

L'espérance de vie des personnes handicapées s'est allongée et témoigne du bénéfice que ces personnes ont, elles aussi, tiré des progrès de la médecine.

Des avancées sont estimées possibles grâce à certaines démarches préventives. C'est dans cette perspective que nous publions aujourd'hui cet article qui est l'occasion de sensibiliser et d'éclairer l'ensemble des acteurs sur les questions qui touchent à la prévention de certaines maladies en direction des personnes handicapées, notamment par l'accès aux dispositifs de dépistage organisé.

L'étude réalisée par nos collègues du CREAI Paca sur le dépistage du cancer est un signal fort pour faire évoluer les pratiques et pour que l'on puisse véritablement parler de prévention pour tous.

Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques en établissement médico-social

Etude réalisée par

Laurence COUËPEL, *psycho-sociologue*, **Sophie BOURGAREL**, *géographe de la santé, chargées d'études*
et le **Dr Monique PITEAU-DELORD**, *directrice au CREAI Provence Alpes Côte d'Azur et Corse*
dans le cadre du PRSP PACA en partenariat avec le CRES Provence Alpes Côte d'Azur

I - CONTEXTE

➤ Le cancer et le dépistage en population générale

Le cancer est la seconde cause de mortalité dans la population générale : 20 à 25 % des causes de décès attribuées. La prévalence va en s'accroissant avec l'âge. Les cancers du poumon, du sein chez la femme et cancers colorectaux ont les occurrences les plus fréquentes dans la population générale.

En France, le cancer colorectal est responsable de 16.000 décès et le nombre de nouveaux cas par an est de 36 000. Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme, avec près de 50 000 nouveaux cas par an et le nombre de décès est estimé à 11 000.

• **Dépistage du cancer du sein**

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) concernant l'évaluation du plan cancer 2003-2007¹, le dépistage du cancer du sein est généralisé depuis 2004 en France avec de fortes disparités inter et intra départements.

Il est estimé que « de véritables freins à l'accès au dépistage perdurent ».

Différents obstacles ont pu être identifiés :

- des inégalités dans l'offre et un maillage sanitaire fragile. Les radiologues sont en effet inégalement présents sur les territoires, ce qui restreint le choix des femmes pour effectuer une mammographie de dépistage.
- une carence d'information à la fois des femmes et des professionnels de santé,

¹ Voir bibliographie en fin d'article (2^{ème} partie qui paraîtra dans le bulletin d'informations de février 2011, n° 311)

- des déterminants psychologiques, tel que le désir « de ne pas savoir »
- un choix spécifique pour le dépistage individuel, en dehors du système de dépistage organisé.

Selon une enquête réalisée en 2005 par l'Institut National de Veille Sanitaire (Fado-sein)² sur les facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein, les quatre principales sources de connaissance du dépistage organisé citées par les femmes étaient par ordre de fréquence :

- la lettre d'invitation au dépistage organisé,
- les informations diffusées,
- les spots télévisés,
- les informations communiquées par un médecin traitant.

Une majorité de femmes connaissent l'existence du dépistage organisé, mais moins de 50 % le jugent fiable. Pour les femmes n'ayant réalisé aucune mammographie, le manque de temps (24 %) et l'absence d'antécédents familiaux de cancer du sein (20 %) sont les deux raisons les plus fréquemment citées pour expliquer cette absence de recours.

Pour les femmes ayant réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, les deux principales raisons évoquées pour avoir participé au dépistage organisé étaient la conscience d'être à un âge où il est conseillé de réaliser une mammographie fréquemment (60 %) et de faire attention à sa santé (52 %).

L'étude Fado-sein dans son ensemble souligne le rôle central du médecin dans l'adhésion au dépistage du cancer du sein. Nombreuses sont les femmes qui échangent avec leur médecin de l'invitation au dépistage organisé et l'avis du professionnel paraît influent.

• **Dépistage du cancer colorectal**

Le cancer colorectal est le cancer digestif le plus répandu : il est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et le troisième chez l'homme³. Le dépistage permet de détecter la maladie à un stade avancé qui permet de réduire la mortalité de 33 %.

Le dossier, *Programme de dépistage du cancer colorectal : quelles recommandations pour quelle efficacité ? Tour d'horizon de pays occidentaux*, réalisé en 2007 par l'Ecole Nationale de Santé Publique regrette la faible implication des médecins généralistes en France concernant le dépistage du cancer colorectal.

Les causes de non-participation du public sont :

- l'impression d'être en bonne santé,
- le déni d'un problème de santé
- la gêne et le dégoût du test qui implique la manipulation de selles.

Cette faible participation serait le résultat de la mauvaise connaissance de la prévalence du cancer colorectal ainsi que de sa létalité. De plus, peu d'adultes ont conscience de l'exposition féminine à ce cancer. Le dossier pré-cité relève une rareté de recommandation au dépistage de la part des médecins généralistes.

² Duport et al, 2005, voir bibliographie en fin d'article (2^{ème} partie qui paraîtra dans le bulletin d'informations de février 2011, n° 311)

³ Bovet R. et al, 2008. Longuet M, Souques M, 2002.

La méconnaissance de ce cancer concerne aussi bien le public visé par le dépistage que certains professionnels de santé. Le rapport de l'ENSP souligne que le public cible :

- est sceptique sur l'utilité du dépistage car il se fie aux symptômes,
- n'a reçu aucune information pour une majorité,
- ne comprend pas l'utilité de se soumettre régulièrement au test de dépistage pour ceux ayant déjà participé une fois,
- éprouve du dégoût face à la manipulation des selles,
- pense que le dépistage n'est pas important aux yeux des soignants.

➤ Cancers et personnes handicapées

L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées expose cette population au risque d'apparition d'un cancer. Les prévalences estimées et ajustées par âge et par sexe pour les personnes handicapées sont similaires avec la population générale dans les déficiences intellectuelles (Evenhuis, 1997, 2000). La taille des tumeurs dépistées est supérieure à celle de la population générale, ce qui permet de penser que le dépistage et le diagnostic sont tardifs face à la difficulté d'expression des plaintes de ces personnes, et d'accès à une information compréhensible (Azéma et Martinez, 2003).

Les données relatives au cancer sont relativement rares selon les différents types de handicap, à l'exception des personnes trisomiques qui présentent un profil tumoral particulier : fréquences des leucémies, des lymphomes et des cancers des testicules, rareté des autres cancers, dont le cancer du sein (Satgé et al, 2001, Hasle et al, 2000). On a aussi quelques éléments de connaissance sur la fréquence des cancers digestifs et gastro-intestinaux qui auraient une prévalence double chez les personnes déficientes intellectuellement.

Les médecins généralistes de PACA ont fait l'objet d'une enquête afin de connaître leurs pratiques vis-à-vis des personnes handicapées (Verger, et al., 2005). Ces médecins ont des difficultés à prendre en charge des patients handicapés. Un quart du panel interrogé déclare réaliser des actes de prévention (vaccination hépatite B, dépistage du cancer du sein, proposition d'une contraception) moins fréquemment chez les patients handicapés que chez les autres patients.

II – OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette étude a pour objectifs de :

- connaître les pratiques des structures d'hébergement pour personnes handicapées en matière de dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus ;
- identifier l'accès à l'information et au dépistage des personnes handicapées et des personnels de structure d'hébergement ;
- questionner le besoin de formation de personnel relais ;
- émettre des préconisations d'amélioration.

III – METHODOLOGIE

L'étude réalisée porte sur un échantillon représentant 15 % des établissements médico-sociaux avec hébergement de la région PACA, au nombre de 200. Les critères stratifiants de cet échantillon portent sur le département, la catégorie d'établissements, la présence d'une population âgée de 50 ans et plus. Les catégories d'établissements incluses sont les suivantes⁴ :

- Maison d'accueil spécialisée (MAS), qui reçoit des personnes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
- Foyer d'Accueil médicalisé (FAM), qui héberge des adultes lourdement handicapés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité d'ordre professionnelle, leur fait obligation de recourir à une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
- Foyer de vie, qui accueille des adultes handicapés non reconnus travailleurs handicapés et ne nécessitant pas de soins constants.
- Foyer d'hébergement, qui accueille en fin de journée et en fin de semaine des travailleurs handicapés soit en établissement de travail protégé, soit en milieu ordinaire, ou encore **en centre de rééducation professionnelle**.

Sur les 30 établissements sélectionnés par tirage au sort, 28 entretiens ont été réalisés⁵, auprès de 4 MAS, 4 FAM, 6 foyers de vie, 6 foyers d'hébergement de travailleurs en ESAT (ex CAT) et 8 établissements polyvalents.

Pour cette étude, la méthode de l'entretien semi directif a été utilisée, à partir d'un guide d'entretien pour le recueil de données qualitatives et d'une fiche signalétique pour le recueil de données quantitatives. Selon les cas, les entretiens ont été conduits auprès de la direction, des chefs de service, de l'équipe médicale ou paramédicale, ou de l'équipe éducative. Le guide d'entretien est divisé en 5 grandes parties relatives aux :

- niveaux d'information et de formation relatifs au dépistage des cancers au sein des structures d'hébergement
- pratiques des structures d'hébergement en matière de dépistage
- accès à l'information des personnes handicapées
- déroulements des dépistages dans les établissements
- besoins de formation au sein des structures d'hébergement.

Les informations recueillies ont été traitées avec le logiciel Sphinx et une analyse thématique des discours a été effectuée pour les 28 entretiens.

⁴ Source : ENSP, consultable dans la bibliographie en fin d'article (2^{ème} partie qui paraîtra dans le bulletin d'informations de février 2011, n° 311)

⁵ Entre septembre et décembre 2009.

IV – LE DEPISTAGE ORGANISE

➤ Les structures de gestion

Le programme de dépistage organisé est piloté par les structures de gestion qui coordonnent, au plan départemental, parfois interdépartemental, les programmes de dépistage des cancers. Ces structures sont responsables :

- des relations avec les professionnels concourant au dépistage comme les cabinets de radiologie agréés ou les médecins traitants ;
- de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population ;
- de l'organisation de la seconde lecture des mammographies jugées normales ;
- de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées ;
- des relations avec les personnes dépistées ;
- du recueil des données et de la transmission des résultats aux personnes concernées ;
- de la gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget type ;
- de l'évaluation interne et de l'assurance qualité du programme ;
- du retour d'information vers les professionnels de santé, comportant la transmission périodique de statistiques individuelles et globales permettant à chaque médecin d'évaluer sa pratique ;
- de la conservation des données.

En PACA, 5 structures sont responsables du dépistage organisé des cancers :

- APREMAS (association pour la prévention des maladies cancéreuses), pour les départements des Alpes de Haute Provence (04) et les Alpes Maritimes (06),
- ADOC 05 (association pour le dépistage organisé des cancers) pour le département des Hautes Alpes (05),
- ARCADES (association pour la recherche et le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et des cancers colorectaux) pour le département des Bouches du Rhône (13),
- ISIS 83 (investigation et surveillance par imagerie du sein) pour le département du Var (83),
- ADCA 84 (association des dépistages contre le cancer en Vaucluse) pour le département du Vaucluse (84).

➤ Organisation des dépistages en population générale

Les cinq structures existantes en PACA fonctionnent selon les mêmes règles. Elles envoient des invitations aux adresses transmises par les caisses d'assurance maladie⁶.

⁶ Il n'y a aucune maîtrise quant aux adresses fournies et aucune vérification possible. Des modifications peuvent être apportées quand les individus signalent une erreur.

- **Cancer du sein**

Le dépistage du cancer du sein concerne les femmes de 50 à 74 ans. Un courrier les invite à prendre rendez-vous auprès d'un cabinet de radiologie. La liste des cabinets agréés est jointe. Ce courrier comporte toutes les informations ainsi que les étiquettes nominatives nécessaires à la prise en charge de la mammographie, permettant la dispense d'avance de frais. Toutes les mammographies bénéficient d'une seconde lecture par les médecins de la structure responsable du dépistage. Une relance est envoyée 3 à 6 mois après le premier courrier si la structure n'a reçu aucun retour. Si la personne ne souhaite pas participer à la démarche de dépistage, elle est invitée à en informer la structure de prise en charge du dépistage.

Une invitation à une nouvelle mammographie est répétée tous les 2 ans.

- **Cancer du colon**

Le dépistage du cancer colorectal concerne les hommes et les femmes de 50 à 74 ans.

Un courrier leur propose, lors d'un prochain rendez-vous avec leur médecin traitant, de faire le point sur leur risque personnel de développer des polypes et un cancer colorectal. Si le niveau de risque est « moyen », le médecin pourra lui délivrer un test à réaliser chez soi (recherche de sang dans les selles), incluant ainsi la personne dans le programme de dépistage. La présence de sang peut signifier que des polypes se sont développés, susceptibles de dégénérer en un cancer colorectal. Le test, appelé Hémocult II, consiste à prélever trois échantillons de selles consécutifs pour détecter la présence de sang. Ces échantillons sont à déposer séparément sur une plaquette avec un délai entre le premier et le dernier échantillon de 5 à 10 jours. Le test, son envoi postal vers le centre de lecture et son interprétation sont totalement pris en charge par le programme. Si le niveau de risque est plus élevé, le médecin orientera la personne vers un gastro-entérologue pour la mise en œuvre d'une surveillance appropriée. Une relance est envoyée 3 mois après la première invitation s'il n'y a eu aucune réponse. Si une personne ne souhaite pas participer au dépistage, elle est invitée à informer la structure de prise en charge du dépistage.

L'invitation au dépistage du cancer colorectal est renouvelée tous les 2 ans.

V – RESULTATS

➤ Les invitations au dépistage en établissement

Comme pour n'importe quel individu, les invitations au dépistage du cancer sont envoyées par l'organisme responsable. Pour les personnes résidant en établissement de type FAM, MAS, Foyer de vie ou Foyer d'hébergement, leur domicile est l'établissement qui les accueille. Cependant, le cas où les tuteurs reçoivent ces invitations au dépistage s'est déjà présenté dans plusieurs établissements. Un seul établissement parmi les 28 visités n'a reçu aucun courrier concernant le dépistage du cancer alors que plusieurs résidents avaient plus de 50 ans. Tous les autres établissements reçoivent les lettres adressées à leurs résidents soit directement de l'organisme responsable du dépistage, soit des tuteurs des résidents qui font suivre le courrier. Certaines invitations arrivent même en doublon, dans l'établissement et chez le tuteur.

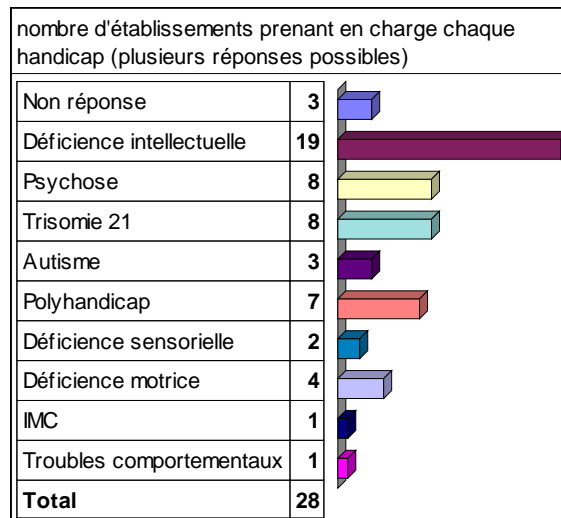
La plupart des établissements ne procèdent pas une vérification automatique à partir de 50 ans pour savoir si les résidents ont bien reçu l'invitation. Un seul établissement a rapporté avoir téléphoné à l'organisme de son département pour signaler que certaines personnes de plus de 50 ans n'avaient pas reçu leur invitation.

➤ Expliquer le cancer aux personnes handicapées

Dans les quatre types d'établissements inclus dans le champ de l'enquête, les handicaps sont multiples et très diversifiés. Le tableau ci-dessous précise les différents handicaps pris en charge dans les 28 établissements interviewés. Plusieurs réponses étaient possibles, les usagers d'un même établissement ayant rarement tous le même type de handicap.

Tableau 1 : Handicaps des résidents

nombre d'établissements prenant en charge chaque handicap (plusieurs réponses possibles)	
Non réponse	3
Déficience intellectuelle	19
Psychose	8
Trisomie 21	8
Autisme	3
Polyhandicap	7
Déficience sensorielle	2
Déficience motrice	4
IMC	1
Troubles comportementaux	1
Total	28



Source : CREAL PACA-Corse, 2009

Dix neuf établissements sur 28 accueillent des personnes déficientes mentales (dont huit des adultes trisomiques), huit prennent en charge des adultes psychotiques, et trois des adultes autistes, entre autres usagers. Cinq établissements accueillent des déficients moteurs ou IMC, et sept des adultes polyhandicapés.

Le personnel en charge du dépistage dans les établissements paraît parfois démuné pour expliquer ce qu'est le cancer aux personnes handicapées, car la plupart des résidents n'ont pas les capacités pour comprendre ces informations. Dans notre échantillon, les déficiences intellectuelles concernent deux établissements sur trois. Le personnel doit adapter son discours à chaque personne en fonction de ses capacités à assimiler les informations. Dans un foyer d'hébergement, il est souligné la « *nécessité de l'adaptation de l'information à chaque personne en fonction de ses capacités, autant de la part des différents intervenants que du personnel du foyer, pour que les résidents sachent exactement ce qu'ils font. Il faut que ce soit à leur portée* ». Pour des handicaps plus lourds, le personnel d'une MAS explique que les résidents « *n'ont pas de compréhension de ce qu'est le cancer* ».

On constate de forts écarts de compréhension entre les personnes accueillies dans les différentes catégories d'établissements. Les résidents de foyer d'hébergement sont les plus autonomes. Ils sont capables de travailler en ESAT (ex CAT), de comprendre et suivre les consignes données ; en MAS, par exemple, les personnes ont très peu d'autonomie, il faut les lever le matin, les laver, leur dire quand manger... Il faut alors pouvoir évaluer le niveau de compréhension de chacun, quand de surcroît certaines personnes handicapées n'ont pas ou peu accès à la parole. Ce n'est qu'en côtoyant régulièrement les résidents que le personnel peut savoir ce qui peut être assimilé dans le discours qu'ils s'approprient à tenir autour de la prévention du cancer.

Au-delà de la difficile compréhension de la notion de cancer, le personnel relève également le rapport particulier que les résidents peuvent avoir face à ce qu'il implique : la maladie, la douleur et la mort. « *Le cancer les panique, il faut bien leur dire que c'est pour tout le monde et qu'ils ne sont pas forcément malades* ».

Certains résidents n'ont pas la notion du temps. Ils peuvent ne pas comprendre qu'on leur fasse faire un examen s'ils ne sont pas malades : relier une maladie qui peut apparaître dans le futur à l'examen qui se déroule maintenant n'est pas toujours possible. Le personnel se heurte souvent à la question « *je suis malade ?* », et à l'angoisse de la mort. « *Il faut bien leur expliquer que c'est pour voir s'ils ne sont pas malades, car ils ont tendance à penser qu'ils sont malades* ». Il faut pouvoir donner un sens aux examens qui leur sont demandés pour qu'ils puissent comprendre l'intérêt de les faire.

- **La douleur comme signe**

La notion de douleur est souvent évoquée par le personnel des établissements. Sa mesure est un véritable problème car elle peut être paradoxale chez la population handicapée : « *Ou ils se plaignent trop ou ils se taisent, ils sont durs à la douleur* ». Il faut pouvoir identifier une « réelle » douleur : « *il y a une difficulté à gérer la notion de douleur, entre ceux qui vont se plaindre tout le temps et ceux qui ne se plaignent pas alors qu'ils ont un problème. On a mis en place un système placebo pour différencier les vraies douleurs* ».

Alors même que la douleur est exprimée, ou comprise par le personnel, elle reste difficile à qualifier pour des résidents n'ayant pas ou peu accès à la parole. Un chef de service parlait d'une résidente à qui on avait diagnostiqué une tumeur cérébrale : « *la personne avait mal à la tête, mais elle s'exprimait ainsi depuis des années, des examens avaient été pratiqués antérieurement sans rien montrer. La prise de médicament supprimait la douleur, mais il y avait une difficulté à identifier la douleur, savoir si c'était différent de la douleur habituelle* ».

« *Il y a une difficulté à comprendre la plainte, la douleur d'un résident car il n'arrive pas à s'exprimer sur son problème.* » Quand l'expression directe par le résident n'est pas possible, le personnel doit rester vigilant pour détecter le moindre signe qui pourrait indiquer une souffrance, par un changement dans le comportement, une attitude différente ou bien des signes physiques détectables pendant la toilette par exemple. Il doit toujours y avoir une surveillance étroite : « *le taux de résistance à la douleur est énorme, il y a une surveillance visuelle très importante pour pallier à cette difficulté d'expression de la douleur* ». Pour les médecins présents sur les établissements, le fait que la personne ne puisse exprimer de douleur est une difficulté : « *il y a un échange médical très pauvre, d'où l'importance d'avoir quelqu'un qui puisse décrire au praticien les antécédents, les habitudes de la personne* ».

Et même chez des personnes autonomes, le personnel doit être vigilant car leur perception de la douleur est altérée : « *il y a peu de plainte, une acceptation de la douleur supérieure à celle de la population non handicapée. Il faut être attentif à tout changement d'humeur qui peut masquer quelque chose* ».

Quel que soit le handicap, il y a toujours ce constat d'acceptation par la personne handicapée d'une douleur qui pourrait être vécue comme insupportable par d'autres. Pour un éducateur, ce seuil de douleur est dû à une perception altérée : « *il n'y a plus de perception de la douleur, ou une perception dans la démesure* ». L'exemple qui suit illustre parfaitement ses propos sur la démesure de certains comportements ou réactions : « *pour une résidente, elle va pouvoir taper dans le mur avec son poing sans avoir ou exprimer de douleur, mais pour une piqûre, elle va l'appréhender* ». Pour certains des résidents, le monde extérieur est perçu différemment, c'est ce qui vient de l'autre, ce qui est étranger qui suscite la peur ou l'appréhension, mais la douleur du corps, infligée par soi, est interne à la personne et n'a pas les mêmes conséquences.

Les professionnels se trouvent parfois sans ressource devant cette absence de réaction à la douleur : « *les résidents n'expriment pas leur douleur, même les professionnels ne le comprennent pas. Par exemple, un résident n'exprimait pas de douleur alors qu'il avait un abcès dentaire. Le dentiste était choqué qu'on ne l'ait pas amené plus tôt. Il a compris qu'on ne s'en était pas rendu compte quand il a appuyé sur l'abcès et que le résident n'a pas éprouvé ou montré de douleur* ».

Du fait de cette perception altérée, les problèmes de santé seront forcément découverts avec beaucoup de retard : « *l'alerte de certains résidents est donnée de façon tardive, donc s'il n'y a pas de suivi régulier, il n'y a pas de détection de problème* ». Le personnel ne peut pas tout voir ou tout surveiller, par exemple, « *pour les problèmes de transit, les résidents ne vont pas trouver ça anormal et le personnel ne s'en rend pas compte si la personne est un minimum autonome. Le mal peut aller vite* ».

« Tout se fait plus tard chez les handicapés car tout se fait sur l'observation des équipes soignantes car ils ne sont pas capables de s'exprimer clairement. » Pour certains personnels d'établissement, le handicap est un frein à la réalisation rapide d'un examen : « ils ont accès aux soins, mais c'est plus difficile : tout a une plus grande ampleur, il faut organiser le rendez-vous, préparer la personne ». Des rendez-vous médicaux qui paraissent bénins prennent immédiatement des proportions importantes. Il faut s'assurer que ce jour-là, la personne puisse se déplacer, être accompagnée, et qu'elle accepte de passer l'examen : « la compréhension, ainsi que l'acceptation d'actes médicaux sont difficiles ».

➤ La prévention, entre médical et éducatif

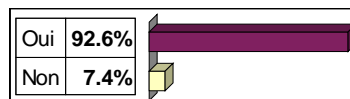
Dans les établissements médico-sociaux, la prévention peut occuper deux places différentes : on peut la considérer comme essentielle ou la reléguer au second plan, car les autres soins sont plus importants, et occupent déjà beaucoup de temps.

Il existe dans de nombreux établissements un quasi cloisonnement entre le monde médical et le monde de l'éducatif. « Il y aurait un travail à faire autour de la prévention, si des info circulaient, l'éducatif serait plus attentif ».

« Avant, il y avait une volonté de ne pas imposer des examens en plus sur les personnes handicapées, mais avec le vieillissement de la population, il y a une volonté qui se dirige vers la prévention pour éviter qu'ils ne tombent malades ». Cependant, les moyens mis à disposition ne semblent pas toujours suffisants pour mettre en place cette prévention. Et quand l'infirmière ne peut pas faire les prélèvements pour l'Hémocult, l'équipe éducative n'a pas forcément la volonté de prendre sa place. Pour les infirmières : « l'équipe éducative ne veut pas faire les prélèvements », « c'est du travail infirmier qu'ils ne veulent pas faire ».

Le dépistage du cancer du sein semble entré dans les mœurs. La mammographie est beaucoup plus systématique, car elle est souvent prescrite par les gynécologues. Les femmes sont surveillées : le suivi gynécologique est présent dans plus de 90 % des établissements. Dans un établissement, « à partir d'un certain âge, les mammographies sont automatiques, même sans invitation ».

Tableau 2 : Y a-t-il un suivi gynécologique ?



Source : CREAL PACA-Corse, 2009

Pour le colon, le dépistage est récent et l'examen n'implique pas la même participation du personnel. La complexité du test Hémocult vient se rajouter aux soins supplémentaires induits par le vieillissement de la population en établissement, ce qui n'incite pas forcément les infirmières à le mettre en place.

La place de la prévention varie selon les métiers représentés dans le personnel dans les établissements. S'il y a peu de personnel médical ou para-médical, seule une surveillance visuelle sera possible pour détecter toute anomalie physique comme un amaigrissement, une grosseur sur les seins ou un grain de beauté suspect, mais aucun examen de prévention en amont ne sera fait. Si quelque chose ne va pas, il y a un signalement aux infirmières ou au médecin, par exemple en cas de grosseur sur un sein.

Quand le chef de service a une formation sanitaire, il se sent moins démuné face à la gestion des soins : « je suis infirmier de formation, donc je véhicule peut-être un message au sein de cette équipe par rapport à la santé des résidents ». A l'inverse, un chef de service ayant une formation éducative connaît mal les problématiques liées à la santé.

Le dépistage est parfois considéré comme du « médical » qui empiète sur l'éducatif.

La deuxième partie de l'article paraîtra dans le prochain bulletin d'informations.