le système d'aide sociale.

L'étude de la littérature sur la navigation met donc en évidence deux constats. Le premier est qu'il existe une diversité de profils de navigateur entre les différents programmes (Tableau 13). En effet, chaque programme décrit le profil de son navigateur en place, profil qui est différent suivant les besoins locaux, la population cible et le but final de l'étude. Le second est qu'il existe parfois une diversité de profils de navigateur au sein d'un même programme.

Sur le plan empirique, la diversité des contingences locales et des barrières à surmonter explique la pertinence d'une grande diversité de profils dans les études. Le choix des compétences voulues dans le profil du navigateur à recruter, lorsqu'elles sont explicitées dans les études, se font sur la base des contingences locales (population ciblée, structures en place, ressources financières disponibles allouées, etc.) du projet. Par exemple, un projet voulant intégrer le navigateur au sein d'un hôpital ou d'un centre de soins pourra préférer embaucher un navigateur ayant des caractéristiques plutôt proche du système de santé, donc un professionnel (e.g. profil de type infirmier). Alors qu'un projet voulant intégrer un navigateur au sein même des populations pourra préférer un profil plutôt proche de celles visées et donc embaucher un navigateur pair, voir même pair et profane s'il désire une réelle proximité culturelle. La dimension économique de niveau de rémunération des navigateurs semble cependant peu abordée, les études médico-économiques étant quasi inexistantes.

Bien que les contraintes organisationnelles pour le recrutement des navigateurs ne soient pas toujours explicitées dans la littérature, il est possible de constater grâce à celle-ci et au projet COLONAV que les différents programmes de navigation se sont adaptés aux spécificités locales, montrant l'existence d'effets d'adaptation liés à la population, aux ressources disponibles, à l'organisation du dépistage, aux barrières d'accès au dépistage ou aux conditions de recrutement locales, etc.

Table 12 : Grille d'analyse des principales caractéristiques liées au profil du navigateur

		Domaines			
		Population cible	Général	Social	Santé
Caractéristiques personnelles communes à tous les types de profils		Capacité d'écoute au regard du type de population ciblée	Age, registre de communication personnel, capacité à communiquer	Comportement vis-à-vis des autres (empathie, compassion,...)	Comportement vis-à-vis de sa propre santé
Compétences	Savoirs acquis par la formation (diplôme, certification,...)	Avoir appris la langue à l'école, connaissance culturelles et langue étrangère	Formation générale, niveau, ...	Formation dans le social (aide sociale)	Formation médicale et paramédicale, formation prévention et promotion de la santé
	Savoirs acquis par l'expérience professionnelle	Avoir parlé pendant plusieurs années la langue, connaître le quartier de l'intervention pour y avoir travaillé	Expérience professionnelle comportant des contacts avec les autres, des actes de « vente »	Avoir travaillé en contact avec le système social (bénévolat, conseil, ...)	Avoir travaillé en contact avec le système de santé, dans la prévention, etc...
	Savoir acquis par « initiation »	Langue maternelle, appartenance ethnique, religion, vie dans le quartier d'intervention	Diversité des expériences de vie	Avoir traversé des difficultés similaires à la population cible	Vécu de la maladie et du soin pour soi ou ses proches

Tableau 13 : Application de la grille aux compétences mobilisées dans les expériences relatées

Domaines			
Population cible	Général	Social	Santé
Savoirs acquis par la formation (diplôme, certification,...)	<p>High school education (Battaglia 2012, Bone 2013, Braun 2012, Burhansstipanov 2012, Cavanagh 2013, Ferrante 2013, 2007, Han 2009, Mays 2012, Jandorf 2013c, Warren-Mears 2012, Vargas 2008, Shelton 2011, Ramirez 2013, Percac-Lima 2013a, Paskett 2006, Markossian 2011, 2012, Fouad 2010, Ell 2002, Calhoun 2010)</p> <p>College educated (Beach 2007, Bone 2013, Braun 2012, Burhansstipanov 2012, Jandorf 2013c, Dietrich 2013, Ell 2007, Lasser 2009, 2011, 2013, Margolis 1998, Maxwell 2010, McCloskey 2009, Palmieri 2009, Paskett 2006, 2012, Percac-Lima 2008, 2011, 2013a, Rust 2003, Stanley 2013, Warren-Mears 2012, Vargas 2008, Shelton 2011, Ramirez 2013, Markossian 2011, 2012, Fouad 2010, Ell 2002, Calhoun 2010), Capacités littéraire/d'écriture (Shelton 2011, Weber 1997)</p>	<p>Baccalauréat relations sociales (Ferrante 2013, 2007), Psychologie (Lasser 2011, 2009, McCloskey 2009, Shelton 2011), Baccalauréat dans le social (Shelton 2011)</p>	<p>Infirmier (Calhoun 2010, Lasser 2011, 2013, Margolis 1998, Palmieri 2009, Paskett 2006, Rust 2003, Stanley 2013, Warren-Mears 2012), Niveau bac dans le secteur de la santé (Cavanagh 2013), Health educator (Christie 2008 Shelton 2011), Community health worker (Fouad 2010, Lasser 2009, Spiro 2012), Ergothérapie (McCloskey 2009), Santé publique (Vargas 2008)</p>

<p>Savoirs acquis par l'expérience professionnelle</p>	<p>Avoir travaillé avec les adultes de la communauté (Bone 2013, Jandorf 2013c), Avoir travaillé auprès de la population (Battaglia 2007, Bensink 2013, Burhansstipanov 2000, Cavanagh 2013, Ell 2002, Ferrante 2007, Fouad 2010, Gotay 2000, Krebs 2013, Kreuters 2013, Lasser 2009, 2011, 2013, Lorhan 2012, Maxwell 2010, McCloskey 2009, Ngoc Nguyen 2008, Palmieri 2009, Paskett 2006, Percac-Lima 2011, 2013a, Shelton 2011, Vargas 2008, Warren-Mears 2012, Weber 1997, Wells 2012) Savoir mettre en place des stratégies permettant le travail avec différentes cultures (Freund 2008, Palmieri 2009, Percac-Lima 2013a)</p>	<p>Computer skills (Bone 2013, Calhoun 2010, Cavanagh 2013), communication (Bone 2013, Burhansstipanov 2000, Cavanagh 2013, Kreuters 2012, Lorhan 2012, McCloskey 2009, Palmieri 2009, Paskett 2006, Shelton 2011, Stanley 2013, Weber 1997) Case management (Battaglia 2007, 2012, Beach 2007, Chen Jr 2013, Dietrich 2013, Markossian 2012, Rust 2003, Stanley 2013) Coordination des services (Bone 2013), Organisation (Bone 2013, Cavanagh 2013, Palmieri 2009, Paskett 2006, Stanley 2013), Enquête/travail téléphonique (Bone 2013, Jandorf 2013c, Paskett 2006), Sécurité (Bone 2013), Conduction de recherche (Jandorf 2013c, Shelton 2011)</p>	<p>Connaissance des structures sociales locales (Calhoun 2010), Clinical social worker (Tejeda 2013), Bénévole (Ferrante 2013, 2007), youth advocate (Ferrante 2013, 2007), Habilitation counselor (Ferrante 2013, 2007), Community health worker/outreach (Foud 2010, Lasser 2009, 2011, Percac-Lima 2013a, Spiro 2012, Engelstad 2005), Advocate (Freund 2008), Social worker (Freund 2008), Navigateur (Percac-Lima 2013a, Lasser 2013, Stanley 2013), Travailleurs sociaux/social worker (Calhoun 2010, Ell 2002, Markossian 2011, 2012, Paskett 2006, Stanley 2013, Wells 2012) Service de proximité basé sur la foi en tant qu'aide enseignant (Wells 2012)</p>	<p>Assistant médical, éducateur santé (Battaglia 2012, Freund 2008, Jandorf 2013a, 2013b, Lasser 2009, Ma 2009) Experience of caring (Battaglia 2007) knowledge of the existing health local system (Battaglia 2007, Bone 2013, Calhoun 2010, Margolis 1998, Paskett 2006, Phillips 2010), professional/ community health worker (Bensick 2013, Lasser 2011, Engelstad 2005), Expérience en clinique ou hospital (Elkin 2012, Ferrante 2007, Warren-Mears 2012), travail au sein du système de santé (Paskett 2012), Clinical social worker (Tejeda 2013), Traduction des termes médicaux (Ferrante 2007, Spiro 2012)</p>
---	---	--	--	---

<p>Savoir acquis par « initiation »</p>	<p>Church members (Ma 2009) community volonteurs (Bensick 2013) Community members (Braun 2012, Bone 2013, Burhansstipanov 2000, 2010, 2012, Cohen 2013, Dembe 2013, Elkin 2012, Ferrante 2007, Fouad 2010, Gotay 2000, Han 2009, Hughes Halbert 2012, Jandorf 2013a, Krebs 2013, Lorhan 2012, Maxwell 2010, McCloskey 2009, Nguyen 2011, Paskett 2006, Percac-Lima 2011, 2013a, 2013b, Primeau 2013, Spiro 2012, Szilagyi 2011, Vargas 2008, Warren-Mears 2012, Weber 1997, Wells 2011), Natifs (Burhansstipanov 2010, 2000, 2012, Gotay 2000, Krebs 2013, Paskett 2006), Culture d'origine (Chen Jr 2013, Cohen 2013, Fang 2007, Ferrante 2013, Gimpel 2010, Han 2009, Hughes Halbert 2012 Jandorf 2005, 2013a, 2013b, 2013c, Lasser 2009, 2011, Ma 2009, Markossian 2012, Maxwell 2010, Mays 2012, Ngoc Nguyen 2008, Nguyen 2011, Paskett 2006, Percac-Lima 2013b, Shelton 2011, Taylor 2002, Tejada 2013, Vargas 2008, Krantz 2013, Kreuters 2012, Raj 2012, Sly 2012, Wang 2010), Croyances religieuses (Gimpel 2010, Percac-Lima 2011) Résider au sein de la communauté (Bensick 2013, Burhansstipanov 2012, Cohen 2013, Dembe 2013, Elkin 2012, Ferrante 2007, Fouad 2010, Gotay 2000, Hughes Halbert 2012, Jandorf 2013a, Krebs 2013, Lorhan 2012, Maxwell 2010, McCloskey 2009, Nguyen 2011, Paskett 2006, Percac-Lima 2011, 2013b, Primeau 2013, Spiro 2012, Szilagyi 2011, Vargas 2008, Warren-Mears 2012, Weber 1997, Wells</p>	<p>Réseaux de femmes d'Hawaï (Gotay 2000) Femmes pour des femmes (Beach 2007, Burhansstipanov 2010, 2000, Chen Jr 2013, Cohen 2013, Dietrich 2013, Ell 2002, Ferrante 2013, Han 2009, Margolis 1998, Maxwell 2010, Mays 2012, Nguyen 2011, Paskett 2006, Percac-Lima 2011, 2013b, Rust 2003, Taylor 2002, Vargas 2008, Weber 1997), Hommes pour des hommes (Chen Jr 2013)</p>	<p>Low income People (Freeman 1995)</p>	<p>Cancer survivors (Bensick 2013, Calhoun 2010, Fouad 2010 (15% des navigateurs)), Coloscopie (Jandorf 2013a, 2013b, 2013c, Shelton 2011, Sly 2012)</p>
--	---	--	--	--

Cette cartographie permet de recenser les différents éléments qui entrent dans la réflexion menée sur le choix du profil du navigateur. Nous avons démontré que même s'il existe des critères communs aux différents profils de navigateur (littérature et terrain d'étude), il n'y a pas un seul profil type. Le recrutement doit être pensé en prenant en compte l'environnement, les ressources de la zone cible et les caractéristiques propres à la population ciblée, mais aussi l'acceptabilité par les groupes en place et la capacité à lier ces derniers, à dépasser certaines des contingences imposées en routine par le contexte. Dans l'expérience initiale, Freeman et son équipe en avait décrit deux, fondées sur une réflexion plus en amont quant à leur légitimité vis-à-vis de la cible et à une contingence locale financière. La réponse à la question du profil à retenir pour un navigateur est contingente à d'autres nombreux critères que nous avons tenté d'inventorier.

Au regard de la structuration, de la finalité de chacune des interventions et du profil de navigateurs choisis, les actions menées par les navigateurs pour promouvoir la santé vont différer. L'analyse complète du design des programmes de navigation inclue donc une description et une analyse de ce que nous avons qualifié de mode d'accompagnement des personnes cibles par les navigateurs. La partie suivante présente ce complément d'analyse.

Mode d'accompagnement des personnes cible par les navigateurs

Nous avons cherché à comprendre les modalités d'intervention des navigateurs, au regard de la mission qui leur avait été confiée : l'identification et la levée de « barrières » compliquant l'accès au dépistage. L'idée n'est pas d'obliger une personne à faire le test, mais de donner toutes les informations nécessaires et de l'aider à passer les appréhensions, les difficultés culturelles, les problèmes logistiques identifiées comme des « barrières ». Le respect de l'autonomie est posé comme une variable fondamentale, et le navigateur rempli une fonction de médiation entre un système complexe et une personne en difficulté devant cette complexité.

De nombreuses discussions entre les navigateurs recrutées, les chercheurs du projet et les professionnels de santé ont porté sur le respect du choix de l'individu. L'intervention d'une personne pour inciter une autre personne à faire quelque chose n'est pas un acte « neutre », l'information elle-même peut être orientée. La force de persuasion du navigateur, l'impact du groupe social qui entoure la personne ciblées, et bien d'autres éléments rendent bien théorique toute « neutralité » dans la posture du navigateur. Le rapport des navigateurs aux dimensions éthiques de cette posture a été discuté spécifiquement dans la partie « éthique » de l'étude. Nous nous intéresserons ici à des éléments plus « normatifs », qui interrogent le management des navigateurs.

Il nous cependant semblé intéressant de conduire une analyse spécifique sur la manière dont les acteurs voyaient l'accompagnement, dans la perspective d'en identifier les enjeux sur le plan du management de ces navigateurs. La médiation est un terme de plus en plus utilisé en santé, avec une idée commune d'aide aux personnes éprouvant des difficultés à accéder au système de soins. Nous allons chercher à caractériser comment les différentes modalités de médiation pouvaient concrètement influencer le comportement de la personne cible. **Notre interrogation s'articule sur les deux axes décrits ci-avant : respecter l'autonomie et aider à franchir les barrières, et la perception que les acteurs ont de la tension entre ces deux variables fondamentales de l'action des navigateurs.**

Pour cela nous avons dans un premier temps recherché dans la littérature ce qui pouvait nous aider à modéliser notre analyse, en l'occurrence la littérature sur l'accompagnement. Nous avons ensuite analysé la littérature sur la navigation en interrogeant les éléments relatifs aux modalités d'accompagnement décrites dans les études et avons fait de même pour les données du projet COLONAV.

I. De la méditation à l'accompagnement: Construction d'un modèle d'analyse

Nous avons exploré la littérature à la recherche d'un modèle pour traiter la question posée. Partant de la médiation, nous avons abouti au concept d'accompagnement. Les tâches des navigateurs consistant à accompagner une population considérée comme défavorisée à participer aux dispositifs de dépistage du cancer mis en place, la profession se rapprochant le plus de cette activité est le médiateur (Bonafé-Schmitt 2003; Cambon, Barthelemy, et Mangin 2007; Lucas 2009). «Une fonction de médiation consiste à assurer un rôle d'intermédiaire social entre des populations dites fragilisées et les représentants d'institutions locales diverses » (Barthélémy 2007, 107). Le médiateur cherche à mettre en lien deux parties aux travers d'actions à vocation sociale telle que l'accompagnement, l'aide aux démarches administratives ou encore la traduction.

Le terme médiation est de nos jours très souvent employé dès lors que l'on cherche à mettre en place une relation « d'aide sociale ». Son vaste champ d'application donne à ce concept un caractère un peu flou. Si nous nous référons à la définition stricte de la médiation, elle indique (Larousse, 2015) :

- Une entremise, intervention destinée à amener un accord
- Le fait de servir d'intermédiaire, en particulier dans la communication
- Une procédure de règlement des conflits collectifs du travail dans laquelle intervient un médiateur.

La gestion de conflit reste donc son sens premier, mais une appropriation de ce terme dans le milieu social s'est progressivement installée. La médiation est donc utilisée à d'autres fonctions avec en son centre non pas seulement un règlement de conflits mais une relation « d'aide sociale » visant à faire une sorte de traduction entre une personne et un système considéré comme peu accessible.

Cette nouvelle forme d'aide sociale à débouché sur de nouveaux « emplois » qui se rapprochent de la médiation, comme les adultes relais qui assurent des missions de médiation sociale et culturelle (Ministère du travail et de l'emploi, 2014) , les femmes relais assurent ce types de missions auprès de la population de leur quartier d'habitation (Barthélémy, 2007) et les pairs, qui ont un rôle en prévention des difficultés que rencontrent les jeunes ou d'autres populations vulnérables (Mc Donald *et al*, 2003; Shiner, 1999; Turner et Shepherd, 1999, Ward 1997 cité par Bellot & Rivard, 2007).

Si nous nous concentrons plus sur les points communs un terme ressort, ces modes de relation d'aide sont reliés à une idée que nous pourrions appeler l'« accompagnement » : le fait d'aller chercher, d'aller à la rencontre de, afin d'amener un individu vers un lieu, un but, tout cela dans un univers sociale donné. L'accompagnement désigne le fait « d'être associé à

un acte, un état, s’y ajouter, aller de pair avec, mener quelqu’un quelque part. » (Larousse, 2015)

Dans une étude bien documentée, Maela Paul (2002, 2007) a travaillé sur ce qu’accompagner veut dire à l’heure actuelle en France en explorant le champ sémantique du verbe « accompagner ».

En premier lieu, elle considère que l’accompagnement est une notion utilisée pour répondre à deux types d’exigences suite aux difficultés rencontrées sur le terrain, que sont :

- « La préoccupation d’un public désaffilié » qui devrait être autonome ou apte à le devenir
- « L’injonction de performance, d’excellence et d’efficacité » par une classe dirigeante (influence).

L’accompagnement mettrait selon elle en avant la position paradoxale des métiers situés entre le bénévolat et le professionnel, c’est-à-dire une position centrée sur l’individu et accrochés à des problématiques sociales.

Cette posture correspond à celle des navigateurs. Leur mission principale consiste à intervenir directement auprès des personnes cibles et à rechercher ce que la littérature à appeler les « barrières » à la participation au dépistage du cancer, dans le respect de leur autonomie. La plupart de ces barrières sont des barrières d’ordre social, et cette activité se déroule sous l’influence d’objectifs de santé publique liés au cancer, sous une double injonction de performance. D’une part il est établi que pour être coût-efficace, le dépistage devrait concerner beaucoup plus de gens qu’il ne le fait aujourd’hui. D’autre part, depuis le second plan cancer, réduire les inégalités de santé dans la population est une injonction récurrente.

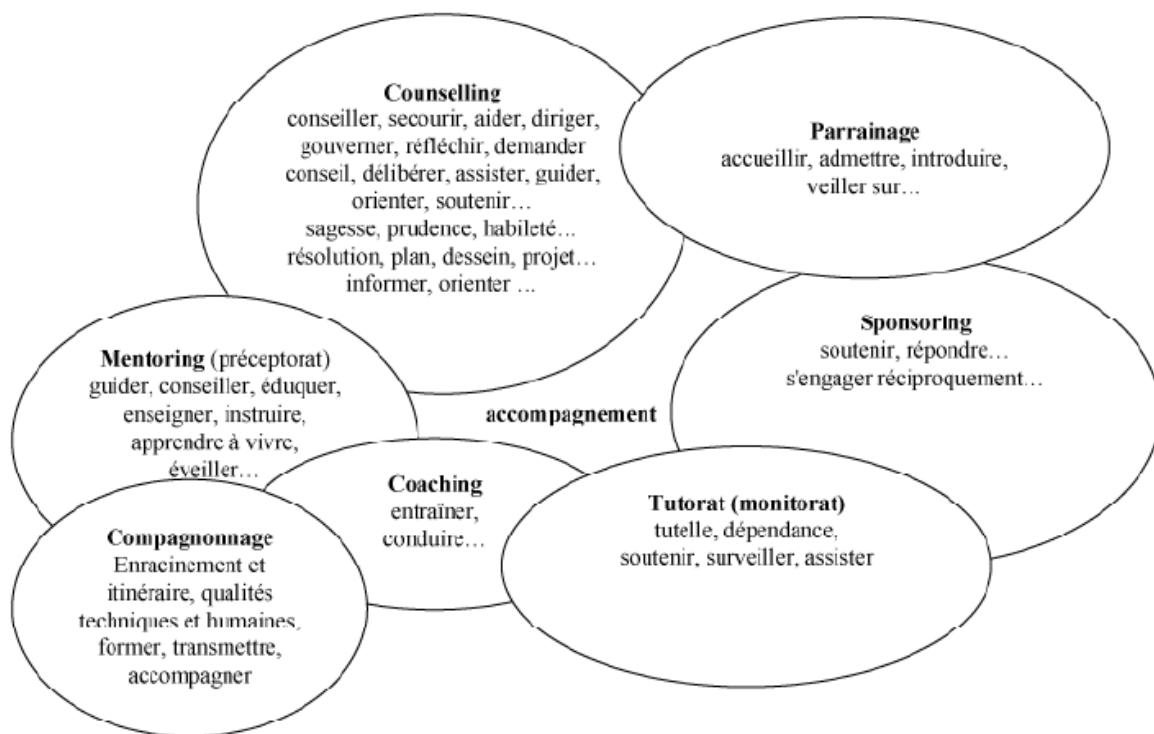
La relation à autrui reste au centre de cette notion à travers la définition de dictionnaires spécifiques « personne qui accompagne et qui guide un groupe » ou « personne qui accompagne une autre personne ou un groupe de personnes en déplacement ». La fonction duale est présente pour faire référence à la relation ainsi que l’idée de modification ou de déplacement. De plus elle s’articule autour d’un objet tiers, c’est-à-dire avoir la capacité de se rassembler face à un « référent commun ». Celui-ci peut être considéré comme le projet ou l’aboutissement du cheminement.

Le « référent commun », est l’idée que chacun aspire à rester en bonne santé, à limiter les conséquences de la maladie et à ne pas mourir prématurément. L’accompagnement au dépistage est alors un accompagnement à se préoccuper de sa santé. L’objet tiers est le dépistage, qui est considéré comme légitime parce qu’il contribue à cet objectif commun au navigateur et aux personnes cibles.

Maela Paul (2007) considère que sept formes d'accompagnement peuvent être déclinées. Chacune d'entre elles a une fonction ou un rôle spécifique à un mode d'accompagnement, définis au travers de verbes qui permettent de caractériser leurs actions (cf Figure 8).

- Counselling : idée de conseil
- Conseil/Consultance d'expert : idée de conseil par un expert dans son domaine (sens technique)
- Mentoring : idée d'éducation
- Coaching : idée d'entraînement
- Sponsoring/parrainage : idée de parrainage
- Compagnonnage : idée de transmission
- Tutorat : apprentissage et socialisation

Figure 8 : Verbes d'actions pour chaque catégorie d'accompagnement (Paul 2007, p 10)



Il existe donc des sous catégories dans l'accompagnement, permettant de comprendre l'accompagnement dans toute sa complexité. L'accompagnement cherche à intervenir sur/avec une personne et cela peut se faire par différents modes d'intervention. Dans la partie qui va suivre nous allons reprendre la revue de littérature sur la navigation, pour en extraire les éléments descriptifs qui caractérisent l'activité des navigateurs dans les différentes expériences exposées.

Partant de là, nous nous sommes interrogés sur l'influence exercée sur la personne accompagnée. Car les modes d'accompagnement ont tous pour vocation d'influencer un individu au regard d'objectifs qui sont définis en regard des fameuses injonctions de performance que soulève Maela Paul et du groupe social de référence qui les met en avant. Jusqu'où l'accompagnateur peut s'autoriser à aller si nous prenons en compte la revendication d'autonomie à construire chez la personne cible. Cette autonomie, déclarée comme une intention initiale, entre en tension avec l'idée des barrières qui doivent être levées, de la conscience de l'importance de l'acte de dépistage pour l'avenir des personnes cibles et de l'engagement du navigateur dans la « cause » qu'il promeut. L'accompagnement, sensé se faire pour franchir des « barrières », ne garantit pas d'aboutir à l'objectif.

Il faut également se questionner sur celle que nous nous autorisons à dépasser dans une démarche d'accompagnement, particulièrement lorsque ce dernier concourt à l'atteinte d'objectifs de santé publique. L'injonction de performance au dépistage émanant du système de santé prend alors la forme d'un appel à l'amélioration des taux de survie après un cancer colorectal ou d'une amélioration du ratio coût efficacité du dépistage.

Les données terrain ont dans un premier temps été traitées selon les différents verbes d'action présentés dans le « modèle » de Maela Paul (2007). Nous avons tenté un classement de ces verbes en quatre catégories permettant de caractériser le degré d'implication de l'accompagnant dans l'action de l'accompagné :

- Suggérer de faire : Cette catégorie reprenait les verbes caractérisant une action simple avec peu d'intervention de la part du navigateur (exemple : informer, inciter)
- Faire faire : Cette seconde catégorie avait les verbes caractérisant une intervention un peu plus poussée du navigateur (exemple : orienter, guider)
- Faire avec : Dans cette catégorie les verbes présents caractérisaient une action plus participative de la part du navigateur, il devenait acteur au même titre que la personne de la population cible dans la démarche d'accompagnement (exemple : aider, accompagner)
- Faire à la place de : Cette dernière catégorie reprenait les verbes caractérisant l'intervention du navigateur comme prenant plus de place dans l'action que la personne ciblée. (exemple : convaincre, traduire).

Cependant, le caractère polysémique de l'essentiel des verbes considérés nous est apparu assez rapidement, par les différences de classement des chercheurs du projet, et par un test auprès de nos collègues du laboratoire de recherche. Le plus caractéristique pour illustrer la polysémie est celui du mot « éduquer », classés sur tous les points du spectre par le groupe des enseignants-chercheurs s'étant prêtés au test.

Nous avons donc retenu l'idée qu'il fallait chercher à comprendre dans quel sens les navigateurs utilisaient les mots, pour classer leurs actions en fonction de notre échelle allant de la suggestion à l'action faite à la place de la personne accompagnée.

1. Le mode de médiation dans la littérature sur la navigation

Dans la revue de la littérature sur la navigation, nous avons trouvé 86 articles où l'activité était identifiable et mise en avant. Nous avons pu comprendre comment les navigateurs intervenaient, et tenté de repérer les mots clés utilisés pour caractériser la nature de la relation d'accompagnement. La population cible était ici majoritairement constituée de personnes pouvant être qualifiées de « patients », c'est-à-dire de personnes inscrites comme « client » de la clinique ou du cabinet médical dans lequel les navigateurs intervenaient. Cette clé d'entrée était assez différente de celle retenue dans l'étude COLONAV, où une approche dites « écologique » visait les habitants sur leurs lieux de vie.

Au premier abord, nous avons pu voir qu'il y avait diverses modalités pratiques de prise de contact, puis des interventions qui allaient de la simple information à une assistance assez complète. La majeure partie des études font un cheminement complet avec le patient, le contactent, l'informent, l'éduquent à la santé, l'aident si besoin est, l'orientent et vont jusqu'à l'accompagner au rendez-vous et aider s'il y a besoin d'une aide à la traduction. Si nous regardons cela plus en détail, la façon d'aborder un patient se fait majoritairement par téléphone pour se présenter, émettre un rappel ou (re)contacter une personne (tableau 1).

a. Modalité de prise de contact

L'appel téléphonique est la modalité de prise de premier contact la plus courante, parfois avec répétition et insistance. Le premier contact peut aussi avoir lieu par mail et rencontre face à face (cf tableau 14).

Tableau 14 : Modalités pratiques de prise de contact

Mode Intervention	Description	Auteur (date)
Appel téléphonique	Principale intervention pour prendre contact avec le patient dans le but de se présenter, émettre un rappel ou (re)contacter un patient	(Bastani, Mojica, Berman, & Ganz, 2010; Battaglia, Roloff, Posner, & Freund, 2007; Beach et al., 2007; Bone et al., 2013; Braschi, Sly, Singh, Villagra, & Jandorf, 2013; Cavanagh, Lane, Messina, & Anderson, 2013; L. A. Chen et al., 2008; M. S. J. Chen et al., 2013; Dietrich et al., 2006; Ell, Vourlekis, Lee, & Xie, 2007; Engelstad et al., 2005; Frelix, Rosenblatt, Solomon, & Vikram, 1999; Han, Lee, Kim, & Kim, 2008; Hughes Halbert et al., 2013; L. Jandorf, 2005; L. Jandorf et al., 2013; Lina Jandorf et al., 2013; Kreuter et al., 2012; Lasser et al., 2009, 2011; Lebowohl et al., 2011; Lee et al., 2013; Lorhan et al., 2013; Mason et al., 2013; Maxwell, Jo, Crespi, Sudan, & Bastani, 2010; Mays et al., 2012; Myers et al., 2012; Percac-Lima, Ashburner, Bond, Oo, & Atlas, 2013; Percac-Lima, Milosavljevic, Oo, Marable, & Bond, 2012; Perumalswami et al., 2013; Primeau et al., 2013; Pruthi et al., 2013; Raich et al., 2012; Redwood, Provost, Perdue, Haverkamp, & Espey, 2012; Rust, 2003; Spiro, Oo, Marable, & Collins, 2012; Szilagyi et al., 2011; Tejada et al., 2013; Warren-Mears, Dankovchik, Patil, & Fu, 2013; Wells et al., 2011)
Mail	La prise de contact se fait aussi par mail pour se présenter, informer, émettre un rappel, re(contacter) ou donner des instructions	(Battaglia et al., 2007; Beach et al., 2007; Bone et al., 2013; Burhansstipanov, Dignan, Wound, Tenney, & Vigil, 2000; Cavanagh et al., 2013; L. A. Chen et al., 2008; L. Jandorf et al., 2013; Lasser et al., 2009; Leone et al., 2013; Lorhan et al., 2013; Mays et al., 2012; Myers et al., 2012; Raich et al., 2012; Szilagyi et al., 2011)
Face à face	Des navigateurs vont à la rencontre des patients pour se présenter	(Bone et al. 2013; Lebowohl et al. 2011; Maxwell et al. 2010; Percac-Lima et al. 2013; Battaglia et al. 2007; Nuss et al. 2012; Perumalswami et al. 2013; Raich et al. 2012; Tejada et al. 2013; Wells et al. 2011; Lorhan et al. 2013; Freeman, Muth, et Kerner 1995)

Une fois ce premier contact établi certains intervenants rendent des visites à domicile Des activités, discussions, et moment d'information se faisaient aussi en groupe, ce qui permettait plus d'échange, de réflexion et le soulèvement de nouvelles interrogations de la part des patients (cf. tableau 15).

Tableau 15 : Modalités pratiques pour les contacts ultérieurs

Mode Intervention	Description	Auteur (date)
Visite à domicile	Des visites à domicile étaient faites après que la prise de contact est été établie	(M. S. J. Chen et al. 2013; Engelstad et al. 2005; Han et al. 2008; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima et al. 2013; Spiro et al. 2012; Szilagyi et al. 2011; Warren-Mears et al. 2013; Wells et al. 2011; Taylor et al. 2002)
En groupe	Les navigateurs organisaient des rencontres en groupe, ce qui permettaient des discussions, de faire des activités en lien avec la santé, d'Informer mais aussi permettre une réflexion et de nouvelles interrogations de la part des patients	(Burhansstipanov et al., 2012; Lasser et al., 2013; Ma et al., 2009; Mock et al., 2007; Percac-Lima et al., 2012; Wells et al., 2011, 2012)

b. Contenu des interventions

Afin de promouvoir le dépistage et l'importance de la santé, les interventions des navigateurs passaient avant tout par la discussion pour mettre en avant les risques et bénéfices du dépistage et de la prévention, parler du cancer et des programmes en tant que tels mais aussi simplement discuter de ce qui peut préoccuper le patient dans sa vie quotidienne. Les navigateurs cherchaient à sensibiliser les patients, pour cela informer était très important, par quelconque moyen de communication que ce soit. Un grand nombre d'interventions portaient sur l'idée d'éduquer les patients à la santé, pousser les gens à développer leurs compétences en matière de santé afin de prendre conscience de l'enjeu présent, en étant amené à penser par eux même après avoir eu toutes les informations nécessaires à une meilleure compréhension des sujets (tableau 16). Les interventions sont largement inspirées des travaux sur la Health Literacy et les compétences psycho-sociales, même si les articles n'y font pas toujours explicitement référence.

Les navigateurs étaient présents pour orienter et guider les patients, afin qu'ils trouvent les bons centres de soin par rapport à leur problématique. Ne pas laisser les patients dans « l'ignorance » est un des buts essentiels. Pour cela, il était important que les navigateurs puissent répondre à toutes leurs questions.

Les navigateurs pouvaient ensuite passer éventuellement à une assistance beaucoup plus complète : les patients étaient guidés, voire aider à réaliser l'action de dépistage (prise de rendez-vous, accompagnement physique pour réaliser le test, accompagnement à la réception des résultats...

Tableau 16 : Contenu des interventions

Contenu Intervention	Description	Auteur (date)
Discuter	Discuter est un moyen de communication important pour parler des risques et des bénéfices du dépistage, du cancer et des programmes mis en place, mais aussi des autres problèmes qui peuvent préoccuper le patient	(Bastani et al. 2010; Cavanagh et al. 2013; Lasser et al. 2009; Mason et al. 2013; Mays et al. 2012; Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2013)
Informier	Un des buts des navigateurs était d'informer le patient par n'importe quel moyen de communication	(Bastani et al., 2010; K.L. Braun, Allison, & Tsark, 2008; Cavanagh et al., 2013; Dignan et al., 2005; Elkin, Shapiro, Snow, Zauber, & Krauskopf, 2012; Fang, Ma, Tan, & Chi, 2007; Fernandez et al., 2009; L. Jandorf et al., 2013; Lorhan et al., 2013; Mason et al., 2013; Maxwell et al., 2010; Mays et al., 2012; Myers et al., 2012; Primeau et al., 2013; Sly et al., 2012; Stanley et al., 2013; Wells et al., 2011)
Eduquer sur la santé	Les navigateurs voulaient éduquer le patient pour le pousser à développer ces compétences en matières de santé et comprendre à quel point c'était important	(Beach et al., 2007; Bone et al., 2013; Kathryn L. Braun et al., 2012; Burhansstipanov et al., 2010, 2000; L. A. Chen et al., 2008; M. S. J. Chen et al., 2013; Duggan et al., 2012; Ell et al., 2007; Fang et al., 2007; Fernandez et al., 2009; Honeycutt et al., 2013; Krebs et al., 2013; Lasser et al., 2013; Lorhan et al., 2013; Mason et al., 2013; Mays et al., 2012; McCloskey, 2009; Nuss et al., 2012; Paskett et al., 2012; Percac-Lima et al., 2009, 2013, 2012; Pruthi et al., 2013; Ramirez et al., 2013; Rohan, Boehm, DeGroff, Glover-Kudon, & Preissle, 2013; Rust, 2003; Spiro et al., 2012; Warren-Mears et al., 2013; Wells et al., 2011)
Traduire	Pour lever les barrières, les navigateurs faisaient de la traduction: informations médicales, prospectus ou tout support écrit	(Bone et al., 2013; Dembe, Biehl, Smith, & de Gutierrez, 2013; Carolyn Y. Fang, Ma, Tan, & Chi, 2007; Maxwell et al., 2010; Palmieri et al., 2009; Percac-Lima et al., 2009; Spiro et al., 2012; Vargas et al., 2008; Wang et al., 2010)
Guider et aider pour les rendez-vous	Les navigateurs guider les patients pour qu'ils prennent leurs rendez-vous pour le dépistage	(Beach et al., 2007; Bone et al., 2013; K.L. Braun et al., 2008; Domingo, Davis, Allison, & Braun, 2011; Elkin et al., 2012; Ferrante et al., 2011; Frelix et al., 1999; Freund et al., 2008; Honeycutt et al., 2013; L. Jandorf, 2005; L. Jandorf et al., 2013; Krebs et al., 2013; Kreuter et al., 2012; Leone et al., 2013; Myers et al., 2012; Nash, Azeez, Vlahov, & Schori, 2006; Percac-Lima et al., 2009, 2013, 2012; Perumalswami et al., 2013; Pruthi et al., 2013; Redwood et al., 2012; Spiro et al., 2012; Wang, Fang, Tan, Liu, & Ma, 2010).
Assister individuellement	Une assistance individuelle était proposer pour aider à lever toutes les barrières empêchant le patient de se préoccuper de sa santé	(Burhansstipanov et al., 2010; Lina Jandorf et al., 2008; Lee et al., 2013; Maxwell et al., 2010; Phillips et al., 2010)

Orienter - Guider	Les navigateurs orienter et guider les patients pour qu'ils se dirigent vers les centres de soin adaptés à leur problématique	(Cavanagh et al., 2013; Ferrante, Wu, & Diccio-Bloom, 2011; Fouad, Wynn, Martin, & Partridge, 2010; Hiatt et al., 2001).
Répondre aux questions	Les navigateurs étaient prêt à répondre à toutes les questions des patients afin qu'ils ne se sentent pas bloquer dans leur démarche	(Cavanagh et al., 2013; L. A. Chen et al., 2008; Dietrich et al., 2006; L. Jandorf et al., 2013; Kreuter et al., 2012; Myers et al., 2012; Redwood et al., 2012; Wells et al., 2011)
Organiser et réaliser le transport du patient	Mise en place par les navigateurs de transports pour les patients afin qu'ils puissent aller au différentes étapes du dépistage	(Burhansstipanov et al., 2000; L. A. Chen et al., 2008; Freund et al., 2008; Honeycutt et al., 2013; Kreuter et al., 2012; Leone et al., 2013; Ma et al., 2009; Paskett et al., 2012; Percac-Lima et al., 2009, 2013, 2012; Redwood et al., 2012; Spiro et al., 2012; Vargas, Ryan, Jackson, Rodriguez, & Freeman, 2008; Wang et al., 2010)
Remplir les papiers		(Carolyn Y. Fang et al., 2007; Fouad et al., 2010; Ma et al., 2009; Nash et al., 2006);
Soutenir émotionnellement et pour l'éducation	Pour que les patients ne se sentent pas seuls ou délaissés les navigateurs les soutenaient aussi bien émotionnellement que sur le plan "éducatif"	(Beach et al., 2007; Kathryn L. Braun et al., 2012; Ferrante et al., 2011; Fiscella et al., 2011; Fouad et al., 2010; Krebs et al., 2013; Lairson, Huo, Ball Ricks, Savas, & Fernández, 2013; Lorhan et al., 2013; Markossian, Darnell, & Calhoun, 2012; Maxwell et al., 2010; Percac-Lima et al., 2013; Spiro et al., 2012; Stanley et al., 2013)
Aider pour les problèmes financiers ou socio-économiques	Les navigateurs proposaient une aide pour les problèmes financiers et socio-économique afin de libérer l'esprit des patients ce qui leurs permettait de se plus se consacrer à leur santé	(Elkin et al., 2012; Frelix et al., 1999; Lasser et al., 2013).
Encourager les patients	Les navigateurs encourager les patients avant, pendant et après leurs démarches pour se faire dépister	(L. Jandorf, 2005; Myers et al., 2012; Percac-Lima et al., 2012; Redwood et al., 2012)
Accompagner au RDV	Les navigateurs allaient avec les patients au rendez vous	(Burhansstipanov et al., 2000; Percac-Lima et al., 2009, 2013, 2012; Spiro et al., 2012; Warren-Mears et al., 2013; Wells et al., 2012)

Sachant que les personnes pouvaient être préoccupées par des problèmes impactant plus directement leur quotidien (exemples : problèmes financiers, chômage, autres problèmes de santé comme le diabète), les navigateurs pouvaient intervenir pour lever les principaux obstacles, traduction des informations médicales, des simples prospectus ou autre support écrits pour des personnes ne parlant pas la langue d'usage courant; remplissage des papiers nécessaires; aide financières et socioéconomiques, permettant de leur libérer un peu l'esprit pour qu'ils puissent penser d'avantage à leur santé. Une assistance individuelle pouvait être proposée, afin de se focaliser sur l'ensemble des barrières retardant le moment de prendre

soin de soi. L'accompagnement pouvait ainsi être personnel avec un réel encouragement du patient pour faire les démarches et après la réalisation de celles-ci, ainsi qu'un soutien émotionnel et éducatif pour que le patient ne se sente jamais délaissé (cf. tableau 16).

Comme nous pouvons le voir à travers cette revue de la littérature, il y a plusieurs modes d'interventions, pouvant aller d'une simple information à un accompagnement très complet. Dans toutes les études, le contact est initié par le navigateur, qui va au-devant des personnes ciblées. Toutes ces études ne mobilisent pas tous ces modes d'accompagnement mais en qualifient au moins un, certaines expériences les mobilisent tous.

Les études décrivent à la fois les modalités pratiques de prise de contact ou de rencontre, et le contenu des interventions avec une description d'un niveau variable d'accompagnement des personnes. Les études ne discutent pas du bien-fondé du caractère invasif ou non de l'accompagnement, y compris lorsque l'étude prévoit plusieurs rappels téléphoniques. Les limites imposées aux interventions des navigateurs ne sont pas discutées dans la littérature.

II. Les éléments du projet COLONAV

Dans le cas particulier de l'étude COLONAV, nous avons exploité les données de manière détaillée pour caractériser de façon plus précise les modalités d'accompagnement, notamment au regard de la grille constituée à partir de l'approche de Maëlla Paul.

1. Traitements des données

Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo 10.


Concernant les modalités pratiques de prise du premier contact, les navigateurs n'ont eu accès à aucune liste, ni à aucune base de coordonnées téléphoniques. Ayant diffusé leurs coordonnées sur des plaquettes en différents lieux, ils pouvaient être contactés par téléphone par les habitants. Ils entraient également en contact direct avec les personnes dans les lieux où ils se positionnaient avec des stands, des affiches... Les contacts ultérieurs pouvaient être très divers, et recouvrent les modalités décrites par la littérature. Nous avons choisi d'exploiter les données terrain en allant plus loin que des simples descriptions de modalités, pour nous interroger sur le « degré » d'accompagnement perçu au regard de la première grille que nous avons constitué.

Une recherche textuelle des différents verbes constituant la gradation initiale a été faite sur tous les documents. Les verbes sélectionnés étaient ceux qui qualifiaient les actions des navigateurs. Ils pouvaient parler de leur travail commun ou spécifique à chaque navigateur. Les résultats n'ont pas été concluants et n'ont pas permis de caractériser les modes d'accompagnement des navigateurs de manière précise. Un second traitement des données a donc été réalisé. Nous avons gardé le principe des quatre catégories, en les retravaillant et

les renommant afin d’avoir plus de précision et de clarté. En effet, s’arrêter aux verbes peut devenir flou et perdre le sens initial de l’intervention, celle-ci doit être prise dans sa globalité. Deux tableaux ont été utilisés, chacun contenant ces quatre catégories, en faisant évoluer les catégories de regroupement (cf tableau 17) :

Tableau 17 : Evolution des catégories

Suggérer de faire	En focalisant sur le verbe d’action, nous nous retrouvons devant un problème de définition des catégories et de compréhension du sens de l’action. Faire faire peut être à la fois intrusif et suggérer de laisser faire. Ce manque de précisions nous empêche de classer correctement nos données. De surcroit, difficile de faire un examen médical à la place...
Faire faire	
Faire avec	
Faire à la place de	



Suggestion/Proposition	En focalisant sur une progressivité de l’intervention, nous avons une meilleure compréhension du sens de chaque catégorie et facilité le classement du « service » fourni par le navigateur.
Orientation	
Aide Ponctuelle	
Assistance	

- **La Suggestion / Proposition** : Dans cette catégorie étaient placées les interventions qui avaient pour but de faire connaître l’information à la population tout en lui laissant le choix de « s’investir » ou non. Le but étant de faire naître l’idée du dépistage (exemple : Informer ; répondre aux questions).
- **L’Orientation** : Dans cette seconde catégorie étaient placées les interventions qui permettaient de guider ou d’indiquer « la bonne démarche à suivre », à ce stade un premier pas a été fait de la part de la population et un avis est donné de la part du navigateur (exemple : Conseiller sur les démarches à suivre ; Orienter ; Inciter à faire le test, en parler aux enfants pour qu’ils essaient d’influencent leurs parents).
- **L’Aide ponctuelle** : Cette catégorie permettait de placer les interventions où il y avait une action concrète et pratique du navigateur, la personne cible assurant une partie des actions nécessaires à l’accomplissement du test (exemple : aller chercher le test; accompagner chez le médecin).
- **L’Assistance** : Dans cette dernière catégorie étaient placées les données où l’intervention du navigateur était plus « importante » que celle de l’accompagné. L’action était faite à la place de la personne. Aller la chercher, faire la démarche à sa

place a aussi été analysée comme de l'assistance (exemple : Prendre les rendez-vous à la place de; Remplir le formulaire).

Ces quatre catégories ont mieux permis de faire ressortir le mode d'intervention de chaque navigateur. Plus il y avait d'informations dans une catégorie plus nous avons de précision sur le degré d'intervention de celui-ci auprès de la population. L'important était de voir le degré d'implication des navigateurs dans cet accompagnement, tout cela en étudiant le besoin d'aide qu'ils ont perçu en côtoyant cette population. Ils pouvaient être plus centrés sur de l'information à propos du dépistage ou au contraire sur l'aide et l'assistance à la personne.

2. L'appréciation de l'accompagnement par les navigateurs eux-mêmes

Il ressort de l'étude des données que la posture des navigateurs est variable en fonction des situations, et que l'ensemble du spectre qui va de la suggestion à l'accompagnement est couvert. Les échanges avec les navigateurs ont fait ressortir de manière systématique l'ampleur du besoin d'aide « sociale » rencontrés chez de nombreux les habitants des quartiers dans lesquels ils intervenaient.

Le tableau 18 ci-après reprend les interventions des navigateurs vues par eux-mêmes.

Pour V, nous constatons que ces interventions se font sur trois catégories « suggestion/proposition », « orientation » et l'« aide ponctuelle », il a une démarche où il laisse la population venir à lui, il l'informe, l'écoute, et est présent sur les lieux de rassemblements publics (marché), mais il ne manque pas d'orienter et de donner des conseils lorsqu'il y a des questions. L'aide ponctuelle fait partie de ses actions, il est très disponible.

Pour A, nous pouvons voir que ses interventions sont un peu plus larges et couvrent les quatre catégories. Cependant, la majeure partie de ses interventions se font sur la suggestion à travers l'écoute, la réponse aux questions, la visibilité et l'information et sur l'aide ponctuelle avec un accompagnement, des entretiens, des discussions sur la santé et une aide pour surmonter les difficultés. La seule « assistance » qu'il ait apporté est de faire du porte à porte et donc d'aller à la rencontre de la population, c'est lui qui fait la démarche à la place de la personne cible.

Tableau 18 : Point de vue des navigateurs sur leurs interventions

	C	V	A	L	R	Commun
Suggestion / Proposition	<p>Ecouter les gens Rôle d'informer Colon tour Aller à la permanence de la paroisse Présence sur le marché et à la pharmacie Organisation d'une tombola avec distribution de lots Bénévole à la Croix rouge et au Resto du cœur Permanence MJC</p>	<p>Ecouter, Informer Travail avec une association de médecins bénévoles Présence sur le marché, attendre la population vienne à lui Ecouter fait part de ses connaissances pour aider</p>	<p>Ecouter Répondre aux questions Présenter le projet Informé par les médias locaux Présence au CCAS et resto du cœur Visibilité sur le marché</p>	<p>Informé, Ecouter Présence à l'hôpital (Ligue/Vivre), venue directement des habitants Organisation d'une tombola avec distribution de lots Colon tour</p>	<p>Informé Accueillir Permanence au Secours Populaire / Epicerie Solidaire / CDHS Apparition sur le marché</p>	<p>Prendre contact avec la population Informé Accueillir Informations sur d'autres maladies</p>
Orientation	<p>Rôle orienter Toucher la population Expliquer les risques Orienter vers une assistante sociale Explication de la prévention à travers des images</p>	<p>Orienter Définir le navigateur pour mieux comprendre Conseiller sur leur problématique Rediriger la personne Leur proposer de se renseigner Donner des conseils</p>	<p>Orienter Expliquer les choses Conseiller d'aller voir son médecin</p>	<p>Rassurer les gens Vraiment être convaincant Inciter les gens à faire le test Parler du test Toucher la personne Pousser les gens à faire de la prévention Transmettre le message Expliquer le projet/ l'utilité du test Expliquer comment faire le test</p>	<p>Orienter Expliquer correctement que c'est pour leur santé Argumenter ses propos (RY) Orientation vers un médecin traitant Faire la prévention</p>	<p>Orienter Inciter à se faire dépister</p>

<p>Aide ponctuelle</p>	<p>Activités : Ateliers, coaching Entretien individuel / groupe avec les habitants Atelier de prévention (SESAM) Aider et apaisant en étant psychologue Accompagner tout en éduquant Parler, discuter pour les rassurer</p>	<p>Aider Aider à reformuler Activités aux centres sociaux Disponible pour accompagner les gens par téléphone ou en déplacement Appelle de la population "moyenne" via le bulletin municipal pour des questions</p>	<p>Accompagner Aider à surmonter les difficultés Etre en contact et communiquer avec les gens Stand à un thé dansant pour parler d'alimentation/EHPAD Entretien avec la population Tisser du lien Pouvoir discuter avec les gens, échanger sur des thématiques intéressantes, de santé</p>	<p>Aider les gens à surmonter toutes les barrières Accompagner faire la coloscopie Proposer des moments d'échange et un accompagnement tout au long du processus du dépistage S'adapter à toutes les situations pour aider Tisser du lien/ Important de se créer un réseau</p>	<p>Accompagner Aider à faire un numéro Parler avec eux Dire de faire une photocopie de l'attestation, d'attendre son remboursement, d'aller voir l'assistante sociale de la Sécu. Aider sur la prévention S'installer avec eux et discuter</p>	<p>Accompagner dans le dépistage Créer ou participer à un/des réseaux Participer à l'évaluation Aide dans les démarches administratives Soutenir</p>
<p>Assistance</p>	<p>Essayer de persuader sans harceler les habitants Rendre service par le remplissage de la paperasse</p>		<p>Faire du porte à porte</p>	<p>Convaincre un maximum de personne Aller vers la population Interpeller la population</p>	<p>Prendre rendez-vous à leur place A fait en majorité le premier pas Etre la pour les diriger Savoir les recadrer Demander le test Aller voir les habitants Faire le relai</p>	

Pour L, ses interventions se font sur les quatre catégories. Surtout au niveau de l'« orientation », il incite les gens à faire le test, parle de celui-ci, essaye de toucher les personnes en transmettant un message et passe par beaucoup d'explications. Il intervient à peu près autant pour la suggestion : informe, écoute, organise et participe à des événements (Tombola, Colon tour) a une visibilité notamment à l'hôpital ; et l'« aide ponctuelle » : aide les gens à surmonter les barrières, les accompagne faire les coloscopies et propose des moments d'échange et un accompagnement tout au long du processus de dépistage. Ces interventions concernant l'« assistance » de la population se concentrent sur interpeller la population, aller vers elle et convaincre un maximum de personne à faire le test du dépistage.

Pour R, nous constatons que ses interventions se font sur les quatre catégories avec plus d'interventions du côté de l'« assistance ». Elle prend les rendez-vous à la place des personnes cibles, fait majoritairement le premier pas, demande le test à leur place, va les voir, fait le relai et « est là pour les diriger et les recadrer », R va au-devant de la population. Avant cela, sa démarche de « proposition/suggestion » passe par de l'information, un accueil de la population, des apparitions sur le marché et des permanences au secours populaire, à l'épicerie solidaire et au CDHS (Comité Départemental d'Hygiène Sociale). Sur l'« orientation », elle les oriente vers un médecin traitant, explique les intérêts du test en argumentant ses propos et fait de la prévention. Ses interventions d'aides ponctuelles se concentrent sur un accompagnement, une aide à faire un numéro, rappelé de faire des papiers importants et une aide sur la prévention.

Pour C, nous pouvons voir que ses interventions interviennent aussi sur toutes les catégories. Les plus importantes étant la « proposition/ suggestion » : écouter le gens, informer, avoir grande visibilité (paroisse, tombola, marché, pharmacie, croix rouge, resto du cœur, MJC) ; et l'« aide ponctuelle » : coaching, ateliers de prévention, entretiens individuels, aider et apaiser, parler et rassurer les gens. Elle est aussi intervenue au niveau de l'« orientation », en essayant de toucher la population, leurs expliquer les risques et la prévention et les orienter vers une assistante sociale. Pour ce qui est de l'« assistance » auprès de la population cible elle a essayé de les persuader « sans les harceler » et faisait le remplissage des documents administratifs.

Les données recueillies sur le travail commun de ces navigateurs s'étendent sur trois catégories, la « suggestion/proposition » : prendre contact avec la population, informer sur la prévention et d'autres maladies, et accueillir ; l'« orientation » : inciter à se faire dépister, orienter vers les bons organismes et les bonnes solutions ; et l'« aide ponctuelle » : accompagner la population dans le dépistage, créer un réseau, participer à l'évaluation et aider dans les démarches administratives.

Ce qui ressort si nous comparons ces cinq navigateurs et qu'ils ont tous des degrés d'interventions différents. Mais deux « groupes » viennent à se distinguer, l'un dans une

intervention où on laisse venir la population à nous (V et A) et l'autre dans une démarche où on va chercher la population (L, R et C).

3. La perception du travail des navigateurs vu par les membres de la population cible

Les différents entretiens avec la population n'ont pas permis d'avoir la même quantité d'informations pour chaque navigateur et donc de comparer équitablement. Néanmoins, ce qui ressort est regroupé dans le tableau 19.

Pour V, nous constatons que les données se trouvent dans les catégories « suggestion/proposition » : diffuser l'information, répondre aux questions et être à l'écoute ; « orientation » : envoie des brochures avec le code de la sécurité sociale pour aller faire le test, recontacter la population, expliquer qu'il faut aller voir le médecin, reçoit la population, incite à faire le test, explique ce que c'est et conseille ; et « aide ponctuelle » : accompagnement et apport d'une aide.

Pour A, nous n'avons aucune donnée.

Pour L, nous pouvons voir que les données sur ces interventions sont sur les quatre catégories du tableau, « la suggestion/proposition » : présence au Colon Tour, dépôts d'affiches informatives, permanences, présentation du cancer et du dépistage ; « l'orientation » : motiver à faire le test, permanence donne de l'intérêt au dépistage pour la population, insiste sur la facilité du test, expliquer comment faire le test ; l'« aide ponctuelle » : mise en place d'un jeu de l'oie sur la prévention pour aider à comprendre à travers un aspect ludique ; et l'« assistance » : donne le test à la personne, lecture des explications du test, et fait envoyer le test.

Pour R, les données se concentrent sur trois catégories, l'« orientation » : avoir de bons conseils, parler du dépistage, inciter les gens et expliquer les démarches ; l'« aide ponctuelle » : support pour la personne cible, aide pour tout ainsi que pour le moral ; et l'« assistance » : interpeller et demander à la population s'ils n'ont pas des questions à poser.

Pour C, nous constatons que les données se trouvent dans trois catégories du tableau, la « suggestion/proposition » : donner des informations ; l'« orientation » : enrichie la population, conseiller la population, expliquer pour en parler plus facilement et montrer l'enveloppe du dépistage et son utilisation ; l'« assistance » : lecture des courriers, diriger la population et faire les courriers.

Tableau 19 : Point de vue de la population sur les interventions de chaque navigateur

	C	V	A	L	R
Suggestion / Proposition	Donne des informations	Diffuser l'information Répondre aux questions Etre à l'écoute		Présence du Colon Tour Dépôts d'affiches informations Permanences Présentation du cancer et du dépistage	
Orientation	Enrichie la pop Conseiller Expliquer pour en parler plus facilement Montrer l'enveloppe et son utilisation	Envoie trois fois de la brochure, avec le code de la Sécurité sociale pour aller faire le test Recontacté par pop pour avoir des infos Faire comprendre d'aller voir un médecin généraliste Reçu un membre de la population + rappelé Sympathie de Kévin a incité à faire le test Expliquer en douceur Expliquer ce que c'est, pourquoi, comment Conseiller		Motiver à faire le test Intérêt pour le dépistage depuis que Mokrane à sa permanence au centre social Insister sur la facilité du test avec patience Discours permet de faire le test plus tôt Expliquer comment faire le test	Avoir de bons conseils Parler du dépistage, expliquer Parler avec parce qu'elle vient dans un but précis Inciter les gens
Aide ponctuelle		Un vrai accompagnement Apport d'une aide		Jeu de l'oie sur la prévention (aide à la compréhension, aspect ludique)	Etre un support pour la personne Aide pour tout, pour le moral
Assistance	Diriger la population Faire les courriers Lecture des courriers			Donner le test à la personne Lecture des explications du test Fait envoyer le test	Demander à la pop si questions à poser

4. La perception du travail des navigateurs vu par les membres de l'équipe de recherche et d'encadrement

Les échanges entre les chercheurs et les navigateurs, avec leurs référents dans les structures d'accueil et entre chercheurs permettent également d'avoir une perception sur le travail réalisé (tableau 20).

Pour V, ses interventions se concentrent sur deux catégories que sont, la « suggestion/proposition » : présenter le test Hemocult, proposer un accompagnement et proposer un rendez-vous ; et l'« aide ponctuelle » : mise en place d'ateliers cuisine et ateliers santé échanger et aider à la compréhension du dépistage, et réception des appels de personnes qui souhaitent un accompagnement.

Pour A, les données concernant ses interventions se trouvent dans trois catégories, la « suggestion/proposition » : informer, expliquer en montrant des dessins, proposer des rendez-vous, présence au resto du cœur et au marché et organisation de Mars Bleu ; l'« orientation » : argumenter en faveur de la détection du cancer et l'« aide ponctuelle » : rediriger vers un psychologue de la Ligue contre le cancer.

Pour L, nous pouvons voir que ses interventions sont sur les quatre catégories, la « suggestion/propositions » : présence aux permanences, interventions au centre de formation IFRA, proposition et présentation d'un accompagnement, permanence, accueil de la population, forum des associations, stands mensuel, Colon Tour, Octobre Rose, grande visibilité sur le terrain et présence dans les associations (secours catholique et aide soutien partage) ; l'« orientation » : faciliter l'accès (passer les barrières) ; l'« aide ponctuelle » : interactions avec questions/réponses, accompagnement individuel, organisation de réunion pour rassembler ; et l'« assistance » : aborder les gens, les diriger vers le dépistage, recontacter pour s'informer de l'avancement, faire le relai avec la structure et faire le lien entre généraliste et patient.

Pour R, nous constatons que les données rapportant ses interventions sont présentes dans trois catégories, la « suggestion/proposition » : informer la population après demande, être présente, trouver des personnes de la population cible, rencontrer les gens, se faire connaître, proposer et présenter l'accompagnement, organisation de Mars Bleu et de permanence à la pharmacie et au resto du cœur ; l'« orientation » : discuter sur la santé, demander si l'entourage a fait le test, parler du dépistage pendant les ateliers d'échecs pour guider ; et l'« assistance » : prendre les informations sur la population, diriger vers le dépistage et convaincre de le faire.

Tableau 20 : Point de vue des chercheurs sur les navigateurs

	C	V	A	L	R
Suggestion / Proposition	Présentation et proposition d'un accompagnement Organisation d'une réunion sur le test Hemocult Proposition de participer à un atelier de couture	Présentation du test Hemocult Proposition d'un accompagnement Proposition d'un rendez-vous	Montre des dessins Informé Proposer un rendez-vous Présence au resto du cœur et marché Organisation de Mars Bleu	Présence aux permanences Intervention centre de formation IFRA Proposition et présentation d'un accompagnement Permanence 2 fois par semaine - Accueil de la population Forum des associations Stands mensuels Colon tour Octobre rose Très forte présence sur le terrain Stand café bleu Présence dans les associations (secours catholique et aide soutien partage) pour apporter de l'information	Informé la population après demande Très présente Trouver des personnes Rencontrer les gens Se faire connaître Proposition et présentation d'un accompagnement Organisation Mars Bleu Organisation permanence à la pharmacie/resto du cœur
	Personnes relais issues du quartier/de la communauté (informations, sollicitation, écouter de leurs besoins) Diffuser des connaissances en santé Ecouter les réactions des personnes Répondre aux interrogations Réception des appels téléphoniques de la population Création d'événements locaux Répondre aux barrières que peut rencontrer la population cible Etre à l'écoute Etre disponible Proposer le dépistage				
Orientation	Expliquer l'intérêt du test Argumenter en faveur de la détection du cancer		Argumenter en faveur de la détection du cancer	Faciliter l'accès (passer les barrières)	Discuter sur la santé Rencontre d'un bénévole à l'épicerie solidaire: demander si les parents ont fait le test Parler de dépistage durant les ateliers d'échecs

	<p>Orienter Personnes relais issues du quartier/de la communauté (conseiller, orienter) S'assurer que la personne a récupéré le test auprès du médecin Expliquer le dépistage du cancer colorectal Renseigner Expliquer Inciter Sensibiliser</p>				
Aide ponctuelle	Création et participation d'un atelier de couture	Mise en place Ateliers cuisine et ateliers santé Réception des appels souhaitant un accompagnement	Rediriger vers un psychologue de la ligue contre le cancer	Interaction (questions/réponses) Accompagnement individualisé Organiser des réunions	
	<p>Animations collectives Accompagnement individualisé Mobiliser les habitants Accompagner la population Voir si la personne a besoin d'aide (quand résultat positif) Aide pratique (lecture du courrier...) Surmonter les barrières d'accès aux soins par accompagnement personnalisé avec personnes formées Faciliter les échanges et accès au dépistage Soutenir Aider Organiser des réunions Mission tisser un réseau Accompagner la population</p>				
Assistance	Diriger vers le dépistage Diriger vers un travailleur social			Aborder les gens Diriger vers le dépistage Recontacter la personne pour s'informer de l'avancement Faire le relais avec structure de gestion Faire le lien entre généralistes et patients	Prends les informations sur population Diriger vers le dépistage Convaincre de faire
	Prendre contact				

Pour C, les données sur ses interventions sont présentes dans les quatre catégories que sont la « suggestion/propositions » : présentation et propositions d'un accompagnement, organisation d'une réunion sur le test Hemocult et proposition de participer à un atelier couture ; l'« orientation » : expliquer l'intérêt du test et argumenter en faveur de la détection du cancer ; l'« aide ponctuelle » : création et participation d'un atelier de couture ; et l'« assistance » : diriger vers le dépistage et diriger vers un travailleur social.

Des données communes aux interventions des navigateurs sont aussi présentes dans les quatre catégories, la « suggestion/proposition » : informer, solliciter, écouter les besoins, diffuser les connaissances sur la santé, écouter les réactions, répondre aux questions, répondre aux appels, création d'événement locaux, répondre aux barrières rencontrées par la population être disponible et proposer le dépistage ; l'« orientation » : orienter, conseiller, s'assurer que la personne à récupérer le test, expliquer le dépistage, inciter et sensibiliser ; l'« aide ponctuelle » : animations collectives, accompagnement individualisé, accompagner la population, voir si la population a besoin d'aide, surmonter les barrières, faciliter les échanges, aider et soutenir ; et l'« assistance » : prendre contact.

III. Analyse et Discussion

D'une manière générale, nous pouvons constater qu'il n'y a pas une approche uniforme à tous les navigateurs face à la population. Chacun d'eux est intervenu de manières différentes et a conduit différemment son accompagnement. Néanmoins deux groupes se dégagent, l'un étant plus enclin à défendre la suggestion/proposition et l'autre défendant une part plus importante d'assistance. Une approche s'appuyait d'avantage sur le fait de laisser venir la population vers le navigateur alors que l'autre à l'inverse était sur l'idée d'aller à la rencontre de cette population. Outre des éléments liés aux traits de personnalités des navigateurs recrutés, ce constat laisse à penser que la formation préalable des navigateurs a été perçue de manière différente par chacun d'entre eux et qu'ils ont eu le sentiment d'une liberté face à ce projet et l'accompagnement qu'ils pouvaient proposer.

Maintenant si nous regardons plus en détails l'intervention de chaque navigateur nous pouvons voir quel navigateur se classe dans l'un ou l'autre des deux groupes précédents. Si nous nous intéressons à V, nous constatons qu'il a adopté une intervention de présence et de visibilité mais qu'il ne va pas au-devant de la population, il la laisse venir à lui. Il se situe plus dans une représentation d'une population qui serait curieuse des informations qu'il propose et irait vers lui de manière libre, sachant que celle-ci se sera habituée à sa présence de par une constante visibilité. V laisse donc à la population toute son autonomie en informant, par de petites actions qui laissent la porte ouverte pour parler du dépistage du cancer colorectal. Si nous nous référons à la revue de la littérature précédente, ce mode d'intervention est assez peu conforme au rôle d'un navigateur et plus proche de la traditionnelle promotion de la santé.

En se penchant sur l'intervention de A, nous pouvons voir qu'il a adopté une démarche quelque peu similaire à celle de V, il reste dans le laisser-venir. Sa présence dans les quatre catégories ne permet pas de parler d'une intervention qui occupe tout le spectre de l'action possible. A est très visible et disponible pour la population, ce qui permet à la population de savoir qu'il est là dès qu'elle en ressent le besoin. A va cependant un peu plus loin que V, il est aussi dans une démarche d'orientation et aide la personne à travers de petits conseils.

La population ayant besoin d'un certain temps pour se sentir en confiance et avoir le sentiment d'« habitude », la durée de l'étude COLONAV n'était pas propice à ce type d'intervention. On peut s'interroger par ailleurs sur la pertinence de cette posture, qui est peu différente de celle existant déjà dans le domaine de la promotion de la santé. Elle ne fait que porter un peu plus près le message de la disponibilité du dépistage promu par ailleurs par les campagnes nationales.

L'expérience confirme ce que la littérature avait déjà identifié comme barrière, que la préoccupation pour la santé des individus passent souvent derrière les préoccupations de la vie courante, et qu'aider quelqu'un à reprendre pied avec sa santé et à se préoccuper du dépistage du cancer, c'est d'abord l'aider à reprendre pied sur certains éléments de sa vie. Et la question concomitante allant avec l'activité de navigation est celle de la place des navigateurs, installés dans le système de soins, avec pour seule mission d'amener les personnes à participer au dépistage du cancer colorectal. Solliciter par des personnes peu disponibles pour discuter de leur propre santé, la demande d'aide dépasse largement la question de l'aide au dépistage du cancer colorectal.

Au-delà de cette confirmation, la démarche est conforme à une certaine représentation de l'autonomie des personnes, et du caractère rationnel d'un comportement de type « homo medicus » au regard des informations qui pouvaient leur être délivrées sur leur santé (Pinell 1992). Cette représentation est contestée, *a fortiori* pour des populations en situation de fragilité. Au-delà des difficultés à comprendre correctement les messages diffusés que les travaux sur la « Health Literacy » (Nutbeam 2009) ont souligné, la nécessité de développer et de renforcer les compétences psychosociales chez toute personne confrontée à une décision relative à sa santé est considéré comme un préalable à l'exercice d'une réelle autonomie dans ce domaine (OMS, 1993). Cette nécessité est, par exemple, intégrée dans le domaine de l'éducation thérapeutique. Il n'y a guère de raison pour que les problèmes rencontrés lors de la gestion d'une maladie ne soient pas également présents lorsqu'on évoque les questions de prévention. L'intervention devrait donc être différente des démarches grand public qui à ce jour n'ont pas fait leurs preuves.

Les interventions des trois autres navigateurs sont des interventions faisant partie du second groupe cité précédemment. Ceux-ci sont allés à la rencontre de la population, ils sont allés la « chercher » pour lui parler du dépistage du cancer colorectal. En effet, L est présent dans toutes les catégories de notre tableau, il informait, orientait, aidait et assistait tout comme C et R. Cependant, R se démarque par sa grande présence dans l'assistance. Cette navigatrice avait une démarche où aller chercher la population était sa priorité. Il fallait faire des choses avec celle-ci pour qu'elle arrive à comprendre l'importance du dépistage et qu'elle le fasse. Ce fonctionnement peut certes permettre à la population de faire le dépistage après une information complète et toutes les procédures qui suivent, mais ne pousse pas forcément à réfléchir réellement sur pourquoi le faire et ne permet pas d'être sûr que la population continue de réaliser le dépistage une fois cet accompagnement disparu. Toutefois, en

comparaison avec la revue de littérature, cette démarche est plus proche de la navigation définie par Freeman, où l'individu est accompagné au fil de ses besoins d'aide par le navigateur.

Observer ces deux types de démarches à travers les interventions des navigateurs, c'est à dire une démarche d'« orientation » et une d'« assistance » permet de constater qu'un accompagnement peut être réalisé de différentes manières, non seulement en fonction des besoins des individus, mais également selon l'angle sous lequel est investi un projet. Ces constats nous ramène aux problématiques amenés par le projet : le degré d'autonomie ressenti ou accepté de la population cible au regard de la démarche de dépistage, et les barrières identifiées, qui ne peuvent pas toujours être levées par les individus eux-mêmes. Sous l'« injonction » de l'augmentation du dépistage, l'arbitrage entre le respect de l'autonomie de l'individu, autonomie réelle ou supposée, et des objectifs de santé publique légitimés au nom de l'intérêt des mêmes individus se joue à chaque nouvelle intervention par le navigateur.

Pour que des démarches comme celle expérimentée par le projet COLONAV puisse avoir un impact sur les dépistages existants et autres démarches de préventions existantes en France, il ne suffit pas d'obtenir un acte isolé. Il est important d'ancrer les préoccupations de santé dans le quotidien d'une population au prise avec de multiples préoccupations qui l'en éloignent. Si le constat est partagé par tous les navigateurs, les discussions entre eux étaient vives quant à savoir jusqu'où chacun était prêt à aller. V et A argumentant sur l'éthique de la liberté individuelle de chacun, C, R et L sur la responsabilité d'aller porter assistance à une population en difficulté. Les deux arguments sont légitimes, et ils sont le paradoxe à assumer pour concevoir des solutions à la réduction des inégalités de santé.

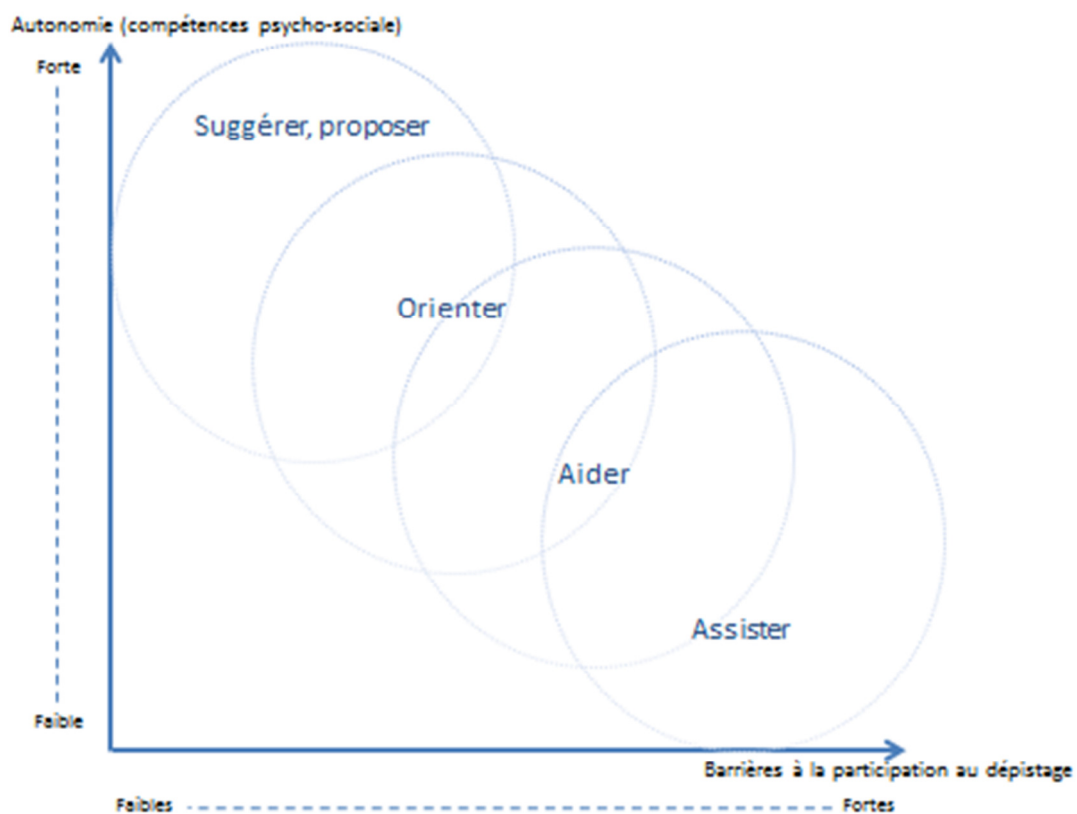
La plupart des expériences américaines s'attachent, à partir de listes préétablies, à convaincre les personnes concernées de participer au dépistage. L'autonomie n'est pas un objectif recherché, et une des études a même démontrée que ce mode d'accompagnement par du coaching téléphonique avait plutôt tendance à la diminuer, les personnes appelées attendant le prochain appel pour revenir vers le dépistage. Ce mode d'accompagnement se révèle cependant efficace à court terme. Il sert donc l'objectif d'augmentation de la participation au dépistage. Ce mode d'intervention, appartenant plutôt à la suggestion, qui peut se faire insistante, ne suffit pas à améliorer l'autonomie des personnes cible.

La figure 9 replace les modes d'intervention au regard des deux dimensions construisant le paradoxe autonomie versus barrière à franchir.

Le management de navigateurs dans le système de santé porte donc notamment sur cette appréciation de la manière de mener leur mission, au regard de la représentation qu'ils s'en font, mais que se font également les personnes qui les encadrent ou les accueillent, de la légitimité de leur posture eu regard de l'autonomie que l'on reconnaît aux personnes ciblées par l'intervention et des barrières qu'on souhaite les aider à franchir. En reprenant l'analyse

de Maëlla Paul, qui situait l'accompagnement sous la double exigence de la préoccupation pour « un public désaffilié » qui devrait être autonome ou apte à le devenir et « l'injonction de performance, d'excellence et d'efficacité » par une classe dirigeante, nous trouvons alors une des questions essentielles de la fonction de navigation. Quel est le « dosage » entre la recherche d'autonomie chez l'individu concerné et l'augmentation du taux de participation recherché à court terme, objet de l'appréciation de l'efficacité du dispositif ?

Figure 9 : Autonomie, barrière et degré d'intervention



Ce paradoxe entre autonomie souhaitée ou espérée de chaque individu et le poids des barrières contribuant aux inégalités de santé est au cœur de l'action d'un navigateur. Dans l'étude COLONAV, une grande liberté a été laissée à chacun pour qu'ils développent leur propre type d'intervention après la formation qu'ils ont suivie. Ne pas pré-formater la nature ou le style des interventions permettait de laisser une part de créativité importante aux navigateurs. Nous avons donc pu constater que les différentes formes d'aide ou d'assistance remplissent tout le champ lexical.

Les discussions au sein de l'équipe de recherche ont montré parfois une inquiétude quant à la manière de procéder, au style de certains navigateurs. Dès lors qu'un navigateur est affecté à aller chercher les personnes concernées pour les amener vers le dépistage, la relation devient très personnalisée. Dans la mesure où il s'agit de lever un certain nombre de

barrière à la participation, le travail d'accompagnement à réaliser est forcément individuel. Cette posture d'accompagnement est alors potentiellement une réponse à l'analyse de l'existence de ces barrières. Elle inquiète cependant concernant la perte d'un certain « contrôle » sur les messages diffusés. Le navigateur va-t-il assez loin, le navigateur va-t-il trop loin, s'impose-t-il suffisamment pour passer son message (le porte-à-porte a même été envisagé) ou n'impose-t-il pas trop de paternalisme (un navigateur peut-il être trop impliqué ?)?

La question alors essentielle est : Jusqu'où peut-on, doit-on aller quand on est navigateur ?. Cette question a été largement discutée lors des séances entre les navigateurs et l'équipe de recherche. Deux navigateurs refusaient l'idée de se trouver dans une posture d'assistance aux personnes, trois insistaient avec plus ou moins de réserve sur l'aide dont les personnes avaient besoin au vu des difficultés dans lesquelles elles se trouvaient.

Les navigateurs ne sont pas les seuls acteurs de la situation d'action. Il existe d'autres acteurs qui peuvent venir modérer leurs actions soit en les aidant dans leur travail, soit en les freinant. Afin d'avoir une analyse plus complète du design des programmes de navigation, il est important de s'attarder sur cette modération. La prochaine partie va donc s'attacher à décrire et analyser cette modération.

Modération de l'activité des navigateurs par l'environnement

Dans la situation d'action, notre modèle comprend de nombreux acteurs que nous avons placés en tant que modérateurs de l'action des navigateurs. Ils peuvent aider ou freiner le navigateur dans son travail. Ces éléments modérant de manière positive ou négative l'action du navigateur sont liés à des considérations organisationnelles (structuration du dispositif) ou aux comportements des personnes qui les composent.

Une première partie va s'attacher à décrire les éléments décelés dans la littérature, principalement une description d'éléments d'organisation du dispositif. Les différents articles ne décrivent pas les relations du navigateur au quotidien avec son environnement de travail. Une seconde partie présentera l'analyse approfondie du projet COLONAV. La troisième analysera et discutera les données observées.

1. Revue systématique de la littérature

Dans la revue systématique de la littérature concernant les programmes de navigation, nous avons étudié les descriptions de programmes de navigation (84 articles) ou leur analyse (36 articles).

Les différents articles de la littérature ne mettent pas réellement en avant d'effets modérateurs. Les contributions des acteurs du système dans lequel les navigateurs officient semblent aller de soi, leur possible résistance ou oppositions au projet n'ont tout simplement pas été questionnées. A défaut, nous avons dans les articles les éléments structurels de l'organisation des dispositifs.

Pour chacun des programmes, les éléments que nous avons pris en compte pour notre analyse sont la/les pathologie(s) visée(s), la durée moyenne d'intervention des navigateurs, le stade de l'intervention (éducation à la santé, dépistage, suivi, etc.), les principaux partenaires, les activités principales des navigateurs (activité en face à face ou par téléphone), leur structure de rattachement, leurs lieux de permanence, leur référent, ainsi que le type de contact avec la population (liste préétablie de patients ou non).

1. Pathologie visée et stade de l'intervention

Concernant les pathologies visées, 74 articles sont mono-pathologie, 43 multi-pathologies et 3 ne donnent pas l'information (Domingo et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011).

Sur les 74 articles mono-pathologie, 35 traitent du cancer du sein seulement, 10 du cancer cervico vaginal, 23 du cancer colorectal, 1 de maladie cardiaque, 2 du diabète, 2 de l’hépatite B et 1 de l’arrêt de la cigarette (cf. Tableau 21).

Tableau 21 : Pathologies visées par la littérature sur la navigation

Cancer du sein seulement	(Bastani et al. 2010; Tracy A. Battaglia et al. 2007; Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; Clark et al. 2009; Dignan et al. 2005; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; Frelix et al. 1999; Gabram et al. 2008; Han et al. 2008; Hoffman et al. 2012; Lee et al. 2013; G. X. Ma et al. 2012; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Mason et al. 2013; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; Nguyen et al. 2011; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Phillips et al. 2010; Pruthi et al. 2013; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Rust 2003; Stanley et al. 2013; Vargas et al. 2008; Weber et Reilly 1997)
Cancer cervico vaginal	(Clark et al. 2011; Cohen et al. 2013; Duggan et al. 2012; Engelstad et al. 2005; C. Y. Fang et al. 2007; Mock et al. 2007; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Taylor et al. 2002; Wang et al. 2010; Kristen J. Wells et al. 2012)
Cancer colorectal	(Braschi et al. 2013; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; Christie et al. 2008; Elkin et al. 2012; Honeycutt et al. 2013; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lebowohl et al. 2011; Leone et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; Myers et al. 2012; Nash et al. 2006; Nuss et al. 2012; Percac-Lima et al. 2009; Redwood et al. 2012; Rohan et al. 2013; Shelton et al. 2011; Sly et al. 2012)
Maladie cardiaque	(Krantz et al. 2013)
Diabète	(Gimpel et al. 2010; McCloskey 2009)
Hépatite B	(M. S. Chen et al. 2013; Perumalswami et al. 2013)
Arrêt de la cigarette	(Lasser et al. 2013)

Sur les 43 articles multi-pathologies :

40 travaillent sur plusieurs types de cancers : 11 articles ne précisent pas exactement quels sont les types de cancers visés et 29 articles travaillent sur des cancers comme celui du sein, colorectal, cervico-vaginal, prostate et poumon.

3 articles se focalisent sur plusieurs pathologies ou sujets (cf. Tableau 22).

Tableau 22 : Caractéristiques mono ou multi pathologie(s) des expériences de navigation dans la littérature

Plusieurs types de cancers	11 articles ne précisent pas les types de cancers visés (Braun, Allison, et Tsark 2008; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Krebs et al. 2013; Palos et Hare 2011; Parker et al. 2010; Warren-Mears et al. 2013) 29 articles travaillent sur des cancers comme celui du sein, colorectal, cervico-vaginal, prostate et poumon (T. A. Battaglia et al. 2012; Beach et al. 2007; Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Donaldson et al. 2012; Fernandez et al. 2009; Fiscella et al. 2011; Freeman, Muth, et Kerner 1995; Freund et al. 2008; Gotay et al. 2000; Hiatt et al. 2001; Hughes Halbert et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2008; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Kreuter et al. 2012; Lairson et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Margolis et al. 1998; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Ngoc Nguyen et al. 2008; E. D. Paskett et al. 2012; Primeau et al. 2013; Raich et al. 2012; Ramsey et al. 2009; Roetzheim et al. 2012; Tejada et al. 2013; Kristen J. Wells et al. 2011; K. J. Wells et al. 2012)
Plusieurs	Le méningocoque, la coqueluche et le cancer cervico vaginal (Szilagyi et al. 2011),

pathologies ou sujets	Le diabète, le cholestérol, l'obésité et les antécédents familiaux concernant la cigarette (Dembe et al. 2013) Les cancers du sein, cervico vaginal et colorectal, le diabète, l'insécurité alimentaire, le surpoids, la grossesse, l'asthme, la négligence et la violence sur enfants, la violence conjugale, et la santé en général (Spiro et al. 2012)
-----------------------	--

Concernant le stade de l'intervention, nous avons regardé à quel moment, dans les études incluses dans cette revue systématique de la littérature, commençait et s'arrêtait l'intervention des navigateurs : éducation à la santé, dépistage, suivi, etc.

Parmi les 120 articles, 4 études font seulement de l'éducation à la santé, 44 du dépistage, 55 traitent du dépistage et du suivi, 5 travaillent sur l'éducation à la santé, le dépistage et le suivi et 12 études ne donnent pas d'information sur le sujet (cf. Tableau 23).

Tableau 23 : Objet des interventions prévues dans la littérature

Education à la santé	(Carolyn Y. Fang et al. 2007; Lasser et al. 2013; Pruthi et al. 2013; Szilagyi et al. 2011)
Dépistage	(Beach et al. 2007; Braschi et al. 2013; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; M. S. Chen et al. 2013; Christie et al. 2008; Dembe et al. 2013; Dignan et al. 2005; Elkin et al. 2012; Honeycutt et al. 2013; Hughes Halbert et al. 2013; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2008; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Krantz et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lairson et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lebowhl et al. 2011; Lee et al. 2013; Mason et al. 2013; Mock et al. 2007; Myers et al. 2012; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nuss et al. 2012; E. Paskett et al. 2006; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Phillips et al. 2010; Primeau et al. 2013; Redwood et al. 2012; Rust 2003; Shelton et al. 2011; Sly et al. 2012; Taylor et al. 2002; Wang et al. 2010; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011; K. J. Wells et al. 2012; Kristen J. Wells et al. 2012)
Dépistage et suivi	Bastani et al. 2010; Tracy A. Battaglia et al. 2007; T. A. Battaglia et al. 2012; Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Braun, Allison, et Tsark 2008; Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; Clark et al. 2009; Clark et al. 2011; Cohen et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Donaldson et al. 2012; Duggan et al. 2012; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; Engelstad et al. 2005; Fernandez et al. 2009; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fiscella et al. 2011; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Frelix et al. 1999; Freund et al. 2008; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hiatt et al. 2001; Hoffman et al. 2012; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Leone et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; G. X. Ma et al. 2012; Margolis et al. 1998; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; Nash et al. 2006; Palmieri et al. 2009; Palos et Hare 2011; E. D. Paskett et al. 2012; Perumalswami et al. 2013; Raich et al. 2012; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013; Tejada et al. 2013; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013
Education à la santé, le dépistage et le suivi	(Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 2012; Gabram et al. 2008; Krebs et al. 2013; Nguyen et al. 2011)
Pas d'information	Calhoun et al. 2010; Domingo et al. 2011; Gimpel et al. 2010; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011; McCloskey 2009; Parker et al. 2010; Ramsey et al. 2009; Roetzheim et al. 2012; Rohan et al. 2013

2. Durée de l'intervention

Concernant la durée de l'intervention (cf. Tableau 24), 1 article a une durée d'intervention inférieure à 1 mois, 34 articles vont de 1 à 12 mois, 20 articles de 13 à 24 mois, 7 articles de

25 à 40 mois, 22 articles avaient une durée d'intervention supérieure à 40 mois et 36 articles ne donnent pas d'information sur la durée d'intervention des navigateurs.

Tableau 24 : Durée des interventions dans la littérature

Durée d'intervention inférieure à 1 mois	(Hughes Halbert et al. 2013)
Durée d'intervention allant de 1 à 12 mois	Bastani et al. 2010; Tracy A. Battaglia et al. 2007; T. A. Battaglia et al. 2012; M. S. Chen et al. 2013; Christie et al. 2008; Dembe et al. 2013; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; C. Y. Fang et al. 2007; Fernandez et al. 2009; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Gimpel et al. 2010; Han et al. 2008; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2008; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2013; Lebowohl et al. 2011; Leone et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; G. X. Ma et al. 2012; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Maxwell et al. 2010; Mock et al. 2007; Myers et al. 2012; Nash et al. 2006; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Phillips et al. 2010; Pruthi et al. 2013; Redwood et al. 2012; Taylor et al. 2002; Weber et Reilly 1997
Durée d'intervention de 13 à 24 mois	(Burhansstipanov et al. 2000; Cohen et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Dignan et al. 2005; Elkin et al. 2012; Engelstad et al. 2005; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Frelix et al. 1999; Honeycutt et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Lairson et al. 2013; Lasser et al. 2011; Margolis et al. 1998; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Mason et al. 2013; Mays et al. 2012; Primeau et al. 2013; Szilagyi et al. 2011; Kristen J. Wells et al. 2011)
Durée d'intervention de 25 à 40 mois	(Beach et al. 2007; L. A. Chen et al. 2008; Gotay et al. 2000; Hiatt et al. 2001; Kreuter et al. 2012; Perumalswami et al. 2013; Ramirez et al. 2013)
Durée d'intervention supérieure à 40 mois	(Bensink et al. 2014; Bone et al. 2013; Braschi et al. 2013; Burhansstipanov et al. 2010; Burhansstipanov et al. 2012; Cavanagh et al. 2013; Clark et al. 2009; Clark et al. 2011; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Gabram et al. 2008; Hoffman et al. 2012; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lee et al. 2013; Ngoc Nguyen et al. 2008; Palmieri et al. 2009; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Raich et al. 2012; Raj et al. 2012; Tejada et al. 2013; Warren-Mears et al. 2013)
Pas d'information	Braun, Allison, et Tsark 2008; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 1998; Calhoun et al. 2010; Domingo et al. 2011; Donaldson et al. 2012; Duggan et al. 2012; Fiscella et al. 2011; Fouad et al. 2010; Freund et al. 2008; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Krantz et al. 2013; McCloskey 2009; Nguyen et al. 2011; Nuss et al. 2012; Palos et Hare 2011; Parker et al. 2010; E. Paskett et al. 2006; E. D. Paskett et al. 2012; Ramsey et al. 2009; Roetzheim et al. 2012; Rohan et al. 2013; Rust 2003; Shelton et al. 2011; Sly et al. 2012; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013; Vargas et al. 2008; Wang et al. 2010; K. J. Wells et al. 2012; Kristen J. Wells et al. 2012

3. Activités principales des navigateurs

Nous avons recensé ce que nous avons appelé « Activités principales des navigateurs ». Ici, nous nous sommes simplement intéressés à savoir quel était le type de contact des navigateurs avec la population, à savoir par téléphone seulement, en face à face seulement ou par téléphone et en face à face. Nous ne sommes pas allés plus loin dans cette analyse dans cette partie, car elle rejoint les modes d'accompagnement des navigateurs qui ont été présentés et analysés en amont. Nous cherchions simplement à savoir si les navigateurs rencontraient physiquement les personnes cibles ou s'ils les avaient en contact seulement par téléphone (cf. Tableau 25).

Parmi les 120 articles inclus dans cette revue systématique de la littérature, 30 études sont faites par téléphone seulement, 30 sont faites en face à face seulement, 34 études font une intervention par téléphone et en face à face et 26 ne donnent pas d’information sur le sujet.

Tableau 25 : Mode de contact avec les personnes cibles dans la littérature

Téléphone seulement	(Bastani et al. 2010; Tracy A. Battaglia et al. 2007; Beach et al. 2007; Braschi et al. 2013; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; Dietrich et al. 2006; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; Frelix et al. 1999; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lairson et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lee et al. 2013; Leone et al. 2013; Mason et al. 2013; Mays et al. 2012; Myers et al. 2012; Phillips et al. 2010; Primeau et al. 2013; Pruthi et al. 2013; Redwood et al. 2012; Rohan et al. 2013; Rust 2003; Sly et al. 2012)
Face à face seulement	Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2000; Clark et al. 2009; Dembe et al. 2013; Carolyn Y. Fang et al. 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fiscella et al. 2011; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Gabram et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Hiatt et al. 2001; Honeycutt et al. 2013; Krebs et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; McCloskey 2009; Mock et al. 2007; Nash et al. 2006; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; Nuss et al. 2012; Palmieri et al. 2009; Palos et Hare 2011; Taylor et al. 2002; Vargas et al. 2008; Wang et al. 2010; Weber et Reilly 1997; K. J. Wells et al. 2012; Kristen J. Wells et al. 2012
Téléphone et en face à face	(T. A. Battaglia et al. 2012; Bone et al. 2013; Burhansstipanov et al. 2010; M. S. Chen et al. 2013; Clark et al. 2011; Cohen et al. 2013; Dignan et al. 2005; Domingo et al. 2011; Duggan et al. 2012; Engelstad et al. 2005; Fernandez et al. 2009; Gotay et al. 2000; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; Krantz et al. 2013; Lasser et al. 2013; Lebowhl et al. 2011; Lorhan et al. 2013; G. X. Ma et al. 2012; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Maxwell et al. 2010; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Perumalswami et al. 2013; Raich et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Spiro et al. 2012; Szilagyi et al. 2011; Tejada et al. 2013; Warren-Mears et al. 2013; Kristen J. Wells et al. 2011)
Pas d’information sur le sujet	Bensink et al. 2014; Braun, Allison, et Tsark 2008; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; Christie et al. 2008; Donaldson et al. 2012; Elkin et al. 2012; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Freund et al. 2008; Hoffman et al. 2012; Lina Jandorf et al. 2008; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Margolis et al. 1998; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Parker et al. 2010; E. Paskett et al. 2006; Raj et al. 2012; Ramsey et al. 2009; Roetzheim et al. 2012; Shelton et al. 2011; Stanley et al. 2013

4. Structure de rattachement et référent

Nous observons ici quelles peuvent être les structures de rattachement des navigateurs et s’ils ont eu un ou plusieurs référents au cours de leur intervention.

82 avaient une structure de rattachement liée au système de soins de type hôpital, clinique, centre de soins, etc., 7 des organisations communautaires de type églises, lieux de travail, association de sensibilisation à l’hépatite ou encore une association Hawaïenne du cancer, 2 étaient des centres d’appel « 2-1-1 call center », 2 avaient pour structure de rattachement une université et 27 études ne donnaient aucune information concernant la structure de rattachement des navigateurs (cf. Tableau 26).

Tableau 26 : Structures de rattachement des navigateurs dans la littérature

Structures de rattachement liées au système de soins de type hôpital, clinique, centre de soins, etc.	Bastani et al. 2010; Tracy A. Battaglia et al. 2007; T. A. Battaglia et al. 2012; Beach et al. 2007; Bone et al. 2013; Braschi et al. 2013; Burhansstipanov et al. 2010; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; Christie et al. 2008; Clark et al. 2011; Clark et al. 2009; Cohen et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Domingo et al. 2011; Duggan et al. 2012; Elkin et al. 2012; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; Engelstad et al. 2005; Fernandez et al. 2009; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Frelix et al. 1999; Gabram et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Gotay et al. 2000; Hiatt et al. 2001; Hoffman et al. 2012; Honeycutt et al. 2013; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2008; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Krantz et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2013; Lebowohl et al. 2011; Lee et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Margolis et al. 1998; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Mason et al. 2013; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; McCloskey 2009; Myers et al. 2012; Nash et al. 2006; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nuss et al. 2012; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Phillips et al. 2010; Primeau et al. 2013; Pruthi et al. 2013; Raich et al. 2012; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Redwood et al. 2012; Rust 2003; Shelton et al. 2011; Sly et al. 2012; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013; Szilagyi et al. 2011; Tejada et al. 2013; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011; K. J. Wells et al. 2012; Kristen J. Wells et al. 2012
Organisations communautaires de type églises, lieux de travail, associations de sensibilisation à l'hépatite ou encore une association Hawaïenne du cancer	(Braun, Allison, et Tsark 2008; Carolyn Y. Fang et al. 2007; Hughes Halbert et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; G. X. Ma et al. 2012; Perumalswami et al. 2013; Wang et al. 2010)
Centres d'appel « 2-1-1 call center »	(Kreuter et al. 2012; Lairson et al. 2013)
Université et/ou un centre de recherche	Université (Leone et al. 2013) et université et un centre de recherche (Taylor et al. 2002)
Aucune information sur le sujet	Bensink et al. 2014; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; M. S. Chen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Dignan et al. 2005; Donaldson et al. 2012; Fiscella et al. 2011; Freund et al. 2008; Han et al. 2008; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Mock et al. 2007; Nguyen et al. 2011; Palos et Hare 2011; Parker et al. 2010; Ramsey et al. 2009; Roetzheim et al. 2012; Rohan et al. 2013

Concernant les référents : 1 étude avait comme référent le superviseur de centre de soins, 1 étude comportait 2 référents, une infirmière et un travailleur social, dans 8 études, les navigateurs avaient pour référent un hôpital, une clinique ou encore un centre de soins, 8 études avaient désigné comme référent un membre de l'équipe de recherche/ du projet, 4 études avaient comme référent un membre de l'équipe de recherche/du projet et une infirmière, 3 études avaient pour référent, un membre d'une organisation communautaire (directeur du projet, directeur du projet et une personne bénévole faisant partie de la communauté ou encore travailleurs sociaux de santé), 2 études avaient une personne faisant partie du système d'aide sociale de type travailleur social et 93 articles ne donnaient aucune information sur le sujet (cf. Tableau 27).

Tableau 27 : Personnes référentes des navigateurs dans la littérature

Superviseur de centre de soins	(T. A. Battaglia et al. 2012)
2 référents, une infirmière et un travailleur social	(Percac-Lima, Benner, et al. 2013)
Les navigateurs avaient pour référent un hôpital, une clinique ou encore un centre de soins	(Cavanagh et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Elkin et al. 2012; Engelstad et al. 2005; Krantz et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lasser et al. 2009; Spiro et al. 2012)
Un membre de l'équipe de recherche/ du projet	(Bone et al. 2013; Dembe et al. 2013; Han et al. 2008; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2013; Margolis et al. 1998; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Raich et al. 2012)
Un membre de l'équipe de recherche/du projet et une infirmière ou un membre de l'équipe de recherche/du projet et un directeur de centre de soins (community health director)	Un membre de l'équipe de recherche/du projet et une infirmière (Kristen J. Wells et al. 2011; K. J. Wells et al. 2012) Un membre de l'équipe de recherche/du projet et un directeur de centre de soins (community health director) (Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012),
Un membre d'une organisation communautaire (directeur du projet, directeur du projet et une personne bénévole faisant partie de la communauté ou encore travailleurs sociaux de santé)	(Fouad et al. 2010; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Mock et al. 2007)
Une personne faisant partie du système d'aide sociale de type travailleur social	(Szilagyi et al. 2011; Tejada et al. 2013)
Aucune information sur le sujet	Bastani et al. 2010; Tracy A. Battaglia et al. 2007; Beach et al. 2007; Bensink et al. 2014; Braschi et al. 2013; Braun, Allison, et Tsark 2008; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2010; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; L. A. Chen et al. 2008; M. S. Chen et al. 2013; Christie et al. 2008; Clark et al. 2009; Clark et al. 2011; Cohen et al. 2013; Dignan et al. 2005; Domingo et al. 2011; Donaldson et al. 2012; Duggan et al. 2012; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; C. Y. Fang et al. 2007; Fernandez et al. 2009; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fiscella et al. 2011; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Frelix et al. 1999; Freund et al. 2008; Gabram et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Gotay et al. 2000; Hiatt et al. 2001; Hoffman et al. 2012; Honeycutt et al. 2013; Hughes Halbert et al. 2013; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2008; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lairson et al. 2013; Leibold et al. 2011; Lee et al. 2013; Leone et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; G. X. Ma et al. 2012; Mason et al. 2013; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; McCloskey 2009; Myers et al. 2012; Nash et al. 2006; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; Nuss et al. 2012; Palmieri et al. 2009; Palos et Hare 2011; Parker et al. 2010; E. Paskett et al. 2006; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Perumalswami et al. 2013; Phillips et al. 2010; Primeau et al. 2013; Pruthi et al. 2013; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Ramsey et al. 2009; Redwood et al. 2012; Roetzheim et al. 2012; Rohan et al. 2013; Rust 2003; Shelton et al. 2011; Sly et al. 2012; Stanley et al. 2013; Taylor et al. 2002; Vargas et al. 2008; Wang et al. 2010; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2012

5. Partenariats et lieux de permanence

Les navigateurs des différents programmes de navigation ont pu avoir des partenaires au cours de leur intervention. Ici, nous avons voulu voir quel pouvait être le type de partenaires et quel avait été le lieu de permanence des navigateurs. Le lieu de permanence est-il celui de la structure de rattachement ou en diffère-t-il ?

Dans leur travail, les navigateurs ont pu créer des partenariats avec d'autres structures que leur structure de rattachement. Les partenaires possibles ont été des partenaires faisant partie du **système de soins** (hôpitaux, cliniques, centres de soins, travailleurs communautaires en santé (CHW), infirmiers, hospices, médecins, gastroentérologues, oncologues, directeurs, personnel administratif, radiologistes, psychologues, psychomotriciens, département financier, chirurgiens, ophtalmologie, dentiste, orthopédistes, psychiatrie, etc.), de **l'équipe de recherche du projet** (chercheurs, coordinateurs, directeurs de projet, assistants de recherche, etc.), du **système d'aide sociale** (travailleurs sociaux, etc.) de **la communauté cible** (communauté des Native American, organisations locales, communauté Hmong, employés d'un hôtel et d'un restaurant de la zone cible, bénévoles, tribus, leaders communautaires, églises, mosquées, familles de patients, organisations religieuses, marchés, etc.), **des partenaires de type, data manager, service de traduction, universités, survivants du cancer, etc.**

Les lieux de permanence ont souvent été les structures d'accueil des navigateurs (cf. Tableau 28). Dans **68 études**, les lieux de permanence étaient un **hôpital, une clinique et/ou un centre de soins**, pour **4 études**, ces lieux étaient des **organisations communautaires de type maison des patients, églises, agences de services sociaux, etc.**, **2 études** avaient pour lieux de permanence des **centres d'appels** et **46 ne donnaient pas d'information sur le sujet.**

Tableau 28 : Lieux de permanence des navigateurs dans la littérature

Un hôpital, une clinique et/ou un centre de soins	Tracy A. Battaglia et al. 2007; T. A. Battaglia et al. 2012; Beach et al. 2007; Braschi et al. 2013; Burhansstipanov et al. 2010; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; Christie et al. 2008; Clark et al. 2009; Clark et al. 2011; Cohen et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Donaldson et al. 2012; Duggan et al. 2012; Elkin et al. 2012; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; Engelstad et al. 2005; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Dicicco-Bloom 2011; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Frelix et al. 1999; Gotay et al. 2000; Hiatt et al. 2001; Hoffman et al. 2012; Honeycutt et al. 2013; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Krantz et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lasser et al. 2013; Lebowhl et al. 2011; Lee et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Margolis et al. 1998; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Mason et al. 2013; Mays et al. 2012; McCloskey 2009; Nash et al. 2006; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nuss et al. 2012; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Phillips et al. 2010; Primeau et al. 2013; Pruthi et al. 2013; Raich et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Redwood et al. 2012; Rust 2003; Shelton et al. 2011; Sly et al. 2012; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013; Szilagyi et al. 2011; Tejada et al. 2013; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011; K. J. Wells et al. 2012; Kristen J. Wells et al. 2012
Des organisations	(Bone et al. 2013; Fouad et al. 2010; Hughes Halbert et al. 2013; Perumalswami et al.

communautaires de type maison des patients, églises, agences de services sociaux, etc.	2013)
Des centres d'appels (2-1-1 call center)	(Kreuter et al. 2012; Lairson et al. 2013)
Pas d'information sur le sujet	Bastani et al. 2010; Bensink et al. 2014; Braun, Allison, et Tsark 2008; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; M. S. Chen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Dignan et al. 2005; Domingo et al. 2011; C. Y. Fang et al. 2007; Fernandez et al. 2009; Fiscella et al. 2011; Freund et al. 2008; Gabram et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Han et al. 2008; Lina Jandorf et al. 2008; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Leone et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; G. X. Ma et al. 2012; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Maxwell et al. 2010; Mock et al. 2007; Myers et al. 2012; Nguyen et al. 2011; Palmieri et al. 2009; Palos et Hare 2011; Parker et al. 2010; E. Paskett et al. 2006; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima, Benner, et al. 2013; Raj et al. 2012; Ramsey et al. 2009; Roetzheim et al. 2012; Rohan et al. 2013; Taylor et al. 2002; Wang et al. 2010

6. Premier contact avec la population

Concernant le premier contact avec la population, nous cherchions à savoir si les navigateurs avaient accès à la population à travers une liste préétablie de patients ou s'ils avaient dû trouver les lieux où trouver la population ciblée et aller directement au contact de celle-ci sans liste (cf. Tableau 29).

Parmi les études, 73 avaient une liste de patients préétablie, 20 n'avaient pas de liste de patients et devaient trouver les personnes ciblées par l'étude et aller à leur contact, 2 avaient une liste de patients et devaient aussi aller vers des personnes ciblées par l'étude ne faisant pas partie des patients de l'hôpital, de la clinique ou du centre de soins et 25 études ne donnaient aucune information.

Tableau 29 : Mode d'identification des personnes à contacter dans la littérature

Liste de patients préétablie	Bastani et al. 2010; Tracy A. Battaglia et al. 2007; T. A. Battaglia et al. 2012; Beach et al. 2007; Braschi et al. 2013; Cavanagh et al. 2013; L. A. Chen et al. 2008; Christie et al. 2008; Clark et al. 2009; Clark et al. 2011; Cohen et al. 2013; Dembe et al. 2013; Dietrich et al. 2006; Dignan et al. 2005; Duggan et al. 2012; Elkin et al. 2012; Ell et al. 2002; Ell et al. 2007; Fernandez et al. 2009; Ferrante, Chen, et Kim 2007; Ferrante, Wu, et Diccico-Bloom 2011; Fouad et al. 2010; H. P. Freeman, Muth, et Kerner 1995; Gabram et al. 2008; Gimpel et al. 2010; Gotay et al. 2000; Hoffman et al. 2012; Honeycutt et al. 2013; L. Jandorf 2005; Lina Jandorf et al. 2013; L. Jandorf, Braschi, et al. 2013; L. Jandorf, Cooperman, et al. 2013; Kreuter et al. 2012; Lairson et al. 2013; Lasser et al. 2009; Lasser et al. 2011; Lebowhl et al. 2011; Lee et al. 2013; Leone et al. 2013; G. X. Ma et al. 2012; Margolis et al. 1998; T. W. Markossian, Darnell, et Calhoun 2012; Mason et al. 2013; Maxwell et al. 2010; Mays et al. 2012; McCloskey 2009; Myers et al. 2012; Nash et al. 2006; Nuss et al. 2012; Palmieri et al. 2009; E. Paskett et al. 2006; E. D. Paskett et al. 2012; Percac-Lima et al. 2009; Percac-Lima et al. 2012; Percac-Lima, Ashburner, et al. 2013; Percac-Lima, Benner, et al. 2013;
------------------------------	---

	Phillips et al. 2010; Primeau et al. 2013; Pruthi et al. 2013; Raich et al. 2012; Raj et al. 2012; Ramirez et al. 2013; Redwood et al. 2012; Rust 2003; Sly et al. 2012; Szilagyi et al. 2011; Tejada et al. 2013; Vargas et al. 2008; Warren-Mears et al. 2013; Weber et Reilly 1997; Kristen J. Wells et al. 2011; K. J. Wells et al. 2012; Kristen J. Wells et al. 2012
Pas de liste de patients et devaient trouver les personnes ciblées par l'étude et aller à leur contact	(Bone et al. 2013; Braun et al. 2012; Burhansstipanov et al. 1998; Burhansstipanov et al. 2010; M. S. Chen et al. 2013; Carolyn Y. Fang et al. 2007; Frelix et al. 1999; Han et al. 2008; Hughes Halbert et al. 2013; Lina Jandorf et al. 2008; Krantz et al. 2013; Krebs et al. 2013; Lasser et al. 2013; Grace X. Ma et al. 2009; Mock et al. 2007; Ngoc Nguyen et al. 2008; Nguyen et al. 2011; Perumalswami et al. 2013; Taylor et al. 2002; Wang et al. 2010)
Liste de patients et devaient aussi aller vers des personnes ciblées par l'étude ne faisant pas partie des patients de l'hôpital, de la clinique ou du centre de soins	(Engelstad et al. 2005; Hiatt et al. 2001)
Aucune information sur le sujet	Bensink et al. 2014; Braun, Allison, et Tsark 2008; Burhansstipanov et al. 2000; Burhansstipanov et al. 2012; Calhoun et al. 2010; Domingo et al. 2011; Donaldson et al. 2012; Fiscella et al. 2011; Freund et al. 2008; Jean-Pierre, Fiscella, Winters, et al. 2011; Jean-Pierre, Fiscella, Freund, et al. 2011; Jean-Pierre, Hendren, et al. 2011; Jean-Pierre et al. 2012; Jean-Pierre, Winters, et al. 2013; Jean-Pierre, Fiscella, et al. 2013; Lorhan et al. 2013; Talar W. Markossian et Calhoun 2011; Palos et Hare 2011; Parker et al. 2010; Ramsey et al. 2009; Roetzheim et al. 2012; Rohan et al. 2013; Shelton et al. 2011; Spiro et al. 2012; Stanley et al. 2013

II. L'étude interventionnelle COLONAV

Les données du projet analysées pour cette partie sont celles issues de l'expérience des navigateurs (journées d'échanges de pratiques, de 3 entretiens navigateurs post-navigation, synthèses de leur activité, journées de suivi des navigateurs en action), d'entretiens faits auprès de leurs référents, d'entretiens avec les 5 navigateurs, et 10 partenaires) (cf. partie méthodologie).

Alors que nous avons, dans la littérature, accès principalement à des éléments « structurels » décrivant avec qui travaillent les navigateurs, l'expérience COLONAV nous permet d'analyser l'activité au quotidien, et d'entrer dans les modalités pratiques de la coopération des acteurs, dans leurs aspects comportementaux coopératifs ou non coopératifs.

1. Éléments liés à l'organisation du projet

a. Pathologie visée et stade de l'intervention

Pour le projet COLONAV, une seule pathologie a été visée, le cancer colorectal. Le stade d'intervention était le dépistage de ce cancer. Les navigateurs devaient promouvoir le test de dépistage du cancer colorectal auprès de la population cible.

b. Durée de l'intervention

Quatre des cinq navigateurs ont débuté leur intervention auprès des habitants courant Juillet 2013 et l'ont terminé fin Décembre 2014. Pour des raisons de compatibilité de calendrier avec la structure de gestion, le cinquième navigateur a commencé et terminé son intervention environ 6 mois après ces confrères. La durée totale de l'expérience était donc de 18 mois pour tous.

c. Activités principales des navigateurs

Le travail des navigateurs s'est principalement fait en face à face, mais aussi par téléphone auprès de la population. L'activité téléphonique n'est intervenue qu'après un premier contact visuel, ou sur l'initiative d'un membre de la population cible ayant obtenu le numéro du navigateur sur un dépliant.

d. Structure de rattachement et référent

Pour le projet COLONAV, les navigateurs étaient rattachés à différentes structures. Les cinq navigateurs avaient un référent plus ou moins proche de leur zone d'intervention. Quatre d'entre eux avaient un référent au sein de la Ligue contre le cancer de leur département respectif et un navigateur avait pour référent un médecin coordonnateur de la structure de gestion de son département. Les référents avaient pour tâches d'aider, de conseiller et de guider les navigateurs dans leur travail. Un des navigateurs a dû changer de référent en cours de route. Ce référent n'aidait pas le navigateur et freinait considérablement son travail. Il compromettait le bon déroulement du projet et la motivation du navigateur. Le choix de ce changement a été fait avec l'accord de tous les chercheurs et personnes ayant initiées le projet. Le navigateur est donc passé de la structure de gestion comme structure de rattachement à la Ligue contre le cancer. Ce navigateur n'avait pas pu être rattaché à la Ligue contre le cancer en premier lieu car cette antenne était trop petite et ne pouvait pas l'accueillir. Après les nombreux problèmes du navigateur liés à son référent au sein de la structure de gestion, celui-ci y a finalement été piloté pour l'essentiel directement par le chef de projet.

Les navigateurs n'étaient pas rattachés à un hôpital comme lieu d'intervention et ce pour deux raisons. La première était que le design du programme de navigation français voulait que les navigateurs aillent au contact de la population cible générale et non juste au contact des patients d'un hôpital spécifique. La seconde est que la configuration des zones d'intervention ne permettait pas toujours un accès à l'hôpital. Par exemple, au niveau de la zone d'intervention de l'Ardèche, il n'y a pas d'hôpital. L'hôpital le plus proche se trouve à Privas, ville ne faisant pas partie de la zone d'intervention. Le navigateur était rattaché à la Ligue contre le cancer de Privas, mais ce n'était pas son lieu d'intervention. Il avait juste un référent au sein de cette structure.

e. Partenariats et lieux de permanence

Les navigateurs étaient souvent rattachés à des structures qui pouvaient être loin de leur zone d'intervention. Certains ne pouvaient donc pas avoir un lieu de permanence sur place. Une des premières tâches des navigateurs a donc consisté à trouver les partenaires qui leur permettraient d'avoir accès à la population. Ils devaient trouver les lieux où se rassemblent les personnes potentiellement dans la cible. Certains de ces partenaires ont pu leur accorder une permanence (bureau où venir une ou plusieurs fois par semaines pour accueillir les personnes), d'autres leur ont permis d'avoir un stand ou tout simplement un accès aux lieux pour faire de la prévention auprès des populations. La description de ces lieux de permanence se trouve un peu plus en aval dans le texte.

f. Premier contact avec la population

La législation française ne permet pas l'accès à des données médicales confidentielles et *a fortiori* par des personnes ne faisant pas partie du système de soins. L'utilisation de ces listes est strictement restreinte aux structures de gestion pour l'envoi de courrier d'invitation au dépistage du cancer colorectal et du sein. Les navigateurs n'avaient donc pas accès aux listes des bénéficiaires de la structure de gestion de leur département. Ils n'avaient donc pas de liste prédéfinie de personnes à contacter pour effectuer leur tâche. De plus, le but premier de l'étude interventionnelle COLONAV n'était pas de juste appeler les potentiels bénéficiaires afin qu'ils aillent se faire dépister, mais était de démontrer à la population ciblée l'intérêt du dépistage, de l'amener à s'intéresser à sa santé et de mener des actions de terrain en ce sens. Avoir accès à une liste de bénéficiaires n'aurait pas permis de le faire. Les navigateurs devaient donc aller sur le terrain et trouver les lieux de regroupement des personnes potentiellement dans la cible.

2. Les effets modérateurs

Afin de caractériser les effets modérateurs dans le projet COLONAV, nous avons recherché dans les données tous les facteurs qui ont permis ou empêché le travail des navigateurs. Les différents acteurs pouvant aider ou freiner les navigateurs dans leur travail ont été regroupés dans les 4 groupes identifiés pour la construction du modèle d'analyse : le système de santé, le système d'aide sociale, le système de vie sociale et la population.

Par leurs actions, ces acteurs peuvent réellement faciliter le travail des navigateurs, mais ils peuvent aussi considérablement les freiner. Nous avons donc organisé notre analyse en fonction de ces 4 types d'acteurs. Nous structurerons cette partie en parlant tout d'abord des effets modérateurs facilitants puis des effets modérateurs compliquant leur travail.

Dans la partie sur les effets modérateurs, nous discuterons aussi des effets qu'ont pu avoir la conception du projet ainsi que la posture des référents qui leur ont été affectés pour l'étude.

a. Modération facilitante : aide apportée par les 4 types d'acteurs

Le premier type d'aide rencontré est la **mise à disposition de la part de certains partenaires d'un lieu de réunion/d'une permanence** afin que les navigateurs puissent accéder et rencontrer la population. Cette mise à disposition a pu se manifester par l'autorisation d'accès aux lieux pour faire de la prévention (e.g. Secours Catholique), de tenir un stand (e.g. Pharmacie, Resto du cœur, Marché, etc.), la mise à disposition d'un lieu de permanence (e.g. Centre social, Epicerie solidaire, etc.) ou encore la mise à disposition de salle de conférence (e.g. Centre hospitalier) ou d'un lieu de réunion chez l'habitant.

Certains partenaires ont aussi **aidé les navigateurs dans la préparation d'activités ou d'actions et y ont participé**. Cette aide a pu se manifester par le financement d'un bal populaire, l'animation d'ateliers de cuisine (e.g. Centre social, Association Amicale Portugaise Culturelle de Créteil, Maison de la Solidarité, etc.) ou encore des dons de lots pour la tombola (e.g. Association des kinésithérapeutes, Pharmacie, Boucherie, etc.). Elle a aussi pu être faite via une participation bénévole à des actions comme le Côlon Tour®¹. Enfin, nous retrouvons dans cette aide, la participation d'acteurs à des réunions (e.g. Gastroentérologue, ASV, etc.), la mise à disposition de matériel, et l'aide à la préparation du Côlon Tour et d'Octobre Rose (e.g. ASV, CPAM, CCAS, Centre social, etc.).

¹ Grâce à une structure gonflable d'une longueur de 12 mètres représentant l'intérieur du côlon, la Ligue et ses partenaires proposent une information ludique et pédagogique pour mieux appréhender les techniques de dépistage, la maladie et les traitements.

Une autre fonction de certains partenaires a été de **faire participer les navigateurs à des réunions**. Ils ont invité les navigateurs à venir lors de leur réunion (e.g. Adeca 21, CCAS, etc.) ou lors d'intervention (e.g. Comité régional sport pour tous) et d'ateliers (e.g. Centre social).

Certains partenaires ont aussi été des **personnes ou des structures ressources** pour les navigateurs. Ils les ont guidés et accompagnés dans leurs démarches, que ce soit dans les rdv avec les possibles partenaires (e.g. Ligue contre le cancer, Pharmacie, etc.) ou dans les démarches administratives (e.g. CCAS). Ils ont aussi répondu à leurs questions (e.g. CCAS) et ont été un soutien psychologique (e.g. Ligue contre le cancer). D'autres partenaires ont pu mettre en relation ou orienter les navigateurs vers des acteurs ou partenaires. Ils les ont par exemple présentés aux médecins généralistes, aux pharmaciens et à des acteurs sociaux locaux. Enfin, ils les ont informés concernant leur zone d'intervention (e.g. tenir le navigateur informé concernant les difficultés dans le quartier, les barrières rencontrées avec les médecins généralistes, etc.).

Le fait que certains partenaires présentent le navigateur à d'autres acteurs et qu'ils les accompagnent lors de rendez-vous permet **l'apport d'une certaine légitimité** dans son action.

Un autre type d'aide a été le fait d'être un **relais d'information** sur la présence et le travail du navigateur. Ce relais d'information peut se faire par le **bouche à oreille** (e.g. Aide-soignante, Centre de soins des infirmiers, Imam, enfants ou proches ayant parlé avec les navigateurs, etc.), mais aussi par un **article dans le bulletin municipal** ou par **l'envoi de patients vers les navigateurs** (e.g. Laboratoire médical, Pharmacie, Gastroentérologue, etc.).

L'aide apportée aux navigateurs a pu se faire tout simplement par la **distribution et l'affichage de flyers**. Il y a soit eu de la mise à disposition dans les cabinets (e.g. Médecins généralistes, Secours catholique, Mosquée, etc.), soit l'affichage de flyers ou de Kakemono (e.g. Pharmacie, Secours populaire, Association Boule la Joyeuse, etc.) ou encore l'envoi par courrier des flyers (e.g. Structure de gestion, CARSAT, etc.).

Une autre façon d'avoir aidé les navigateurs réside dans **l'aide sur le terrain**. Nous avons constaté que certains partenaires les avaient aidés en envoyant rapidement une lettre d'invitation et le test de dépistage aux habitants que les navigateurs avaient réussi à convaincre de faire (Structure de gestion) ou en s'engageant à ne pas faire payer la consultation et à remettre le test aux patients venant de la part du navigateur (Médecin généraliste). Du côté de la population, il a pu exister un effet d'émulation. Lors de réunions, les personnes y assistant se sont convaincues mutuellement de l'importance du dépistage et de l'intérêt de faire le test.

L'apport de certains partenaires ou habitants concernant le travail des navigateurs a pu aussi se faire par la **traduction**. Certains acteurs se sont proposés pour traduire lorsque l'interlocuteur des navigateurs ne parlait pas la langue (e.g. pharmacie, fille d'une habitante ; etc.). L'ensemble est résumé dans le tableau 30.

Tableau 30 : Aide apportée par les acteurs environnant le navigateur

		Système de santé	Système d'aide sociale	Système de vie sociale	Population
Mise à disposition d'un lieu de réunion/permanence/bureau pour accéder à la population cible	Accès aux lieux		Secours Catholique (69), Autorisation d'occupation du domaine public lors de Mars Bleu et du Colon Tour (Police municipale (42))		
	Permettre de tenir un stand	Pharmacies (42, 69), Centres hospitaliers (42 (1 fois/mois), 94)	Restos du cœur (07), Croix rouge Française (21), Salon de la vie associative (Mairie (42))	Marchés (42, 94, 21, 69)	
	Fournir un local pour une permanence	CDHS local mis à disposition par la ligue 2 fois/semaine (69), Maison médicale 1 fois/semaine (69), Centre Hygiène pendant 15 jours (42), Pharmacie (69)	Resto du cœur (69, 07, 21), CCAS (42, PIMMS (07)), Secours populaire (21, 69), Mise à disposition du véhicule itinérant « Du sourire à l'œil » (Société Dijonnaise de l'assistance par le travail (21))	Epicerie solidaire (69), Centres sociaux (42, 21), MJC (21)	
	Autre	Centre hospitalier (mise à disposition de la salle pour conférence de presse lors de mars bleu) (42), Aide aux Mères et au Familles à Domicile (ASV (94)), Séance prévention (CDHS (69))	Séances prévention (Créteil solidarité (94)), Resto du cœur (94)	Séance prévention en atelier socio-linguistique (Centre social Kennedy (94)), Séance prévention (Centre social Petits-Prés-Sablère (94), MJC Club Créteil (94))	Une habitante a organisé chez elle une rencontre autour d'un thé avec ses amies pour parler du dépistage du cancer (21)
Aide à la préparation d'activités/d'action et participation	Financement d'un bal			Maison de retraite Rivoli (07)	
	Animation d'atelier cuisine		Fourniture atelier cuisine (Service prévention santé (94)), Accueil pour les ateliers de cuisine (Maison de la solidarité (94))	Association Amicale Portugaise Culturelle de Créteil (94), Centre sociale de Saint Chamond (42), Accueil pour les ateliers de cuisine (Centre social Kennedy (94))	

	Dons de lots pour une tombola	Association des kinésithérapeutes (séances de balnéothérapie) (21), Pharmacie (42)		Piscine des Grésille (séances d'aquagym), Club Amazonia (30 pass VIP de remise en forme pour une semaine), Boucherie (viande) (21)	
	Participation bénévole à une action	Participation bénévole au Colon Tour (diététiciens, association des diabétiques (21)), Participation à l'inauguration du Colon Tour (42), Commenter la visite (Gastroentérologue centre hospitalier (42))	Participation au Colon Tour (Fédération de la formation professionnelle (21), CAMIEG (42))		Participation de plusieurs habitantes à un atelier couture afin de réaliser un colon géant en patchwork (21)
	Mise à disposition de matériel	Mise à disposition du matériel pour le Colon Tour (Structure de gestion (42), Centre hospitalier (42)), Les Opalines Ehpad (42),	Mise à disposition du matériel Mars Bleu (Secours populaire (42), Panier Couramiaud (42), CCAS (42), (Service technique mairie (42)), Mise à disposition matériel Colon Tour (Service technique mairie (42))	-	-
	Participation à des réunions	Participation à la conférence de presse Mars Bleu (Gastroentérologue centre hospitalier (42)), Participation à l'inauguration du côlon tour (Gastroentérologue centre hospitalier (42), Structure de gestion (42)), Collaboration et présence aux centres sociaux lors des interventions du Dr Dancourt, du Dr Bastien (ASV (21))		-	-

	Aide à la préparation du Colon Tour, Mars Bleu, Octobre Rose (mobilisation de nouveaux partenaires)	Présence stand avec la ligue contre le cancer Octobre Rose (ASV (21)), Préparation des événements MARS BLEU et OCTOBRE ROSE (ASV (69)), Préparation de l'évènement MARS BLEU avec service communication de Givors et la Structure de gestion (Gastroentérologue centre hospitalier (69)), Préparation de Mars bleu et Octobre rose (Structure de gestion (69)), Visite du Colon Tour (Réseau diabétique DEDICAS (42), CPAM (21))	Participation au Colon Tour (Dépendances 21 (21), CCAS (21)), Visite du Colon Tour (IFRA (42)) Installation d'un stand d'information Mars Bleu, Octobre Rose (Secours populaire (42), Panier Couramiaux (42))	Aide à la préparation du Colon Tour et participation (Association Boule la Joyeuse (42)), Visite du Colon Tour (Centre social (42), Centre social Madelaine Reberieux (94))	-
Faire participer le navigateur à des réunions		Association des diabétiques du CISS "Bouger ensemble" (21), Invitation pour intervenir dans des ateliers (Adeca 21 (21))	CCAS (21), Invitation pour intervenir dans des ateliers (Comité régional sport pour tous (21), Fédération de la formation professionnelle (21)), Service d'accompagnement à la vie sociale (69), Invitation au forum "Vivre avec le cancer" (Espace rencontre information (21))	Centre social (42)	-
Personne pour le navigateur	Accompagner/ guider le navigateur	Accompagnement du navigateur lors des premiers rdv avec les possibles partenaires (Ligue contre le cancer (Partenaires: MG, Pharmacie (42, 07), Forum des associations (07)), Guider le navigateur (Pharmacie (69), Ligue contre le cancer (69, 07), Structure de gestion (69))	Orienter vers la responsable prévention et la chargée de mission prévention ARS (Instance Régionale de l'éducation et de la Promotion de la Santé (21))		-

	Soutien	Répondre aux questions du navigateur (Ligue contre le cancer (69)), Etre un soutien psychologique (Ligue contre le cancer (69))	Répondre à ses questions (PIMMS (CCAS (07)), Aider le navigateur avec les problèmes administratifs (CCAS (42))		-
	Mise en relation avec / orientation vers partenaires et acteurs	Présentation du navigateur aux partenaires MG et pharmacies (Dr. Paré médecin coordinateur du GIP Drôme Ardèche Prévention Cancers (07)), CPAM (Partenaires: Responsable centre d'examen (21)), Aide à l'identification des partenaires (Ligue contre le cancer (42)), Adeca 21 (Partenaires: CPAM, ARS, préfecture, CARSAT (21))	Présentation des acteurs sociaux locaux (CCAS (21, 42)), Mise en relation avec des partenaires (Direction des Retraités et personnes Âgées (CCAS (Partenaires: Responsable du pôle d'accompagnement d'Escale d'Alembert, Responsable de la restauration à domicile) (21)), Mise à disposition d'un diététicien (CCAS (94)), Mairie (21), Secours catholique (21), Fédération départementale des retraités et des personnes âgées (21), Mairie A. F.(69), Démocratie locale (Mairie (42)), Conseiller municipale (42)	Centre social Balzac (Partenaires: Centre de soins des infirmiers et Responsable Santé en centre social des Grésilles (21))	
	Informier le navigateur concernant les zones d'intervention	Tenir le navigateur informé concernant les habitants qui se sont dirigés vers les médecins du cabinet (Cabinet médical (69)), Informer le navigateur sur les difficultés dans le quartier (Pharmacie (69)),	Tenir au courant des barrières rencontrées avec le MG des Vernes (Adultes relais (69))		
Apport d'une certaine légitimité		Aide sur le terrain par l'obtention rapide du test de dépistage (Structure de gestion (69)), Via le bouche à oreille auprès des partenaires (Dr. C. Conseil général (42)), Présence du navigateur au sein de la structure (Cabinet médical (69))	La présence du navigateur auprès du partenaire lors d'évènements lui permet d'acquérir une légitimité auprès des acteurs et des habitants (PIMMS (CCAS (07)), CCAS (42))		

Relais d'information	Bouche à oreille	Informers ses partenaires concernant le projet (Dr C. Conseil général (42), MG (21), Centre de soins des infirmiers (Partenaires: MG, MJC, CESAM, Pharmacies) (21)), Informer les patients concernant l'action du navigateur (Centre municipal de santé de Grigny (69), Aide-soignante (42))		Parler du navigateur et de son action aux habitants ainsi que du cancer et des bienfaits du dépistage (Imam (21, 42), Association Comorienne (94)), Expliquer ce qu'est le Colon Tour lors du prêche (Imam (21)), Association comorienne (auprès des centres sociaux (94))	Les enfants ou les proches parlent du navigateur et de son action à leurs parents/ famille (42, 69, 94)
	Annonce presse			Article dans le bulletin municipal (07, 42, 69, 94)	
	Adresser des personnes	Envoyer des patients vers le navigateur (MG (21), Laboratoire médical (21)), Donner les coordonnées du navigateur (Pharmacie (42), Hôpital (Gastroentérologue (42)), Dr C. Conseil général (42), MG Cabinet médical (42), Médecin du travail (42), Parler du navigateur aux patients (Aide-soignante (42))			

Buthion V – Etude COLONAV – Analyse Organisationnelle – décembre 2015

Distribution de flyers aux habitants/affichage du flyers	Mise à disposition dans les cabinets	Médecins généralistes ou cabinet médical (21, 42), Centre de soins des infirmiers (21), Pharmacie (21, 42, 94), Kinésithérapeute (21), Médecin du travail (42), Planning familial (69), Centre municipal de santé de Grigny (69), Centre médico-psychologique (69), Espace présentation des addictions (69)	Maison de l'Emploi et de la Formation du Bassin Dijonnais (21), Conseil général "Accueil solidarité famille (21), Secours catholique (21)	Responsable agence de voyage (21), Office des Retraités Personnes Agées de Dijon (21), Mosquée (94), Association pour le développement du Burkina Faso (94), Femmes de tous pays (94)	
	Affichage	Vivre à domicile (42), Kakemono (Pharmacie (42)), Cabinet médical (42), Médecin du travail (42), Pharmacie (42), Les Opalines Ehpad (42)	IFRA (42), Panier Couramiand (42), Secours populaire (42), SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE (69), EPI SOURIRE (21), Agir Innover pour Mieux Vivre (42), Sos maintien à domicile (42), Domifacile (42)	Association Boule la Joyeuse (42)	
	Envoi par courrier	Structures de gestion (42, 21, 69), ADOC 94 (94)	Envoi du dépliant et de l'invitation au Colon Tour aux collègues et partenaires (CARSAT (21)		
	Distribution	Centre hospitalier (Gastroentérologue (42)), Vivre à domicile (42), Pharmacie (69, 94), Cabinet médical (42, 94), Infirmier (94), CPAM (21), CISS (21), Maison du Département du Rhône (69), Les Opalines Ehpad (42))	Mission Ville Créteil (Créteil Habitat (94)), Adultes relais (69), IFRA (42), Panier Couramiand (42), Secours Populaire (42), Maison de la solidarité (94), Créteil solidarité (94), Aide aux Mères et au Familles à Domicile (94), Confédération syndicale des familles (21), EPI SOURIRE (21), Maison des associations (21), Direction des Retraités et personnes Âgées (CCAS (21), Accueil solidarité famille (21), Foyer Barra (Mairie (42)), Médiathèque (42), Maison du projet (42), CCAS (42), Distribution au	Association Boule la Joyeuse (42), Paroisse Sainte Bernadette Grésilles Association Saint Vincent de Paul (21), Association pour le maintien d'aide à domicile (69), Club 3e âge Kennedy (94), Club 3e âge Créteil village (94), Centre social Kennedy (94), Centre social Petits- Prés-Sablière (94), Centre social (42)	

			personnel (Agir Innover pour Mieux Vivre (42), Sos maintien à domicile (42), Domifacile (42))		
Aide sur le terrain	Envoi rapide de la lettre d'invitation et su test de dépistage	Envoi rapide pour les habitants que le navigateur a réussi à convaincre de faire le dépistage (Structure de gestion (69))			
	Remettre gratuitement le test (sans faire payer la consultation)	MG s'engage à remettre le test Hemocult aux patients venant de la part du navigateur (21)			
	Effet d'émulation				Les femmes se convainquent mutuellement (21)
Traduction		Pharmacie (42)		Responsable agence de voyage (21)	La fille d'une habitante sert d'interprète (21)

b. Modération facilitante : aide apportée par les référents et l'équipe de recherche

Les référents du projet Colonav ont beaucoup aidé les navigateurs dans leur travail. Pour les aider, ils ont pu les faire **participer aux réunions** du comité de la Ligue contre le cancer, **mettre à disposition un local de permanence**, ou encore les **aider à la préparation du Colon Tour**. Les référents ont aussi été des **personnes ressources** pour les navigateurs. Ils les ont guidés et accompagnés dans leurs démarches, leurs rendez-vous avec les possibles partenaires. Certains référents ont aussi pu mettre en relation ou orienter les navigateurs vers des acteurs ou partenaires. Ils les ont par exemple présentés aux médecins généralistes, aux pharmaciens et à des acteurs sociaux locaux. Les référents ont aussi répondu à leurs questions et ont pu être un soutien psychologique.

Enfin, du fait de leur appartenance à La Ligue contre le cancer, les référents ont **apporté une certaine légitimité** aux navigateurs en les accompagnent lors de rendez-vous. Les acteurs ainsi que les habitants se sentent plus en confiance et permettent aux navigateurs de jouer leurs rôles de promoteurs de santé (cf. Tableau 31).

Tableau 31 : Rôle de modérateur facilitant des référents

Nature de l'aide	Objectif de l'aide (si précisé)	Détail de l'action
Mise à disposition d'un lieu de permanence		Mise à disposition d'un bureau/ lieu de permanence (07, 69, 42, 94)
Aide à la préparation du colon tour		Aide à la préparation Colon tour (42)
Faire participer à des réunions		Participation du navigateur aux réunions du comité de la Ligue contre le cancer (21), Réunions avec le Centre social (21), Interventions dans les lycées (21), Piscine olympique (21)
Personne/structure ressource pour le navigateur	Accompagner le navigateur / Guider le navigateur	Accompagnement du navigateur lors des premiers rdv avec les possibles partenaires (Partenaires: MG, Pharmacie (42, 07)), Guider le navigateur (69, 07)
Personne/structure ressource pour le navigateur Apport d'une certaine légitimité	Soutien	Répondre aux questions du navigateur (69), Etre un soutien psychologique (69, 42)
	Mise en relation avec / orientation vers partenaires et acteurs	Présentation du navigateur aux partenaires (07) Aide à l'identification des partenaires (42)
		La présence du référent auprès du navigateur lui permet d'acquérir une légitimité auprès des acteurs et des habitants (94, 07, 42)

Les membres de l'équipe de recherche du projet Colonav ont aussi pu être des personnes ressources pour les navigateurs. Ils ont été un soutien en répondant aux questions et ont été un soutien psychologique. Ils ont parfois aussi orienté les navigateurs vers de possibles partenaires (cf. Tableau 32).

Tableau 32 : Rôle modérateur facilitant de l'équipe de recherche

Nature de l'aide	Objectif de l'aide (si précisé)	Détail de l'action
Personne/structure ressource pour le navigateur	Soutien	Répondre aux questions du navigateur, Etre un soutien psychologique
	Orientation vers partenaires et acteurs	Aide à l'identification de possibles partenaires

c. Modération non-facilitante : difficultés attribuées aux 4 types d'acteurs

Concernant la notion de modération négative, les quatre acteurs mentionnés en début de partie apparaissent. La description des effets modérateurs compliquant le travail des navigateurs sera donc faite pour ces quatre types d'acteurs. Toutes les difficultés énoncées sont celles relatées et ressenties par les navigateurs.

Un des premiers freins au travail des navigateurs a pu être l'**indisponibilité de certains acteurs/ partenaires possibles**. Certains navigateurs ont rapporté que certains médecins généralistes disaient ne pas avoir le temps ou l'envie de rencontrer les navigateurs, idem pour certaines structures faisant parties du système d'aide sociale. Ces acteurs auraient pu être une ressource précieuse pour les navigateurs t dans leur légitimation auprès des autres acteurs et des habitants dans le fait de pouvoir avoir accès plus facilement à la population cible.

Un des obstacles qu'ont pu rencontrer les navigateurs est le fait qu'il semblerait que **certains médecins généralistes ne croient pas au test de dépistage** et le font savoir aux patients. Les navigateurs ont donc rapporté avoir eu des difficultés à faire la promotion du dépistage auprès des habitants étant patients de ces médecins et ont eu des difficultés à avoir des médecins généralistes comme partenaires.

Ils ont aussi rapporté avoir eu des difficultés concernant les structures du système d'aide sociale. Il peut exister dans ces structures une certaine **lenteur voire lourdeur administrative** qui freine considérablement la progression du travail des navigateurs et prend tout le temps qu'ils auraient pu consacrer à discuter avec les habitants. Or, ceux-ci ont été obligés de s'atteler à ces tâches, notamment pour l'organisation du Côlon Tour®. Les navigateurs ont également eu des difficultés à trouver des **lieux de permanence**, ce qui a ralenti leur travail

et ne leur a pas permis de rencontrer au plus vite les bénéficiaires de ces structures. Il semblerait que d'autres structures auraient tout simplement **refusé de participer** au projet COLONAV, ce qui a pu réduire de nouveau les possibilités d'action des navigateurs. Le **contact avec certaines de ces structures a parfois pu être difficile** (e.g. Difficultés pour avoir un numéro de téléphone ou pour parler à la personne désirée) **voire impossible** et les **changements de personnel**, notamment avec les récentes élections législatives, n'ont pas non plus facilité la tâche des navigateurs.

Un autre facteur pouvant inhiber le travail des navigateurs est le fait de **mentir pour ne pas l'aider**. Un des navigateurs a notamment eu à faire à un curé qui lui a affirmé qu'aucun habitant du quartier d'intervention ne venait dans sa paroisse alors qu'une autre personne lui a confirmé que beaucoup d'habitants de ce quartier y venaient régulièrement. Il semble que pour ne pas avoir à faire au navigateur, mais n'osant pas le lui dire, cette personne lui ait menti.

Certains acteurs, notamment ceux faisant partie du système de vie sociale ont pu **promettre une intervention mais ne l'ont pas tenue**.

En échange d'un stand ou d'un accès aux lieux pour faire la promotion du dépistage, certaines structures demandent des **contreparties**. Ce facteur semble ne pas être véritablement freinant au premier abord. Cependant, si le navigateur refuse cette contrepartie, il ne pourra pas avoir accès ou plus difficilement à la population venant au sein de cette structure pour faire de la prévention et s'il accepte, cette contrepartie va lui prendre du temps en plus dans son travail.

La population cible a aussi pu avoir un rôle dans l'inhibition du travail des navigateurs. Plusieurs facteurs ont été rapportés par les navigateurs. Le premier d'entre eux est la **confiance et/ ou la dépendance**. Les habitants peuvent avoir une confiance aveugle et une dépendance envers leur médecin. Certains ont rapporté aux navigateurs que si le médecin n'avait pas prescrit le test de dépistage, c'est que celui-ci n'est pas utile. Ils ne font pas le test tant que le médecin n'en parle pas. Un autre problème de confiance réside dans la confiance envers le navigateur. Les habitants peuvent ne pas avoir confiance en lui notamment s'il est trop proche de la population et qu'il la connaissait avant d'être navigateur. Ces personnes ont peur de dévoiler des aspects personnels de leur vie au navigateur et que celui-ci en face part à d'autres personnes de la commune. Un second facteur est la **disponibilité des habitants en fonction de leur état émotionnel**. Une personne pouvait être d'accord pour avoir un rendez-vous avec le navigateur et lui parler, mais le jour du rendez-vous, cette personne ayant des problèmes autres, et plus importants pour elle que le dépistage, pouvait ne pas venir au rendez-vous ou l'annuler. Si la personne venait tout de même au rendez-vous, il pouvait cependant être difficile d'aborder la question du dépistage. Il fallait tout d'abord écouter et régler le problème de cette personne. Un troisième facteur est le fait que **les habitants ne lisent pas forcément leur courrier**, surtout le courrier de la structure de gestion, qu'ils pensent être une publicité, ou dans des cas plus

extrêmes, des recours juridiques. Certains habitants ont pu donner l'excuse de la **religion** pour ne pas parler avec le navigateur et freiner son travail. Par le prétexte que la religion interdit la manipulation des selles, cet habitant cachait en fait sa peur du dépistage. Cette **peur du dépistage/ du cancer** ainsi que la préférence pour la coloscopie sont un autre facteur pouvant freiner le travail du navigateur. Les habitants ayant peur du résultat préfèrent ne pas faire le test et ne pas y penser. D'autres préfèrent la coloscopie comme mode de dépistage. Nous retrouvons ici les barrières énoncées dans la littérature concernant les barrières d'accès au dépistage (Bretagne et al. 2009; ORS Rhône-Alpes 2001). Un dernier facteur compliquant le travail des navigateurs est le **genre**. Ils ont constaté que les hommes pouvaient être plus difficiles à aborder et à convaincre concernant le dépistage du cancer colorectal.

L'ensemble des éléments est synthétisé dans le tableau 33.

Tableau 33 : Aide apportée par les acteurs environnant le navigateur

		Système de santé	Système d'aide sociale	Système de vie sociale	Population
Indisponibilité pour une rencontre		Médecins généralistes (69, 94)	Structures (94)		
Non croyance dans la fiabilité du test de dépistage		Médecins généralistes (07, 42, 21)			
Lenteur / Lourdeur administrative			Les navigateurs ont eu beaucoup de difficultés avec les démarches administratives, notamment pour l'organisation du Colon Tour (retards, remplissage de plusieurs formulaires, délais de réponse longs, ...)		
Lieu de permanence			Les navigateurs ont eu des difficultés à trouver un lieu de permanence, ce qui a considérablement ralenti leur travail et ne leur a pas permis de rencontrer les habitants dans un lieu		

Refus de participation			Les diverses institutions contactées étaient peu enclines à participer au projet Colonav. L'implication des acteurs de terrain et des partenaires potentiels facilite ou complique l'accès à la population. Le refus des acteurs de terrain de participer au dispositif Colonav a considérablement réduit les possibilités d'action du navigateur (94)		
Contact difficile/impossible			Personnel de certaines administrations difficile à contacter, voir impossible (69, 94)		
Changement de personnel dans les structures			Départ en retraite difficile d'établir un plan d'action avec MJC. (69)		
Mentir pour ne pas aider				Le curé a affirmé à la navigatrice que les habitants des Grésilles ne venaient pas dans sa paroisse alors que cela était faux (21)	
Promesse d'intervention non tenue				Des associations ont promis une intervention avec le navigateur mais ne l'ont pas tenu (94)	
Demande de contrepartie				Bénévolat, traduction, etc	

Confiance aveugle/ dépendance envers le médecin	aveugle/ dépendance en leur médecin				Certains habitants affirment aux navigateurs que leur médecin ne leur a jamais parlé du test de dépistage et que s'il ne l'a pas fait, c'est que cela n'était pas utile (21)
	envers le navigateur				Problème de confiance envers le navigateur si trop proche de la population
Disponibilité en fonction du statut émotionnel					Les habitants vont être disponibles pour un entretien en fonction de leur humeur et ont d'autres priorités que le dépistage. Ce qui rend le travail du navigateur difficile car il doit faire en fonction d'eux. Un rdv peut être annulé au dernier moment ou le thème du dépistage peut ne pas être abordé (21, 69, 07)
Non lecture du courrier					Les habitants ne lisent pas ou jettent les lettres de l'Ademas, pensant que c'est une publicité ou un recours juridique

Religion					Excuse de la religion pour refuser de recourir au test HémoCult "l'Islam était une religion « propre » et interdisait de manipuler les selles. Il s'est rapidement avéré qu'il s'agissait d'un discours écran, le patient cachait en réalité sa peur du dépistage. Il espérait qu'en avançant l'argument religieux, le navigateur le laisserait en paix."
Dépistage/ cancer	Peur				La peur du résultats du dépistage/ du cancer est trop grande (69)
	Préférence pour la coloscoïe				Préfère la coloscopie comme mode de dépistage (42)
Genre					Les hommes sont moins facile à aborder et à convaincre (94)

d. Modération non facilitante : difficultés attribuées à la conception du projet Colonav, les référents et l'équipe de recherche

Plusieurs facteurs concernant la structuration du programme freinant le travail des navigateurs sont revenus au cours du projet (cf. tableau 34).

Le premier concerne la **durée du projet** qui selon les navigateurs et plusieurs chercheurs a été trop courte pour permettre une intégration satisfaisante sur le terrain. Il a fallu environ 12 mois de travail pour que les navigateurs et leur travail commencent à être connus et reconnus par les partenaires et les habitants, c'est-à-dire vers la fin du projet.

Le second concerne la **thématique** : le dépistage du cancer colorectal. Cette thématique semble trop restreinte et n'a pas toujours été facile à aborder avec les habitants. Les préoccupations premières des habitants concernant la santé ont souvent été le diabète, le cholestérol, ou encore l'alcoolisme. Il devient donc plus difficile de parler d'un thème qui est le dépistage du cancer et encore plus du dépistage du cancer colorectal.

Le troisième facteur porte sur les **consignes contradictoires** qui ont pu être données aux navigateurs de la part des chercheurs et des coordonnateurs du projet, notamment concernant l'attitude à adopter pour aller voir les habitants (e.g. faire du porte à porte ou non, être plus proactif ou non, etc.).

Enfin, un dernier facteur réside dans les **zones d'intervention**. Les zones d'intervention données aux navigateurs pouvaient parfois se résumer à un quartier ou une partie de quartier, zones qui sont très restreintes. De plus, les navigateurs avaient pour consignes de ne cibler dans leur prévention que les personnes faisant parties de ces zones. Seulement, il est difficile d'aborder quelqu'un en lui demandant où il habite et de ne pas lui faire la promotion du dépistage s'il ne fait pas partie de la zone.

Un des problèmes qu'a pu rencontrer un des navigateurs concerne son référent. En effet, il a mis au navigateur des « bâtons dans les roues » tout le long où il était son référent afin qu'il ne puisse pas faire son travail correctement. Il n'a, par exemple, pas validé les flyers du navigateur pendant des mois. Le navigateur ne pouvait pas donner de flyers aux habitants ou à la structure de gestion pour qu'elle les envoie avec la lettre d'invitation. Il n'était que très peu disponible pour des réunions et ne commandait pas les fournitures dont le navigateur avait besoin (e.g. téléphone professionnel, ordinateur, etc.). Il s'est avéré par la suite que ce référent avait un projet similaire à celui-ci en cours de validation pour subvention. Il est possible qu'il ne veuille pas que le projet interfère avec le sien.

Les navigateurs ont aussi pu ressentir un manque dans leur liberté d'action. Ils devaient attendre l'aval de leur référent et de coordonnateurs du projet avant de mener une action.

Un des navigateurs a par exemple, exprimé le besoin de faire un kakémono et de le présenter, mais il a été obligé de présenter celui de la Ligue contre le cancer qu’il jugeait peu attractif.

Tableau 34 : Difficultés attribuées à la conception du projet

	Structuration du programme/ équipe de recherche/ référents
Durée du projet	Durée trop courte pour permettre une intégration satisfaisante sur le terrain
Thématique	La thématique du cancer colorectal est trop restrictive et ne peut pas toujours être abordée avec les habitants (d'autres priorités, plus difficile d'aborder les personnes en leur parlant directement de cancer et qui plus est de cancer colorectal)
Consignes contradictoires de la part des chercheurs et coordonnateurs du projet	Les consignes données aux navigateurs étaient parfois contradictoires
Zones d'intervention	Zones trop restreintes, les navigateurs font vite le tour des partenaires (94) Il n'est pas possible d'un point de vue moral de ne pas faire la promotion du dépistage à une personne qui finalement n'est pas de la zone cible (42)
Mettre des bâtons dans les roues	Référent : non validation de flyers/ non commande de fournitures/ plusieurs de mandes de modification de flyers / réunions trop courtes voire inexistantes (21)
Liberté d'action	Utilisation du kakémono de La Ligue contre le cancer qui est peu attractif. Le navigateur aurait préféré en faire un (42) Nécessité de passer par le référent pour chaque action (21)

III. Analyse et discussion

L’analyse de la littérature, mais surtout l’analyse détaillée des données du projet COLONAV permettent de montrer qu’il existe des modérations de type structurel (conception de l’action) et comportemental (comportement des acteurs en situation). Nous allons analyser ces éléments sous deux angles : un aspect « structurel », envisageant la manière de construire le dispositif, de rattacher les navigateurs à une organisation plutôt qu’une autre... et un aspect comportemental, portant sur l’action des acteurs dans les situations dans lesquels ils entrent en interaction avec les navigateurs.

La littérature ne donne pas les éléments concernant la modération des acteurs inhérents aux différents programmes. Nous avons seulement pu constater cette modération via le projet COLONAV. Dans cette partie, nous allons toutefois analyser ces deux types de modération décelés et les mettre en lien afin de mieux comprendre la place de cette notion au sein du design organisationnel des programmes de navigation.

1. Modération de type structurel

Le premier point à discuter est le **caractère « mono-pathologie » de l'intervention**, sur un modèle assez classique de l'organisation des soins, souvent qualifié de « tuyau d'orgue ». Cela permet une meilleure spécialisation sur celle-ci, alors qu'une focalisation sur plusieurs pathologies demande beaucoup d'apprentissage et engendre une connaissance beaucoup moins approfondie de chacune d'entre elles.

Cependant, cette posture est difficile à tenir, en particulier à partir d'une approche générale de la population (approche écologique). La première raison est que suivant la pathologie visée, il est parfois difficile d'aborder les personnes ciblées par l'étude. Le sujet « cancer » est un sujet difficile d'abord : la maladie fait peur, le dépistage du cancer colorectal est mal vu de par son caractère impropre pour une partie de la population, aller à la rencontre de personnes que l'on ne connaît pas pour parler de ce sujet est un réel challenge.

Par ailleurs, les personnes de la population cible ont souvent des priorités d'ordre social : isolement social, problèmes financiers, auquel s'ajoute la difficulté à trouver un médecin ou à avancer des frais médicaux. Ces personnes ont parfois d'autres soucis de santé à gérer (e.g. diabète, cholestérol, alcoolisme, tabac, etc.). Conformément à d'autres expériences décrites sur ces populations, les navigateurs du projet COLONAV ont donc dû aborder en premier le côté social en aidant les personnes et en les dirigeant vers les professionnels compétents. Ils ont aussi eu à aborder les autres pathologies qui les préoccupaient prioritairement avant de pouvoir parler du dépistage du cancer en général, puis enfin du dépistage du cancer colorectal. Ils n'ont donc pas pu se focaliser sur une seule pathologie et ont dû apprendre sur le tas les spécificités des différentes pathologies dont ils ont eu à discuter avec leurs interlocuteurs.

Le second point porte sur **les stades de l'intervention**, axés sur la promotion du dépistage du cancer au dépistage effectif de celui-ci. Le fait de figer le stade de l'intervention des navigateurs permet de les cantonner à une tâche et de mener les patients, si besoin est, vers les professionnels de santé ou d'aide sociale. Cependant, il n'a pas été tenable pour les navigateurs de seulement promouvoir la santé, ou seulement le dépistage. Ils ont eu à travailler sur une partie plus large du continuum : aider les personnes dans leurs problèmes personnels, faire la promotion du dépistage et de l'éducation à la santé, accompagné vers le dépistage et ont une fois poursuivi un peu d'accompagnement après un dépistage positif.

Le troisième point est la **durée d'intervention effective** des navigateurs est souvent courte (environ 12 à 24 mois). Cette durée d'intervention semble suffisante lorsque les navigateurs ont une liste préétablie de patients à contacter (e.g. études par téléphone avec liste des patients de l'hôpital) car ils ont directement accès aux personnes cibles et n'ont pas à trouver de partenaires. Elle s'avère trop courte dans le cas Colonav, voire insuffisante lorsque les navigateurs n'ont pas de liste et doivent aller trouver les personnes cibles dans les structures les accueillant (e.g. Resto du cœur, église, marché, centres sociaux, etc.). Ce

travail préalable de terrain des navigateurs COLONAV leur a pris beaucoup de temps et ne leur a permis d'asseoir leur légitimité auprès de la population et de réellement parler du dépistage du cancer colorectal qu'en toute fin de projet. La durée de l'intervention était contrainte par notamment le budget et le fait que l'étude COLONAV soit une étude de recherche interventionnelle. La durée de l'intervention des programmes de navigation pose aussi le problème de l'après navigation, à savoir : qui prend le relai pour promouvoir le dépistage d'une pathologie auprès de ces populations ? Quelles sont les suites du programme pour les structures en place et la population ? Le retour de terrain post-intervention concernant certaines structures et la population montre un sentiment d'abandon, certaines structures ne sachant pas comment et par quels moyens y faire suite.

Le quatrième point porte sur le **mode d'intervention**. Le projet COLONAV a privilégié une activité en face à face, mais les navigateurs ont aussi eu des contacts avec les personnes cibles par téléphone.

Pour une intervention seulement par téléphone, comme l'ont pratiqué beaucoup d'études de la littérature, il faut avoir accès à une liste préétablie de personnes se trouvant dans la cible. Ce type d'intervention est pratique car plus rapide et plus facile à gérer pour les navigateurs, et ils sont certains de ne toucher seulement que des personnes faisant parties de la cible. Cependant, ce type d'intervention pose deux problèmes. Le premier est celui d'un sentiment de harcèlement téléphonique. Les navigateurs de certains programmes doivent souvent appeler les personnes cibles jusqu'à qu'elles viennent se faire dépister dans le centre où ils travaillent. Cette méthode se rapproche parfois du commerce par téléphone qui cherche à vendre à tout pris ses biens. Deux questions peuvent alors se poser :

- Jusqu'où doivent/ peuvent aller les navigateurs pour convaincre de réaliser le dépistage ? Faut-il aller jusqu'à ce sentiment de harcèlement ? Doivent-ils se transformer en commerciaux plutôt qu'en promoteur de santé ?
- Quel est l'impact de ce type d'intervention sur le taux de dépistage ? Augmente-il de manière réellement significative ou se rapproche-t-il tout juste de celui de la vente par téléphone pour retomber après la fin de l'intervention ?

Le second problème concernant ce type d'intervention par téléphone réside dans les suites du projet. Une question peut alors se poser concernant l'efficacité sur le long terme de ce type de dispositif ? Une fois que les personnes ont fait le dépistage et que le navigateur n'est plus en place, y retournent-elles ? Continuent-elles à s'intéresser à ce dépistage ? L'action des navigateurs a-t-elle eu un réel impact sur le fait que les personnes vont s'intéresser à leur santé ?

On peut donc s'interroger sur l'impact d'une intervention par téléphone qui se limiterait au dépistage, et qui semblerait plus coïncider avec une volonté d'augmenter le taux de dépistage qu'à une réelle promotion de la santé et de réduire les inégalités sociales de santé.

Il semble alors qu'une intervention seulement en face à face soit plus bénéfique pour promouvoir la santé et avoir un réel impact durable. Ce type d'intervention nécessite une durée d'intervention des navigateurs beaucoup plus longue, mais crée des rapports personnels avec les navigateurs. Les personnes ayant bénéficiées de l'aide du navigateur iront-elles toujours se faire dépister après son départ ? Auront-elles toujours le même intérêt pour leur santé ?

La littérature répond en partie à ce questionnement en montrant qu'après la fin d'une intervention, les patients ne continuent pas nécessairement le suivi (Grace X. Ma et al. 2009; Mason et al. 2013). Un rappel fréquent des patients serait donc nécessaire pour qu'ils fassent leur suivi. Ce constat renvoie aux notions de self-efficacy et d'homo-médecin. En effet, ce type d'intervention a pour objectif d'apporter la connaissance, ici la connaissance sur la nécessité du dépistage. Il part du postulat qu'une fois que la connaissance est donnée, les individus seront en capacité de faire ce que l'on attend d'eux, ici, faire le test du dépistage. Cependant, dans la réalité, les personnes attendent soit qu'on leur rappelle continuellement l'importance du dépistage, soit elles décident de ne pas le faire et ce en connaissance de cause. Ce constat pose la question de l'effet sur le long terme de ces études, qui ne sont pas investigués.

L'analyse des études issues de la revue systématique de la littérature sur les programmes de navigation montre que beaucoup d'entre elles se basent sur **une liste préétablie des patients** des structures de rattachement des navigateurs pour contacter la population. Le fait d'avoir directement accès à une liste de patients facilite considérablement le travail des navigateurs. Dans le projet COLONAV, les navigateurs n'avaient pas accès à une liste de patients et devaient aller directement au contact des personnes de la population potentiellement dans la cible. Ne pas avoir de liste de patients a posé quelques difficultés aux navigateurs du projet COLONAV. Comme mentionné ultérieurement, ils ont d'abord eu à trouver les structures accueillant les personnes de la population cible et à légitimer leur travail auprès d'elles avant de pouvoir avoir accès à la population. Ce travail de terrain est long et ne permet pas un travail en profondeur avec une durée d'intervention courte.

Le cinquième point est la question de la **structure de rattachement**. Dans les programmes de navigation, surtout américains, les navigateurs étaient, pour la plupart, ancrés au sein d'un hôpital, d'une clinique ou d'un centre de soins. Ils avaient pour mission de contacter les patients n'ayant pas fait le dépistage et figurant sur la liste de ces organismes. Comme soulevé plus tôt, le fait d'être intégré directement au sein du système de santé facilite considérablement le travail des navigateurs auprès des patients. Il permet d'y avoir un accès direct, d'avoir des professionnels de santé à portée de mains en cas de besoin, de ne pas avoir à asseoir sa légitimité auprès du système et de la population, en tout cas sur le plan « médical », de réduire la durée d'intervention, etc. Cependant, il pose certains problèmes. Le premier est que l'on perd un peu la notion de proximité avec la population lorsque le navigateur est proche du système de santé. Il ressemble alors plus à un professionnel de

santé qu'à une personne profane ou un pair. Le second problème réside dans le fait qu'en étant au sein d'une structure de soins, les navigateurs abordent seulement des patients de cette structure. Cela pose la question de qui est réellement touché par l'intervention des navigateurs ? Qu'en est-t-il des personnes ne faisant pas parties des patients de la structure et étant en marge du système de soins ?

Les **lieux de permanence** dans la littérature sont sensiblement les mêmes que la structure de rattachement : hôpital, clinique ou un centre de soins. Il semble donc que pour très peu d'études les navigateurs ont eu à trouver leur lieu de permanence pour accueillir les personnes cibles. Le fait que le lieu de permanence soit une structure du système de soins pose les mêmes questions que pour la structure de rattachement des navigateurs, notamment concernant la proximité avec la population. En effet, dans ce cas de figure, les navigateurs peuvent seulement avoir accès et aborder les personnes faisant parties de la liste de patients de ces structures. Ils sont plus proches du système de soins et ont des difficultés à aborder les personnes ne faisant pas parties des patients de ces structures, en particulier les personnes en marge du système de soins.

Les navigateurs du projet COLONAV étaient, pour des raisons pratiques, situés à la Ligue Contre le Cancer. Ils devaient trouver des lieux de permanence proches de la population. Ils ont donc eu à trouver des partenaires qui pourraient leur fournir un bureau ou un local. Ce travail de terrain leur a pris du temps, ce qui les a freinés dans leur travail auprès de la population. Au début du projet COLONAV, nous pensions que les navigateurs devraient surtout collaborer avec les organismes faisant partie du système de santé. Cependant, cette collaboration s'est avérée difficile à mettre en place (beaucoup d'organismes, distance entre ces organismes et les populations) et n'était pas suffisante. De plus, en France et pour des raisons légales, il n'était pas possible de travailler à partir de fichiers des structures de gestion (organisme s'occupant de l'envoi des courriers d'invitation au dépistage). Les navigateurs ont donc dû trouver les structures où se regroupent les personnes potentiellement visées par l'étude. En effet, afin d'avoir accès aux populations ciblées par le projet, les navigateurs ont dû trouver quels organismes, ne faisant pas partie du système de santé, ils devaient aller voir. Ces systèmes sont le système d'aide sociale (Ateliers santé ville, CCAS, etc.) et le système de vie sociale (associations, centres sociaux, marchés, etc.).

Le sixième point concerne les **zones d'intervention spécifiques**. Ces zones d'intervention étaient nécessaires pour l'organisation du projet, et la mesure des résultats, mais n'ont pas facilité leur travail. Les navigateurs avaient pour consignes de ne faire la promotion du dépistage que dans ces zones. Cependant, il leur a souvent été difficile de respecter cette consigne car il leur était humainement impossible d'aborder une personne, de lui demander où elle habitait et de ne pas faire leur prévention dans le cas où celle-ci ne faisait pas partie de la zone cible.

2. Modération de type comportemental

L'action du navigateur peut être modérée par ce que nous avons appelé le système de santé, le système d'aide sociale, le système de vie sociale, par la population cible elle-même et par les acteurs du projet (référénts, chercheurs). L'étude des partenaires qu'ont pu avoir les navigateurs du projet permet de constater qu'il existe un très grand nombre d'acteurs travaillant ou s'intéressant à des problématiques de santé, notamment celle du dépistage du cancer. Ces acteurs ne font pas seulement partie du système de santé, mais font aussi partie des autres types de structures du système d'aide sociale, et du système de vie sociale.

Les principales grandes actions des différents acteurs pour aider les navigateurs du projet COLONAV ont été :

- Permettre aux navigateurs d'avoir accès à un lieu où ils peuvent faire une permanence, mettre en place un stand ou encore faire des réunions (référénts, pharmacies, membres de la communauté, restos du cœur, hôpitaux, etc.),
- Apporter des connaissances aux navigateurs en les faisant participer à des réunions, en étant une personne ou une structure ressource (référénts, coordinateur de projet, CCAS, Adulte relai, etc.) :
- Soutien
- Mise en relation avec des partenaires
- Donner des informations sur les zones d'intervention
- Apporter une certaine visibilité et une légitimité (médecins, référénts, membres de la communauté, structures de gestion, infirmiers, etc.) :
- Aider à préparer des activités et en y participant
- Parler du travail des navigateurs autour de soi
- Envoyer des patients aux navigateurs
- Distribuer/ mettre à disposition des dépliants et des flyers
- Faciliter son travail de terrain (structures de gestion, membres de la communauté, etc.)
- Envoyer rapidement les courriers d'invitation
- Faire la traduction

Le fait que ces acteurs étaient partant pour aider les navigateurs dans leur action montre leur réel intérêt pour le sujet et surtout leur besoin d'avoir une personne sur le terrain pour les aider concernant ce sujet qu'ils n'ont pas toujours le temps d'aborder en profondeur ou qu'ils ne savent pas comment aborder auprès de la population ciblée par l'étude. L'aide de ces différents partenaires permet aussi de constater que les navigateurs ont besoin de collaborer avec ces différentes structures s'ils veulent pouvoir atteindre la population et faire leur travail de promotion du dépistage.

Concernant la modération des acteurs qui freinent le travail des navigateurs, nous retrouvons des observations que nous avons déjà évoquées auparavant.

La première difficulté pour les navigateurs a été de se faire accepter et de faire accepter leur travail par les intermédiaires et les partenaires dont ils ont besoin pour entrer en contact avec la population cible. Cette tâche leur a pris beaucoup de temps et n'a pas toujours abouti concernant certains partenaires. Cette difficulté permet à nouveau de mettre en lumière la question de la légitimité abordée dans l'étude du profil des navigateurs abordé précédemment.

La seconde difficulté a été de trouver, d'aborder et de mettre en place une collaboration avec ces différents acteurs afin de pouvoir atteindre la population cible. Il semblerait que certaines structures ne voulaient pas aider les navigateurs car les questions de santé ne faisaient pas parties de leurs priorités, d'autres parce qu'elles n'avaient pas le temps, ne s'occupaient pas du cancer, ou parce qu'elles ne croyaient pas en ce dépistage, etc. Le possible refus de participation de ces structures a pu réduire les possibilités d'accès des navigateurs aux membres de la communauté cible. Cela pose la question de la place de la santé en générale et du dépistage dans les préoccupations de certaines structures, principalement bien sûr les structures qui n'appartiennent pas au système de santé, et qui se trouvent bien légitime à ne pas se sentir concernées. Cette difficulté pose plus particulièrement la question de la place des structures de santé, et notamment celle des médecins généralistes dans le dépistage. En effet, bien qu'ils soient au cœur du dépistage, les médecins généralistes n'ont pas toujours le temps d'aborder toutes les questions de prévention. La réalité étant qu'ils ont très peu de temps par consultation et que les patients viennent consulter seulement lorsqu'ils sont malades et non pour poser des questions sur le dépistage. De plus, lorsque les médecins ont le temps d'aborder la question du dépistage et de montrer à leur patient comment faire le test, rien ne garantit qu'ils fassent le test par la suite. Ces patients peuvent avoir d'autres priorités dont ils doivent s'occuper et il n'est pas dit que même si le médecin a parlé aux patients du dépistage, leurs barrières psychologiques concernant celui-ci soient tombées. Ces deux réalités semblent montrer que la prévention peut avoir un caractère secondaire dans la priorité des patients et des médecins. Les patients ont pour priorité de se faire soigner et de régler d'autres problématiques qui leur sont plus importantes (e.g. problèmes d'ordre sociaux, etc.) que le dépistage qui passe au second plan. Les médecins généralistes ont pour priorité de soigner ces patients et de les aider avant de pouvoir parler du dépistage. Comme mentionné ultérieurement, les navigateurs ont pu avoir les mêmes difficultés que les médecins généralistes, c'est-à-dire qu'ils devaient avant tout s'occuper des principales préoccupations des habitants avant de pouvoir parler du dépistage. Ce constat pose la question de la place des médecins généralistes dans la promotion du dépistage du fait du peu de temps qu'ils peuvent y consacrer. Les médecins généralistes sont-ils les plus à même de faire la promotion du dépistage ? Quelle place doivent-ils prendre au cœur de celui-ci ? Doivent-ils/ peuvent-ils rester au cœur de celui-ci ?

Une autre difficulté a été la place des référents. Les référents étaient les supérieurs hiérarchiques des navigateurs, ils les ont beaucoup aidés dans leur travail. Les navigateurs

devaient faire valider toute action par le référent avant de la mettre en place. Même s'il est normal que les navigateurs aient à faire valider une action par leur supérieur hiérarchique avant de la mener, il semblerait que cela ne leur laissait pas la marge de manœuvre dont ils avaient besoin pour effectuer correctement leur travail. La place du référent a par ailleurs mené un des navigateurs à ne pas pouvoir effectuer son travail tant celui-ci lui mettait des bâtons dans les roues. Cette difficulté pose la question de la relative autonomie à laisser aux navigateurs dans leur travail ? Comment peut-on concilier un nécessaire management des navigateurs et cette relative autonomie ?

Les membres du projet COLONAV étaient eux aussi en quelque sorte les supérieurs hiérarchiques des navigateurs. Durant cette étude interventionnelle, deux difficultés ont pu être décelées, celle de faire ressentir aux navigateurs l'importance du « chiffre », c'est-à-dire l'importance de faire augmenter le taux de dépistage du cancer colorectal, et le fait de parfois donner des consignes contradictoires sur comment aborder la population et jusqu'où aller pour faire la promotion du dépistage.

3. Réflexion sur les différents systèmes environnant le navigateur

Nous avons divisé les participants de l'arène d'action en 4 sous ensemble pour pouvoir envisager les interactions séparément, mais ces différents groupes ne peuvent pas être envisagés indépendamment les uns des autres.

Le navigateur a été chargé d'entrer en contact avec les personnes cibles avec une approche qualifiée d' « écologique » puisqu'elle s'adresse à une population dans une zone de vie, et non aux personnes inscrites sur la liste des patients d'un centre de soins ou d'un hôpital. Cette population cible doit donc être envisagée non pas seulement comme une somme d'individus indépendants, mais comme un ensemble de personnes en interaction les uns avec les autres. Appliquant les mêmes principes d'analyse que ceux qui ont présidé à la construction du cadre conceptuel, ces personnes sont envisagées à la fois comme des individus possédant une autonomie propre, et des membres de groupes sociaux pouvant influencer de façon diverses leur comportement. Nous avons représenté ces caractéristiques dans une série de schémas qui tentent d'en présenter l'écosystème. La dynamique n'intervient pas seulement entre le navigateur et les différents sous-systèmes que nous avons identifiés, mais entre les sous-systèmes qui se juxtaposent de manière différente pour chaque personne cible.

Les personnes cibles sont voisines, amies, habitent le même immeuble, se croisent à proximité de leur lieu de vie. La figure 10 représente le navigateur, amené à trouver sa place au sein de cette population. On comprend qu'il lui sera plus facile de l'aborder s'il en fait partie, mais on comprend aussi que s'il fait partie d'un groupe, il ne peut pas appartenir à tous les groupes. Aussi son champ d'action au regard d'une population à laquelle il appartiendrait dépendra de la taille et de la cohérence de la population. Si un navigateur

souhaite atteindre un sous-groupe en particulier, il devra y trouver des relais, ou un lieu de rassemblement où il pourra en aborder les membres. Une réunion sur le mode « tupperware » sur le dépistage chez une habitante en est un exemple.

S'adresser individuellement aux personnes cibles en utilisant des listes téléphoniques ou par du porte à porte serait une manière de les atteindre. D'après la littérature, ces méthodes ne semblent donner que des résultats à court terme, voir même créer une attente peu favorable à une autonomie. Elles sont par ailleurs « intrusives » puisqu'elles ciblent et plaignent nommément auprès de ceux qui n'ont pas participé.

L'effet de groupe semble intéressant pour aborder les personnes. Il est moins intrusif qu'un contact individuel, même si le sujet abordé ne se prête pas à un échange collectif. Ainsi, lorsqu'on aborde le cas d'une des personnes du groupe, l'échange individuel peut être installé de manière moins intrusive, la main étant redonnée à la personne pour qu'elle propose ou accepte de rencontrer le navigateur.

Le système de vie sociale apporte une première réponse à cette contrainte. Assez classiquement, les campagnes de communication sur le dépistage utilisent les médias nationaux pour parler à l'ensemble de la population. On sait que ce mode de communication est très insuffisant pour atteindre les objectifs de participation.

Les lieux dans lesquels les différentes personnes se rassemblent pour des raisons pratiques, religieuses, culturelles sont des sources importantes de contact. Les commerces, le marché du quartier, amènent les personnes à sortir de chez elles. Les associations sportives ou culturelles, les lieux de culte, ou toute autre unité de regroupement peut potentiellement servir de relais. La condition est bien entendu que le sujet que le navigateur souhaite aborder concerne les membres, et que ces derniers considèrent comme légitime d'y trouver le navigateur.

Nous avons rassemblé dans la figure 11 quelques-uns des différents lieux de vie sociale dans lesquels les navigateurs ont été acceptés pour entrer en contact avec les personnes cibles, par la diffusion de flyers, par la tenue de stand, par la participation aux activités. Un thé dansant avec le club des retraités, l'aide d'un Imam pour parler de l'importance de prendre soin de sa santé, un petit stand dans l'épicerie solidaire du quartier... sont autant de relais potentiel pour transmettre le message du dépistage.

Le système d'aide sociale va encore ajouter des lieux potentiels où les personnes peuvent se retrouver. Ces lieux sont particulièrement importants pour la population ciblée dans cette étude qui vise à réduire les inégalités, puisqu'ils vont toucher tout particulièrement les personnes défavorisées économiquement (figure 12).

Enfin, le système de soins procure encore un certain nombre de possibilités. Bien qu'il soit surtout tourné vers les personnes malades, il offre néanmoins un certain nombre de lieux

qui sont à proximité de la population et fréquentés plus régulièrement que les structures de soins (figure 13).

Ainsi peut-on regarder la dernière figure de la série comme un modèle d'assemblage de la dynamique des acteurs, montrant qu'atteindre une population importante nécessite de fait de diffuser par des canaux diversifiés les messages sur le dépistage, utilisant la dynamique sociale comme levier pour atteindre les personnes cibles.

La fonction de navigation et donc par extension le navigateur ne doivent pas être considérés comme une nouvelle organisation au sein du système polycentrique multi-niveaux qu'est l'organisation du dépistage. Ils sont un facilitateur, permettant de faire le lien et la traduction des attentes entre les différents organismes qui le composent et la population cible. Ils servent souvent d'intermédiaires entre un système dont les dysfonctionnements sont nombreux et des personnes peu aptes à les surmonter, mais dans le cadre du dépistage, leur fonction la plus intéressante est en amont de la levée des barrières logistiques, dans leur capacité à faire le lien de sens entre des objectifs divergents.

Figure 10 : Le navigateur et la population

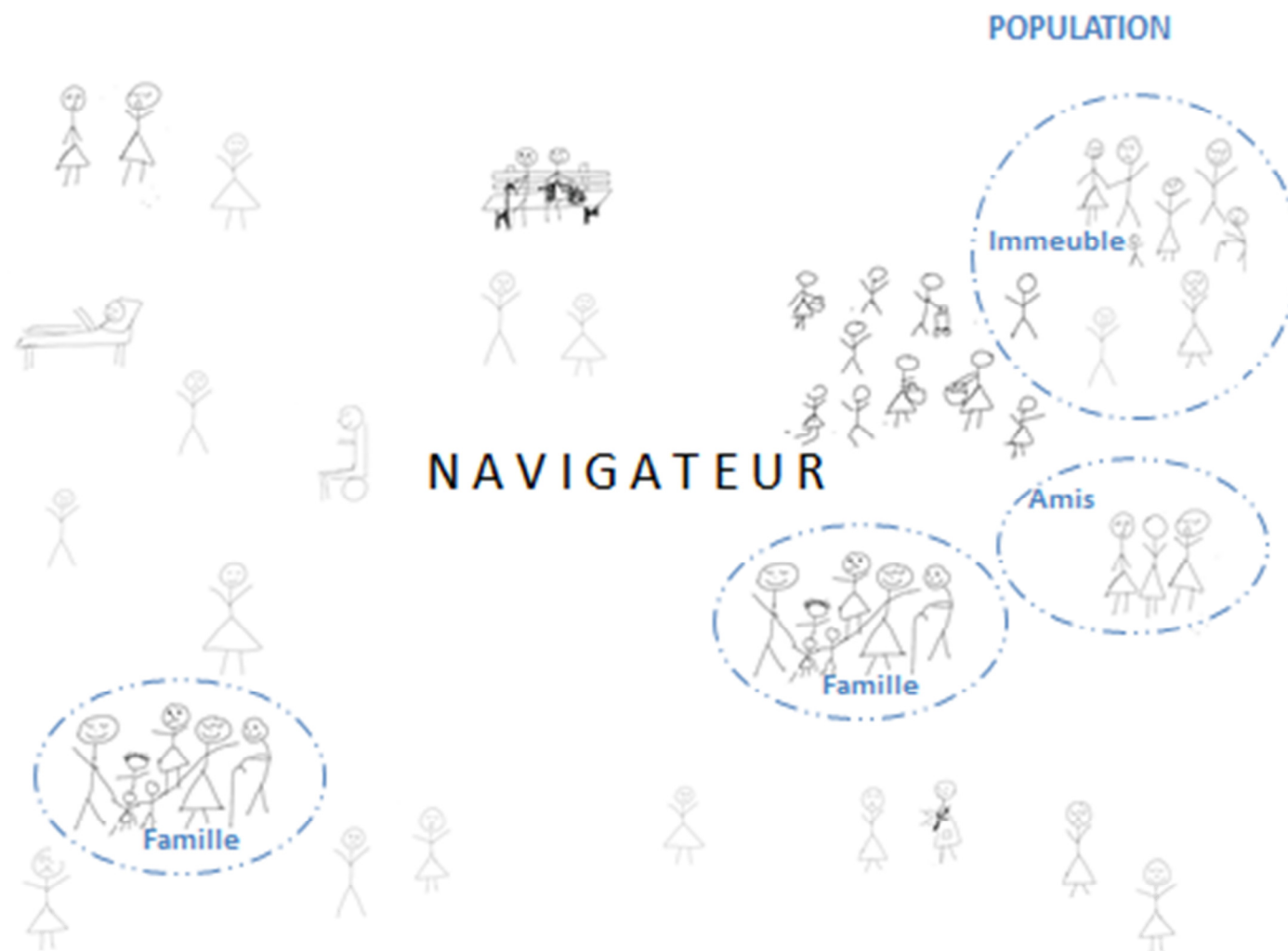


Figure 11 : Le navigateur, population et système de vie sociale

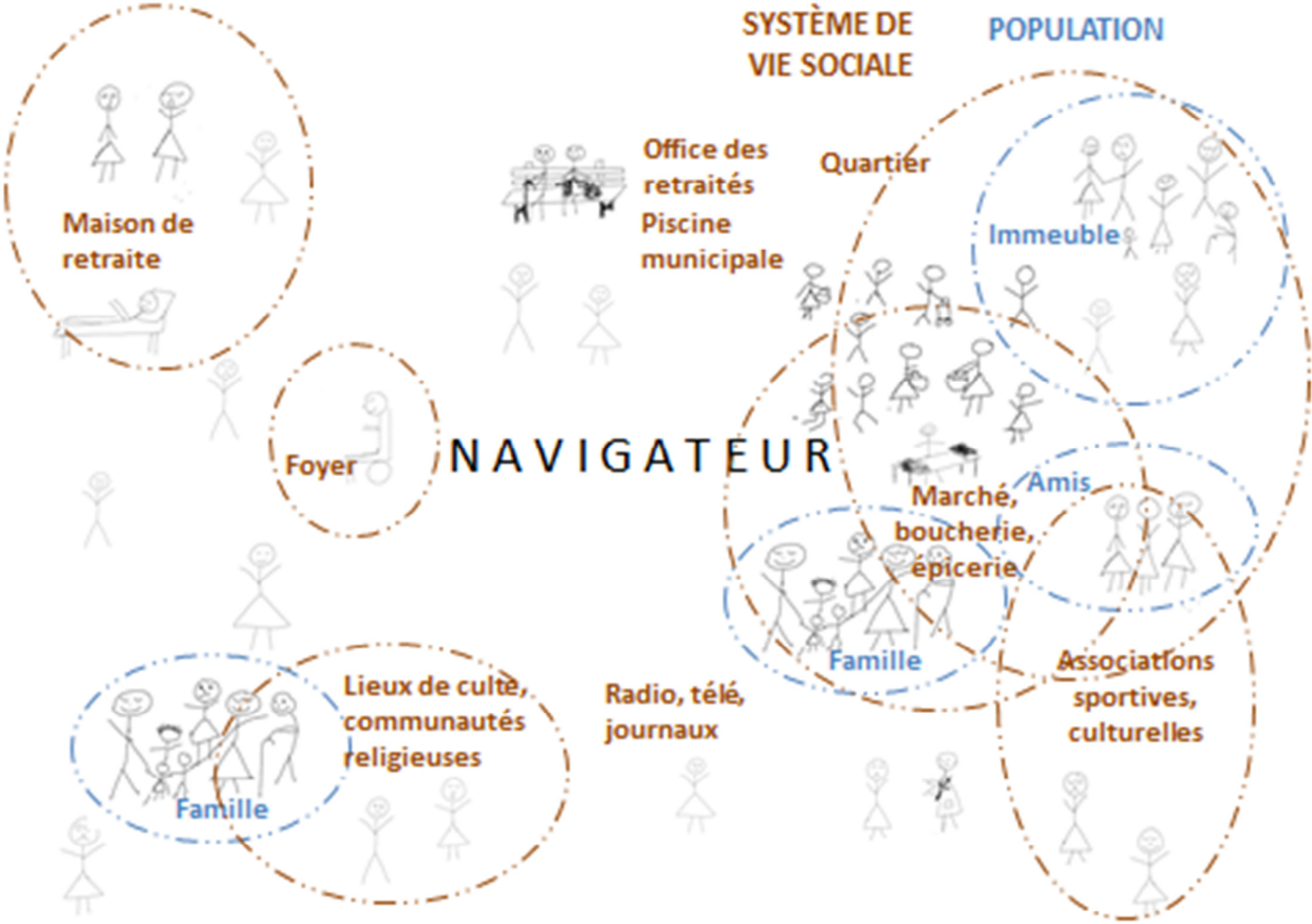


Figure 12 : Le navigateur, population, système de vie sociale et système d'aide sociale

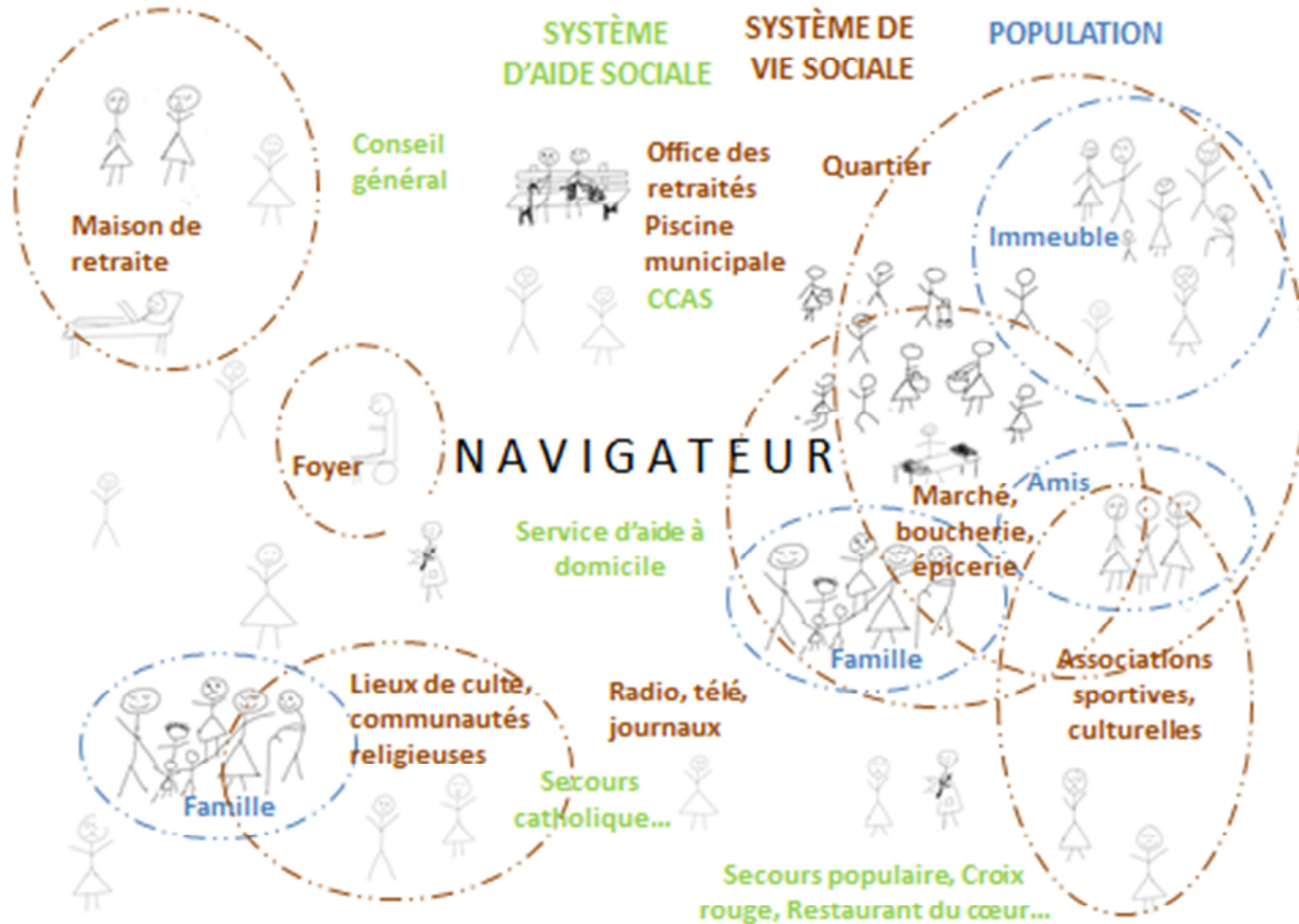
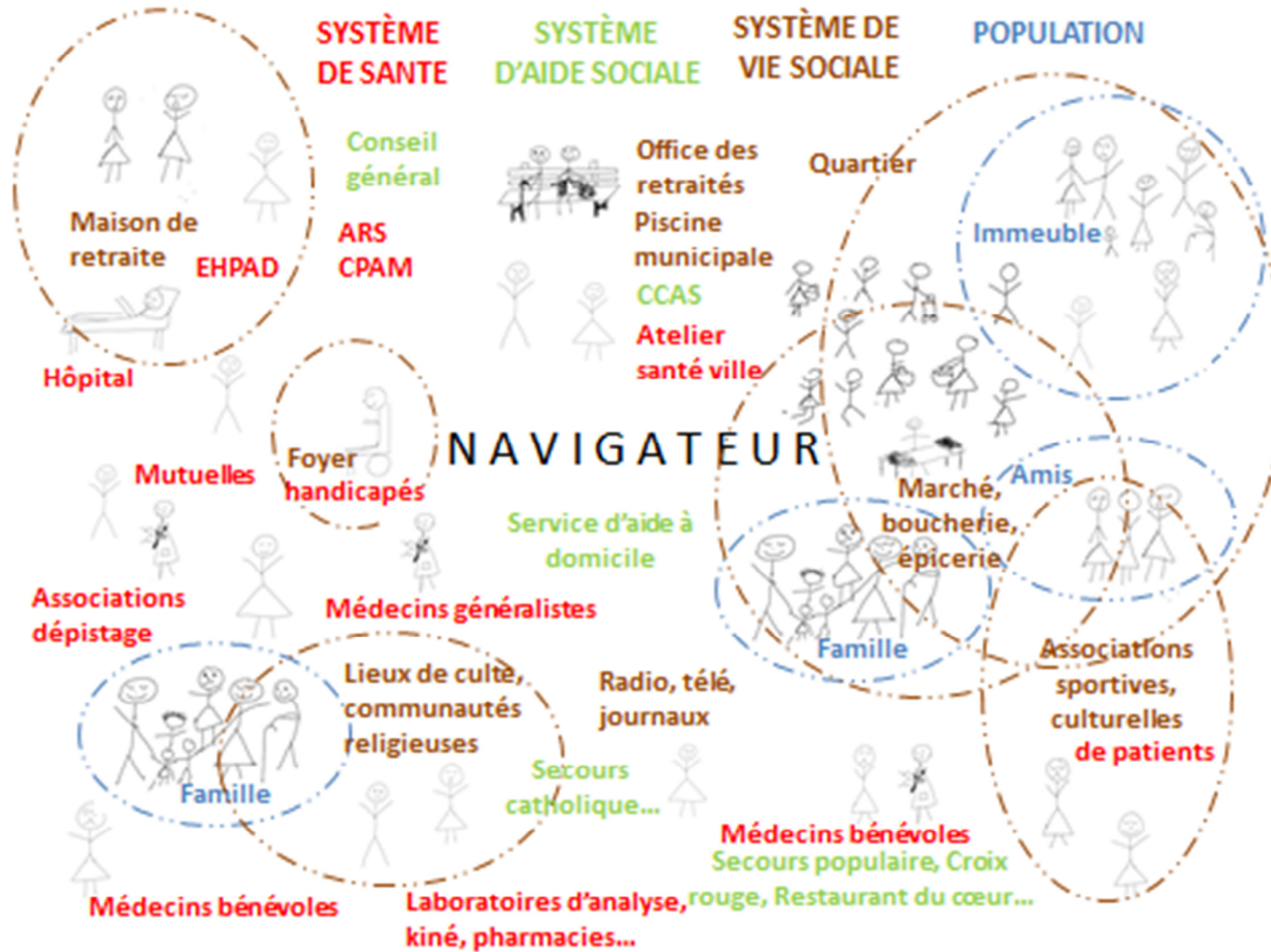


Figure 13 : Le Navigateur et les différentes catégories d'acteur



Conclusion

Un intervenant supplémentaire comme facilitateur entre un système de santé complexe et des bénéficiaires peu à même de surmonter cette complexité interroge au final sur le but d'une telle intervention. Est-il seulement de faire augmenter le taux de dépistage à court terme ou est-il aussi de faire en sorte que la population s'intéresse aux questions de santé et de réduire les inégalités sociales de santé sur le long terme ? Est-il de créer les conditions d'un échange plus fluide entre le système de santé et la population ? Elles questionnent aussi sur jusqu'où peut-on aller pour faire en sorte que les personnes s'intéressent à leur santé ? Doit-on aller jusqu'à une démarche qui se rapproche de la vente ? Doit-on créer les conditions sociales de l'acceptabilité du dépistage dans la population en diffusant dans les différentes couches du système ? Doit-on rendre le dépistage du cancer obligatoire ? Ou doit-on laisser une réelle autonomie de choix aux membres de la population ?

Ce travail interroge sur la place dans le design du dispositif de cet intervenant supplémentaire appelé dans cette situation, navigateur. L'ajout d'un intervenant supplémentaire est-il destiné à servir d'intermédiaire entre un système dont les dysfonctionnements sont nombreux et des personnes peu aptes à les surmonter ? Interroge-t-il sur sa capacité à esquisser un modeste mais nouveau design du dispositif de dépistage du cancer ?

Ce rapport permettra donc de mettre ces questions en perspective et de les approfondir.

Bibliographie

- Aligica, Paul D., et Vlad Tarko. 2012. « Polycentricity: From Polanyi to Ostrom, and Beyond ». *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions* 25 (2): 237-62.
- Bastani, R., C. M. Mojica, B. A. Berman, et P. A. Ganz. 2010. « Low-Income Women with Abnormal Breast Findings: Results of a Randomized Trial to Increase Rates of Diagnostic Resolution ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 19 (8): 1927-36. doi:10.1158/1055-9965.EPI-09-0481.
- Battaglia, T. A., S. M. Bak, T. Heeren, C. A. Chen, R. Kalish, S. Tringale, J. O. Taylor, et al. 2012. « Boston Patient Navigation Research Program: The Impact of Navigation on Time to Diagnostic Resolution after Abnormal Cancer Screening ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (10): 1645-54. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0532.
- Barthélémy, Fabienne. 2007. « Médiateurs sociaux, femmes-relais: de nouveaux agents de la relation d'aide ». http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INSO_139_0106.
- Battaglia, Tracy A., Kathryn Roloff, Michael A. Posner, et Karen M. Freund. 2007. « Improving Follow-up to Abnormal Breast Cancer Screening in an Urban Population: A Patient Navigation Intervention ». *Cancer* 109 (S2): 359-67. doi:10.1002/cncr.22354.
- Beach, M. L., A. B. Flood, C. M. Robinson, A. N. Cassells, J. N. Tobin, M. A. Greene, et A. J. Dietrich. 2007. « Can Language-Concordant Prevention Care Managers Improve Cancer Screening Rates? » *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 16 (10): 2058-64. doi:10.1158/1055-9965.EPI-07-0373.
- Bensink, Mark E., Scott D. Ramsey, Tracy Battaglia, Kevin Fiscella, Thelma C. Hurd, June M. McKoy, Steven R. Patierno, et al. 2014. « Costs and Outcomes Evaluation of Patient Navigation after Abnormal Cancer Screening: Evidence from the Patient Navigation Research Program: Patient Navigation After Abnormal Screening ». *Cancer* 120 (4): 570-78. doi:10.1002/cncr.28438.
- Bonafé-Schmitt, Jean-Pierre. 2003. « L'évaluation de l'activité de médiation de quartier ». *Récupéré sur Internet dans* <http://www.espritcritique.org/0603/esp0603article09.pdf>.
- Bone, Lee, Kristen Edington, Jessica Rosenberg, Jennifer Wenzel, Mary A. Garza, Catherine Klein, Lisa Schmitt, et Jean G. Ford. 2013. « Building a navigation system to reduce cancer disparities among urban black older adults ». *The Johns Hopkins University Press*.
- Braschi, Caitlyn D., Jamilia R. Sly, Smriti Singh, Cristina Villagra, et Lina Jandorf. 2013. « Increasing Colonoscopy Screening for Latino Americans Through a Patient Navigation Model: A Randomized Clinical Trial ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 16 (5): 934-40. doi:10.1007/s10903-013-9848-y.
- Braun, Kathryn L., Amanda Allison, et JoAnn U. Tsark. 2008. « Using Community-Based Research Methods to Design Cancer Patient Navigation Training ». *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action* 2 (4): 329-40. doi:10.1353/cpr.0.0037.
- Braun, Kathryn L., Marjorie Kagawa-Singer, Alan E.C. Holden, Linda Burhansstipanov, Jacqueline H. Tran, Brenda F. Seals, Giselle Corbie-Smith, et al. 2012. « Cancer Patient Navigator Tasks across the Cancer Care Continuum ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23 (1): 398-413. doi:10.1353/hpu.2012.0029.
- Bretagne, J. F., H. Goulard, M. Boussac-Zarebska, E. Salines, et J. Bloch. 2009. « L'état du dépistage du cancer colorectal en France en 2009 ». *Sur* <http://www.fmcgastro.org/include/PJ/526.pdf>. <http://www.springerlink.com/index/Q3088560260W61R7.pdf>.

- Burhansstipanov, Linda, Mark B. Dignan, Ann Schumacher, Linda U. Krebs, Grace Alfonsi, et Cecilia Ceci Apodaca. 2010. « Breast Screening Navigator Programs within Three Settings That Assist Underserved Women ». *Journal of Cancer Education* 25 (2): 247-52. doi:10.1007/s13187-010-0071-4.
- Burhansstipanov, Linda, Mark B. Dignan, Della Bad Wound, Martha Tenney, et Gaylene Vigil. 2000. « Native American Recruitment into breast Cancer Screening: The NAWWA Project ». *Cancer Educ.*, n° 15: 28-32.
- Burhansstipanov, Linda, Linda U. Krebs, Shinobu Watanabe-Galloway, Daniel G. Petereit, Noel L. Pingatore, et Valerie Eschiti. 2012. « Preliminary Lessons Learned from the “Native Navigators and the Cancer Continuum” (NNACC) ». *Journal of Cancer Education* 27 (S1): 57-65. doi:10.1007/s13187-012-0316-5.
- Burhansstipanov, Linda, Della Bad Wound, Nina Capelouto, Fran Goldfarb, Lisa Harjo, Lenora Hatablie, Gaylene Vigil, et Monika White. 1998. « Culturally relevant “navigator” Patient support: The native sisters ». *Cancer Practice* 6 (3).
- Buthion, Valérie, Clémence Denechaud, et Raphaël Remonnay. 2009. « Organisation de la transfusion sanguine thérapeutique : étude des modalités alternatives de la transfusion sanguine thérapeutique organisable en ambulatoire ». Rapport de recherche. Université de Lyon: GATE, Université de Lyon.
- Calhoun, E. A., E. M. Whitley, A. Esparza, E. Ness, A. Greene, R. Garcia, et P. A. Valverde. 2010. « A National Patient Navigator Training Program ». *Health Promotion Practice* 11 (2): 205-15. doi:10.1177/1524839908323521.
- Cambon, Linda, Lucette Barthelemy, et Grazia Mangin. 2007. « Expérimentation d’une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité ». *Santé Publique* 19 (6): 513. doi:10.3917/spub.076.0513.
- Cavanagh, Mary F., Dorothy S. Lane, Catherine R. Messina, et Joseph C. Anderson. 2013. « Clinical Case Management and Navigation for Colonoscopy Screening in an Academic Medical Center: Colonoscopy Screening Barrier Reduction ». *Cancer* 119 (août): 2894-2904. doi:10.1002/cncr.28156.
- Chen, Lea Ann, Stephanie Santos, Lina Jandorf, Jennifer Christie, Anabella Castillo, Gary Winkel, et Steven Itzkowitz. 2008. « A Program to Enhance Completion of Screening Colonoscopy Among Urban Minorities ». *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 6 (4): 443-50. doi:10.1016/j.cgh.2007.12.009.
- Chen, M. S., D. M. Fang, S. L. Stewart, M. Y. Ly, S. Lee, J. H. T. Dang, T. T. Nguyen, et al. 2013. « Increasing Hepatitis B Screening for Hmong Adults: Results from a Randomized Controlled Community-Based Study ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 22 (5): 782-91. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-1399.
- Christie, Jennifer, Steven Itzkowitz, Irene Lihau-Nkanza, Anabella Castillo, William Redd, et Lina Jandorf. 2008. « A randomized controlled trial using patient navigation to increase colonoscopy screening among low-income minorities ». *Journal of the National Medical Association* 100 (3).
- Clark, Cheryl R., Nashira Baril, Angela Hall, Marycarmen Kunicki, Natacha Johnson, Jane Soukup, Stuart Lipsitz, et JudyAnn Bigby. 2011. « Case management intervention in cervical cancer prevention : the Boston REACH coalition Women’s health demonstration project ». *The Johns Hopkins University Press*.
- Clark, Cheryl R., Nashira Baril, Marycarmen Kunicki, Natacha Johnson, Jane Soukup, Kathleen Ferguson, Stuart Lipsitz, et JudyAnn Bigby. 2009. « Addressing social determinants of health to improve access to early breast cancer detection: results of the Boston REACH 2010 Breast and Cervical Cancer Coalition Women’s Health Demonstration Project ». *Journal of Women’s Health* 18 (5): 677-90.

- Cohen, Elisia L., Allison M. Scott, Carol R. White, et Mark B. Dignan. 2013. « Evaluation of Patient Needs and Patient Navigator Communication About Cervical Cancer Prevention in Appalachian Kentucky: Patient Navigation and Cervical Cancer Prevention ». *Journal of Communication* 63 (1): 72-94. doi:10.1111/jcom.12002.
- DeGroff, Amy, Kisha Coa, Kerry Grace Morrissey, Elizabeth Rohan, et Beth Slotman. 2013. « Key considerations in designing a patient navigation program for colorectal cancer screening ». *Health promotion practice*, 1524839913513587.
- Dembe, Allard E., Jeffrey M. Biehl, Alicia D. Smith, et Teresa Garcia de Gutierrez. 2013. « Employers' Role in Helping Latino Workers Obtain Access to Health Care Services: Results of a Community-Based Pilot Demonstration Project ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 15 (3): 661-65. doi:10.1007/s10903-012-9642-2.
- Dietrich, Allen J., Jonathan N. Tobin, Andrea Cassells, Christina M. Robinson, Mary Ann Greene, C. H. Sox, M. L. Beach, K. N. DuHamel, et R. G. Younge. 2006. « Telephone care management to improve cancer screening among low-income women ». *Ann Intern Med* 144 (8): 563-71.
- Dignan, Mark B., Linda Burhansstipanov, Judy Hariton, Lisa Harjo, Jerri Rattler, Rose Lee, et Mond Mason. 2005. « A comparison of two Native American Navigator formats: face-to-face and telephone ». *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center* 12 (Suppl 2): 28.
- Domingo, Jermy B., Elise L. Davis, Amanda L. Allison, et Kathryn L. Braun. 2011. « Cancer Patient Navigation Case Studies in Hawai'i: The Complimentary Role of Clinical and Community Navigators ». *Hawaii medical journal* 70 (12): 257.
- Donaldson, Elisabeth A., David R. Holtgrave, Renea A. Duffin, Frances Feltner, William Funderburk, et Harold P. Freeman. 2012. « Patient Navigation for Breast and Colorectal Cancer in 3 Community Hospital Settings: An Economic Evaluation ». *Cancer* 118 (19): 4851-59. doi:10.1002/cncr.27487.
- Duggan, Catherine, Gloria Coronado, Javiera Martinez, Theresa L. Byrd, Elizabeth Carosso, Cathy Lopez, Maria Benavides, et Beti Thompson. 2012. « Cervical cancer screening and adherence to follow-up among Hispanic women study protocol: a randomized controlled trial to increase the uptake of cervical cancer screening in Hispanic women ». *BMC cancer* 12 (1): 170.
- Elkin, Elena B., Ephraim Shapiro, Jacqueline G. Snow, Ann G. Zauber, et Marian S. Krauskopf. 2012. « The Economic Impact of a Patient Navigator Program to Increase Screening Colonoscopy ». *Cancer* 118 (23): 5982-88. doi:10.1002/cncr.27595.
- Ell, Kathleen, Deborah Padgett, Betsy Vourlekis, Jan Nissly, Diana Pineda, Olga Sarabia, Virginia Walther, Susan Blumenfield, et Pey-Jiuan Lee. 2002. « Abnormal Mammogram Follow-up ». *Cancer practice* 10 (3): 130-38.
- Ell, Kathleen, Betsy Vourlekis, Pey-Jiuan Lee, et Bin Xie. 2007. « Patient Navigation and Case Management Following an Abnormal Mammogram: A Randomized Clinical Trial ». *Preventive Medicine* 44 (1): 26-33. doi:10.1016/j.ypmed.2006.08.001.
- Engelstad, Linda P., Susan Stewart, Regina Otero-Sabogal, May S. Leung, Patricia I. Davis, et Rena J. Pasick. 2005. « The Effectiveness of a Community Outreach Intervention to Improve Follow-up among Underserved Women at Highest Risk for Cervical Cancer ». *Preventive Medicine* 41 (3-4): 741-48. doi:10.1016/j.ypmed.2005.06.003.
- Eschiti, Valerie, Linda Burhansstipanov, et Shinobu Watanabe-Galloway. 2012. « Native Cancer Navigation: The State of the Science ». *Clinical Journal of Oncology Nursing* 16 (1): 73-82. doi:10.1188/12.CJON.73-82.
- Fang, Carolyn Y., Grace X. Ma, Yin Tan, et Nungja Chi. 2007. « A Multifaceted Intervention to Increase Cervical Cancer Screening among Underserved Korean Women. » *Cancer Epidemiology, Biomarkers &*

Prevention : A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology 16 (6): 1298-1302. doi:10.1158/1055-9965.EPI-07-0091.

Fang, C. Y., G. X. Ma, Y. Tan, et N. Chi. 2007. « A Multifaceted Intervention to Increase Cervical Cancer Screening among Underserved Korean Women ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 16 (6): 1298-1302. doi:10.1158/1055-9965.EPI-07-0091.

Fernandez, Maria E., Alicia Gonzales, Guillermo Tortolero-Luna, Janet Williams, Monica Saavedra-Embesi, Wenyaw Chan, et Sally W. Vernon. 2009. « Effectiveness of Cultivando La Salud: A Breast and Cervical Cancer Screening Promotion Program for Low-Income Hispanic Women ». *American Journal of Public Health* 99 (5).

Ferrante, Jeanne M., Ping-Hsin Chen, et Steve Kim. 2007. « The Effect of Patient Navigation on Time to Diagnosis, Anxiety, and Satisfaction in Urban Minority Women with Abnormal Mammograms: A Randomized Controlled Trial ». *Journal of Urban Health* 85 (1): 114-24. doi:10.1007/s11524-007-9228-9.

Ferrante, Jeanne M., Justine Wu, et Barbara Dicicco-Bloom. 2011. « Strategies Used and Challenges Faced by a Breast Cancer Patient Navigator in an Urban Underserved Community ». *Journal of the National Medical Association* 103 (8): 729.

Fiscella, Kevin, Sean Ransom, Pascal Jean-Pierre, David Cella, Kevin Stein, Joseph E. Bauer, Rebecca Crane-Okada, et al. 2011. « Patient-Reported Outcome Measures Suitable to Assessment of Patient Navigation ». *Cancer* 117 (S15): 3601-15. doi:10.1002/cncr.26260.

Fouad, Mona, Theresa Wynn, Michelle Martin, et Edward Partridge. 2010. « Patient navigation pilot project: results from the Community Health Advisors in Action Program (CHAAP) ». *Ethn Dis* 20 (2): 155-61.

Freeman, Harold P. 2006. « Patient Navigation: A Community Based Strategy to Reduce Cancer Disparities ». *Journal of Urban Health* 83 (2): 139-41. doi:10.1007/s11524-006-9030-0.

———. 2012. « The origin, evolution, and principles of patient navigation ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (10): 1614-17.

Freeman, Harold P., et Kenneth C. Chu. 2005. « Determinants of Cancer Disparities: Barriers to Cancer Screening, Diagnosis, and Treatment. » *Surgical Oncology Clinics of North America* 14 (4): 655-69, v. doi:10.1016/j.soc.2005.06.002.

Freeman, H. P., B. J. Muth, et J. F. Kerner. 1995. « Expanding Access to Cancer Screening and Clinical Follow-up among the Medically Underserved. » *Cancer Practice* 3 (1).

Frelix, Gloria D., Ruth Rosenblatt, Mary Solomon, et Bhadrasain Vikram. 1999. « Breast cancer screening in underserved women in the Bronx. » *Journal of the National Medical Association* 91 (4): 195.

Freund, Karen M., Tracy A. Battaglia, Elizabeth Calhoun, Donald J. Dudley, Kevin Fiscella, Electra Paskett, Peter C. Raich, Richard G. Roetzheim, et The Patient Navigation Research Program Group. 2008. « National Cancer Institute Patient Navigation Research Program: Methods, Protocol, and Measures ». *Cancer* 113 (12): 3391-99. doi:10.1002/cncr.23960.

Gabram, Sheryl G. A., Mary Jo B. Lund, Jessica Gardner, Nadjo Hatchett, Harvey L. Bumpers, Joel Okoli, Monica Rizzo, Barbara J. Johnson, Gina B. Kirkpatrick, et Otis W. Brawley. 2008. « Effects of an Outreach and Internal Navigation Program on Breast Cancer Diagnosis in an Urban Cancer Center with a Large African-American Population ». *Cancer* 113 (3): 602-7. doi:10.1002/cncr.23568.

Gimpel, N., A. Marcee, K. Kennedy, J. Walton, S. Lee, et M. J. DeHaven. 2010. « Patient Perceptions of a Community-Based Care Coordination System ». *Health Promotion Practice* 11 (2): 173-81. doi:10.1177/1524839908320360.

Glick, Susan B., Amanda R. Clarke, Anita Blanchard, et Amy K. Whitaker. 2012. « Cervical Cancer Screening, Diagnosis and Treatment Interventions for Racial and Ethnic Minorities: A Systematic Review. » *Journal of General Internal Medicine* 27 (8): 1016-32. doi:10.1007/s11606-012-2052-2.

Gotay, Carolyn Cook, Richard O. Banner, Doris Segal Matsunaga, Nancy Hedlund, Rachelle Enos, Brian F. Issell, et Ho 'oipo DeCampra. 2000. « Impact of a Culturally Appropriate Intervention on Breast and Cervical Screening among Native Hawaiian Women ». *Preventive Medicine* 31 (5): 529-37. doi:10.1006/pmed.2000.0732.

Han, H.-R., H. Lee, M. T. Kim, et K. B. Kim. 2008. « Tailored Lay Health Worker Intervention Improves Breast Cancer Screening Outcomes in Non-Adherent Korean-American Women ». *Health Education Research* 24 (2): 318-29. doi:10.1093/her/cyn021.

Halbert, Chanita Hughes, Vanessa Briggs, Marjorie Bowman, Brenda Bryant, Debbie Chatman Bryant, Ernestine Delmoor, Monica Ferguson, et al. 2013. « Acceptance of a community-based navigator program for cancer control among urban African Americans ». *Health education research* 29 (1): 97-108.

Han, H.-R., H. Lee, M. T. Kim, et K. B. Kim. 2008. « Tailored Lay Health Worker Intervention Improves Breast Cancer Screening Outcomes in Non-Adherent Korean-American Women ». *Health Education Research* 24 (2): 318-29. doi:10.1093/her/cyn021.

Herbert, C, H Lefevre, M Gignoux, et G Launoy. 2002. « Influence du groupe socioprofessionnel et du lieu de résidence sur la prise en charge et la survie des cancers digestifs: Étude en population: département du Calvados ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 50 (3): 253-64.

Hiatt, Robert A., Rena J. Pasick, Susan Stewart, Joan Bloom, Patricia Davis, Phillip Gardiner, Monica Johnston, et al. 2001. « Community-Based Cancer Screening for Underserved Women: Design and Baseline Findings from the Breast and Cervical Cancer Intervention Study ». *Preventive Medicine* 33 (3): 190-203. doi:10.1006/pmed.2001.0871.

Hoffman, H. J., N. L. LaVerda, H. A. Young, P. H. Levine, L. M. Alexander, R. Brem, L. Caicedo, et al. 2012. « Patient Navigation Significantly Reduces Delays in Breast Cancer Diagnosis in the District of Columbia ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (10): 1655-63. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0479.

Honeycutt, Sally, Rhonda Green, Denise Ballard, April Hermstad, Alex Brueder, Regine Haardörfer, Jennifer Yam, et Kimberly J. Arriola. 2013. « Evaluation of a Patient Navigation Program to Promote Colorectal Cancer Screening in Rural Georgia, USA: Colonoscopy Screening Program Evaluation ». *Cancer* 119 (16): 3059-66. doi:10.1002/cncr.28033.

Hughes Halbert, Chanita, Vanessa Briggs, Marjorie Bowman, Brenda Bryant, Debbie Chatman Bryant, Ernestine Delmoor, Monica Ferguson, et al. 2013. « Acceptance of a community-based navigator program for cancer control among urban African Americans ». *Health Education Research* 29 (1): 97-108.

Jandorf, L. 2005. « Use of a Patient Navigator to Increase Colorectal Cancer Screening in an Urban Neighborhood Health Clinic ». *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 82 (2): 216-24. doi:10.1093/jurban/jti046.

Jandorf, L., C. Braschi, E. Ernstoff, C. R. Wong, L. Thelemaque, G. Winkel, H. S. Thompson, W. H. Redd, et S. H. Itzkowitz. 2013. « Culturally Targeted Patient Navigation for Increasing African Americans' Adherence to Screening Colonoscopy: A Randomized Clinical Trial ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 22 (9): 1577-87. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-1275.

Jandorf, L., J. L. Cooperman, L. M. Stossel, S. Itzkowitz, H. S. Thompson, C. Villagra, L. D. Thelemaque, et al. 2013. « Implementation of Culturally Targeted Patient Navigation System for Screening

Colonoscopy in a Direct Referral System ». *Health Education Research* 28 (5): 803-15. doi:10.1093/her/cyt003.

Jandorf, Lina, Zoran Bursac, LeaVonne Pulley, Michelle Trevino, Anabella Castillo, et Deborah O. Erwin. 2008. « Breast and Cervical Cancer Screening Among Latinas Attending Culturally Specific Educational Programs ». *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action* 2 (3): 195-204. doi:10.1353/cpr.0.0034.

Jandorf, Lina, Lauren M. Stossel, Julia L. Cooperman, Joshua Graff Zivin, Uri Ladabaum, Diana Hall, Linda D. Thélémaque, William Redd, et Steven H. Itzkowitz. 2013. « Cost Analysis of a Patient Navigation System to Increase Screening Colonoscopy Adherence among Urban Minorities: Cost Analysis of Colonoscopy Navigation ». *Cancer* 119 (3): 612-20. doi:10.1002/cncr.27759.

Jean-Pierre, Pascal, Kevin Fiscella, Karen M. Freund, Jack Clark, Julie Darnell, Alan Holden, Douglas Post, Steven R. Patierno, Paul C. Winters, et the Patient Navigation Research Program Group. 2011. « Structural and Reliability Analysis of a Patient Satisfaction with Cancer-Related Care Measure: A Multisite Patient Navigation Research Program Study ». *Cancer* 117 (4): 854-61. doi:10.1002/cncr.25501.

Jean-Pierre, Pascal, Kevin Fiscella, Paul C. Winters, Electra Paskett, Kristen Wells, et Tracy Battaglia. 2013. « Psychometric Validation and Reliability Analysis of a Spanish Version of the Patient Satisfaction with Cancer-Related Care Measure: A Patient Navigation Research Program Study ». *Supportive Care in Cancer* 20 (9): 1949-56. doi:10.1007/s00520-011-1297-3.

Jean-Pierre, Pascal, Kevin Fiscella, Paul C. Winters, Electra Paskett, Kristen Wells, Tracy Battaglia, et The Patient Navigation Research Program Group. 2011. « Cross-Cultural Validation of a Patient Satisfaction with Interpersonal Relationship with Navigator Measure: A Multi-Site Patient Navigation Research Study: Patient Satisfaction with Navigator-Spanish ». *Psycho-Oncology* 21 (12): 1309-15. doi:10.1002/pon.2018.

Jean-Pierre, Pascal, Kevin Fiscella, Paul C. Winters, Douglas Post, Kristen J. Wells, June M. McKoy, Tracy Battaglia, Melissa A. Simon, Kristin Kilbourn, et The Patient Navigation Research Program Group. 2012. « Psychometric Development and Reliability Analysis of a Patient Satisfaction with Interpersonal Relationship with Navigator Measure: A Multi-Site Patient Navigation Research Program Study: Patient Satisfaction with Interpersonal Relationship with Navigator ». *Psycho-Oncology* 21 (9): 986-92. doi:10.1002/pon.2002.

Jean-Pierre, Pascal, Samantha Hendren, Kevin Fiscella, Starlene Loader, Sally Rousseau, Bonnie Schwartzbauer, Mechelle Sanders, Jennifer Carroll, et Ronald Epstein. 2011. « Understanding the Processes of Patient Navigation to Reduce Disparities in Cancer Care: Perspectives of Trained Navigators from the Field ». *Journal of Cancer Education* 26 (1): 111-20. doi:10.1007/s13187-010-0122-x.

Jean-Pierre, Pascal, Paul C. Winters, Jack A. Clark, Victoria Warren-Mears, Kristen J. Wells, Douglas M. Post, Nancy LaVerda, Mary Ann Van Duyn, et Kevin Fiscella. 2013. « Do Better-Rated Navigators Improve Patient Satisfaction with Cancer-Related Care? » *Journal of Cancer Education* 28 (3): 527-34. doi:10.1007/s13187-013-0498-5.

Krantz, Mori J., Stephanie M. Coronel, Elizabeth M. Whitley, Rita Dale, Jason Yost, et Raymond O. Estacio. 2013. « Effectiveness of a community health worker cardiovascular risk reduction program in public health and health care settings ». *American journal of public health* 103 (1): e19-27.

Krebs, Linda U., Linda Burhansstipanov, Shinobu Watanabe-Galloway, Noel L. Pingatore, Daniel G. Petereit, et Debra Isham. 2013. « Navigation as an Intervention to Eliminate Disparities in American Indian Communities ». *Seminars in Oncology Nursing* 29 (2): 118-27. doi:10.1016/j.soncn.2013.02.007.

Kreuter, Matthew W., Katherine S. Eddens, Cassandra I. Alcaraz, Suchitra Rath, Choi Lai, Nikki Caito, Regina Greer, et al. 2012. « Use of Cancer Control Referrals by 2-1-1 Callers ». *American Journal of Preventive Medicine* 43 (6): S425-34. doi:10.1016/j.amepre.2012.09.004.

Lairson, David R., Jinhai Huo, Katharine A. Ball Ricks, Lara Savas, et María E. Fernández. 2013. « The Cost of Implementing a 2-1-1 Call Center-Based Cancer Control Navigator Program ». *Evaluation and Program Planning* 39 (août): 51-56. doi:10.1016/j.evalprogplan.2013.04.001.

Lasser, Karen E., Karey S. Kenst, Lisa M. Quintiliani, Renda Soylemez Wiener, Jennifer Murillo, Lori Pbert, Ziming Xuan, et Deborah J. Bowen. 2013. « Patient Navigation to Promote Smoking Cessation among Low-Income Primary Care Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial ». *Journal of Ethnicity in Substance Abuse* 12 (4): 374-90. doi:10.1080/15332640.2013.819311.

Lasser, Karen E., Jennifer Murillo, Sandra Lisboa, A. Naomie Casimir, Lisa Valley-Shah, Karen M. Emmons, Robert H. Fletcher, et John Z. Ayanian. 2011. « Colorectal cancer screening among ethnically diverse, low-income patients: a randomized controlled trial ». *Archives of internal medicine* 171 (10): 906-12.

Lasser, Karen E, Jennifer Murillo, Elizabeth Medlin, Sandra Lisboa, Lisa Valley-Shah, Robert H Fletcher, Karen M Emmons, et John Z Ayanian. 2009. « A Multilevel Intervention to Promote Colorectal Cancer Screening among Community Health Center Patients: Results of a Pilot Study ». *BMC Family Practice* 10 (1): 37. doi:10.1186/1471-2296-10-37.

Lebwohl, Benjamin, Alfred I. Neugut, Eliezer Stavsky, Sonia Villegas, Corinne Meli, Orlando Rodriguez, Carmen Franco, Marian S. Krauskopf, et Richard Rosenberg. 2011. « Effect of a Patient Navigator Program on the Volume and Quality of Colonoscopy ». *Journal of Clinical Gastroenterology* 45 (5): e47-53. doi:10.1097/MCG.0b013e3181f595c3.

Lee, Ji-Hyun, William Fulp, Kristen J. Wells, Cathy D. Meade, Ercilia Calcano, et Richard Roetzheim. 2013. « Patient Navigation and Time to Diagnostic Resolution: Results for a Cluster Randomized Trial Evaluating the Efficacy of Patient Navigation among Patients with Breast Cancer Screening Abnormalities, Tampa, FL ». Édité par Robert Lafrenie. *PLoS ONE* 8 (9): e74542. doi:10.1371/journal.pone.0074542.

Leone, Lucia A., Daniel S. Reuland, Carmen L. Lewis, Mary Ingle, Brian Erman, Tyana J. Summers, C. Annette DuBard, et Michael P. Pignone. 2013. « Reach, Usage, and Effectiveness of a Medicaid Patient Navigator Intervention to Increase Colorectal Cancer Screening, Cape Fear, North Carolina, 2011 ». *Preventing Chronic Disease* 10 (mai). doi:10.5888/pcd10.120221.

Lorhan, Shaun, Laura Cleghorn, Margaret Fitch, Kattie Pang, Alison McAndrew, Judy Applin-Poole, Elaine Ledwell, Roxanne Mitchell, et Michelle Wright. 2013. « Moving the Agenda Forward for Cancer Patient Navigation: Understanding Volunteer and Peer Navigation Approaches ». *Journal of Cancer Education* 28 (1): 84-91. doi:10.1007/s13187-012-0424-2.

Lucas, Barbara. 2009. « La médiation pour promouvoir la santé: L'exemple de la maladie d'Alzheimer ». *Nouvelles pratiques sociales* 21 (2): 109. doi:10.7202/038965ar.

Mackenbach, Johan P., Irina Stirbu, Albert-Jan R. Roskam, Maartje M. Schaap, Gwenn Menvielle, Mall Leinsalu, et Anton E. Kunst. 2008. « Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries ». *New England Journal of Medicine* 358 (23): 2468-81.

Ma, Grace X., Steve Shive, Yin Tan, Wanzhen Gao, Joanne Rhee, Micah Park, Jaesool Kim, et Jamil I. Toubbeh. 2009. « Community-Based Colorectal Cancer Intervention in Underserved Korean Americans ». *Cancer Epidemiology* 33 (5): 381-86. doi:10.1016/j.canep.2009.10.001.

Ma, G. X., L. Yin, W. Gao, Y. Tan, R. Liu, C. Fang, et X. S. Ma. 2012. « Workplace-Based Breast Cancer Screening Intervention in China ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (2): 358-67. doi:10.1158/1055-9965.EPI-11-0915.

- Margolis, Karen L., Nicole Lurie, Paul G. McGovern, Mary Tyrrell, et Jonathan S. Slater. 1998. « Increasing Breast and Cervical Cancer Screening in Low-Income Women ». *J Gen Intern Med*, n° 13: 515-21.
- Markossian, Talar W., et Elizabeth A. Calhoun. 2011. « Are Breast Cancer Navigation Programs Cost-Effective? Evidence from the Chicago Cancer Navigation Project ». *Health Policy* 99 (1): 52-59. doi:10.1016/j.healthpol.2010.07.008.
- Markossian, T. W., J. S. Darnell, et E. A. Calhoun. 2012. « Follow-Up and Timeliness After an Abnormal Cancer Screening Among Underserved, Urban Women in a Patient Navigation Program ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (10): 1691-1700. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0535.
- Mason, T. A., W. W. Thompson, D. Allen, D. Rogers, S. Gabram-Mendola, et K. R. Jacob Arriola. 2013. « Evaluation of the Avon Foundation Community Education and Outreach Initiative Community Patient Navigation Program ». *Health Promotion Practice* 14 (1): 105-12. doi:10.1177/1524839911404229.
- Maxwell, Annette E., Angela M. Jo, Catherine M. Crespi, Madhuri Sudan, et Roshan Bastani. 2010. « Peer Navigation Improves Diagnostic Follow-up after Breast Cancer Screening among Korean American Women: Results of a Randomized Trial ». *Cancer Causes & Control* 21 (11): 1931-40. doi:10.1007/s10552-010-9621-7.
- Mays, Darren, McKane E. Sharff, Tiffani A. DeMarco, Bernice Williams, Beth Beck, Vanessa B. Sheppard, Beth N. Peshkin, Jennifer Eng-Wong, et Kenneth P. Tercyak. 2012. « Outcomes of a Systems-Level Intervention Offering Breast Cancer Risk Assessments to Low-Income Underserved Women ». *Familial Cancer* 11 (3): 493-502. doi:10.1007/s10689-012-9541-7.
- Menvielle, Gwenn, Annette Leclerc, Jean-François Chastang, et Danièle Luce. 2008. « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France: état des lieux et évolution temporelle ». *InVS, BEH* 33: 289-92.
- McCloskey, Joanne. 2009. « Promotores as partners in a community-based diabetes intervention program targeting Hispanics ». *Fam Community Health* 32 (1): 48-57.
- Mock, Jeremiah, Stephen J. McPhee, Thoa Nguyen, Ching Wong, Hiep Doan, Ky Q. Lai, Kim H. Nguyen, Tung T. Nguyen, et Ngoc Bui-Tong. 2007. « Effective Lay Health Worker Outreach and Media-Based Education for Promoting Cervical Cancer Screening Among Vietnamese American Women ». *American Journal of Public Health* 97 (9).
- Monceau, Gilles, et Antoine Savoye. 2003. « L'analyse institutionnelle : entre socio-clinique et socio-histoire ». *L'Homme et la société* 147 (1): 7. doi:10.3917/lhs.147.0007.
- Myers, R. E., H. Bittner-Fagan, C. Daskalakis, R. Sifri, S. W. Vernon, J. Cocroft, M. DiCarlo, N. Katurakes, et J. Andrel. 2012. « A Randomized Controlled Trial of a Tailored Navigation and a Standard Intervention in Colorectal Cancer Screening ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 22 (1): 109-17. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0701.
- Nash, Denis, Sulaiman Azeez, David Vlahov, et Melissa Schori. 2006. « Evaluation of an Intervention to Increase Screening Colonoscopy in an Urban Public Hospital Setting ». *Journal of Urban Health* 83 (2): 231-43. doi:10.1007/s11524-006-9029-6.
- Naylor, Keith, James Ward, et Blase N. Polite. 2012. « Interventions to Improve Care Related to Colorectal Cancer Among Racial and Ethnic Minorities: A Systematic Review ». *Journal of General Internal Medicine* 27 (8): 1033-46. doi:10.1007/s11606-012-2044-2.
- Ngoc Nguyen, Tu-Uyen N., Sora Park Tanjasiri, Marjorie Kagawa-Singer, Jacqueline H. Tran, et Mary Anne Foo. 2008. « Community health navigators for Breast and cervical cancer screening among
- Nutbeam, Don. 2009. « Defining and Measuring Health Literacy: What Can We Learn from

Literacy Studies? » *International Journal of Public Health* 54 (5): 303-5. doi:10.1007/s00038-009-0050-x.

Cambodian and Laotian women: intervention strategies and relationship-building processes ». *Health Promotion Practice* 9 (4): 356-67.

Nguyen, Tu-Uyen N., Jacqueline H. Tran, Marjorie Kagawa-Singer, et Mary Anne Foo. 2011. « A qualitative assessment of community-based breast health navigation services for Southeast Asian women in Southern California: recommendations for developing a navigator training curriculum ». *American journal of public health* 101 (1): 87.

Nuss, Henry J., Donna L. Williams, Jennifer Hayden, et Colleen R. Huard. 2012. « Applying the social ecological model to evaluate a demonstration Colorectal Cancer Screening Program in Louisiana ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, n° 23: 1026-35.

ORS Rhône-Alpes. 2001. « Les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 50 à 74 ans consultant dans les centres d'examen de santé de Lyon et de Chambéry ».

Oluwole, Soji F., Ayoola O. Ali, Albert Adu, Brenda P. Blane, Barbara Barlow, Ruben Oropeza, et Harold P. Freeman. 2003. « Impact of a cancer screening program on breast cancer stage at diagnosis in a medically underserved urban community ». *Journal of the American College of Surgeons* 196 (2): 180-88.

Ostrom, Elinor. 2005. *Understanding institutional diversity*. Princeton university press.

———. 2010. « Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems ». *The American economic review*, 641-72.

Palmieri, Frances M., Elizabeth R. Deperi, Betty A. Mincey, Judith A. Smith, Lonnie K. Wen, Deborah M. Chewar, Reza Abaya, Gerardo Colon-Otero, et Edith A. Perez. 2009. « Comprehensive diagnostic program for medically underserved women with abnormal breast screening evaluations in an urban population ». In *Mayo Clinic Proceedings*, 84:317-22. Elsevier. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619611605399>.

Palos, Guadalupe R., et Martha Hare. 2011. « Patients, Family Caregivers, and Patient Navigators: A Partnership Approach ». *Cancer* 117 (S15): 3590-3600. doi:10.1002/cncr.26263.

Parker, Victoria A., Jack A. Clark, Jenniffer Leyson, Elizabeth Calhoun, Jennifer K. Carroll, Karen M. Freund, et Tracy A. Battaglia. 2010. « Patient Navigation: Development of a Protocol for Describing What Navigators Do ». *Health Services Research* 45 (2): 514-31. doi:10.1111/j.1475-6773.2009.01079.x.

Paskett, E. D., M. L. Katz, D. M. Post, M. L. Pennell, G. S. Young, E. E. Seiber, J. P. Harrop, et al. 2012. « The Ohio Patient Navigation Research Program: Does the American Cancer Society Patient Navigation Model Improve Time to Resolution in Patients with Abnormal Screening Tests? » *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (10): 1620-28. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0523.

Paskett, E., C. Tatum, J. Rushing, R. Michielutte, R. Bell, K. L. Foley, M. Bittoni, S. L. Dickinson, A. S. McAlearney, et K. Reeves. 2006. « Randomized Trial of an Intervention to Improve Mammography Utilization Among a Triracial Rural Population of Women ». *JNCI Journal of the National Cancer Institute* 98 (17): 1226-37. doi:10.1093/jnci/djj333.

Paul, Maela. 2007. « Ce qu'accompagner veut dire ». *Revue Scientifique Carriérologie* 9: 14.

Percac-Lima, Sanja, Jeffrey M. Ashburner, Barbara Bond, Sarah A. Oo, et Steven J. Atlas. 2013. « Decreasing Disparities in Breast Cancer Screening in Refugee Women Using Culturally Tailored Patient Navigation ». *Journal of General Internal Medicine* 28 (11): 1463-68. doi:10.1007/s11606-013-2491-4.

- Percac-Lima, Sanja, Carly S. Benner, Raymond Lui, Leslie S. Aldrich, Sarah A. Oo, Nessa Regan, et Bruce A. Chabner. 2013. « The Impact of a Culturally Tailored Patient Navigator Program on Cervical Cancer Prevention in Latina Women ». *Journal of Women's Health* 22 (5): 426-31. doi:10.1089/jwh.2012.3900.
- Percac-Lima, Sanja, Richard W. Grant, Alexander R. Green, Jeffrey M. Ashburner, Gloria Gamba, Sarah Oo, James M. Richter, et Steven J. Atlas. 2009. « A Culturally Tailored Navigator Program for Colorectal Cancer Screening in a Community Health Center: A Randomized, Controlled Trial ». *Journal of General Internal Medicine* 24 (2): 211-17. doi:10.1007/s11606-008-0864-x.
- Percac-Lima, Sanja, Bosiljka Milosavljevic, Sarah Abernethy Oo, Danelle Marable, et Barbara Bond. 2012. « Patient Navigation to Improve Breast Cancer Screening in Bosnian Refugees and Immigrants ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 14 (4): 727-30. doi:10.1007/s10903-011-9539-5.
- Percac-Lima, Sanja, Richard W. Grant, Alexander R. Green, Jeffrey M. Ashburner, Gloria Gamba, Sarah Oo, James M. Richter, et Steven J. Atlas. 2008a. « A Culturally Tailored Navigator Program for Colorectal Cancer Screening in a Community Health Center: A Randomized, Controlled Trial ». *Journal of General Internal Medicine* 24 (2): 211-17. doi:10.1007/s11606-008-0864-x.
- . 2008b. « A Culturally Tailored Navigator Program for Colorectal Cancer Screening in a Community Health Center: A Randomized, Controlled Trial ». *Journal of General Internal Medicine* 24 (2): 211-17. doi:10.1007/s11606-008-0864-x.
- Perumalswami, Ponni V., Stephanie H. Factor, Luciano Kapelusznik, Scott L. Friedman, Calvin Q. Pan, Charissa Chang, Frances Di Clemente, et Douglas T. Dieterich. 2013. « Hepatitis Outreach Network: A practical strategy for hepatitis screening with linkage to care in foreign-born communities ». *Journal of hepatology* 58 (5): 890-97.
- Phillips, Christine E., Jessica D. Rothstein, Kristine Beaver, Bonnie J. Sherman, Karen M. Freund, et Tracy A. Battaglia. 2010. « Patient Navigation to Increase Mammography Screening Among Inner City Women ». *Journal of General Internal Medicine* 26 (2): 123-29. doi:10.1007/s11606-010-1527-2.
- Phillips, R. A., et J. D. Margolis. 1999. « Toward an ethics of organizations ». *Business Ethics Quarterly* 9 (4): 619-38.
- Pierron, Jean-Philippe. 2007. « Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins ». *Sciences sociales et santé* 25 (2): 43-66.
- Pinell, Patrice. 1992. *Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Éditions Métailié.
- Pluye, Pierre, Louise Potvin, et Jean-Louis Denis. 2000. « La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé ». *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé* 7 (1): 99-113.
- Pornet, Carole, Cyrille Delpierre, Olivier Dejardin, Pascale Grosclaude, Ludivine Launay, Lydia Guittet, Thierry Lang, et Guy Launoy. 2012. « Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version ». *Journal of epidemiology and community health* 66 (11): 982-89.
- Pornet, C., O. Dejardin, F. Morlais, V. Bouvier, et G. Launoy. 2010. « Socioeconomic Determinants for Compliance to Colorectal Cancer Screening. A Multilevel Analysis ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 64 (4): 318-24. doi:10.1136/jech.2008.081117.
- Primeau, Sarah W., Karen M. Freund, Ambili Ramachandran, Sharon M. Bak, Timothy Heeren, Clara A. Chen, Samantha Morton, et Tracy A. Battaglia. 2013. « Social Service Barriers Delay Care Among Women with Abnormal Cancer Screening ». *Journal of General Internal Medicine* 29 (1): 169-75. doi:10.1007/s11606-013-2615-x.

- Pruthi, Sandhya, Kevin J. Stange, Gerald D. Malagrino, Kashmira S. Chawla, Nicholas F. LaRusso, et Judith S. Kaur. 2013. « Successful Implementation of a Telemedicine-Based Counseling Program for High-Risk Patients With Breast Cancer ». *Mayo Clinic Proceedings* 88 (1): 68-73. doi:10.1016/j.mayocp.2012.10.015.
- Raich, P. C., E. M. Whitley, W. Thorland, P. Valverde, D. Fairclough, et for the Denver Patient Navigation Research Program. 2012. « Patient Navigation Improves Cancer Diagnostic Resolution: An Individually Randomized Clinical Trial in an Underserved Population ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (10): 1629-38. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0513.
- Raj, A., N. Ko, T. A. Battaglia, B. A. Chabner, et B. Moy. 2012. « Patient Navigation for Underserved Patients Diagnosed with Breast Cancer ». *The Oncologist* 17 (8): 1027-31. doi:10.1634/theoncologist.2012-0191.
- Ramirez, Amelie G., Eliseo J. Pérez-Stable, Frank J. Penedo, Gregory A. Talavera, J. Emilio Carrillo, Maria E. Fernandez, Alan E. C. Holden, Edgar Munoz, Sandra San Miguel, et Kip Gallion. 2013. « Navigating Latinas with Breast Screen Abnormalities to Diagnosis: The Six Cities Study ». *Cancer* 119 (7): 1298-1305. doi:10.1002/cncr.27912.
- Ramsey, Scott, Elizabeth Whitley, Victoria Warren Mears, June M. McKoy, Rachel M. Everhart, Robert J. Caswell, Kevin Fiscella, et al. 2009. « Evaluating the Cost-Effectiveness of Cancer Patient Navigation Programs: Conceptual and Practical Issues ». *Cancer* 115 (23): 5394-5403. doi:10.1002/cncr.24603.
- Redwood, Diana, Ellen Provost, David Perdue, Donald Haverkamp, et David Espey. 2012. « The Last Frontier: Innovative Efforts to Reduce Colorectal Cancer Disparities among the Remote Alaska Native Population ». *Gastrointestinal Endoscopy* 75 (3): 474-80. doi:10.1016/j.gie.2011.12.031.
- Roetzheim, R. G., K. M. Freund, D. K. Corle, D. M. Murray, F. R. Snyder, A. C. Kronman, P. Jean-Pierre, et al. 2012. « Analysis of Combined Data from Heterogeneous Study Designs: An Applied Example from the Patient Navigation Research Program ». *Clinical Trials* 9 (2): 176-87. doi:10.1177/1740774511433284.
- Rohan, Elizabeth A., Jennifer E. Boehm, Amy DeGroff, Rebecca Glover-Kudon, et Judith Preissle. 2013. « Implementing the CDC's Colorectal Cancer Screening Demonstration Program: Wisdom from the Field: Wisdom from the Field ». *Cancer* 119 (août): 2870-83. doi:10.1002/cncr.28162.
- Rust, Susan. 2003. « Improvement of women's Breast health services ». *J Ambulatory Care Manage* 26 (3): 199-208.
- Shelton, Rachel C., Hayley S. Thompson, Lina Jandorf, Alejandro Varela, Bridget Oliveri, Cristina Villagra, Heiddis B. Valdimarsdottir, et William H. Redd. 2011. « Training Experiences of Lay and Professional Patient Navigators for Colorectal Cancer Screening ». *Journal of Cancer Education* 26 (2): 277-84. doi:10.1007/s13187-010-0185-8.
- Sly, Jamilya R., Lina Jandorf, Rayhana Dhulkifl, Diana Hall, Tiffany Edwards, Adam J. Goodman, Elithea Maysonet, et Sulaiman Azeez. 2012. « Challenges to Replicating Evidence-Based Research in Real-World Settings: Training African-American Peers as Patient Navigators for Colon Cancer Screening ». *Journal of Cancer Education* 27 (4): 680-86. doi:10.1007/s13187-012-0395-3.
- Sly, Jamilya R., Tiffany Edwards, Rachel C. Shelton, et Lina Jandorf. 2013. « Identifying Barriers to Colonoscopy Screening for Nonadherent African American Participants in a Patient Navigation Intervention. » *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education* 40 (4): 449-57. doi:10.1177/1090198112459514.
- Spiro, Anna, Sarah Abernethy Oo, Danelle Marable, et Jeffrey P. Collins. 2012. « A Unique Model of the Community Health Worker: The MGH Chelsea Community Health Improvement Team ». *Family & Community Health* 35 (2): 147-60. doi:10.1097/FCH.0b013e3182465187.

- Stanley, Sandte, Kimberly Jacob Arriola, Shakiyla Smith, Marc Hurlbert, Carolyn Ricci, et Cam Escoffery. 2013. « Reducing Barriers to Breast Cancer Care Through Avon Patient Navigation Programs »: *Journal of Public Health Management and Practice* 19 (5): 461-67. doi:10.1097/PHH.0b013e318276e272.
- Strauss, Anselm, et Juliet M Corbin. 1997. *Grounded theory in practice*. SAGE Publications, Incorporated.
- Szilagy, Peter G., Sharon G. Humiston, Sarah Gallivan, Christina Albertin, Martha Sandler, et Aaron Blumkin. 2011. « Effectiveness of a citywide patient immunization navigator program on improving adolescent immunizations and preventive care visit rates ». *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 165 (6): 547-53.
- Taylor, Victoria M., T. Gregory Hislop, J. Carey Jackson, Shin-Ping Tu, Yutaka Yasui, Stephen M. Schwartz, Chong Teh, et al. 2002. « A randomized controlled trial of interventions to promote cervical cancer screening among Chinese women in North America ». *Journal of the National Cancer Institute* 94 (9): 670-77.
- Tejeda, Silvia, Julie S. Darnell, Young I. Cho, Melinda R. Stolley, Talar W. Markossian, et Elizabeth A. Calhoun. 2013. « Patient Barriers to Follow-Up Care for Breast and Cervical Cancer Abnormalities ». *Journal of Women's Health* 22 (6): 507-17. doi:10.1089/jwh.2012.3590.
- Vargas, Roberto B., Gery W. Ryan, Catherine A. Jackson, Rian Rodriguez, et Harold P. Freeman. 2008. « Characteristics of the Original Patient Navigation Programs to Reduce Disparities in the Diagnosis and Treatment of Breast Cancer ». *Cancer* 113 (2): 426-33. doi:10.1002/cncr.23547.
- Wang, Xingjie, Carolyn Fang, Yin Tan, Andy Liu, et Grace X. Ma. 2010. « Evidence-based intervention to reduce access barriers to cervical cancer screening among underserved Chinese American women ». *Journal of Women's Health* 19 (3): 463-69.
- Warren-Mears, Victoria, Jenine Dankovchik, Meena Patil, et Rongwei Fu. 2013. « Impact of Patient Navigation on Cancer Diagnostic Resolution Among Northwest Tribal Communities ». *Journal of Cancer Education* 28 (1): 109-18. doi:10.1007/s13187-012-0436-y.
- Weber, Barbara E., et Brendan M. Reilly. 1997. « Enhancing Mammography Use in the Inner City: A Randomized Trial of Intensive Case Management ». *Arch Intern Med.*, n° 157: 2345-49.
- Wells, K. J., J.-H. Lee, E. R. Calcano, C. D. Meade, M. Rivera, W. J. Fulp, et R. G. Roetzheim. 2012. « A Cluster Randomized Trial Evaluating the Efficacy of Patient Navigation in Improving Quality of Diagnostic Care for Patients with Breast or Colorectal Cancer Abnormalities ». *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 21 (10): 1664-72. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0448.
- Wells, Kristen J., Cathy D. Meade, Ercilia Calcano, Ji-Hyun Lee, Desiree Rivers, et Richard G. Roetzheim. 2011. « Innovative Approaches to Reducing Cancer Health Disparities: The Moffitt Cancer Center Patient Navigator Research Program ». *Journal of Cancer Education* 26 (4): 649-57. doi:10.1007/s13187-011-0238-7.
- Wells, Kristen J., Maria I. Rivera, Sister Sara K. Proctor, Gloria Arroyo, Shalanda A. Bynum, Gwendolyn P. Quinn, John S. Luque, Marlene Rivera, Dinorah Martinez-Tyson, et Cathy D. Meade. 2012. « Creating a Patient Navigation Model to Address Cervical Cancer Disparities in a Rural Hispanic Farmworker Community ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23 (4): 1712-18. doi:10.1353/hpu.2012.0159.
- Whop, Lisa J., Patricia C. Valery, Vanessa L. Beesley, Suzanne P. Moore, Kamalini Lokuge, Catherine Jacka, et Gail Garvey. 2012. « Navigating the Cancer Journey: A Review of Patient Navigator Programs for Indigenous Cancer Patients. » *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 8 (4). doi:10.1111/j.1743-7563.2012.01532.x.

Liste des figures

Figure 1 : Processus d'inclusion et d'exclusion pour la revue systématique de la littérature	6
Figure 2: Key considerations in Designing a Patient Navigation (PN) Program for Colorectal Cancer Screening (De Groff et al.)	12
Figure 3 : Le modèle d'observation du patient	22
Figure 4 : Le modèle d'observation de l'organisation	23
Figure 5 : premier schéma d'analyse	25
Figure 6 : modèle d'analyse complet	28
Figure 7 : Abduction du modèle au schéma d'analyse au modèle d'Ostrom, de la population cible	32
Figure 8 : Verbes d'actions pour chaque catégorie d'accompagnement	66
Figure 9 : Autonomie, barrière et degré d'intervention	87
Figure 10 : Le navigateur et la population	129
Figure 11 : Le navigateur, population et système de vie sociale	130
Figure 12 : Le navigateur, population, système de vie sociale et système d'aide sociale	131
Figure 13 : Le Navigateur et les différentes catégories d'acteur	132

Liste des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques demandées dans les profils recherchés	17
Tableau 2 : Inventaire des données disponibles	24
Tableau 3 : les différentes dénominations données aux navigateurs	35
Tableau 4 : identité des navigateurs choisis	36
Tableau 5 : Source de la légitimité des navigateurs pour intervenir auprès des populations	37
Tableau 6 : Caractéristiques personnelles des navigateurs dans la littérature	38
Tableau 7 : Compétences et savoir-faire décrits pour les navigateurs	40
Tableau 8 : Traits de personnalités et habiletés des navigateurs	42
Tableau 9 : Eléments du profil envisagés par les professionnels pour le profil du navigateur	45
Tableau 10 : Eléments du profil envisagés par la population cible	47
Tableau 11 : description sommaire des navigateurs recrutés	50
Table 12 : Grille d'analyse des principales caractéristiques liées au profil du navigateur	58
Tableau 13 : Application de la grille aux compétences mobilisées dans les expériences relatées	59
Tableau 14 : Modalités pratiques de prise de contact	69
Tableau 15 : Modalités pratiques pour les contacts ultérieurs	70
Tableau 16 : Contenu des interventions	71
Tableau 17 : Evolution des catégories	74
Tableau 18 : Point de vue des navigateurs sur leurs interventions	76
Tableau 19 : Point de vue de la population sur les interventions de chaque navigateur	80
Tableau 20 : Point de vue des chercheurs sur les navigateurs	82
Tableau 21 : Pathologies visées par la littérature sur la navigation	90
Tableau 22 : caractéristiques mono ou multi pathologie des expériences de navigation dans la littérature	90
Tableau 23 : objet des interventions prévues dans la littérature	91
Tableau 24 : Durée des interventions dans la littérature	92

Tableau 25 : mode de contact avec les personnes cible dans la littérature	93
Tableau 26 : structure de rattachement des navigateurs dans la littérature	94
Tableau 27 : personnes référentes des navigateurs dans la littérature	95
Tableau 28 : Lieux de permanence des navigateurs dans la littérature	96
Tableau 29 : mode d'identification des personnes à contacter dans la littérature	97
Tableau 30 : aide apportée par les acteurs environnant le navigateur	103
Tableau 31 : Rôle de modérateur facilitant des référents	110
Tableau 32 : Rôle modérateur facilitant de l'équipe de recherche	111
Tableau 33 : aide apportée par les acteurs environnant le navigateur	114
Tableau 34 : Difficultés attribuées à la conception du projet	119