

Le frein socio culturel de recours aux soins

Les phénomènes de renoncement aux soins

Malgré un état de santé préoccupant de la population des quartiers en difficulté on y constate un usage différent des recours aux soins et de la « consommation » médicale : démarches de soins moins systématiques, faible taux de dépistages (cancers...), et manque de suivi après ceux-ci (examens complémentaires, prise en charge).

On constate également deux types de recours aux soins différenciés :

- Les habitants qui surconsomment les recours aux soins chez leur médecin généraliste,
- Les malades qui reportent le recours aux soins autant que possible et sont ainsi dans l'obligation de se rendre aux urgences des hôpitaux, au lieu de s'être dirigés dès les premiers symptômes vers les généralistes de proximité. Les soins demandés sont alors plus nombreux et coûteux, le cas s'étant empiré avec le temps.

Il n'est pas rare de voir des personnes précaires arriver aux urgences en phase terminale d'un cancer et n'ayant jamais reçu de soins contre cette maladie.

Ces comportements de « renoncement » peuvent s'expliquer par :

- La tradition socioculturelle familiale (la santé touche à l'intimité)
- Des préoccupations plus urgentes (soucis financiers, recherche d'emploi)
- Des inquiétudes liées à la maladie ou encore à l'accueil qui sera fait chez le médecin (jargon médical qui n'optimise pas la communication, non prise en compte de la confession religieuse de l'individu, peur d'un refus de prise en charge des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, formulaires administratifs complexes à compléter, etc.).
- La dimension divine ou providentielle de la maladie et de la guérison qui apparaît

plus fréquente dans les quartiers en Zus.

« Dans certaines familles, le non recours aux soins peut être vu comme une marque de courage. »

Des approches pour repérer et atteindre ces publics

La difficulté est donc ici de cibler les populations ayant besoin de soins mais n'y recourant pas et de les convaincre de se faire soigner et au-delà de ça de recourir aux démarches préventives (dépistages, vaccinations, bilans de santé). Ces situations nécessitent une forte prévention mais qui ne doit pas être uniquement frontale et sectorielle. Voici quelques méthodes expérimentées pour approcher ces usagers, grâce aux partenariats, à la proximité (aller au devant de la population), ou en passant par les pairs des habitants et le bouche à oreille.



Outil Ige : Le contrat d'engagement réciproque RSA

Parmi les bénéficiaires du RSA engagés dans un contrat d'engagement réciproque (orientés vers un diagnostic social et non directement vers Pôle Emploi), plus de 60% indiquent comme frein à l'emploi un problème de santé, ce chiffre atteignant même 75% dans certains territoires.

Ce contrat d'engagement peut être une porte d'entrée pour entamer une discussion avec l'individu (instaurer une relation de confiance permettant d'évoquer une multiplicité de sujets dont la santé) et pouvoir ensuite l'orienter vers les structures adéquates de dépistages et d'examen.



Outillage : Le loisir comme porte d'entrée des actions de santé

Les acteurs de proximité font parfois le choix, à l'aide notamment de l'Appel à Projet d'Action de Santé (APAS), de réaliser des actions dites « détournées » ou « contournées », qui consistent à aborder la santé indirectement, par la porte d'entrée du loisir et du divertissement. Il s'agit d'actions culturelles, théâtrales, sportives, de cours de cuisine ou encore de sorties organisées qui peuvent améliorer l'estime de soi des usagers, leur donner envie de sortir, de parler, d'être en confiance et mieux-être et non dans un ressenti d'insécurité comme cela peut être le cas chez les professionnels de santé (peur du diagnostic). Par ailleurs la personne n'est pas enfermée dans une case telle que « malade », « alcoolique », « dépressive », etc. mais est considérée dans son entièreté.

La proximité est nécessaire pour ce type d'approche, les associations et centres sociaux peuvent ainsi efficacement mobilisés pour leur bonne connaissance du public et la relation de confiance qu'ils auront su instaurer .



Outillage : L'action de solidarité

Une association ou structure de solidarité permet de toucher les plus démunis, et éventuellement d'aborder la santé avec eux par la suite. Par exemple, le restaurant solidaire de Roubaix est un lieu de ressource (lessive, douches, petits-déjeuners) et de rencontre pour les SDF où des professionnels tels qu'une infirmière, un psychologue, ou encore des animateurs tentent d'amorcer des démarches de soin par la mise en place d'une convivialité et d'une socialisation. C'est également le cheminement choisi par d'autres associations de solidarité, ou par le CCAS de Tourcoing, qui en proposant un repas convivial aux populations très marginalisées, permet de faire monter l'estime de soi de certaines personnes et d'aborder des sujets de conversation tels que la santé par exemple, avec l'appui d'intervenants.



Outillage : Une meilleure adaptation des structures de santé au public

Afin de diminuer ce « frein socioculturel de recours aux soins », une meilleure adaptation des structures de santé au public reçu permettrait d'instaurer un meilleur climat de confiance, que ce soit par la prise en compte du niveau de langage (adaptation de propos parfois très spécialisés), de la langue maternelle, de la religion, de l'accueil des bénéficiaires de la CMU qui doit être équivalent à celui des autres, etc.

Exemple d'expérience :

Dans le cadre de l'Atelier Santé Ville d'Armentières, une séance collective de dépistages du cancer du sein a été organisée pour les femmes dont la langue maternelle est l'arabe, avec l'aide d'une interprète issue d'un club de prévention de proximité. Cette action réunit trois facteurs de simplification du recours au dépistage pour ces femmes :

- Collectif, pour un climat sécurisant en compagnie de pairs,
- Adapté, de par la traduction des propos du personnel médical,
- De proximité, avec un acteur partenarial bien connu du public visé (le club de prévention).



Outillage : L'approche communautaire

« Etre en bonne santé », ou « qu'est ce que le bien-être » sont des définitions dont la perception diffère selon les niveaux de vie des populations, comme le montre par exemple l'alimentation ; en effet, « bien manger » peut signifier repas « équilibré », mais aussi repas « consistant » qui donne des forces pour un travail physique, « qui réchauffe » pour un travail en extérieur, ou « qui ne coûte pas cher » pour un ménage aux moyens limités. Cependant, cette différence de définition ne doit pas engendrer des actions moralisatrices, culpabilisantes ou infantilisantes qui poussent les gens dans leurs retranchements, notamment sur des sujets comme l'hygiène ou l'alimentation.

Ainsi, il apparaît pertinent de chercher la source d'un problème ou d'une pratique néfaste à la

santé (par exemple, trouver la cause d'un alcoolisme plutôt que de lutter frontalement contre l'alcool et culpabiliser le malade). L'une des solutions à cette problématique est l'approche communautaire qui permet de définir les problèmes de santé et les besoins de soins par les habitants eux-mêmes, et donc de donner un impact plus fort aux actions de santé programmées ensuite. En effet, cette approche permet de dépasser les différences de langage et de codes sociaux pour faire évoluer les pratiques de prévention et de promotion de la santé en mutualisant les différents savoirs.

C'est notamment durant la phase du « diagnostic de santé » qu'il est intéressant d'apprendre ce que les gens sont « prêts » à faire au lieu d'imposer des campagnes de prévention dont les résultats auront leurs limites. Les « Plans locaux de santé » ou « programmation d'Atelier Santé Ville » peuvent alors être construits en tenant compte des témoignages recueillis, et de certains « repères » inhérents à cette approche :

- Agir sur les déterminants de la santé,
- Agir pour la promotion de la santé,
- Concerner une communauté ayant un référentiel commun (habitants d'un même quartier par exemple),
- Favoriser l'approche partagée entre les habitants, les professionnels, les acteurs, etc.
- Planifier sa démarche dans une stratégie priorisée.

Pour aller plus loin

- « [Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles](#) », Les documents de l'ONZUS, ONZUS, les éditions de la DIV, n°1, 2009.
- Site de l'institut Renaudot : <http://www.institut-renaudot.fr>
- Présentation du diagnostic communautaire de Grande-Synthe, Saint-Pol-sur-mer, Dunkerque et Fort-Mardyck ; http://www.irev.fr/fr/dossiers/details_publications.aspx?id=3922