

Cancer et Migrants

Action expérimentale pour l'accès à la
prévention et au dépistage du cancer colorectal
auprès des personnes migrantes vivant en
résidences sociales en région Paca

France Davin / Julie Al atrach-Bah
En collaboration avec Hélène Zingraff

Décembre 2009

Sommaire

1. Constat	p.4
2. Projet initialement prévu	p.5
3. Protocole d'intervention	p.7
4. Résultats	p.8
A. Sensibilisation des personnels	p.8
B. Envoi ciblé des courriers d'invitation au dépistage organisé	p.9
5. Analyse et recommandations	p.11
A. Principales difficultés rencontrées par les personnels des résidences	p.11
B. Analyse des réactions des résidents	p.16
C. Recommandations liées à l'action expérimentale mise en place	p.17
D. Recommandations pour intervenir auprès des professionnels	p.18
E. Recommandations pour intervenir auprès des résidents	p.18
 Bibliographie	 p.22
 Annexes	 p.23
1. Synthèse des travaux du CRES Paca (années 1 et 2)	
2. Eléments de contexte : Caractéristiques des personnes migrantes vivant en foyers et résidences sociales en France et en région Paca	
3. Présentation des partenaires	
4. Eléments de contexte : Le cancer colorectal	
5. Mise en place du dépistage du cancer colorectal en France : Repères chronologiques	

1. Constat

Dans le cadre du Plan Cancer et du programme 6 du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), le CRES Paca a réalisé en 2007 et 2008 deux projets sur la thématique du dépistage des cancers auprès des personnes migrantes : une recherche-action visant à identifier les actions susceptibles de faciliter l'accès des populations migrantes au dépistage des cancers, et une action expérimentale menée auprès de 6 groupes de personnes en cours d'alphabétisation visant à mettre à l'épreuve ces préconisations.

La synthèse de ces travaux est disponible en Annexe 1.

Ces travaux ont été réalisés dans l'objectif d'améliorer la participation et l'adhésion des personnes migrantes à une démarche de prévention, dont la participation aux différents dépistages des cancers (sein, colorectal, mélanome et col de l'utérus) dans trois départements ; les Bouches-du-Rhône, le Var et le Vaucluse.

A travers ces travaux, un certain nombre de freins ont été identifiés tels que la barrière linguistique qui constitue le principal obstacle au dépistage et à l'accès à l'information, mais également la peur des résultats, le fatalisme, la situation de précarité, l'inadaptation des campagnes d'information ou l'approche impersonnelle des dépistages organisés. En termes de représentations, le cancer, systématiquement associé à la peur et à la mort, apparaît souvent incurable.

Un certain nombre de leviers d'action ont été envisagés, tels que l'approche globale et de proximité. Pour favoriser l'accès des migrants aux campagnes de dépistage, il paraît important d'ancrer les stratégies d'information au plus près des personnes, sur leur lieu de résidence par exemple, en langue d'origine ou en français simple, et via des relais de proximité. La mobilisation des acteurs sociaux et soignants de proximité pour délivrer des informations sur la santé et le cancer, ainsi que celle des médecins traitants constitue un levier important car ces acteurs occupent une place particulière auprès des populations migrantes, l'aspect relationnel étant primordial.

Le présent travail s'inscrit dans cette continuité, et vise à répondre à une des préoccupations des responsables du dépistage organisé des cancers.

Financé par le GRSP, il s'agit de mettre en place un troisième projet expérimental sur la thématique Cancer et migrants.

Ce projet vise à améliorer l'accès à la prévention et au dépistage du cancer colorectal des personnes migrantes vivant en résidence sociale.

Malgré l'absence de chiffres précis sur la participation des personnes migrantes, les taux de participation aux différents dépistages des cancers sont faibles en Paca chez les personnes en situation de précarité.

Il existe très peu d'études exhaustives sur la santé des personnes migrantes en France, nous n'avons identifié aucune étude portant spécifiquement sur la situation du cancer colorectal chez les personnes

migrantes. De manière générale, peu d'études sont réalisées sur les personnes migrantes vivant en résidences sociales ou en foyers.

Les foyers et résidences sociales hébergent principalement une population vieillissante, majoritairement maghrébine, principalement masculine, qui vit en France depuis longtemps.

Bien souvent, ces personnes sont en situation de précarité économique et sociale durable, exposées à de nombreux problèmes de santé, avec un vieillissement précoce souvent associé à une santé précaire.

Le recours aux soins se fait généralement dans l'urgence, il est principalement curatif, tardif et peut être relativement inadapté.

Cette population est bien souvent confrontée à un sentiment de mal-être, d'isolement et à une certaine souffrance psychique.

Une présentation détaillée de l'ensemble de ces éléments est disponible en Annexe 2.

2. Projet initialement prévu

Le projet tel qu'il était prévu initialement, visait à mettre en place une recherche-action permettant de tester différentes stratégies d'amélioration de la participation de ce public spécifique au dépistage organisé du cancer colorectal. Il était envisagé de travailler, d'une part, auprès des équipes des foyers et résidences sociales, et, d'autre part, directement auprès des résidents de quelques foyers de la région Paca, en partenariat avec les structures de gestion des dépistages organisés.

Il était également envisagé de réaliser un envoi simultané de courriers d'invitation à l'ensemble des résidents âgés de 50 à 74 ans, des structures ciblées.

Il était envisagé de mettre en place le protocole suivant :

- Auprès de 2 résidences : envoi simultané de courriers d'invitation à l'ensemble des résidents des structures ciblées ;
- Auprès de 2 résidences : sensibilisation au dépistage organisé auprès du personnel, suivie de l'envoi des courriers d'invitation à l'ensemble des résidents des structures ciblées ;
- Auprès de 2 résidences : sensibilisation au dépistage organisé auprès des résidents, suivie de l'envoi des courriers d'invitation à l'ensemble des résidents des structures ciblées ;
- Auprès de 2 résidences : sensibilisations au dépistage organisé auprès du personnel et des résidents, suivies de l'envoi des courriers d'invitation à l'ensemble des résidents des structures ciblées.

Dans les 4 cas, il était prévu d'analyser la réaction et les suites données au courrier par les résidents.

Afin d'améliorer la connaissance du contexte, plusieurs temps de travail ont été mis en place avec différents partenaires tels que :

- les directions régionales et départementales de trois grands organismes gestionnaires de foyers de travailleurs migrants et de résidences sociales tous adhérents de l'UNAF0 (Union Nationale des Associations gestionnaires de Foyers et résidences sociales) : Adoma (anciennement Sonacotra), Alotra et Api Provence ;
- des personnels de ces structures et certains de leurs partenaires (personnels de proximité qui travaillent autour de ces résidences tels que des médecins généralistes, infirmiers, médiateurs santé, associations, etc.) ;
- les structures de gestion des dépistages organisés des Bouches-du-Rhône et du Var : Arcades et Isis 83.

Ainsi, 2 réunions de travail ont été organisées avec les directions régionales et départementales des organismes gestionnaires des résidences sociales et des structures de gestion des dépistages organisés (les 5 janvier et 2 février 2009).

Plusieurs entretiens téléphoniques avec les personnels des résidences ont été réalisés afin d'affiner les éléments identifiés.

Ces différents échanges ont mis en évidence un certain nombre d'éléments qui ont remis en question le projet initial. En effet, plusieurs aspects ont laissé penser qu'il n'était finalement pas pertinent de travailler directement auprès des résidents.

La santé ne constituerait pas une priorité pour eux : les résidents seraient exposés à de nombreux problèmes de santé mais ne formuleraient pas de demande concernant la santé. Dans un contexte de cumul des vulnérabilités, leurs priorités seraient avant tout d'ordre économique, social et administratif.

Ils ne manifesteraient que peu d'intérêt à l'égard des actions collectives de santé : les personnels rencontrent d'importantes difficultés à mobiliser les résidents sur des questions de santé et à les motiver à participer, en particulier les hommes. Les résidents seraient d'autant moins enclins à participer à des actions collectives portant sur des thèmes qui relèvent de l'intime ; ils ne seraient pas habitués à s'exprimer sur ce qui touche à l'intime et manifesteraient une certaine pudeur qui pourrait complexifier leur participation à l'action, voire même entraîner un rejet à l'égard de l'action. Les personnels des résidences estiment que leur public ne sera pas réceptif si la question du cancer colorectal est abordée en public. *« Avec ce public-là on peut difficilement parler de ce qui touche à l'intime, et encore moins en collectif, ce n'est pas dans leur culture d'en parler, ces questions doivent être abordées en individuel. »*

Ainsi, il serait nécessaire d'aborder la santé de façon détournée, indirecte, de manière progressive, avec tact et respect de leur intimité. Pour cette population, le cancer est un sujet tabou, difficilement abordable. *« Il y a des sujets dont ils ne veulent pas parler comme l'alcool, les dépendances, le cancer, ils refusent de parler de ça. »*

Selon les structures de gestion du dépistage organisé, il n'est pas pertinent de mettre en place des interventions directement auprès des résidents de manière régulière : l'investissement est trop important

sans garantie d'un véritable impact sur la participation au dépistage organisé.

De manière générale, les actions de sensibilisation au dépistage organisé auprès des publics-cibles ne génèrent pas d'impact significatif ; les structures de gestion des dépistages organisés ont expérimenté différentes stratégies mais il semblerait qu'aucune n'ait été vraiment concluante. La seule action qui ait généré un réel impact est la campagne nationale de l'INCa.

Le dispositif de dépistage organisé serait peu connu des équipes et des résidents : les équipes rencontrées rapportent une méconnaissance du dispositif, tant en ce qui les concerne personnellement, qu'en ce qui concerne les résidents. Les invitations à pratiquer le test ont été reçues mais quasiment aucun résident n'aurait pratiqué le test.

Les conditions liées à l'habitat collectif pourraient constituer un frein à la réalisation du test, dans la mesure où de nombreuses résidences ne sont pas équipées de toilettes individuelles.

Suite à l'ensemble de ces constats, il est apparu plus pertinent de se centrer sur les équipes de gestion de quelques foyers et résidences sociales de la région pour les mobiliser et les sensibiliser au dépistage organisé du cancer colorectal afin qu'elles deviennent des personnes ressources pour les résidents et qu'elles jouent un rôle de conseil et d'orientation en complément de l'information formelle sur le dépistage organisé de ce cancer.

Dans la mesure où ce dépistage organisé semble être peu connu et peu réalisé par les résidents, un envoi ciblé et groupé des courriers d'invitation au dépistage a été réalisé par les structures de gestion des dépistages organisés à destination des résidents âgés de 50 à 74 ans.

Ceci a été fait dans l'hypothèse qu'un envoi simultané de courriers d'invitation générerait des échanges entre les personnes et les inciterait davantage à recourir au dépistage. Une analyse des réactions des résidents suite à l'envoi ciblé des courriers d'invitation a été réalisée afin de tester la pertinence de cette stratégie d'incitation à pratiquer le dépistage.

L'objectif final étant de renforcer le taux de participation des résidents au dépistage organisé du cancer colorectal.

3. Protocole d'intervention

- Diffuser une information sur le fonctionnement de ce dépistage organisé auprès de l'ensemble des équipes de gestion et de leurs partenaires, avec l'appui de la structure départementale de gestion des dépistages organisés, à travers une action de sensibilisation au dépistage organisé du cancer colorectal ;
- Réaliser un envoi ciblé et groupé de courriers d'invitation au dépistage par les structures de gestion des dépistages organisés, à destination des résidents correspondant à la tranche d'âge du public-cible de ce dépistage, les personnes âgées de 50 à 74 ans ;

Participants

Les équipes de gestion des foyers et résidences sociales de la région, regroupant les structures Adoma, Api Provence et Aotra, ainsi que des personnels de proximité qui travaillent autour de ces résidences (médecins généralistes, infirmiers, médiateurs santé, associations), en partenariat avec les structures de gestion des dépistages organisés des Bouches-du-Rhône et du Var.

Ainsi, les professionnels de 8 résidences Api Provence, 12 résidences Adoma, 2 résidences Aotra, 2 SSIAD, les associations Arcades et Isis 83 ont participé à ce projet. (Un tableau détaillé des différents partenaires du projet est disponible en Annexe 2.)

4. Résultats

A. Action d'information et de sensibilisation

3 réunions d'information et de sensibilisation au dépistage organisé du cancer colorectal ont été organisées auprès des personnels de 22 résidences sociales et de 2 SSIAD qui travaillent avec ces résidences, en partenariat avec Arcades et Isis 83 (les 13, 18 et 27 mars 2009).

Il était initialement prévu de travailler avec 8 résidences, mais en raison de l'intérêt qu'a manifesté un certain nombre de personnes à l'égard de ce projet, le nombre de résidences partenaires a été augmenté et ce sont finalement les personnels de 22 résidences qui ont participé à cette sensibilisation.

Contenu de l'action de sensibilisation :

- Le cancer colorectal : fréquence de la maladie, évolution
- Le dépistage organisé : Différence entre dépistage individuel et dépistage organisé ; Objectifs ; Population cible
- La pratique du test
- La participation de la population au dépistage organisé au niveau départemental
- Arguments sur lesquels s'appuyer pour inciter au dépistage : La pratique du test tous les 2 ans permet d'éviter de faire une coloscopie ; La gratuité du test

Chacune de ces réunions s'est déroulée sur une demi-journée, des documents d'information sur le fonctionnement du dépistage organisé ont été distribués ainsi qu'un certain nombre de tests afin que les personnels puissent en faire la démonstration auprès des résidents qui se montrent intéressés.

Un questionnaire a été adressé aux participants afin de recueillir les appréhensions et difficultés envisagées à l'issue de cette action, ainsi que leurs besoins complémentaires et les pistes qu'ils envisageaient pour renforcer la participation des résidents au dispositif de dépistage organisé.

B. Envoi ciblé des courriers d'invitation au dépistage organisé

8 résidences qui participent au projet ont transmis aux structures de gestion des listes regroupant un certain nombre d'informations sur les résidents correspondant à la tranche d'âge du public-cible du dépistage organisé. Ces listes comportaient les nom, prénom, date et lieu de naissance des résidents à qui adresser le courrier d'invitation.

A partir de ces informations, les structures de gestion du dépistage organisé ont extrait de leurs bases de données les personnes à qui adresser ce courrier.

Elles ont effectué cet envoi immédiatement après l'action de sensibilisation auprès des personnels ; Arcades a envoyé 470 courriers, Isis 83 en a envoyé 344.

Cette extraction de données a permis une mise à jour ses fichiers dont elles disposaient, notamment en ce qui concerne les adresses des destinataires (les numéros des chambres étant souvent erronés dans leurs bases de données) et les noms des résidents (principalement pour les noms d'origine maghrébine qui étaient parfois mal orthographiés dans leurs bases de données).

Cette extraction a cependant été relativement fastidieuse a réalisé car il a fallu procéder manuellement et ceci a représenté environ 3 jours de travail pour chaque structure de gestion.

Les résultats consécutifs aux envois réalisés sont reportés dans le tableau ci-après :

Tableau de résultats des structures de gestion*

Ville	Nb de résidents	Nb de courriers envoyés	Nb de 1ères relances à 3 mois	Nb de 2èmes relances à 6 mois	Retours postaux	Nb de tests remis	Nb tests négatifs	Nb de tests non analysables	Nb de tests positifs	% de tests renvoyés
Draguignan	87	74	49	18	4	27	21	3	2	36%
Fréjus	170	145	121	55	7	18	9	7	0	12%
Sainte Maxime	140	122	99	28	3	15	13	1	1	12%
Marseille / Istres		475	379	360	35	33				7%

*Résultats fournis par les structures de gestion ARCADES et ISIS 83

Les bons résultats obtenus sur le territoire de Draguignan sont dus à un contexte local un peu différent, dans la mesure où, un infirmier SSIAD a pu faire le lien au sein de la résidence avec les personnes ayant reçu le courrier. Ce relai de la part d'un professionnel de santé, au sein de la structure d'hébergement apparaît être un atout précieux qu'il faudrait généraliser afin de pouvoir développer des actions de prévention dans l'enceinte de ces résidences.

5. Analyse et recommandations

A. Difficultés rencontrées par les personnels des résidences

Les personnels des résidences sociales et foyers ont manifesté de l'intérêt à l'égard de ce projet, ils sont très demandeurs de partenariats dans le domaine de la santé afin de mettre en place davantage d'actions. La thématique du cancer n'est quasiment pas abordée au sein des résidences alors qu'elle constitue une problématique importante.

L'action de sensibilisation au dépistage organisé du cancer colorectal a été bien accueillie, ils ont trouvé cela intéressant et utile, ils se disent être en mesure de relayer l'information auprès des résidents mais les différents temps de travail ont fait émerger un certain nombre de difficultés.

Des difficultés à faire face aux problématiques liées à la santé

Les personnels des résidences se consacrent prioritairement à la résolution des problèmes d'ordre économique et administratif rencontrés par l'ensemble des résidents (gestion des problèmes d'impayés, information sur l'accès aux droits, formalités administratives, etc.). Les personnels rencontrent de nombreuses difficultés qui ne relèvent pas de leur domaine de compétences ; ils doivent faire face au vieillissement des résidents et à la prise en charge de soins quotidiens, alors qu'ils ne se sentent pas compétents dans ce domaine.

En effet, les équipes sont difficilement mobilisables car elles sont peu nombreuses, principalement composées de 2 à 3 personnes, qui ne sont pas issue du domaine sanitaire : un responsable de la gestion sociale et/ou un responsable de la gestion locative, ainsi qu'un agent d'entretien.

De manière générale, les personnels disent rencontrer des difficultés pour l'ensemble des problématiques liées à la santé ; ils ont des difficultés à aborder les questions de santé et à mettre en place des actions.

« La question du dépistage est complexe car la santé ne constitue absolument pas une priorité pour les résidents, ils sont très peu à avoir une complémentaire santé, ils n'ont pas de comportements de prévention et ont très peu de projections vers l'avenir. On ne sait pas du tout comment aborder les choses. »

De plus, ils sont exposés à un certain turn-over des équipes qui peut complexifier la continuité des démarches engagées et des relations qu'ils entretiennent avec les résidents.

Les démarches de santé sont complexes pour les résidents qui ne disposent pas de toutes les clés de compréhension du système de soins, les personnels s'accordent pour dire qu'un accompagnement des différentes démarches de santé est nécessaire concernant la compréhension et l'observance des traitements, la réalisation de bilans de santé, la prise en charge globale de la santé, les relations médecin-patient, les différents services médicaux-sociaux existants, etc.

« On pourrait dire que les difficultés rencontrées au sein de la population générale sont multipliées par 10 en résidence sociale, ils cumulent les difficultés et les incompréhensions. »

Très peu de résidences bénéficient de l'intervention régulière de professionnels de santé, tant en ce qui concerne la prévention que la prise en charge des problèmes de santé. Les résidents bénéficient parfois des services d'aides à domiciles de manière ponctuelle mais ceci ne suffit pas à prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé rencontrés.

Dans les Bouches du Rhône, seulement deux postes dédiés à la santé au sein des résidences ont été identifiés ; il s'agit de deux infirmières qui occupent le poste de médiatrice santé et qui mettent en place des actions régulières de promotion de la santé et de prise en charge de la santé au sein des résidences Aotra (Résidences Le Clos des roses et Viala d'Anjou à Marseille) et Adoma (Résidences Zocolat, Commanderie, Madrague Ville et Jannet Littoral à Marseille).

Dans le Var, seulement une personne qui intervient de manière régulière au sein des résidences a été identifiée ; il s'agit d'un infirmier coordinateur du SSIAD Toulon Est qui intervient dans 5 résidences Adoma à Toulon, et qui met en place des consultations infirmières avancées dans les résidences Api Provence d'Hyères, Fréjus et Draguignan.

Les personnels rencontrent d'importantes difficultés à mobiliser les résidents sur des questions de santé et à les motiver à participer. Les actions de prévention mises en place ne suscitent pas toujours un grand intérêt de la part des résidents, ils ne semblent pas être intéressés par les actions d'information sur la santé. En revanche, les actions visant à renforcer l'accès aux droits et aux aides sociales suscitent davantage d'intérêt.

« En santé, ils n'adhèrent pas à la simple information, il faut être beaucoup plus créatif. Par contre quand il s'agit de leur expliquer les différentes aides, ils sont beaucoup plus attentifs. »

Rappelons que dans un contexte de cumul des difficultés économiques, sociales, administratives, etc., ils ont d'autres priorités, d'autres urgences, que de se préoccuper de la santé et du dépistage de maladies qui ne se sont pas encore manifestées.

Des partenariats fragiles dans le domaine de la santé

La dynamique partenariale entre les résidences sociales et les acteurs du domaine sanitaire est hétérogène et fragile ; ils disposent de peu de partenaires sur lesquels s'appuyer et ne mettent en place que très peu d'actions de santé de façon régulière et continue (hormis dans les structures citées dans la page précédente).

Les personnes ressources avec lesquelles ils collaborent sont avant tout des travailleurs sociaux (tels que des assistants sociaux) et des professionnels paramédicaux (tels que des infirmiers et des aides-soignants qui interviennent dans le cadre des soins à domicile). Ces derniers entretiendraient parfois des de bonnes relations avec les résidents qui arriveraient à se confier auprès d'eux et à leur accorder une certaine confiance.

Il semblerait que les médecins ne constituent pas toujours des personnes ressources qu'il est possible de solliciter régulièrement.

En effet, les personnels rapportent que de nombreux résidents n'ont pas de médecin traitant (une des responsables de résidence rapporte que près de 70 % des résidents de la structure qu'elle gère n'a pas fait de déclaration du médecin traitant), et qu'il est relativement fréquent qu'un même résident s'adresse ait recours à différents médecins généralistes.

Certains rapportent que les résidents n'entretiennent pas toujours de bons rapports avec les médecins qui exercent à proximité des résidences (*« Parfois les médecins ne les reçoivent pas bien, ne leur expliquent pas bien, il faut qu'on les accompagne sinon ils ne sont pas respectés. »*) et qu'ils ont généralement peu de disponibilité pour collaborer.

A Istres, un médecin retraité travaille régulièrement au sein de deux résidences Adoma, de façon bénévole, mais depuis un an les personnels cherchent à le remplacer car il est âgé et va bientôt s'arrêter, mais ils ne trouvent personne pour assurer ses permanences.

La volonté de nouer des partenariats durables est très forte et concerne prioritairement les domaines de la gérontologie et de la psychiatrie, domaines face auxquels les personnels rencontrés se trouvent bien souvent démunis. En effet, ils déplorent l'absence de partenariats réguliers concernant les structures gérontologiques et psychiatriques à proximité des résidences et doivent faire face à de nombreuses problématiques qui relèvent de ces deux domaines.

Les personnels des résidences pensent qu'ils ne sont pas en mesure de constituer de véritables relais sur des questions de santé en général, et sur la question des cancers en particulier.

Ils pensent être en mesure d'informer les résidents sur l'existence du dépistage organisé et sur la nécessité de pratiquer le test mais ils appréhendent l'implication et la responsabilité que cela implique en cas de test positif. Ils pensent que l'accompagnement qui en découle est coûteux et qu'ils n'ont pas la légitimité ni les ressources nécessaires pour accompagner les résidents dans la démarche de soins, que ce soit en termes de temps, de personnel ou de compétences.

« C'est une mise à l'épreuve potentiellement très importante pour le personnel, comment faire en cas de test positif ? Nous ne sommes pas compétents pour ça. »

Ils formulent la demande d'être soutenus dans cette démarche d'accompagnement vers les soins et dans la mise en place d'actions collectives par des personnels soignants sur des thématiques bien précises qu'ils relayeront éventuellement par la suite, en individuel.

Une certaine méconnaissance de la maladie et du dépistage

Le niveau de connaissance du cancer semble être faible, les personnels rapportent que les résidents abordent très rarement le sujet et semblent ne pas savoir à quoi relier la maladie. Les bénéfices d'un diagnostic précoce sont méconnus ainsi que les avancées thérapeutiques ; rappelons qu'ils auraient majoritairement tendance à penser qu'il n'y a pas d'issue à cette maladie.

« Ils ne savent pas qu'on peut guérir d'un cancer, pour eux avoir un cancer c'est avoir un pied dans la tombe, ça leur fait très peur. »

La plupart des personnels rencontrés rapportent une méconnaissance du dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal ; eux-mêmes ne connaissaient pas précisément la démarche du dépistage organisé et n'ont quasiment jamais été sollicités par les résidents suite à la réception de la lettre d'invitation au dépistage alors que ces derniers ont l'habitude de les interroger quand ils ne comprennent pas un courrier.

Une des structures de gestion du dépistage organisé rapporte que lors de sa participation à un forum santé réunissant différentes structures, mis en place au sein d'une des résidences partenaires, très peu de résidents ont manifesté de l'intérêt à l'égard de son stand, comparativement aux autres stands qui ont été bien plus fréquentés. Elle a été très peu sollicitée et en a déduit qu'il n'était pas pertinent d'intervenir de cette manière auprès de ce public.

De plus, le fait que les autres stands aient été davantage fréquentés que le stand du dépistage organisé des cancers, laisse supposer que le cancer pourrait susciter un rejet plus important que les autres pathologies, de la part de ce public.

Une certaine complexité liée à la pratique du test

L'ensemble des personnels rencontrés s'interroge sur la complexité liée à la pratique du test pour un public qui n'est pas habitué aux démarches de prévention ; le fait qu'il y ait plusieurs manipulations de selles et plusieurs étapes à réaliser (dater chaque prélèvement, coller des étiquettes, envoyer le test en respectant un certain délai, etc.) risque de décourager les résidents et d'entraîner des erreurs susceptibles de rendre le test ininterprétable.

Enfin, ils pensent que la peur des résultats constitue un véritable frein à la pratique du test et qu'il est essentiel de soutenir les résidents dans la démarche. Ainsi, ils estiment qu'il est nécessaire de mettre en place un accompagnement de la démarche de dépistage depuis la réalisation du test jusqu'à l'annonce des résultats.

Une certaine inadaptation des outils et dispositifs existants dans le domaine de la santé

Pour de nombreux résidents, la lettre d'invitation au dépistage est jetée à la poubelle ; ceci pourrait notamment s'expliquer par le fait que les personnes ne comprennent pas bien de quoi il s'agit et l'assimilent à de la publicité. Ceci pourrait également s'expliquer par le fait qu'elles ne se sentent pas concernées, ou encore parce que ceci active des mécanismes de défenses liés à la peur et au fatalisme associés aux représentations que les personnes ont du cancer.

Le cadre des campagnes de prévention en général est très souvent formalisé et ne laisse pas de place à la dimension relationnelle qui constitue un élément souvent très important pour les personnes migrantes. Les campagnes de dépistage se réfèrent à une approche trop impersonnelle qui n'est pas vraiment parlante pour ce public. Les supports de communication généralement utilisés dans le cadre des

campagnes d'information sont majoritairement des supports écrits (lettre d'invitation, dépliant, affiche), avec un langage médical souvent technique qui peut être difficilement accessible pour des personnes qui ont des difficultés à maîtriser la langue française. De manière générale, une approche trop médico-centrée n'est pas adaptée à ce type de public car elle n'est pas en prise avec ses problèmes, besoins et priorités.

Une médiatrice santé qui travaille au sein des résidences sociales a rapporté qu'un travail relationnel au quotidien avait finalement favorisé l'instauration d'un climat de confiance permettant de mettre en place une action d'information sur la prévention des risques liés au VIH/Sida qui avait reçu un très bon accueil et suscité un grand intérêt de la part de ce public

En résumé :

Difficultés à travailler sur la santé

Pour l'ensemble des questions liées à la santé et face au vieillissement des résidents.

Pour mobiliser les résidents sur des questions de santé et les motiver à participer aux actions de prévention mises en place.

Complexité des démarches de santé qui nécessitent un accompagnement, mais les personnels manquent de ressources pour cela (temps, personnel, compétences).

Ils pensent ne pas être en mesure de constituer de véritables relais sur des questions de santé et sur la question des cancers ; ils appréhendent l'implication qui en découle.

Ils veulent être soutenus dans la mise en place d'actions de santé et d'accompagnement des démarches.

Partenariats fragiles dans le domaine de la santé

Peu de partenaires, très peu d'actions de santé mises en place.

Personnes ressources : travailleurs sociaux, infirmiers et aides-soignants.

Volonté de nouer des partenariats durables, prioritairement en gérontologie et psychiatrie.

Méconnaissance de la maladie et du dépistage

Méconnaissance du cancer, des bénéfices d'un diagnostic précoce, des avancées thérapeutiques et du dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal.

Complexité liée à la pratique du test

Risque de découragement des résidents, d'erreurs rendant le test ininterprétable.

Difficilement compatible avec les conditions liées à l'habitat collectif.

Nécessité d'accompagner la démarche (de la réalisation du test jusqu'à l'annonce des résultats).

Inadaptation des outils et dispositifs dans le domaine de la santé

Supports écrits difficilement accessibles.

Approche formalisée, médico-centrée, impersonnelle.

B. Analyse des réactions des résidents

Afin de tester la pertinence de cette stratégie d'incitation à pratiquer le dépistage, une première évaluation de l'impact de cet envoi ciblé a été réalisée un mois après l'envoi. Les réactions des résidents ont été analysées par le biais de questionnaires envoyés à l'ensemble des résidents partenaires.

Ces envois ont effectivement suscité des réactions de la part des résidents qui ont sollicité les personnels durant plusieurs jours pour obtenir des explications. La demande d'explication portait principalement sur le motif d'envoi du courrier ; ils ont pensé que cette démarche était obligatoire. Le personnel leur a expliqué qu'il s'agissait d'une démarche préventive et ont insisté sur l'importance de réaliser le test.

Les personnels ont majoritairement fait remarquer que c'était la première fois que les résidents les sollicitaient sur de dispositif de dépistage organisé, ils n'avaient quasiment jamais été interrogés par les résidents à propos de ces lettres d'invitation.

Ces envois ont effectivement généré des échanges entre les résidents, les personnes ayant reçu ces explications sont spontanément allées informer d'autres résidents qui semblaient se questionner sans pour autant solliciter les équipes.

Les résidents qui avaient d'importantes difficultés à parler français ont été orientées vers leur médecin traitant afin qu'il leur donne les explications nécessaires et leur remette le test.

Quelques résidents se sont rendus chez leur médecin traitant afin de récupérer le test de dépistage.

Les structures de gestion du dépistage organisé ont été également questionnées un mois après l'envoi ciblé de courriers. Une augmentation significative du nombre de tests réalisés n'a pas été observée.

Il conviendrait de réaliser une évaluation du nombre de tests réalisés par les résidents, 9 mois après la mise en place de cette action expérimentale, et de transmettre aux personnels des résidences les noms des personnes qui n'ont toujours pas réalisé le test afin qu'ils incitent à nouveau les résidents à pratiquer le test. Néanmoins, pour des raisons déontologiques, cette option a été écartée. Il semble en effet, difficile pour les structures de gestion de transmettre les noms des personnes même si la cause est bonne.

En effet, s'ils n'ont pas fait le test dans les 6 mois qui suivent l'action, ils recevront 2 relances, et s'ils n'ont toujours pas fait le test dans les 3 mois suivants, la structure de gestion avertira les personnels des résidences pour qu'ils les incitent à pratiquer le dépistage.

Ainsi cette évaluation pourrait être réalisée en début d'année 2010.

Après concertation avec les structures de gestion, cette option a été écartée pour des raisons déontologiques : ces données n'ayant pas vocation à être transmises à des tiers.

A l'issue de cette action, trois types de recommandations émergent pour renforcer la participation de ce public au dispositif de dépistage organisé : des recommandations liées à l'action expérimentale mise en place ; des recommandations pour intervenir auprès des professionnels ; des recommandations pour intervenir auprès des résidents.

C. Recommandations liées à l'action expérimentale mise en place

Généraliser la procédure d'envois de courriers ciblés à l'ensemble des résidences de la région

Dans la mesure où cette procédure a généré des échanges au sein des résidences, il serait pertinent de la généraliser à l'ensemble des résidences de la région.

De la même manière que ce qui a été fait dans cette action expérimentale, les personnels transmettraient aux structures de gestion du dépistage organisé les informations relatives aux résidents correspondant à la tranche d'âge du public-cible du dépistage afin qu'elles leur adressent un courrier d'invitation.

Réaliser d'autres actions de sensibilisation au dépistage organisé en direction des personnels des résidences

Dans la mesure où cette action a suscité de l'intérêt de la part des personnels des résidences, et que ces structures sont exposées à un certain turn-over des équipes, il serait pertinent de réitérer ces actions de sensibilisation au dépistage organisé, tous les 2 ans.

De plus, en admettant que les structures de gestion du dépistage organisé soient en mesure de se rendre disponibles pour réaliser ces temps de sensibilisation auprès des personnels d'autres résidences, il serait intéressant qu'elles puissent généraliser cette démarche à l'ensemble des résidences de la région.

Le site de l'UNAFO¹ recense 117 foyers et résidences sociales sur la région Paca, soit 1 structure dans les Alpes de Haute Provence, 22 structures dans les Alpes Maritimes, 48 structures dans les Bouches-du-Rhône, 24 structures dans le Var et 2 structures dans le Vaucluse.

Pour que la démarche ne soit pas trop coûteuse pour les structures de gestion du dépistage organisé, il serait nécessaire que les responsables des différentes résidences sociales se réunissent pour que ces temps de sensibilisation soient groupés sur 2 ou 3 interventions.

Il convient que préciser qu'il n'est pas nécessaire de réaliser cette démarche dans les structures Adoma des départements des Alpes Maritimes et des Alpes de Haute Provence car la structure de gestion du dépistage organisé de ces deux départements, Aprémas, a déjà réalisé ce travail auprès des personnels de toutes les structures Adoma.

D. Recommandations pour intervenir auprès des professionnels

Intervenir dans le cadre de la formation continue des infirmiers

Dans la mesure où les infirmiers peuvent constituer des personnes ressources auprès des résidents envers qui ils pratiquent des soins à domicile, il serait pertinent de les sensibiliser au dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal. Ceci pourrait se faire dans le cadre de la formation continue des infirmiers, de la même manière que ceci est pratiqué dans le cadre de la formation continue des médecins.

Intervenir dans le cadre de la formation initiale des infirmiers et des aides-soignants

Il pourrait être intéressant de travailler avec les étudiants des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et des Instituts de Formation des Aides-Soignants (IFAS). Le CRES Paca intervient régulièrement dans les IFSI et aborde la question des dépistages organisés, mais la sensibilisation pourrait être renforcée par l'intervention des structures de gestion. Arcades intervient ponctuellement dans les IFSI mais n'intervient pas au sein de tous les instituts de formation.

Intervenir dans le cadre des SSIAD

Dans la mesure où ils entretiennent parfois des relations privilégiées avec les résidents auprès desquels ils pratiquent des soins à domicile, il serait pertinent de sensibiliser les personnels des SSIAD.

E. Recommandations pour intervenir auprès des résidents

Les différents constats mettent en évidence la nécessité d'adapter les démarches et d'établir un travail préparatoire auprès des résidents. Un certain nombre de stratégies à mettre en place pourrait renforcer leur intérêt à l'égard des actions de prévention qui leur sont destinées.

La plupart des recommandations qui suivent peuvent s'appliquer à tout type d'action de promotion et d'éducation pour la santé à destination d'un public migrant.

Aborder les questions de santé progressivement

Une progression en plusieurs étapes pourrait optimiser la compréhension et l'adhésion des résidents à la démarche de dépistage organisé du cancer colorectal. Il paraît essentiel d'aborder la santé avec tact et respect de l'intimité de chacun, en sélectionnant les informations les plus pertinentes. Il serait pertinent de commencer à aborder la question par une sensibilisation à la prévention des différents cancers (cancer de la peau, des poumons, etc.) et des dépistages existants pour arriver progressivement à la question du cancer colorectal.

Développer une approche encourageante

¹ Répertoire des foyers et résidences sociales de l'UNAFO (consulté en avril 2009) : www.unafo.org/

L'approche doit être rassurante, dédramatisante, centrée sur les aspects positifs tels que les bénéfices d'un dépistage précoce et des avancées thérapeutiques actuelles, et non pas sur les aspects négatifs tels que la complexité du test et les risques.

Pour dédramatiser la question du dépistage du cancer colorectal, il serait judicieux de s'appuyer sur leurs expériences précédentes en termes de dépistage (tel que la radio des poumons qu'ils ont majoritairement réalisée), ou de vaccination (tel que le vaccin de la grippe) et de les inciter à concevoir que ces différentes démarches sont relativement similaires.

Rappelons que la proximité avec les résidents est nécessaire car ils accordent une importance particulière aux aspects relationnels. Il serait pertinent que les personnes qui interviennent en résidences soient connues ou se fassent connaître des résidents afin de nouer des liens et instaurer une certaine relation de confiance avec eux. Ceci pourrait être favorisé par la mise en place préalable de temps d'échanges et de convivialité.

Envisager d'aborder la santé de façon détournée

Pour intervenir en collectif, il peut être pertinent d'aborder la santé de façon indirecte, par des biais plus attrayants que la mise en place d'une action d'information classique.

Par exemple, les actions pourraient être intégrées à d'autres activités, mises en place dans le cadre de journées festives, en parallèle d'un repas ou d'un goûter, avec remise de cadeaux de type échantillons, brosses à dents, etc.

Dans la mesure où ce sont souvent les mêmes personnes qui réalisent des accompagnements en santé et des accompagnements administratifs, et où les seconds suscitent davantage d'intérêt que les premiers, il pourrait être intéressant d'alterner les différents accompagnements.

Ainsi, les personnels pourraient proposer un temps d'accompagnement administratif immédiatement suivi d'un temps d'accompagnement aux démarches de santé.

Diffuser une information accessible

Il apparaît essentiel que l'intervenant s'exprime en français simple ou en langue d'origine, à travers une approche qui ne soit ni trop simpliste, ni trop médico-centrée.

Les techniques d'animation à privilégier sont les techniques participatives qui s'appuient sur la dimension orale et visuelle. Il serait intéressant de se baser sur un support vidéo réalisé à partir de témoignages de personnes ayant effectué le test de dépistage et inciter les participants à débattre sur ce qu'ils ont pu voir et comprendre de cette projection.

Ce support vidéo pourrait être accompagné de supports écrits traduits en différentes langues à distribuer aux résidents. Il pourrait être intéressant de s'appuyer par exemple sur le livre de santé bilingue français/arabe, édité par l'Inpes et le Comède en 2006.

Mettre en place une démarche d'incitation au dépistage sur la durée

Les personnels pourraient élaborer une démarche en 4 temps :

- Expliquer précisément la lettre d'invitation

Apporter des explications en individuel, d'abord en montrant la lettre et en attirant leur attention sur le logo de la structure de gestion du dépistage organisé, puis avec la notice explicative du test.

- Orienter vers un médecin

Orienter vers le médecin traitant pour les résidents qui en ont un, vers un médecin qui travaille à proximité des résidences pour ceux qui n'en ont pas, ou encore les personnels peuvent contacter les structures de gestion des dépistages organisés qui les orienteront vers des médecins qu'ils connaissent.

- Mettre en place une action de sensibilisation à travers l'intervention d'un soignant

Au bout de quelques semaines, organiser une action collective d'information afin d'améliorer les connaissances des participants sur la thématique et de lutter contre certaines fausses croyances. Il serait pertinent que cette sensibilisation se fasse à travers l'intervention d'un soignant ou d'un professionnel de l'éducation pour la santé, qui a l'habitude de travailler avec ce public, ou du moins avec des personnes migrantes.

- Relayer l'information régulièrement

Rappeler qu'il est important de réaliser le test, en individuel et en collectif, avec un affichage permanent des supports de communication d'incitation au dépistage, au sein des résidences, affichage qui serait renouvelé au cours de l'année afin d'attirer leur attention régulièrement.

Mettre en place au préalable des interventions sur des thématiques précises

Dans la mesure où peu d'actions de santé sont mises en place au sein des résidences, et que des thématiques prioritaires à aborder ont été identifiées par les personnels, il pourrait être intéressant d'organiser des cycles d'actions de santé sur certaines thématiques, via des professionnels de la prévention pour aborder par la suite la question des dépistages organisés.

Thématiques à aborder dans des actions de santé

- Hygiène : hygiène corporelle et hygiène en général
- Diabète
- Hypertension
- Cancer
- Alcoolisme
- Tabac
- Nutrition

Renforcer les partenariats avec les acteurs de proximité et les structures du domaine de la promotion et de l'éducation pour la santé

Le rôle des acteurs de proximité dans la mise en place d'actions de santé est essentiel, à la fois pour favoriser le travail relationnel et recueillir les attentes et craintes du public face aux actions de santé, mais aussi pour favoriser la pérennisation du travail mis en place.

Un partenariat à pérenniser est celui des structures de gestion des dépistages. Lors des différentes collaborations avec le CRES Paca, le déplacement des médecins coordinateurs de ces structures a toujours été très apprécié par les participants et a permis d'instaurer un climat de confiance au sein des groupes, de rassurer les participants et de favoriser leur participation.

Dans la mesure du possible, les structures de gestion des dépistages organisés pourraient continuer de travailler avec les personnels des résidences sociales et les soutenir dans les démarches d'accompagnement vers les soins en cas de tests positifs.

Concernant les interventions préalables sur des thématiques de santé précises, les Comités Départementaux d'Education pour la Santé (CoDES) pourraient intervenir au sein des résidences sous forme de cycles d'interventions qui porteraient initialement sur des thématiques généralistes en éducation pour la santé telles que la nutrition ou l'hygiène, pour aboutir sur des thématiques plus spécifiques telles que les cancers. Les CoDES constituent des partenaires privilégiés, ils sont en mesure d'assurer des interventions sur différentes thématiques de promotion et d'éducation pour la santé, et ont déjà réalisé des interventions au sein des résidences sociales.

Enfin, dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, il pourrait être pertinent de développer un partenariat avec les Centres d'Examen de Santé (CES) qui invitent régulièrement les personnes en situation de précarité ou éloignées du système de soin, à réaliser un bilan de santé gratuit. Dans les Bouches-du-Rhône, la structure de gestion Arcades est déjà en lien avec le Centre d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie du département (CESAM13).

Bibliographie

AGE ET VIE (2008). « Interface d'accès aux soins pour les résidents Api Provence », Toulon

BARTKOWIAK, N. (2008). « L'accueil des immigrés vieillissants en institution », Rennes, Presses de l'EHESP

BERNARDOT, M. (1995). « Enquête sur le mode de vie des résidents en foyer pour isolés de la Sonacotra », Rapport final, Sonacotra, Paris

BOUVIER, A. M. « Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France ». Numéro thématique : dépistage organisé du cancer colorectal en France. BEH 13 janvier 2009 n°2-3

BROHMI, H. (2006). « Pour une approche interculturelle des populations migrantes vieillissantes originaires du Maghreb, Etude et pistes pour l'action sanitaire et sociale en foyer », Service prévention de la CRAM de Bourgogne et Franche-Comté et du CORES de Bourgogne

CHERIDI, D. (2000-2001). « Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants », in *Ecart d'identité* N°94

EL MOUBARAKI, M. (2007). « Vieillir en foyer de travailleurs migrants, diagnostic médico-social, Le vieillissement des personnes migrantes », in *Migrations Santé*, N° 127-128

EMSELLEM, S. (2006). « Etat des lieux de la situation des personnes âgées immigrées en Paca », CREOPS, Marseille

FIEVET, M. (1999). « La santé des migrants vieillissants dans les foyers », in *Migrations Santé* N°99-100

HMED, C. (1997). « Le vieillissement des résidents dans les foyers Sonacotra de la région Rhône-Alpes, Rapport de recherche », Sonacotra, Lyon

IGAS (2002). Le rapport sur les immigrés vieillissants

INSEE (2002-2003). Enquête décennale santé

LE RETRAITE, L. (2008). Analyse socio-territoriale des facteurs associés à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal. Thèse de doctorat en médecine non publiée. Faculté de Médecine, Marseille, France

Annexes

Annexe 1 : Synthèse des travaux du Cres (années 1 et 2)

Annexe 2 : Présentation des partenaires

Annexe 3 : Eléments de contexte : Caractéristiques des personnes migrantes vivant en foyers et résidences sociales en France et en région Paca

Annexe 4 : Eléments de contexte : Le cancer colorectal

Annexe 5 : Mise en place du dépistage du cancer colorectal en France : Repères chronologiques

Annexe 1

Synthèse des travaux du CRES

PACA

Synthèse de la recherche-action « Prévention et dépistage des cancers auprès des personnes migrantes en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur : représentations, connaissances et pratiques »

M. DUVERGER, C. GUIRAUDOU, L. IMANE

Introduction/Objectif

En 2007, la DRASS et l'ACSE ont demandé au CRES de réaliser une recherche-action dans le but d'identifier les actions susceptibles de faciliter l'accès des populations migrantes au dépistage des cancers alors que les résultats en termes de participation générale aux dépistages organisés restent insatisfaisants en région Paca.

Dans un deuxième temps, une action expérimentale est menée auprès de 6 groupes de personnes en cours d'alphabétisation.

Matériels/Méthodes

Au total, 106 personnes ont été rencontrées lors de l'étude. Il s'agit de 26 professionnels interrogés dans le cadre d'entretiens individuels et de 80 personnes originaires du Maghreb, des Comores, d'Afrique subsaharienne et des pays de l'Est, rencontrées soit en entretien individuel, soit en focus groupe à Marseille et dans quelques sites du Vaucluse.

Résultats

Parmi les freins relevés, la barrière linguistique constitue le principal obstacle au dépistage et à l'accès à l'information. Les migrants sont nombreux, en effet, à ne pas parler français et ils ne bénéficient que rarement des services d'un interprète.

En termes de représentations, le cancer, systématiquement associé à la peur et à la mort, apparaît souvent incurable.

La peur des résultats, le fatalisme, la précarité, l'inadaptation des campagnes d'information ou l'approche impersonnelle des dépistages organisés constituent d'autres freins.

Parmi les leviers d'action, il paraît important d'ancrer les stratégies d'information au plus près des personnes, en langue d'origine ou en français simple, et *via* des relais de proximité. Les cours d'alphabétisation constituent un espace privilégié pour intervenir auprès de groupes déjà constitués et bénéficier de dynamiques existantes.

Il est également important d'insister sur les avancées thérapeutiques et les bénéfices d'un diagnostic précoce, pour lutter contre nombre d'idées reçues (fatalité, échec, faiblesse, sentiment que les femmes sont plus vulnérables, etc.).

Discussion/Conclusion

Cette étude a montré l'importance d'agir dans le cadre d'une approche globale, non spécifique et privilégiant l'oral avec un partenariat fort avec les professionnels de proximité. C'est pourquoi il a été choisi de mettre en place une action expérimentale auprès de personnes en cours d'alphabétisation.

Les ateliers auprès des groupes d'alphabétisation sociale, le partenariat avec les structures de gestion et les structures d'accueil constituent le cœur du projet. Cela permet la mise en situation des différents acteurs, l'amélioration des connaissances et la diffusion d'éléments de consensus autour de la sensibilisation.

Mots clés : cancer ; migrant ; dépistage ; représentations de la santé ; Provence-Alpes-Côte-d'Azur

1. INTRODUCTION / OBJECTIF

La prévention et le dépistage des cancers sont des priorités de santé publique. Diverses actions de prévention ont été engagées et les programmes de dépistage organisés se sont développés mais les

résultats en termes de participation restent insatisfaisants. Dans l'hypothèse où certaines catégories de population présentent des caractéristiques particulières, la migration constitue une des variables à prendre en compte.

Les migrants, définis comme « *personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France* »², représentent un peu moins de 10% de la population régionale³. Dans la recherche-action, la définition est élargie à toutes personnes issues de l'immigration, ce qui permet de prendre en compte l'extrême diversité de la population immigrée, que ce soit du point de vue de l'origine, de l'âge du sexe, du niveau de scolarisation, etc.

Malgré l'absence de chiffres précis sur la participation des personnes migrantes (relever l'origine des personnes est interdit), les taux de participation aux différents dépistages des cancers sont faibles en PACA, notamment chez les personnes précaires⁴⁵⁶. Les liens entre précarité et accès à la prévention et aux soins sont connus⁷ mais d'autres facteurs d'ordres culturel, religieux, juridique, linguistique... peuvent concerner les personnes migrantes.

L'objectif de la recherche-action confiée au Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances est, dans un premier temps, d'analyser les représentations et les pratiques de cette population vis-à-vis du cancer, mais surtout d'identifier les actions susceptibles de faciliter leur accès au dépistage.

Dans un deuxième temps, une action expérimentale met à l'épreuve les recommandations de l'étude.

2. MATERIELS/METHODES

Menée durant le premier semestre de l'année 2007, l'étude s'est déroulée à Marseille et dans quelques sites du Vaucluse (Avignon, Carpentras, Pertuis). Deux types de population ont été rencontrés :

- des professionnels institutionnels et associatifs impliqués auprès des personnes issues de l'immigration ;
- des migrants, au sein de centres sociaux ou de foyers d'hébergement.

Les premiers ont été interrogés par entretien individuel semi-directif, les seconds soit en focus groupe, soit en entretien individuel, selon les possibilités. Au total, 26 professionnels et 80 personnes originaires du Maghreb, des Comores, d'Afrique subsaharienne et des pays de l'Est ont pu être interrogés.

Suite à cette étude, une action expérimentale a été menée dans le but d'améliorer la participation et l'adhésion des personnes migrantes à une démarche de prévention, dont la participation aux principaux dépistages des cancers, organisés (sein, colorectal) ou non (mélanome, col de l'utérus), par la mise à l'épreuve des recommandations formulées lors de l'étude.

L'action constitue la suite opérationnelle de l'étude pour une mise en œuvre adaptée aux réalités pratiques et une généralisation à d'autres contextes.

L'action auprès des groupes d'alphabétisation sociale, le partenariat avec les structures de gestion et les structures d'accueil constituent le cœur du projet. Cela doit permettre la mise en situation des différents acteurs, l'amélioration des connaissances et la diffusion d'éléments de consensus autour de la sensibilisation.

2.1 Groupes concernés

² Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. **Définition Immigré, immigrant**. [consulté en juin 2007] Disponible à partir de : URL : < http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/immigre.htm >

³ Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques Paca (2006). *La population immigrée en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2004*.

⁴ Institut de Veille Sanitaire : **Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2005-2006**. [consulté en juin 2007]. Disponible à partir de : URL : < http://www.invs.sante.fr/presse/2007/le_point_sur/dépistage_cancer_sein_240507/index.html >

⁵ Source : Arcades

⁶ PIANA, L., LEANDRI, F.X., JACQUEME, B. & al. (2007). « le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée. Campagnes expérimentales du département des Bouches du Rhône ». *Bulletin du cancer*, 94 (5), pp.461-467. Haut Conseil de la Santé Publique (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : Editions ENSP.

⁷ Haut Conseil de la Santé Publique (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : Editions ENSP.

- Cours d'alphabétisation au centre social et culturel de la Croix des Oiseaux, Avignon (2 groupes)
- Cours d'alphabétisation au centre social Estaque-Séon, Marseille 16° (1 groupe)
- Groupe d'usagers de lieux d'accueil de la Croix Rouge, Marseille 3° (1 groupe)
- Cours d'alphabétisation au centre social et culturel Amitié Massillon, Hyères (1 groupe)
- Cours d'alphabétisation à l'association Femmes dans la Cité, La Seyne/Mer (1 groupe)

2.2 Animation des ateliers de groupes

Animation de 2 à 3 séances auprès de chaque groupe consacrées à l'amélioration des connaissances

- Animation de 2 à 3 séances consacrées à l'élaboration d'une action locale de sensibilisation
- Suivi en continu auprès des professionnels intervenant auprès des groupes

2.3 Dynamique partenariale

- Sensibilisation élargie aux équipes des structures d'accueil des groupes
- Rencontre d'acteurs locaux (associations, ASV...) et appui pour l'émergence de projets futurs
- Animation d'un partenariat en continu avec les structures départementales de gestion
- Rencontre des groupes pour valorisation et échange d'expériences

2.4 Evaluation

- Partage de la démarche évaluative avec les acteurs de proximité
- Analyse de processus de l'expérimentation dans chaque contexte

3. RESULTATS

3.1 Barrière linguistique

Selon les professionnels, la barrière linguistique constitue le principal obstacle au dépistage et à l'accès à l'information. Les migrants sont nombreux, en effet, à ne pas parler français et ils ne bénéficient que rarement des services d'un interprète. Les obstacles identifiés sont également d'ordres culturels et religieux (la pudeur des femmes maghrébines est évoquée, notamment face aux examens médicaux) ou encore liés à une méconnaissance du circuit de soins.

Du côté des migrants, invités à exprimer leurs représentations du cancer, on pense que le cancer ne se guérit pas. Il est systématiquement associé à la peur et à la mort. Mais il reste jugé moins grave que le sida et même que le diabète. Cela peut s'expliquer par le fait que les migrants sont souvent destinataires de campagnes d'information sur ces deux pathologies, et pas encore sur le cancer.

Plus étonnant, les cancers auraient un genre : il existerait en effet des cancers féminins, méchants, fatals, et des cancers masculins, localisés et guérissables, les deux types pouvant être développés indifféremment par des hommes et des femmes.

Le cancer est également perçu comme une maladie concernant surtout les femmes (le cancer du sein est le plus souvent cité), une maladie qui ne se dit pas, liée à des causes externes non maîtrisables, comme les conditions de vie, une décision divine, l'hérédité... qui réveilleraient ce cancer tapi en chacun de nous. Plus généralement, la survenue d'une maladie grave constitue pour eux le symbole de l'échec de leur projet migratoire, lequel passe par le travail et la santé.

Le dispositif de dépistage organisé des cancers est peu connu, mais près d'un tiers des migrants interrogés affirme avoir déjà participé à un dépistage (la mammographie ou le test Hémocult®).

3.2 Fatalisme et précarité

Parmi les principaux freins identifiés, citons : la peur des résultats, le fatalisme, la précarité, l'inadaptation des campagnes d'information (lettre d'invitation au dépistage du cancer du sein notamment) ou l'approche impersonnelle.

Après le recueil de représentations et pratiques autour du cancer, de nombreux leviers d'action ont également pu être mis en évidence pour faciliter l'accès à la prévention et aux dépistages des cancers aux personnes migrantes.

3.3 Une approche globale et de proximité

Pour les professionnels interrogés, il semble difficile de mobiliser les migrants sur une seule pathologie, en l'occurrence le cancer ; leur sensibilisation doit se faire à partir d'une approche non spécifique auprès de groupes déjà constitués, car l'aspect relationnel est primordial.

Pour favoriser l'accès des migrants aux campagnes de dépistage, il paraît important d'ancrer les stratégies d'information au plus près des personnes, sur leur lieu de résidence par exemple, en langue d'origine ou en français simple, et via des relais de proximité.

Parmi les recommandations et pistes d'actions préconisées par l'étude, l'une concerne la mobilisation des acteurs sociaux et soignants de proximité pour délivrer des informations sur la santé et le cancer, ainsi que les médecins traitants, qui ont du poids auprès des populations migrantes.

Pour être plus en prise avec les réalités et la vie du public, les actions de dépistage devraient être intégrées à des actions existantes, et perçues comme prioritaires pour les personnes.

3.4 Améliorer les connaissances

Il conviendrait également d'améliorer les connaissances sur le cancer et d'insister sur les avancées thérapeutiques et les bénéfices d'un diagnostic précoce, pour lutter contre nombre d'idées reçues (image de fatalité, d'échec et de faiblesse, sentiment que les femmes sont plus vulnérables, etc.).

3.5 Un cadre pertinent : les cours d'alphabétisation

Pour faire passer des messages, les techniques participatives devraient être favorisées, comme les ateliers, les réunions... afin de favoriser l'oral et l'approche conviviale. Selon les personnes interrogées, les films de témoignages apparaissent comme les supports d'information les plus pertinents pour aborder le cancer avec les personnes migrantes. Les cours d'alphabétisation constituent un espace privilégié pour intervenir auprès de groupes déjà constitués et bénéficier de dynamiques existantes. Cela permet en outre de travailler en étroite collaboration avec les formateurs ainsi que les structures d'accueil des cours (centres sociaux, associations de quartier) et de favoriser ainsi la sensibilisation de relais de proximité agissant auprès des populations migrantes.

4. DISCUSSION/CONCLUSION

Le cadre de l'alphabétisation sociale permet d'intervenir de façon étroite avec les formateurs en s'intégrant à la dynamique d'apprentissage.

La sensibilisation au dépistage des cancers n'est pas une action isolée mais intégrée dans une dimension collective et temporelle plus adaptée (en général, on observe une relative stabilité des effectifs sur une période donnée comme l'année scolaire). Cela permet de revenir sur des notions, de recueillir des réactions « à froid » ou encore de faire périodiquement des tests pour vérifier les connaissances.

Le temps de sensibilisation rentre souvent en concurrence avec le temps d'apprentissage, ce qui a pour effet de limiter les actions. Dans cette action, la sensibilisation s'intègre à l'action d'apprentissage : le travail autour des mots et des notions comme le dépistage, les différents organes est important tout comme les supports (questionnaires de connaissance) qui sont articulés au niveau des personnes et au programme du cours.

Dans le même temps, les formateurs et le personnel des structures d'accueil sont sensibilisés à la thématique et deviennent des personnes ressources pour les personnes migrantes et leur entourage. Ces relais de proximité peuvent ensuite jouer un rôle de conseil et d'orientation en complément de l'information formelle (campagnes audio visuelles, lettres d'invitation au dépistage organisé...).

Annexe 2

Présentation des partenaires

Présentation des partenaires du projet

Organisme de gestion	Type de structure	Professionnel
Api Provence	Draguignan , Résidence sociale	- Responsable de résidence - Secrétaire - Infirmier
SSIAD	Draguignan , SSIAD Sendra Alizées	Responsable administrative
Api Provence	Cogolin , Résidence sociale	Responsable de résidence
Api Provence	Fréjus , Résidence sociale Les sables	- Responsable de résidence - Assistante de gestion - Infirmier
Api Provence	Saint Raphaël , Résidence sociale Les Magnolias	Responsable de résidence
Api Provence	Ste Maxime , Résidence sociale Les Platanes	- Responsable de résidence - Assistante de gestion
Api Provence	Ollioules , Foyer AVOM	- Infirmier - Responsable du service RMI
Api Provence	St Cyr , Résidence sociale La Deidière	- Infirmier - Responsable du service RMI
Api Provence	Hyères , Foyer AVOM	Infirmier
Api Provence	Vence , Siège social Api Provence	Directrice d'action sociale
Adoma	Istres , Résidence sociale Rassuen	- Responsable de résidence - Médecin bénévole
Adoma	Istres , Résidence sociale Romaniquette	- Responsable de résidence - Médecin bénévole
Adoma	Marseille , Résidence sociale Pierre Leca	Responsable de résidence
Adoma	Marseille , Résidence sociale Zocolat	Médiatrice santé
Adoma	Marseille , Résidence sociale Commanderie	Médiatrice santé
Adoma	Marseille , Résidence sociale Madrague Ville	Médiatrice santé
Adoma	Marseille , Résidence sociale Jannet Littoral	Médiatrice santé
Adoma	Toulon , Résidence sociale Chevalier Paul	Infirmier
Adoma	Toulon , Résidence sociale La Loubière	Infirmier
Adoma	Toulon , Résidence sociale Le Faron	Infirmier
Adoma	Toulon , Résidence sociale Les Cyprès	Infirmier
Adoma	Toulon , Résidence sociale Saint Hilaire	Infirmier
SSIAD	Toulon Est , SSIAD	Infirmier coordinateur
Alotra	Marseille , Résidence sociale Clos des roses	Responsable de résidence
Alotra	Marseille , Résidence sociale Viala d'Anjou	Médiatrice santé
Arcades	Structure de gestion du dépistage organisé des Bouches-du-Rhône	Médecin coordinateur
Isis 83	Structure de gestion du dépistage organisé du Var	Médecin coordinateur

Annexe 3

Caractéristiques des personnes migrantes vivant en foyers et résidences sociales

A. Les personnes migrantes vivant en foyers et résidences sociales en France

D'un point de vue démographique

Une population vieillissante

Les foyers accueillent une population vieillissante, dans certains foyers, entre 30 et 55% des résidents seraient âgés de plus de 60 ans.

L'UNAF0 regroupe une quarantaine de gestionnaires de foyers auxquels sont associés Adoma, Alotra et Api Provence. Elle se base sur les travaux de Marc Bernardot pour établir une projection du nombre de résidents âgés vivant en foyers Adoma : elle estime qu'en 2008, la moitié des résidents serait âgée de plus de 55 ans et 20 % de plus de 65 ans⁸.

Majoritairement maghrébine

Les personnes migrantes de plus de 55 ans vivant en résidences sociales sont principalement d'origine maghrébine et africaine. Les diagnostics médico-sociaux établis par Migrations Santé en 2004 et 2005 mettent en évidence qu'en région parisienne, la population des foyers de travailleurs migrants est principalement constituée de Maghrébins âgés de plus de 55 ans et, dans une plus faible proportion, d'Africains retraités⁹.

Majoritairement masculine

La population vivant en foyers et en résidences sociales serait majoritairement masculine ; Migrations Santé observe sur l'ensemble de la population résidant en foyers une proportion de 15 femmes pour 1000 hommes¹⁰.

Qui vivrait en France depuis longtemps

La durée de résidence en France de ces personnes est généralement longue. Choukri Hmed rapporte que dans les foyers Sonacotra de la région Rhône-Alpes, 60% des résidents séjournent dans le foyer observé depuis plus de 20 ans, 67% depuis plus que 15 ans et 79% de plus depuis plus de 10 ans¹¹.

Cet auteur s'exprime en termes d'enracinement alors que ces foyers étaient conçus comme des lieux d'hébergement provisoires. Ainsi, de lieux de passage temporaires, les foyers et résidences sociales

⁸ BERNARDOT M. (1995). « Enquête sur le mode de vie des résidents en foyer pour isolés de la Sonacotra », Rapport final, Sonacotra, Paris

⁹ EI MOUBARAKI M. (2007). « Vieillir en foyer de travailleurs migrants, diagnostic médico-social, Le vieillissement des personnes migrantes », in *Migrations Santé*, N° 127-128

¹⁰ EI MOUBARAKI M. Op. Cit.

¹¹ HMED C. (1997). « Le vieillissement des résidents dans les foyers Sonacotra de la région Rhône-Alpes, Rapport de recherche, Sonacotra, Lyon

seraient devenus pour partie des lieux de vie permanents pour des personnes dont le statut de travailleur tend à disparaître, du fait du chômage, de la retraite ou des problèmes de santé.

Plusieurs éléments peuvent expliquer les raisons de cet enracinement. Les personnes retraitées et préretraitées vivraient par alternance au pays d'origine et au foyer auquel elles se sont habituées, en revenant en France principalement pour les soins et les démarches administratives et ce, dans la mesure où elles n'auraient pas de graves problèmes de santé ou de mobilité. Les personnes salariées resteraient, elle, par commodité du fait de la proximité de leur lieu professionnel.

Pour les personnes en situation de précarité telles que les bénéficiaires du RMI, les chômeurs de longue durée et les personnes ne disposant pas de revenus fixes, le foyer constitue une possibilité d'hébergement dans un contexte de tensions sur le marché locatif pour des publics ayant de faibles ressources. La forme semi-collective du foyer, les liens de sociabilité qui peuvent se tisser entre des personnes ayant les mêmes origines et vivant des destins souvent solitaires, permettrait de constituer le lieu de vie pour ces personnes que l'on pourrait qualifier de « sans foyers ».

Ainsi, l'utilisation du foyer et de la résidence sociale comme un lieu de vie, nécessite la mise en place de services aux personnes liés à la permanence de leur habitat, à leur situation sociale particulière (notamment concernant les personnes immigrées vieillissantes) et à leur inscription dans un environnement local.

D'un point de vue socio-économique

Le rapport sur les immigrés vieillissants réalisé par l'IGAS en 2002, précise que peu d'études statistiques sont disponibles en matière de carrières et de ressources sur la population cible mais les informations collectées par les gestionnaires de foyers mettent en évidence le niveau faible des ressources des immigrés isolés, en activité ou à la retraite¹².

Une population en situation de précarité

Les résidents sont confrontés à un certain nombre de facteurs de vulnérabilité qui les placent dans une situation de précarité importante qui peut se caractériser notamment par une forte instabilité socioprofessionnelle ; des métiers peu qualifiés, des emplois précaires, en intérim, avec une forte proportion de résidents qui travaillent dans le Bâtiment et Travaux Publics et la manutention, secteurs d'activité caractérisés par une propension au travail non déclaré et par un taux élevé d'accidents du travail, une alternance de périodes d'activité et de chômage, etc.

Ils sont confrontés à une certaine insécurité matérielle (absence de ressources financières durables, une retraite peu élevée du fait du parcours professionnel relativement instable), ainsi qu'une méconnaissance des dispositifs d'aides sociales auxquels ils ont droit (Revenu Minimum d'Insertion, Couverture Maladie

¹² IGAS (2002). Le rapport sur les immigrés vieillissants

Universelle, Couverture Maladie Universelle Complémentaire, Aide Médicale de l'Etat, Allocation Personnalisée d'Autonomie et Permanences d'Accès aux Soins de Santé).

L'ensemble de ces facteurs aurait tendance à les maintenir dans une situation de précarité durable. Djamel Cheridi précise que seuls les bénéficiaires du RMI ont un accès automatique aux dispositifs sanitaires et sociaux destinés aux personnes défavorisées, les autres étant contraints de s'engager eux-mêmes dans des démarches d'accès aux droits qui ne sont pas toujours aisées pour des personnes en situation de précarité, certains résidents ayant parfois d'importantes difficultés à comprendre le français¹³. En effet, en 2007 dans des foyers d'Ile de France, 67% des résidents interrogés n'auraient jamais été scolarisés et moins de 2% auraient bénéficié de cours d'alphabétisation en France ; 54% ne sauraient ni lire, ni écrire et 73% rencontreraient des difficultés à maîtriser la langue française¹⁴.

D'un point de vue sanitaire

A la situation de précarité matérielle et professionnelle dans laquelle se trouvent les migrants en résidence sociale peut s'ajouter une dégradation de l'état de santé des migrants occasionnée par la dureté des conditions de travail les migrants qui peut être accentuée par une moindre connaissance du système de soins.

L'enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003 suggère que les personnes d'origine étrangère vivant en France déclareraient être en moins bon état de santé que les Français nés en France¹⁵.

Une population exposée à de nombreux problèmes de santé

De nombreux problèmes de santé liés à la dureté des conditions de travail et la pénibilité des tâches sont majoritairement évoqués : Marc Bernardot précise que 40% des résidents des structures Adoma travaillent dans le Bâtiment et Travaux Publics, où l'on retrouve deux fois plus d'accidents de travail chez les personnes employées en intérim que chez les salariés permanents. Cette plus forte prévalence des accidents de travail s'expliquerait en termes de réduction de la formation des salariés de ce secteur, d'un encadrement moindre ainsi que d'une diminution du respect des règles de protection et du suivi médical a posteriori¹⁶. Cette situation précaire augmenterait ainsi l'exposition aux risques de maladies professionnelles et aux accidents de travail. Ceci entraîne un vieillissement prématuré qui nécessite la mise en place d'un accompagnement spécifique et adapté, à la fois en terme d'aménagements de structure (installation d'ascenseurs, rampes d'accès, rehausse sanitaire et poignées surbaissées, etc.) et d'aide à la personne (services d'aide ménagère et de soins à domicile).

Nadège Bartkowiak rapporte que l'âge moyen de dépendance pour l'ensemble des migrants est plus

¹³ CHERIDI D. (2000-2001). Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants, in *Ecarts d'identité* N°94

¹⁴ EL MOUBARAKI, M. Op. Cit.

¹⁵ INSEE (2002-2003). Enquête décennale santé

précoce que pour la population générale ; respectivement 79,5 ans et 82 ans, elle précise également que pour les migrants d'origine maghrébine, l'âge de dépendance est de 75,3 ans¹⁷.

Le rapport IGAS, 2002, fait état d'un vieillissement précoce souvent associé à une santé précaire :

« L'ensemble des professionnels intervenant habituellement auprès des immigrés vieillissants (personnels médicaux, gestionnaires de foyers, etc.) s'accordent pour signaler un état de santé des immigrés souvent précaire. Le vieillissement est précoce, lié essentiellement à la pénibilité du travail et à des conditions de vie dégradées ; les immigrés peuvent entrer dans la vieillesse entre 50 et 60 ans. [...] L'accompagnement du vieillissement puis la prise en charge de la dépendance des immigrés isolés apparaît bien comme une problématique spécifique. Cette population se singularise par le cumul des handicaps. Elle est sans famille sur place. Ensuite, son vieillissement est souvent synonyme de santé précaire. Enfin, ses conditions de logement sont peu ou pas adaptées à la résolution des problèmes de vieillissement. »¹⁸

Les principales pathologies observées sont le diabète, l'hypertension, des troubles psychiques (insomnies, pertes de la mémoire et états dépressifs plus ou moins graves), les problèmes dentaires, oculaires et de surdit  tant fréquemment rencontrés. Les dépenses liées à la prise en charge de ces dernières pathologies étant importantes et le remboursement correspondant étant moindre, les résidents rencontrent des difficultés à couvrir les frais engagés.

Nadège Bartkowiak rapporte que ce défaut de soins aurait des conséquences sur la vie sociale du résident, pouvant entraîner certaines difficultés à communiquer¹⁹.

Le profil de l'état de la santé des personnes âgées vivant en foyers de travailleurs migrants que dresse Marc Bernardot illustre l'ensemble des éléments précédemment décrits et met en évidence des conséquences psychologiques : « Leurs spécificités sanitaires tiennent notamment à une trajectoire professionnelle chaotique, poly exposée aux maladies et aux accidents du travail, et au célibat for  c  . Les troubles connus sont à peu près les mêmes que ceux du tableau symptomatique de la classe ouvrière en France avec deux ou trois particularités dues aux défauts de prévention et à la d  ficiance des prises en charge : un certain nombre de troubles digestifs, ostéo-articulaires et dentaires, des problèmes psychologiques particuliers dénommés « troubles stomatoformes douloureux persistants » mal identifiés par le personnel soignant »²⁰.

Un recours aux soins dans l'urgence

Dans les résidences sociales et foyers, d'importants besoins en matière de soins sont observés, accompagnés d'un recours aux soins qui serait principalement curatif et rarement préventif, et qui aurait tendance à être tardif et relativement inadapté. Les résidents privilégieraient un recours aux urgences à

¹⁶ BERNARDOT M., Op. Cit.

¹⁷ BARTKOWIAK N. (2008). L'accueil des immigrés vieillissants en institution, Rennes, Presses de l'EHESP

¹⁸ IGAS, Op. Cit.

¹⁹ BARTKOWIAK N., Op. Cit.

²⁰ BERNARDOT M., Op. Cit.

un stade avancé de la maladie, plutôt que de consulter un médecin généraliste dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

Michel Fievet évoque ce recours tardif au système de soins : « les vieux résidents restent culturellement éloignés des préoccupations gérontologiques ; la maladie ne devient maladie que lorsque le mal se fait durablement sentir [...] la prévention est un élément trop irréal pour s'en préoccuper »²¹.

Ainsi, les personnes migrantes vivant en résidences sociales auraient peu de comportements de prévention et auraient recours aux soins uniquement quand les effets de la maladie sont visibles et ressentis.

Ce recours au système de soins relativement tardif pourrait s'expliquer par des raisons financières ainsi que par une certaine méconnaissance du système sanitaire et social français ; très peu de résidents auraient une couverture complémentaire de santé.

L'offre de soins, le fonctionnement administratif du système de soins ainsi que la plupart des campagnes de prévention mises en place semblent ne pas toujours être adaptées à cette population spécifique. En effet, elles ne tiennent généralement pas compte de la barrière linguistique, l'approche étant souvent impersonnelle et standardisée, souvent basée sur des supports écrits avec un vocabulaire difficilement compréhensible pour des personnes qui ne maîtrisent pas bien le français.

Un sentiment de mal-être, d'isolement

Lors de leur arrivée en France, la majorité des résidents a laissé derrière elle sa famille et ses enfants, avec l'espoir d'un retour rapide dans leur pays d'origine. Progressivement, cet état de célibat forcé s'est prolongé dans le temps, plaçant les résidents dans une situation durable de « faux célibat » ou de « père à distance ». Ce déracinement est souvent à l'origine d'un sentiment de mal-être : à la blessure due à l'éloignement familial s'ajoute des relations souvent difficiles avec leurs proches lors de leur retour dans le pays d'origine. La perte de leur légitimité en tant que père ou époux accentuerait ainsi la remise en cause du sens donné à leur parcours de migration, déjà fragilisé par leur situation d'inactivité actuelle ; chômeur ou retraité.

Ce sentiment de mal-être serait d'autant plus prégnant chez ceux pour qui s'ajoute au sentiment d'isolement une faible insertion sociale et culturelle au sein du tissu local.

Les diagnostics médico-sociaux réalisés par Migrations Santé en 2004 et 2005 rapportent que seul 20% des résidents interrogés ont un frère, un cousin ou un fils qui vit dans le même foyer. Le seul lien social qu'ils possèdent est généralement celui mis en place avec d'autres résidents du foyer, souvent appartenant à la même communauté, ou parfois d'anciens collègues de travail²².

Sylvie Emsellem rapporte que ce sentiment d'isolement peut être accentué par le manque de sociabilité

²¹ FIEVET M. (1999). « La santé des migrants vieillissants dans les foyers », in *Migrations Santé* N°99-100

²² EL MOUBARAKI M., Op. Cit.

parfois constaté dans les résidences²³.

La situation de précarité financière dans laquelle se trouvent les résidents est souvent à l'origine d'une faible intégration dans la vie locale. Les faibles revenus dont ils disposent et l'envoi régulier d'argent dans le pays d'origine les obligent à restreindre au maximum leurs dépenses, notamment en termes de loisirs. De manière générale, les acteurs de proximité semblent être peu connus de la part des résidents.

Selon l'enquête réalisée par Migrations Santé en 2005, seuls 27% des résidents interrogés dans le cadre des diagnostics médico-sociaux savent où trouver de l'aide en cas de difficultés. Cette situation serait d'autant plus accentuée par leur situation de célibataire à leur arrivée en France : non prioritaires pour les aides sociales ou pour un logement hors foyer, ceux-ci n'ont eu que très peu affaire aux services sociaux, à l'exception parfois des services d'assistance sociale de l'entreprise où ils étaient salariés²⁴.

Cette enquête réalisée auprès de directeurs de foyers de travailleurs migrants rapporte la faible participation des résidents aux activités du 3^{ème} âge, qu'elles soient ou non organisées par la mairie, alors que ces mêmes résidents se disent intéressés par des sorties culturelles. Une explication possible à cette situation paradoxale serait que les activités qui leur sont proposées ne seraient que peu adaptées à leurs habitudes culturelles et parfois payantes.

Hamid Brohmi suggère que la majorité des résidents a un sentiment de ne jamais s'être réellement intégrée en France et d'être dans une situation de précarité financière identique à celle lors de leur arrivée. A cela s'ajoute un double sentiment de perte de repères identitaires ; ils sont venus en France pour travailler, mais maintenant qu'ils sont au chômage ou à la retraite, ils sont confrontés à un important sentiment d'inutilité sociale²⁵.

D'autre part, lors des allers-retours dans le pays origine, les résidents sont parfois confrontés à une transformation de leur pays d'origine depuis leur départ : une certaine évolution des modes de vie à développer, une modification de l'habitat, une transformation des villages en villes, etc.

Cette découverte, parfois brutale, n'est pas sans conséquences psychologiques pour le résident dont le sentiment de devenir étranger dans son propre pays tout en restant étranger dans le pays d'accueil engendrerait un sentiment de mal-être et de détresse psychologique face à laquelle il semblerait ne pas y avoir de solution.

L'échec de la migration serait souvent évoqué par les migrants, avec l'idée selon laquelle ceux qui ont réussi sont ceux qui sont rentrés.

La précarité financière dans laquelle ils se trouvent ne leur permet pas d'envoyer autant d'argent que ce qu'ils souhaitent à leur famille restée au pays et suscite un sentiment de honte qui peut notamment les empêcher de retourner au pays d'origine.

B. Les personnes migrantes vivant en foyers et résidences sociales en région Paca

²³ EMSELLEM S. (2006), Etat des lieux de la situation des personnes âgées immigrées en Paca » CREOPS

²⁴ EL MOUBARAKI M., Op. Cit.

²⁵ BROHMI H., Op. Cit.

Peu de travaux rendent compte de la situation des personnes vivant en foyers et résidences sociales en région Paca. Les données régionales identifiées dans la littérature et celles issues des entretiens réalisées auprès des responsables des structures et des soignants qui interviennent dans les résidences sont en grande majorité similaires à celles précédemment évoquées.

D'un point de vue démographique

Les enquêtes annuelles de recensement de l'INSEE de 2004 et 2005 indiquent que 458 000 migrants résideraient en région Paca et représenteraient ainsi 9.7% de la population totale dans cette région qui se place ainsi au 3^{ème} rang des régions françaises accueillant le plus grand nombre d'immigrés, après l'Ile de France et Rhône Alpes.

Les résidents se caractérisent par une population majoritairement masculine, relativement plus âgée que la moyenne nationale des résidents ; plus de 70% des résidents seraient âgés de plus de 50 ans alors que la moyenne nationale est de 50%. Les travaux menés par Age et Vie au sein des résidences Api Provence de la Seyne-sur-Mer et Ste Maxime montrent que 62% des résidents sont âgés de plus de 60 ans. Ces personnes étant principalement originaires d'Afrique du Nord puis d'Afrique Subsaharienne. La résidence de Ste Maxime compte une population exclusivement originaire d'Afrique du Nord, celle de la Seyne-sur-Mer compte une majorité de personnes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique Subsaharienne.

L'étude menée par Sylvie Emsellem en 2006, met en évidence que dans les foyers Adoma, la durée de résidence dans les foyers est longue ; les personnes interrogées vivent en résidences sociales depuis 20 à 30 ans, certaines y vivent depuis leur arrivée en France et ne l'ont jamais quittée. Cette longue durée de résidence pourrait s'expliquer par des raisons économiques et par le contexte de migration. En effet, la plupart étant d'origine maghrébine, ils sont arrivés en France dans les années 60 dans un contexte particulier ; soit au titre de travailleur migrants, soit au titre d'ancien combattant. Les Algériens sont arrivés en France dans les années 60-70 dans un contexte de plein emploi pour répondre à la demande de reconstruction du pays et y ont travaillé toute leur vie, les Marocains sont arrivés un peu plus tard, avec majoritairement le statut d'anciens combattants.

De manière générale, lors de leur arrivée en France, le mythe du retour au pays d'origine était omniprésent pour la plupart des migrants, avec la seule volonté de travailler en France pour s'enrichir et retourner auprès des siens. Cependant, pour la plupart d'entre eux, l'espoir d'un retour au pays s'est progressivement éloigné et le vieillissement s'est effectué en foyer.

Ils sont actuellement âgés, retraités ou sans emploi et continuent de vivre en France. Sylvie Emsellem rapporte la situation de célibat dans laquelle se trouvent ces migrants : ils ont laissé dans le pays d'origine une famille qui ne les rejoindra pas et ont vieilli seuls en foyer. De plus, ces années d'éloignement entraînent nécessairement une certaine distance entre la famille restée au pays et la personne migrante, renforçant un peu plus leur sentiment d'échec.

« L'éloignement familial est une véritable blessure, douleur qui entraîne pour eux une perte de sens concernant le parcours migratoire, notamment quand ils vieillissent. [...] Les immigrés qui ont vieilli seuls, en foyer, rencontrent beaucoup de difficultés à retourner vivre auprès de leur famille, restée au pays. Ils sont toujours partagés entre le désir de retourner chez eux et la hantise de ne plus pouvoir se sentir à l'aise auprès des leurs. Les différentes expériences passées des retours temporaires au pays leur ont fait sentir la distance qui s'est installée entre eux et ceux qu'ils ont laissé derrière eux. »

Face à cette situation, la majorité des migrants s'est installée dans ce qu'Hamid Brohmi appelle une « migration alternée » entre la vie au foyer et les retours dans le pays d'origine.

Dans l'ensemble des résidences sociales interrogées, une certaine saisonnalité de ces allers-retours est observée : ils retournent au pays d'origine en hiver, en été et pendant la période du Ramadan. Ils passent l'automne et le printemps en France. L'absence d'une grande partie des résidents dans le foyer pendant ces périodes justifie que la plupart des actions sociales ait lieu dans la période de mars à mai.

D'un point de vue socio-économique

En région Paca, la situation professionnelle des personnes migrantes vivant en résidences sociales est similaire à ce qui est observé au niveau national.

Sylvie Emsellem rapporte que dans les foyers Sonacotra des Bouches-du-Rhône, 21,4% des résidents ont une activité salariée (qui se traduit majoritairement par des emplois peu qualifiés tels que des ouvriers du BTP, manutentionnaires ou jardiniers), 27,8% sont allocataires du RMI et 6,7% perçoivent une pension. Les résidents âgés de plus de 55 ans ayant vu leur demande de « retraite anticipée pour inaptitude » refusée sont éligibles au RMI.

Les résidents de plus de 55 ans connaissent des parcours professionnels variables : si certains ont débuté leur vie professionnelle par une multiplication d'emplois de courte durée, ils ont pu connaître par la suite une période de plein emploi durable. Pour d'autres, ce parcours professionnel est beaucoup plus chaotique, marqué par des périodes de chômage, de travail en intérim, de multiples arrêts de travail pouvant les amener à une incapacité totale à travailler (invalidité).

Cette fragmentation du parcours professionnel peut entraîner des difficultés lors de la constitution du dossier de retraite, les empêchant parfois de percevoir la totalité de leur retraite.

Pour pallier à ce manque de revenus, les résidents peuvent bénéficier de certaines aides, notamment le minimum vieillesse ou l'Allocation Supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse qui constituent un revenu minimal garanti pour les personnes ayant peu ou pas cotisé.

D'un point de vue sanitaire

Les professionnels rencontrés s'accordent pour signaler un état de santé des résidents âgés souvent

précaire et un vieillissement précoce. Cette population se caractérise par un cumul des handicaps, dus notamment à des accidents du travail, des problèmes psychologiques, etc. Cette population est sans famille sur place. La prise en charge du vieillissement des résidents constitue la problématique majeure rencontrée par l'ensemble des professionnels interrogés.

Dans le cadre de son étude, Api Provence met en évidence que 75% des résidents déclarent être en bonne santé alors que les personnels de ces résidences font état de problèmes de santé relativement préoccupants. Les responsables de résidences expliquent que les résidents seraient non pas dans une « culture de la plainte » qui se traduit par l'expression de la souffrance physique et psychique, de la détresse sociale, mais plutôt dans une « culture de survie » ; habitués à travailler dans des conditions relativement pénibles, à vivre dans des conditions de logement souvent précaires et insalubres, ceux-ci n'ont eu d'autres choix que de survivre dans ces conditions délétères.

« Contrairement à la plupart des gens, nos résidents sont des hommes qui meurent debout. »

Les principales pathologies observées sont une haute tension artérielle et des maladies cardiovasculaires pour 18% des résidents, le diabète pour 17,5% d'entre eux (ce taux étant 5 fois supérieur à la moyenne nationale), surpoids ou obésité modérée à sévère et pathologies digestives pour 60% d'entre eux.

De la même manière qu'au niveau national, on observe en région Paca un recours aux soins principalement curatif, peu régulier et relativement tardif. Les responsables de résidences rapportent que les résidents n'ont pas de comportements de prévention, ne consultent généralement pas de médecin de manière régulière et auraient tendance à recourir aux soins à un stade déjà avancé de la maladie. Certains expliquent que l'hospitalisation d'un résident peut être immédiatement suivie d'un décès en raison d'un dépistage de la pathologie trop tardif.

Les consultations se font principalement chez le généraliste ou aux urgences, très peu de résidents ont recours à des spécialistes. Ceux qui ont un médecin traitant ont parfois recours à un ophtalmologue, cardiologue, rhumatologue et gastro-entérologue. Le rapport Age et Vie mentionne une remarque à l'égard des consultations de gastro-entérologues : « Une spécificité apparaît quant à la fréquentation significative des gastro-entérologues de la part du public immigré, souvent confronté à des maux de l'appareil digestif ».

L'ensemble des professionnels rencontrés rapporte une certaine méconnaissance du circuit de soin et d'importantes difficultés d'accès aux droits pour les résidents, qui sont d'ailleurs peu nombreux à bénéficier d'une couverture complémentaire de santé alors qu'ils y ont droit.

Les travaux d'Api Provence montrent que sur les 143 résidents interrogés à Sainte Maxime et à la Seyne-sur-Mer, 14% bénéficiaient de la CMU, 10,5% bénéficiaient d'une assurance maladie complémentaire et 47% n'en bénéficiaient pas.

Alors qu'une majorité de résidents déclare ne pas consommer de tabac ni d'alcool (respectivement 74% et 80%), une part non négligeable rapporte quant à elle, une consommation problématique (8% des résidents rapportent une consommation de plus de 20 cigarettes/jour et 5% une consommation d'alcool abusive).

A cela s'ajoute une absence totale d'activité physique pour 74% des résidents. De manière générale, ces derniers pratiquent peu d'activités au quotidien, celles-ci pouvant se résumer à la télévision, courses, prières, jeux de société.

Ainsi, peu d'activités physiques, une certaine sédentarité, une consommation de nourriture souvent riche et une consommation de tabac importante peuvent constituer un ensemble de facteurs de risque à l'égard du développement d'un cancer colorectal.

Annexe 4

Eléments de contexte : Le cancer colorectal

Le cancer colorectal

A. Cancer colorectal et dépistage organisé

Le cancer colorectal constitue un problème majeur de santé publique, de par sa forte prévalence (nombre de cas diagnostiqués) en France mais également du point de vue de l'incidence de ce cancer (nombre de nouveaux cas détectés par an).

Ce cancer est un des cancers les plus meurtriers et représente ainsi un enjeu sanitaire et économique important à la fois en termes de dépenses de santé mais aussi du point de vue des connaissances actuelles sur les facteurs prédictifs de ce cancer (tabagisme, nutrition) qui en font ainsi une cause de mortalité évitable.

Données épidémiologiques sur le cancer colorectal

Les travaux de référence pour cette étude sont ceux du Dr Laurence Le Retraite²⁶, 2008, ainsi que ceux d'Anne-Marie Bouvier²⁷, 2009.

En 2005, 37 000 nouveaux cas de cancer colorectal sont observés ainsi que 16 500 décès.

Chez les hommes, le cancer colorectal représente le troisième cancer le plus fréquent (après le cancer de la prostate et du poumon) avec 53,8% des cas de cancers digestifs dépistés.

Chez les femmes, il représente le deuxième cancer le plus fréquent (après le cancer du sein) et constitue 68,5% des cancers digestifs dépistés.

Ce cancer représente 11,6% des décès par cancer, il est situé au deuxième rang des cancers les plus mortels, après le cancer du poumon.

Concernant l'incidence du cancer colorectal, celle-ci est voisine pour les deux sexes jusqu'à l'âge de 50 ans pour ensuite augmenter plus rapidement chez l'homme que chez la femme. On observe la même évolution pour ce qui est de la mortalité en fonction de l'âge.

Ce cancer a une évolution lente, l'intervalle de temps moyen entre la détection d'un adénome visible et la transformation en cancer colorectal est d'environ 10 ans.

Son dépistage permet de détecter la présence de lésions cancéreuses à un stade précoce, il augmente ainsi les chances de guérison et l'utilisation de techniques non mutilantes.

De plus, le réseau français des registres du cancer observe une différence importante du taux de survie des personnes atteintes de cancer colorectal selon le stade d'évolution du cancer au diagnostic.

Une étude menée par la Francim en 2007, estimait le taux de survie 5 ans après le diagnostic à 94% pour le stade 1 (très superficiel dans la paroi de l'intestin), 80% pour le stade 2 (plus profond dans la paroi, pouvant s'étendre à un organe voisin), 47% quand le cancer est dépisté au stade 3 (avec atteinte des

²⁶ LE RETRAITE, L. (2008) Analyse socio-territoriale des facteurs associés à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal. Thèse de doctorat en médecine non publiée. Faculté de Médecine, Marseille, France

²⁷ BOUVIER, A.M. Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. Numéro thématique : dépistage organisé du cancer colorectal en France. BEH 13 janvier 2009 n°2-3.

ganglions autour du côlon), enfin à 5% au stade 4 (avec atteinte des organes à distance : métastases).

Le dépistage organisé

Le dépistage organisé des cancers s'adresse à l'ensemble des personnes d'une tranche d'âge donnée bénéficiant d'une couverture de santé, il vise ainsi à toucher le maximum de personnes. Ce type de dépistage permet d'optimiser les investissements, tout en étant proposé de manière équitable à la population cible.

L'objectif d'un dépistage organisé est de toucher au moins 50% de la population cible afin de réduire l'incidence de la mortalité liée aux cancers de 15 à 18%.

Le dépistage organisé du cancer colorectal

En 1998, la Conférence de Consensus de Paris sur le dépistage et la prise en charge des cancers colorectaux, a recommandé le dépistage systématique tous les deux ans auprès des personnes de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen de cancer colorectal. Ainsi, une campagne s'étend sur 2 ans.

Les personnes à risque élevé ou très élevé relèvent d'un dépistage individuel par coloscopie ; ce sont celles qui ont des antécédents personnels d'adénome ou de cancer colorectal, des antécédents familiaux, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou une maladie génétique.

Un programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal par test Hémocult II® a débuté en France en 2002 dans douze départements français. Depuis fin 2008, le dépistage organisé du cancer colorectal s'est étendu à l'ensemble du territoire français.

Une présentation chronologique de la mise en place du dépistage du cancer colorectal dans les départements français est disponible en Annexe 4.

Au 1^{er} novembre 2007, les premiers résultats du programme pilote démarré entre 2002 et 2005 mettent en évidence que le taux de participation moyen s'élevait seulement à 42%.

Ces résultats rendent compte de la différence de participation aux campagnes de dépistage organisé selon le département où a été effectué le test (entre 31,1% et 54,2% selon les départements) et suivant le sexe (de manière générale, il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, respectivement 47% et 40% de participation).

Ce taux de participation augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans pour ensuite diminuer chez les personnes âgées de 65 à 74 ans. Cette diminution observée apparaît comme problématique dans la mesure où si le cancer colorectal est rare avant 50 ans (6% des cas), on constate que 70% des cas sont diagnostiqués entre 60 et 84 ans.

La campagne de dépistage organisé mise en place dès 2003 dans 23 départements pilotes a permis de diagnostiquer 43 % des cancers colorectaux de stade 1, 24% au stade 2, 23% au stade 3 et 10% au stade 4.

Dans les Bouches-du-Rhône, il s'agit de la quatrième campagne de dépistage organisé de ce cancer (2008-2009), le taux de participation sera communiqué début 2010.

La première campagne a débuté en novembre 2002, le taux de participation de la population cible était de 42 %. La deuxième campagne (2004-2005) a enregistré un taux de participation de 37.5 %, la troisième campagne (2006-2007) a entraîné un taux de participation de 30.7 %.

Dans le Var, il s'agit de la première campagne de dépistage organisé du cancer colorectal, elle a été mise en place fin 2008.

Le dépistage organisé se fait au moyen du test HemocultII® qui vise à détecter la présence de sang occulte dans les selles, indiquant ainsi la présence de polypes ou d'adénomes révélant un risque potentiel de cancer. En pratique, ce test au gâïac consiste à prélever deux échantillons de selle avec une spatule et à les déposer sur une plaquette. Cette procédure doit être renouvelée sur trois selles consécutives. Les tests sont ensuite adressés à un centre d'analyses dans une enveloppe plastifiée préaffranchie. La lecture se fait après adjonction d'une goutte de solution alcoolique d'eau oxygénée. Le résultat est positif si une ou plusieurs zones réactives se colorent en bleu. Dans ce cas, le médecin prescrit une coloscopie pour confirmer ou infirmer la suspicion d'une lésion cancéreuse.

En 2008, l'INCa a précisé que ce test était particulièrement adapté pour un dépistage de masse du cancer colorectal, en raison des aspects techniques (très bonne spécificité, permet de détecter une forte proportion de cancers asymptomatiques et de lésions précancéreuses et reste relativement peu coûteux) et d'une relative acceptabilité auprès du public du fait de son caractère simple, non invasif et ne nécessitant pas de régime alimentaire particulier.

Un partenariat entre différents acteurs

La mise en place d'une campagne de dépistage organisé du cancer colorectal implique un partenariat entre trois types d'acteurs : la population cible, le médecin et la structure de gestion.

La population cible

Elle reçoit une lettre individuelle d'invitation à retirer le test chez son médecin traitant ainsi qu'un dépliant explicatif. En cas de non réponse à cette première sollicitation, une procédure de relance est mise en place par la structure de gestion de dépistage organisé : une relance 3 mois après l'envoi de la lettre d'invitation, en cas de non-réponse le test est envoyé au domicile 3 mois plus tard (soit 6 mois effectifs après l'envoi du premier courrier) avec une enveloppe pré affranchie pour le retour du test.

Le médecin généraliste

Il remet donc le test au patient, lui explique le fonctionnement du test et s'assure de la bonne compréhension de la pratique du test. Il indique la démarche à suivre en cas de positivité du test. Lors de

la réception des résultats, il prescrit une coloscopie aux patients dont le test serait positif et s'assure de leur suivi. Bien entendu, il est chargé de vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion au dépistage ; les personnes présentant une dépression grave ou des hémorroïdes qui saignent sont exclues temporairement du dispositif. Il signale à la structure de gestion de son département (par exemple Arcades pour les Bouches-du-Rhône, Apremas pour les Alpes-Maritimes) le nom des personnes à qui il a remis le test, celles ne relevant pas du dépistage organisé ainsi que celles ayant refusé de pratiquer le dépistage.

La structure de gestion du dépistage organisé

La structure de gestion organise la campagne de dépistage en s'adressant à la population cible et aux médecins généralistes.

Concernant la population cible, la structure de gestion constitue le fichier des personnes à inviter (assurés sociaux), elle leur envoie le courrier d'invitation au dépistage et se charge des relances éventuelles en cas de non réponse.

Concernant les médecins, elle forme les médecins généralistes de son département à la méthodologie de mise en place du dispositif à travers des soirées d'information sur le dépistage organisé du cancer colorectal. Elle prépare les documents d'informations qu'ils remettront au public et assure l'approvisionnement des kits de dépistage. Des délégués médicaux rendent visite aux médecins afin de renforcer l'information et distribuer le matériel nécessaire.

La structure de gestion s'assure de la traçabilité des tests, de la réalisation d'une coloscopie en cas de test positif ainsi que des résultats des coloscopies effectuées auprès des gastro-entérologues.

Elle reçoit les informations de remise du test, identifie les personnes étant temporairement exclues et dispose des résultats de ces tests.

A la fin de la campagne, elle transmet à l'InVS, aux services de l'Etat, de l'Assurance Maladie ou du GRSP, l'analyse des indicateurs de qualité du programme (nombre de cancers et d'adénomes dépistés, nombre de faux positifs, etc.).

Elle informe également les professionnels de santé (médecins et gastro-entérologues) en leur faisant parvenir périodiquement un certain nombre de statistiques individuelles et globales.

B. Cancer colorectal et dépistage organisé concernant les personnes migrantes

Les travaux réalisés par le CRES Paca en 2007 et 2008 apportent un éclairage sur le rapport que les migrants entretiennent avec la santé, la maladie en général, et de manière plus spécifique avec le cancer.

Des représentations spécifiques de la santé et de la maladie

Pour les migrants interrogés, la santé pourrait se définir par l'absence de maladie grave, les maladies plus bénignes de type rhume ne sont pas perçues comme des menaces sérieuses pour la santé.

Leur critère principal d'évaluation d'une bonne santé réside dans de bons résultats au bilan biologique, validé par un examen médical. Les marqueurs d'une bonne santé seraient l'absence de souffrance et de douleur et le fait de ne pas prendre de médicament.

La santé serait associée à un sentiment de bien-être moral et social, envisagée comme un état important qu'il faut sauvegarder ; ce serait un des signes de la réussite, d'une grande force. La survenue d'une maladie grave serait, pour certains, le signe d'un échec, d'une faiblesse, d'une incapacité à faire face.

Les entretiens réalisés mettent en évidence une certaine connaissance des comportements préventifs à l'apparition de maladies, qui citent par exemple une alimentation saine et diversifiée (valorisation des produits naturels en opposition avec les produits manufacturés), une non consommation de tabac et d'alcool, une activité physique (être actif et « bouger » sans forcément pratiquer un sport), l'inscription dans un réseau de sociabilité et de convivialité (prévention primaire et tertiaire : avoir un meilleur accès à l'information et bénéficier d'un soutien social pour affronter la maladie), l'information à travers notamment la multiplication des sources d'information (médias, proches, soignants) et le fait de consulter un médecin et de réaliser des bilans de santé.

Pour certains, l'apparition d'une maladie serait liée à un manque de volonté et de force de caractère. Dès l'apparition des premiers symptômes, un rapport de force entre l'individu et ces symptômes se mettrait en place afin d'empêcher l'apparition de la maladie.

De ce point de vue, tout comportement de prévention ne serait pas utile dans la mesure où il suffirait de « gagner » ce rapport de force avec la maladie. De manière générale, l'entrée dans la maladie peut être vécue chez les migrants comme un échec, principalement une faiblesse, un échec du projet migratoire basé sur l'ascension sociale et la réussite.

Des représentations spécifiques du cancer

Les représentations des migrants interrogés sont empreintes d'une dimension fataliste majoritairement partagées ; ils associent systématiquement le mot cancer à la peur et à la mort, il s'agirait d'une maladie effrayante qui ne se guérit pas.

Le cancer est mal connu par les migrants, comparativement à d'autres maladies telles que le diabète ou le VIH/Sida auxquelles cette population semble être plus sensibilisée.

De manière générale, ils semblent ne pas savoir à quoi relier la maladie, si ce n'est qu'il s'agirait d'une maladie inhérente à chacun, chaque individu serait « porteur » du « germe du cancer » et la seule évocation de la maladie pourrait suffire à la faire apparaître ; ainsi, il serait plus prudent de ne pas faire de test de dépistage.

Le cancer serait également une maladie « genrée » qui toucherait plus les femmes que les hommes.

Concernant les conséquences de la maladie, cette pathologie générerait de grandes souffrances et entrainerait la mort. Effrayante et de cause inconnue, elle serait socialement dérangeante, vécue comme une maladie stigmatisante dont on ne parle pas car elle résulterait d'une faiblesse psychologique, d'un échec de volonté, d'une incapacité à faire face aux accidents de la vie. Cela montrerait que l'on n'est pas

assez fort et la maladie deviendrait culpabilisante car elle rendrait visible ce défaut.

Concernant le dépistage organisé du cancer colorectal

De manière générale, ce type de dépistage est peu connu des résidents ; il semblerait que les rares fois où le dépistage soit pratiqué, il s'agisse d'un dépistage individuel, parfois demandé après la mise en place de campagnes télévisuelles.

Hamid Brohmi²⁸ rapporte que, dans la culture d'origine des résidents, tout ce qui relève de l'intime est toujours énoncé avec pudeur, indirectement, au travers de périphrases ou de symboles. Ce sentiment de pudeur très marqué chez cette population et la gêne occasionnée par les modalités de pratique du test Hemocult® pourraient constituer un frein à la pratique du dépistage organisé du cancer colorectal en résidence sociale.

Cet auteur distingue deux types de représentations de la maladie chez les personnes migrantes : la maladie « malédiction » et la maladie « honteuse ». La maladie « malédiction » signifie que l'individu ne se considérerait pas comme responsable de ce qui lui arrive et vivrait l'entrée dans la maladie comme quelque chose à laquelle il était prédestiné, avec une dimension fataliste importante. La maladie « honteuse », quant à elle, touche à tout ce qui relève de l'intime (relations sexuelles, excréments) et des liquides organiques (sang, sperme, urine). L'origine de la maladie, étant ici mise en lien avec un comportement de transgression de la part de l'individu, serait plutôt de l'ordre d'une punition divine.

Il semblerait que le cancer colorectal fasse appel à l'une et l'autre de ces deux représentations : le prélèvement de selles dans le cadre du dépistage renverrait à la notion d'intime puisqu'il nécessite plusieurs manipulations de selles et pourrait être catégorisé parmi les maladies dites « honteuses ».

Le fait que le cancer soit associé au fatalisme et qu'il soit lié à un ensemble de facteurs externes non maîtrisables (tels que les conditions de vie, l'hérédité ou encore suite à une décision divine) renverrait à la notion de maladie en tant que « malédiction ».

²⁸ BROHMI, H. (2006). « Pour une approche interculturelle des populations migrantes vieillissantes originaires du Maghreb, Etude et pistes pour l'action sanitaire et sociale en foyer », Service prévention de la CRAM de Bourgogne et Franche-Comté et du CORES de Bourgogne

En résumé :

Des représentations spécifiques de la santé et de la maladie

La santé se définit comme l'absence de maladie grave, de douleur et de traitement, comme signe de réussite et de force.

La maladie grave comme signe d'une faiblesse, d'une incapacité à faire face aux accidents de la vie, voire d'un échec du projet migratoire.

Des représentations spécifiques du cancer

Le cancer est spontanément associé à la peur et à la mort.

Méconnaissance de la maladie, de ses causes et de ses conséquences : la simple évocation de la maladie pourrait suffire à la faire apparaître.

Maladie socialement stigmatisante dont on ne parle pas.

Le cancer colorectal combinerait les représentations liées à la maladie «malédiction » et la maladie « honteuse ».

Le dépistage organisé du cancer colorectal : un dispositif peu connu et peu utilisé.

Annexe 5

Mise en place du dépistage du cancer colorectal en France : Repères chronologiques

Année	Type de dépistage	Localisation	Structure organisatrice	Public cible	Procédures mises en place
1984	Individuel	Ensemble du territoire français	Centres d'examen de santé français rattachés à la CNAMTS	Salariés âgés de 45 à 65 ans	Proposition du test Hemocult II® Pas d'évaluation de l'action
1985	Organisé	Calvados	PREMUTAM (différentes mutualités françaises et CNAM)		1. Information 2. Prise en charge : test à récupérer en pharmacie
1988	Organisé	12 cantons de la Saône-et-Loire		Personnes âgées de 45 à 74 ans	Etude contrôlée, test proposé à plusieurs reprises. Groupe témoin : population de taille équivalente et même âge venant du département de la Côte d'Or.
1990	Organisé	Région Aquitaine Région Nord-Picardie			1. Information délivrée par les médias 2. Envoi d'une lettre d'invitation à récupérer gratuitement le test Hemocult II® en pharmacie 3. Poursuite de la campagne avec l'envoi d'une lettre tous les 3 ans
1991 1994	Organisé	Calvados	FNPEIS CPAM concernées	Personnes âgées de 45 à 74 ans	
1994 1997					
1998	Conférence de consensus sur le cancer du colon à partir des résultats d'études danoise et anglaise entre 1993 et 1995 ⇒ Recommandation d'études pilotes et généralisation du dépistage suivant les résultats de l'étude Bourguignonne (1988)				
1999	Premiers résultats de l'étude française : recul possible de la mortalité par cancer colorectal				
2000	Avis consensuel sur le dépistage organisé du cancer présenté par le Comité Consultatif des experts cancérologues de la Commission Européenne ⇒ Recommandation de la mise en route du dépistage du cancer colorectal par recherche de saignements occultes dans les selles Introduction du dépistage du cancer colorectal dans le Code européen contre le cancer Janvier : campagne de communication organisée par le conseil d'administration de la SNFGE destinée en premier lieu aux pouvoirs publics				
Mars 2001	Edition du « Livre Blanc de l'Hépatogastroentérologie » une des deux priorités affichées par les professionnels étant la mise en place du dépistage généralisé du cancer colorectal				
Avril 2001	Mise en place des programmes pilotes de dépistage du cancer colorectal				

<p>2002 2004</p>	<p>1er appel à candidature (fin 2001) : 12 départements retenus : Bouches du Rhône, Calvados, Charente, Côte d'Or, Hérault, Ille et Vilaine, Indre et Loire, Isère, Nord, Haut Rhin, Saône et Loire, Seine Saint Denis.</p> <p>2^{ème} appel à candidature (été 2002) : 10 départements retenus : Allier, Ardennes, Finistère, Marne, Mayenne, Moselle, Orne, Puy de Dôme, Pyrénées Orientales, Essonne.</p> <p>Procédure : la population reçoit une lettre individuelle à retirer le test chez son médecin traitant (2 départements ont eu recours au pharmacien : dans le Nord dès la phase initiale, dans le Finistère en alternative à la 2^{ème} relance).</p> <p>En cas de non réalisation du test : relance postale simple à 3 mois Si non réalisée après la 1^{ère} relance : envoi d'une lettre + test à 6 mois</p>
<p>Avril 2005</p>	<p>Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé, décide sur la base des premiers résultats des études pilotes, une généralisation progressive du dépistage du cancer colorectal</p>
<p>Septembre 2005</p>	<p>Nouvel appel d'offre</p>
<p>2008</p>	<p>Généralisation du programme de dépistage du cancer colorectal (un seul département non dans le dispositif : la Nièvre)</p>

Signification des sigles :

PREMUTAM : Prévention Mutualités Assurance Maladie

FNPEIS : Fonds National de Prévention et d'Education et d'Information Sanitaire

SNFGE : Société Nationale Française de Gastroentérologie

