Faciliter l'accès au dépistage du cancer pour les populations défavorisées

Enjeux, leviers et obstacles à la mise en place d'un programme d'accompagnement par les pairs

Muriel Pommier

École normale supérieure de Lyon (ENSL) – Institut français de l'éducation (IFÉ) –
Université Lyon 1 / EA 4148 S2HEP (Sciences, Société : Historicité, Éducation et Pratiques)

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 2, No 2 | pp. 151-169

Reçu le : 30/11/2015 | Accepté le : 31/08/2016

Résumé : Depuis les années 1990, des programmes de « *Patient Navigation* » ont été mis en place aux États-Unis pour faciliter l'accès au dépistage et au diagnostic, notamment du cancer colorectal et du sein. L'intervention de « navigateurs » a permis d'améliorer les taux de survie à cinq ans de populations défavorisées. Une des caractéristiques de ces programmes est que, pour le dépistage, les « navigateurs » sont des « pairs » issus des mêmes quartiers d'habitation que la population cible et non des professionnels de santé.

Le dépistage précoce améliore sensiblement le pronostic du cancer colorectal. En France, le faible taux de participation au dépistage de ce cancer parmi les populations défavorisées (principalement en zones rurales et zones urbaines sensibles) constitue donc un facteur majeur d'accroissement des inégalités de santé.

Le projet Colonav repose sur l'hypothèse que les inégalités de santé générées par des mesures de prévention globales peuvent être compensées par des mesures spécifiques, via un accompagnement par des pairs et des actions de proximité.

Mots-clés : inégalités sociales de santé, cancer colorectal, populations défavorisées, accès au dépistage, accompagnement par les pairs.

Introduction

En France, le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent diagnostiqué et la deuxième cause de mortalité par cancer. Le nombre de nouveaux cas de CCR a été estimé à 40 500 pour l'année 2011 avec une prédominance masculine. Le nombre de décès par CCR s'élève à 17 500 pour 2011 et l'on retrouve un risque de décès plus élevé chez les hommes (INVS, 2011). Les liens entre la mortalité et les inégalités sociales de santé sont établis. Ainsi, la France est-elle l'un des pays d'Europe de l'Ouest où le gradient socio-économique, mesuré par le niveau d'étude, a le plus d'impact sur la mortalité (Mackenbach *et al.*, 2008). Une autre étude met en évidence l'influence des inégalités sociales sur la mortalité par cancers, dont le cancer du côlon-rectum (Menvielle *et al.*, 2008). Le cancer colorectal est donc une tumeur pour laquelle les inégalités liées au genre, d'une part, et au niveau socio-économique, d'autre part, sont particulièrement marquées.

1 Quid de la réduction des inégalités face au dépistage du cancer colorectal ?

1.1 Le dépistage du cancer colorectal

Le dépistage précoce améliore sensiblement le pronostic du cancer colorectal. Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet d'en réduire la mortalité. La loi de santé publique de 2004 préconisait de définir une stratégie nationale de dépistage du CCR. Le dépistage organisé du CCR reposant sur le test Hémoccult a été généralisé sur l'ensemble du territoire national en 2008 pour les personnes âgées de 50 à 74 ans.

Le taux national de participation pour 2009-2010 est de 34 %. La participation est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (36,5 % vs 31,4 %). Il existe des variations importantes des taux de participation selon les régions (52,4 % en Bourgogne, 23,5 % pour la Réunion). En 2010, l'évolution vers un diagnostic plus précoce n'est pas encore observée (INCa, 2010).

Les facteurs influençant la participation sont bien connus et ont été analysés dans les différents essais randomisés évaluant l'efficacité du dépistage par la détection du sang occulte dans les selles (Von Euler *et al.*, 2010) : le genre, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut social ou le recours à d'autres mesures de prévention expliquent des variations importantes des taux de participation. Les variations dépendent fortement de la situation socio-économique des personnes. Le niveau d'éducation, comme le niveau de revenus, sont des facteurs de faible participation au dépistage du CCR (Meissner *et al.*, 2007 ; Greiner *et al.*, 2005). En France, l'influence de la situation socio-économique a été confirmée où la participation est encore plus faible chez les personnes habitant des zones défavorisées par rapport à celles habitant dans les zones aisées (Poncet *et al.*, 2010).

Le faible taux de participation au dépistage parmi les populations défavorisées (principalement en zones rurales ou zones urbaines sensibles) est un facteur majeur d'accroissement des inégalités de santé. Par ailleurs, on sait que les mesures de prévention à large échelle comme un dépistage organisé par invitation sont des facteurs d'accroissement des inégalités de santé, sauf à mettre en place des mesures spécifiques à destination des populations défavorisées n'adhérant pas à ces mesures (Von Euler *et al.*, 2010).

1.2 La réduction des inégalités face au dépistage

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a proposé une classification des déterminants des inégalités de santé et énoncé des actions correctrices (Marmot, 2011). À côté des déterminants structurels, les déterminants intermédiaires se rapportent aux conditions matérielles et psychologiques des individus ainsi qu'à l'accès au système de santé. Si une action sur les déterminants structurels est longue à mettre en œuvre, il est possible de mettre en place des actions combinant une approche par les déterminants intermédiaires, une approche sélectionnant des programmes dont l'efficacité a été démontrée (Von Euler *et al.*, 2010) et des recommandations internationales (Winaver *et al.*, 2003). Parmi les pistes d'actions possibles, les actions recommandées aux États-Unis sont par exemple : les « *clients reminders* », les communications adaptées (*small media*), l'éducation en face à face, et la réduction des barrières structurelles. En revanche, les communications grand public (*mass media*) ou la réduction des coûts personnels n'ont jamais démontré leur efficacité.

Pour augmenter la participation et la qualité du dépistage du CCR, trois recommandations ont été faites : éliminer les barrières financières, afin de permettre la participation au dépistage et un suivi adapté ; implémenter des interventions qui ont prouvé leur efficacité (aide-mémoire, interactions avec des éducateurs ou navigateurs) ; évaluer l'efficacité de programmes spécifiques prenant en compte les caractéristiques des populations cibles.

1.3 L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France

Le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé en 2008 et concerne 16 millions de français âgés de 50 à 74 ans. Parallèlement, l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (INPES) réalisent des campagnes d'information « grand public ». Les organismes de gestion du dépistage organisé adressent un courrier standardisé au domicile de la personne l'invitant à prendre contact avec son médecin traitant pour recevoir le kit de dépistage et l'information adaptée. L'approche ciblée de l'information et de l'invitation au dépistage a été montrée efficace et coût-efficace, et constitue ainsi une des possibilités pour augmenter la participation au dépistage du CCR. Le kit n'est directement adressé à la personne que lors de la deuxième ou troisième relance. Ce circuit, conçu pour augmenter l'efficacité de l'invitation, complique la démarche du bénéficiaire qui doit contacter son médecin traitant et potentiellement prendre en charge des frais inhérents à cette consultation. L'adhésion de la population française reste insuffisante et ce taux de participation est encore plus faible chez les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés.

1.4 Les interventions de type « navigation »

Les interventions de type « navigation » ou assimilées sont considérées comme efficace à la différence des communications de type mass media dont l'efficacité reste à prouver.

Une expérience américaine a consisté à mettre en place un programme de « *patient navigation* » orienté vers les populations défavorisées de certains quartiers de New York (Freeman, 2012). Conçus à partir des constats de l'American Cancer Society National Hearings on Cancer in the Poor, ces programmes sont centrés sur l'accès au dépistage et au diagnostic. D'abord destinée à promouvoir le dépistage du cancer du sein, l'intervention

a permis à des populations défavorisées d'entrer dans le système de santé pour le dépistage du cancer colorectal et d'améliorer les taux de survie à cinq ans. La caractéristique majeure de ces programmes est que les « navigateurs » ne sont pas des professionnels de santé mais des « pairs », issus des mêmes quartiers d'habitation que la population cible. Il s'agit d'une approche « par les pairs », peu développée en France. Cette approche permet d'établir un lien de confiance entre le patient et le navigateur, lié à sa connaissance du contexte social et culturel de la personne, et est considéré comme un moyen efficace de réduction des inégalités de santé aux États-Unis (Natale-Pereira *et al.*, 2011).

En France, des expérimentations sont en cours comme celle de G. Launoy à Caen qui consiste à faire intervenir un accompagnateur au dépistage auprès de personnes non compliantes pour réduire les inégalités sociales face au cancer colorectal (Dejardin *et al.*, 2011).

1.5 Le projet Colonav [1]

Le projet Colonav repose sur l'hypothèse que les inégalités de santé générées par des mesures de prévention globales peuvent être compensées par des mesures spécifiques, via une intervention par des pairs et des actions de proximité.

L'objectif est de mettre en œuvre une intervention innovante en matière de communication et d'accompagnement au dépistage du cancer colorectal de la population cible, fondée sur des « navigateurs » issus des mêmes territoires défavorisés, non professionnels du champ de la santé ou du social, mais spécialement formés, afin de lever les barrières identifiées (culturelles, psychologiques, matérielles) d'adhésion au dépistage [2].

Conjointement à ce projet expérimental, il est engagé une recherche interventionnelle destinée à évaluer l'efficacité d'une telle approche. L'évaluation, qui mixte approches quantitative et qualitative, s'opère sur plusieurs plans : évaluation du contexte lié aux membres de la population cible, évaluation des pratiques des navigateurs, évaluation de l'effectivité de l'intervention (impact), évaluation de l'éthique du dispositif de navigation et évaluation médico-économique.

1.6 Méthodologie de la pré-enquête

Dans un premier temps, un diagnostic de terrain a été conduit afin d'identifier les facteurs favorisant et/ou bloquant la mise en œuvre de l'intervention Colonav, et aussi pour la construire sur une connaissance du terrain, des acteurs, des pratiques et de la population qu'elle vise (Aïach, 2010 ; Massé, 1995 ; INCa, 2001). Dans cette phase préalable, il s'agissait également d'identifier en amont les activités constitutives de la navigation Colonav et d'indiquer les modalités d'intervention opportunes à mettre en œuvre sur le terrain.

Pour obtenir un premier éclairage sur ces questions, une enquête qualitative à visée exploratoire a été entreprise au moyen d'entretiens individuels ou de groupe réalisés auprès

1. Projet soutenu par l'Institut national du cancer (INCa). Partenaires du projet : Institut Gustave-Roussy (IGR) / Institut de cancérologie de la Loire (ICL) – Centre Hygée / Ligue contre le cancer / Université Lyon 1 – S2HEP (EA 4148) / Université Lyon 2 – COACTIS (EA 4161) / École normale supérieure de Lyon – IFÉ.

2. Cinq navigateurs ont été recrutés via les comités départementaux de la Ligue contre le Cancer. Ils devaient résider dans les mêmes quartiers d'habitation que les membres de la population cible du dépistage organisé, recevoir une formation spécifique, être encadrés et rémunérés pour cette intervention. Ils ont été embauchés pour une période de 18 mois (juin 2013 – novembre 2014).

d'une quarantaine d'acteurs locaux du champ de la santé (médecins généralistes, médecins gastro-entérologues, infirmières) et du social (élus locaux, chargés de développement local, responsables d'Ateliers Santé Ville, travailleurs sociaux, animateurs de centres sociaux), et d'une douzaine de membres de la population cible du dépistage organisé dans des territoires défavorisés de cinq départements français (Ardèche, Côte-d'Or, Loire, Rhône, Val-de-Marne) [3].

La démarche d'enquête s'est appuyée sur le recueil d'éléments qualitatifs de perception (intérêt du projet, difficultés/bénéfices perçus pour la population, etc.) et les expériences des acteurs locaux (développement de politiques locales de santé, mise en place d'actions socio-sanitaires, connaissance des populations concernées par le projet).

Notre démarche a de même pris en compte une série de données relatives aux représentations, comportements et opinions d'habitants bénéficiaires du test Hémoccult (attitudes vis-à-vis du dépistage précoce, avis et suggestions sur l'accompagnement vers le dépistage, etc.).

Sur la base de cette catégorisation thématique, une analyse de contenu du corpus des entretiens (53) a été conduite (Bardin, 2007), d'une part, pour identifier les représentations et positionnements des acteurs, le sens des opinions émises, les justifications données et, d'autre part, pour permettre de repérer les leviers et les obstacles à l'implémentation du dispositif de façon à aboutir ensuite à la formulation de recommandations destinées aux acteurs du projet.

2 De la vulnérabilité sociale à la vulnérabilité sanitaire : situation sociale de la population cible et rapports au dépistage

Il ressort, du récit de l'expérience des acteurs locaux et des habitants, la confirmation d'une concentration spatiale de populations défavorisées / modestes, à plus ou moins petite échelle selon les quartiers, notamment en milieu urbain (centre ville et proche périphérie) et d'un isolement social en milieu rural, ainsi que d'un degré de vulnérabilité variable selon les situations des personnes aux parcours de vie et dispositions somme toute diversifiés, mais partageant les mêmes difficultés sociales.

Des facteurs socio-économiques (faiblesse des revenus, précarité de l'emploi, absence de mutuelle complémentaire santé), environnementaux (lieux de vie précarisés, faible mobilité spatiale, isolement relationnel, absence de soutien social, distance à l'offre de services) ou socio-biographiques (situation d'immigration, « accidents » dans le parcours de vie, analphabétisme, vieillissement) inhérents aux situations de vulnérabilité sociale ont des répercussions négatives sur la motivation de ces personnes à s'impliquer dans différents registres de la vie quotidienne. Ces facteurs liés aux conditions de vie des habitants viennent empêcher la prise en charge de leur propre santé, ce qui peut laisser penser (à tort) à un défaut d'intérêt ou à de la négligence de leur part (INCa, 2012 ; Lombrail & Pascal, 2005).

3. À l'intérieur de chacun de ces départements, des zones IRIS d'habitat ont été sélectionnées en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques (index de défavorisation) et de leur taux de participation au dépistage du cancer (inférieur à 20 %).

2.1 Mobilité spatiale, soutien social, sociabilité *versus* non recours aux ressources locales, isolement relationnel, sentiment de stigmatisation

Le quartier de résidence n'est pas sans effet sur les comportements de santé des habitants et l'accès aux soins.

Ces personnes, à faibles revenus, ont tendance à limiter leurs activités et mobilité. En conséquence, elles échappent aux réseaux locaux de sociabilité et d'entraide, vivant en repli dans leur lieu de résidence. Et bien que ces quartiers soient assez bien équipés en services publics et structures à vocation sociale et de santé (c'est le cas en milieu urbain), leur potentiel n'est pas forcément exploité par les habitants.

La mobilité, les pratiques de sociabilité et la capacité à agir sont aussi liées à l'âge et au genre : les personnes âgées et les femmes sans activité professionnelle voient leur mobilité circonscrite au quartier de résidence. L'espace de vie de femmes d'origine migrante se restreint au foyer familial. Certaines doivent se conformer à des principes d'ordre culturel ou religieux, ici dans les rapports sociaux de sexe où la séparation homme-femme est pratiquée.

Les personnes les moins démunies en relations interpersonnelles sont souvent celles qui bénéficient d'une entraide (famille, amis, voisins, associations de proximité). Le soutien moral, l'assistance administrative (démarches pour l'accès aux droits ou aux soins), l'aide financière participent non seulement à l'amélioration de la qualité de vie mais aussi agissent favorablement sur la réduction de risques psychologiques (sentiment de dévalorisation, mal-être, addictions), et évitent l'exclusion sociale.

On sait par ailleurs que ce sont les personnes les mieux dotées en ressources sociales et culturelles qui ont le plus recours aux aides. En revanche, lorsqu'il s'agit de formuler une demande pour recevoir l'aide des professionnels, le dévoilement d'une situation sociale personnelle problématique est vécu comme une forme de violence, car elle nécessite de parler de soi (exposer sa situation, exprimer ses difficultés, indiquer le niveau de ses ressources financières), révélations touchant au registre de la vie privée. Aussi, vouloir se sortir de difficultés sociales et améliorer sa situation, oser et savoir exposer ses problèmes, se lancer dans des démarches administratives parfois complexes n'est pas chose facile pour des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Le défaut d'autonomie sociale et de compétences favorables à la résolution de problèmes d'ordre social (et médical) est un phénomène connu. Qui plus est, la demande d'aide, marqueur de difficultés sociales, est à même de susciter un sentiment de honte, une peur de la stigmatisation, facteurs de non recours aux aides.

2.2 Un faible niveau de littératie en santé

Rares sont les habitants rencontrés pour lesquels la santé en général représente un sujet d'intérêt, et la plupart n'ont pas développé d'habiletés pour s'informer en la matière. Ils utilisent peu les sources d'information locales (institutions relatives à la santé, centres sociaux...) ou médiatiques (journaux, télévision, Internet). Les pratiques domestiques autour de l'écrit telles que la lecture, le tri et le rangement des « papiers » administratifs (lettres, factures, etc.) ne sont pas systématiques.

Liée à la diversité des origines culturelles, la diversité des langues pratiquées est une autre des réalités locales. Les personnes d'origine migrante sont les plus exposées à se trouver dans une situation d'analphabétisme au regard de la langue française. Des compétences limitées en lecture et écriture sont un des facteurs responsable non seulement d'une faible participation sociale mais aussi empêche l'implication de ces habitants pour leur santé (connaître ses droits, solliciter des soins). Il est effectivement fait état d'une méconnaissance par les personnes des dispositifs et des procédures d'accès aux droits et aux soins, en l'occurrence l'offre médicale gratuite.

Lorsque qu'on interroge les bénéficiaires du test Hémoccult, on s'aperçoit que les termes tels que « côlon », « rectum », « colorectal », « selles » ne sont pas connus de tous. Certains n'ont pas acquis les connaissances de base relatives à l'anatomie humaine, d'autres n'ont pas une connaissance suffisante de la langue française pour identifier et nommer les organes du corps humain. L'expression « cancer des intestins » est, quant à elle, beaucoup plus commune.

2.3 La raréfaction de la médecine de proximité, un recours aux soins différé

La plupart des personnes rencontrées se sont dotées d'un médecin traitant installé sur leur quartier de résidence ou à proximité. Cependant, il est déploré une réelle inaccessibilité de la médecine de proximité, liée à la disparition de la figure du « médecin de famille » et de la « visite à domicile ». Mais pas seulement. En effet, des habitants sont obligés de se déplacer à distance de plusieurs kilomètres de leur lieu de vie habituel, notamment en milieu rural non pourvu en professionnels de santé ou dans les quartiers excentrés par rapport au centre ville ou à la métropole du département. Il est rapporté que la densité de médecins généralistes sur les territoires dans lesquels se trouvent les zones Colonav est correcte. Ces zones géographiques ne peuvent pas être qualifiées de « désert médical ». Cependant, nombre de médecins généralistes implantés de longue date arrivent en fin de carrière, et sous le poids de leur charge de travail, refusent les demandes de patients à la recherche d'un médecin traitant. Les délais d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation sont importants, et parfois obligent à renoncer aux soins non urgents. Différer, voire renoncer aux soins de santé pour des raisons économiques est une conséquence courante : il est évoqué la difficulté à faire l'avance des frais pour le paiement de la consultation. Il est certain que le délai de réalisation des examens ou des soins s'avère plus long chez les personnes en situation de vulnérabilité sociale, qu'elles anticipent peu les problèmes de santé actuels ou potentiels, et qu'elles ressentent une impuissance à agir.

Ces différents facteurs liés aux conditions socio-économiques restreignent l'accès des personnes aux domaines du savoir et l'acquisition de compétences (s'informer, apprendre, choisir, participer...) nécessaires au « vouloir faire » (autonomie) et au « pouvoir faire » (indépendance), y compris dans la perspective de la prise en charge de leur propre santé.

2.4 Une distance vis-à-vis des pratiques de prévention et du dépistage du CCR

Quelles tentatives d'explication peut-on avancer à la faible participation au dépistage du CCR des populations en situation de vulnérabilité socio-économique, pourtant bénéficiaires d'un dispositif gratuit de dépistage ?

Une moindre visibilité sociale du cancer colorectal, liée à la médiatisation et à la généralisation du dépistage organisé – plus tardives (2008) par rapport au dépistage du cancer du sein (2004-2005), joue probablement en défaveur de sa notoriété.

La dimension subjective de la maladie, en partie déterminée par l'appartenance sociale et culturelle, n'est pas sans conséquences sur la réception de l'idée de prévention et de dépistage. S'intéresser à la santé des personnes, en cherchant à cerner à quelles perceptions de la maladie (fatalisme, tabou, punition, gravité. . .), du système et des services de santé, et à quelles valeurs culturelles elles se réfèrent, permet de comprendre leurs attitudes et comportements vis-à-vis de la santé et de la prévention, et leur usage des services de santé.

Le sentiment d'être en bonne santé, l'évitement de l'idée de maladie, le manque de désir de prendre soin de soi, l'absence de surveillance au plan médical, la tendance à minimiser les atteintes au corps et la douleur, la pudeur éprouvée à l'égard des parties corporelles intimes (orifices, substances) et vis-à-vis des pratiques corporelles ordinaires (hygiène, contact corporel, gestes de dénudation), la méconnaissance des signes qui devraient alerter et des risques (hérédité, âge, prédispositions. . .), la peur du résultat des examens de dépistage, etc. ne constituent pas des dispositions favorables à la prise en charge de sa santé et à l'implication dans une démarche de prévention.

Si les femmes se révèlent plus attentives à la santé, souvent responsables de la santé dans la famille – domaine soumis à une division sexuelle des tâches mais aussi aux stéréotypes de genre, et plus réceptives aux messages préventifs, un rapport distancié des hommes vis-à-vis des questions de santé semble les éloigner d'une participation à la santé, et les rendre moins enclins à adopter des comportements de prévention.

La plupart des personnes estiment qu'il est utile de faire de la prévention pour écarter, au plus tôt, tout risque de maladie (« On ne sait jamais »), d'autres, moins avisées, n'entrevoient pas l'intérêt du dépistage précoce (« Pour quoi faire ? ») en raison d'une méconnaissance des bénéfices et des procédés. Dans tous les cas, le dépistage représente, à leurs yeux, une source d'anxiété, liée à la peur du résultat (« être malade ») et aux conséquences médicales et sociales éventuelles (examens complémentaires, traitements, hospitalisation, bouleversement de la vie quotidienne).

Le dépistage réalisé dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique, et non pas de façon personnalisée sur l'initiative d'un professionnel de santé ou de la personne, est perçu par quelques uns comme une interpellation intrusive dans la gestion de la santé individuelle. Le fait d'être considéré comme « sujet à risque » (« Pourquoi moi ? ») est reçu comme une violence à un moment précis de leur histoire personnelle (dès 50 ans), et peut provoquer un ébranlement émotionnel et le sentiment d'être vulnérable à la maladie.

La reconnaissance de l'intérêt du dépistage précoce passe par l'incorporation de l'idée qu'il est possible d'intervenir pour prévenir et détecter l'apparition de la maladie ; le dépistage précoce dans ses dimensions d'anticipation (« Pourquoi maintenant ? ») et de détection (« Pour voir quoi ? ») paraît incongru à certaines personnes, ainsi la perspective d'un examen qui peut rendre manifeste la présence éventuelle d'une maladie est repoussée.

Dans la communication du dépistage organisé, le statut d'« invitation » à effectuer le test de dépistage de recherche de sang dans les selles (courrier nominatif envoyé au domicile du bénéficiaire) n'entraîne pas automatiquement l'engagement de la personne dans le processus de dépistage. Il est courant que la lettre d'invitation soit à peine lue, jetée, mise de côté ou égarée. Pour d'autres, la lecture de la lettre d'invitation laisse indifférent, ou bien déclenche perplexité, incompréhension, trouble..., vraisemblablement parce que les bénéficiaires n'ont pas été informés au préalable.

Les activités relatives au « curatif » semblent dominantes dans les pratiques des médecins généralistes, et les actes de prévention moins présents. La procédure du dépistage organisé place le médecin généraliste dans une posture attentiste dans le processus de dépistage, et non pas anticipatrice, puisqu'il n'est pas censé remettre spontanément le test aux patients. La remise du test par le médecin traitant s'effectue généralement suite à la sollicitation du patient, et à l'occasion d'une consultation médicale dont le motif principal n'est pas le retrait du test. La question du test est souvent rejetée en fin de consultation, d'autant que le patient n'a pas forcément annoncé à son médecin, au début de la consultation, qu'il souhaite en discuter.

Acte à des fins de prévention et de diagnostic, l'usage du test à domicile représente une situation et un procédé peu familiers pour les bénéficiaires où il s'agit de lire et comprendre les consignes, s'organiser, trouver le moment adéquat pour recueillir les échantillons de selles, suivre les instructions à la lettre, s'appliquer, puis au cours du déroulement chaque geste devra être évalué (« Est-ce que je fais comme il faut ? »). De surcroît, la réalisation du test est, non seulement, à relier aux contraintes matérielles mais aussi symboliques qu'il pose, car il passe par la manipulation des selles, et ce déchet corporel, objet de gêne voire de dégoût, doit devenir un objet de préoccupation à des fins de diagnostic.

Le manque de familiarisation au maniement du test, et surtout l'absence d'information au préalable relative à l'objectif du test (sens du dépistage) et ses modalités de passation, représentent des obstacles à son usage, ou mettent en tous cas en difficulté l'usager pris au dépourvu. Il est à souligner que le rôle d'un tiers s'avère facilitateur pour inciter et accompagner la réalisation du test, qu'il soit un professionnel de santé (médecin, infirmière) ou un proche (conjoint, enfant, ami). Pour autant, le fait d'être convaincu de l'intérêt de pratiquer le test, de bénéficier de sa gratuité (facteur décisif pour certains) et de facilités d'envoi à un laboratoire d'analyses biologiques (enveloppe pré timbrée), ou encore la connaissance de l'existence d'antécédents familiaux de cancer, ne sont pas des facteurs suffisants pour déclencher la passation du test.

De prime abord, le dépistage précoce est appréhendé comme un dépistage de la maladie, et non pas comme un acte pour la santé. Le dépistage du cancer colorectal via le test Hémoccult reste un acte peu attractif, peu familier et anxiogène. Il n'est pas perçu en tant qu'obligation, et ne s'est pas encore imposé comme un acte incontournable et ordinaire, autant auprès des bénéficiaires que des médecins généralistes.

L'action de communication par la lettre d'invitation du dépistage organisé semble peu adaptée aux représentations sociales et culturelles liées à la maladie et au dépistage de personnes en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire. Leurs rapports au dépistage déterminés, comme on l'a vu, par une distance sociale et culturelle vis-à-vis des questions

de santé, un rapport au temps centré sur le présent qui exclue l'idée de prévisibilité, des rapports au corps complexes, un défaut d'information en matière de dépistage ne prédisposent pas d'une manière plus générale favorablement à la prévention.

Le défaut de prise en compte de ces variables sociales, culturelles et psycho-sociales qui jouent sur les comportements de santé, et l'omission des enjeux d'information et de communication relative à la question du dépistage, seraient source potentielle d'inadéquation pour l'intervention Colonav.

3 La navigation Colonav

Le projet de navigation Colonav repose sur la volonté de développer une action de proximité adaptée à un segment de la population bénéficiaire d'un moyen de dépistage gratuit, retenu selon son âge et sa situation sociale, au sein de territoires marqués par des problématiques socio-économiques (précarité, exclusion) et culturelles (contexte multiculturel en milieu urbain), et dans lesquels le taux de dépistage du cancer colorectal est plus faible par rapport à celui de la population moyenne.

3.1 La territorialisation d'une démarche de prévention de proximité

Les zones d'intervention Colonav se recoupent avec des quartiers « prioritaires », définis comme tels dans le cadre de la politique de la ville dont les actions visent à revaloriser les quartiers urbains « en difficulté », et à réduire les inégalités sociales entre territoires. Ainsi, la plupart des quartiers sélectionnés dans les cinq départements font l'objet d'un Contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) [4]. La proximité, c'est non seulement ancrer l'intervention dans les réalités du quartier de résidence, c'est aussi accompagner les habitants vers le dépistage à l'aide d'un intervenant « pair » issu du même territoire.

Les discours de prévention sanitaire se heurtent à une difficulté de réception dans la population concernée. La conception même de la prévention qui prévaut se solde par un faible impact en raison de l'inadéquation des stratégies (information descendante globale) et de l'articulation entre le « préventif » et le « curatif » (les pratiques habituelles des personnes se caractérisant plutôt par le recours tardif aux soins et la demande de soins d'urgence). Cependant, des dynamiques et priorités locales de santé à visée populationnelle sur les territoires des zones d'intervention Colonav sont développées par les acteurs locaux de référence, qu'ils soient politiques (élus, services de développement social, CCAS, ASV), institutionnels (CPAM, CAF, CARSAT) ou associatifs (centres sociaux, associations caritatives, réseaux santé). S'appuyant à la fois sur la compréhension des problèmes de santé des habitants et des programmes de santé publique, des démarches locales de santé visent à améliorer les possibilités d'accès à la santé en termes d'information, de droits, de prévention, de dépistage et de soins. En effet, les acteurs locaux développent des actions de santé de proximité en faveur des ressortissants des quartiers dans le but de leur donner les moyens d'être en bonne santé, de réduire les inégalités sociales de santé, et de promouvoir des actions adaptées à leurs besoins en prenant en compte leurs modes de vie et spécificités.

4. Les Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) ont succédé en 2007 aux contrats de ville comme cadre du projet de territoire développé au bénéfice des quartiers en difficultés. Il s'agit d'un contrat passé entre l'État et les collectivités territoriales qui engage chacun des partenaires à mettre en œuvre des actions concertées pour améliorer la vie quotidienne des habitants dans les quartiers connaissant des difficultés (chômage, violence, logement...).

Il n'existe pas d'initiatives locales de sensibilisation en faveur du dépistage du cancer colorectal dans les territoires de l'intervention Colonav. Dans le droit fil de la politique de la ville, le projet Colonav s'insère dans la logique de la lutte contre les exclusions dans ces territoires prioritaires, car il s'inscrit bien dans le registre d'une réduction des « inégalités sociales de santé » ainsi que dans une perspective de promotion de la santé. En effet, l'intervention Colonav est considérée comme un atout supplémentaire pour faciliter l'accès aux soins, car il s'agit non seulement de favoriser la participation des bénéficiaires potentiels au dépistage gratuit du cancer mais aussi de développer l'autonomisation des personnes vers la prise en charge de leur santé et le renforcement de leur capacité d'agir via l'information, la sensibilisation et l'accompagnement de proximité.

L'adaptation de la démarche de prévention Colonav aux réalités des territoires et des populations concernés nécessite la prise en compte des déterminants sociaux, culturels et personnels de la santé des habitants.

En cohérence avec la dimension expérimentale de l'intervention Colonav, et au regard de l'absence d'actions locales en vue du dépistage du CCR, il est attendu que soient développées des actions spécifiques, au-delà de celles qui pourraient s'inscrire dans des évènements nationaux tels que la campagne de sensibilisation « Mars Bleu ». Des initiatives propres à l'intervention Colonav sont donc indiquées dans la perspective d'une communication de proximité.

3.2 S'inscrire dans une démarche de positionnement professionnel vis-à-vis des autres acteurs, susciter la coopération et articuler les rôles

L'insertion dans le tissu local et la reconnaissance d'un nouvel acteur porteur d'une action inédite de prévention de proximité relève d'un enjeu de positionnement dans un champ d'intervention dans lequel d'autres acteurs évoluent. Si ce n'est communiquer sur la nature et les objectifs du projet, et présenter les frontières du périmètre de l'intervention, le navigateur aura à affirmer sa position d'acteur de prévention, sa différenciation, son utilité sociale, sur la base de son action relative à une question de santé monothématique. L'affirmation d'un positionnement s'opérera d'autant plus si le navigateur fait preuve d'initiative, d'autonomie et d'engagement personnel dans sa mission. À l'instar de toute action publique au sein d'un territoire/d'une organisation seront susceptibles d'intervenir des jeux d'acteurs – d'affirmation, d'ajustement, de coopération, de pouvoir...

Les acteurs locaux du travail social, de la santé et du développement social local tentent d'engager un mode de fonctionnement territorialisé autour de la santé, objet partagé par plusieurs sphères, en faveur des habitants les plus précarisés. Si la force des actions de « santé communautaire » favorise le décloisonnement interprofessionnel et l'intersectorialité, la construction d'actions collectives représente néanmoins un défi local pour parvenir à « travailler ensemble ».

Le navigateur aura à construire des relations partenariales en appelant d'autres acteurs à coopérer et collaborer. C'est dans une perspective de complémentarité qu'une répartition des rôles sera à définir, où celui de « relais » est indiqué (par exemple, le médecin généraliste donnera une information médicale aux bénéficiaires du test et dirigera les patients concernés vers le navigateur ; le navigateur orientera vers les structures compétentes pour l'information sur les droits sociaux).

La navigation Colonav apparaît comme une activité pertinente en relais de celle des professionnels de santé, qui n'ont pas toujours la possibilité d'expliquer avec suffisamment de précision ou de temps les modalités du dépistage.

Sur ces territoires de la mise en œuvre des politiques publiques territorialisées, le développement d'action de terrain de proximité interroge aussi la pertinence des modalités des actions et des lieux d'intervention pour mobiliser les habitants concernés par le dépistage.

3.3 Informer, sensibiliser, communiquer et accompagner vers le dépistage et renforcer la capacité d'agir

Pour réaliser sa mission d'incitation au dépistage du CCR, il est présumé que le navigateur propose localement aux habitants un accueil, une information, une écoute. Il s'agira non seulement de communiquer l'information préventive (informer sur la maladie, les facteurs de risques, les traitements, l'anatomie humaine) mais aussi d'argumenter en faveur de la détection précoce du cancer en prenant en compte les freins des personnes qui induisent le non recours au test. Il conviendra de trouver le moment opportun pour proposer le dépistage, et délivrer conseils et indications pratiques de sorte que le bénéficiaire effectue le test Hémoccult par la suite.

Dans cette perspective, un rôle de guide sécurisant est pressenti, qui demandera de savoir accueillir les inquiétudes et les doutes, expliquer, stimuler, encourager.

Si l'objectif de l'intervention Colonav est de favoriser le passage à l'acte du dépistage, il sera indiqué de donner une image positive de la prévention, d'améliorer les représentations du dépistage du CCR et du test pour agir sur les comportements de prévention. La manière de présenter l'intérêt du dépistage constitue un enjeu important de l'information préventive. La transmission de messages négatifs au sujet de la maladie, l'usage de la peur ou de la culpabilisation comme moyens de prévention sont discutables car ces stratégies peuvent se solder par des effets contre-productifs (refus d'entendre, inhibition, etc.). Il s'agira plutôt d'axer les discours sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir les risques, et s'attacher à comprendre les réactions des personnes. De la sorte, une attention particulière devra être portée aux termes employés dans le développement de l'argumentation et les échanges (éviter d'emblée les vocables « cancer », « mort », etc.).

La notion d'accompagnement est souvent avancée par les professionnels, notamment dans la perspective de la mise en place d'une logique de responsabilisation, basée sur une démarche de projet. Ainsi, accompagner, c'est créer une dynamique (« mettre en mouvement ») par des actions, afin d'amener vers le mieux faire et le mieux être de la personne, sujet de l'intervention. La responsabilisation recherchée vise à déclencher une dynamique vers l'autonomisation et mettre en capacité de s'impliquer dans le dépistage. Il conviendrait de positionner l'intervention dans le faire faire (le dépistage), éventuellement dans le faire avec, le faire ensemble (soutenir), et non pas dans le faire à la place car cela induirait un risque d'« assistanat ».

3.4 Prendre en compte les « différences » et adapter les stratégies de communication aux membres de la population cible

La mise en place d'une communication qualitative de façon à améliorer la réceptivité des bénéficiaires du test devra passer par la prise en compte des paramètres présentés ci-dessous, en s'appuyant sur l'idée de différence d'appréhension du dépistage par les personnes. En effet, les cadres de référence (social, culturel, religieux...) des destinataires de l'information préventive constituent des facteurs susceptibles d'interférer dans la compréhension de la problématique de prévention.

Ainsi, l'enjeu sera de prendre en compte la spécificité d'appartenance culturelle afin d'éviter une approche trop globaliste et réussir à communiquer avec des personnes de cultures et de langues différentes dans cette situation particulière de prévention santé. En effet, des éléments culturels et identitaires peuvent s'activer dans la relation de prévention. La notion de culture ne devra pas être entendue uniquement au sens ethnique mais aussi local (rural/urbain...), générationnel, social, de genre et professionnel.

La méconnaissance des différentes représentations culturelles – du corps, de la maladie, de la souffrance, des soins ou de la mort, qui interviennent dans les situations relatives à la santé et influencent les conduites des personnes – les types de recours aux soins, l'acceptation des traitements, etc., risquera de générer incompréhensions et malentendus. *A contrario*, l'intérêt porté à ce qui fonde les croyances, les rôles et les statuts dans les différents groupes socioculturels et la prise de connaissance des pratiques effectives de leurs membres constitueront une garantie supplémentaire de pertinence de l'intervention Colonav.

Il s'agira, entre autres, de prendre en compte les spécificités de genre. Chercher à identifier et comprendre les différences de statuts et de rôles liées au genre ainsi que les différences d'attitudes et de comportements entre hommes et femmes vis-à-vis de la santé sera une démarche éclairante. Par exemple, l'attention prêtée aux situations des femmes (isolement, séparation des sexes...) permettra d'identifier les facteurs qui influencent leur rapport à la santé et à la participation sociale.

La connaissance du cadre de référence socio-économique de la population cible (question de l'immigration, phénomènes de ségrégation – sociale, ethnique, spatiale et d'exclusion sociale, de clivages) sera indiquée pour développer une intervention appropriée dans les territoires concernés.

Et encore, la prise en considération de la singularité des parcours de vie et de l'unicité des personnes favorisera l'établissement d'une relation interpersonnelle au centre de laquelle se trouve la personne « cible ». Dans l'accompagnement « pédagogique » du navigateur, il s'agira de trouver les moyens de mobiliser, de faire « adhérer » la personne, tout en lui reconnaissant liberté de conscience et de choix.

En somme, le navigateur devra entreprendre un travail de décryptage : il aura à décoder les normes et modes de comportements afin d'adapter ses modes d'intervention aux différents publics. Cette démarche participera à la construction d'une relation de confiance, censée favoriser l'acceptation de l'intervention du navigateur.

3.5 Aller au devant des habitants et agir dans les lieux de vie et de rencontre

Le déploiement de l'intervention Colonav nécessitera pour le navigateur de se rendre dans les quartiers de résidence des habitants pour aller à leur rencontre. L'appétence à aller sur le terrain et la capacité à entrer en contact avec la population sont des dispositions que navigateur devra détenir.

L'activité de navigation devrait se réaliser à travers diverses situations d'échange verbal. La communication verbale, orale, de face-à-face, occupera la majeure partie du temps relationnel du navigateur au cours d'actions de communication programmées ou improvisées, dans des temps et des lieux formels et informels. Il sera nécessaire d'adapter les modes d'approche en tenant compte des facilités et des différents obstacles relatifs aux modes de vie, à l'environnement physique et social et aux dispositions des personnes, en termes de mobilité, de sociabilité, de réceptivité. Les actions devront être adaptées aux rythmes de vie, à la disponibilité et aux préférences des personnes, sans doute variables selon les tranches d'âge visées et les activités de chacun.

Dans l'optique d'une communication formelle plus organisée, il importera que le navigateur se donne les moyens temporels et matériels pour mettre en œuvre des actions spécifiques programmées. Il s'agira de combiner l'inscription de l'intervention dans les espaces d'interaction publics (centres sociaux, mairies, associations caritatives...) et/ou privés (domicile), avec une entrée en relation sur un mode individuel (entretien personnel, en face à face) et/ou collectif (réunions, animations, ateliers, débats, jeux...). Les interventions pourront avoir lieu au sein des structures sanitaires et sociales (hôpitaux, pharmacies...) mais aussi dans des lieux d'activités collectives « hors les murs » (marchés, manifestations sportives...).

Il sera utile de prendre appui sur la sociabilité de quartier, le bouche à oreille, l'existence de « leader » dans les communautés ou des « adultes relais » qui contribueront à déployer les actions de proximité sur le territoire en faisant participer les habitants. À travers le partage de moments quotidiens de vie, le navigateur pourra appuyer sa relation sur des échanges verbaux, au sein de réseaux d'activités conviviales.

L'intérêt de l'articulation du collectif et de l'individuel dans les modalités de communication choisies sera d'être au plus proche des besoins et préférences des personnes. Bien qu'une demande d'information individualisée ait pu être mise au jour, l'information collective et/ou individuelle dans des espaces d'interaction publics représente un mode davantage conforme à leurs souhaits, alors que le face à face individuel au domicile ne semble pas faire l'unanimité, par crainte d'une trop grande proximité qui pourrait être ressentie comme une intrusion dans la vie privée.

La qualité de l'accompagnement apporté aux usagers potentiels du test passe par la qualité de la communication. Le navigateur devra, à la fois, opter pour une communication interactive et prendre en compte la subjectivité et les dispositions des destinataires (cheminement personnel, possibilités d'expression, compréhension linguistique, posture d'écoute, émotivité, repli, gêne, démotivation, tabous, résistances aux changements...). Il sera essentiel pour le navigateur, en contact avec une population parfois en souffrance, de mettre en place des espaces / temps communicationnels adéquats, afin que les personnes puissent faire part de leurs pratiques, émotions, affects, difficultés, et d'en ajuster l'animation (trou-

ver un sujet d'échanges de départ, utiliser des mots simples, faire preuve d'attention, de tact, d'encouragement...). La prise en compte des réactions, interrogations et demandes des personnes dans ces moments d'interaction permettra une mise à distance de leurs vécus et perceptions, et pourra procurer un effet sécurisant et motivant.

Pour ce faire, le navigateur aura à mobiliser des compétences relationnelles (disponibilité, adaptation, écoute, empathie) permettant d'établir une relation adéquate avec les personnes concernées par l'intervention.

3.6 Le navigateur Colonav : quelques caractéristiques de « pair »...

La détention de caractéristiques communes entre le navigateur Colonav et les membres de la population cible, en termes de lieu de résidence, de milieu social et culturel, de genre (femme / homme), d'âge et d'expériences personnelles, serait-elle susceptible de faciliter l'acceptation du navigateur et d'influer sur l'efficacité de l'intervention Colonav ?

Une appartenance territoriale commune ? La connaissance empirique du territoire de l'intervention par le navigateur permettrait une identification préalable des acteurs, un repérage physique de la constitution du quartier et de ses composantes sociales. L'existence d'une « figure locale » – une personne proche, une personne repère en raison de son appartenance au quartier, de sa proximité avec le voisinage, d'un engagement personnel (bénévolat), ou porteuse d'une forte capacité de communication, d'une qualité de présence et d'écoute, faciliteraient l'acceptation du navigateur par les habitants, et son intervention en serait optimisée. D'un autre côté, la posture d'extériorité d'un intervenant non résident du quartier est perçue comme facilitatrice en ce sens qu'elle est supposée, d'une part, permettre une forme de neutralité et garantir la confidentialité aux personnes (le dépistage du CCR est une question de santé estimée intime), et d'autre part, elle éviterait une mise à l'épreuve éventuelle du navigateur du fait de contextes locaux problématiques (tensions relationnelles préexistantes, sur-sollicitation des intervenants).

Une proximité sociale et culturelle ? Une différence d'appartenance sociale et culturelle entre le navigateur et les habitants pourrait générer des incompréhensions, des malentendus voire un rejet. La proximité/similarité culturelle et linguistique du navigateur avec les habitants serait mieux à même de lui permettre de reconnaître et comprendre les comportements et problèmes de ses pairs. En outre, la détention de notions d'anthropologie culturelle, de la santé et de la maladie, associée à des compétences en communication interculturelle, serait opportune, et permettrait l'adaptation de l'intervention du navigateur aux contextes multiculturels dans lesquels celui-ci sera amené à agir.

En tout cas, l'établissement de relations de proximité pourraient s'organiser, d'une part, à partir de la connaissance et la prise en compte du contexte social (situation sociale, milieux de vie rural / urbain...) et culturel (références identitaires et culturelles) des membres de la population cible, et d'autre part, à travers l'attitude du navigateur (présentation de soi simple, abord facile, attitude empathique) qui contribuera ainsi à faciliter l'entrée en relation et la reconnaissance mutuelle entre intervenant et sujet de l'intervention.

Un navigateur, une navigatrice ? La dimension du genre (femme / homme) dans les pratiques corporelles et de soin et les interactions soulève des questions particulières. La question de l'influence du genre sur la qualité de la relation entre l'intervenant en santé

et la personne concernée, et sur la réception de l'information, s'immisce, dans la mesure où la similarité de genre peut être vécue comme facilitatrice *vs* la différence comme un obstacle. L'expression de sentiments subjectifs par les personnes tels qu'une préférence, la gêne, la honte, le besoin de se sentir en confiance en témoigne.

Aussi, les intervenants rencontrés font part du statut problématique des relations interpersonnelles, lié à la séparation des sexes. En effet, à l'instar de la relation de soin, la relation d'information et de communication dans une visée de prévention santé touche au tabou de la mixité des sexes où le contact direct avec le sexe opposé n'est pas concevable.

Pour autant, faudra-t-il que le navigateur s'interdise toute ingérence dans des situations identifiées comme portant atteinte aux droits des personnes ou se fondant sur des valeurs différentes ? En l'occurrence, la question du genre appelle à s'interroger sur le positionnement à adopter. En effet, à l'instar de la relation soignant / soigné, les difficultés de communication questionnent le statut socio-anthropologique de la relation homme / femme dans une démarche de prévention santé, compte tenu de la barrière du genre. Face au dilemme suivant : faudra-t-il respecter ou lever l'interdit culturel de la mixité et de la promiscuité des sexes, quelles stratégies mettre en place ? Le principe de l'assignation d'un navigateur médiateur de santé du même sexe que la personne « cible » devrait-il être appliqué ?

Une proximité d'âge ? Si l'âge du navigateur se trouve être en deçà de la tranche d'âge des membres de la population cible (50-74 ans), cela pourrait représenter une source de discrédit et empêcher la communication, opinion peut-être liée à des *a priori* (préjugé défavorable assez répandu du manque supposé d'expérience des jeunes) ; il s'agirait alors plutôt de favoriser un phénomène d'identification générationnelle par la proximité d'âge, en correspondant à la tranche d'âge basse de la population cible (50 ans).

Le vécu de la maladie : un savoir expérientiel utile ? L'expérience vécue de cancer permettrait-elle de mettre en confiance, de comprendre et de répondre au mieux à ses interlocuteurs, sujet à propos duquel les professionnels de santé seraient moins à l'aise ? Dans ce cas, il serait attendu que l'intervenant donne une image positive de lui-même à travers son propre état de santé dans la mesure où les stigmates de la maladie (fatigue, dépression, etc.) pourraient susciter peur ou gêne chez les personnes à rencontrer, et se révéler finalement préjudiciable à la construction de la relation.

Il s'agirait plutôt que le navigateur détiennent un capital d'expériences personnelles (accompagnement de proches malades, connaissance de la pathologie, fréquentation du milieu médical, pratique du test de dépistage) susceptibles de conférer des compétences, et incliner vers des postures favorables au rôle d'information et d'accompagnement du navigateur.

L'incertitude sur la qualité de « professionnel » est certaine. La mobilisation de savoirs et savoir-faire ordinaires d'ordre relationnel et la détention de caractéristiques communes avec les membres de la population cible suffiront-elles à établir l'intervention du navigateur ?

Afin de renforcer la légitimité du navigateur, et parer à un éventuel embarras dans les situations de travail auxquelles il sera confronté, les porteurs du projet Colonav prévoient une formation (quatre jours) pour fournir des savoirs « établis » (connaissances sur la maladie

et les comportements de santé, les traitements, le corps humain), une démarche (intervention socio-sanitaire) et des outils (techniques d'entretien et d'animation de groupe), censés initier les navigateurs à la culture professionnelle des intervenants en santé, et leur permettre de construire leur rôle de navigateur.

Conclusion
Le navigateur Colonav, un chargé de prévention non-professionnel

Faire preuve de « professionnalisme » représentera un dilemme pour les navigateurs car ce ne seront pas des professionnels de santé. La figure de « l'engagé » doté de qualités personnelles, de convictions et de savoirs expérientiels, prime sur celle du « professionnel » affilié à une catégorie identifiée de professionnels. La détention de savoirs profanes (expériences personnelles) utiles à l'exercice de la fonction de navigateur, de dispositions personnelles (volontarisme, altruisme, discernement...) et d'habiletés relationnelles (écoute, discrétion, tact...) constitueront des atouts pour asseoir la légitimité du navigateur en qualité de chargé de prévention non-professionnel (Bellot & Rivard, 2007). L'implication dans l'activité de navigation nécessitera pour le navigateur de savoir mobiliser ses propres ressources (connaissances, aptitudes) (Lochart, 2007). La référence à des principes s'apparentant à la déontologie professionnelle des professionnels de la santé et du social, et de l'éthique relationnelle du « *care* », permettront au navigateur d'adopter des postures adéquates (bannir toutes formes de prosélytisme, d'infantilisation, de manipulation, de contrainte, d'ethno / sociocentrisme, etc.).

Étant donné que la navigation Colonav s'inscrit dans une logique de projet, le navigateur aura à s'engager dans un processus de construction de son activité. L'entreprise d'un travail relationnel de proximité, au centre de l'intervention (information, aide, conseil, accompagnement), ne pourra pas se résumer à des pratiques informelles de sociabilité. Elle ne se réduira sans doute pas non plus à une simple application de techniques ou de procédures (Nache & Baba-Moussa, 2010). Pour autant, le projet Colonav en tant que projet de promotion de la santé engagera le navigateur, acteur de changement dans les comportements de santé, à construire des interventions appropriées en mettant en œuvre des techniques d'intervention propices au développement de comportements de prévention et à l'engagement dans le dépistage, en prenant appui sur les ressources personnelles des bénéficiaires du test.

La complexité pressentie de l'activité de navigation est liée à la diversité de situations à laquelle le navigateur sera vraisemblablement confronté. Et d'autant plus que les problématiques rencontrées sur le terrain de l'intervention seront le plus souvent le fruit de situations où s'enchevêtrent différentes dimensions – médicale, sociale, culturelle, psychologique, pédagogique, institutionnelle, donnant ainsi un caractère multidimensionnel à l'activité de navigation. L'extension de l'intervention Colonav à d'autres problématiques socio-sanitaires sera probablement nécessaire en raison de leur intrication dans la chaîne de la santé (prévention, accès aux droits et à l'offre de soins, etc.) et des besoins des personnes. La diversité des situations et des personnes rencontrées dans les zones Colonav impliquera donc une pluralité d'actions et de modes d'intervention.

La dynamique de la démarche de dépistage sera tributaire de l'attitude de la personne concernée (intérêt / indifférence / rejet), elle sera aussi dépendante du navigateur, de ses

initiatives, de ses propositions, ainsi le travail de navigation s'en trouvera probablement modifié d'une personne à l'autre. Chaque nouvelle rencontre sera susceptible de susciter une pratique singulière pour le navigateur et appellera une pluralité de rôles et de postures de travail (pair-aidant, conseil, facilitateur, assistant, médiateur, éducateur...) où il s'agira de prendre en compte dans la relation individuelle toutes les dimensions de la personne (corporelles, émotionnelles, psychologiques, cognitives, sociales, culturelles...).

À cette dimension relationnelle devrait s'imbriquer une dimension collective dans l'activité de navigation : le navigateur, au service de la mise en œuvre du projet aura à s'impliquer localement dans des réseaux, à entreprendre un travail collaboratif et partenarial et d'animation collective auprès d'acteurs individuels et collectifs diversifiés. En regard de la spécificité du projet Colonav, il s'agira d'abord d'affirmer la place de la fonction de navigateur au regard de son utilité sociale et de sa spécificité, dans la mesure où des professionnels de la santé et du social intervenant sur des problématiques de prévention santé sont déjà actifs dans les territoires concernés. L'insertion du navigateur suscitera-t-elle une mise en cause des frontières classiques entre professionnels de ces domaines, avec l'émergence de stratégies de défense identitaire ?

En somme, l'intervention Colonav s'accomplira potentiellement au croisement du médical, du social, du culturel, du psychologique, de la communication, du pédagogique, au cours de laquelle le navigateur aura à faire preuve de plasticité et de créativité.

Références bibliographiques

Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé – Écrits*. Paris : Economica Anthropos, coll. « Sociologiques ».

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Quadrige. Manuels ».

Bellot, C. & Rivard, J. (2007). L'intervention par les pairs : un enjeu multiple de reconnaissance. In E. Baillergeau & C. Bellot (éds.), *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* (pp. 173-202). Québec, Canada : Presses de l'université du Québec.

Dejardin, O., Berchi, C., Mignon, A., Pornet, C., Guillaume, E., Guittet, L., Bouvier, V., Sailly, M., Salinas, A., Christophe, C. & Launoy, G. (2011). Inégalités sociales de santé du constat à l'action – Intérêt de la mise en place d'un service d'accompagnement pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie. [Social inequalities in health from observational studies to interventions : Can the patient navigator reduce social inequalities in cancer patients ?] *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59(1), 45-51.

Freeman, H. P. (1989). Cancer in the socioeconomically disadvantaged. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*, 39, 266-288.

Freeman, H. P. (2012). The origin, evolution and principles of Patient Navigation. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21(10), 1614-1617.

Greiner, K. A., James, A. S., Born, W., Hall, S., Engelman, K. K., Okuyemi, K. S. & Ahluwalia, J. S. (2005). Predictors of fecal occult blood test (FOBT) completion among low-income adults. *Preventive Medicine,* 41(2), 676-84.

Institut national du cancer (2001). *Médecins généralistes et dépistage des cancers*. Paris : INCa, coll. « Enquêtes et sondages ».

Institut national du cancer (2012). *Les changements de comportements à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs – Propositions pour la programmation de la recherche en prévention des cancers*. Paris : INCa, coll. « Enquêtes et sondages ».

Lochart, Y. (2007). L'avènement des « savoirs expérientiels ». *Revue de l'IRES*,55, 79-100.

Lombrail, P. & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 3/2005, 8, 31-39.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 5, 358(23), 2468-2481.

Marmot, M. (2011). Global action on social determinants of health. *Bulletin of the World Health Organization,* 1, 89(10), 702.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal : Éditions Gaëtan Morin.

Meissner, H. I., Breen, N., Klabunde, C. N. & Vernon, S. W. (2006). Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 15(2), 389-394.

Menvielle, G., Kunst, A. E., Stirbu, I., Strand, B. H., Borrell, C., Regidor, E., Leclerc, A., Esnaola, S., Bopp, M., Lundberg, O., Artnik, B., Costa, G., Deboosere, P., Martikainen, P. & Mackenbach, J. P. (2008). Educational differences in cancer mortality among women and men : A gender pattern that differs across Europe. *British Journal of Cancer*, 11, 98(5), 1012-1019.

Nache, C. & Baba-Moussa, A. R. (2010). Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques professionnelles. *Santé publique*, 2010/6, 22, 675-683.

Natale-Pereira, A., Enard, K. R., Nevarez, L. & Jones, L. A. (2011). The role of patient navigators in eliminating health disparities. *Cancer*,117(15 Suppl.), 543-552.

Poncet, F., Exbrayat, C., Delafosse, P. & Colonna, M. (2010). *Analyse des déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé des cancers colorectaux dans le département de l'Isère*. Paris : INCa.

Von Euler-Chelpin, M., Brasso, K. & Lynge, E. (2010). Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *Journal of Public Health*, 32, 395-405.

Winawer, S., Fletcher, R., Rex, D., Bond, J., Burt, R., Ferrucci, J., Ganiats, T., Levin, T., Woolf, S., Johnson, D., Kirk, L., Litin, S. & Simmang, C. (2003). Colorectal cancer screening and surveillance : Clinical guidelines and rationale-update based on new evidence. *Gastroenterology*, 124, 544-560.