

**Etude « PRÉCARRÉ »**

**Evaluation de l'efficacité de la forme d'organisation « centre de santé pluridisciplinaire associatif » en termes de prévention pour des populations en situation de précarité**

**Motifs de participation et de non participation  
au dépistage du cancer.**

**Enquête qualitative auprès des habitants de deux territoires  
de l'agglomération grenobloise.**

Note de travail intermédiaire

Octobre 2009

Pierre MAZET/ODENORE

## Rappel du contexte de l'étude

Un grand nombre de recherches se concentre désormais sur les inégalités de santé. Dans certains pays, la lutte contre les inégalités de santé constitue même la clef de voute des politiques de santé publique et de réorganisation des systèmes<sup>1</sup>. Celle-ci impose cependant d'être en mesure de répondre à une double exigence :

- prendre en compte le poids de déterminants sociaux d'inégalités de santé qui compose l'individu
- et, de manière complémentaire, de parvenir à avoir une appréciation de l'impact territorial des décisions de santé publique.

L'activation des politiques de prévention suit une logique semblable et impose d'agir, non plus seulement sur les comportements à risques, mais également sur les déterminants sociaux et l'inscription territoriale des individus.

Les déterminants sociaux des inégalités de santé à l'égard de la prévention recouvrent une pluralité de facteurs comprenant des facteurs environnementaux (qualité de l'habitat, densité médicale...) mais également individuels (appartenance culturelle, niveau d'éducation, revenus...) et biographiques (expériences antérieures de santé, parcours professionnels, évolution de la structure familiale, histoire psychologique personnelle). Ceux-ci sont non seulement susceptibles d'avoir un effet sur l'état de santé de l'individu mais également sur son rapport à la santé en général et au système de santé en particulier.

D'autre part, l'inscription territoriale de l'individu apparaît également comme étant une composante forte des inégalités sociales face à la prévention. Il semble en effet tout à fait utile de réfléchir aux meilleurs relais pour intervenir sur la prévention et sur les modes d'organisation des acteurs de la prévention.

Sur ces dimensions complexes de mise en œuvre des actions de prévention, nous manquons cruellement de données solides sur l'impact véritable de ces actions, à fortiori auprès de populations qui peuvent se trouver en situation de non recours ou de difficulté d'accès à ces dispositifs. Si la prévention est ainsi fortement encouragée, il est difficile de connaître précisément l'articulation réelle entre les actions entreprises et la réaction des publics visés par ces incitations.

L'expérimentation proposée consiste à évaluer la pertinence d'un mode d'organisation des soins, en l'occurrence ce que nous nommons par la suite les « Centres de santé associatifs » (AGECSA de Grenoble) à être positionnés comme les outils d'une meilleure efficacité des actions de prévention dans les quartiers urbains sensibles. L'hypothèse consiste donc ici à vérifier *si une forme d'organisation telle qu'un centre associatif de santé* (présentant une médecine salariée, inscrite dans les territoires, pluridisciplinaire et travaillant en réseau avec d'autres partenaires) *est susceptible de présenter des performances préventives supérieures*

---

<sup>1</sup> Department of Health, Our Health, Our Care, Our Say, London : DH, 2006

à celles constatées dans d'autres configurations. Elle porte sur les dépistages du cancer du sein et du cancer colo rectal.

Pour ce faire, deux territoires ont été comparés. Un territoire témoin ou expérimental : le quartier de Mistral à Grenoble, qui possède un Centre de santé. Et un territoire contrôle, lui aussi situé en ZUS et possédant des caractéristiques socio-démographiques comparables mais présentant une offre de soins différente d'un Centre de santé associatif: après examen<sup>2</sup>, nous avons retenu le quartier des Essarts à Echirolles.

La méthodologie retenue pour cette enquête comprend deux niveaux : une analyse quantitative des données épidémiologiques sur les deux territoires ; et une enquête qualitative auprès des professionnels de santé et de prévention sur chaque territoire d'une part, auprès des populations concernées d'autre part. Cette note de travail concerne cette partie de l'étude.

Elle visait :

- à apprécier **la connaissance des dispositifs de prévention** et sa relation avec les organisations de soins.
- A apprécier **la compréhension des dispositifs de prévention.**
- A évaluer **les réactions des individus aux dispositifs de prévention.**
- **A recueillir les propositions** des populations concernées pour améliorer les dispositifs de prévention.

### **Méthodologie d'enquête**

La méthodologie retenue pour l'enquête auprès des habitants de chaque territoire a procédé en 2 phases :

- Envoi d'un questionnaire par voie postale au domicile des personnes cibles - hommes et femmes âgées de 50 à 74 ans - effectué par l'ODLC à partir de ses fichiers. Ce questionnaire était accompagné d'une enveloppe T portant l'adresse de l'ODLC. Le but ces questionnaires était double : d'une part recueillir un certain nombre d'informations sur les personnes, dans la perspective d'une exploitation statistique à l'échelle des questionnaires retournés ; d'autre part, recueillir leur adhésion pour un entretien individuel ultérieur : les personnes étaient invitées à laisser leur numéro de téléphone pour être contactées à cette fin par la suite.
- Réalisation d'entretiens avec les personnes ayant donné leur accord : en face à face au domicile des personnes ou au téléphone.

---

<sup>2</sup> Voir note méthodologique ODENORE du 31 octobre 2008.

Pour s'assurer d'un bon taux de retour, mais aussi pour répondre aux difficultés annoncées par les interlocuteurs locaux rencontrés - relativement au rapport à l'écrit des populations de ces quartiers- l'envoi des questionnaires a été précédé d'une phase de préparation sur le terrain. Cette phase visait à lever les barrières d'accès, en annonçant l'arrivée d'un questionnaire au domicile des personnes, tant pour garantir un bon taux de retour que corrélativement pour s'assurer d'un nombre suffisant d'accords pour les entretiens.

En plus des réunions de pilotage organisées par l'ANSA avec les acteurs institutionnels de chaque quartier, nous avons procédé à trois types d'intervention :

- Présentation et explication des objectifs de l'enquête auprès des structures ou relais de chaque territoire afin qu'elles puissent non seulement informer les personnes concernées mais aussi les aider le cas échéant à remplir les questionnaires : centre social, maison des habitants, et , antenne mairie d'Echirolles aux Essarts ; centre social, et agent de développement local de la Ville de Grenoble à Mistral.
- Rencontre d'un certain nombre d'associations locales afin qu'elles puissent servir de relais de diffusion de l'information : association de personnes âgées (club des retraités aux Essarts, Espace Personnes Agées à Mistral), associations communautaires (Association Locale des Femmes Algériennes à Mistral, Association Franco-marocaine aux Essarts). Nous avons par ailleurs pris contact avec la responsable d'une association travaillant sur les questions de santé sur la ville d'Echirolles, qui assure une permanence sur le quartier des Essarts une demi journée par semaine (Trait d'Union Parole Santé).
- Enfin affichage d'une présentation de l'enquête - affichette expliquant le contenu de l'étude et annonçant la réception d'un questionnaire - dans les lieux de passage du quartier (pharmacies et bureau de tabac) et explication parallèle aux responsables afin qu'ils puissent répondre aux questions et renvoyer les personnes vers les structures partenaires en cas de besoin.

### Préparation des questionnaires

La préparation du questionnaire s'est déroulée en deux temps.

Une première phase d'élaboration, qui a donné lieu à plusieurs aller-retour entre Odenore, l'Ansa et l'ODLC. Une seconde phase de test auprès d'un certain nombre de personnes « cibles » du quartier Mistral. Après avoir préalablement repéré des périodes propices à la rencontre de personnes entrant dans notre cible (âgées de 50 à 74 ans et habitant le quartier), nous nous sommes rendus au centre social et à l'Espace Personnes Agées. Le questionnaire a été distribué aux personnes et rempli soit de manière auto administrée, soit co-administrée (par un travailleur social et parfois par nous-mêmes). Durant cette phase de test, il est apparu que notre premier questionnaire était en même temps trop long : il

entraînait une fatigue certaine pour des personnes présentant des difficultés de lecture du français ; mais aussi trop précis : un certain nombre de personnes ne savaient pas répondre à nos questions. Par conséquent, nous l'avons considérablement réduit dans sa taille, en ôtant notamment les questions permettant d'informer le score EPICES – initialement prévu dans l'étude ; et réorienté quant à sa fonction finale : le questionnaire envoyé a été pensé pour ne pas dissuader les personnes et recruter autant que possible pour l'entretien individuel.

### Résultats

L'ODLC a reçu 155 questionnaires, soit un taux de retour de près de 15%<sup>3</sup> : ce taux de réponse est « correct ». En revanche, le taux d'accord pour entretien est très haut : plus de la moitié des personnes ayant renvoyé le questionnaire ont donné leur accord pour avoir un entretien : 79 accords /155 questionnaires reçus.

### Exploitation des questionnaires

Il n'a pas été possible d'exploiter les questionnaires reçus en tant que tels. Leur information est trop erratique et elle comprend souvent des incohérences : parfois les personnes disent ne pas faire le dépistage mais ne répondent pas à la question des motifs, ou à l'inverse, elles disent le faire mais justifient de leur non participation au test de dépistage. La vérification des informations contenues dans le questionnaire, auprès des personnes ayant laissé leur numéro de téléphone a par ailleurs montré que l'item portant sur l'appartenance du médecin traitant à un centre de santé de la ville de Grenoble, souvent peu informé, était parfois mal rempli : certaines personnes donnent l'adresse de leur médecin, d'autres ne comprennent pas la question, d'autres répondent positivement alors que leur médecin traitant n'en fait pas partie. Malgré les précisions, les questions portant sur le test hémocult, comme test de dépistage du cancer du colon rectum, n'ont pas toujours été comprises. Autrement dit, malgré la refonte et les simplifications apportées, il n'a pas été possible d'exploiter les questionnaires qui n'ont pas donné lieu à un contact (soit téléphonique, soit entretien) permettant de confirmer les informations contenues.

### Entretiens réalisés

Toutes les personnes ayant laissé leur numéro de téléphone, soit 36 hommes et 43 Femmes, ont été contactées ; mais le contact n'a été effectif que dans  $\frac{3}{4}$  des cas seulement : 60 /79. Dans un premier temps, la prise de contact téléphonique a visé à obtenir un rendez vous pour un entretien ; lorsque celui paraissait manifestement difficile ou que les personnes exprimaient des réticences, l'entretien s'est déroulé au téléphone. Nous avons privilégié les personnes disant ne pas faire de dépistage dans leur questionnaire.

---

<sup>3</sup> Nous ne possédons pas le nombre exact de questionnaires envoyés par l'ODLC. Il faudrait y retrancher 47 NPAI.

Nous avons ainsi réalisé **28 entretiens en face à face** (15 hommes/13 femmes) sur les deux territoires : 18 entretiens (9 hommes/ 9 femmes), à Mistral, et 10 entretiens (6 hommes/ 4 femmes), aux Essarts.

Ce déséquilibre entre les deux territoires s'expliquent notamment par les contacts pris par l'intermédiaire de l'association ALFA à Mistral, qui a permis de rencontrer 5 femmes ; et par la réalisation de davantage d'entretiens avec des couples habitant le quartier Mistral.

Ce déséquilibre a été compensé au cours de la deuxième phase d'enquête, qui s'est faite majoritairement par téléphone : pour des questions de temps, nous n'avons proposé un entretien en face à face qu'aux personnes présentant des profils « nouveaux », susceptibles d'apporter des témoignages non redondants.

Nous avons donc réalisé **32 entretiens téléphoniques** (13 hommes / 19 femmes) résidant sur les deux territoires : 9 entretiens (4 hommes/ 5 femmes) à Mistral et 23 entretiens (9 hommes /14 femmes) aux Essarts.

Au total, nous avons interviewé 28 hommes et 32 femmes.

Hommes : sur les 28 hommes :

- 17 font le dépistage du cancer colo rectal avec le test hémocult ;
- 8 ne le font pas ;
- 3 font ou ont fait une coloscopie (2 pour cause d'antécédents familiaux, 1 de manière indirecte à l'occasion d'une opération) .

Femmes : sur les 32 femmes :

- Toutes font le dépistage du cancer du sein de manière régulière ;
- 13 ont fait le dépistage du cancer colo rectal avec le test hémocult ;
- 8 ont fait ou font des coloscopies : 6 du fait de problèmes gastriques, 1 du fait d'antécédents familiaux, et 1 pour convenance personnelle ;
- 10 ne l'ont pas fait ;
- Enfin, nous avons contacté une personne ayant contracté 1 cancer du colon détecté à l'occasion d'un test hémocult.

Sur l'ensemble, près de 52 personnes (sur 60) font au moins un des 2 dépistages ou sont dépistées pour un des deux cancers : les 32 femmes font la mammographie et 20 hommes se font dépister pour le cancer colo rectal.

Mais, parmi elles, seules 42 personnes le font dans le cadre du dépistage organisé : en effet, 7 personnes, des femmes exclusivement, ont demandé à leur médecin de faire la mammographie, avant 50 ans ; et 3 personnes (2 hommes, 1 femme) font régulièrement des coloscopies en raison d'antécédents familiaux.

### Spécificité de notre corpus

A trois exceptions près, qui concernent des personnes que nous n'avons à ce jour pas réussi à joindre, toutes les femmes ayant donné leur accord pour un entretien disent faire le dépistage du cancer du sein. Toutes les femmes contactées font ou ont fait une mammographie – soit dans cadre du dépistage individuel, soit dans le dépistage organisé. Or, les chiffres issus de l'exploitation de leurs fichiers par l'ODLC, font état de taux de participation du dépistage du cancer du sein de 49% à Mistral et 42 % aux Essarts. La situation est identique en matière de taux de participation au dépistage du cancer colo rectal. La participation de chaque territoire est elle aussi bien inférieure aux pourcentages issus de notre corpus :

Elle est de 33% chez les hommes et de 44% chez les femmes résidant dans le quartier Mistral : dans notre corpus plus des trois quart des hommes habitant Mistral font un dépistage de ce cancer (test hémocult ou coloscopie) ;

De 29% chez les hommes et de 31% chez les femmes résidant dans le quartier des Essarts : or, plus des deux tiers des hommes et des femmes interviewés habitant les Essarts se font dépistés.

De ce point de vue, les personnes ayant donné leur accord pour un entretien ne sont pas représentatives de la population des deux quartiers enquêtés au regard de la participation au dépistage du cancer.

Cet écart, n'est, en soi, pas surprenant. Il est en effet assez logique que les personnes ne participant pas à un dispositif qui s'adresse à eux, ne participent pas, ou participent moins, à une enquête visant à comprendre les raisons de leur non participation. On peut supposer que si elles ne sont pas sensibles à une offre publique, elles ne sont pas, ou elles sont moins, sensibles à une demande de participation à une enquête. Qui plus est, une recherche qualitative par entretien n'a pas vocation à constituer un échantillon représentatif : elle travaille davantage sur des éléments significatifs, et transcende a priori le poids statistique. Enfin, si nous pouvons faire en sorte de minorer les effets de sélection – toute la phase de préparation de terrain avait cet objectif - nous n'avons pas, néanmoins, la possibilité de sélectionner les personnes qui répondent.

Cela étant, la spécificité de ce corpus dénote un certain nombre de limites. Il est clair que, malgré le dispositif mis en œuvre, nous n'avons pas eu accès à tous les groupes constituant la population de ces deux territoires<sup>4</sup>. Le temps d'enquête apparaît à cet égard trop court pour « toucher » l'ensemble des populations : il faudrait une présence au long cours, sur le

---

<sup>4</sup> Un mouvement avait été amorcé par l'agent de développement local du quartier Mistral, vers une association culturelle et culturelle, constituant a priori une bonne porte d'entrée vers les populations musulmanes masculines ; mais certains différends avec la mairie n'ont pas rendu possible ce contact. Qui plus est, cet agent a changé de territoire d'intervention.

terrain, pour parvenir à entrer en contact avec toutes les franges d'un quartier. Il est en particulier dommageable de ne pas avoir rencontré de femmes éloignées des dispositifs de dépistage<sup>5</sup>. Nous prévoyons à cette fin de réaliser des entretiens complémentaires, en nous appuyant sur des relais locaux.

### **Une présentation par la participation**

Nous rapportons les éléments recueillis au cours de nos entretiens selon une ligne de partage mettant en regard ceux qui ont fait/ font le dépistage (I) et ceux qui ne l'ont pas fait (II). Nous présentons donc les résultats de notre enquête à partir de la participation au dispositif et non par une analyse des leviers et des obstacles. Ce choix ne répond pas à un parti pris théorique, mais procède directement des entretiens.

Nous avons fait l'hypothèse qu'il existait des variables (environnementale, culturelle, socio-économique, biographique) susceptibles d'apporter des éléments d'explication sur l'adhésion ou la non adhésion au dispositif de dépistage du cancer. Notre questionnaire avait à cette fin identifié (en appui sur des enquêtes précédentes et sur la littérature sur le sujet) un certain nombre de facteurs potentiellement déterminant dans ce processus d'adhésion, qui méritaient à ce titre d'être interrogés : le degré de connaissance et d'information sur les campagnes de prévention, le facteur d'isolement (interrogé à partir des contacts avec les services sociaux, la participation à la vie associative, les contacts avec des membres de la famille), mais aussi les cas de cancer chez proches, ou la perception de la réalisation pratique des tests. Durant l'entretien, nous avons cherché à approfondir ces pistes, et interrogé plus particulièrement la dimension culturelle, la relation aux soins et au système de santé en général.

Or, à l'analyse du matériau récolté, il apparaît difficile d'expliquer le comportement des personnes dans leur rapport au dépistage à partir de variables objectives - par opposition aux caractéristiques subjectives des individus - ou même de facteurs identifiés comme facilitant ou obstruant l'accès au dépistage ou aux soins. Dans les entretiens, c'est surtout la variété et l'individualité qui prévalent. Certaines personnes font le dépistage sans en avoir entendu parler préalablement, quand d'autres ont connaissance des campagnes de prévention, mais ne font pas le dépistage. Un même élément - le fait d'avoir un proche décédé d'un cancer par exemple - peut être un élément déclencheur ou pas ; à l'inverse, ce qui fait obstacle pour certaines personnes, « toutes choses égales par ailleurs », ne pose pas de problème pour d'autres. De fait, quasiment chaque facteur ou paramètre identifiable comme incitateur chez une personne peut ne pas l'être chez une autre. Il est par conséquent périlleux, sur cette base, de faire ressortir des leviers ou des obstacles « objectifs », qui

---

<sup>5</sup> A l'inverse, le fait que toutes les femmes réalisent des mammographies a permis d'isoler des facteurs de non dépistage spécifiques au cancer colo rectal, en neutralisant les obstacles liés au fait du dépistage en lui-même.

vaudraient de manière mécanique : il n'y a aucun élément de caractérisation, aucune « propriété » qui appliquée aux individus permettrait de déduire ou d'inférer sa participation ou sa non participation au dépistage.

A l'inverse, en partant de la participation ou de la non participation, il est possible d'identifier un certain nombre de traits communs ou récurrents aux personnes ayant « adhéré » ou non au processus, d'isoler des registres de justification, de faire ressortir des motifs d'explication de l'entrée ou de la non entrée dans le dispositif. On croise ainsi un certain nombre de grands thèmes intervenant dans la décision menant à la réalisation des tests de dépistage : le rapport à la santé et au corps, la sensibilité à la problématique de la prévention, le fait d'avoir été touché par la problématique du cancer, la confiance dans le médecin, etc. : la manière dont les individus se rapportent ou se positionnent par rapport à ces grands thèmes permet d'apporter des éléments d'éclairage sur ce qui fait que les personnes passent à l'acte ou non, s'engagent ou non.

#### *Précisions terminologiques*

De manière générique, nous parlons *d'entrée*, ou de non entrée, dans le dépistage, et moins *d'adhésion* : le terme se révèle en effet trop fort pour décrire les personnes qui font le dépistage. *L'adhésion* ne correspond de fait qu'à une partie des personnes qui font le dépistage, elle représente en quelque sorte un grade haut qui correspond à une frange seulement des participants ou « recourants » au dépistage.

Par ailleurs, nous parlons, pour les recourants en particulier, en termes de *séquence d'action*. Ce terme nous a semblé le plus adapté pour décrire le déroulement du processus conduisant au test de dépistage. Au cours des entretiens, nous avons cherché à faire préciser aux personnes les étapes de leur engagement dans le dispositif ; cela notamment afin de cerner les moments clés, les moments de blocage, de sortie ou d'abandon, potentiels. Nous proposerons une grille de lecture de cette séquence d'action référée au modèle de la sociologie de la traduction dans la troisième partie, à venir, de notre travail : celle-ci proposera des éléments de réflexion sur la participation au dépistage du cancer, le « processus d'adhésion », à partir des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.

## I) CEUX QUI FONT LE DEPISTAGE

### 1. Le courrier, le médecin et l'individu

Dans leur grande majorité, les personnes qui participent au dépistage du cancer<sup>6</sup> décrivent un dispositif qui est facile, se déroule sans accroc, et de manière « routinisée ». Ils suivent toutes les phases d'une séquence d'action qui va de la réception de la lettre de l'ODLC à la réalisation des tests et la réception des résultats. Le courrier reçu déclenche la visite chez le médecin ou le gynécologue, qui prescrit une mammographie ou remet le test hémocult, lequel est envoyé sous enveloppe par la poste. Les témoignages relèvent une forme d'automatisme, dans laquelle les personnes suivent le dispositif qui leur est proposé. La reconstitution de la séquence d'action qui mène au dépistage s'inscrit ainsi dans un enchaînement quasi mécanique : les personnes se souviennent moins de l'avoir fait à tel ou tel moment, que de faire les dépistages d'une manière générale, et chaque fois à partir de la réception du courrier de l'ODLC.

Dans cette mise en ligne réussie qui conduit au test de dépistage, le courrier ressort en effet comme un élément déterminant, un *point de passage obligé*. A l'exception des personnes « autonomes », c'est en effet la lettre qui marque l'entrée dans le dispositif : c'est à partir de la lettre qu'on s'active, c'est-à-dire en premier lieu, qu'on va chez le médecin.

#### *Le courrier, élément déclencheur de la séquence d'action*

La lettre d'invitation envoyée par l'ODLC, d'ailleurs rarement identifiée en tant que telle par les personnes rencontrées<sup>7</sup>, parvient chez des personnes qui ont un degré de connaissance assez variable de la problématique du dépistage. Si elle conduit toujours à enclencher le dispositif, c'est néanmoins selon des modalités différentes.

- Pour un certain nombre de personnes, le courrier est d'abord un *facteur d'information*. Certaines personnes (des hommes exclusivement dans notre corpus) découvrent l'existence du dépistage du cancer du colon avec la lettre de l'ODLC.

---

<sup>6</sup> Nous disons le dépistage dans un sens générique ; de fait, les femmes sont invitées à faire deux dépistages. Dans cette partie, nous ne nous occupons que de l'aspect « participation ». Autrement dit, et comme le montre la deuxième partie dévolue à « ceux qui ne font pas », cette description inclut de fait des femmes qui ne font pas le dépistage du colon.

<sup>7</sup> Souvent nommé courrier Sécu, ou de la CPAM ; un grand nombre de personnes qui reçoivent la lettre et font le dépistage ne connaissent pas l'ODLC.

- Pour les personnes sensibilisées aux thématiques de prévention, le courrier joue comme un *activateur/déclencheur*. Ce sont des personnes qui ont entendu parler du dépistage, qui ont connaissance des campagnes de prévention, mais pour lesquels le courrier de l'ODLC donne l'impulsion. Il représente une *occasion* : « j'en avais entendu parler mais j'ai profité de l'occasion, le courrier de l'ODLC pour le faire », voire une *opportunité*, dans le sens où il crée les conditions pour aborder le sujet du dépistage et corrélativement du cancer avec leur médecin :

*« S'il y avait pas eu le courrier, je l'aurais pas fait. Parce que...on sait pas quelle démarche il faut faire, quoi faire, est ce qu'il faut en parler au médecin...? C'est pour ça, il faut que le courrier interpelle, déclenche. En plus, je suis pas le genre à aborder le sujet : de moi-même, je ne serais pas intervenu individuellement. »*

- Mais la réception du courrier peut aussi générer un moment de réflexion, supposant une forme de négociation avec soi-même et d'arbitrage, en relation notamment à la peur du résultat :

*« Mon médecin m'en avait parlé, vers 52 ans. Et j'ai reçu le courrier me disant d'aller voir mon médecin ; mais j'ai hésité, ça m'a paru compliqué, j'ai pas tout compris, confus, je me suis dit qu'il fallait le faire à tête reposée, et finalement je l'ai fait. Mais bon, c'est pas facile à faire, envoyer par une enveloppe et savoir que ça va être analysé. Bon, dans 2 ans, j'aurai moins d'appréhension. Parce que ça m'a perturbé, j'étais angoissé, d'avoir quelque chose, des résultats...négatifs. Mais quand je m'engage, après je vais jusqu'au bout. »*

- Enfin, le courrier est parfois perçu comme une « consigne », pour des personnes qui ne bougeraient pas nécessairement d'elles mêmes : « jusqu'à ce qu'on sente quelque chose...quand tout va bien, on fait pas grand-chose. Donc, s'ils l'envoient, le courrier, ben on le fait, mais sinon.... ».

Il convient de préciser à ce point que la description de la séquence d'action initiée par le courrier reçu ne signifie pas qu'il y ait un enchaînement direct et systématique dès réception du premier courrier. Certaines personnes disent avoir reçu plusieurs lettres de relance avant de réagir et de s'engager. D'ailleurs, la succession des relances est parfois mentionnée comme un élément décisif dans le passage à l'acte des personnes - la « pugnacité » de l'ODLC sur ce plan est louée. Dans un certain nombre de cas, la régularité des courriers apparaît comme un processus cumulatif qui finit par emporter l'adhésion et déclencher l'entrée.

- Mais le courrier de l'ODLC ne constitue pas seulement un déclencheur pour des personnes qui ont connaissance des campagnes de prévention. Il permet aussi d'enclencher un processus, en envoyant chez le médecin des personnes, des hommes essentiellement dans notre corpus, qui n'ont pas nécessairement entendu parler de dépistage, mais qui : d'une part respectent ce qu'on leur dit de faire, d'autre part s'en remettent à la parole du médecin. Pour ces personnes, le courrier se résume en effet à

l'invitation à se rendre chez son médecin : il crée le déplacement. Dans notre enquête, ce sont souvent des personnes d'origine étrangère, qui ne maîtrisent pas nécessairement bien le français, et pour lesquelles le médecin représente une figure d'autorité – « c'est lui qui sait » – qui interprète et valide l'information : « si mon médecin me dit de le faire, je le fais, je fais ce qu'il dit ».

Le fait de renvoyer la validation de la nécessité de réaliser le test au médecin n'est cependant pas le seul apanage des personnes présentant des difficultés linguistiques, ou d'origine étrangère. De fait, c'est un aspect quasi systématique dans tous les entretiens, y compris chez des personnes très bien informées : sur les questions de santé, le médecin reste le dépositaire légitime de l'autorité<sup>8</sup> ; qui plus est, le courrier de l'ODLC précise que le médecin jugera si ce test est adapté ou non. En revanche, on note une différence certaine de degré ici, dans la mesure où certaines personnes s'en remettent intégralement à la parole du médecin, sans exprimer de jugement en propre sur leur santé, ni faire état de connaissances préalables sur la prévention et le dépistage. L'un des questionnaires nous est revenu avec la mention : « je ne comprends pas les questions, mais je fais ce que mon médecin me dit ». Il avait de fait été rempli par le médecin.

#### *De l'importance relative de l'information*

Ce dernier élément conduit à interroger et à relativiser l'importance de l'information des personnes dans la participation au dispositif de dépistage. Il apparaît ici de manière notable que le degré de connaissance sur la prévention et le dépistage du cancer est non seulement très variable, mais surtout qu'il n'est pas déterminant pour déclencher l'entrée dans le dispositif. Dans la mesure où la personne est dans un rapport de confiance au médecin, l'information générale sur le dépistage n'est pas indispensable : le courrier d'invitation à aller voir le médecin est suffisant. C'est donc moins le capital de connaissance/ information que l'existence d'une relation de confiance couplée à un comportement acquis de réflexe qui crée un engagement de la personne dans le dispositif de prévention – et intègre de fait ces personnes à un circuit de prise en charge.

Cela étant, la majorité des personnes qui font le dépistage en ont entendu parler avant. Elles estiment pour la plupart qu'il y a beaucoup d'information, et qu'il n'est pas possible, aujourd'hui, de ne pas être au courant : « il y a des spots à la télé, à la radio, on reçoit la revue de la Sécu, on en parle partout ! Pour pas savoir, faut vraiment le vouloir ! ». Inversement, le courrier rend sensible, en retour, aux campagnes média, affichettes et spots télé. Pourtant, même ces personnes informées ont besoin d'être « activées » : le fait de recevoir la lettre à domicile est d'ailleurs mentionné comme un aspect fondamental. De ce

---

<sup>8</sup> Cette fonction de renvoi vers le médecin des questions de santé sensible aussi à un autre niveau : il nous a été rapporté que des personnes s'étaient rendues au centre de santé de leur quartier avec le questionnaire de notre étude, pensant devoir réaliser des examens.

point de vue, le courrier peut être interprété comme un moment d'individualisation d'un discours général de prévention, comme le passage de la communication d'une politique de santé publique à une question de santé qui concerne l'individu : on en entend parler partout, mais le courrier vient individualiser en s'adressant en propre à la personne, chez elle, de manière nominative.

## 2. Les groupes

A partir du matériau recueilli auprès des personnes ayant réalisé le dépistage, il est possible d'isoler un certain nombre de groupes. Définis à partir d'un ou de plusieurs traits caractéristiques, ils marquent un certain type de positionnement par rapport à la question du dépistage et de la prévention, et plus généralement à la santé. Ces groupes sont d'importance très variable. Nous en faisons état sans égard pour leur valeur statistique, de fait assez inégale ; ils permettent de dessiner des profils, et montrent un degré d'adhésion graduelle à la problématique du dépistage.

### a. Les précautionneux

Dans ce groupe, on trouve des personnes en bonne santé, qui font le test parce qu'elles entendent rester en bonne santé et qui adhèrent totalement au principe de la prévention et aux dispositifs de dépistage. Ces *précautionneux*, voire même ces *soucieux*<sup>9</sup>, veulent mettre toutes les chances de leur côté pour ne pas être malade, et s'appliquent individuellement le principe de précaution : ils gèrent leur capital santé, et s'imposent une manière d'obligation de moyens. La prévention leur paraît inscrite dans une logique naturelle, qui découle aussi bien d'un instinct de survie personnel, que du bon sens. Ils trouvent cela d'autant plus « naturel » que, selon eux, il y a une grosse communication sur la thématique du dépistage. Qui plus est, ils se « tiennent au courant » des questions de santé, ont parfois un intérêt pour les émissions médicales et lisent les revues de l'assurance maladie.

Pour eux, le circuit du dépistage est clairement balisé. Ils y évoluent facilement, comme dans un environnement familier. Ils ne font jamais état d'un abandon du dispositif de dépistage, et suivent régulièrement les invitations de l'ODLC.

C'est dans ce groupe qu'on trouve les plus grands promoteurs du dépistage. Ce sont des personnes qui affirment diffuser le message de la prévention autour d'eux- familles, amis, ou cercles professionnels. Ils ont parfois été touchés de près par un cas de cancer chez des proches, qui les a fortement marqué. Enfin, ils viennent parfois (soit parce qu'ils y ont vécu, soit parce qu'ils sont nés) d'un pays faiblement doté en matière de politique de santé publique, et dans lequel le dépistage organisé n'existe pas : ils s'estiment en quelque sorte

---

<sup>9</sup> Les plus précautionneux vont jusqu'à anticiper la période du dépistage organisé et la convocation de l'ODLC.

reconnaissants de ce que la France leur offre et font état de la chance qu'ils ont de pouvoir bénéficier de tels dispositifs.

#### b. Les intégrés

Groupe qui rassemble des personnes qui, sans adhérer aussi fortement à la thématique de la prévention, et sans prêter une attention aussi forte à leur santé, font ce qu'il faut et suivent les campagnes de dépistage. La problématique de la santé et de leur corps apparaît moins structurante dans l'organisation de leur vie quotidienne : ils ne lisent pas de revues médicales. A leur égard, on pourrait parler de « citoyens de santé publique », dans le sens où ce sont des destinataires réceptifs des politiques de santé qui les concerne. Le milieu professionnel joue parfois un rôle de relais et de discussion de l'information. Ils sont généralement plus souples voire plus laxes en termes d'observance, moins régulier dans le suivi biennuel des tests. Ce sont aussi des personnes qui apparaissent moins inquiètes sur les questions de santé : d'une manière générale, on pourrait dire qu'elles se « surveillent comme tout personne avertie », sans adopter de démarche « pro active » sur la prévention.

#### c. Les obéissants

Ce qui caractérise ce groupe, c'est l'apparent faible investissement ou intérêt affirmé pour les questions de santé, et corrélativement leur faible connaissance des démarches ou des principes de prévention. Ce sont des personnes qui font le dépistage essentiellement en raison d'une relation de confiance au médecin. Comme vu à propos de la réaction au courrier, cette relation de confiance est couplée à une forme de respect pour les procédures, à l'égal de n'importe quelle autre procédure administrative: on nous dit d'aller voir le médecin, on va voir le médecin et on fait ce que dit le médecin. Faire le dépistage ne pose dès lors pas de problème. On se situe avec ce groupe davantage dans un rapport d'obligation par rapport à une demande, que sur le plan d'une conscience du corps par rapport à une maladie potentielle.

#### d. Les transigeants

A la différence du groupe précédent, les personnes de ce groupe ont connaissance de la problématique du dépistage quand elles s'y engagent ; en revanche, la réalisation du test demande un effort, implique de dépasser une appréhension et constitue de ce point de vue une forme d'épreuve : soit parce que la réalisation du test est en soi peu agréable (gênant pour des questions de pudeur ou douloureux pour la mammographie, rebutant pour l'hémocult) ; soit pour des motifs qui tiennent à un certain rejet de l'environnement hospitalier (examens pour la mammographie). La réalisation du test suppose donc une certaine négociation, et un calcul coût /avantage. Selon les « périodes de la vie », la participation au dépistage est moins systématique : les éléments connexes au moment de l'invitation retardent ou obstruent plus facilement le « passage à l'acte ».

Pour résumer, on pourrait donc dire que les « précautionneux » sont en demande, les « intégrés » en attente, les « obéissants » en réaction et les « transigeants » en lutte. Il va sans dire que les personnes ne sont pas définitivement « affiliées » à un profil, et qu'elles peuvent passer de l'un à l'autre dans le temps. Certaines personnes, « transigeantes » lors du premier test, basculent ensuite dans le groupe des « intégrés ».

### **3. Les ordres de justification**

Par ordre de justification, nous comprenons ici les principes auxquels les personnes se réfèrent, ou sur lesquels elles s'appuient, pour justifier de leur participation au dépistage. Très souvent, la justification est une manière de se positionner sur un double plan : d'une part en inscrivant le mobile de ses actes dans un ordre plus général sur ce qu'on doit faire et pourquoi, de se positionner soi-même ; d'autre part, de se comparer, en se positionnant par rapport aux autres : ceux qui ne font pas ou qui n'ont pas fait, et les raisons qu'ils allèguent. Relativement à la question du dépistage du cancer, ces justifications emportent nécessairement des considérations ayant trait à des principes pratiques de philosophie de vie, et à des représentations de la maladie et de la mort ; elles supposent aussi une compréhension de ce qu'est le dépistage dans la relation qu'il implique au fait de savoir.

Il convient néanmoins de prendre l'énonciation de ces principes pour ce qu'ils sont : les justifications apportées par les acteurs sur les raisons de leur participation au dépistage ; cela ne recouvre sans doute pas toutes les raisons ou les mobiles de leur « passage à l'acte »<sup>10</sup>.

Deux grands registres de justification apparaissent dans les entretiens. D'une part, le « mieux vaut prévenir que guérir » de circonstance sur un sujet comme le dépistage ; d'autre part, un certain nombre de sous registres qui renvoient tous à l'idée de responsabilité, de comportement responsable, c'est-à-dire adulte. Autrement dit, l'un porte sur la compréhension de l'idée de prévention, l'autre sur ce que l'on fait face à l'opportunité technique de dépister une maladie.

#### **a) « Mieux vaut prévenir que guérir »**

Formule récurrente dans les entretiens, elle permet d'appréhender la manière dont les personnes conçoivent la prévention. Dans nos entretiens, le dépistage est souvent présenté dans un rapport temporel : faire maintenant pour détecter quelque chose qui, s'il n'est pas détecté, apparaîtra d'un coup - et le plus souvent trop tard.

---

<sup>10</sup>Une telle analyse supposerait une méthodologie beaucoup plus fine, que nous n'avons pas pu mettre en place dans le cadre de cette enquête.

*« Le dépistage, c'est pour détecter quelque chose que vous ne connaissez pas mais qui commence. Avant, la maladie, ça « sortait d'un seul coup » et c'était fini. »*  
*« Le dépistage prévient la personne, pour le prendre à temps, c'est bien si on peut sauver, c'est sûr. »*

Nombre de personnes savent qu'il est plus facile de traiter un cancer s'il est détecté tôt ; que par conséquent il est préférable de ne pas attendre qu'il se manifeste. La présence de symptômes de la maladie - quand on la « sent » - est pour beaucoup synonyme de létalité : il « emporte » les malades. Le cancer est en effet souvent décrit, en appui sur des expériences personnelles davantage que sur des connaissances médicales précises, comme ce qui surgit d'un coup. Le dépistage est justement ce qui permet d'anticiper ce mouvement subi et le plus souvent fatal :

*« On a un beau frère qui est mort parce que n'avait pas fait le dépistage, et quand il l'a fait, c'était trop tard. On se croit en forme et puis la maladie est là, d'un coup. »*

Mais les personnes interrogées font aussi rapport au temps dans un autre sens : le dépistage est décrit comme une opportunité qui aurait évité bien des morts, dans les familles, chez les *anciens*. Eux n'ont pas eu cette chance, il serait donc d'autant plus idiot de ne pas en bénéficier. De ce point de vue, le dépistage est un progrès, une avancée, qui donne corps à un adage ancestral.

*« Non, il faut dépister, on a vu assez de nos anciens pris par la maladie surtout le cancer, dans notre famille, on fait trainer, on fait trainer, et c'est atroce à voir, ça vient d'un coup ; son père a eu un cancer de la gorge, parce que le dépistage n'existait pas ; il est décédé à 68 ans d'un cancer généralisé, et mon père d'une leucémie, d'un cancer du sang. »*

## **b) Etre responsable**

Le second registre de justification renvoie à l'idée de responsabilité. Cette idée se décline sur 3 axes: la conscience de l'âge comme facteur de risque ; la volonté de savoir et la nécessité de vaincre la peur ; le caractère d'obligation.

- Etre responsable implique en effet une prise de conscience qui vaut acceptation de son âge comme un facteur de risque<sup>11</sup>. L'entrée dans le dépistage génère une manière de démarche réflexive par laquelle les personnes se saisissent comme des individus concernés par les discours de prévention, donc exposés :

*« On est conscient, on n'est plus des gamins ; je suis réaliste, j'estime que tout dépend de chacun, si on veut prolonger sa vie ou non ; mieux vaut prévenir que guérir hein. Quand on est jeune, on se croit infaillible, et les séquelles de la jeunesse remontent en*

---

<sup>11</sup> Nous verrons que cet aspect peut constituer un obstacle pour certaines « catégories de populations » : les hommes de la tranche 50-55 ans.

*surface ; à partir de 50 ans, il faut se prendre en main, on ne sait pas ce qu'on a, ce qu'on peut avoir. ».*

*« Nul n'est à l'abri, à mon âge, il faut y aller ; le dépistage, c'est important, à notre âge, il faudrait que plus de gens le fassent, moi je suis consciente, c'est important. J'adhère complètement à l'ODLC, ils font beaucoup pour les femmes, et je les en remercie ».*

- La responsabilité est par ailleurs articulée à la volonté de savoir : si dépister, c'est rendre visible ce qui ne l'est pas encore, être responsable c'est accepter de prendre connaissance, de faire apparaître une maladie potentielle ; cela suppose de vaincre peur et appréhension.

D'une manière générale, on trouve peu de personne qui ne confesse une certaine appréhension du résultat des tests : *« on a une appréhension, c'est sûr, mais bon... ce qui est angoissant, c'est qu'on attend le résultat, on se demande ... »*. Le fait de surmonter cette appréhension est alors ce qui fait un comportement responsable : c'est une épreuve dont les personnes sont sorties victorieuses.

Cette victoire entraîne parfois une « contre justification » à l'égard de ceux qui ont peur de savoir ;

*« Y'a des gens qui ne veulent pas savoir, ils pensent que savoir c'est la maladie, mais si on fait pas, ça peut prendre de l'ampleur ; on est obligé de mourir, on n'est pas éternels, mais ... ».*

Cela dit, la peur peut aussi constituer un levier, dans le sens où elle oblige à savoir, à aller voir, à se renseigner :

*« Je m'informe assez sur questions de santé ; ça m'intéresse. Passé 60 ans, on s'inquiète, on a un peu les chocottes ».*

Enfin, pour certaines personnes, la volonté de savoir correspond à un trait structurant et revendiqué de leur personnalité :

*« Autant savoir si on a quelque chose ou pas. La peur n'évite pas le danger, j'aime pas qu'on me cache les choses, donc je veux savoir, et je fais le dépistage. »*

- Enfin l'idée de responsabilité est selon nous prégnante dans le retour récurrent d'expressions marquant une forme d'obligation : « on est obligé de le faire » ou « il faut le faire, on n'a pas le choix ». Ces expressions peuvent se comprendre de diverses manières, mais elles renvoient toujours à l'idée qu'il est nécessaire de *répondre* à une sollicitation - les enjoignant dans le fond d'adopter une démarche préventive. L'obligation peut ainsi renvoyer à ce qu'il est raisonnable de faire, ici des tests, dès lors que l'on est informé et qu'on a conscience de l'intérêt du dépistage :

*«On est obligé, à un certain âge, d'accepter de faire des tests ; quand on est jeune on n'y pense pas, à 20 ans, j'allais jamais voir le médecin ; y'a plus d'info maintenant qu'autrefois, dans les années 70-80 : des messages du ministère de la santé, les revues, les magazines, les émissions de télé (magazine de la santé), les affichettes chez le médecin pour le cancer : ils expliquent bien la maladie, comment on l'attrape, ils vous « font peur », et on est obligés d'aller voir. »*

*« C'est douloureux, mais on est obligé de le faire, c'est une sécurité. »*

Elle peut aussi plus directement renvoyer au fait de répondre en tant que destinataire d'un dispositif : « c'est fait pour nous, c'est pour notre bien et en plus c'est gratuit ». Enfin, dans certains cas, l'obligation revêt une forme plus « administrative » -évoquée avec le groupe de « obéissants » : les personnes sont invitées à se rendre chez le médecin, elles répondent simplement à l'invitation. Chez ces personnes, on entend alors à une justification inversée : à la question pourquoi faites vous le dépistage, il est répondu : « on nous demande de le faire, pourquoi ne pas le faire ? ».

#### **4. Automaticité et autonomie : les paradoxes du dépistage ?**

Les entretiens réalisés permettent de faire ressortir trois modèles de participant au dépistage : ceux qui le font sans problème et revendiquent une plus ou moins grande adhésion ; ceux qui le font automatiquement ; et ceux qui le font mais pour lesquels c'est plus ou moins difficile. Apparaît ainsi une autre ligne de partage, qu'on pourrait nommer le coût d'entrée dans le dispositif. De ce point de vue, favoriser le dépistage revient à abaisser le coût d'entrée dans le dispositif.

##### *Automaticité et absence d'obstacles*

Pour la majorité des personnes qui font le dépistage, le coût d'entrée est bas : la participation au dispositif est décrite comme un jeu de renvoi dans lequel la personnalité du participant, du sujet individuel, est donnée comme secondaire : j'ai reçu la lettre, je suis allé chez le médecin, j'ai fait le test. Le processus est routinisé - en particulier chez les femmes en ce qui concerne la mammographie. Les « épreuves » sont passées sans difficultés. La participation au dispositif fonctionne donc d'autant mieux qu'elle est effectuée de manière automatique, quasi réflexe, sans prêter le flanc à une interprétation personnelle : quand les gens s'exécutent, parce qu'ils sont convaincus de l'intérêt du dispositif - ce qui ne va pas parfois sans une négociation - et qu'ils ne l'interrogent plus<sup>12</sup>.

Autrement dit, ce qui caractérise les personnes à faible coût d'entrée, c'est l'absence d'obstacles - constat assez logique dans la mesure où les personnes ont surmonté les possibles obstacles. Mais cette automaticité complique l'analyse en termes de leviers ; en

---

<sup>12</sup> Dans les termes de la sociologie de la traduction (Callon & Latour) nous dirions que la traduction est réussie, que les personnes sont « enrôlées ».

tout état de cause, le matériau récolté ne nous permet pas de faire ressortir des variables externes objectives qui permettraient d'expliquer le faible coût d'entrée pour ces personnes. La raison de leur participation tient, en premier lieu, à leur subjectivité : ce qui fait qu'ils appartiennent à certains groupes, qu'ils adoptent un certain positionnement face au dépistage, et qu'ils suivent sans problème la procédure qui leur est proposée ; ce peut être aussi bien en raison d'un « souci de soi », que comme manière intégrée de répondre à une offre de prévention dont les bienfaits ne sont plus à interroger, ou encore comme mouvement mécanique par confiance envers son médecin.

D'un point de vue qualitatif, on a donc sur une manière de paradoxe : plus les personnes adhèrent, moins il est possible d'identifier des facteurs facilitant leur adhésion. On ne sait pas pourquoi certaines personnes neutralisent les obstacles et d'autres pas. Dans nos entretiens, ces personnes ne possèdent pas de caractéristiques particulières qui les distinguent des personnes qui ne font pas le dépistage, hormis leur individualité. Cette remarque vaut aussi pour les « transigeants », dont on peine à faire ressortir un (ou plusieurs) élément déclencheur systématique les faisant basculer du côté de l'engagement.

Ces remarques ne signifient pas qu'il est impossible d'agir sur le comportement des personnes à l'égard du dépistage du cancer. Elles conduisent simplement à rappeler que « l'adhésion » des personnes à un dispositif renvoie à des processus complexes, qui tiennent à la structuration et la construction de l'identité des personnes, et à la manière dont les individus sont rendus réceptifs à une problématique.

### *La recherche de l'autonomie ?*

Ce caractère d'automatisme comme gage d'une participation efficace au dépistage conduit par ailleurs à mettre en discussion la notion d'autonomie des personnes : entendue ici comme capacité à agir par soi-même, à s'auto saisir d'une question pour y répondre.

Comme nous l'avons vu à propos des « obéissants », cette capacité n'est pas nécessaire à une bonne adhésion au dispositif. Ces derniers s'en remettent intégralement à la parole du médecin : ils ne cherchent pas à savoir si le dépistage est bon ou mauvais, nécessaire ou utile. Ils ne saisissent pas de la question de la prévention. De leur cas, l'autonomie n'est pas un gage de réussite.

Qui plus est, les personnes réellement « autonomes » font le dépistage de manière individuelle, hors dépistage organisé. Autrement dit, relativement à la problématique du dépistage organisé, il s'agit moins de rendre les individus autonomes, que de les sensibiliser afin qu'ils entrent à bas coût dans le dispositif, qu'ils acceptent d'être *pris en charge*. Il ne s'agit pas tant d'agir par soi-même, que d'agir comme on dit d'agir : de *répondre* à une sollicitation, d'être en cela responsable, au sens évoqué précédemment dans les registres de justification. Cette remarque nous renvoie à l'importance du courrier d'invitation signalée

initialement : ce courrier marque en effet le début de la prise en charge, et permet d'entrer à moindre frais dans le dispositif de dépistage organisé, en évitant aux personnes une initiative strictement personnelle et autonome, i.e. de faire le dépistage de manière individuelle. En revanche, cette capacité de réponse suppose préalablement de se sentir destinataire et concerné par l'invitation. Elle renvoie en amont, à la question de savoir « comment faire en sorte que les personnes se sentent concernées ? ».

## II) CEUX QUI NE LE FONT PAS

La présentation des éléments recueillis auprès des personnes qui ne réalisent pas le dépistage du cancer du colon est plus complexe, dans la mesure où elle comprend plusieurs axes de lecture simultanés.

Elle concerne en premier lieu un corpus davantage composite. Il y figure aussi bien des hommes que des femmes – mais ces dernières font toutes le dépistage du cancer du sein ; il comporte des personnes qui connaissent ce dépistage et d'autres qui ne connaissent pas (ou disent ne pas connaître) ; il se compose enfin de personnes qui ne l'ont pas fait, mais vont le faire ou ne sont pas opposées au principe du dépistage, mais aussi de personnes qui ne l'ont pas fait et affirment qu'elles ne le feront pas.

Les causes ou les motifs de la non participation appartiennent par ailleurs à des registres distincts : méconnaissance du test (problème d'information), frein voire obstacle de ses modalités pratiques de réalisation, oubli ou négligence des personnes (comportement des personnes), facteur âge et enfin refus de principe basé sur une articulation entre dépistage et état de santé personnel. Qui plus est, les arguments des personnes interviewées donnent parfois lieu à des raisonnements paradoxaux, qui laissent entrevoir la difficulté à justifier **de manière rationnelle leur non participation**.

Le degré d'éloignement par rapport au dépistage – ceux qui ne font pas mais peuvent faire ou feront et ceux qui affirment qu'ils ne feront pas - nous paraît constituer une dimension pertinente pour différencier les personnes et comprendre leur non engagement ; qui plus est, elle permet de distribuer de manière relativement homogène les motifs avancés de non participation au dépistage : nous présentons d'abord les 4 motifs évoqués par les personnes qui ne font pas le test mais n'y sont pas opposées ; et ensuite les arguments des personnes qui affirment ne pas vouloir réaliser de test.

### 1. Un dépistage méconnu

La méconnaissance du dépistage du cancer colo rectal constitue un motif relativement important de non réalisation du test hémocult parmi les personnes qui ne réalisent pas ce dépistage. Si la méconnaissance de l'offre constitue une cause classique de non recours à ses droits ou de non entrée dans les dispositifs<sup>13</sup>, elle demeure ici difficile à expliquer étant donné le profil des personnes contactées ou entrevues.

---

<sup>13</sup> Nous nous permettons de renvoyer ici aux travaux de notre observatoire, notamment la note de synthèse présentant une grille d'analyse :

Elle concerne en effet des personnes qui fréquentent régulièrement leur médecin et qui adhèrent sur le principe à la démarche préventive. On pourrait aisément les placer dans la catégorie des « informées », parfois des « transigeantes ».

- On rencontre ainsi une femme, retraitée d'un laboratoire d'analyse médicale, qui fait la mammographie depuis l'âge de 45 ans, mais qui n'a pas connaissance de l'existence du test hémocult : son médecin ne lui en a pas parlé et elle n'a jamais reçu de lettre d'invitation de l'ODLC. Nous avons par ailleurs rencontré un groupe de femmes appartenant à une association ayant pour base une origine nationale (ce sont des femmes algériennes), parfaitement intégrées dans un circuit de prise en charge médicale, qui font régulièrement mammographie et frottis et qui affirment n'avoir jamais reçu la lettre de l'ODLC pour l'hémocult, et n'en avoir jamais été informées par leur médecin.
  
- Nous avons aussi le cas d'une personne extrêmement volontaire, voire volontariste, qui fait en autonome le dépistage du cancer du sein et de l'utérus depuis ses 50 ans, et qui pensait que le cancer colorectal ne concernait que les hommes, que, par conséquent, le test était réservé aux hommes :  
*« Mais mon médecin traitant ne m'en a jamais parlé de dépistage, ni du sein ni du colon. Je pensais que le dépistage du colon, c'était pour les hommes, mon mari le fait régulièrement. Donc non, je l'ai pas fait, parce que je pensais que... On devrait le faire faire aux femmes aussi, leur faire comprendre qu'elles sont concernées. On a l'impression que c'est que pour les hommes. C'est pour ça que je l'ai jamais fait. Mais ça me pose pas de problème de le faire. »*
  
- Enfin nous avons le cas d'un homme, « soigné » dans tous les sens du terme, c'est-à-dire ordonné dans ses affaires, ses papiers administratifs en particulier et qui se rend chez son médecin de manière régulière pour des prescriptions - le même depuis 20 ans, avec lequel il entretient une relation de confiance, qui est connu dans le quartier et qui est aussi le médecin de sa femme et de ses enfants - mais qui n'a jamais entendu parler de dépistage du cancer.

Autrement dit, la méconnaissance du test concerne des personnes qui ne sont ni isolées, ni hors réseaux sociaux, ni hors ou en retrait des circuits de soins ; qui plus est toutes les femmes font la mammographie, donc participent au dépistage.

Cet état de fait conduit à formuler deux hypothèses qui n'ont rien d'exclusif et sont sans doute diversement valables ou entremêlées, selon les cas :

---

[http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/Le%20non\\_recours\\_aux\\_droits\\_et\\_services\\_elements\\_pour\\_une\\_grille\\_d%27analyse.pdf](http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/Le%20non_recours_aux_droits_et_services_elements_pour_une_grille_d%27analyse.pdf)

Soit nous sommes en présence d'une lacune dans le processus d'information et d'invitation des personnes : mauvaise ou absence information de la part du médecin et/ou absence d'envoi de courrier d'invitation de la part de l'ODLC. Ce dernier aspect paraît peu probable pour les femmes réalisant leur mammographie dans la cadre du dépistage organisé – elles disent recevoir la lettre donc font partie des fichiers de l'ODLC ; il l'est davantage pour les hommes.

Soit on peut supposer qu'un autre facteur intervient, qui tient davantage aux capacités de réception des personnes. De ce point de vue, il faut prendre en quelque sorte au pied de la lettre l'affirmation de ces femmes lorsqu'elles disent ne pas recevoir le courrier : « recevoir le courrier », signifie que le courrier est « recevable », ce qui suppose de se sentir concerné<sup>14</sup> et de se sentir destinataire de cet examen. Peut être qu'un certain nombre de ces femmes ne comprennent pas que cet examen s'adresse à elles : elles reçoivent matériellement le courrier, mais il ne déclenche pas de visite chez le médecin, parce qu'il ne les concerne pas ; par conséquent, il n'est pas mis en discussion entre collègues. Il manque préalablement une phase de préparation des personnes, par une communication sur le sujet par le médecin.

Peut être aussi que les modalités pratiques de réalisation du test hémocult, particulièrement son caractère parfois jugé rebutant – nous en traitons ci-après – font obstacle à sa recevabilité par les personnes : elles préfèrent dire qu'elles n'ont pas entendu parler, parce qu'elles ne veulent pas en entendre parler, justement parce qu'elles savent en quoi consiste le test.

Bien que cette dernière hypothèse ne soit pas à exclure, elle nous paraît cependant insuffisante pour expliquer la non information des personnes de notre corpus. Toutes les personnes rencontrées, aussi bien hommes que femmes, projettent de parler de ce test à leur médecin à l'issue de l'entretien ; l'une d'entre elles a même pris rendez vous et réalisé le test entre deux séances d'entretien au sein d'une association. Ces réactions laissent penser que ce dépistage est donc insuffisamment expliqué. Rappelons que les femmes de notre corpus ont majoritairement routinisé l'examen mammographique et le frottis ; il s'agit donc d'une population acquise ou au moins réceptive à la problématique du dépistage du cancer.

## **2. Un test rebutant**

Le test hémocult suppose de prélever une partie de ses selles au moyen d'une brosse, de la déposer sur une bandelette, trois jours de suite, et de mettre l'ensemble dans une

---

<sup>14</sup> Se sentir concerné renvoie à la manière dont on se construit, et dont on est construit comme destinataire. Nous explorons ce processus de constitution dans le cadre d'une recherche portant sur le sentiment justiciabilité des personnes dans leur (non) recours au droit.

enveloppe T à l'adresse de l'ODLC. Le contact avec les excréments, qu'il s'agit qui plus est d'envoyer par la poste à une autre personne, est régulièrement qualifié de rebutant ou de « peu ragoutant ». Cette dimension symbolique du test génère deux types de réaction auprès des personnes qui ne font pas le dépistage.

Pour certaines personnes, les modalités pratiques de réalisation du test entraînent un blocage symbolique indépassable, clairement exprimé. Dans notre corpus, plusieurs personnes, des femmes uniquement, qui savent être concernée par le dépistage du cancer colo-rectal, disent ne pas le faire en raison du test lui même. Elles y opposent un non catégorique. Ce blocage donne lieu à deux cas de figure :

Soit le rejet du test se traduit par l'absence de dépistage : c'est le cas de Madame B, observante par ailleurs en matière de mammographie et de frottis, et dont le mari a contracté un cancer de la prostate. L'entretien se traduit par un blocage sur cette question, l'évocation même de l'hémocult dérange, il est impossible d'obtenir plus d'éléments. Madame B, qui est familière de fait des questions de cancer n'envisage pas non plus de faire une coloscopie.

Soit le rejet physique du test est contourné par la réalisation d'une coloscopie : bien que médicalement beaucoup plus invasive, cette technique est préférée ; elle permet de ne pas avoir de contact avec les selles, et offre des conditions de prise en charge hospitalière. Néanmoins, elle concerne dans notre corpus des personnes qui sont particulièrement « familières » du monde hospitalier.

Dans notre corpus, ces cas sont assez rares. En règle générale, la manipulation des selles nous paraît davantage évoquée comme un frein, parmi d'autres, à la réalisation du dépistage, sans constituer pour autant l'obstacle principal. Nous ne voulons pas dire ici que la dimension symbolique du test hémocult ne constitue pas un obstacle au dépistage. Mais que, de fait, les personnes qui arguent de cet aspect pour expliquer la non réalisation du test dans nos entretiens, égrènent par ailleurs toutes les raisons possibles pour ne pas faire le test. Selon nous, la dimension symbolique des modalités pratiques de réalisation sert en quelque sorte « d'argument paravent » : elle permet d'imputer à l'aspect rebutant du test une non participation qui tient fondamentalement à un autre motif - la peur ou la procrastination par exemple.

Ainsi, de Monsieur G qui se dit rebuté et qui préférerait que le test soit réalisé d'une autre manière, alors que son entretien atteste - comme nous le verrons plus loin - qu'il rejette en fait tout dépistage en raison d'un sentiment de peur :

*« L'hémocult ? C'est un peu gênant d'envoyer ça par la poste, ça freine, c'est sûr ; si y'avait possibilité de se déplacer même si difficile de commander pour faire, serait plus facile ; avoir un dispensaire, un lieu où aller : tu fais tes besoins, chez toi ou au dispensaire et on donne au dispensaire. Parce que si vous avez mangé des raviolis, les gens ont pas besoin de le savoir ! Ça me rebute, si c'était de l'urine encore, mais là. »*

Ou de Monsieur M<sup>15</sup> (54 ans), qui juge l'ensemble du test compliqué et rebutant, tout en trouvant systématiquement des raisons de ne pas se rendre chez son médecin pour enclencher le dispositif – voir le facteur âge chez les hommes :

*« Je trouve l'hémocult un peu compliqué, sur 2 jours, prendre avec le petit truc, laisser sécher et tout ça ; et puis mettre tout ça dans une enveloppe, c'est rebutant ; ça serait mieux de se déplacer dans un lieu, comme pour le contrôle des urines à la médecin du travail. »*

Remarque : le fait d'être rebuté par le test donne parfois lieu à un jugement quasi moral de la part des personnes observantes, et est assimilé à une forme de « sensiblerie » : « si on n'a que ça comme problème dans la vie...; on est des adultes ; faut pas exagérer ; c'est simple à faire quoi. »

### **3. Oubli, négligence et autres difficultés pratiques**

Dans nos entretiens, on trouve aussi un certain nombre de personnes qui ne sont pas opposées à la réalisation du test, mais qui ne l'ont pas encore fait, ou qui ne le font pas de manière systématique. Elles confessent généralement un manque de suivi, une certaine négligence, ou un laisser aller. Ce ne sont pas des personnes qui sont rebutées par l'examen, mais pour lesquelles le test demande une forme d'investissement et d'engagement qu'elles ont du mal à tenir : elles ont essayé de le faire, mais n'y sont pas parvenues, la complexité du test ne favorisant pas sa réalisation.

*« Oui, j'ai été contacté par l'ODLC, j'ai reçu le courrier avec tout dedans ; mais le problème, c'est qu'on le pose là, on oublie, et le lendemain, on passe à autre chose. C'est assez contraignant, et c'est quand on tire la chasse d'eau que... ; on essaie, on tâtonne, on réussit un jour, à y penser, et le lendemain matin on oublie ; en plus faut pas qu'il y ait d'eau de javel dans la cuvette je crois, si je me souviens bien... J'ai essayé plusieurs fois, mais j'ai pas réussi. Et chaque fois qu'on le reçoit, ça vous réveille, mais après on s'endort dessus. Moi je pense qu'il faudrait qu'on nous dise : allez à l'hôpital pour faire votre test, ou faire une coloscopie, avec un RV, au moins là, c'est sûr. Le médecin m'a expliqué et tout mais...et là on en cause, j'y pense, mais après... La coloscopie serait le moyen le plus simple. Parce que, quand on va chez le médecin, on parle du problème qui fait qu'on va le voir, et pas du dépistage. »*

Madame R, qui avoue « être bordélique », mais se révèle aussi assez débrouillarde pour résoudre ses problèmes de santé malgré ses problèmes d'argent, donne un témoignage de la difficulté à tenir l'engagement jusqu'au bout :

---

<sup>15</sup> Dont la femme a été opérée tumeur au sein il y a 1,5 ans.

*« Le colorectal, je l'ai pas fait. J'ai reçu le courrier, mais je l'ai perdu, donc je suis allé chez le médecin qui m'a donné le kit ; j'ai fait l'hémocult 1 fois, mais je savais pas quoi en faire : ils disent : ne pas mettre d'urine, mais c'est une cuvette de wc alors.... ! Et puis ils disent de prélever à des endroits différents, c'est compliqué ; est ce qu'il faut mettre au frigo, mais des selles au frigo bof, et autrement comment ça se conserve 3 jours de suite .... ? En plus, je suis obligé de faire caca debout, j'ai des problèmes d'hydrosel, donc des selles liquides sinon ça passe pas, donc c'est pas pratique pour moi cette histoire de prélèvement... ça serait plus pratique si ça se faisait au labo : qu'on nous propose des flacons, qu'on emmène au labo et qu'eux envoient tout ça à l'ODLC ; ça serait moins compliqué ; parce que, une fois, j'ai fait le premier jour, et le deuxième jour, j'étais pas chez moi, et l'hémocult qu'est ce que j'en fais... ? Je l'ai mis à la poubelle. »*

Trait commun à ces personnes de « bonne volonté » qui n'ont pas réussi à réaliser le test, elles proposent en réponse à leurs difficultés des modes de dépistages alternatifs - plus faciles à réaliser selon elles. Revient ici, comme précédemment, la proposition d'une prise en charge à l'extérieur de chez soi - à l'hôpital, au labo ou dans un « dispensaire » - dans un cadre médicalisé, qui faciliterait la réalisation sur place, tout en neutralisant la charge symbolique attachée aux excréments. Les personnes expriment à cet endroit une demande de prise en charge et d'accompagnement beaucoup plus grands que l'actuel dispositif : il faudrait laisser les gens moins seuls face au test, exiger d'eux moins d'autonomie et leur offrir un cadre permettant de tout faire en une fois et au même endroit.

Enfin, la « négligence » ne concerne pas uniquement des personnes en butte aux difficultés pratiques de réalisation du test. On trouve aussi des personnes qui parviennent très bien à faire le dépistage mais avouent ne pas le faire systématiquement. La non participation n'a ici rien à voir avec le test lui-même, et tient uniquement à la « mauvaise volonté » des personnes. C'est le cas de Monsieur Dupont, très intégré socialement et plutôt convaincu par la prévention :

*« Mais bon, y'a certains tests que j'ai pas faits, c'était de la mauvaise volonté plus qu'autre chose hein. Comme quoi, ça arrive pas qu'aux autres, le dernier test par exemple, on m'a envoyé le courrier, mais je l'ai pas fait.... ».*

Remarque : ces exemples constituent les uniques cas d'abandon du dispositif. De fait, la majorité des personnes qui ne font pas ce dépistage n'entrent pas dans le dispositif. Autrement dit, c'est avant tout en amont qu'il est nécessaire d'agir, en jouant sur la « réceptivité » des personnes.

#### 4. La cinquantaine : un effet retardateur chez les hommes

Dans nos entretiens, l'importance du facteur âge provient de manière rétrospective, de la part d'hommes qui font aujourd'hui le dépistage mais qui ont retardé leur entrée dans le dispositif au moment de leurs 50 ans ; le premier test, « de la cinquantaine », n'est pas fait : on est encore trop jeune.

*« Oui, j'ai reçu le courrier de l'ODLC ; mais au départ, j'ai hésité, mon médecin m'a dit de faire le bilan, mais je me suis dit, non, je suis jeune, j'en ai pas besoin. J'ai connu avec le courrier qu'ils m'ont envoyé ; avant je connaissais pas, j'en avais jamais entendu parlé. C'est mon médecin de famille qui m'a dit : à 50 ans, bilan complet et dépistage, sur le cholestérol notamment. Mais au premier courrier, je l'ai pas fait, j'ai laissé trainé, je me suis dit, je suis en bonne santé non, donc c'est inutile : en clair, j'ai pas fait dans la prévention. Et à la seconde vague de courrier, et puis y'a plus de communication depuis quelques années, et là j'ai pris plus de temps, de regarder, pour comprendre ; et je l'ai fait. Et ça pose pas de problème, c'est bien expliqué. »*  
Monsieur I.

Ce témoignage n'est pas isolé ; nombre d'hommes nous ont dit ne pas avoir réagi à la première lettre de l'ODLC, mais à la seconde voire la troisième campagne (hors relance). L'entrée dans le dépistage suppose en effet d'accepter d'entrée dans une catégorie identifiée comme population à risque en raison de l'âge et prise en charge à ce titre : cela suppose par conséquent d'accepter de vieillir, et de se projeter dans une représentation de soi où l'âge est en quelque sorte un facteur aggravant de maladie. Pour une personne en bonne santé, qui travaille, qui est actif, et qui a tout juste 50 ans, l'âge représente donc en soi un *retardateur* à l'entrée dans le dispositif de dépistage. On peut même supposer que cet aspect joue à contre emploi : on vieillit quand on commence à se faire dépister parce qu'on a un certain âge. Cette dimension fait écho au registre de justification des observants, élevant l'idée de responsabilité sur la nécessité d'accepter « qu'on n'est plus des gamins », qu'il faut se comporter « en adulte », sans se voiler la face.

Dans notre corpus, aucun homme ne faisant pas le dépistage ne renvoie directement sa non participation à ce motif. Cela dit, le témoignage de Monsieur M, 54 ans, cité précédemment, nous semble en partie rentrer dans ce cas de figure :

*« J'ai reçu le courrier, la 1ere fois à mes 50 ans et relance y'a 6 mois, me disant de contacter le médecin mais je ne l'ai pas encore fait ; y'a un échantillon pour prélever, mais c'est trop compliqué ; mais je vais le faire, la prochaine fois que le gamin va chez le médecin, j'ai oublié la dernière fois de demander à ma femme, de le prendre... Le dépistage, c'est bien, ça serait bête de pas l'utiliser alors qu'ils mettent quelque chose en place, pour nous ; mais c'est un peu compliqué, l'hémocult, de faire une fois, deux fois, trois fois...Bon, un cancer, plus il est trouvé tôt, plus y'a des chances de le guérir. »;*

Remarque : si le facteur âge joue dans un premier temps comme un retardateur, il nous semble néanmoins participer aussi à une forme de préparation et de sensibilisation au sujet : en obligeant à prendre en compte la question de la prévention du cancer, il rend réceptif à la question et davantage perméable aux cas de cancer autour de soi. Cet effet de sensibilisation est notable dans l'entretien de Monsieur I, qui n'a « pas fait dans la prévention » au moment du premier courrier :

*« Oui, j'ai eu connaissances de personnes avec des problèmes de cancer, comme j'ai pas mal de contacts avec les catholiques lao, c'est là là que j'ai entendu dire que dans d'autres villes, y'avait des gens avec des soucis, de cancer du colon. C'est pour ça que j'ai bien lu le dossier, et j'encourage maintenant à faire le test ; j'en parle autour de moi, maintenant, je dis de faire attention à ça. »*

## 5. La santé, un motif de non dépistage

Hormis pour les personnes rebutées de manière rédhitoire par la dimension symbolique de la réalisation du test, toutes les dimensions citées jusqu'ici sont assimilables à des freins à l'entrée, pour des personnes qui ne sont pas opposées au test. Nous rapportons à présent les explicitations apportées par les personnes qui refusent de faire le test.

Parmi elles, on trouve majoritairement deux profils.

- D'une part, des personnes en bonne santé qui, justement pour cette raison, estiment ne pas avoir à se faire dépister. Selon un axiome répandu du paradoxe du dépistage : je suis en bonne santé, donc je ne suis pas malade, par conséquent il est inutile que je me fasse dépister puisque je suis *manifestement* non malade. Le dépistage suppose en effet de se prêter à des examens visant à rendre manifeste une maladie qui ne l'est pas. Autrement dit, il faut se considérer comme potentiellement malade, sans avoir les symptômes de la maladie. Cela suppose d'envisager la santé d'un point de vue négatif, comme un état de maladie qui s'ignore. Or, d'une manière générale, la santé, c'est la non maladie<sup>16</sup> : il n'y a donc aucune raison de se faire dépister.

Monsieur N présente un exemple cohérent de ce mode de justification articulé sur cette opposition logique. Sa non participation n'est pas liée à la compréhension de la démarche préventive ou à un frein cognitif, i.e., mais parce qu'elle entre en conflit avec des principes :

*« Je suis en forme, je fais de l'exercice, je mange correctement, je fais attention à ce qu'on mange, et je suis jamais malade : dépister, le cancer et tout ça, ça met le souci, ça me sert à rien, de savoir ; si je meurs demain, y'a pas de problème, je suis prêt, ça ne fait aucun problème, demain ou dans 30 ans, pour moi c'est pareil ; je n'ai pas peur, donc ça ne sert à rien de savoir, pourquoi faire ? Je vais chez le médecin quand y'a un problème, et c'est tout. »*

---

<sup>16</sup> « La santé c'est la vie dans le silence des organes », Canguilhem G, in **Le normal et le pathologique**.

Remarque : ce témoignage présente par ailleurs un exemple intéressant de déplacement de la thématique de la peur : nous avons vu que la peur pouvait comporter une dimension incitative, mais aussi qu'elle était évoquée comme ce qui fait obstacle au dépistage : « les gens ont peur de savoir ». Or, ici, c'est l'absence de peur de la mort qui fait obstacle au dépistage : elle rend inutile toute démarche préventive au sens large. Pour monsieur N, il n'y a, à strictement parler, rien à prévenir, dans la mesure où « tout est écrit » : cette vision renvoie ici au « mektoub » de la culture musulmane - nous y revenons plus loin.

- D'autre part, des personnes en moins bonne santé, qui ont à composer au quotidien avec un corps malade : cela va de personnes avec des pathologies lourdes, telles que leur vie est principalement définie par les soins apportés à leur corps malade, à des personnes à l'état de santé générale moyen, obligées, à la suite de plusieurs « pépins », de prendre soin d'eux même au quotidien.

Parmi ces personnes, on trouve, souvent à proportion de leur état de santé, aussi bien des observants (les moins malades) que des « refusants » : chez ces derniers, c'est la volonté de *ne plus vouloir en savoir trop* qui domine. Ils ont le sentiment d'en avoir déjà assez avec leur pathologie, qui suffit à remplir leur vie, sans avoir besoin d'en rajouter : je suis déjà bien assez malade comme ça, pourquoi irais-je chercher à savoir si je le suis encore plus. Cela, alors que ces personnes vivent et évoluent en permanence dans un circuit de soins, dans une prise en charge médicales, qui va des médicaments aux visites, examens, opérations, surveillance, test, bilans etc. Nous nous situons donc ici bien au-delà de la question de la sensibilisation au dépistage : ce sont bien plutôt des personnes qui connaissent la maladie, s'en occupent et veulent avoir la paix. Dans les entretiens, souvent écourtés, ils refusent de parler de quoi que ce soit qui se rapporte à maladie. Ainsi de monsieur Y, qui vient de subir un triple pontage à la suite d'un infarctus :

*« Non, non, je ne fais pas le dépistage, je commence tout juste à me relever de mes problèmes (de cœur), je prends déjà beaucoup de médicaments qui me fatiguent, j'ai pas besoin d'en savoir plus.... ».*

Ou de madame V, qui exprime une lassitude générale à l'égard des problèmes de santé ; il ne s'agit pas, au moment de l'enquête, de parler de dépistage ou d'envisager le faire :

*« Oui, j'ai fait la mammographie, mais c'était parce que j'avais une grosseur au sein...Elle est apparue le lendemain de la nuit où mon fils a été opéré, à l'hôpital, pour son testicule. Et puis, y'a des soucis énormes dans la famille, mon mari a dû vous en parler, génétiques...mon père a eu un cancer de l'intestin, moi j'avais des polypes au ventre, ...je veux plus parler de tout ça... qu'on me laisse tranquille».*

## **6. Forme des argumentaires : ruptures de rationalité et raisonnements paradoxaux**

Dans les entretiens, la justification de la non participation au dépistage amène parfois les personnes à énoncer des raisonnements paradoxaux<sup>17</sup>, ou caractérisés par une rupture de logique. La spécificité de ces témoignages ne tient pas aux motifs avancés eux-mêmes - il n'y a rien de paradoxal à ne pas faire le dépistage parce qu'on est rebuté par le test- mais à la manière de les enchaîner pour justifier du refus de participer. Il est entendu que ces raisonnements ne proviennent pas de « personnes incohérentes » dans leurs propos<sup>18</sup>. La rupture dans l'énoncé logique des arguments ne vient pas « par hasard » : elle peut être une manière de contourner les motifs réels, ou de les cacher à l'enquêteur – voire à soi même.

Nous retenons ici trois cas, caractéristiques dans ce type de raisonnement.

- Le raisonnement de Monsieur G : perclus de maladies lourdes (problèmes cardiaques ayant entraîné un triple pontage, diabète insulino dépendant, problèmes de dos avec dégénérescence du bassin), inquiet à l'égard de son fils handicapé, dont il ne sait pas comment il se débrouillerait sans lui, Monsieur G soutient durant notre entretien ne pas vouloir faire de test de dépistage du cancer afin de « vivre un peu pour voir ses petits enfants ». Il s'était opposé à ce que sa femme, qui a contracté un cancer du col de l'utérus (qu'on lui a enlevé) se fasse dépistée. Pour Monsieur G, ne pas savoir qu'on est malade reste le plus sûr moyen de continuer à vivre sans être malade. Sur la base de l'axiome « la santé, c'est la non maladie », il affirme que « se faire dépister c'est tomber malade », donc que « ne pas faire le dépistage c'est vivre plus longtemps ». Durant l'entretien, cette attitude de déni est révélée par sa femme, qui corrige systématiquement les informations avancées sur le dépistage (non réception du courrier, manque d'explications, aspects rebutant du test, etc) : « mais si, y'avait tout ça, mais t'as oublié parce que tu veux pas, tu as peur ».
- Le deuxième type de raisonnement repéré est plus courant et concerne, assez logiquement, plus spécifiquement les femmes<sup>19</sup>. Il consiste à établir une différence de nature, implicite et non interrogée, entre les deux dépistages. Ce raisonnement est tenu par des femmes convaincues de la nécessité du dépistage - jusqu'à en parler autour d'elles-, qui font mammographie et frottis, mais qui développent malgré tout un argumentaire pour expliquer leur refus de faire le test de dépistage du cancer colo-rectal. Dès lors, ce qui vaut pour un dépistage ne vaut plus pour l'autre : « c'est important de faire le dépistage » est vrai pour le cancer du sein, ou en général, et plus

---

<sup>17</sup> Nous ne parlons pas ici de raisonnement contradictoire dans la mesure où il n'y a, par principe, aucune contradiction à ne pas aller chez le médecin quand on n'est pas malade. En revanche, le raisonnement prend une forme paradoxale, lorsqu'il mêle des arguments vrais et des arguments faux, voire lorsqu'il déduit des énoncés faux à partir d'énoncés vrais.

<sup>18</sup> Nous nous permettons cette précision parce qu'il nous est arrivé d'avoir des entretiens avec des personnes aux propos globalement incohérents et pris en charge à un titre psychiatrique.

<sup>19</sup> Une version masculine de ce type de raisonnement existe aussi, mais elle est moins évidente : à l'instar de Monsieur, elle se traduit par un décalage entre le discours - d'adhésion au dépistage - et les actes – la procrastination ou l'attente.

pour le colo-rectal. A l'inverse, les motifs de non réalisation du test hémocult - parce qu'on ne le sent pas ou parce que j'ai pas peur - qui valent de fait tout autant pour la mammographie, n'empêchent pas de la faire. Ainsi, de madame K, 54 ans :

*« J'ai été faire une mammo ; c'est mon gynéco qui me l'a prescrit, tous les 2 ans. Ok sur frottis. Enfin, je l'ai pas fait cette année, parce que j'ai eu des problèmes, mais je le ferai après les vacances.*

*Hémocult : non, je ne savais pas, et je l'ai pas fait...parce qu'on le sent pas, on se sent pas malade. Cela dit, je vais très peu chez le médecin ; je suis pas madame médecin, faut vraiment que j'agonise pour y aller, que j'ai 40 de fièvre pendant 3 jours. Et je suis pas trop médicaments non plus ; et puis je suis musulmane, donc c'est le destin, j'ai pas peur. Beaucoup ont peur. Pourquoi je l'ai pas fait ? Parce qu'on le sent pas. Le dépistage ? Ça prévient la personne, pour le prendre à temps, c'est bien, si on peut sauver, c'est sûr. J'ai dû recevoir des courriers, mais je l'ai pas fait, à la poubelle, ...oui un seul courrier à mon avis. »*

- Le dernier type de raisonnement est de nature un peu différente : il concerne le décalage entre la conviction exprimée à l'égard des principes de la prévention, et le fait de ne pas faire le dépistage. Autrement dit, il met en évidence la coexistence de deux logiques distinctes davantage qu'une rupture logique : la logique des principes, de l'adhésion aux principes d'une part, la logique de l'acte, de l'action d'autre part. Ce décalage est classique ; il nous semble cependant intéressant de le mentionner en ce qu'il rappelle toute la difficulté à faire entrer dans un dispositif, et à savoir sur quel levier intervenir. Il révèle surtout l'importance du facteur individuel, qui résiste à une interprétation rationnelle, et la sortie de l'argumentaire logique dès lors qu'il s'agit de l'action des personnes. Cet écart, qui revient de fait très régulièrement dans les entretiens<sup>20</sup> apparaît d'autant plus quand il concerne des personnes fortement exposées au risque de développer un cancer de par leurs antécédents familiaux. On note alors un décalage entre les risques a priori et les arguments opposés au dépistage. Ainsi Madame G, contactée au téléphone, qui commence par expliquer qu'elle trouve le test hémocult compliqué et peu ragoutant, avant de faire état d'un triple cas de cancer du colon dans sa famille proche et exprimer finalement une manière de fatalisme désemparé :

*« La mammographie ? C'est ma gynéco ; c'est pas agréable, mais bon, on est obligé, il faut le faire. L'hémocult ? Oui, le courrier, je l'ai eu, mais j'ai jamais fait ; c'est un pas un truc qui me ...je sais pas, c'est compliqué à faire. Mais vous vous sentez concernée ? Non, enfin, oui, ça me concerne, mais je vais le faire, je vais le faire, je vais demander à ma gynéco, mais c'est pas ragoutant quoi. (...) Et puis des cancers...du coté de mon père, ses 2 frères : cancer du colon. Ma mère est décédée d'Alzheimer, l'an dernier... je m'en sors plus, c'est la totale ; donc si ça doit arriver, ça*

---

<sup>20</sup> Un certain nombre de personnes peuvent tout à fait adhérer au principe, avoir un discours sur la nécessité de faire attention à soi, mais sans se l'appliquer de manière systématique, etc. L'adhésion vaut comme un absolu, pour les proches et les enfants en particulier, mais il est possible de s'en extraire quant à soi.

*arrive. On fait attention à l'alimentation, qu'elle soit équilibrée et tout ça, mais après qu'est ce qu'on peut faire ? »*

Le cas de madame P incarne quant à lui un cas typique de « résistance individuelle ». Cette femme de 67 ans avait une sœur, décédée du cancer du colon. Tout en soutenant qu'elle n'a pas peur, elle refuse pourtant de faire le test de dépistage hémocult : elle dit « hésiter » et de fait en repousse la réalisation. Ce n'est que sous la pression de son autre sœur qu'elle a fait une mammographie, il y a deux ans, parce qu'il « faut prendre soin de toi » lui a-t-elle dit. De fait, son médecin lui en avait déjà parlé, avant, mais là aussi elle avait hésité. Elle pense néanmoins que le dépistage sert à quelque chose, que c'est bien, et que c'est « ce qu'on doit faire ». Cette femme n'est pas isolée, et se rend tous les jours au club des retraités de son quartier, où les « copines » parlent du cancer et du dépistage. Elle adopte en ce cas un comportement de retrait : « mais moi je me tais ; et quand elles me disent de le faire ou autre, moi je dis que « chacun sait ce qu'il a à faire, pour lui ».

Ainsi, Madame P se trouve dans une situation où tous les éléments incitateurs sont rassemblés - environnementaux, familiaux, médicaux – mais sont mis en défaut : ils buttent sur un facteur psychologique de résistance individuelle. Pour clore notre entretien, madame P nous dit en rigolant : « je suis à part, dans la famille ».