

Le dépistage organisé du cancer du sein

Formes, acteurs et sens
de la communication

OCTOBRE 2001

**Claude BOUCHET
Marie-Claire ZINCK
Patrick PAJON**



Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un groupe de travail qui a réuni à plusieurs reprises les personnes suivantes

Marie Christine Annino - DRASS Rhône Alpes,
Florence Demma - Service de santé de Vénissieux,
Isabelle Courtial - ADEMAS,
Marie Claire Zinck , CRES-CRIPS
Anne Garnier - ODLC,
Marie Elisabeth Gilg - Hopital Edouard Herriot,
Gilles de Angelis - URCAM,
Bruno Fantino - CES CPAM de Lyon,
Christophe Herbster - CRAES-CRIPS
Alain Douiller- ADESR
Denis Fontaine - ORSRA
Patrick Pajon - ICM - CRAES-CRIPS
Claude Bouchet - CRAES-CRIPS

Le travail de mise en page et d'illustration a été réalisé par :
Pascale Manicacci, chargée de communication - CRAES-CRIPS

CRAES-CRIPS
9, quai Jean Moulin
69001 LYON

T : 04 72 00 55 70
F : 04 72 00 07 53
craes-crips@asi.fr

Convention DRASS N° 01569019

Sommaire

1/ Sens, contexte et limites de ce travail	4
1 - 1 Rappel des résultats de l'étude conduite par la DGS	4
1 - 2 Orientations retenues	7
2/ Promotion des comportements de dépistage - C. Bouchet	8
Apports croisés pour la communication de la santé publique, de l'éducation pour la santé, de l'éducation du patient...	
2 - 1 Les modèles généraux d'analyse qui sous tendent la prévention	8
2 - 2 L'exploitation des études plus spécifiquement développées autour du dépistage du cancer.	12
2 - 3 L'expression de groupes de paroles de personnes défavorisées autour de la prévention, du médecin, de la maladie	14
2 - 4 Les travaux sur la relation éducative dans le champ du soin et de la santé	17
3/ L'énigme du dépistage, éclairage philosophique - MC. Zinck	20
3 - 1 Dépistage - dépister - se faire dépister	20
3 - 2 Les philosophes et la question du dépistage.	23
3 - 3 Le profil de la présence au monde.	29
3 - 4 Le dépistage ou la rencontre avec l'épreuve.	32
3 - 5 Le dépistage ou l'ouverture sur le possible	34
3 - 6 Le dépistage : une autre façon d'être avec son corps	36
3 - 7 Le dépistage ou la rencontre avec l'éthique	41
4/ Les campagnes de dépistage du cancer du sein : éclairages sémiologiques - P. Pajon	45
4 - 1 Positions	45
4 - 2 Repérages	48
4 - 3 L'épreuve	55
4 - 4 Du sens	62
4 - 5 Recommandations	66
5/ Au terme de ce parcours, quel écho ?	69
5 - 1 Réflexions du groupe	69
5 - 2 Pour ne pas conclure	72
Bibliographie	74

Un document annexe reprend les matériaux de communication réunis autour des différentes campagnes

1 - Sens, contexte et limites de ce travail

Claude Bouchet

Lorsque la DRASS Rhône Alpes a sollicité le CRAES-CRIPS pour réaliser un travail documentaire sur le dépistage du cancer du sein, en vue de contribuer à l'élaboration d'un programme régional de communication sur ce thème, nous avons engagé une recherche documentaire de deux types :

- autour des documents de communication conçus et utilisés dans les cadres des campagnes départementales qui s'étaient déjà déroulées
- autour des études conduites pour expliquer les différences de participation aux programmes de dépistage proposées et qui pouvaient donc éclairer les démarches de communication

Alors que ce travail était engagé, le CRAES-CRIPS a identifié un travail du même type conduit au niveau national

- réalisation par la Direction Générale de la Santé de novembre 2000 à avril 2001 d'une étude sur la communication dans les 32 programmes départementaux de dépistage du cancer du sein *
- réalisation dans le cadre d'un groupe national coordonné par la Ligue Nationale contre le Cancer d'une étude sur les typologies de communication et d'un dispositif global qui devrait être proposé à l'ensemble des départements (CD Rom incluant les différents supports)

1 - 1 Rappel des résultats de l'étude conduite par la DGS

L'étude réalisée par la DGS présente les différentes modalités d'action ainsi que la perception de leur intérêt, elle s'est faite par interview des responsables (médecins coordonnateurs et responsables administratifs) des associations de gestion:

Affichage	Type Decaux Flancs de bus Affichettes pour les lieux de soins	En diminution Position partagée des coordonnateurs
Plaquettes et brochures	Adressées directement aux femmes Diffusées dans les cabinets médicaux et lieux publics	Actions permanentes Perception d'efficacité liée à la dimension plus personnalisé
Lettre / bulletin	pour les médecins	Lien avec les professionnels de santé perçu comme primordial

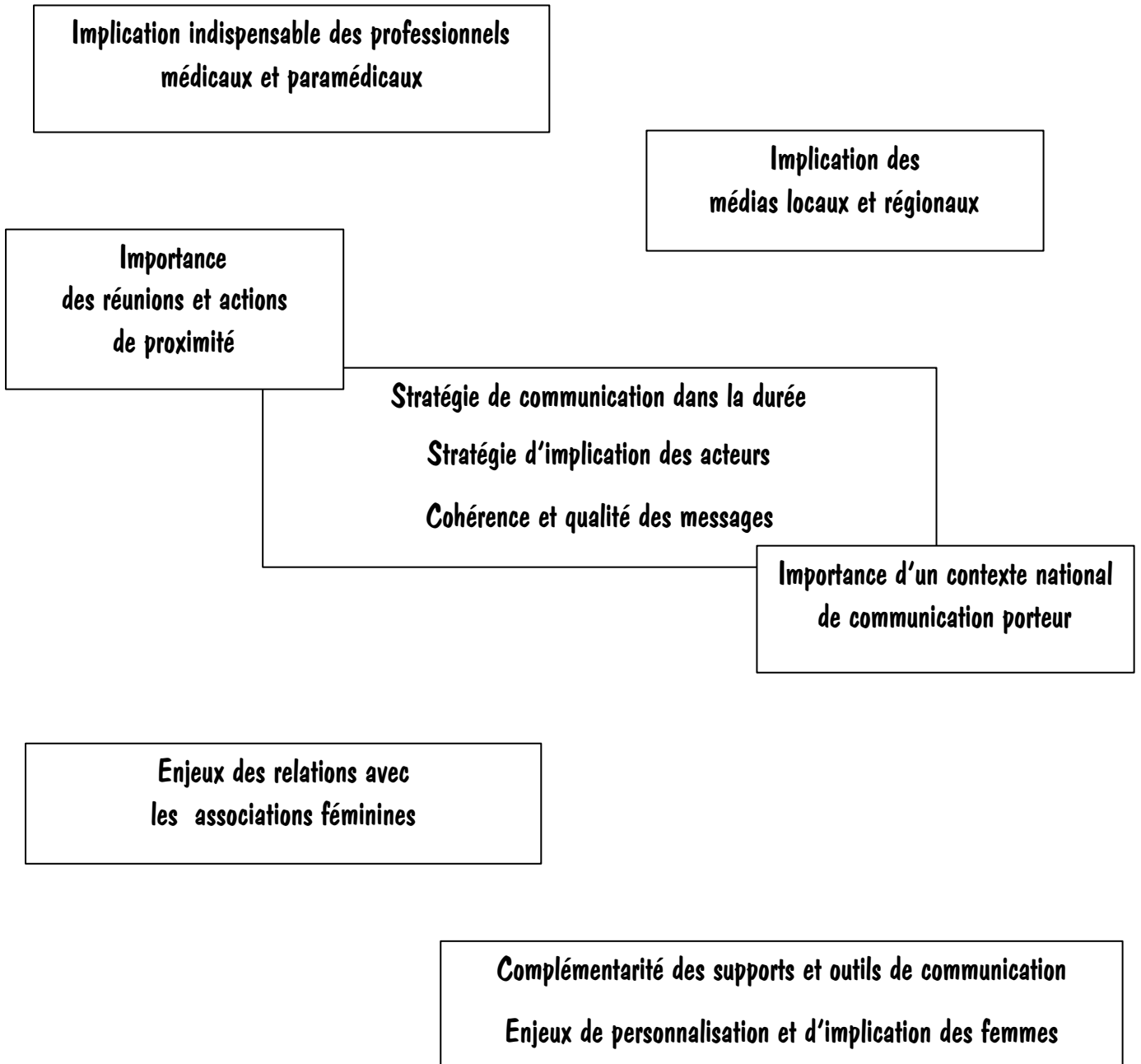
* CANARELLI T., BLOCH J. - Etude sur la communication dans les 32 programmes de dépistage du cancer du sein. - Paris : DGS, 2001. - 15 p.

Réunions	D'information et de sensibilisation Animées par des médecins	En diminution Difficulté de mobilisation des médecins Perception d'efficacité pour les réunions destinées aux femmes dans les cantons ruraux
Campagnes de presse	Autour du lancement et de l'annonce de manifestations	Actions permanentes Importance des journaux locaux Enjeu de la qualité des articles (trace écrite à laquelle on peut revenir)
Radio et télévision	Interviews des responsables autour des campagnes Spots publicitaires	En augmentation Importance de la diffusion des messages dans l'après midi Impact des informations régionales à la télévision
Autres actions	Sites Internet, ordonnanciers pour les médecins Travail avec les associations de femmes Actions avec les médecins du travail Expositions (photographies, romans photos, panneaux) Conférences débats autour de films (par ex : « haut les cœurs » Animations spécifiques (ventes, tee- shirts..)	Spécifiques des dynamiques locales

L'étude comporte un certain nombre de propositions pour améliorer l'efficacité des campagnes

Renforcer les actions de communication de terrains	- pour les médecins et les femmes - pour mieux atteindre les minorités (milieux défavorisés, immigrés)
Renforcer l'utilisation de la presse, de la radio et de la télévision régionale	
S'appuyer sur une communication nationale	
Impliquer les professions paramédicales	Infirmières, kinésithérapeutes
Renforcer la motivation intra familiale	Impliquer par les radios locales les filles des femmes concernées par le programme

Cette étude, nous renseigne sur les besoins et enjeux suivants au niveau de la communication :



1 - 2 Orientations retenues

La question posée au CRAES-CRIPS devenait de ne pas être redondant par rapport aux travaux réalisés mais d'être complémentaire. Le choix a été fait d'en approfondir certaines dimensions, dans une optique d'aide aux intervenants.

Le groupe de travail pluridisciplinaire a réfléchi autour d'une approche élargie de la communication, de la communication « mass médiatique » à la communication interpersonnelle, en intégrant les dimensions de connaissance, d'échange, de conviction, d'engagement à l'action...en ne faisant pas l'économie d'une analyse de l'effet profond de cette communication au delà du projet comportemental : développer le recours au dépistage.

Il est apparu rapidement pour tous les participants l'enjeu et l'intérêt de réfléchir à plusieurs niveaux, pour s'approcher au plus près de la problématique des femmes concernées, compte tenu en particulier de l'intensité particulière des questions mobilisées par le cancer et son dépistage.

Dans ce travail en « plusieurs couches », nous avons engagé trois réflexions

- 1/ Convoquer les analyses disponibles dans le champ de l'éducation pour la santé
- 2/ Développer une étude sémiologique complémentaire sur les documents départementaux disponibles
- 3/ Produire une réflexion philosophique sur ce que mobilise au plus profond l'acte de dépistage

Ces trois apports sont successivement présentés dans ce travail.

Compte tenu de la complexité du domaine, une dimension certainement très importante n'a pu être suffisamment réfléchi : celle de l'âge qui réunit dans une logique de santé publique (la tranche d'âge retenue pour le dépistage) des populations dont les perspectives de vie sont très différentes (entre les femmes en activité de 50 ans et les femmes vieillissantes de 70 ans)

Dans une dernière partie, nous essayerons de mettre en perspective les repères et propositions retenues en particulier par le groupe de travail en prévision de l'organisation de la communication en Rhône alpes dans le cadre de l'élargissement du dépistage organisé.

2/ Promotion des comportements de dépistage

*Apports croisés pour la communication de la santé publique,
de l'éducation pour la santé, de l'éducation du patient...*

Le dépistage du cancer du sein comme comportements à promouvoir dans la population renvoie à plusieurs champs étudiés par différents spécialistes et a fait l'objet de plusieurs enquêtes spécifiques

2-1 Les modèles généraux d'analyse qui sous tendent la prévention

Différents modèles d'origine anglo-saxonne proposent l'identification de facteurs psychosociaux en relation avec l'adoption de comportements recherchés dans le champ de la prévention, ils pointent des facteurs à mobiliser, en particulier par la communication, pour favoriser le recours au dépistage conçu comme un comportement à promouvoir.

Ces modèles sont à la base des programmes de communication sur la plupart des grandes thématiques de santé et le dépistage du cancer ne fait pas exception.

	CARACTERISTIQUES DU MODELE	QUESTIONS SPECIFIQUES LIEES AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN
UN MODELE DOMINANT : le modèle des croyances relatives à la santé (HBM USA 1950) Ses présupposés	<p>L'individu est capable de poser des actes de prévention, de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'il a les connaissances minimales - S'il considère la santé comme importante dans sa vie 	<p>Difficultés liées à la connaissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - abstraction de la tumeur invisible /indécelable - rapport général à la santé dans un contexte de vieillissement
Il propose deux déterminants pour l'action	<p>1/ La perception d'une menace :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considérer comme vulnérable - Percevoir les conséquences comme dangereuses 	<p>Position par rapport à la menace du cancer comme menace de mort</p> <ul style="list-style-type: none"> - fort potentiel anxiogène - risque de déni
	<p>2/ la croyance en l'efficacité de l'action devant la menace</p> <p>l'évaluation des avantages et désavantages associés à l'action</p>	<p>Importance des exemples dans l'entourage</p> <p>Difficulté de perception du bénéfice du traitement précoce par rapport au coût lié à l'engrenage médical comme horizon du dépistage</p>

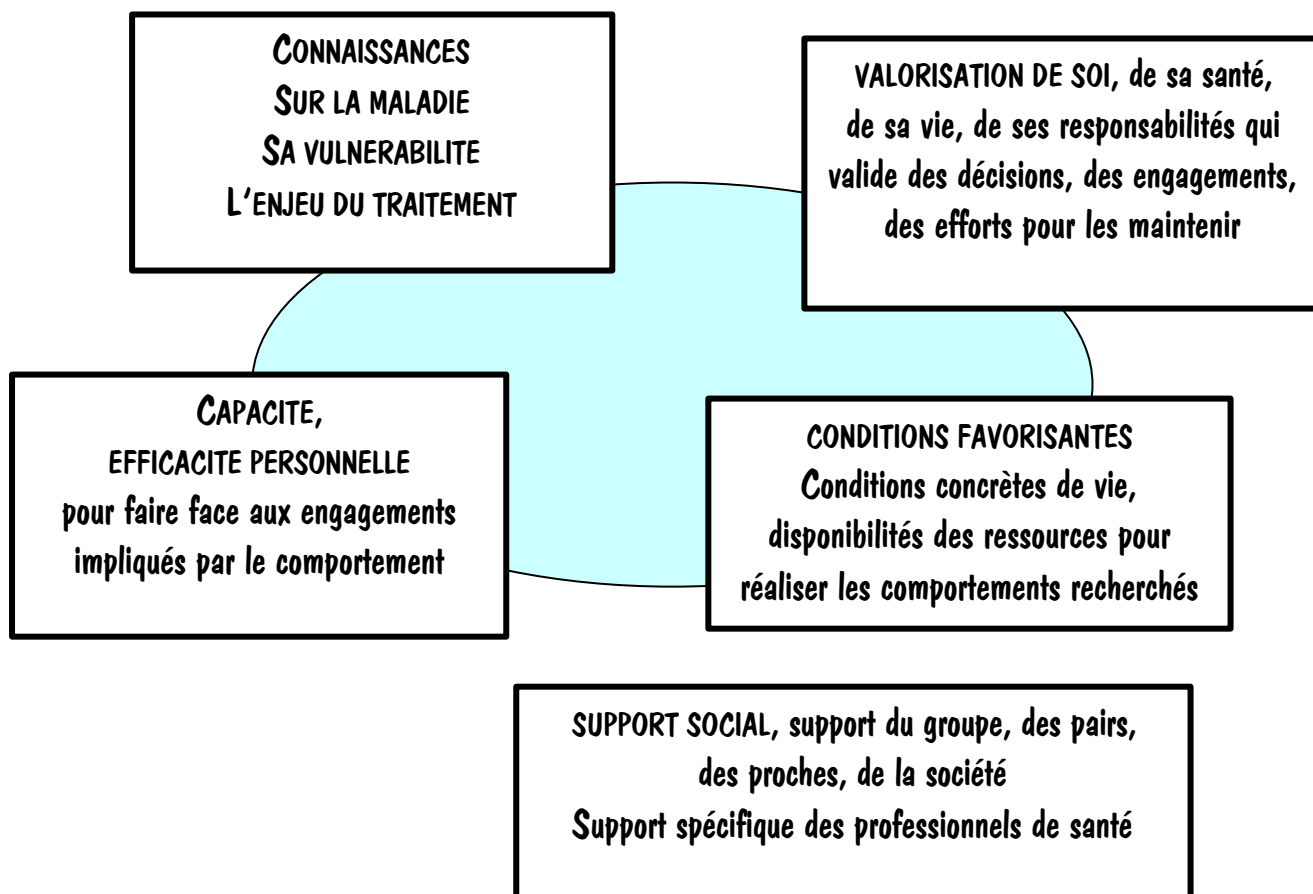
* GODIN G. - L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. - Sciences Sociales et Santé, vol. IX, n° 1, mars 1991. - pp67-94

<p>LA THEORIE SOCIALE COGNITIVE (BANDURA 77)</p>	<p>Les changements de comportement sont associées à deux croyances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la croyance en l'efficacité du comportement - la croyance en l'efficacité personnelle 	<p>Les questions posées sont de deux ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les croyances sur l'effet potentiellement à risque de la mammographie - la croyance dans sa capacité à « tenir » devant la perspective d'annonce positive et de sa suite
<p>LA THEORIE DE L'ACTION RAISONNEE (FISHBEIN AJZEN 80)</p>	<p>L'adoption d'un comportement est fortement associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attitude à l'égard du comportement - L'importance accordée par le groupe à ce comportement 	<p>Au delà de l'évaluation des conséquences possibles de la mammographie, l'élément nouveau est ici la réflexion sur l'influence du groupe, de son environnement proche , de la norme sociale L'enjeu de la position des conjoints, des ami(e)s, des relations sociales L'enjeu d'une valeur « sociale » du dépistage (valeur citoyenne)</p>
<p>LA THEORIE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS (TRIANDIS 77)</p>	<p>Elle associe au comportement trois facteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - La force de l'habitude - L'intention d'investir le comportement - La présence de conditions favorisantes ou contrariantes <p>D'après cette théorie, les composantes qui sous tendent l'intention sont de quatre types</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitif : l'analyse coûts bénéfices - Affectif : la réponse émotionnelle 	<p>En quoi l'inscription du dépistage dans la régularité d'un cycle organisé renvoie à un rendez vous habituel ?</p> <p>Comment travailler les conditions favorisantes ou confrontantes ?</p> <p>Ces quatre dimensions sont fortement impliquées par le dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> - pouvoir parler des bénéfices - tenir compte de l'importance des émotions

	<ul style="list-style-type: none"> - Social : les normes dans son groupe de référence (milieu social, âge..) - Moral : perception d'obligation, de responsabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - mobilisées - travailler la question des normes sociales - intégrer la question morale
LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE (AJZEN MADDEN 86)	Ce modèle s'intéresse aux comportements sur lequel l'individu a un contrôle limité, il pointe l'importance de la perception du degré de contrôle que l'individu croit pouvoir exercer sur ces comportement	Nous sommes ici renvoyés à la position de la femme vis à vis de la décision et du contenu de l'acte de dépistage. Qu'est ce qui est maîtrisé, qu'est ce qui est imposé dans l'acte de dépistage?
	Le point clé est « la perception du contrôle » par l'individu, cette idée rejoint le sentiment d'efficacité personnelle de la théorie sociale cognitive	Plus globalement, la question est celle du contrôle prospectif qui pourra continuer à être exercé par rapport aux soins et à la vie en cas de découverte d'une tumeur.
UN MODELE « SYNTHETIQUE » LE MODELE PRECEDE (LAURENCE GREEN 91)	Les comportements promoteurs de santé doivent être réfléchis dans les conditions concrètes de vie	La relativité de la préoccupation santé en situation de précarité
	<p>Ils sont associés à trois familles de facteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les facteurs « prédisposant » : connaissances, croyances, attitudes.. - Les facteurs « facilitant » : Disponibilité des ressources, capacités à les utiliser <p>Les facteurs « renforçant » : support et influence des personnes de 'environnement : famille, pairs, acteurs de santé....</p>	<p>L'importance des connaissances et des représentation en matière de cancer du sein</p> <p>L'enjeu de la proximité et de la disponibilité des services</p> <p>L'influence des histoires et représentations du cancer dans l'environnement proche,</p> <p>L'importance de la parole des acteurs de santé</p>

Que nous disent en synthèse ces modèles :

L'adoption d'un nouveau comportement dans le domaine de la santé est relié à un faisceau d'éléments qu'on peut schématiquement regrouper en cinq grands pôles



Ces différents éléments sont très impliquant en terme de communication

information sur le risque de maladie, le dépistage organisé (modalités et répétitions), l'enjeu de la prise en charge précoce .

information sur les dispositifs concrets, leur accessibilité, leur gratuité

communications médiatiques et de groupe renforçant le support social, donnant de la « chair » aux informations, favorisant l'échange d'expériences vécues autour du dépistage et du cancer du sein, permettant l'expression des peurs, la proximité des histoires de vie

la communication médecin-patient comme enjeu privilégié pour l'information, la mise en confiance et le renforcement du sentiment de compétence personnelle

2 - 2 L'exploitation des études plus spécifiquement développées autour du dépistage du cancer.

Les recherches visant à mieux caractériser les femmes qui ne passent pas de mammographies dégagent les éléments suivants :

Moindre scolarisation	Milieu social moins favorisé
Isolement social	Femmes seules
Déficit d'information	Age recommandé, intervalle, possibilité de guérison
Age plus avancé	supérieur à 60 ans
Plus faible suivi médical	Généralistes, gynécologues
Eloignement des pratiques de dépistage	Peur des examens, des résultats, des traitements
Doute sur la fiabilité de l'examen	

Les études sur les « obstacles psychosociaux » au dépistage (portant souvent sur les « non participants » aux programmes de dépistage) éclairent plusieurs dimensions:

Le désinvestissement de sa santé comme projet dans le temps	Perception dans le seul présent Santé réduite aux « non signes » pathologiques Peur d'aller au devant de la maladie
La dépendance à la personne, la parole médicale	Non action si elle n'est pas demandée explicitement par le médecin
Le clivage par rapport à son corps	Pudeur Corps vieillissant
La perception du cancer, de son traitement, du pronostic, des récidives	Fatalisme questionnements
L'obligation	La soumission à un dispositif imposé L'atteinte à la liberté
Les peurs, les craintes	De la maladie, de la douleur, de l'examen, de l'information, de l'engrenage médical, de l'amputation, de la mort
Les refuges	Sur des sécurités « factuelles » - Pas de symptômes perceptibles - Suivi médical qui n'a rien montré
L'isolement social	Enjeu d'être accompagné, d'être reconnu Enjeu d'être comme les autres Enjeu d'être un ayant droit Peur des dispositifs institutionnels

Ces travaux nous renvoient à des questions significatives pour la communication avec, sans doute, une complexité accrue par rapport à deux univers : les femmes vieillissantes, les femmes en situation de précarité, les femmes isolées.

- Comment communiquer face à la peur que suscite la perspective de la découverte du cancer et de la sidération que ça entraîne ?
- Comment contourner les mises à distance, les fausses réassurances qui éloignent du dépistage ?
- Comment l'échange avec les professionnels de santé va-t-il aider à entrer dans un dispositif qui ne soit pas perçu comme risquant de broyer la femme, son corps, son avenir ?
- Comment l'enjeu de la vie, pour soi et pour les autres peut-il être plus fort que le fatalisme et le déni ?
- Comment la perspective de la confrontation avec le cancer peut-elle être acceptée comme un combat qui est gagnable ?

A ces questions, l'étude commandée par la DGS et la Ligue Nationale Contre Le Cancer (Alain Merger Consultants) apporte des réponses partielles :

- mettre à distance la perspective de l'engrenage médical, de la lourdeur et de la complexité de la technique
- laisser de côté l'éventualité de l'annonce de résultats positifs
- ne pas interpeller trop personnellement la femme
- limiter le vécu trop individuel de la confrontation en communiquant sur le rôle de l'entourage social

Pour les populations précarisées revient un enjeu essentiel :

- prendre en compte leurs difficultés de vie en levant autant que possible les barrières financières et pratiques.
- Les resituer comme des personnes sociales, dignes des mêmes attentions et ayant les mêmes droits et devoirs que les autres

2 - 3 L'expression de groupes de paroles de personnes défavorisées autour de la prévention, du médecin, de la maladie

L'expression de trois groupes ressources réunis par le CRAES-CRIPS, de l'Étape, du Cercle de l'Amitié et de la Peuplerie* permet d'entrevoir quelques pistes d'action pour l'accompagnement des personnes en situation de précarité vers le dépistage du cancer du sein.

Que pensent-ils de la prévention ? Quel regard portent-ils sur les campagnes d'information, de sensibilisation et de dépistage ? Quelles suggestions donnent-ils ? La réponse à ces questions est donnée dans une première partie. Il est ensuite proposé quelques axes d'intervention.

L'expression des groupes ressources

Un besoin de compréhension

« Nos conditions de vie sont un risque pour la santé et ne nous aident pas à suivre les messages de prévention.. »

Les messages de prévention concernant les risques liés au tabac, à l'hygiène de vie, .., ont été opposés aux conditions de vie et de travail. « Avec tous les problèmes que j'ai, je ne peux pas arrêter de fumer.. »

« On est prévenu... mais on ne nous apprend pas ! »

Les messages de prévention sont d'abord perçus comme des messages d'interdiction, de bonne recommandation. **La demande exprimée est de comprendre** : comprendre comment rester en bonne santé, comment éviter de tomber malade.

Une information expliquée lentement par un tiers

« L'information, il y en a tellement qu'on finit par ne plus la voir, elle est voilée.. »

Les professionnels exprimaient un déficit d'information sur les lieux de prise en charge de la population en situation de précarité. Les tracts proposés ne sont pas toujours lus : les préoccupations sont présentes et le message diffusé n'est pas toujours compris, assimilé. **Les personnes interrogées insistent sur la**

* Accompagner vers la santé .- Actes Rencontre Régionale d'Echanges et de Réflexion, Avril 2001
Des « acteurs-bénéficiaires » aux « acteurs-professionnels ». Eclairage sur les orientations du PRAPS 2000-2003 à partir de l'expression de groupes de personnes en situation précaire ou exclues.

L'étape-Bron

Le Cercle de l'amitié - Sallanches

Document de décryptage

notion de tiers, de relais pour expliquer et diffuser l'information proposée.
Une personne à même d'expliquer dans un langage compréhensible.

**La peur :
une dimension importante**

« Se faire dépister, cela fait peur !..Je préfère ne pas savoir ! »

L'un des grands obstacles aux démarches de prévention est la peur. Les examens de dépistage, notamment du cancer du sein, sont vécus comme une démarche difficile à réaliser. Le cancer est perçu comme une maladie non guérissable : à quoi cela sert de savoir qu'on en a un si tôt ? Et puis, est-ce qu'on aura la possibilité de se faire soigner, comment, ... ?

Une femme, dépistée grâce aux mammographies, a insisté sur la dimension très importante de découverte du « mal » avant d'être malade. Une des suggestions formulée par cette femme était de parler de sa peur, de s'ouvrir aux autres.

**Des convocations à expliquer
et un horaire à adapter**

« La mammographie, le bilan de santé, on reçoit un papier de la sécurité sociale. On sait pas pourquoi et puis, il faut se déplacer.. »

La première interrogation des personnes est de savoir pourquoi cette convocation est transmise à certaines personnes et pas à d'autres.

D'autre part, un des obstacles soulevés par les professionnels et la population est le déplacement ; tant en terme d'avance des frais que de lien entre l'horaire du rendez-vous et les horaires des transports en commun.

Si ces actes de prévention ne sont effectivement pas étrangers à la population, ils ne sont pas toujours accessibles.

**Le médecin généraliste, « de
famille », UN ACTEUR CLE**

Le médecin généraliste au cœur d'un dispositif associant soin, prévention et dimension humaine d'écoute et d'explication.

Une place centrale est accordée spontanément au médecin généraliste; un médecin de proximité, polyvalent, à l'écoute et avec lequel on établit une relation de confiance.

L'autre dimension soulignée est la possibilité d'être soigné comme tout le monde.

**Un accompagnateur santé
susceptible d'accompagner vers..**

« Un accompagnateur santé : une personne qui nous mette en confiance, nous conseille et nous accompagne dans nos démarches vers la santé.. »

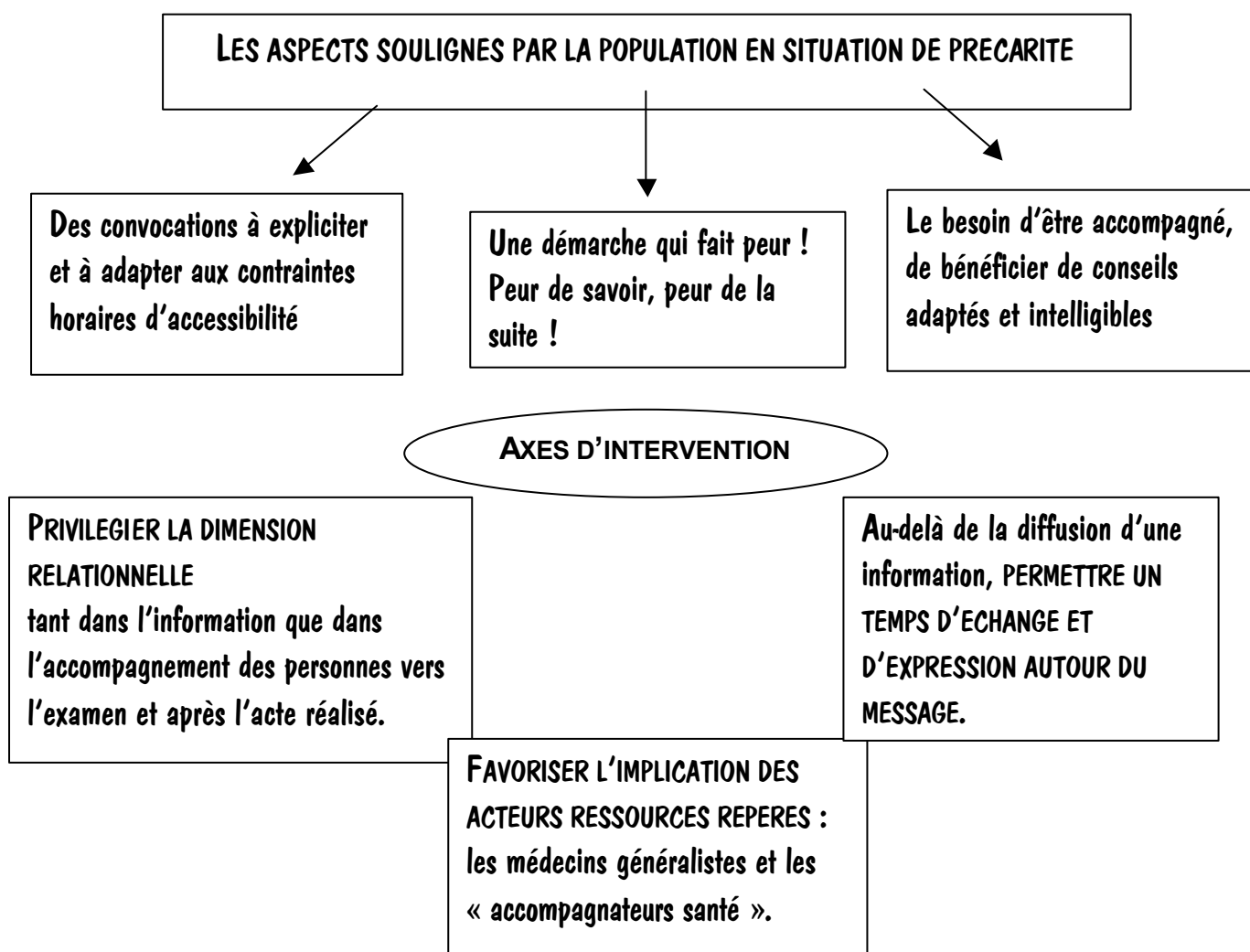
Le temps disponible des médecins mais également le langage utilisé, la peur du médecin, sont évoqués comme paramètres définissant le profil d'un accompagnateur santé, susceptible de les accompagner, de les aider à mieux comprendre les examens à faire, leur utilité, leur périodicité, ..

Quelques axes d'intervention

La dimension relationnelle est soulignée comme indispensable pour vaincre la peur, la peur d'un examen qui peut révéler une maladie grave, mais également comme moyen de mieux comprendre l'information, les messages, les convocations reçues.

Au delà de cette dimension relationnelle, l'accessibilité des démarches préventives doit être soulignée tant en terme d'avance de frais que de distance /temps avec les transports en commun.

A partir des éléments précédemment décrits et des réflexions contenues dans le document « Accompagner vers la santé », quels processus et acteurs clés pour le dépistage du cancer du sein.



2- 4 les travaux sur la relation éducative dans le champ du soin et de la santé

Depuis quelques années, les études se sont multipliées dans le domaine de l'information, de l'éducation du patient :

en Belgique, autour de l'équipe du Pr Deccache, en France à partir des travaux du Dr Sandrin Berthon au CFES, et des enseignements des Pr. Gagnayre et d'Ivernois de l'Université Paris X Bobigny* :

L'enjeu est toujours de passer d'une relation actif / passif, professionnel / patient à une coopération, à un échange, même s'il est dissymétrique

En synthèse, nous pouvons retenir les éléments suivants

L'importance du climat de confiance mutuel	Investir une position d'ouverture, d'écoute, de respect facilitant l'échange, la participation
Mieux connaître, « entrer dans le monde du patient »	Partir de ses perceptions, de ses représentations, de sa subjectivité
Tenir compte de son contexte de vie	Identifier les obstacles aux changements /comportements proposés
Tenir compte du contexte de crise, de rupture, de souffrance	Rechercher le sens des non dits, des refus, des difficultés à rentrer dans une démarche de communication
Engagement explicite à poser les questions qui préoccupent les patients	Invitation à exprimer intérêts et besoins d'information Vérification de ce qui a été entendu, compris Réponse aux besoins supplémentaires d'information
travailler contenu et forme de l'information transmise	Sélectionner les informations en référence aux problèmes vécus ou attendus, aux pratiques à développer, aux décisions à prendre

* D'IVERNIS J-F., GAGNAYRE R. - **Apprendre à éduquer le patient**. - Paris : Vigot, 1995. - 189 p., Coll. « Education du patient ».

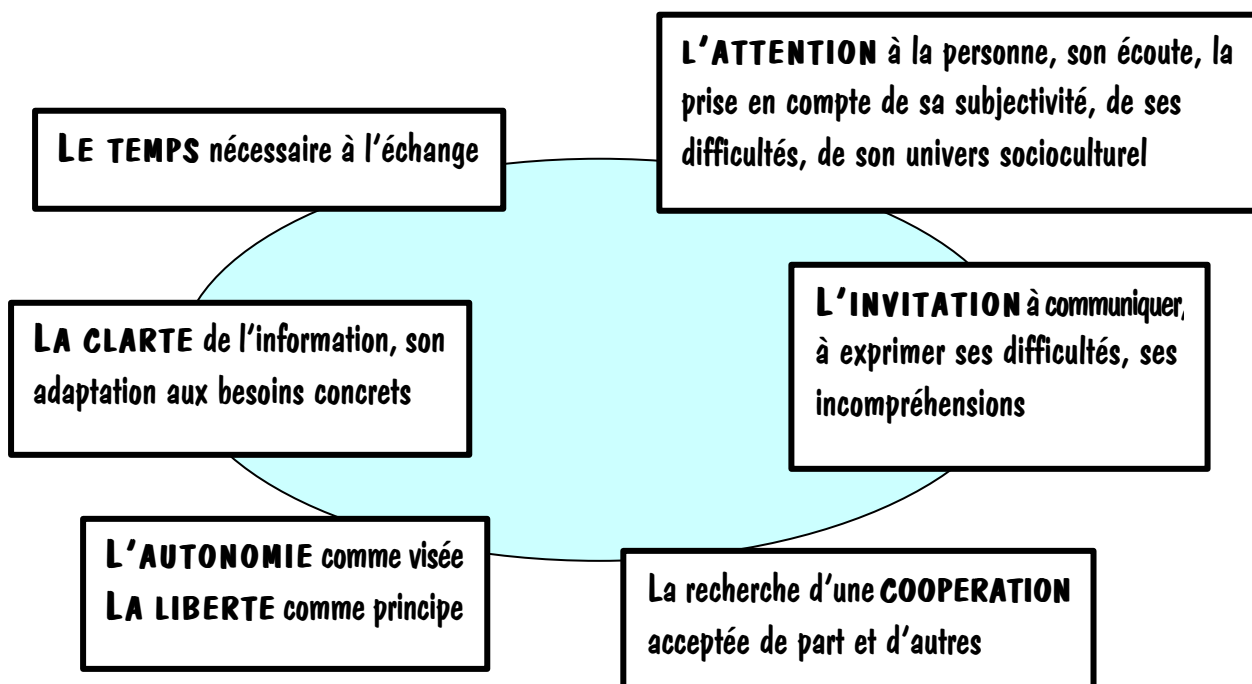
DANDE A., SANDRIN-BERTHON B., CHAUVIN F., VINCENT I. - **L'éducation pour la santé des patients du patient : Un enjeu pour le système de santé**. - Vanves : Ed. CFES, 2001. - 183 p., Coll. « Education et formation »

SANDRIN-BERTHON B. - **L'éducation du patient au secours de la médecine**. - Paris : PUF, 2000. - 198 p., Coll. « Séminaire ».

SANDRIN-BERTHON B., AUJOUAT I., OTTENHEIM C., MARTIN F. - **L'éducation pour la santé en médecine générale : De la fonction curative à la fonction éducative**. - Vanves : Ed. CFES, 1997. - 175 p., Coll. « Séminaire ».

	Relier les informations aux préoccupations des patients
Accompagner les informations techniques d'apports sur le « ressenti »	Transmettre des informations sensorielles concernant ce que le patient va sentir pour l'aider à gérer une part de l'inquiétude
Se faire comprendre	limiter le langage technique en l'explicitant rechercher la confirmation de la compréhension
Tenir compte des différences sociales et culturelles	Réfléchir encore plus aux mots utilisés, et à leur sens dans l'univers du patient
Respecter et viser l'autonomie du patient considéré comme responsable	Le « contrat » médecin patient doit être perçu comme renégociable à tout instant
Prendre le temps	Nécessaire à la réflexion, à l'échange, à l'intériorisation, à la décision

On voit que les travaux sur l'éducation thérapeutique du patient convergent vers quelques dimensions fondatrices :



A coté de ce travail de repérage, où nous avons convoqué un ensemble d'études et d'apports pouvant informer notre travail, il nous est apparu important de compléter la réflexion en sollicitant deux personnes :

une philosophe, Marie Claire Zinck, pour interroger au plus profond la question du dépistage et

un professionnel de la communication, Patrick Pajon, enseignant sémiologue, pour disposer de son regard sur les enjeux et les choix qui transparaissent dans les documents réunis autour des campagnes départementales.

Ces deux apports aident à percevoir l'enjeu de toute communication sur ce thème.

3/ L'Enigme du dEpist age, Eclair age phil osophique Marie Claire Zinck

3 - 1 Dépistage - dépister - se faire dépister.

Voilà trois grands axes par lesquels la question du Dépistage peut être abordée. Comment penser une telle notion lorsque d'emblée la pensée se tient comme sidérée par et devant la difficulté, la complexité auxquelles cette triple ouverture nous confronte?

Y-a-t-il seulement intérêt à se confronter à cette difficulté ? Est-il nécessaire de se poser ce type de questions ? Ce n'est pas sûr.

DEPISTAGE : MATIERE A QUESTION ?

Dans une campagne nationale de dépistage systématique de telle ou telle maladie chez telle ou telle population, le souci premier est celui de la santé publique. Comment, en effet, éviter au mieux la maladie ou la mort pour cette population ? Comment la convaincre de se faire dépister, c'est à dire comment être assez séducteur ou assez effrayant pour favoriser une telle démarche ? Quels moyens techniques mettre en place pour que les centres de dépistage soient accessibles tant physiquement que psychologiquement aux femmes de 50 à 70 ans dont les préoccupations sont forcément très divergentes ? Comment faire venir ces femmes à une démarche de prévention alors que la démarche du soin elle-même n'est pas forcément acquise ? Voilà résumées quelques questions d'ordre général et technique qu'un Etat dont la décision est celle de protéger cette population du risque du cancer du sein peut se poser face à cette campagne.

DEPISTAGE : UNE PRIORITE TECHNIQUE ?

Ensuite vient le pôle technique proprement dit. Avec lui le concept de Dépistage sort de sa carapace pour exister, et prendre épaisseur. De notion plus ou moins floue, abstraite, il devient Acte. Les médecins, les gynécologues incitant les femmes à se prêter, pour ne pas dire à subir cet acte, les radiologues, les assistants techniques qui vont le pratiquer auprès d'elles, toutes ces personnes sont préoccupées d'une part par la fiabilité du matériel utilisé, la cohérence nationale des démarches et d'autre part, par les résultats du dépistage. Il s'agit, face à une volonté politique affirmée, d'avoir les moyens d'acheter le matériel afin qu'il soit commun à tous les centres de dépistage. Le souci est alors de trouver les fonds, de démarcher auprès des collectivités, de mettre en place le même protocole de dépistage et ceci de façon très uniformisée afin que les résultats là encore puissent

être fiables. Qu'en serait-il en effet si la qualité du matériel utilisé n'était pas la même d'un centre à un autre ? Qu'en serait-il de la fiabilité des résultats si dans un département il n'y avait qu'une lecture des radiographies prises et dans d'autres deux ? Quelle prise en charge peut être proposée suite à un dépistage positif du cancer ? A qui, à quoi, servirait un dépistage si le suivi n'était pas le même d'une région à une autre ? Il semble donc absolument nécessaire de penser la question du dépistage sous l'angle de l'hyper technicité dans la mesure où cette dernière est garante d'un minimum de fiabilité de la campagne. Toutes ces questions et bien d'autres encore sont là nécessaires et indispensables.

DEPISTAGE : LA VOIX DES FEMMES OU...

Puis viennent les femmes concernées avec leurs interrogations. A quoi cela va-t-il servir, le matériel est-il vraiment performant pour promettre une juste lecture des examens pratiqués ? Pourquoi multiplier les actes médicaux alors que le suivi est correctement réalisé depuis des années par le gynécologue ? Pourquoi penseraient-elles à leur santé, elles qui n'ont jusqu'à présent aucun problème ? Pour qui le feraient-elles ? Ont-elles assez de temps, assez d'énergie, pour se prêter au jeu du dépistage ? Parfois sans raison apparente certaines femmes refusent de participer à ce jeu.

Pressentant peut-être que, derrière ce jeu, se cachent d'autres enjeux, certes confus mais présents, c'est à partir de ces femmes et de leurs interrogations que vont pouvoir venir se poser différemment la/les questions liées au dépistage.

.....UNE AUTRE VOIE ?

En effet, c'est certainement à partir d'elles que va pouvoir émerger une autre façon de voir, de penser cette question. Qu'est-ce que cela signifie pour une femme de se faire dépister ? Qu'est-ce qui peut se passer en elle pour qu'elle s'inscrive ou non dans une telle démarche ? Que vit-elle quand elle présente son corps au regard du radiologue et à la froideur de la machine ? Qu'attend-t-elle de cet examen ? Que vit-elle à travers cet acte si souvent présenté dans ce qu'il peut avoir d'anodin ? Qu'attend-t-elle des personnes qui l'entourent ? Que vit-elle lorsqu'elle est mise en présence de la question même du dépistage ? Autrement dit qu'est-ce que fait l'équipe technique lorsqu'elle réalise cet acte auprès d'une femme, sur une femme ? Quels préalables induit cette équipe, quelles conséquences provoque-t-elle chez cette femme dont la vie, d'une certaine manière, est suspendue aux lèvres et aux regards des membres de cette équipe ? Par conséquent, de qui, de quoi cette équipe est-elle responsable lors d'un tel acte ? De qui doit-elle répondre ?

Autrement dit également, quels bouleversements l'Etat provoque-t-il en introduisant dans la vie de ces femmes la notion même de dépistage ? Qu'est ce que la femme et, plus généralement tout être humain, reçoit lorsqu'il est mis en demeure de se tenir dans un face à face avec le Dépistage ? A quelles interrogations essentielles et vertigineuses le confronte-t-il sans ménagement en l'invitant à se faire dépister ? A quel dessaisissement le force-t-il ? A quelles pertes, à quelles modifications internes le contraint-t-il ? Plus généralement à quel vertige de la pensée le pousse-t-il en l'invitant à penser le Dépistage ?

Par conséquent, au-delà de la question de sa responsabilité concernant les questions de santé publique à travers la prévention, au-delà de sa responsabilité concernant l'uniformisation des protocoles et des moyens mis à disposition, de qui, de quoi, l'Etat est-il responsable ? De qui doit-il, lui aussi, répondre ? .

CE CORPS : LIEU DU DEPISTAGE.

Venues des femmes, de leurs attitudes et de leurs interrogations, toutes ces questions ouvrent à un champ de pensée et de réflexion qui, dans un premier temps pouvait être ressenti comme superflu, voire inutile. Pourtant à partir des interrogations féminines on voit s'entrouvrir d'une part tout un pan de réflexion autour des rapports qu'entretient la femme et plus généralement l'être humain avec son corps. Comment regarde-t-on son corps, comment vit-on avec lui ? A quoi sert-il, de quoi est-il le lieu ? Quels enjeux sont ébranlés par la question du Dépistage ? Comment ce rapport au corps peut-il évoluer à travers l'acte de dépister ? Ce rapport intime au corps ne risque-t-il pas d'être perturbé par la démarche de se faire dépister ?

UN DEPISTAGE : UNE EPREUVE ?

D'autre part, si le rapport intime au corps est bien l'objet d'une perturbation, c'est tout le rapport à la vie et aux autres qui, eux aussi, seront modifiés. Si on pense, en effet, l'homme et son rapport au corps sous l'angle de l'existence, c'est à dire sous l'angle de sa présence au monde, alors le dépistage va venir modifier, plus ou moins intensément, ce mode de présence au monde, la façon d'être présent aux autres et à soi-même. En ce sens là; le Dépistage, l'acte de dépister et celui de se faire dépister ouvrent sur un champ bien particulier de l'existence : Celui de l'Epreuve.

En effet, en modifiant le mode de présence au monde, en perturbant la façon d'être devant la vie, d'être devant son corps et la façon d'être devant les autres, le Dépistage entendu dans sa tridimensionnalité, constitue une véritable Epreuve. Il est tel parce qu'il vient interroger l'homme dans son humanité, c'est à

dire dans ce qui le caractérise en tant qu'être humain à savoir sa nécessaire proximité avec la mort, l'incertitude de son identité qui l'oblige à passer par l'autre, à se confronter à lui et de ce fait à entrer dans le champ de la Responsabilité et donc de l'Ethique et enfin, la question du sens de la vie. La vie a-t-elle un sens ? Pour qui, par qui, pourquoi suis-je en vie ?

On semble à ce point là, bien loin de la question du Dépistage ! Pourtant toutes ces questions, toutes ces interrogations surgissent de façon inévitable dès qu'une telle notion apparaît. La notion du Dépistage systématique du cancer du sein chez la femme de 50 à 70 ans contient en elle-même tous ces aspects qui, parce qu'ils procurent un sentiment de vertige, sont le plus souvent maintenus silencieux. Plus fondamentalement encore, toutes ces interrogations posent la question centrale de savoir ce qu'est l'homme : qu'est-ce que cet être vivant habitant un corps humain ? Notre but ici est de leur donner la parole tout en essayant, autant que faire se peut, de réduire au maximum cette sensation vertigineuse.

3 - 2 Les philosophes et la question du dépistage

Aussi incongru que cela puisse apparaître, je propose aux lecteurs de me suivre dans une aventure encore plus étrange. En effet, puisque c'est la philosophie qui est sollicitée à penser la question du dépistage, il m'a semblé à la fois intéressant et nécessaire d'interroger deux grands philosophes ayant particulièrement marqué et influencé la pensée occidentale sur la façon de penser l'homme et son corps.

Dans une sorte de scénario imaginaire et intemporel, nous nous retrouverions avec, en face de nous, Platon et Descartes afin de les interroger sur ce qu'ils pensent ou pourraient penser du Dépistage.

Nécessaire parce que pour pouvoir penser son présent, il est important de penser son passé.

DEPISTAGE ET HERITAGE ...

Donner du sens, mettre du sens sur son existence, sur ses actes, voilà en quoi la philosophie est convoquée par cette interrogation sur le dépistage systématique du cancer du sein. Cet homme occidental, pris dans les logiques du faire et du « bien faire » et qui veut penser ce qu'il fait quand il dépiste, n'est pas un homme sorti de nulle part et vierge de toute conception, de toute pensée. Il s'inscrit dans une histoire qui s'est construite au fil du temps. Sa façon de penser est, d'une certaine manière, déjà pré conditionnée par tout ce qui a été pensé, écrit, imaginé, rêvé avant lui. De ce fait, sa façon de penser son rapport

au corps ou seulement sa façon de prendre en compte le corps est le fruit de toute l'histoire de notre civilisation. Il est l'héritier silencieux de toute la culture de la civilisation dans laquelle il est né. Elle l'habite.

Cette interrogation sur le corps a, en effet, nourri la pensée philosophique. Elle en est presque à l'origine. Les différents éléments de réponses apportés s'inscrivent dans des domaines de pensées très différents. Avec la philosophie, les religions, les pensées primitives ont essayé et essaient encore de donner des réponses, dans la mesure de leur possible, pour inscrire l'homme, cet animal debout ou presque, dans le champ du sens. Il s'agissait de sortir de l'action, de s'en démarquer pour pouvoir penser cette dernière. Pour savoir ce qu'il fait, l'homme a besoin de temps, il a besoin de s'arrêter et, de ce fait, il a besoin d'un lieu, d'un espace dans lequel il puisse venir se poser pour la pensée.

PLATON ET LE DEPISTAGE ?

Remontons le temps jusque dans les années 400 avant J.-C.

Nous sommes en Grèce, Athènes est au sommet de sa puissance : les Grecs ont échappé aux « Barbares » perses et dominent désormais les autres cités grecques. Périclès a fortement consolidé la démocratie cependant, les esprits sont en crise. Sur l'agora, la place publique, les beaux parleurs, les Sophistes, ceux qui ne se préoccupent pas de la vérité du discours font légion. C'est contre eux, contre leurs pensées qu'un homme tel que Socrate va s'ériger. Apôtre de la liberté de jugement, Socrate prépare les esprits à la critique et contribue à ébranler les traditions, à passer de l'explication par les mythes à celle de l'interrogation critique. Disciple de Socrate pendant 8 ans, Platon, se fera le porte-parole dans l'écriture de son enseignement oral.

PLATON : L'HERITIER DE SOCRATE.

Les premiers dialogues, appelés d'ailleurs Dialogues Socratiques, montrent à l'interlocuteur qu'il peut redécouvrir de lui-même et en lui-même la vérité. Mais, ces dialogues sont également nommés « aporétiques », c'est à dire qu'ils posent un problème, détruisent les opinions fausses, mais n'aboutissent pas à une solution. Ceux de la maturité, (Phédon, le Banquet, La République) fournissent l'apport original de Platon à savoir la théorie des Idées selon laquelle l'âme et le corps sont dans un dualisme radical.

Sans entrer plus avant dans les détails de cette théorie, interrogeons le directement sur la question du Dépistage. Qu'en pense-t-il ? Peut-il penser cette question ?

PLATON OU LE MÉPRIS DU CORPS.

Il faut savoir que pour Platon le corps est une entrave pour l'homme, et que ce dernier n'est désormais défini que par son âme. On peut l'imaginer nous répondant avec fougue que « L'âme du philosophe méprise profondément le corps » "Ce fardeau que nous portons avec nous et que nous appelons le corps, et où nous sommes emprisonnés comme l'huître dans sa coquille"¹. On comprend bien par ces propos que Platon méprise profondément le corps, qu'il n'est qu'une substance dont il faut se purifier pour penser, pour connaître. Il faut s'en libérer. Par ses désirs, par ses lois organiques, par ses dysfonctionnements, maladies et autres..., le corps trouble l'âme. Écoutons le encore nous dire qu'apprendre à penser, c'est apprendre à mourir et à mourir au corps, que philosopher, c'est apprendre à mourir : « Purifier l'âme, n'est-ce pas justement, comme nous le disions tantôt, la séparer le plus possible du corps et l'habituer à se recueillir et à se ramasser en elle-même de toutes les parties du corps, et à vivre autant que possible, dans la vie présente et dans la vie future, seule avec elle-même, dégagée du corps comme d'une chaîne »². Ainsi, si on entend bien ce qui est dit de la sorte, c'est que, plus qu'une chaîne, plus qu'une entrave, le corps est un empêchement radical dans la mesure où il est ce dans quoi l'âme est enfermée. Le corps est la prison de l'âme, un véritable « tombeau »³

UNE AME PURE DANS UN CORPS

On comprend alors, que si l'âme est unie au corps, elle ne l'est que de façon tout à fait temporaire et temporelle. La vie de l'âme est, elle, autonome et supérieure. Elle nargue le corps du haut du monde que Platon appelle le monde des Essences qu'elle a préalablement connu, dans lequel elle a séjourné avant de s'incarner et auquel elle retournera après l'extinction du corps, lui, mortel. On pourrait dire que ce temps où le corps est son hôte est pour l'âme un temps d'exil. Et que le corps en est la terre. Si on suit Platon, l'âme et le corps ne sont pas unis. L'union ici n'a aucun sens et aucune réalité. Il s'agit bien au contraire, pour l'âme, de maintenir une pureté, presque une virginité, en maintenant la séparation.

De ce fait, la base de la réflexion occidentale sur les relations âme-corps qui enseigne le mépris du corps pose le problème de l'homme en terme d'une destinée au-delà de l'histoire et au-delà du monde. L'homme n'est pas saisi dans son caractère humain, c'est à dire dans une histoire qui lui est propre et qui se rattache à l'ensemble des histoires des autres. Il n'est pas non plus entendu comme un être qui s'inscrit dans le monde par sa présence, par son mode de

¹ Platon *Phédon*, 65d

² Platon, *Phédon*, 67 c

³ Platon, *Gorgias*, 493 a

présence. Il est une âme momentanément en exil loin de sa lumière. Conséquence de cette forme de dualisme, la matière n'est rien. Le corps n'a aucune réalité véritable. De ce fait, la relation âme-corps ne fait pas véritablement problème.

LE DEPISTAGE : UN AJOURNEMENT DE LA DELIVRANCE

La réponse de Platon à la question du Dépistage pourrait être un peu celle-ci : Pourquoi dépister, pourquoi tenter de prévenir une maladie mortelle alors que l'âme n'attend que la mort du corps pour s'envoler et retrouver son monde ! Cette âme qui donne souffle de vie au corps n'a qu'une hâte, celle de retourner dans son monde et de retrouver les siens. Soigner ce corps, en prendre soin, serait encore une chose entendable pour Platon mais chercher à déjouer les traces d'une mort libératrice n'a pas de sens ou presque..

DESCARTES OU L'IMPERATIF D'UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE !

Quittons donc Platon et sa façon de voir les rapports âme-corps selon un axe vertical pour rencontrer Descartes dans son siècle : le XVIIe.

LE « JE PENSE » FACE AU DEPISTAGE.

En 1633 Galilée est condamné, Descartes cherche lui aussi à débarrasser la science de la notion de « forces occultes ». Tout son souci est centré sur le problème du fondement de la connaissance : comment puis-je distinguer le vrai du faux ? Pour cela il propose une méthode : Le Discours de la Méthode en 1637 dont la principale règle est le doute. Pour ce faire, le sujet qui pense va s'enfermer en lui-même, et douter de tout et ceci radicalement.. Mais en doutant, il pense et, de ce fait, le « je pense » est une certitude. Donc pour penser il faut être : je pense donc je suis. L'homme est donc une substance pensante. : existe-t-il autre chose ? Puisque nous l'interrogeons sur les rapports que peut entretenir l'homme avec son corps, Descartes prend un petit morceau de cire et, devant nous, la fait fondre. Il observe avec nous qu'il a un parfum, un goût, qu'il est doux au toucher, qu'il a une couleur « Mais, que je le fasse fondre, nous dit-il, et toutes ces qualités changent ou disparaissent. Que restait-il alors ? ». Pour Descartes, il reste de l'étendue, c'est à dire du mesurable. « Cette Etendue que je peux mesurer c'est mon âme qui la mesure grâce à un corps qui est le mien et qui n'est lui aussi qu'une forme particulière de cette Etendue »⁴.

⁴ Descartes, Méditation VI, éd. G. Lewis, p. 76

UN CORPS : UNE MACHINE.....

Nous approchons enfin de notre question : le corps pour Descartes est une machine, comme une horloge qu'on peut réparer lorsqu'elle est détraquée. Ses mouvements se réduisent à un simple jeu mécanique. Le corps est au fond une machine assez perfectionnée. Il suffit pour s'en convaincre de lire la VI^e Partie du Discours de la Méthode où Descartes nous donne une représentation mécaniste du corps humain, puisque comme tout autre corps, l'organisme est une machine. On peut dire que c'est avec Descartes et sa conception du corps-machine que la médecine moderne trouve véritablement son origine. Alors, qu'en serait-il d'un dépistage ? « Bien sûr, répondrait Descartes ! Si les moyens techniques sont à notre disposition, si l'on peut prévenir une panne avant qu'elle n'arrive, il n'y a pas à hésiter, il faut le faire de façon tout à fait systématique ! ».

...EN HERITAGE POUR LA MEDECINE MODERNE

On imagine d'autant plus son enthousiasme pour une telle démarche qu'il aurait aimé être l'inventeur de cette technique et ainsi en être à l'origine. On voit bien ici à quel point la médecine contemporaine est d'une certaine manière l'héritière de ce philosophe. Multiplier les moyens d'investigations, chercher toujours plus loin de nouvelles techniques pour soigner, réparer ce corps qui parfois dysfonctionne en le considérant comme une simple machine. Agir sur lui de façon instrumentale par l'intermédiaire d'autres machines pour voir en lui, pour fouiller toujours plus ses entrailles et pour peut-être réduire l'énigme qu'il représente sont, là encore des soucis que médecins, chirurgiens, radiologues... partagent avec lui.

Poursuivons notre dialogue imaginaire avec Descartes dans le souci d'entendre sa position sur le Dépistage systématique du cancer du sein. En reprenant, nous savons désormais qu'il existe une âme et un corps. Mais quels rapports entretiennent-ils ? Quelques secondes de silence nous plongent dans le trouble de Descartes. La question est épineuse. Mal à l'aise il va nous répéter ce qu'il a écrit tout au long de ses œuvres à savoir que l'âme est distincte du corps, qu'il s'agit de deux substances différentes et étrangères l'une à l'autre et qu'il n'existe point de lien qui puissent les unir.

« IL FAUT VIVRE, S'ABSTENIR DE MEDITER ».

Perplexes, nous argumentons que lorsque le corps est saisi de douleurs, je (celui qui pense...) souffre et que là, il existe quelque chose qui pourrait ressembler à un lien.

Toujours gêné, moins sûr de lui Descartes précise que ce lien se fait par l'intermédiaire de la glande pinéale et que c'est la nature qui m'enseigne « que je

compose comme un seul tout avec mon corps»⁵. Cela signifie que l'union n'existe que lorsqu'elle est expérimentée. C'est donc par l'expérience directe de la douleur, du besoin, que je sens que je souffre. Il ne s'agit pas là d'un acte de la pensée. Comme il le disait à son amie la Princesse Elisabeth de Bohême avec qui il correspond, pour connaître l'union de l'âme et du corps « il faut vivre, s'abstenir de méditer ».

DESCARTES OU LA SOLUTION MALGRE LUI ?

Descartes, on le sent bien est gêné aux entournures, pourrait-on dire. Ses sens viennent contredire son jugement et de ce fait, il se sert de l'hypothèse de la glande pinéale tout à fait bancal. Cependant, au-delà de cela, il est important de noter que son trouble est proche de celui de la médecine contemporaine. Qu'il n'existe pas de lien serait plus facile, pourtant force ou nature est de constater que ces liens existent et qu'ils viennent obscurcir ce qui aurait pu, ce qu'on aurait aimé maintenir dans une sorte de clarté et de simplicité. La glande pinéale de Descartes a subi depuis le XVII^e siècle nombres de mutations. Aujourd'hui elle pourrait revêtir l'apparence du gène. La science est en effet toujours à la recherche d'un facteur simple d'où toute explication pourrait être tirée.

N'arrivant que mal à penser l'union de l'âme et du corps, Descartes ne peut pas penser la question du dépistage dans sa dimension humaine. Pourtant, et c'est là aussi la force de ce philosophe, c'est que, sans le savoir, il anticipe la solution. Il nous dit en effet que c'est à travers l'expérience que se concrétise cette union, qu'il faut vivre pour la ressentir. D'une certaine manière il nous dit que c'est en étant présent au monde que nous existons et que ce mode de présence peut être perturbé lorsqu'il y a douleur et souffrance.

IMPASSE DES PHILOSOPHES ?

D'autres façons de penser l'homme dans son rapport au corps existent. Un rapide survol nous permettra de montrer comment, d'une certaine manière, toutes ses pensées, aussi prestigieuses soient-elles, se sont fourvoyées dans la mesure où elles n'ont pas pensé l'homme incarné pris dans le triple rapport au monde, aux autres et enfin, à lui-même.

UN HOMME, UN CORPS : UN RAPPORT ?

Les diverses formes de substantialismes, par exemple : Aristote, Spinoza qui entreprennent de clarifier le problème en simplifiant cet être « composé » et en ne faisant de lui qu'une seule et unique Substance ne font, en fait, que le

⁵ Descartes, Méditation VI, éd. G. Lewis, p. 76

rendre impensable concrètement : L'âme, est-ce un principe vital, est-ce l'esprit, est-ce Dieu ? L'imprécision du langage de ces philosophes maintient le problème non résolu. De ce fait, les questions soulevées par le Dépistage ne relèvent pas du champ de leur pensée puisque le problème du rapport de l'homme à son corps ne peut pas être pensé en tant que tel..

Le dualisme tente de le résoudre, mais il ne rend pas pour autant intelligible ce rapport. La difficulté ne vient pas du fait que Descartes dévalorise le corps, mais bien plutôt du fait qu'il condamne toute l'entreprise en ne faisant du corps qu'une chose comme celles du monde, une machine. A ce niveau, on l'a vu, les questions relatives au Dépistage ne se posent pas mais le corps n'étant qu'une machine toute intervention sur lui est légitime.

LE MONISME : UN COUP DE FORCE !

Le monisme, lui, simplifie la difficulté mais par un coup de force : en faisant de la matière la seule réalité et de l'esprit son seul et simple reflet ou produit, le monisme écarte de son champ de pensée toutes les questions relatives au corps. Bien sûr, il maintient que la pensée dépend du corps, une lésion cérébrale peut l'endommager voire la détruire. Cependant, comme l'écrit Descartes qui a beaucoup combattu Aristote, «de ce que la faculté de penser est assoupie dans les enfants et que dans les fous elle est à la vérité non pas éteinte mais troublée, il ne faut pas penser qu'elle soit tellement attachée aux organes corporels qu'elle ne puisse être sans eux. Car, de ce que nous voyons souvent qu'elle est empêchée par ces organes il ne s'en suit aucunement qu'elle soit produite par eux : et il n'est pas possible d'en donner aucune raison, tant légère qu'elle puisse être»⁶. Le matérialisme pose donc que l'esprit est un produit de la matière, mais il ne légitime ni ne justifie son affirmation. Il s'agit seulement d'un postulat. Il demande d'admettre ce qui est à expliquer et, ce faisant il nous laisse sur notre faim : le problème étant réglé avant même qu'il ne soit posé !.

3 - 3 Le profil de la présence du monde

Ce rappel, loin d'être exhaustif, de certaines grandes tentatives de pensées de la relation de l'homme à son corps, montrent combien l'homme cherche à comprendre et surtout, à se comprendre lui-même. A chaque temps, de nouveaux schémas qui, tous, s'inscrivent dans des modèles qui ont fait leurs preuves ailleurs, dans un autre temps. Ne parvenant pas, comme nous l'avons montré, à résoudre les difficultés de cette relation, les diverses tentatives

⁶ Descartes, Réponses aux IVe Objections

d'explications, nous permettent de penser que, dans cette relation, existerait une obscurité, une sorte de point aveugle de la pensée.

L'HOMME : CETTE ENIGME....

L'être de cette réalité humaine qui n'est au monde que sur un mode corporel reste effectivement, une énigme. L'homme est l'être énigmatique par excellence et tout l'effort de la pensée tend à s'efforcer de dévoiler cette énigme qui, parce que l'homme qui veut se comprendre doit se parler, doit énoncer qui il est, restera à jamais irréductible.

Toutes les autres tentatives étant arrivées à des impasses, il faut en déduire que l'homme n'est pas pensable en dehors de la totalité de sa présence..

L'homme n'est pas le produit d'un organe ni d'un jeu, aussi subtil soit-il, d'organes. « Faire intervenir une causalité de la production c'est oublier que l'homme est un être au monde, une présence foyer et source d'intentions et de significations. »⁷ Il n'est pas plus une substance spirituelle logée dans un corps enveloppe comme certains, ont l'a vu, peuvent le penser. La pensée n'existe pas hors d'une parole qui l'exprime, et pas davantage l'homme hors de son corps. C'est pourquoi sa compréhension requiert non seulement la modestie d'un Husserl, philosophe allemand du XIXe siècle, qui dit de la chose « qu'elle ne se donne que par profils » mais aussi autre chose qu'une démarche scientifique : « Le lien qui joint véritablement le vouloir à son corps requiert une autre sorte d'attention que l'attention intellectuelle à des structures. Elle exige que je participe activement à mon incarnation comme mystère. Je dois passer de l'objectivité à l'existence »⁸

C'est pourquoi, le « profil » choisi ou, plus justement le seul profil par lequel l'être humain pourra se laisser dévoiler est celui de l'existence, celui de sa présence au monde.

NE PAS DEPISTER : UN CRIME CONTRE L'HUMANITE ?

Comment alors penser notre question initiale du dépistage systématique du cancer du sein si l'on part d'un profil si précis et à la fois si flou ?

Pour Descartes, la question aurait été vite résolue. Le corps n'étant que machine, le faire passer dans une machine pour en dépister un dérèglement ne pouvait en aucun cas poser problème. Nombreux aujourd'hui sont ceux pour lesquels cette

⁷ F. Chirpaz, Le corps, Philosophia N°13, Klincksieck;

⁸ Ricœur, Philosophie de la volonté, Aubier, p. 17 -18.

question n'en est justement pas une. Regarder à l'intérieur, traquer au plus profond du corps, de façon de plus en plus sophistiquée, pour mettre en pleine lumière ce qui se tapit au plus profond des entrailles et qui serait, potentiellement, menace de mort, est une démarche qui va de soi. Une machine, telle que le corps doit être inspectée, fouillée, pour éviter, pour tenter de prévenir tout dysfonctionnement, toute fin de fonctionnement.

DEPISTER : UN ACTE LEGITIME !

Cette démarche peut facilement se légitimer. Il est aisé, en effet, de comprendre à quel niveau d'intérêt peut se situer ce type de démarche : Comment renoncer aux progrès de la technique quand ceux-ci permettent à un être humain de ne pas tomber gravement malade, de ne pas mourir ? Qui oserait s'élever contre ce qui apparaît comme un immense progrès ?

UNE RESPONSABILITE ENGAGEE...

Avoir la technique à notre disposition et ne pas la mettre en œuvre pourrait vite devenir et être réduit à un délit, à un crime de non-assistance à personne en danger, voire pourquoi pas à un crime contre l'humanité. Vouloir, décider, ne pas se servir des moyens que la science et la technique ont mis au point en vue de faire reculer les limites de la vie face à la mort serait un acte insensé. Toute la quête de l'homme, ce qu'il a de tout temps recherché, que cela passe par la découverte et l'usage du feu, par les transplantations cardiaques ou par la bombe atomique, est de faire reculer sa mort, de prolonger sa vie, fut-ce aux dépens de celle de l'autre. De ce fait, la Responsabilité de l'Etat est engagée. En effet, ayant connaissance de ce progrès ou tout du moins de cette possibilité d'aider les femmes à ne pas développer un cancer dont on sait que plus il est découvert tard plus il est difficile de le soigner, si l'Etat ne mettait pas en place une telle démarche, une telle campagne, il pourrait être accusé de ce crime.

Alors pourquoi mourir d'un cancer du sein lorsque le progrès offre la possibilité de dépister, de débusquer, de traquer la mort par les traces, par les empreintes qu'elle laisse dans un corps encore vivant et par conséquent mortel ?

Tous ces intérêts, tous ces arguments en faveur d'un dépistage systématique du cancer du sein dans une population particulièrement à risque, sont à entendre, à comprendre et à prendre en compte. Ils se légitiment tous respectivement. Mon propos ici n'est pas de les valider ou de les invalider. Ils ont leurs raisons d'être. Ils s'inscrivent dans un choix politique sur lequel il n'est pas question de revenir dans cette réflexion. Il s'agit de penser Le Dépistage en tentant de répondre aux questions soulevées dès le début.

3 - 4 Le dépistage ou la rencontre avec l'épreuve

Il n'est pas question non plus ici de penser l'humain dans ce qu'il a d'abstrait, d'essentiel, comme le faisait Platon. Bien au contraire, il s'agit de le penser dans ce qu'il a de concret, dans la relation qu'il entretient avec son corps. De ce fait, la question sur le dépistage systématique du cancer du sein est une question qui va bien au-delà du simple acte de dépister. Elle interroge le sens de l'humain.

LE SENS DE LA VIE EN QUESTION.

Elle porte sur le fameux «sens de la vie» de Lévinas. Elle ne se rapporte pas à l'homme pris dans le mouvement de la connaissance du monde, mais au contraire à celui qui est pris dans la question, dans l'in-quiétude du rapport qu'il entretient avec son corps, avec la mort. Dans ce face à face avec lui-même que rend propice cette inquiétude, l'être humain prend conscience, est contraint à prendre conscience du fait qu'il est un vivant mortel, que sa vie s'inscrit dans ce temps si particulier qu'est la finitude. Il est ainsi contraint à être dans une certaine proximité avec la mort.

LE TEMPS D'UN CORPS BIEN PORTANT...

Il faut reconnaître que dans le temps de la jeunesse, pris au sens large du terme, à savoir le temps de la santé, le temps de l'activité qui suit son cours, qui ne subit pas d'interruption, dans le temps donc d'un corps et d'un esprit bien portants, la question du rapport au corps, du rapport à la mort sont au mieux silencieuses, au pire passées sous silence aidées en cela par une société dont la devise pourrait être «Moi, tout de suite et tout seul», c'est à dire un mélange explosif de toute-puissance et d'immédiateté. Tant qu'il est bien portant le corps n'est qu'un outil habile, plus ou moins, mais là, au service, à mon service. Il pressent mon projet et l'effectue avant même que j'aie pu l'énoncer d'une façon consciente et lucide. Il est un simple instrument, une machine que j'ai su rendre souple docile et silencieux. Tel une machine, il conserve ses besoins et ses exigences mais, à condition de savoir les satisfaire, la volonté peut disposer de lui et ne lui donner pour identité que d'être l'organe de ma volonté, un exécutant.

QUI SUIS-JE ? POUR QUI SUIS-JE EN VIE ?

Cependant, le champ de l'existence, c'est bien autre chose. L'existence qui contient en son écriture même la notion d'arrachement, de sortie de soi, ne peut être rencontrée, saisie, éprouvée que dans l'épreuve. Ce n'est effectivement qu'à partir de la rencontre avec la limite, la maladie, la mort, c'est à dire avec ce qui viendra le blesser dans la chair même de sa vie que l'homme parviendra, peut-

être, à passer dans le champ de l'existence. Ce passage s'accompagne du surgissement d'un triple questionnement : celui, nous l'avons souligné d'être contraint à la conscience de sa tenue dans une certaine proximité avec la mort. Dans un deuxième temps, cette épreuve va le confronter à l'incertitude de son identité. La question du « qui suis-je ? », si longtemps maintenue à l'écart, fait retour avec violence et de manière d'autant plus violente que la réponse passe par l'autre, ce que le sujet tout puissant a toujours tenté de maintenir sous le silence. Enfin, cette épreuve le place face à la question du fameux sens de sa vie. Pour qui suis-je en vie ? Pour quoi ? La vie a-t-elle un sens. Cette quête le confronte là encore à l'altérité par le biais de la responsabilité.

LE DEPISTAGE : UNE OUVERTURE SUR LE CHAMP DE L'EXISTENCE.

Si j'insiste sur ces trois grandes interrogations, c'est que la question du dépistage systématique du cancer du sein contient en elle-même, potentiellement, les conditions du surgissement de l'épreuve et donc de l'ouverture au champ de l'existence, à un autre mode de présence. Les circonstances du surgissement de l'altérité dans la nudité de sa condition d'être humain et qui risque d'infliger à l'homme une douleur au-delà du supportable sont nombreuses et variées. Chacun la sienne pourrait-on dire, et chacun sa façon de se tenir, plus ou moins droit, dans ce face à face avec la fragilité, la solitude, la dépendance, la mort. Le dépistage d'une maladie mortelle est une de ces circonstances.

Autrement dit, en proposant aux femmes de 50 à 70 ans l'idée même d'un dépistage systématique de cette maladie dont on a pu voir l'intérêt voire la nécessité, on lui ouvre, en même temps, le champ de l'Épreuve.

DEPISTAGE : RUPTURE DANS LE TEMPS DE L'INSOUCIANCE

Il ne s'agit pas seulement de celle de la découverte du caractère éphémère de la vie, cela n'a rien d'exceptionnel. Il ne s'agit pas non plus de l'épreuve de la découverte que la vie n'est pas le lieu d'une félicité et d'une insouciance constantes. Cela aussi a été découvert bien avant. L'Épreuve dont il s'agit ici et qui peut être annoncée par le Dépistage est celle d'une rupture brutale du temps de la vie ordinaire. D'un coup, une existence qui s'était inscrite dans une certaine familiarité avec elle-même, c'est à dire une vie qui s'était organisée autour de rythmes familiers qui lui assuraient stabilité et confiance, d'un coup cette existence perd ses repères. D'un coup la mort est potentiellement toute proche alors que jusqu'à présent elle était maintenue dans les lointains de la pensée quotidienne. Brutalement elle est là, et tout vacille. Les habitudes, les assurances qui permettent de se tenir dans la vie s'effondrent et la femme se retrouve assaillie par l'inquiétude..

L'INDICIBLE DU DEPISTAGE.

Dans l'étude réalisée par l'O.R.S.⁹ parue en septembre 2001, il existe une rubrique portant le titre suivant : "Tous les motifs de non-suivi ne peuvent être dits ". On y lit les choses suivantes : « Les femmes dont les motifs sont inconnus, est le groupe le plus important. Elles n'ont pas répondu aux motifs de non-participation et semblent être des femmes sur la défensive par rapport à la mammographie ou au cancer du sein: elles ne savent pas ou ne veulent pas argumenter leur absence de suivi... ». Peut-être, tout simplement, ne le peuvent-elles pas ! On touche là à un aspect essentiel de l'Epreuve.

D'ordinaire, nous gardons une certaine possibilité d'intervention, de réflexion sur ce qui nous arrive, sur ce qui vient perturber notre existence. L'expérience, bonne ou mauvaise, agréable ou désagréable, même si elle nous plonge pour une part dans une certaine passivité, ne nous réduit pas à une pure passivité. La possibilité d'agir sur cette expérience pour l'éloigner ou pour la retenir est maintenue. Mais surtout il reste dans l'expérience la possibilité de la parler. En effet, lorsque je suis atteinte d'un cancer, je vis une expérience éprouvante dont je peux parler. Je peux dire à un autre ce qui m'arrive. Je peux m'en parler à moi-même et ce faisant je peux agir dessus. Par la parole, par les soins que je peux recevoir je garde une certaine maîtrise de cette expérience.

L'Epreuve, au contraire est, dès le départ, de nature différente de l'expérience. Elle opère une rupture décisive; et elle ôte toute possibilité de parole. L'Epreuve ne peut pas se dire, elle ne peut pas se parler ou être parlée. Elle laisse celui ou celle qu'elle frappe dans une totale hébétude, dans un total désespoir. L'Epreuve plonge dans le Silence. Elle est, comme dirait F. Chirpaz «ce qui réduit à néant tout espoir de façonner la vie en accord avec l'attente de son désir.»¹⁰. Rien d'étonnant donc à ce que tous les motifs de non-suivi ne puissent être dits. Il serait nécessaire de préciser que tous les motifs de suivi ne peuvent pas non plus être dits dans la mesure où l'offre même du Dépistage d'une telle maladie ou de toute autre maladie, je pense plus particulièrement au SIDA, plonge, inscrit d'emblée dans l'Epreuve, c'est à dire dans un dessaisissement total de soi. Quelle Responsabilité !

3- 5 Le dépistage ou l'ouverture sur le possible

En plus d'ouvrir sur l'Epreuve, le Dépistage contient, par ailleurs, en lui-même, un intime que nous allons désormais tenter d'approcher et d'apercevoir.

⁹ URCAM, Les Facteurs d'adhésion et de résistance des femmes de 50 à 74 ans au dépistage du cancer du sein, Etude réalisée par l'ORS Rhône-Alpes, en septembre 2001.

¹⁰ Chirpaz, Le Tragique, coll. : Que sais-je ?, PUF, p.42.

Quand on cherche, quand on traque, lorsque tous les moyens techniques sont mis au service d'une sorte de battue pour dénicher les traces éventuelles d'une maladie déjà présente ou sur le point d'advenir, une chose est à ne pas oublier : Peut-être que ce qui est cherché n'est pas là et ne le sera jamais. Or, l'acte de dépister a une fâcheuse tendance à mettre déjà en présence de ce qu'il tente de mettre à jour. La chose cherchée peut ne pas être là et pourtant, d'une certaine manière elle est déjà là. Cette dimension du déjà là sans être là qu'induit inévitablement le Dépistage fait basculer, pour un temps, dans une autre temporalité.

L'INTIME DU DEPISTAGE

De manière générale la vie s'organise autour de trois grands axes : le passé, le présent, le futur. On peut dire que l'expérience personnelle du temps débute à partir du moment où le sujet est capable de distinguer ces trois moments et de se repérer chronologiquement. Cette temporalité ne contient en elle-même aucune existence. Elle aussi a besoin d'une parole pour se dire. Elle a besoin d'un « j'étais, je suis et je serai ». Paradoxalement, le Dépistage ne prend pas appui de façon ferme et solide sur ces trois grands piliers de l'organisation chronologique de l'existence. Certes, il s'expérimente comme un acte et, comme tout acte, il s'inscrit dans un présent. Les manipulations techniques sont là pour en attester. Pourtant sa nature profonde ouvre non pas sur un futur, mis sur un possible. Sa pensée, sa mise en acte font basculer dans l'ère du possible. C'est là son intime. C'est là aussi la source du vertige qui nous saisit face à cette question.

UNE MORT DÉJÀ LÀ ?

Le vertige nous saisit parce que, tout à coup, la perspective change : Au lieu d'être inscrite de manière objective dans notre futur, (nous savons tous que nous allons mourir, que nous sommes des être voués à la mort), la mort est, d'une certaine manière, peut-être là, déjà là. L'acte de dépister, qu'il soit accepté ou refusé et ceci en vertu souvent des mêmes raisons, induit inévitablement la pensée du possible d'une mort qui serait déjà à l'œuvre en soi. Il se peut qu'elle soit déjà là, où sur le point d'advenir. De ce fait, l'acte de dépister introduit un court-circuit dans la temporalité passé présent futur. Paradoxalement le souci inhérent de cette rupture, la visée du Dépistage est d'interrompre pour rétablir cette temporalité faite de rythmes familiers, le plus longtemps possible grâce, si besoin est, à un soin le plus précoce possible. Le dépistage instaure donc un temps de rupture, un temps où le temps semble resté suspendu aux lèvres du médecin. Quel que soit le résultat la temporalité reprendra son cours. La vie reprendra ses rythmes qu'ils soient désormais dans l'ordre du soin ou de la

reprise d'une vie, un instant, figée. Comme nous l'avons vu précédemment, la vie se réinscrit dans le champ de l'expérience.

Ainsi, accepté ou refusé, à partir du moment où il est proposé, vu, entendu, aperçu, le Dépistage fait trace. Cet acte induit de façon automatique et systématique ce qui le sous-tend. Il expulse, si j'ose dire, son venin porteur d'une maladie, d'une mort potentiellement proche, trop proche parce que peut-être déjà là et qui, surtout, ne s'était jusque là pas manifestée.

3 - 6 Le dépistage : une autre façon d'être avec son corps.

Si, en effet, le corps n'était véritablement qu'une machine au service de l'homme, la question autour du dépistage ne se poserait pas. Si au contraire elle se pose, c'est que le rapport de l'homme à son corps est beaucoup plus complexe, beaucoup plus subtile. Il semble, en effet, que la réalité corporelle soit désormais, elle aussi, à comprendre en terme d'existence.

Le corps n'est pas seulement un organe au service, à mon service, il est aussi autre chose. Il peut surprendre l'individu dans son sentiment d'être identique à lui-même. Cette conscience de l'altérité est souvent révélée par la fatigue, la douleur, des maux de têtes, des rages de dents. Par la maladie, il découvre une autre altérité corporelle. Elle l'habite. C'est bien lui qui souffre, mais elle n'est pas de lui. Plutôt ressentie comme une chose en lui, elle est un être qui ne se confond pas avec le sien. Il commence ainsi à comprendre que vivre signifie être dans la vie d'une manière corporelle.

Bien que chaque corps soit soumis à un hic et nunc irréductible et différent pour chacun, bien qu'il soit, certes, une réalité biologique soumise à des lois, à des rythmes, bien qu'il subisse des dysfonctionnements venant perturber son déroulement ordinaire, la douleur laisse aussi entrevoir que le corps n'est pas une simple réalité vitale dépendante de l'ensemble de ses fonctions, mais qu'il est surtout et avant tout un corps humain.

L'HOMME DIT SON CORPS ET SON CORPS LE DIT

Elle sous-tend également que lorsque cet humain dit « je », ce n'est pas un pur sujet abstrait, un pur esprit qui parle, mais bien plutôt un être humain qui existe corporellement dans le monde. Cet homme dont le mode de présence au monde est un mode corporel ne peut plus considérer son corps comme une machine. Il dit son corps et ce corps le dit. L'interdépendance est totale. Quand le corps dysfonctionne, c'est tout son mode de présence au monde et aux autres qui est altéré. L'écoute de celui qui souffre est largement modifié lorsque celui

qui écoute est, lui-même, pris dans une rage de dent. Lorsque cette douleur vive est là, lorsque la migraine envahissante a fait son nid dans une tête, tout ce qui est autour n'a plus guère d'importance. Le seul souci est celui de faire disparaître cette horrible sensation. Lorsque l'on est tout à l'écoute de notre propre souffrance face à la perte d'une personne chère, que pouvons nous entendre de l'autre ? Que nous importe le monde ? Plus la douleur, plus la souffrance sont aiguës et plus le retrait aux autres et au monde est intense.

Par conséquent, la question du Dépistage, comme toute autre question venant interroger l'homme incarné, nous impose de nous situer, de nous tenir dans une jointure.

L'HOMME, CET ETRE FREMISSANT.

En effet, un être humain est pris dans un réseau de contraintes (le corps). Cependant, il n'est tel que du fait de son émergence hors de la simple contrainte. Penser l'homme dans son corps, en tant qu'être humain, ne peut se faire que si l'on se tient dans la pensée de cette jointure. Que la moindre possibilité d'une défaillance vienne à être pensée et voilà que la conscience du fait que son mode de présence au monde passe par le corps prend soudain une épaisseur. L'assurance qu'offrait la pensée d'être de plain-pied dans la vie s'effrite. La conscience soudaine de se tenir dans une jointure, de se tenir sur un terrain contenant en lui-même une faille fait vaciller cette assurance et fait plonger l'être humain dans les conditions de son existence : La fragilité, la dépendance, la mort. En se découvrant, en se pensant autre que lui-même, l'être humain se décentre de son unité. Il vacille face à l'altérité que représente un mal douloureux qu'il découvre en lui et qui n'est pas lui. S'écartant de son arrogance face à la vie, il s'entend enfin frémir. Il comprend enfin qu'il est un être frémissant.

Or, c'est encore à un autre frémissement que convoque le Dépistage.

De la confiance à la méfiance...un deuil.

D'ordinaire, souvent, lorsque la maladie est là, plus ou moins proche, le corps émet ou a émis des signes. Par la douleur, la fatigue je sens mon corps qui résiste. J'apprends que quelque chose en lui est perturbé. Le corps m'informe et s'auto informe en même temps du dysfonctionnement. Par ces signes, je sens que mon rapport au monde est perturbé, que mon expérience est transformée, voire empêchée. Il s'agit, le plus souvent, d'un processus lent ou tout du moins avec des signes précurseurs qui peuvent alerter. L'idée d'un dysfonctionnement est, petit à petit, apprivoisé.

S'il est écouté, le corps peut induire de la confiance chez celui qui l'habite. Il prend rarement en traître. Plus on est attentif à son corps et plus on perçoit

les signes légers de quelque discrète perturbation. Dans un premier temps, une tentative d'auto-réparation, d'auto-médication est réalisée. Si la douleur persiste, si le trouble se prolonge alors généralement, l'avis du médecin est requis pour tenter de comprendre ce que les signes corporels manifestent. Le symptôme a besoin, à ce moment là, d'un spécialiste, d'un interprète. Toute une démarche de recherche puis de soins est alors mise en place. Mais le trouble est petit à petit apprivoisé. On commence à apprendre à vivre avec, on compose avec lui-même si cela est difficile et pénible. C'est une expérience nouvelle qui est ainsi vécue, mais l'important est qu'il s'agisse d'une expérience.

UNE CONFIANCE TROUBLEE.

Or, la radicale nouveauté inhérente elle aussi au Dépistage vient du fait qu'à travers lui, ce qui est suggéré c'est que rien n'est venu au préalable informer d'un quelconque dysfonctionnement. Je suis peut-être malade, je suis peut-être en train de mourir sans que j'aie pu m'en rendre compte.

Ainsi, celui par lequel le sujet se dit, celui à qui il a accordé sa confiance comme à un compagnon de longue route, tout à coup n'est plus fiable. La technique vient dire à ce sujet, à cette femme, que le rapport subtil, toujours en équilibre-déséquilibre, qu'elle avait établi depuis des années avec son corps n'est plus valable, n'est plus fiable. Elle ne peut plus lui faire confiance à partir du moment où il est potentiellement porteur d'une maladie, qu'il est potentiellement entrain de mourir sans que rien, aucun signe, ne vienne l'alerter. Ce rapport intime est annulé. Au lieu d'être dans un rapport de confiance avec son corps, la femme entre, par cet acte proposé, en rapport de défiance avec lui. Ce n'est pas rien. D'allié, le corps devient gouffre d'incertitudes, d'inquiétudes. Dans ce corps, l'acte de dépister vient dire qu'il y réside potentiellement une altérité interne, dangereuse, silencieuse, meurtrière dont aucun signe ne viendra dire la présence. Seule une autre altérité, une altérité externe cette fois, technique, pourrait en informer. Ainsi, cette femme, de par nature souvent très à l'écoute de son corps, en est doublement dessaisie. D'une part en effet le Dépistage induit cette notion même de dessaisissement mais d'autre part l'acte technique, cette fois, l'oblige à se retirer de son corps afin qu'il ne soit plus qu'un objet de recherche et d'exploration. C'est à un véritable deuil auquel elle est confrontée.

N'émettant aucun signe qu'elle peut entendre, dépossédée, la femme ne peut parler de son corps et ceci dans la double acception du terme : De lui elle ne peut plus rien dire et du lieu de son corps elle ne peut plus parler non plus. Elle ne peut qu'offrir son corps au regard technique et inquisiteur des machines et à ses interprètes.

De la méfiance à la confiance ...une offrande:

Mais le vertige est là, encore plus présent. Non seulement l'acte de dépister induit inévitablement la présence possible d'une maladie encore mortelle dépistée du fait même de sa qualité morbide et dont la femme ne sait rien, non seulement le rapport de confiance qui la liait à son corps est ébranlé, sapé mais encore, elle est mise en demeure d'entrer dans un rapport de confiance avec la technique et ses interprètes dont le caractère de fiabilité est, par sa nature même, incertain.

UNE FEMME S'OFFRE ...

Dépossédée de son propre jugement sur son corps, contrainte à entretenir avec ce corps un rapport désormais de méfiance, cette femme, dans la proposition acceptée ou non d'un dépistage, n'a pas d'autre choix que de faire confiance aux différents intervenants techniques qui s'agiteront autour d'elle. Mais cette confiance est offerte et déposée dans les mains des radiologues, des assistants, de toutes les personnes intervenantes dans le dépistage. Par ailleurs avec cette confiance c'est tout son rapport à la vie et aux autres qu'elle offre. Mais c'est aussi tout cela que les différents intervenants reçoivent lorsqu'ils acceptent de participer, de près ou de loin, à une telle démarche. C'est de cette offrande précieuse dont ils sont responsables. C'est de son rapport à elle-même, de son rapport aux autres et à la vie dont ils doivent répondre à travers l'accueil, à travers les actes techniques et à travers la parole qui les accompagnent.

Rythme de vie - rythme de mort

Le vertige s'accroît encore de par le caractère systématique du dépistage.

Avant que la conscience de la temporalité (passé-présent-futur) s'installe chez un individu et qu'il puisse prendre ses repères dans un devenir, celui-ci a d'abord vécu sur le mode de la durée scandée par des rythmes. Ils continueront tout au long de la vie d'être les pôles référentiels de toute humanité.

LES GRANDS RYTHMES DE LA VIE.

Ces rythmes sont des rythmes biologiques qui organisent la vie et la survie du corps. D'abord respiratoire, il maintient le lien avec l'extérieur. Lien vital, il maintient toujours le corps en état d'ouverture sur le monde. Bien que de ce fait il rende le corps vulnérable, il n'en reste pas moins qu'il est un rythme dont l'essence même est de maintenir en vie. Bien que différent, l'autre grand rythme de l'alternance du jour et de la nuit, avant d'être une expérience cosmique et sociale du temps, est une expérience organique puisque certaines fonctions

corporelles suivent ce type d'alternance (activité-repos). Il permet au corps de se reposer, de se ressourcer toujours dans le but d'un bon fonctionnement. On sait combien la privation de sommeil peut être préjudiciable à la survie. Plus large encore est le rythme de la croissance, de la maturation et du vieillissement de l'organisme. Il organise le mode de présence au monde : l'organisme jeune ou adulte consomme beaucoup plus, dépense beaucoup plus qu'un organisme plus âgé qui ne se refait qu'à grand peine. De ce fait l'existence ne se joue plus sur les mêmes trépidations.

UNE FILLE...UNE FEMME.

Un autre rythme encore, cette fois lié à sa féminité, vient organiser différemment le mode de présence de la femme. L'arrivée des règles n'est pas seulement un marqueur social qui fait de la petite fille une femme désormais. Elle est, pour elle, l'organisateur temporel d'un vécu corporel tourné vers la vie. Tous les mois, la femme vit les signes du fait qu'elle est potentiellement porteuse de vie. Chaque mois une perte lui rappelle sa fécondité.

PORTEUR DE VIE ... PORTEUR DE MORT...

Or, paradoxalement, à partir du moment où son corps n'est plus rythmé par cet événement, le caractère systématique du dépistage vient lui offrir un nouveau rythme, moins soutenu certes, mais qui va tout de même venir scander le nouveau rapport qu'elle entretient avec son corps. Ce dernier, au lieu d'être habité par une vie potentielle est désormais habité par une mort potentielle. De porteur de vie, il devient porteur de mort. Ainsi, la systématisme du dépistage induit inévitablement un autre rythme au corps, un nouveau mode de présence à son corps.

UNE INCERTITUDE SYSTEMATIQUE.

Autrefois familier, par le dépistage systématique, le corps se met en déroute ou plus justement est mis en déroute. Tous les deux ou trois ans, le dépistage vient mettre en péril l'équilibre précaire d'une façon d'être au monde, d'une présence dont le mouvement, la tension interne tend vers le devenir. Il dévoile la fragilité de la présence, il vient rompre l'équilibre patiemment élaboré entre soi, son corps et le monde. Tous les deux trois ans, tout peut potentiellement changer, s'arrêter, basculer. bercée jusque là par un rythme tourné vers la vie, porteur de la vie, la femme de 50 à 70 ans est désormais invitée par le dépistage systématique à vivre sur un rythme tourné vers la mort, porteur de mort potentielle.

Le sein, ce lieu d'où je peux mourir.

Par ailleurs, le cancer du sein, maladie objet du dépistage, vient interpeller la femme dans un lieu intime, fragile. A la fois lieu témoin et réceptacle d'une féminité tournée vers la maternité, le sein est aussi un lieu sensuel d'où peut naître le plaisir.

LE CORPS, LIEU DE PLAISIR....

Or, le plaisir est un mode d'expérimentation du corps à travers la volupté. Cette expérience du plaisir offre une façon particulière, momentanée, de se retirer du monde. Le plaisir permet en effet, une espèce de recul en soi où d'un coup la situation présente est loin, où pour un temps l'homme, la femme, se glisse dans son corps pour devenir son corps. Ce qui est alors dit aux femmes par le dépistage systématique de cette maladie c'est que, sans pour autant ne plus être ce lieu de plaisir, le sein peut devenir concomitamment un lieu de douleur, de maladie, de mort. Origine, d'un retrait momentané du monde, le sein peut devenir l'origine d'un retrait définitif au monde.

Expérimenter ce corps n'est désormais plus le dévoilement d'un accord, d'une connivence entre les choses et son propre corps. Il ne s'agit plus de dévoiler une présence charnelle mais de traquer en lui les premières traces d'une absence charnelle. De ce lieu porteur de vie, de ce lieu source de plaisir, je peux mourir. Et c'est à cette conscience là qu'invite également le Dépistage systématique du cancer du sein.

3 - 7 Le dépistage ou la rencontre avec l'éthique

En envisageant tous ces points liés à la pensée du dépistage systématique du cancer du sein on comprend, ou du moins on peut entendre que l'adhésion à ce type de démarche ne se fasse pas de façon spontanée et enthousiasme. On peut en tout cas entendre différemment ces femmes qui refusent de se faire dépister «pour ne pas y penser», « sans raison particulière», « les trucs de médecin, les hôpitaux, je ne veux pas toucher à tout ça », « je me dis que je n'ai mal nulle part pour l'instant. Tant que je n'ai rien sur moi, je préfère ne pas chercher à savoir » ou encore « si j'ai un cancer je ne ferai rien. Pour moi, je m'en fous, je peux supporter la douleur »¹¹

participantes ou non participantes », par C. WAJS-HUCHET. Septembre 1999, dans le cadre d'une campagne de dépistage du cancer du sein dans le Nord.

« POUR NE PAS Y PENSER »

Comme nous l'avons vu jusqu'ici, ce qui est proposé dans le Dépistage systématique du cancer du sein est loin d'être anodin.

Mais cet acte pose une autre question encore peu abordée ici mais déjà esquissée.

En effet, le Dépistage soulève la question du fameux sens de la vie. Pour qui suis-je en vie ? Pour quoi ? La vie a-t-elle un sens ? Arrivée à 50 ans, arrivée à 70 ans, les réponses à ces questions ne sont certainement pas les mêmes. Cependant, quel que soit l'âge, cette quête du sens de la vie le confronte à l'altérité par le biais de la responsabilité.

L'AUTRE, POUR LUI OU PAR LUI ?

C'est toujours à travers l'autre que se prend la décision d'effectuer un tel acte. Qu'il s'agisse de le faire **pour** l'autre (le mari, les enfants, dieu...) ou qu'il s'agisse de le faire **par** l'autre c'est à dire par mon désir d'être en vie et de continuer de vivre auprès de ces personnes aimées. C'est l'autre en soi ou l'autre autour de soi qui, toujours, maintient en vie, donne vie qu'il s'agisse tant de la vie organique que de la vie psychique. C'est par l'autre que l'homme est contraint de passer pour lire, dans le regard de l'autre, la reconnaissance fondamentale de sa vie. C'est pourquoi la question du dépistage d'une maladie grave fait entrer dans le domaine de la responsabilité. Y'a-t-il quelqu'un dans le regard duquel j'existe et du même coup dont je me trouve responsable ?

LE DEPISTAGE OU LA QUESTION DE LA RESPONSABILITE.

Y a t-il un regard autour de moi, en moi, dans lequel je peux deviner les traces de ma présence humaine ? Y a t-il autour de moi, en moi quelqu'un dont, de ce fait, je dois répondre ? Il ne s'agit pas de répondre ici aux attentes des autres qui pourraient supporter ou non un tel acte. Il s'agit de savoir de qui je suis responsable, à qui je dois répondre de mon humanité et réciproquement de son humanité, c'est à dire de son appartenance à l'ordre de l'humain. L'acte de dépister confronte à ces questions. Il convoque à l'interrogation de savoir s'il existe pour soi un visage, un regard où peut venir se loger la trace de l'esprit ou plutôt la trace de la présence de l'esprit qui transfigure une chair vivante en un corps humain, qui fait sortir l'homme du biologique pour le faire entrer dans la sphère de l'érotique, de la Présence.

Dépister : le risque d'une violence inhumaine.

L'acte de dépister faisant entrer, comme nous venons de le voir, de plain-pied dans le champ de l'éthique entendue comme responsabilité pour autrui, la question de qui dépiste et comment est à entendre.

Seul existe pour un être humain et en l'occurrence pour une femme l'acte de dépister. La notion en effet de dépistage est vide de tout sujet. Il n'y a personne dans le dépistage. Or d'emblée, l'acte de dépister met en présence d'une double subjectivité : on est d'emblée dans l'inter-subjectif, dans la relation entre deux sujets. L'intime du dépistage résidant aussi dans cet entre deux, il nous place, de ce fait, sur le lieu d'un nouveau croisement, d'une nouvelle jointure où, là encore, tout peut basculer. Dans cet acte en effet, c'est à chaque fois l'intégralité d'un destin humain et par extension le destin de l'humanité qui est en jeu.

Dans l'étude pré-citée on peut lire certaines craintes des femmes face à cet acte : « Je vais bien, pourquoi est-ce que j'irais me faire tripoter ? », « c'est un acte gênant ».....

Une autre des particularités de cet acte réside également dans le fait qu'il situe d'emblée celui, celle, à qui il s'adresse, dans son extrême fragilité. Devant le dépisteur, devant celui qui se tient sur la piste des traces de la maladie, se tient l'autre dans sa nudité. L'extrême vulnérabilité de la femme se montre dans la nudité de son corps. Ainsi, de par sa nudité toujours décente, la femme est menacée dans son humanité. Elle s'expose à un acte de violence. De plus, parce que l'être humain n'existe que corporellement au monde, comme nous l'avons développé plus haut, cette violence passera nécessairement par le corps. Cela ne signifie pas pour autant que seules les violences faites au corps blesseront, mais que le corps sera toujours en jeu, d'une façon ou d'une autre.

La femme qui vient se faire dépister est dans un état de totale dépendance et de confiance offerte. Elle est obligée de soumettre à des mains étrangères, inquisitrices, neutres, froides, cette intimité corporelle normalement vouée d'une part, aux propres soins qu'elle s'apporte ou bien d'autre part, aux mains pleines d'Eros de la personne élue, aimée et aimante.

L'EXAMEN MEDICAL : UN ACTE VIOLENT.

Violente est donc, en soi, la relation au corps qui n'est plus de l'ordre de l'érotique mais désormais de l'ordre du biologique. Violente parce qu'un corps n'est jamais purement biologique. Un corps est toujours habité par quelqu'un, par une âme, une psyché, un sujet. Violent est donc cet acte de dépister quelque chose dans le corps de l'autre. Mais, il faut préciser que cette violence n'est pas une caractéristique du dépistage. Il est violent parce que toute situation d'examen médical est violente. Précisons encore qu'il s'agit d'une violence partagée. Bien que souvent bridée la violence ressentie ne se situe pas uniquement du côté de la personne qui subit l'acte médical. Elle est aussi inévitablement ressentie, vécue par l'ensemble de l'équipe médicale. Violent est en effet ce toucher qui se résume à la palpation. Violent parce que, quelles que soient la délicatesse, la pudeur de l'un et de l'autre, ce franchissement de

registre (de l'érotique au biologique) signifie un franchissement de seuil. Or, le seuil dont il s'agit ici est celui par lequel on entre « chez l'autre », dans « l'intime de l'autre ». Ce franchissement, même s'il est souvent consenti de par et d'autres (dans le meilleur des cas), n'en est pas moins violent du fait qu'il bouleverse, du fait qu'il transgresse le principe humain du corps propre. Seule, ce que j'appellerai, « une transgression éthique », c'est à dire une transgression portée, tendue par le souci de la présence de l'humanité en l'autre, en cette femme, peut, non pas en atténuer la violence, mais tout du moins faire que cette violence reste humaine.

DEPISTAGE TRIPOTAGE OUL'ESPOIR

L'acte de dépister pourtant peut être le lieu d'une extrême violence. Il peut être l'occasion, comme tout acte médical, d'une transgression qui ne se situe pas dans le champ de l'éthique.

D'UNE HUMANITE PARTAGEE.

On ne reconnaît jamais d'emblée celui qui va être l'auteur de cette violence. Il n'est ni laid, ni difforme. Il se présente souvent sous le masque de la beauté, de la bienveillance. Son geste n'est plus de l'ordre de la palpation qui, nous l'avons vu contient en lui-même une violence, mais il est désormais de l'ordre du tripotage et provoque la gêne, la honte. Ce type de geste ou de regard fait basculer dans le monstrueux, l'inhumain. Sans égard pour l'extrême fragilité, sans égard pour la nudité intime qui se tient devant lui, ce geste plonge celui à qui il s'adresse dans l'effroi.. Ce geste et surtout l'auteur de ce type de geste devient inhumain dans la mesure où il se comporte chez l'autre, dans l'intime de l'autre, comme chez lui. La femme ou tout sujet victime de cette agression, n'est pas exproprié, délogé de son chez lui, de son corps propre, mais ce dernier est occupé, au sens où l'on parle d'un pays occupé. Le sujet est alors humilié, il ne peut plus se retrouver dans l'intimité de son corps propre, de son chez lui. Autrefois lieu de silence et de solitude nécessaires à qui veut vivre une vie personnelle, à qui veut habiter sa vie, ce chez soi est désormais rendu assourdissant par des bruits de bottes dont chaque pas résonne au plus profond de lui jusqu'à le faire hurler.

Habité par un autre, l'humain devient alors un inhumain en quête d'un Regard, d'une Ecoute qui le délivre de l'occupant en lui laissant apercevoir les traces, cette fois, d'une humanité de nouveau partagée.

4 LES CAMPAGNES DE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN : ECLAIRAGES SEMIOLOGIQUES

Patrick PAJON

4 - 1 Positions

Disons le d'emblée et de façon brutale, la question du dépistage du cancer du sein est une question de vie ou de mort qui touche au plus profond de l'Être, à l'identité, au sens de la vie.

Dépister c'est rencontrer l'éventualité d'une maladie invisible et porteuse de souffrance, de mutilation ou de mort ; dépister c'est se jeter en face de cette éventualité alors que rien ne vous y oblige sinon précisément le fait de vouloir se sauvegarder ; dépister c'est donc se mettre dans une situation de violence dont la seule contre partie possible est d'affirmer ou de réaffirmer son goût de l'existence.

Les discours rationnels sur la maintenance ou la réparation d'un corps réifié et solitaire restent sans doute à la marge de cet empire du « vouloir vivre » car celui-ci se fonde, au contraire, sur les affects, les émotions, la relation à autrui.

La peur qu'engendre le seul mot de cancer ne se nourrit pas que de statistiques. Elle s'ancre dans un imaginaire qui fait de la métastase l'un des nombreux visages du monstrueux. De fait, la question du dépistage se trouve prise dans des champs de force, des zones de turbulence, qui bousculent largement les termes calculés des discours de santé publique : sous la rationalité bouillonnent les forces de l'imaginaire, et si le discours sur le dépistage veut faire sens (et en l'occurrence faire agir), il ne peut faire l'économie d'une réflexion sur ces dimensions.

Que peut alors apporter la sémiologie ? Il faut modestement en revenir au programme initial d'un de ses fondateurs, Ferdinand de Saussure, qui la décrivait comme « la science des signes au sein de la vie sociale ». Trois termes clé doivent être entendus. Il y a science, c'est à dire établissement de règles, de modèles, de lois : les messages obéissent à des structures générales. L'objet de cette science ce sont les signes : or les signes ont une fonction anthropologique évidente : il font agir. Non seulement, ils représentent le monde physique et social avec une grande économie de moyens, et au passage l'organisent en lui donnant un sens, mais de plus ils y déclenchent des actions. Le signe « singe » (Leiris) mais également le signe « performe ». Si la question du dépistage touche au sens parce que s'y affrontent les terreurs imaginaires et le sens de la vie, alors les stratégies signifiantes y prennent toute leur importance.

Enfin, il y a vie sociale: les messages ne peuvent être étudiés en tant que tels et de façon isolée. Ceux qui les énoncent comme ceux qui les reçoivent occupent des positions sociales déterminées et donc déterminantes pour que les discours agissent. Il ne suffit pas de dire mais bien de savoir d'où l'on dit et à qui l'on dit. Ainsi délimité, le territoire de la sémiologie, en réalité fort vaste, fournit un certain nombre de techniques d'analyses que nous avons utilisées sur le « corpus » de la communication de 32 départements et associations de gestion. Pour ne pas surcharger ce travail, dont nous avons tenté d'éliminer le plus possible les termes de jargon professionnel, nous renvoyons le lecteur aux annexes qui contiennent une rapide présentation des méthodes utilisées.

En ce qui concerne notre hypothèse de travail nous avons considéré que la communication sur le dépistage doit fondamentalement articuler trois instances : elle s'adresse avant tout à des sujets (les femmes) qui vont affronter une épreuve (le dépistage) avec un enjeu (la vie, mais avec quel sens ?).

La construction de messages cohérents ne peut se faire sans penser simultanément les réponses à ces trois questions : Que dit-on des sujets ? Comment raconte t'on l'épreuve ? Comment signifie t'on l'enjeu ?

Les sujets sont constitués par les discours comme des « modèles » car les femmes doivent pouvoir s'identifier, se reconnaître en eux, mais ce sont aussi des modèles au sens opératoire : si les femmes peuvent s'y identifier alors elles en imiteront le comportement dans l'épreuve. A l'intérieur des énoncés, la construction des sujets passe d'abord par l'énonciation (qui parle et comment). Qui construit cette image des femmes ? En puisant dans quel(s) registre(s) ? En laissant quelle(s) place(s) aux femmes elles-mêmes pour s'exprimer ?

Les sujets sont non seulement construits et définis par des mots mais aussi par des images qui en donnent une représentation symbolique.

Symbolique au sens où les femmes qui sont montrées valent pour toutes les autres, seraient le reflet de toutes les autres.

Symbolique aussi, dans la mesure où celles qui sont représentées se réduisent à quelques traits physiques ou de caractères. Ce sont, au bon sens du terme, des caricatures.

Symbolique enfin, car ces modèles identificatoires simplifiés renvoient évidemment à bien d'autres signifiés que les femmes représentées et ouvrent donc sur tout un imaginaire de la femme et notamment des rapports de la femme avec son corps.

L'épreuve est constituée par le dépistage médical. Or cette épreuve comporte plusieurs phases qui sont autant de moments très difficiles à vivre, autant

d'épreuves dans l'épreuve : le moment de la décision, l'examen, l'attente des résultats, et parfois de ce qui va suivre...

Aucun de ces moments ne peut se concevoir sans les autres et, bien que distincts, ils sont tous solidaires . Ils forment un tout chronologiquement organisé.

Les messages portant sur l'épreuve doivent prendre en charge cette chronologie : ils évoquent (ou tiennent secret) « l'amont » , c'est-à-dire le moment de l'information puis de la décision, en principe caractérisé par une prise de rendez-vous, le « pendant » (les manipulations techniques du test de dépistage), et « l'après » (les résultats et leurs conséquences éventuelles). Or, en tant qu'ils signifient des processus temporels, ces messages se trouvent toujours emportés du côté de la narration et du récit et tendant à adopter ses modèles structurels. Il faut entendre le philosophe Paul Ricoeur lorsqu'il affirme que :

"Le temps devient humain dans la mesure où il est articulé de manière narrative; en retour le récit est significatif dans la mesure où il dessine les traits de l'expérience temporelle" .

Autrement dit, la communication sur l'épreuve ne peut pas ne pas « raconter l'histoire du dépistage ».

Il est alors possible de mettre à jour les structures fondamentales de cette ou de ces histoires en utilisant les techniques de la narratologie (notamment les travaux de Greimas), cette branche de la sémiologie qui étudie les modèles génériques de toute histoire. De plus, leur mise en scène, c'est-à-dire les représentations symboliques (visuelles, textuelles) de l'épreuve possèdent également une importance décisive et nous pouvons les analyser selon l'approche décrite plus haut.

Ainsi, dans la mesure où les récits « font agir », il est envisageable de comprendre plus finement ce que la communication sur le dépistage tente de faire faire, où elle risque d'échouer, ce qu'elle réussit, et partant d'adopter un recul critique.

Enfin, les représentations des enjeux du dépistage sont bien sûr intimement liées à la construction des sujets et à la mise en récit de leur épreuve. Selon la définition de l'enjeu adoptée dans telle ou telle campagne, les « profils » des sujets se modifient et leur comportement dans l'épreuve fait l'objet d'une écriture différente.

Cette question de l'enjeu du dépistage qui n'est rien d'autre que celle que du sens et de la préciosité que chacune voudra bien attribuer à sa vie, constitue en réalité la pierre de touche de notre analyse.

C'est, on le verra, à partir de ses variations que se construit la typologie des sujets sur le corpus analysé et que se distinguent diverses façons de structurer le récit de l'épreuve.

Bien qu'elles ne soient pratiquement jamais explicitées les messages (ou les « campagnes ») véhiculent de grandes conceptions de l'existence qui sont ensuite sous-jacentes à tous les aspects de la communication : vision des femmes, type de discours, agencement supposé des comportements, représentations symboliques,...). Ici ce sont donc l'ensemble des techniques d'analyse (stratégies d'énonciation, représentations symboliques, structures narratives) qu'il convient de déployer.

4 - 2 Repérages

Lorsqu'on observe, à partir des techniques d'analyse de l'énonciation, les campagnes de communication menées par les départements et les associations de gestion, ce sont quatre grands « modèles » de la femme qui apparaissent. Dans la façon de les représenter, de s'adresser à elles, dans le choix des arguments évoqués, dans les présupposés de ce qu'elles connaissent et acceptent se construisent en réalité quatre modèles identificatoires qui le plus souvent déterminent quatre types de campagnes mais peuvent aussi se métisser à l'occasion de telle ou telle opération : « la femme assujettie », « la femme citoyenne », « la femme individu, » et « la femme comme personne » c'est-à-dire celle qui se définit à partir des relations avec autrui (du terme *persona*, masque de théâtre grec).

A) La femme assujettie

« Aidez nous à vous protéger », « Aidez nous à prendre soin de vous »

Dans cette vision de la femme, le pouvoir de la parole émane clairement de l'autorité administrative et institutionnelle. La caisse primaire d'assurance maladie, le conseil général, l'association de gestion, bardée de nombreux logos, parlent aux femmes à travers les catégories de leur propre discours.

La femme est ici identifiée par de simples coordonnées : le patronyme, l'adresse, le numéro de sécurité sociale, un anonyme « Madame » en tête de lettre, ... Tout semble viser, on veut bien le croire inconsciemment, à réduire la personne à un élément statistique relevant de procédures bureaucratiques. Cette

communication se situe aux antipodes de la dimension humaine et singulière de chacune.

Le rapport mis en scène est un rapport d'autorité où ceux qui s'expriment se cachent derrière un nous anonyme et impersonnel : certes le terme « invitation » remplace soigneusement celui de convocation mais le ton demeure et si la femme ne s'est pas présentée elle peut recevoir une lettre de relance comportant la mention « dernier avis » (avant poursuite ?).

Au fond, l'élément dominant d'adhésion semble être l'obéissance. Il faut obéir aux pouvoirs institutionnels parce qu'ils sont le pouvoir. Il faut obéir à leur injonction parce que les chiffres sont terribles (on en fait grand étalage ici) et parce que les statistiques du dépistage sont prometteuses. Les calculs tiennent lieu d'argument définitif.



Puisqu'il s'agit de faire passer à l'acte, le discours n'y va pas par quatre chemins : « vous ferez ceci », « vous vous rendrez à tel endroit », « vous ne devez pas vous inquiéter » ... Ce qui est énoncé sera fait à coup sûr et sans discussion possible. Certes, « dire c'est faire faire », mais c'est aussi négocier (Hermès est le dieu des signes et des marchands) alors que dans ce cas nous sommes sur le registre du pur commandement. La parole de l'autre est gommée : les femmes n'ont d'ailleurs que peu de place (1 ou 2 lignes) pour exprimer leurs divergences dans les formulaires... !

La femme est ainsi appréhendée sous un aspect uni-dimensionnel : celui de la soumission à l'autorité technocratique dont on présuppose qu'elle a incorporé le point de vue et les modes de conduite.

En matière de représentation du corps, l'analyse porte sur deux plans.

D'une part « le visuel », c'est-à-dire les représentations qui nous sont données de la femme, des femmes, de la féminité, mais également du vieillissement, de l'angoisse, de la maladie, de l'acte médical,... les images sont ici porteuses de signification et traduisent un point de vue. C'est « le vocabulaire » qui va être employé.

D'autre part sur ce que nous pourrions appeler le « récit ». Que font les personnes qui nous sont montrées, dans quelle histoire sont-elles impliquées et quelles conduites, sommes toutes exemplaires, adoptent-elles ?

Visuel : le corps est morcelé, souvent nu, parfois sans tête, réduit à une paire de sein. Il s'agit d'un corps matériel et abstrait, sans identité particulière, dont la vie semble absente, en tout cas celle qui permet la relation à autrui. La femme se réduit à son corps, le corps est perçu comme objet et même comme assemblage de pièces dont certaines doivent être contrôlées régulièrement.

Le récit sous-jacent est celui du contrôle technique : la plupart du temps il n'est d'ailleurs pas montré comme si l'on supposait qu'il aille de soi et quand il l'est, c'est un corps entouré et saisi par la technique qui est exhibé. Le dépistage est présenté comme un process industriel : le corps objet passe à la chaîne.



« Votre réponse est indispensable à la valeur scientifique de cette campagne ».

B) la femme citoyenne

« Plus de 5000 nivernaises ont déjà participé : vous aussi allez y ! ».
(ANDEMAS)

« Ensemble, continuons le dépistage du cancer du sein » (GEMS)



Ce type de discours est fortement marqué par la présence du partenaires politique, en l'occurrence le Conseil général.

La femme est considérée comme membre d'une collectivité, le plus souvent le département. Il s'agit alors de se conformer aux attitudes du groupe. Si les autres l'ont fait (le dépistage), alors il faut le faire pour ne pas être un élément anti-social. Le politique est ici l'instance qui organise ces comportements collectifs.

Les messages sont marqués par une toute une rhétorique de la persuasion morale : volontiers déclinés sur le mode de l'exhortation, ils mettent en scène un Nous (dont le politique serait garant) et un Vous là encore uni-dimensionnel puisqu'en réalité simple partie d'un grand Tout.

« Agissons », « Continuons », ...le discours se fait mobilisateur et suppose une entité collective dans laquelle il convient de se fondre. Il n'a pas de place pour le Je .

Le modèle de la femme citoyenne présuppose chez chacune un ensemble de normes qui vont de la conformité sociale, à l'engagement collectif contre un ennemi commun en passant par la révérence envers les notabilités locales.

L'observation des représentations visuelles dominantes dans ce type de campagne confirme ces remarques.



La figure principale est celle du corps mobilisé. Les personnes représentées sont de « vraies citoyennes », des êtres inscrits dans un territoire. Le corps abstrait de la catégorie précédente est habité par un être, mais qui est encore un être collectif. Il est de la Nièvre ou de l'Orne, avant que d'être singulier, et c'est à ce titre qu'on le mobilise. Les cadrages ne trompent pas : les citoyennes sont interpellées d'en haut et toutes prises en plongée. Elles sont appréhendées du point de vue de l'autorité...



Interpellée d'en haut en tant que membre d'une collectivité il s'agit d'agir au nom d'intérêts supérieurs . L'interpellation peut représenter une seule personne mais aussi plusieurs ce qui renforce la dimension collective du dépistage. Ce dernier est peu montré sous l'angle médical mais par contre évoqué comme une sorte « d'ennemi intérieur » invisible, un fléau embusqué, une cinquième colonne pathologique contre lequel chacune doit lutter pour protéger le groupe.

« Ne laissez pas le mal agir... continuez les contrôles régulièrement »
(Conseil général de l'Orne).

« Votre participation à cette campagne de dépistage est essentielle pour vous- mêmes et les autres femmes » (APREMAS).

c) La femme comme individu

Attendre la maladie ? Très peu pour moi ! Avec le dépistage, j'assume !
 (ARDEMAS)
 « Moi, la vie je dis oui » (ODLC)

Dans le modèle de la femme comme individu : c'est la dimension corporelle qui tend à primer. La femme est considérée comme habitante et responsable d'un corps à entretenir, à maintenir. La plupart du temps elle semble d'ailleurs considérée comme la seule en jouir. Dans cet objectif de la santé pour soi, l'institution médicale est évidemment le recours premier. Ce n'est pas tant la machine administrative, ou l'institution politique qui s'expriment ici que le monde médical (parfois incarné dans la parole de quelque grand professeur de médecine).



Le ton employé est celui du conseil technique avec un recours fréquent à la démonstration, à la rationalité du dépistage comme étant un bon placement pour la santé. Le but recherché, les valeurs cardinales mises en avant sont le souci de soi, la performance, l'individualisme habile avec une sensibilité au langage de l'entreprise : compétence technique et autonomie de décision

Le « je » individuel est omniprésent dans les messages, « j'agis », « je me prend en main », « je dis oui ». Contrairement aux campagnes précédentes, on a ici affaire à une femme qui parle et est identifiée comme telle. Dans cette optique, le souci de soi passe par la mise en scène de soi. On semble cependant être sur le registre « avec Carrefour, je positive »...



Au niveau des représentations visuelles ce sont maintenant des visages qui apparaissent, des volontés individuelles qui s'affirment. Ici, le corps est un instrument privé, une propriété personnelle dont on a la responsabilité et qui est une source de jouissance pour soi (faire du sport, séduire, être efficace, etc...).

Les femmes représentées sont seules et présentent un caractère volontariste. Les cadrages sont en légère contre-plongée et donc valorisant, le paradigme général est celui de « la forme » qu'il faut maintenir et du souci de soi dans une perspective de performance ou d'hédonisme.



Il est question de saut à la corde illustration de « se prendre en main » pour maintenir sa santé, de promenade en vélo et donc a nécessité de « tenir le guidon », de se conduire seule avec la détermination à continuer d'investir dans ce corps dont on serait le chef d'entreprise. Le discours sous-jacent est en fait celui de l'économie.

- « Vous mettez une chance de plus de votre côté pour rester en bonne santé » (MADAME).
- « Je mets tous les atouts de mon côté » (ADCSN).

d) La femme comme personne

« Un acte essentiel, un geste d'Amour » (Département de la Moselle).



Dans le modèle de la femme comme personne c'est la dimension relationnelle de la femme qui est privilégiée. Il s'agit de vivre avec les autres, par et pour eux. Si la santé et la vie ont un sens, c'est à travers ces relations, le plaisir qu'elles procurent mais aussi la responsabilité qu'elles induisent. Dans cette vision, la personne et son entourage sont le mobile premier de l'acte de dépistage, à la fois son origine et sa conclusion.

Le ton général des messages renvoie à un rapport d'empathie : « nous, vous et les autres ». Les valeurs qui sont mobilisées sont celles du don et de l'ouverture aux autres. Le « je » et le

« nous » sont en égale proportion , ce qui souligne encore cette idée de disponibilité aux autres. Cependant, dans la plupart des cas l'émetteur des messages à eu soin de se faire plus discret : ce ne sont pas ses valeurs qui transparaissent au travers de la communication mais la valeur de la communication elle-même.



Fondées sur une exacerbation des émotions et des valeurs d'empathie et d'amour, les campagnes basées sur ce modèle font souvent une part très importante à l'image



La déclinaison des personnages est plus vaste que dans les précédentes campagnes. Jeune/vieux, homme/femme, balisent le champ des possibles relationnels. Les femmes sont ici représentées en compagnie, en train d'échanger ou de donner des mots, des gestes, des conseils, de la tendresse, de la complicité ou de l'amour. Les jeux de regards et les gestuelles sont importants et soulignés. On est bien sur la notion de personnage au sens théâtral initial, celui qui porte un masque (la persona) mais un masque pour rencontrer autrui.



On peut observer deux types de récit. D'une part, la femme qui se fait dépister pour pouvoir continuer de donner aux autres et surtout aux proches dans le cadre familial et dans ce cas c'est la relation finale (le but du dépistage) qui est mise en scène : le jeu avec les petits enfants, la partie de pêche avec le mari,... D'autre part la femme qui parle de dépistage à une amie ou une proche et dans ce cas c'est la relation initiale (le dépistage comme objet) qui est mise en scène. Mais dans les deux cas, le dépistage fait sens pour et par autrui et non pour soi- même uniquement , voire pour un « autre » plus abstrait.

« Dépistage précoce, un acte de vie » (ISIS 83).

E) L'entrelacement des modèles

Les techniques analytiques font nettement ressortir ces quatre modèles dominants qui « travaillent » la communication sur le dépistage du cancer du sein . Certaines campagnes sont fortement marquées du sceau de l'entre d'eux : un modèle semble s'y être imposé et il y règne une grande cohérence (qui n'est pas forcément signe de pertinence). D'autres, et en réalité la plupart empruntent

à ces divers modèles comme s'ils constituaient le repère à quatre dimensions dans lequel se déploie la communication .

Ceci peut sans doute permettre de mieux cerner la façon dont on peut désormais positionner une campagne de communication par rapport à la construction des sujets féminins que l'on souhaite sensibiliser et voir agir..

Mais agir pourquoi et comment ?

4 - 3 L'épreuve

Le dépistage est une séquence de vie qui devra se renouveler périodiquement, mais en tant qu'épisode, et donc moment isolé de l'existence, il possède un début et une fin. Les discours sur le dépistage, dès lors qu'ils se saisissent de ce segment de l'expérience humaine auront tendance à le traiter selon les catégories du récit. En d'autres termes, les campagnes, d'une façon ou d'une autre, doivent toutes raconter l'épisode du dépistage.

Nous ne le démontrerons pas ici mais les récits obéissent, au delà de leur infinité diversité de surface, à des structures profondes qui sont similaires. En particulier, il semble que le récit héroïque, aussi étrange que cela puisse d'abord paraître à propos de notre sujet, soit celui dont il faut considérer les structures au plus près.

Par structure, on entendra ici la présence et l'agencement systématique (même si des ellipses et des inversions sont possibles) d'un certain nombre d'actions ou de phases d'actions qui reviennent sans cesse à travers tous les récits de ce type.

La structure canonique d'un récit héroïque prend la forme suivante.

Phase 1 : « Appel et départ du héros »

Le terme de « héros » désigne dans la théorie narratologique toute personne (ou même force agissante) qui doit effectuer une mission, poursuivre une quête, afin d'atteindre un « objet » ou objectif désirable . L'appel émane d'un personnage en position de « destinataire » qui indique l'objet, et marque ainsi le destin ou la destination du héros. On l'aura compris, le personnage héroïque ne n'a pas besoin de posséder les traits du génie ou de la surhumanité : il lui suffit de désirer quelque chose...

Phase 2 : « Obtention des moyens »

Elle s'effectue par la rencontre en chemin d'un(e) « aide » qui donne des conseils et fournit des compétences

Phase 3 : « Atteinte du seuil et entrée dans le monde mystérieux »

Toute mission implique de se décentrer et d'aller affronter des périls inconnus regroupés dans un monde mystérieux où il faut triompher. L'entrée de ce monde est parfois gardée...

Phase 4 : « Série d'épreuves et épreuve principale »

À la suite d'une série d'épreuves, le héros réussit l'épreuve principale ou décisive, celle qui permet d'atteindre l'objet de la mission.

Phase 5 : « Sortie du monde mystérieux et retour au point de départ »

Le héros remet alors l'objet (ou fait profiter de l'objectif) à un « destinataire » qui en est en quelque sorte le bénéficiaire.

Phase 6 : « Régénération du héros »

Le héros qui a réussi la quête revient toujours chez lui (le « foyer ») plus fort, régénéré, réassuré.

Aussi incroyable que cela puisse paraître cette structure se trouve être l'armature de milliers de récits de type héroïque et soulignons le initiatique ceux où le héros doit remettre sa vie en jeu afin de ressortir plus fort de l'épreuve.

Fondés sur un cycle « vie-mort-vie », lui-même calqué sur l'observation des cycles de la nature et notamment sur le cycle du soleil jour-nuit-jour, les parcours héroïque et initiatique illustrent la vieille formule « ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort »...

En d'autres termes cette forme de récit comporte un enseignement : le rappel que l'accès à l'existence et la régénération périodique du sens de celle-ci passent par la notion d'épreuve et que l'épreuve centrale n'est autre que la rencontre de l'éventualité de la mort, le combat et la nouvelle naissance.

Mais, objectera-t-on, pourquoi aller chercher ainsi ce qui peut sembler de vieilles lunes alors qu'il est ici question des femmes au quotidien, de l'action politico-administrative et d'une technicité avancée ?

Une première réponse pourrait consister à rappeler la phrase de Bachelard : « l'imagination est toujours jeune ». Les peurs et les angoisses, les rêves et les attentes, les grandes images intérieures des humains traversent le temps. L'hyper modernité n'est qu'une mince pellicule recouvrant un socle imaginaire ancestral, archaïque, inconscient, dont la présence, souvent tue, souvent ignorée se fait sentir en creux dans les comportements, un peu à la manière de ces corps invisibles qui dans le cosmos courbent l'espace et la trajectoire de la lumière.

Sait-on par exemple que dans la plupart des récits héroïques, l'épreuve principale consiste à affronter un Monstre, Monstre qui se confond souvent avec la figure du Multiple. Cet archétype du monstre multiple et multiplicateur tapi dans un monde invisible et enfoui ne peut-il par exemple rendre compte des images de terreur que peut susciter le cancer du sein, ce multiplicateur sauvage des cellules, invisible a priori et tapi « au sein » même de la femme.

Peut-on ignorer les analogies qui se font jour lorsque ce monstre, par nature lié aux forces obscures fait l'objet d'une lutte qui commence par des « rayons » (le radiologue) et que ce combat du diurne solaire, rayonnant, contre le nocturne maléfique est le principe central des parcours héroïques ?

De même lorsque Marie Claude Zinck fait remarquer qu'avec le dépistage « tout peut potentiellement changer, s'arrêter, basculer » elle indique clairement que s'instaure une séquence temporelle vie-« mort éventuelle »-vie dont se sont saisi les récits initiatiques et héroïques depuis la nuit des temps.

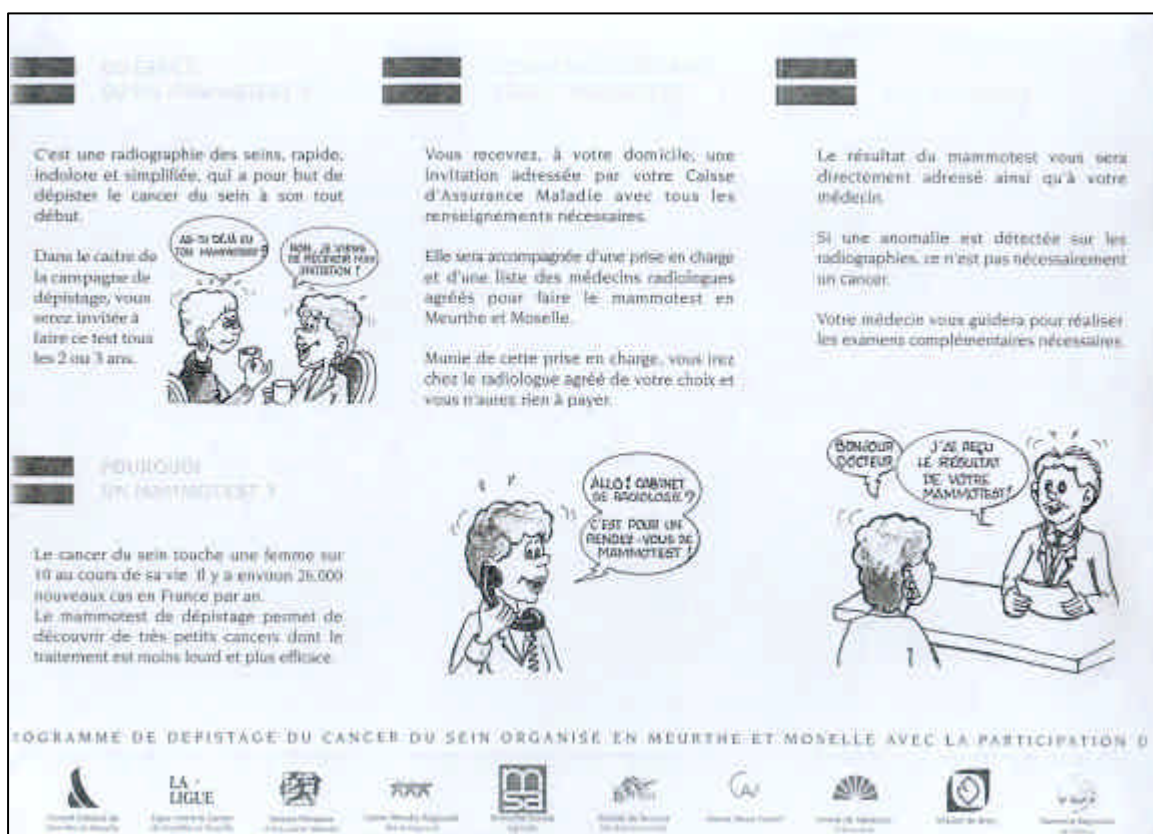
Encore convient-il de nuancer car ici « mort éventuelle » doit être entendu au sens de « maladie éventuelle » donc suivi de « combat éventuel » et « guérison éventuelle ».

Mais bien évidemment, pour chaque femme avec le dépistage c'est l'éventualité de cette confrontation avec la mort qui vient à l'esprit, sidère l'entendement, soulève une gerbe d'images et fait parfois basculer dans l'indicible.

Dans cette situation, vieille comme l'humanité, que disent nos modernes récits à propos du dépistage ?

Nous allons dans un premier temps analyser trois exemples, relativement faciles à saisir puisqu'ils sont illustrés.

CAMPAGNE 1



Les trois premières vignettes constituent les phases 1 et 2 du récit, « appel et départ du héros » et « obtention de l'aide ». Le destinataire est en apparence la fille de l'héroïne, l'objet est la bonne santé, la mission est le dépistage présenté comme prévention et donc comme aide. Il existe en réalité un destinataire amont dont la fille se fait le relais : l'instigateur de la campagne d'affichage. Cette phase se termine par le départ « Eh bien, je vais y aller ».

La quatrième vignette nous amène directement à la phase 5 du récit « sortie du monde inconnu et retour au point de départ ». Le radiologue serre la main de la patiente qui dit « 5mn c'était vraiment court » et pense « en plus c'est gratuit ». La cinquième vignette ramène logiquement (et graphiquement) à la situation initiale : la fille est en position de destinataire (phase 5) cette fois-ci et déclare : « maintenant je suis rassurée » (alors qu'on ne connaît pas a priori les résultats...). L'héroïne, fidèle au principe de régénération (phase 6), « se sent de mieux en mieux ».

En se calquant sur le cercle héroïque pour son début et sa fin, ce petit récit qui se veut exemplaire occulte donc délibérément la question du monde mystérieux (invisible, « court », « gratuit ») et des épreuves qui s'y déroulent (examen, attente des résultats).

La question de la mort est déniée systématiquement.

CAMPAGNE 2



Les deux premières vignettes fonctionnent sur le même principe que la campagne précédente : destinataire « amie », destinataire second émetteur de l'invitation (il n'y a pas moins de 10 logos en bas de page). Le départ de l'héroïne est illustré par le coup de téléphone déclenchant le rendez-vous. La femme semble cependant fébrile...

La troisième vignette pose graphiquement la question de l'épreuve principale : le médecin vient de recevoir les résultats et la « mort éventuelle » au sens où nous l'avons précédemment entendue est bien inscrite sur la feuille qu'il tient entre ses mains. La femme est en face de l'épreuve de la mort éventuelle et dans l'épreuve bien réelle de son éventualité. Dans un instant elle va savoir : la tension semble extrême, les personnages sont fébriles,...

Toutefois, le cycle du récit s'interrompt brutalement, la suite demeure inconnue : combat ou non ? Triomphe ou non ? Régénération ou non ? Le mystère demeure.

Évoquée un instant, la mort éventuelle est aussitôt escamotée et rejetée dans le déni et le non-dit.

CAMPAGNE 3

La troisième campagne ne comporte que deux moments du récit illustrés par deux affiches : trois femmes, appelons les Mme A., Mme B. et Mme C. en sont les protagonistes.



Sur la première affiche Mme A. est en position de destinataire et d'aide et Mme B. en position héroïque. La première parle vrai et fait appel aux valeurs du cœur. La main droite est posée sur celui-ci quant à la main gauche son mouvement signifie l'argumentation. Son regard fixe Mme B. Cette dernière, le regard perdu dans le lointain, semble envisager la suite du parcours et les épreuves à accomplir. La gravité du visage marque bien «l'éventualité de la mort» mais celle-ci est renvoyée hors-champ, hors de l'image.

Est-il ici question du seul dépistage ? le second plan de l'image, fait de carreaux de verre, ramène au monde clinique de l'hôpital ou du cabinet de radiologie.

Mme B. ne vient-elle pas de connaître un résultat positif et s'apprêterait donc au combat tandis que Mme A. l'aide en lui indiquant que le cœur, l'affect et le désir seront des précieux alliés dans la lutte ?

La seconde affiche montre Mme B. en position de destinataire envers Mme C. lui expliquant sans doute (à partir de sa maladie ou non) la nécessité du dépistage .

Avec ce système de transitivity, l'accent est donc mis sur l'effet de chaîne, sur la solidarité, sur la notion de réseau de résistance : il faut, comme dit le texte « en parler pour agir ». Le récit met l'accent sur le rôle du destinataire et sur la relation entre amies comme déclencheur. C'est l'amitié, le désir de préserver l'autre qui sont les moteurs du passage à l'acte.

Toutefois, là encore, ni l'acte de dépistage, et encore moins le combat redouté ne sont clairement montrés.

A partir de ces trois exemples, mais nous pourrions les multiplier, il est possible de formuler deux remarques :

- Le modèle héroïque /initiatique rend effectivement compte de la structure des récits concernés
- Un certain nombre de segments sont systématiquement manquants et font basculer le récit dans le non dit, celui-ci n'étant pas ce qui n'est pas dit mais ce qui devrait être dit et est occulté.

Dés lors, le monde médical (monde mystérieux), et la confrontation avec la mort (les résultats et leur attente) sont systématiquement éludés, ou alors comme nous le verront totalement déconnectés de leur contexte . Aucun des récits n'est complet, chacun mettant par ailleurs l'accent sur tel ou tel segment.

Ainsi dans les campagnes de type « femme assujettie », la mort et l'épreuve sont en réalité assez présentes par l'abondance des données statistique sur la dangerosité du cancer et par la présence d'images fortes du dépistage, mais ni m'amont ni l'aval de cet épisode ne sont donnés clairement.

Dans les campagnes de « femme citoyenne », l'accent est surtout mis sur « l'appel collectif » et la volonté du destinataire. L'épreuve centrale et la trajectoire « héroïque » individuelle sont absentes. Le destinataire est lui aussi collectif.

Pour ce qui concerne les campagnes de type « femme individu », le destinataire et le destinataire se confondent et sont emphatiques mais l'épreuve centrale n'est toujours pas présente.

Enfin dans les campagnes de type « femme personnage », c'est bien le destinataire qui est valorisé, en l'occurrence les « autres » à qui la femme pourra continuer de prodiguer son attention , mais l'épreuve principale continue d'être occultée.

De tous ces silences, il résulte pour les femmes l'impossibilité d'accéder à la globalité de la situation sur un mode identificatoire.

Autrement dit, la communication raconte le dépistage en passant l'essentiel sous silence...

Mais pour procéder autrement encore faudrait-il savoir quel sens attribuer à l'essentiel.

4 - 4 Du sens

L'évacuation de l'épreuve centrale et de sa violence n'est qu'un symptôme d'une volonté de masquer l'épreuve de la mort.

Pourquoi en est-il ainsi ?

D'une part est-ce sans doute la marque de l'époque que de vouloir ainsi gommer à tout prix la mort.

Mais d'autre part nous devons observer qu'il conviendrait en réalité, pour fonder la légitimité de l'épreuve de donner un sens à la vie. Pour illustrer cette question, il faut encore une fois se souvenir que les héros, compris cette fois-ci au sens de la mythologie, sont toujours « numineux » c'est-à-dire qu'ils procèdent d'une essence transcendante et sacrée. Or, en dernier instance, c'est bien ce transcendant qui donne un sens à la vie au sein des sociétés traditionnelles. Le héros est le personnage auquel on s'identifie car il tente et réussit le dépassement de ses limites pour se porter vers « autre chose ». La première victoire du héros est toujours une victoire sur lui-même, un dépassement de soi pour se rapprocher d'un monde de valeurs indiscutables (ce qui est la marque du sacré, lequel est ce pour quoi on serait prêt au sacrifice c'est à dire regarder la mort en face).

Sans faire systématiquement appel au sacré retenons simplement ceci : il n'y a pas d'héroïsme et donc de lutte sans un système de valeurs. Faute de ce dernier tout appel à la lutte (ou à ce qui y renvoie éventuellement comme le dépistage) risque fort de rester « lettre morte ».

Quelques témoignages, issues de personnes ayant surmonté un cancer du sein peuvent donner un aperçu de cette mobilisation des valeurs nécessaires pour mener le combat.

Yolande, 45ans

« Après 3 ans et demi, cet épisode de cancer du sein me laisse avec une énorme fragilité... C'est un aspect positif de l'expérience puisque plus rien n'est filtré de la même façon à l'intérieur. La résonance des choses est transformée à jamais Il n'y a plus beaucoup de place pour les demi-mesures à ce niveau Est-ce la présence de la mort possible qui me connecte à cela? Est-ce ma perception de trop nombreuses fuites face à la mort dans notre société?

Cependant, cette charge de fragilité génère aussi un lot d'angoisse et de vulnérabilité difficile à vivre au quotidien. La peur d'être toute seule m'est apparue sans que je ne soupçonne sa présence; j'étais une femme autonome! Ma capacité de vivre en santé, autrefois une de mes plus grandes forces, laisse place au doute aussitôt qu'un petit malaise pointe à

L'horizon. Mon bras gonflé de lymphe me rappelle constamment ce que j'ai vécu en plus de m'imposer de nouvelles limites physiques.

A plusieurs reprises, j'ai été inspirée par cet arbre qui, à un moment donné, s'est mis à pousser enchevêtré dans une clôture de métal et qui, bien des années plus tard, devient lui-même un « arbre-clôture ». Il ne peut plus se dissocier...

Voilà l'image de ce qu'est pour moi « vivre en santé » M'assouplir, m'adapter, me mouler, me laisser envahir et envahir à mon tour, ressortir différente de ce qui était prévu. Me révéler grandie, encore plus vivante...

A l'aube de la ménopause j'apprends à ne plus rien prendre pour acquis. Tous les jours, je cultive et j'apprivoise doucement cette fragilité qui devient mon guide intérieur. Je me transforme pour devenir une nouvelle personne, une nouvelle Yolande... »

Marjolaine, 42 ans

« Après la sentence, tout va tellement vite; la course aux spécialistes, la réorganisation de la famille, de la maison, de mon commerce, bref, la désorganisation de ma vie. La mutilation, perte de mon sein, de mon rein, de mes cheveux; ma féminité fond à vue d'oeil; mon corps redevient pubère.

J'ai l'impression de passer dans une autre dimension; accompagnée des miens depuis le début, je savais qu'ils devraient à un moment donné me laisser traverser les étapes seule, face à moi-même, sur ce chemin qui me confronte et m'oblige à regarder le cancer en face si je veux vraiment guérir. Je cherche à comprendre...

J'ai fait un rêve merveilleux, la rencontre de mon moi physique et de mon moi métaphysique; ce dernier a réconforté mon corps en le prenant dans ses bras. Mon moi physique a reçu la guérison dans les bras du grand Moi.

Aujourd'hui 6 mars 2001, j'ai reçu mon dernier traitement de chimio; je passe du côté des convalescents et me voici au repos pour plusieurs mois. Mes cheveux repoussent, les cicatrices se referment sur une expérience surhumaine. Durant ces 8 mois de combat, je me suis fait des muscles, ma volonté de guérir est en mutation vers une volonté de vivre plus forte que jamais. Le cancer n'est pas nécessairement une catastrophe, il peut permettre de grandir tout en guérissant. »

Francine, 41 ans

« Le pire, c'est vivre avec la peur et l'anxiété; les miennes mais aussi celles que j'ai vues dans les yeux de ceux qui m'entourent et qui m'aiment. Nous connaissons tous des moments de peur ponctuels, mais vivre au quotidien avec la peur, faire face à cette forme de terreur profonde qui s'empare de nous sournoisement, c'est autre chose. Quel formidable mur à surmonter chacune pour soi.

Je me souviens d'avoir été transportée par d'innombrables témoignages d'amour et de les avoir déguster tous. Je me souviens aussi d'un moment précis où je me suis réouverte au plaisir et à la joie de vivre après avoir négocié au quotidien les décisions médicales importantes et les difficultés du traitement. Transformée par l'expérience, je peux maintenant vivre bien plus librement et pleinement qu'avant ma maladie. D'une certaine manière, c'est le plus grand, merveilleux et précieux cadeau que j'ai jamais reçu. Je ne regrette rien car j'ai découvert le pouvoir de l'amour et de la joie. »

Si nous en revenons maintenant au problème du dépistage, les questions qui se posent sont les suivantes .

Quelles valeurs proposer qui vaillent le combat, comment communiquer sur elles ? Et surtout à partir d'où ? Tant il est vrai que la force des idées ne tient pas à la seule efficacité symbolique des messages mais bien aussi à l'autorité des « appareils » (partis, institutions, associations, églises, école,...) qui les propagent.

On comprend mieux désormais pourquoi les multiples agents sociaux qui architecturent les messages sur le dépistage ne peuvent les « teinter dans la masse » qu'avec leurs systèmes de valeurs, et pourquoi certaines campagnes sont monochromes (un des acteurs domine) d'autres étant davantage polychromes (il y a superposition des valeurs)

Les Caisses d'assurance maladie et la machine administrative ne peuvent dans un premier temps que proposer des valeurs gestionnaires et techniques pour baliser l'horizon du Monde et la finalité de la Vie. Vivre ce serait être un « objet terminal » d'une grande « machine » technico-économique. Toute la rhétorique textuelle et visuelle en témoigne.

Voit-on dans ces valeurs quoique ce soit d'assez fort pour se soutenir dans le regard de la mort en face ? Nous ne le croyons pas...

Les Conseils Généraux ne peuvent également, dans un premier temps, que reconduire les arguments de leur sphère de valeur : citoyenneté, action collective, mobilisation des énergies, adhésions, urgence, solidarité (et son revers la soumission au collectif),...

Certes ce sont des valeurs réelles, mais sont-elles de quelque efficacité symbolique dès lors qu'il s'agit d'un combat que l'on livrera seule ? Observe-t-on d'ailleurs dans la mobilisation de ces valeurs l'amorce d'un sens donné au bonheur singulier ? Les appareils politiques ne peuvent que proposer des discours et soutenir des valeurs collectives : leur rôle n'a jamais été de donner sens à la

vie de chacun(e). Plus personne, du moins dans nos sociétés, n'est prêt à saturer le sens de sa vie avec les valeurs du groupe ou du parti...

Les Agences de communication qui travaillent les messages sur le dépistage s'inscrivent aussi dans le cercle de ceux qui décident et leurs propositions peuvent également refléter leurs systèmes de valeur. En tous cas, elles ont compris qu'il fallait s'adresser ici à des êtres singuliers et que les valeurs à mobiliser ne se situaient pas au niveau du collectif (bureaucratique ou politique). Deux systèmes de valeur émergent celui du marché et celui de la communication en tant qu'elle nourrit la relation avec autrui.

Les valeurs du marché sont sous-jacentes aux campagnes où les femmes sont considérées comme individu autonome (l'homo economicus classique) et gèrent leur corps et leur santé comme un capital. Ce type de réduction de la vie à ses dimensions économiques peut avoir quelques chances de rencontrer des échos dans la société actuelle mais nous savons aussi que, face au tragique, elle ne peut suffire.

Reste alors le dernier système de valeur qui est fondé sur le primat de la relation à autrui : un système de valeur où le sens de la vie se construit dans le regard de l'autre, où le maintien par tous les combats de l'expérience de la vie se fait sous le transcendant du rapport à l'autre et plus fondamentalement de la responsabilité pour autrui.

Avant d'aller plus avant, arrêtons sur un autre témoignage...

Suzanne, 49 ans

« Quand j'ai appris que j'avais un cancer, la première chose qui m'a sauté au visage, c'est ma date d'expiration...Ma finalité...J'avais pas l'impression d'être déjà rendue là. Je savais que j'étais mortelle, mais je ne m'étais jamais vraiment arrêtée à ça. Je réalisais que j'allais peut-être perdre ceux que j'aime pour toujours. Pour aller où? Pour faire quoi? Je ne savais pas! Je me sentais comme au bord d'un grand trou dans lequel la vie risquait de m'obliger à sauter... Puis en même temps j'avais envie de prendre mes jambes à mon cou et me sauver. J'avais peur, peur de mourir, peur de souffrir, peur de devenir un cadavre sur deux pattes, peur de trainer dans des corridors d'hôpitaux pour le reste de mes jours. Puis à côté, il y a mon amoureux, mes amis, ma famille qui sont là plus que jamais, qui me tiennent la main... ils m'offrent leur amour et un soutien que je ne croyais pas mériter. Ils me donnent l'envie de me battre pour rester encore plus longtemps auprès d'eux. Pour être là moi aussi quand ils auront besoin de moi. La maladie, en quelque sorte, souligne à gros traits les beaux côtés de ma vie. Elle me fait comprendre, malgré tout, à quel point je suis un être privilégié... que la vie m'a choyée... C'est juste dommage de devoir passer par là pour en prendre pleinement conscience. »

Que nous dit ce témoignage : que le principal moteur, le plus intimes se tient dans cette phrase « Pour être là moi aussi quand ils auront besoin de moi ».

Si la femme s'éprouve comme sujet devant se préserver c'est qu'elle se trouve irremplaçable dans l'épreuve de la responsabilité et que cette responsabilité n'est pas d'abord fondée sur des valeurs telles que la soumission technocratique, la responsabilité citoyenne, ou le souci égoïste de soi mais bien d'abord par ce que Levinas, cité par M.C. Zinck, nomme « l'éthique » à savoir une façon pour le sujet « d'être un hôte pour autrui ». Cette expérience de l'altérité est fondée, pour Levinas, sur l'expérience de la « vulnérabilité » et du dénuement de l'autre (ce qu'il nomme « l'expérience du visage ») et solidairement du sentiment de responsabilité envers lui.

A partir de ce constat, et de cette prise de position, comment penser alors une communication du dépistage qui fait une place centrale à cette éthique et quelles recommandations formuler.

4 - 5 Recommandations

Nos recommandations ne peuvent porter que sur les campagnes de communication, ce qui était l'objet de notre analyse, et nous n'avons pas les moyens dans cette brève note de formuler des points de vue sur « le reste », si importants, que sont par exemple la communication inter personnelle dans la relation médicale ou la parole d'aide au sein des organismes d'action sociale.

Nous avons observé que la communication du dépistage se déployait parmi quatre grandes dimensions, chaque dimension étant une vision de la femme + un mode de comportement face à l'épreuve + un système de valeurs.

La question du dépistage du cancer du sein et de sa mise en œuvre étant ce qu'elle est aujourd'hui, chacune de ces dimensions possède sans doute son bien fondé et sa légitimité. Au delà de ses capacités de mobilisation qu'il faut conserver, chacune présente cependant des faiblesses et des risques. Après les avoir mis en lumière, nous proposons de voir comment les « enrichir humainement », voire éthiquement.

Machine gestionnaire : combattre l'abstraction.

Le risque est de ne pas mobiliser chez les femmes ce par quoi elles pourraient devenir des sujets responsables. Le terme d'assujettie n'a pas été choisi au hasard.

Nous pensons avoir été suffisamment polémique dans la description de cette dimension pour qu'apparaissent assez évidentes ses faiblesses, ses lacunes, voire ses absurdités, et les maux étant soulignés, leur remède consiste en leur suppression :

- gommer l'ensemble du vocabulaire gestionnaire et administratif
- parler d'une seule voix qui soit légitimement perçue, c'est à dire bâtir une véritable « personnalité » pour les associations de gestion qui ne peuvent en rester à un amoncellement de logos.
- puisqu'il s'agit de faire émerger de la personnalité là où règne l'abstraction, faire en sorte de personnaliser au maximum la relation avec les femmes. IL est nécessaire qu'une « personne morale » compatisse avec, ou bien marque de l'attention à, une autre personne et ceci hors de tout rapport de force. Il n'y a pas de raisons, sinon de moyens qui sont à obtenir, que la communication publique sur la santé soit en deçà de ce que réussit quotidiennement la communication commerciale...même s'il ne s'agit que d'un aspect très particulier et, bien sûr, réduit, de la personnalité.
- Adopter des stratégies visuelles qui mettent en scène les relations de la femme avec les autres.

Engagement citoyen et conformité sociale : jouer des singularités.

Nous avons souligné que les valeurs citoyennes, qui risquent souvent de se trouver ramenées à un simple conformisme au groupe constituaient un système de valeurs trop large pour s'appliquer à l'intime de la question du « sens » de la vie.

Dans un contexte général de reproche fait par la société au monde politique de « ne pas se situer près des gens », il conviendrait ici de mettre l'accent sur des singularités.

La société civile, n'est pas une mais multiple et la communication doit s'y adapter avec des campagnes mettant en scène la diversité des femmes et des groupes sociaux, diversité qui d'ailleurs se modifie d'un département à un autre.

Il doit être possible de conserver la capacité de mobilisation du ton citoyen tout en travaillant à des représentations plus fines du corps social et en privilégiant également la mise en scène de solidarités de proximité (dimension relationnelle).

La femme responsable de son corps : limiter l'égoïsme.

Le travers de cette dimension, probablement non dénuée de charme pour une génération qui aura connu l'avènement du féminisme, et mettant en scène des femmes autonomes, responsables, actives, animée par les valeurs du souci de soi, c'est qu'elle peut laisser de côté toutes celles que la vie n'a pas amené à pouvoir s'identifier à ce modèle. Sans doute parfaitement adaptée à une vision libérale de l'individu accompli dans son développement, elle propose comme « sens de la vie » une exaltation de soi-même qui débouche sur l'égoïsme.

Sa capacité de mobilisation demeure cependant forte et gagnerait encore en puissance si cette dimension était articulée avec celle de la femme personnage qui est essentiellement fondée sur l'éthique relationnelle.

L'articulation de ces deux dimensions permettrait d'ailleurs de décliner des mises en récit de l'épreuve qui soient cohérentes et porteraient à la fois sur la nécessité du combat et la définition de ce qui lui donne sens.

La dimension éthique : faire parler l'Autre

L'ensemble de notre travail incite à accorder une attention toute particulière à cette dimension et à en « importer », autant que faire se peut, les caractéristiques au sein des autres dimensions, voire à la privilégier le plus possible en tant que telle.

Certes elle aussi peut présenter des faiblesses. Notamment, il n'est pas certain qu'elle rencontre un écho chez des femmes gagnées par la « distance sociale » ou pour le dire plus brutalement l'exclusion : toutefois d'autres canaux, ceux de l'aide sociale, peuvent ici prendre le relais.

Pour toutes les autres, nous pensons que la mise en scène de la responsabilité vis-à-vis d'autrui est le plus puissant des leviers, et celui qui nourrit le courage d'aller affronter l'épreuve.

Or sur cette question de l'Autre et de sa vulnérabilité appelant notre responsabilité, bien des améliorations pourraient être apportées aux campagnes existantes.

Certes l'Autre est montré sous la forme de l'enfant, du conjoint de l'ami(e) mais il ne demande jamais rien et c'est toujours un destinataire lointain (l'Etat, la collectivité, le sens de ses propres affaires) qui incite à l'épreuve du dépistage.

Il serait assez facile d'imaginer, en convoquant quelques outils sémiologiques appropriés, des messages où la demande directe de l'Autre serait mise en scène...

5/ au terme du travail, quel écho ?

5 - 1 Réflexions du groupe de travail

Au terme de ce parcours, il a été proposé au groupe de travail de renvoyer en écho leurs préoccupations les plus importantes, ce sont les suivantes :

Bruno Fantino

Le dépistage est un acte dont la violence n'est pas mesurée

Il y a nécessité de prendre en compte la dimension potentiellement inhumaine du monde médical sur lequel ouvre le dépistage : process technico-médical en déficit de relations de partage

Avançons l'Idée d'un contrat pour la vie : la violence est le prix à payer, il y a combat avant réassurance

Notons l'importance d'une dimension de réciprocité, d'égalité

Gilles de Angelis

Le contexte du dépistage est très différent du curatif

Il y a réellement de nouveaux enjeux pour les professionnels

Il est nécessaire de faire partager à tous les acteurs qu'il n'y a pas de recette simple, que ça suppose pour chacun une réflexion sur ses buts et pratiques, qu'ils doivent s'approprier de nouveaux apports

Il serait nécessaire d'intégrer dans les formations une réflexion sur la singularité du dépistage, démarche violente avec acte volontaire

Tous doivent prendre conscience qu'il n'y a pas de communication univoque, pas d'homogénéité des femmes

Marie Elisabeth Gilg

Marquons l'importance de la communication auprès des professionnels dans une logique d'accompagnement plus que de conviction

la démarche de dépistage doit être perçue comme difficile et complexe, en particulier par la perte de confiance vis à vis du corps qu'elle implique, et par le déni qu'entraîne le fait qu'on ne sent rien

Compte tenu de la violence du dépistage, il y a un enjeu essentiel d'humanisation

Les dimensions d'éthique, de citoyenneté, de responsabilité sont importantes

Il faut accompagner la réflexion plus que convaincre

Face à la diversité des populations, il faut réfléchir à la diversité des canaux de communication ?

Il faut replacer le dépistage dans une dynamique de vie

La question des cultures doit être posée

Anne Garnier

Le dépistage introduit des doutes par rapport à ce qui paraît évident
Il est nécessaire d'avoir une visée autre que la seule qualité technique optimale
Si le projet initial de la communication est le passage à l'acte, il y a production de difficultés inévitables
La prise de conscience de la violence suggère une démarche de «ménagement» des personnes

Marie Claire Zinck

Le dépistage introduit de nouveaux temps de rupture, entre vie et mort
Il produit un bouleversement : le sein devient lieu de mort
Se posent de nouvelles questions de responsabilité, d'éthique, de confiance, de défiance
Les acteurs techniques doivent prendre conscience de l'offrande» que leur font les femmes
Il est nécessaire de prendre en compte la violence de tout acte médical et du risque d'être inhumain
Le dépistage ouvre sur des possibles très impliquant
L'homme dépasse toujours les organes qui le constituent
L'enjeu est de replacer cette question dans une histoire de la pensée

Isabelle Courtial

Il faut percevoir l'enjeu du nouveau rythme introduit par le dépistage, de l'organe concerné
Il est important de prendre conscience de la perturbation de la relation de confiance par rapport à son corps
Il y a un enjeu à différencier la communication (typologie de femmes, âges)
Il est important d'obtenir le consentement éclairé à la participation

Florence Demma

Il faut valoriser les bénéfices attendus
l'importance d'un message de vie doit être soulignée
L'enjeu de l'aide après le dépistage est fondamental
Il y a sans doute intérêt à segmenter les messages, les informations selon les publics
Il est nécessaire de sensibiliser les personnels de santé
Il est important d'inciter les communicateurs à réfléchir aux différentes dimensions impliquées

Marie Christine Annino

On doit réfléchir aux différents modes de communication, supports matériels et humains

Il faut prendre conscience de l'impossibilité de mobiliser l'indicible : l'altérité, la temporalité suspendue, le nouveau rythme créé

Il y a toujours la question d'un « mouvement interne » des professionnels sur ce qu'ils savent être indicible avec la réflexion de chacun sur l'enjeu de l'aborder ou non avec des moyens très variables

5 - 2 Pour ne pas conclure

Réflexions d'un éducateur de santé au terme de ce parcours

Claude Bouchet

Le CRAES-CRIPS a réalisé il y a un an un document sur la prévention, l'éducation, la promotion de la santé* avec l'objectif de mieux éclairer les concepts et de faire des propositions pour accroître la qualité et l'efficacité de la prévention. Ce document évoquait déjà des questions qui reviennent très fortement dans ce document :

La conception de la personne comme sujet ou objet de la prévention, la complexité du rapport au corps, la « gestion » de la peur, l'estime de soi, la dynamique émotionnelle, le rapport au savoir, le rapport au collectif.....

La question du dépistage du cancer du sein nous oblige à aller encore plus loin, car il pose les questions fondamentales de la vie et de la mort, du sens de l'existence, d'une épreuve que l'on peut essayer d'adoucir mais que l'on ne peut réduire.

Il est intéressant que le même mot de communication, autour duquel la DRASS Rhône Alpes a interpellé le CRAES-CRIPS, recouvre deux réalités :

Celle plus collective qui renvoie à l'enjeu de «toucher» (atteindre, mais aussi mobiliser) le large public de femmes concerné par le programme. Et cette étude pointe l'importance d'une diversification des supports, pour sensibiliser, pour informer, pour intéresser. Avec de nombreuses références aux précautions que l'on doit prendre, aux relations à établir, toujours, entre la communication « mass médiatique » ou écrite et la possibilité d'un échange, d'un accompagnement, de rencontres avec des professionnels ou des « usagers », avec aussi une attention nécessaire aux conditions concrètes de vie, aux inégalités sociales d'accès à l'information et à la prévention, aux différences socioculturelles qui ont tellement de conséquences dans le rapport au corps et à la santé.

Celle, plus personnelle, entre deux sujets qui s'engagent ensemble dans une relation de «soin de prévention» dont l'étude montre tout ce qu'elle mobilise, toute la violence dont elle est porteuse, toute l'attention à l'autre qui sera nécessaire pour que cette épreuve qui va rythmer la vie reste du côté du respect, de la liberté et du sens de la vie.

* BOUCHET C. - *Eclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé*. Lyon : CRAES-CRIPS, 2001. - p.36

Dans ce travail, pas de recette de communication, pas de programme préétabli, pas de prêt à porter, mais une exigence proposée à chacun, communicateur, journaliste, administrateur, gestionnaire, professionnel de santé, acteur social, responsable d'association...de mobiliser ses compétences spécifiques en toute lucidité et éthique, compte tenu de la gravité pour les femmes de ce programme de santé publique auquel il est demandé à chacun d'être contributif, en position de responsabilité partagée.

La aussi, prenons le temps d'y réfléchir ensemble.

Cancer du sein : depistage et communication

BIBLIOGRAPHIE

Réalisée par

LE SERVICE DOCUMENTATION
DU CRAES-CRIPS RHONE-ALPES.

Table des matières

Documents généraux.....	75
Communication et santé.....	76
Aspects psychologiques, économiques et sociaux (Résistance, adhésion).....	77
Campagnes de dépistage - Evaluation.....	78
Rhône-Alpes.....	80
Recommandations.....	81
Coût des campagnes de dépistage.....	82
Polémique autour du dépistage de masse.....	82
Outils.....	83
Image du corps, image du sein, problématique du vieillissement.....	83
Représentation de la maladie grave.....	84

N.B. Tous les documents présentés sont disponibles au centre de documentation du CRAES-CRIPS.

Documents généraux

ANCELLE-PARK R. - **Le programme national de dépistage du cancer du sein.** - La santé de l'homme, n° 332, décembre 1997. - pp. 11-13.

BOISSONNAT V. - **Dépistage du cancer du sein : Pratiques médicales & politiques publiques.** - Paris : INSERM, 1996. - 249 p.

CHAPPELLON S. - **Le dispositif de dépistage.** - ADSP, n° 25, décembre 1998. - pp. 36-39.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. - **Organisation des programmes de dépistage des cancers.** - Paris : DGS, 4 mai 2001. - 7 p.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. - **Troisième plan d'action de lutte contre le cancer.** - Paris : DGS, 1999. - 7 p.

FANTINO J., FABRY J. - **Prévention du cancer du sein.** - In Guide de médecine préventive : Quinze questions à l'usage du généraliste. - Paris : Ellipses, 2001. - pp. 75-90.

GILLOT D. - **Programme de lutte contre le cancer : 1^{er} février 2000.** - Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, [10.10.01]. Disponible sur Internet. <URL : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_000201.htm>.

GUIGOU E. - **Annonce du dépistage du cancer du sein : Conférence de presse 11 juillet 2001.** - Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, [06.09.01]. Disponible sur Internet <URL : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_01711qu.htm> .

JESTIN C. - **Le dépistage du cancer du sein de la phase d'expérimentation à la généralisation.** - ADSP, n° 25, décembre 1998. - pp. 38-39.

MANUS J-M. - **Cancer du sein / cancer du col : du nouveau dans le dépistage.** - Revue de l'infirmière, n° 57, février 2000. - pp. 36-37.

MENARD C. - **Dépistage des cancers féminins : Parlez du cancer avant qu'il ne prenne la parole.** - La santé de l'Homme, n° 332, décembre 1997. - pp. 9-10.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. - **Dépistage du cancer du sein en France.** - Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, [06.09.01]. - Disponible sur Internet <URL : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_01711.htm>.

OUIMET R., BOUSQUET L. - **Les femmes âgées et le dépistage du cancer du sein.** - Le gérontophile, volume 20, n° 1, 1998. - pp. 30-31.

TUBIANA M. - **Le dépistage du cancer du sein, l'Union européenne et la France.** - Bulletin du cancer, n° 83(9), 1996. - pp. 726-731.

VANDENBROUCKE-VAN DER VIELEN A. - **Le dépistage du cancer du sein : Les objectifs, bénéfiques et inconvénients.** - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 49-50.

WAIT S., SCHAFFER P., SERADOUR B. - **Le dépistage spontané du cancer du sein en France.** - Bulletin du cancer, n° 84 (6), 1997. - pp. 619-624.

Cancers féminins : l'enjeu du dépistage. - Vivre, n° 296, octobre 1997. - pp. 31-42.

Dépistage des cancers. - In Baromètre santé : Premiers résultats 2000. - Vanves : Editions CFES, 2000. - 4 p.

Dépistage des cancers du sein. - In La santé des femmes. - Paris : Flammarion, 1996. - pp. 247-248.

Dépistage des cancers gynécologiques. - In Baromètre santé médecins généralistes 98/99. - Vanves : Editions CFES, 1999. - pp. 131-150.

Dépistage ou prévention secondaire ?. - Revue de l'infirmière, n° 60, mai 2000. - pp. 18-22.

Dépistage ou diagnostic ?. - Impact médecin hebdo, n° 367, 23 mai 1997. - pp. 80-83.

Dépistage systématique : le programme est mis en place. - Vivre, n° 301, janvier-février 1999. - pp. 11-12.

Le dépistage des cancers. - La santé de l'homme, n° 351, janvier-février 2001. - p. 12.

Le dépistage des cancers féminins en France. - In La santé en France 1994-1998. - Paris : La documentation Française, 1998. - pp. 243-252.

Les examens de dépistage. - In Féminin Santé. - Vanves : Editions CFES, 1998. - pp. 254-255.

Communication et santé

BONTEMPS R., CHERBONNIER A., MOUCHET P., TREFOIS P. - **Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques.** - Bruxelles : Question santé, 1998. - 45 p.

CANARELLI T., BLOCH J. - **Etude sur la communication dans les 32 programmes de dépistage du cancer du sein.** - Paris : DGS, 2001. - 15 p.

CHAUVIN F. (dir.), BRIXI O. (dir.), ROUSSILLE B. (dir.) - **Du bon usage de la communication en éducation pour la santé.** - Vanves : Editions CFES, 1998. - 289 p.

LIGUE CONTRE LE CANCER. - **Dépistage systématique du cancer du sein : Typologie des logiques de communication.** - Montreuil : Alain Mergier Consultants, 1999. - 30 p.

MATHIEN M. (dir.). - **Médias - santé - politique.** - Paris : L'Harmattan, 1999. - 246 p.

OGRIZEK M., GUILLERY J-M., MIRABAUD C. - **La communication médicale**. - Paris : PUF, 1996. - 127 p.

ROUSSILLE B., ARWIDSON P. - **L'éducation pour la santé est-elle efficace ?**. - Vanves : Editions CFES, 1998. - 289 p.

Les enjeux éthiques de la communication médiatique. - In Education pour la santé et éthique. - Vanves : CFES, 2001. - pp. 96-104.

Aspects psychologiques, économiques et sociaux (Résistance, adhésion)

BARDON A. - **Cancer : combattre les inégalités sociales et géographiques**. - Impact quotidien, n° 1028, mardi 18 mars 1997. - p. 3.

BERTOLOTTO F., JOUBERT M., LEROUX M., RUSPOLI S. - **Le dépistage du cancer du sein : Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage de masse**. - Paris : RESSCOM, 1999. - 164 p. (indisponible)

CLOUET P. (dir.). - **Campagne de dépistage du cancer du sein dans le Nord : Etude quantitative auprès d'un échantillon de femmes participantes**. - Paris : Rémanences, septembre 1999. - 133 p.

CLOUET P. (dir.). - **Campagne de dépistage du cancer du sein dans le Nord : Etude quantitative auprès d'un échantillon de femmes non participantes**. - Paris : Rémanences, septembre 1999. - 96 p.

COLLIGNON J-L., MARTIN N. - **Comportement et attentes des femmes de 50 à 69 ans face au dépistage du cancer du sein**. - Santé conjugulée, n° 16, avril 2001. - pp. 65-71.

COLLIGNON J-L., MARTIN N. - **Comportements des femmes de 50 à 69 ans face au dépistage du cancer du sein : Enquête réalisée en Province de Namur**. - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 82-89.

DOUMONT D., LIBION F., DECCACHE A. - **Que mettre en place pour favoriser la participation des femmes aux dépistage du cancer du sein ? Leçons d'expériences internationales ...** - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 70-76.

ENQUETE & OPINION. - **Campagne de dépistage du cancer du sein : Synthèse - Etude qualitative**. - Metz : Enquête & Opinion, 1998. - 57 p.

FONTAINE D. - **Les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein**. - Lyon : ORS, 2001. - 117 p.

LE COUTOUR X., BEYNIER D., BERCHI C. - **Dépistage des cancers, précarité économique et isolement social**. - Revue française des affaires sociales, n° 2, juin 1999. - pp. 73-74.

LIGUE CONTRE LE CANCER. - **Dépistage systématique du cancer du sein : Analyse des entretiens. Document de travail.** - Montreuil : Alain Mergier Consultant, 2000. - 32 p.

MEYSTRE-AGUSTONI G., DUBOIS F., PACCAUD F. - **Profil des non-participantes à un programme de dépistage du cancer du sein.** - Médecine et hygiène, n° 2195, volume 56, 4 février 1998. - pp. 267-269.

MOATTI J-P., BEVA V., EISINGER F., OBADIA Y., ALIAS F., DRESSEN C. - **Attitudes de la population française face au dépistage des cancers.** - La santé de l'homme, n° 308, novembre/décembre 1993. - pp. XXII-XXVI.

SCHRAUB S., ARVEUX P., MERCIER M. - **Aspects psychologiques du dépistage.** - Bulletin du cancer, n° 82(8), 1995. - pp. 607-610.

SERVAIS I. (dir.). - **Campagne de dépistage du cancer du sein dans le Nord : Etude quantitative auprès d'un échantillon de professions de santé.** - Paris : Rémanences, septembre 1999. - 99 p.

WAJS-HUCHET C. (dir.). - **Campagne de dépistage du cancer du sein dans le Nord : Etude quantitative auprès d'un échantillon de femmes participantes ou non participantes.** - Paris : Rémanences, septembre 1999. - 172 p.

Campagne de dépistage du cancer du sein dans le nord : synthèse des études d'évaluation. - Paris : Rémanences, septembre 1999.

Dépistage des cancers féminins. - In Baromètre santé adultes 95/96. - Vanves : Editions CFES, 1996. - pp. 209-230.

Dépistage du cancer du sein. - La gratuité est le facteur déclenchant pour près d'une femme sur deux. - Le quotidien du Médecin, 5 novembre 1999. - p. 16.

L'inégalité des français face au cancer. Le statut social : un facteur déterminant. - Le quotidien du Médecin, 3 juin 1999. - p. 21.

Campagnes de dépistage - Evaluation

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. - **Evaluation du programme systématique du cancer du sein.** - Paris : ANAES, 1997. - 75 p.

ALLEMAND H. - **Dépistage du cancer du sein : Expériences pilotes du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.** - In Dépistage des cancers : De la médecine à la santé publique. - Paris : Les éditions INSERM, 1997. - pp. 29-37.

ANCELLE-PARK R., NICOLAU J. - **Résultat du programme national de dépistage systématique du cancer du sein.** - BEH, n° 52/1999, 28 décembre 1999. - pp. 219-221.

ANCELLE-PARK R., SERADOUR B., SCHAFFER P., ALLEMAND H., TUBIANA M. - **Le programme national de dépistage systématique du cancer du sein.** - BEH, n° 10/1997, 4 mars 1997. - pp. 39-41.

ANCELLE-PARK R., NICOLAU J. - **Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999.** - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 27/2001, 3 juillet 2001. - pp. 127-129.

APTEL I., GROSCLAUDE P., DUCHENE Y., SAUVAGE M. - **Stade des cancers du sein dans une région sans dépistage systématique.** - BEH, n° 22/2000, 30 mai 2000. - pp. 91-93.

ASSOCIATION POUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN DE L'OISE. - **Dépistage du cancer du sein dans l'Oise pour les femmes de 50 à 69 ans : Rapport d'étape après 14 mois de campagne.** - Compiègne : ADCASO, 1999.

BLEYEN L. - **Le dépistage du cancer du sein en Flandre.** - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 61-64.

BOURDON C. - **Le dépistage du cancer du sein en Communauté française de Belgique.** - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 65-66.

GANRY O., PENG J., DUBREUIL A. - **Evaluation du dépistage de masse du cancer du sein dans le département de la Somme (France) entre 1990 et 1996.** - Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n° 47, 1999. - pp. 335-341.

GEORGEL G. - **Campagne de dépistage du cancer du sein dans le département des Ardennes.** - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 54-56.

HAEHNEL P. - **Dépistage du cancer du sein : les enjeux.** - Bulletin de l'ordre des médecins, février 1999. - p. 7.

LACOUR A., MAMELLE N., ARNOLD F., et al. - **Les programmes de dépistage de masse du cancer du sein en France : Evaluation comparative.** - Journal de gynécologie d'obstétrique et de biologie de la reproduction, n° 26, 1997. - pp. 470-483.

LAFON M. - **Cancer du sein : Résultats d'une enquête en Midi-Pyrénées.** - Le généraliste, n° 2026, 25 avril 2000. P. 7.

MOURET-FOURME E., STAKOWSKI H., SAVIGNONI A., et al. - **Dépistage mammographique du cancer du sein en Ile-de-France : Conclusion d'une étude auprès de 4000 femmes salariées.** - Le concours médical, volume 121, n° 19, 15 mai 1999. - pp. 1452-1456.

OBERLE D. - **Etat des lieux des campagnes généralisées du dépistage du cancer du sein : Organisation et coût de fonctionnement.** - Vandoeuvre-lès-Nancy : SFSP, 1999. - 233 p.

SANCHO-GARNIER H. - **Cancers du sein : programmes de dépistage** - ADSP, n° 30, mars 2000. - pp. 71-77.

SANCHO-GARNIER H. - **Quelle efficacité pour les actions préventives ?**. - ADSP, n° 25, décembre 1998. - pp. 31-35.

SANTE CANADA. - **Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada**. - Ottawa : Santé Canada, 1999. - 33 p.

SCHAFFER P., GAIRARD B., GULDENFELS C., et al. - **Un système décentralisé de dépistage du cancer du sein : L'exemple du Bas-Rhin en France**. - Journal de radiologie, volume 81, n° 8, 2000. - pp. 845-857.

SCHAFFER P. - **Dépistage des cancers féminins : état de la question, avancées et questionnements actuels**. - Le courrier de l'évaluation en santé, n° 17, février 2000. - pp. 7-9.

SERADOUR B., ALLEMAND H., SCHAFFER P. - **Programme français de dépistage du cancer du sein. Résultats de cinq départements (1989-1994)**. - Bulletin du cancer, n° 84(8), 1997. - pp. 822-828.

WAGNON M.C., BACK C., SCHANNOUN F., et al. - **Dépistage au Grand-Duché de Luxembourg**. - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 57-60.

Rhône-Alpes

BLATIER J-F., VAPPEREAU P., QUILLON A., FROIS B. - **Le dépistage spontané du cancer du sein en région Rhône-Alpes : Taux de couverture et facteurs associés à la consommation de mammographies des artisans et des commerçants**. - Grenoble, Lyon : CMR des Alpes et du Rhône, 1999. - 42 p.

BLATIER J-F., VAPPEREAU P., QUILLON A., FROIS B. - **Le dépistage spontané du cancer du sein en région Rhône-Alpes**. - Grenoble, Lyon : CMR des Alpes & CMR du Rhône, 1999. - 42 p.

BREMOND A., VICTORIA J., COURTIAL I. - **Le cancer du sein de 1988 à 1992 dans le département du Rhône : Effets du dépistage**. - Reproduction humaine et hormones, volume VIII, n° 1-2, 1995. - pp. 69-71.

COURTIAL I. - **Dépistage systématiques du cancer du sein : Rapport 1997**. - Lyon : ADEMAS, 1997. - 60 p.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE RHONE-ALPES. - **Le dépistage du cancer du sein en région Rhône-Alpes**. - La Lettre de la DRASS, n° 2001-0031-L, avril 2001. - 2 p.

EXBRAYAT C., GARNIER A., WINCKEL P., et al. - **Dépistage simultané des cancers du sein, du col utérin, du côlon et du rectum. Expérience de l'Isère**. - Bulletin du cancer, n° 83(8), 1996. - pp. 641-648.

FAESCH C. - **Rhône : le dépistage du cancer du sein s'intensifie**. - Le généraliste, n° 1952, 8 juin 1999.

GARCIA-GIANNOLI H., SASCO A. J. - **Prévention des cancers par les médecins généralistes du Rhône : une enquête déclarative.** - Bulletin du cancer, n° 83(10), 1996. - pp. 853-863.

GARNIER A., EXBRAYAT C., MARRON J., et al. - **Programme de dépistage simultané du cancer du sein, du col utérin et du côlon-rectum destiné aux femmes de 50 à 69 ans en Isère.** - Santé Publique, volume 12, n° hors série, 2000. - pp. 59-69.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES. - **Le cancer du sein dans la Drôme.** - In La santé observée dans la Drôme : Tableau de bord départemental sur la santé. - Lyon : ORS, 1999. - Fiche 7.7.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES. - **Le cancer du sein en Rhône-Alpes.** - In La santé observée dans en Rhône-Alpes : Tableau de bord départemental sur la santé. - Lyon : ORS, 1998. - Fiche 7.7.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES. - **Le cancer du sein dans le Rhône.** - In La santé observée dans le Rhône : Tableau de bord départemental sur la santé. - Lyon : ORS, 2000. - Fiche 7.7.

SAINT-RUF M. - **Rhône : mille cancers du sein dépistés en dix ans.** - Le quotidien du médecin, 18 mai 1999. - p. 22.

SANNINO N., SONKO A. - **Opinion des médecins libéraux de Rhône-Alpes sur le dépistage organisé du cancer du sein.** - Lyon : ORS, 2001. - 43 p.

Place du médecin libéral dans une campagne de dépistage organisée (Isère). - La lettre du CAREPS, n° 13, avril 2000.

Un geste qui sauve. - La lettre trimestrielle de l'action sociale en Isère, n° 2, mai 2000.

Recommandations

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. - **Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale.** - Paris : ANAES, 1999. - 34 p.

ANCELLE-PARK R.-M., SANCHO-GARNIER H., FAIVRE J. - **Le dépistage du cancer : Recommandations pour l'Union européenne.** - ADSP, n° 34, mars 2001. - pp. 72-77.

ANDRE M. - **Une opération qui exige des critères de qualité très rigoureux.** - Le quotidien du médecin, n° 6930, 6 juin 2001. - p. 21.

AUBERT J.-P., FALCOFF H., FLORES P., et al. - **Dépistage mammographique individuel du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans : audit de pratique de 41 médecins généralistes d'Ile-de-France.** - La revue du praticien, n° 300, mai 1995. - pp. 40-51.

BAIJOT E. - **Dépistage du cancer du sein : quel est le rôle du médecin généraliste ?**. - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 77-81.

CHARENT I. - **Le généraliste présent aux trois temps du cancer du sein**. - Impact médecin hebdo, n° 479, 11 février 2000. - pp. 38-43.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. - **Cahier des charges des « structures de gestion » des programmes de dépistage des cancers**. - Paris : DGS, 4 mai 2001. - 26 p.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. - **Cahier des charges pour les radiologues participant au dépistage du cancer du sein**. - Paris : DGS, 4 mai 2001. - 19 p.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. - **Cahier des charges pour l'organisation de dépistage des cancers : « Structures de gestion » des programmes**. - Paris : DGS, 8 janvier 2001. - 29 p.

LAMARQUE J-L., CHERIF CHEICK J-C., LAURENT J-C., et al. - **Impact du dépistage**. - Impact médecin hebdo, n° 277, 21 avril 1995. - pp. XII-XVI.

MALCHAIR F L. - **Le contrôle technique de la qualité en mammographie**. - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - p 52.

SANCHO-GARNIER H. - **Pas d'efficacité sans réelles conditions de qualité**. - Vivre, n° 300, novembre 1998. - pp. 14-15.

SANTE CANADA. - **Rapport sur le forum national sur le cancer du sein**. - Ottawa : Publications Santé Canada, 1994. - 54 p.

VANDENBROUCKE-VAN DER VIELEN A. - **Recommandations européennes pour l'assurance de qualité dans le dépistage par mammographie**. - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - p 51.

Coût des campagnes de dépistage

PERELMAN J. - **Réflexions sur les aspects économiques du dépistage du cancer du sein**. - Bulletin d'Education du Patient, volume 19, n° 2, 2000. - pp. 67-69.

WAIT S. - **Le coût du dépistage du cancer du sein**. - Bulletin du cancer, n° 83(9), 1996. - pp. 769-772.

Polémique autour du dépistage de masse

BENKIMOUN P., BURSAUX E. - **Une étude danoise relance le débat sur le dépistage du cancer du sein**. - Le Monde, 14 janvier 2000. - p. 11.

Cancer du sein : une étude met en cause l'utilité de la mammographie. - Le quotidien du médecin, n° 6619, 10 janvier 2000. - p. 39.

CHARENT I. - **La mammographie sur la sellette.** - Impact médecin hebdo, n° 476, 21 janvier 2000. - p. 37.

DILHUYDY M. H. - **Le dépistage de masse des cancers du sein : primum non nocere.** - Références en Gynécologie obstétrique, volume 3, n° 1, 1995. - pp. 11-18.

LEMAIRE V. - **Faut-il dépister le cancer du sein par mammographie avant 50 ans ?** - Le concours médical, volume 120, n° 5, 18 avril 1998. - pp. 1075-1077.

LE M. - **... à tempérer : Réponse d'un épidémiologiste.** - Le généraliste, n° 2011, 3 mars 2000. - p. 21.

ROSNER I. - **Douches froides** - Le généraliste, n° 2011, 3 mars 2000. - p. 20.

SCHAFFER P. - **Dépistage systématique du cancer du sein : Après 12 ans d'expériences pilotes, la France n'a toujours pas de politique de dépistage du cancer du sein.** - Le concours médical, 29 septembre 2001.- pp. 1927-1931.

SCHAFFER P., RENAUD R., GAIRARD B., GULDENFELS C. - **Cancer du sein entre deux dépistages : l'intervalle de trois ans est-il trop long !.** - Revue d'épidémiologie et de santé publique, volume 43, n° 3, 1995. - pp. 290-293.

Dix ans de mammographie en Suède : Mortalité identique. - Le généraliste, n° 1934, 6 avril 1999. - p. 14.

Risques de la mammographie. - Le concours médical, n° 1, 8 janvier 2000. - p. 4.

Outils

ARC-EN-CIEL. - **Le temps d'en parler : regards de femmes sur le dépistage des cancers féminins.** - Mons en Baroeul : Imagen, 1998. - Document vidéo, 20 mn.

Le dépistage, un atout pour les femmes. - Bruxelles : Vie féminine, 1995. - Kit pédagogique (En commande).

Image du corps, image du sein, problématique du vieillissement

ATTALI C., BREART G., DELANOË D., HASSOUN D., LACHOWSKY M., LOPES P., MENARD J., MISCHLICH D., RINGA V. - **Femmes, médecins et ménopauses.** - Paris : Berger-Levrault, 1999. - 186 p.

DANZON F. (dir.), DRESSEN C. (dir.). - **Féminin santé.** - Vanves : CFES, 1998. - 434 p. K0301/CFE

JEHANE J. - **Se reconstruire face à un cancer du sein.** - Lyon : Chronique Sociale, 2000. - 128 p.

LE MOAL L., FITOUSSI A. - **Cancer du sein : guide à l'usage des femmes.** - Paris : Bash Editions, 2000. - 147 p.

SAUREL-CUBIZOLLES M-J., BLONDEL B. - **La santé des femmes.** - Paris : Médecine-Sciences Flammarion , 1996. - 386 p.

Représentation de la maladie grave

ADAM P., HERZLICH C. - **Sociologie de la maladie et de la médecine.** - Paris : Nathan, 1994. - 127 p.

AMIEL-LEBIGRE F., COGNALONS-NICOLET M. - **Entre santé et maladie.** - Paris : PUF, 1993. - 176 p.

D'HOUTAUD A. - **Sociologie de la santé : Langages et savoirs, Environnement et éthique.** - Paris : L'Harmattan, 1998. - 397 p.

KELLER P-H., PIERRET J. - **Qu'est-ce que soigner ? : le soin, du professionnel à la personne.** - Paris : Syros, 2000.

LAPLANTINE F. - **Anthropologie de la maladie : Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutique dans la société occidentale contemporaine.** - Paris : Payot, 1992. - 411 p.

MASSE R. - **Culture et santé publique : Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé.** - Montréal : Gaétan Morin Editeur, 1995. - 499 p.

PETRILLO G. - **Santé et société : La santé et la maladie comme phénomènes sociaux.** - Lausanne : Delachaux et Niestlé, 2000. - 348 p.

VIGARELLO G. - **Le sain et le malsain : santé et mieux-être depuis le Moyen Age.** - Paris : Seuil, 1993. - 399 p.