



PICARDIE

LA RÉGION

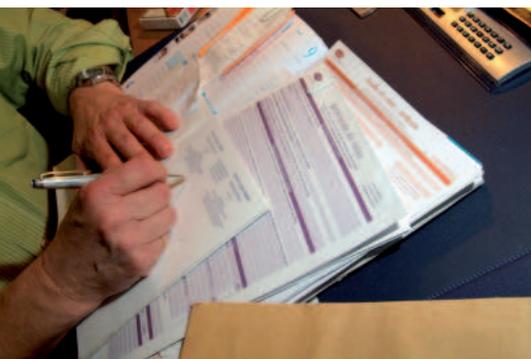
ensemble, réinventons la Picardie

NON-RECOURS AUX SOINS

DANS TROIS PAYS PICARDS



CHAUNOIS, SANTERRE - HAUTE SOMME, GRAND CREILLOIS



NON-RECOURS AUX SOINS DANS TROIS PAYS PICARDS

CHAUNOIS, SANTERRE - HAUTE SOMME, GRAND CREILLOIS

Rédaction

Anne Lefèvre, en collaboration avec Émilie Fauchille et Marie Guerlin.

Relecture

Danièle Bourgery, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez et Alain Trugeon.

L'OR2S tient à remercier l'ensemble des professionnels de santé et des populations ayant accepté de participer à cette étude.

Contexte

Suite à la réalisation des diagnostics territoriaux de santé des pays picards élaborés dans le cadre d'un partenariat étroit avec le conseil régional de Picardie, le constat a été dressé que certaines populations, malgré des indicateurs sanitaires très défavorables, n'avaient pas recours aux soins (faibles affections de longue durée, faibles remboursements de consommations de soins...).

Comprendre pourquoi des populations ne recourent pas au système de soins ni au dépistage organisé des cancers a alors été une proposition de travail partagée afin de dégager des pistes d'action pouvant permettre à l'ensemble de la population d'y recourir.

L'OR2S a mené une étude qualitative en population et auprès des professionnels de santé de trois pays picards : le Chaunois dans l'Aisne, le Grand Creillois dans l'Oise et le Santerre - Haute Somme dans la Somme.

SYNTHÈSE

Méthodologie	p. 6
Stratégies de soins	p. 7
Freins au recours aux soins	p. 8
Freins au dépistage organisé des cancers	p. 10
Effets des relations	p. 11
Impact de la situation géographique des trois pays sur le non-recours aux soins	p. 13
Préconisations	p. 16

RAPPORT

Introduction	p. 19
Contexte	p. 19
Définition du non-recours aux soins	p. 19
Quelques données chiffrées	p. 22
1. Objectifs et hypothèses	p. 25
2. Méthodologie	p. 27
3. Résultats des analyses	p. 31
3.1. Perception de l'état de santé de la population	p. 31
3.1.1. Définition de la santé.....	p. 31
3.1.2. Comportements de santé et comportements à risque	p. 31
3.1.3. Etat de santé des patients et participants aux <i>focus groups</i>	p. 33
3.2. Stratégies de soins	p. 36
3.2.1. Trajectoire de soins	p. 36
3.2.2. Utilisation des urgences	p. 39
3.2.3. Automédication, suivi des traitements et médecines alternatives	p. 41
3.3. Freins au recours aux soins	p. 45
3.3.1. Facteurs intrinsèques	p. 45
3.3.2. Facteurs exogènes	p. 51
3.4. Dépistage et prévention	p. 57
3.4.1. Perception de la prévention et du dépistage des cancers	p. 60
3.4.2. Freins au dépistage organisé des cancers	p. 61
3.5. Effets des relations sociales	p. 63
3.5.1. Le rôle de l'entourage	p. 63
3.5.2. Relations patients / professionnels de santé	p. 64
3.5.3. Relations patients / hôpital	p. 71
3.5.4. Relations patients / Centres de prévention et d'exams de santé	p. 73
3.6. Impact de la situation géographique des trois pays sur le non-recours aux soins.....	p. 76
3.6.1. Le Chaunois	p. 76
3.6.2. Le Santerre – Haute Somme	p. 78
3.6.3. Le Grand Creillois	p. 80
Conclusion	p. 83
Pistes et préconisations pour améliorer le recours aux soins et aux dépistages.....	p. 85
Annexes	p. 91
Guides d'entretiens	p. 91
Bibliographie et sitographie	p. 93

SYNTHÈSE

MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée selon une méthode qualitative permettant d'avoir une approche compréhensive des comportements.

Le qualitatif est destiné à recueillir des éléments qui permettent de comprendre en profondeur des attitudes ou comportements, de décrire les liens entre les éléments d'une situation. Les entretiens, qu'ils soient individuels ou collectifs, permettent d'appréhender les représentations et les causes de comportements décrites par les personnes elles-mêmes, ce que des questionnaires ne pourraient pas aborder.

Deux types d'entretiens ont été menés :

- des **entretiens collectifs semi-directifs avec la population (ou focus groups)** : cette technique permet de construire une dynamique de groupe facilitant l'approche de sujets précis, de les approfondir et d'élaborer une idée peut-être commune ou de voir se dessiner des lignes de fracture, ici du non-recours aux soins, grâce aux débats que ce type d'entretien peut susciter.

Deux groupes collectifs de cinq à douze personnes par zone (trois zones concernées) ont été rencontrés, soit trente-quatre personnes au total (cinq groupes au lieu de six ; un groupe n'ayant pu se tenir faute de participants). Pour chaque zone, un groupe masculin et un groupe féminin ont été constitués afin de pouvoir aborder sans gêne des sujets personnels ou de santé liés au genre (suivi gynécologique, cancer du sein ou de la prostate...).

Tableau 1. Descriptif des populations interrogées

Groupe, lieu	Description
Femmes, Chaunois	9 femmes. Toutes sans emploi, sauf une en congé parental et contrôleuse dans les bus. Moyenne d'âge de 26 ans.
Hommes, Chaunois	4 hommes. Sans emploi. Moyenne d'âge d'environ 35-40 ans.
Femmes, Santerre – Haute Somme	4 femmes. Trois travaillent dans le domaine médical (1 étudiante sage-femme, 1 sage-femme, 1 préparatrice en pharmacie en congé parental) et une est saisonnière en usine. Moyenne d'âge de 40 ans.
Hommes, Santerre – Haute Somme	5 hommes. Trois sont sans emploi, à cause de problèmes de santé, deux travaillent dans le domaine social. Moyenne d'âge de 44 ans.
Femmes, Grand Creillois	12 femmes. Cinq sont membres d'associations sur Creil (soit en tant que bénévoles – dont une travaille en parallèle à l'aéroport ; soit y exerçant un emploi rémunéré), quatre sont en formation professionnelle <i>via</i> une association de formation continue, deux sont sans emploi (dont une retraitée), une est conseillère conjugale. Ages allant de 19 à 72 ans.

- des **entretiens individuels avec les professionnels de santé** : il s'agit ici de comprendre le ressenti des professionnels de santé à propos de leur population et non pas de construire une idée, ni de débattre. On ne cherche pas le *consensus* mais l'image qu'ont les professionnels de santé des comportements de leur patientèle.

Tableau 2. Apport des professionnels de santé interrogés

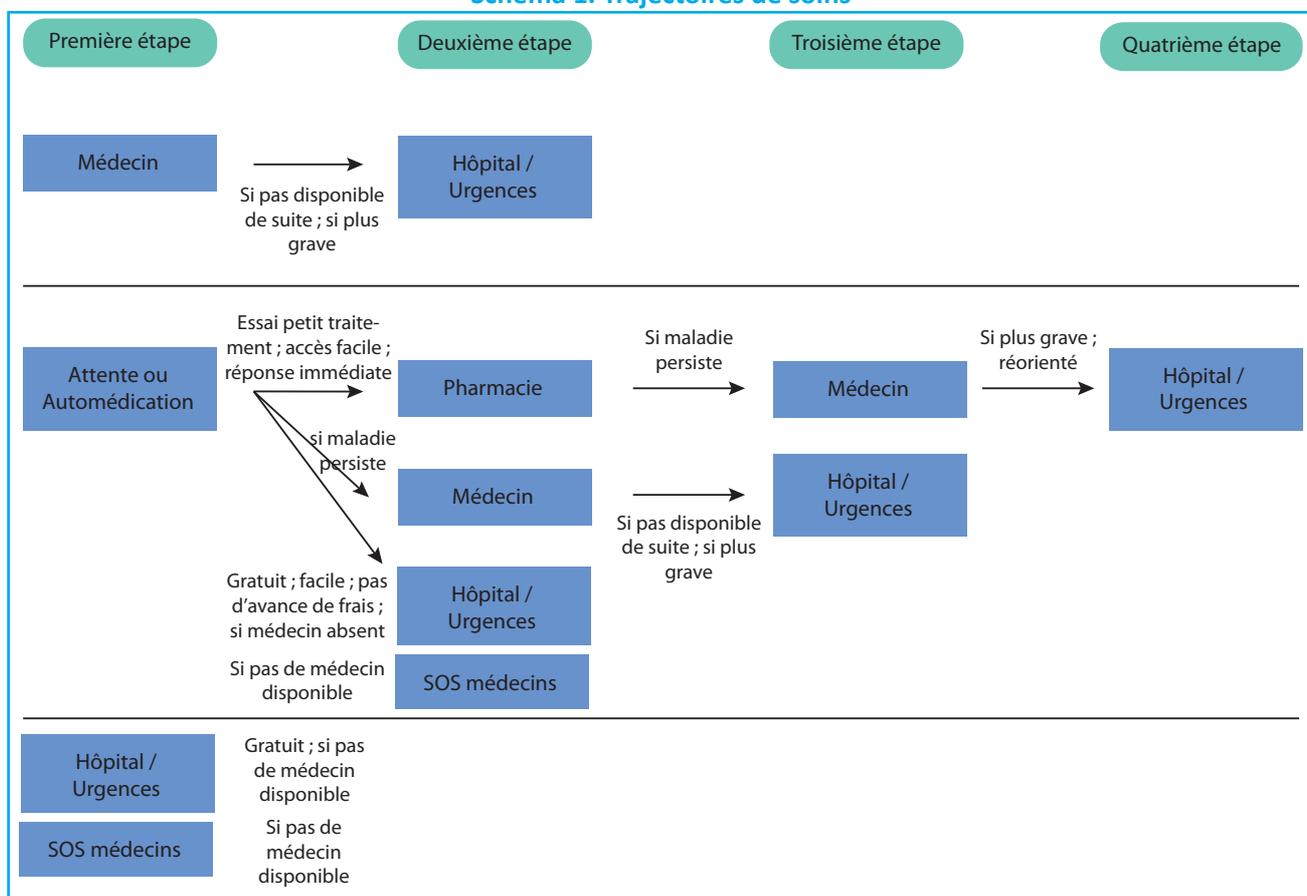
Professionnel	Apport
Médecins généralistes	Approche globale (« généraliste ») du patient. Interlocuteurs de santé privilégiés et de premier recours de la population.
Médecins de centres de prévention et d'exams de santé (CPES)	Approche d'une population souvent en difficulté et spécifique. Regard particulier sur l'approche de la santé de leurs usagers.
Responsables d'associations de dépistage organisé des cancers	Aspect particulier de la prévention et du dépistage.

STRATÉGIES DE SOINS

TROIS TYPES DE TRAJECTOIRE DE SOINS

- **Le premier type de trajectoire est un recours au médecin généraliste traitant** dès l'apparition de symptômes. Si le généraliste n'est pas disponible (en congé, engorgement des rendez-vous du cabinet médical) ou si la pathologie est perçue comme grave, le patient recourt alors de lui-même aux services de l'hôpital et / ou des urgences.
- **Le deuxième modèle débute par une phase d'attente (voir si les symptômes passent) et / ou d'automédication.** Si la maladie persiste, trois choix sont alors faits : aller à la pharmacie (gain de temps, facilité, accès rapide et réponse immédiate pour des troubles bénins), consulter un professionnel de santé (si les symptômes persistent et ne diminuent pas en intensité ou s'aggravent), aller directement à l'hôpital et accéder aux urgences (gratuité des soins).
- **Le dernier type de trajectoire est le recours direct à la médecine d'urgence :** hôpital ou SOS médecins. Ce choix est souvent régi par un besoin de gratuité (hôpital) et d'immédiateté (médecin absent, pas de médecine de garde), malgré l'attente parfois longue aux urgences.

Schéma 1. Trajectoires de soins



Le **recours aux urgences** par les personnes précaires est envisagé, aux dires de certains professionnels de santé (généralistes, une responsable de CPES et une responsable d'association de dépistage organisé des cancers), comme une **solution avantageuse d'un point de vue financier, mais aussi comme réponse à des problèmes de densités médicales**. Plusieurs professionnels de santé estiment par ailleurs que la facilité d'accès aux urgences (possibilité d'y avoir recours à n'importe quelle heure et tous les jours) entraîne de nombreuses consultations relevant de la bobologie (angine, maux de ventre...) qui pourraient être traitées en ambulatoire.

L'utilisation d'Internet est parallèle à ces trajectoires de soins. Lors d'apparition de symptômes, pour se renseigner sur les médicaments prescrits, pour lire des conseils de malades, etc., **ce media est une source de renseignements inépuisable, bien que parfois contre-productive et alarmante**. En effet, la lecture de certains forums peut créer, d'après les populations rencontrées, des troubles purement psychosomatiques et une angoisse d'être affublé des pires maux. Les participants aux entretiens collectifs connaissent les bénéfices et désavantages de l'utilisation d'Internet, certains déclarent avoir déjà ressenti du stress après avoir lu des témoignages, mais une bonne partie continue de l'utiliser en essayant de ne pas prendre pour argent comptant tout ce qu'ils lisent.

SUIVI DES TRAITEMENTS

Si globalement, il semble que les traitements soient assez bien suivis, il existe de nombreux cas où les médicaments ne sont pas pris correctement, voire pas du tout : soit la personne ne prend pas jusqu'au bout son traitement (arrêt après trois ou cinq jours, dès qu'elle se sent mieux), soit elle ne le prend que tous les deux ou trois jours (au lieu de tous les jours). Ce dernier comportement pouvant résulter d'une lassitude, comme pour les maladies chroniques nécessitant un traitement de fond, ou d'un coût du médicament trop élevé.

La question de coût se répercute aussi d'une autre manière : **il semble exister un réel problème pour les médicaments déremboursés**. Les patients connaissant des difficultés financières ne peuvent pas payer et ne prennent donc pas les médicaments ou font un tri dans l'ordonnance, sans forcément connaître les médicaments indispensables. Les populations rencontrées ont fait part de ce type de comportement, sans que le rôle du pharmacien ne soit évoqué. Ceci entraîne également des questionnements sur le lien entre efficacité et remboursement des médicaments : ces deux aspects sont-ils nécessairement liés ? Si le médicament n'est plus remboursé, est-ce parce qu'il n'est pas performant ?

Les personnes rencontrées, populations comme professionnels de santé, se plaignent du nombre important de médicaments prescrits et pointent du doigt les patients qui demandent de nombreux médicaments et les médecins qui en prescrivent de trop grandes quantités ; le déficit de la Sécurité sociale revenant alors dans le discours de plusieurs personnes.

Dans certains cas, les pathologies ou la multiplicité des pathologies chez une même personne demandent un traitement lourd, constitué de nombreux médicaments. Même si certains patients souhaiteraient voir diminuer le nombre de médicaments, les médecins ne peuvent pas toujours alléger le traitement, ce qui peut entraîner la non prise de certains médicaments ou une pause dans l'observance, par lassitude.

Un responsable de centre de bilan de santé remarque par ailleurs que **les personnes souffrant de troubles chroniques ou de handicaps sont très bien suivies pour ceux-ci, au détriment des autres maladies** qui peuvent survenir ou dépistages qui passent alors au second plan.

FREINS AU RECOURS AUX SOINS

LES FACTEURS INTRINSÈQUES

*Les **facteurs intrinsèques** regroupent ce qui est inhérent à chaque individu, ce qui lui est propre et le pousse à agir d'une certaine façon. Il s'agit donc ici des raisons individuelles de ne pas recourir aux soins sans qu'une pression ou des difficultés extérieures ne viennent influencer la décision.*

Le refus total n'est pas perceptible, par contre, les personnes interrogées (médecins ou population) parlent de « refus partiels » (comme par exemple une consultation chez le généraliste qui n'est pas suivie de la prise du traitement ou des examens complémentaires).

L'aspect financier est l'un des principaux freins au recours aux soins : le coût d'un examen complémentaire (biopsie, échographie suite à une mammographie par exemple) ou d'une consultation de spécialiste si une avance de frais est demandée constituent des obstacles, même lorsque la personne bénéficie de la CMU (le remboursement ne se fait qu'un à trois mois après). Les soins optiques et dentaires sont des dépenses de santé particulièrement élevées et les populations pour lesquelles l'effort financier demandé est trop important ou qui n'ont pas de mutuelle renoncent alors à ces soins ou les diffèrent dans le temps. Le déremboursement des médicaments est également évoqué (impliquant un choix dans les ordonnances et un refus d'une partie du traitement).

Les freins psychologiques et le caractère du patient jouent également un rôle : peur de la maladie, du diagnostic, des résultats, de la mort, des médecins, des hôpitaux, des médicaments, des dentistes et des soins dentaires ; mais aussi refus d'attendre, hostilité à certains actes (vaccins, dépistages, piqûres, régimes alimentaires...), désintérêt pour les dépistages ou la santé... Parfois, une certaine déprime peut s'installer face à l'accumulation de problèmes personnels et démotiver la personne, celle-ci se désintéressant alors de tout, et notamment de sa santé.

Certaines personnes hésitent également à consulter un médecin par peur d'être réprimandées ou jugées concernant leurs conduites addictives (consommations d'alcool et de tabac...) ; ces conduites pouvant être de réelles béquilles à une vie vécue difficilement comme le souligne une responsable de CPES.

Parfois, le non-recours aux soins n'est pas forcément un refus en tant que tel, mais relève de la procrastination, de l'oubli... L'ordonnance est mise de côté (prise de sang, consultation d'un spécialiste, lettre du dépistage organisé d'un cancer...) et est oubliée ou perdue... Les personnes remettent à plus tard, attendent, laissent trainer les choses. Il s'agit davantage d'une question de négligence que d'un refus catégorique.

Paradoxalement, les aides (CMU, par exemple) peuvent entraîner directement ou indirectement un refus de soins : directement, lorsque les personnes refusent de les demander par honte, par gêne ou à cause de problèmes personnels avec les services sociaux ; indirectement, lorsque les dossiers d'aide sont complexes à remplir et lorsque les seuils de conditions de ressources sont dépassés de peu.

D'autres refus volontaires ont été évoqués comme la perte de confiance envers les médecins et les hôpitaux liée à de mauvaises expériences (les personnes hésitent à consulter de nouveau certains spécialistes...) **mais aussi l'incompréhension** (complexité des examens à effectuer, non compréhension de l'intérêt des examens, d'un dépistage, d'une prévention ou d'un traitement, ou encore le manque d'information des personnes).

Par ailleurs, des problèmes d'illettrisme (Grand Creillois et Santerre - Haute Somme) **ou de barrière de la langue** (Grand Creillois) **bloquent les personnes à recourir aux soins ou à expliquer leurs symptômes** ; tout comme cela peut les empêcher de prendre correctement un traitement (difficulté à lire la posologie ou à comprendre la notice).

Les difficultés à faire des démarches (prendre des rendez-vous, remplir un dossier d'aide...) constituent des obstacles parfois insurmontables pour les personnes.

À toutes les difficultés précédemment citées, s'en ajoutent d'autres qui prennent souvent le pas sur la santé des personnes. Ces personnes doivent en effet gérer le quotidien : trouver un emploi, payer son loyer (ou trouver un logement pour les plus précaires), se nourrir et nourrir la famille, s'occuper des enfants et de la famille, régulariser sa situation (pour les personnes récemment immigrées)... Certaines personnes connaissent également des problèmes familiaux, de séparation ou de divorce. Ces aspects sont prioritaires et la santé est alors mise au second plan. Toutefois, lorsqu'il s'agit de la santé de leurs enfants, tous les efforts sont faits, y compris financiers et de déplacement.

LES FACTEURS EXOGÈNES

*Les **facteurs exogènes** regroupent les raisons extérieures à l'individu qui le contraignent dans ses choix et l'exclut du recours aux soins malgré lui.*

Une des questions émises lors de l'élaboration des guides d'entretien de cette étude était de savoir si les personnes ne recouraient pas aux soins à cause d'une mauvaise information ou d'une méconnaissance de leurs droits. Il s'avère que la majorité des personnes interrogées (professionnels de santé et population) juge les informations concernant les prestations de nature sociale (CMU notamment) suffisantes et bien diffusées. Cependant, les populations rencontrées lors des *focus groups* font partie d'associations qui aident justement les personnes en difficulté, voire précarisées, et qui ont donc un service d'aide et d'information auprès de ces personnes. Cela constitue peut-être un biais de réponse.

Le manque de professionnels de santé crée une surcharge de travail pour ces derniers avec des conséquences nombreuses et néfastes au recours aux soins, dont **de longs délais de prises de rendez-vous** et, dans certaines zones (Grand Creillois et Chaonois), **des refus de prendre de nouveaux patients** car la patientèle est déjà importante.

Un problème de raréfaction des guichets est également soulevé : les permanences d'une à deux journée(s) (ou demi-journée) par semaine d'assistants de services sociaux ou de professionnels de santé ne sont pas assez nombreuses et impliquent le report de certains rendez-vous si la personne manque la journée de présence du professionnel ou si ce dernier n'a plus de disponibilité pour la journée.

Le refus de dentistes ou de généralistes de soigner les patients CMU a également été évoqué à plusieurs reprises, notamment par différentes personnes des *focus groups* bénéficiant de la CMU et ayant vécu cette situation, mais aussi par un responsable de CPES.

Des difficultés de mobilité sont également pénalisantes pour un bon nombre de personnes, notamment celles habitant en milieu rural : sans voiture, la personne se retrouve rapidement isolée et peine, quand elle le souhaite, à s'occuper de sa santé. Le recours aux soins devient alors difficile et peut se solder par un abandon.

Il existe parfois peu de transports en commun (dont le coût est également problématique) pour aller dans les villes où se trouvent les services et professionnels de santé ou les associations (maillage insuffisant ou horaires inappropriés).

Une différence entre le public et le privé (spécialistes et établissements) **est constatée par plusieurs personnes** rencontrées : dans le public, le rendez-vous est souvent très long à avoir mais est remboursé, tandis que dans le privé, le rendez-vous peut être posé immédiatement mais est payant et coûte souvent cher (et non remboursé).

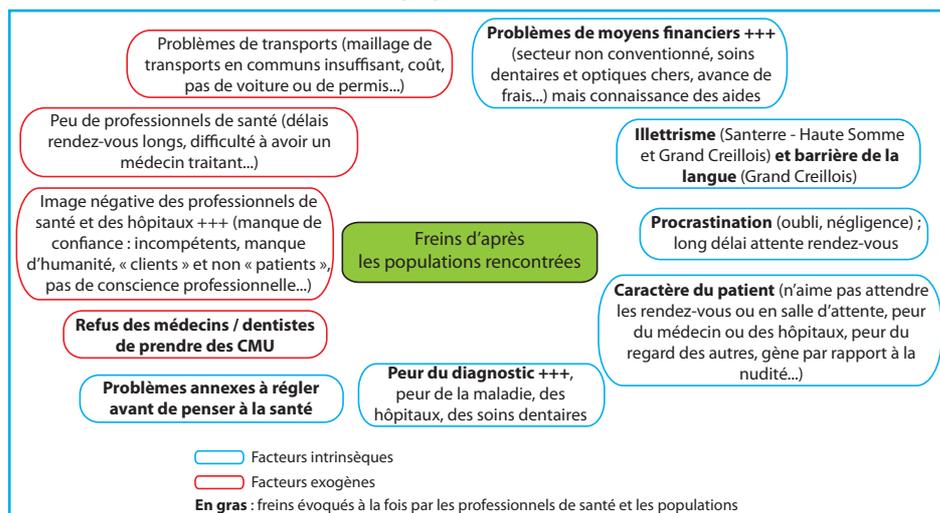
Le fait que certains médecins soient en secteur 2 (conventionné à honoraires libres) peut freiner également certains patients.

Schéma 2. Principaux freins au recours aux soins ... selon les populations rencontrées

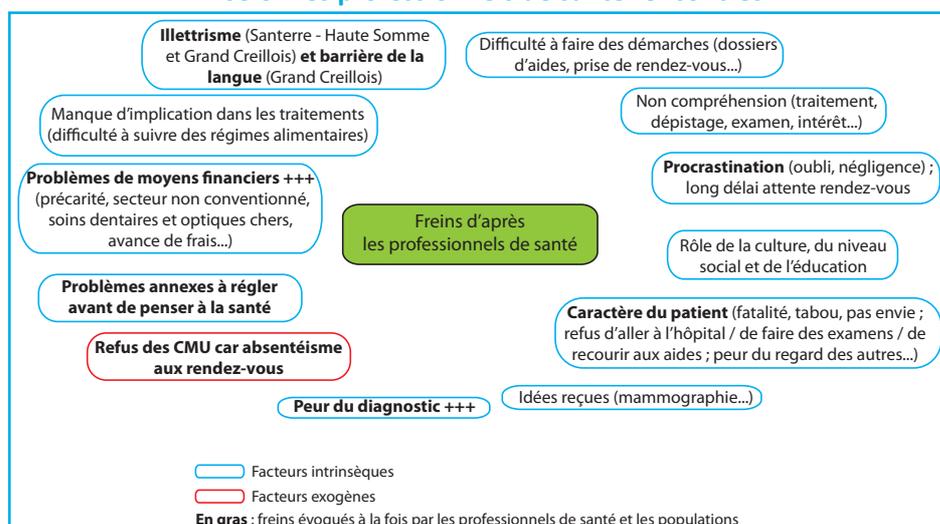
On constate que les **populations rencontrées** lors des *focus groups* donnent **presqu'autant de facteurs intrinsèques** (donc inhérents au patient) **qu'exogènes** (ne dépendant pas de sa volonté) mais parlent davantage de freins exogènes que les professionnels de santé (respectivement six facteurs contre un seul).

Chez les professionnels de santé, un déséquilibre se crée : onze facteurs intrinsèques contre un exogène.

Certains freins sont évoqués à la fois par les professionnels de santé et les populations rencontrées : les moyens financiers, la peur du diagnostic (ces deux freins étant les plus souvent cités), le refus par certains médecins de soigner des personnes présentant une CMU (sur le schéma des professionnels de santé, cela est évoqué sous la forme d'une explication du refus), le caractère des patients, les problèmes d'illettrisme et de barrière de la langue et les problèmes annexes que les personnes doivent gérer au quotidien (emploi, logement, nourriture, enfants...).



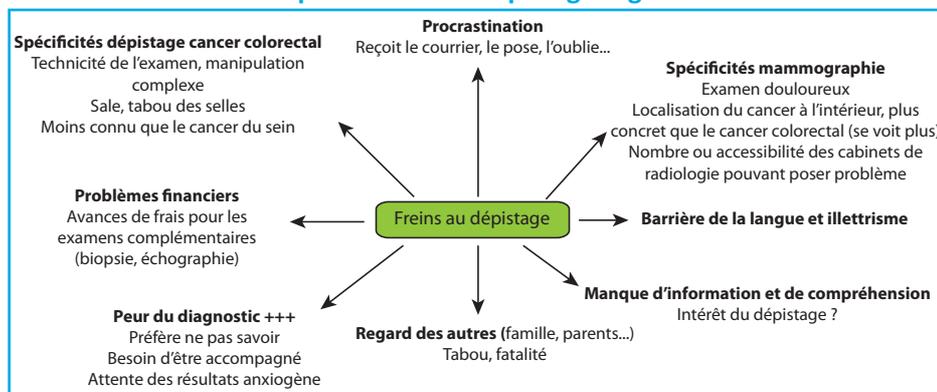
... selon les professionnels de santé rencontrés



FREINS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

Globalement, les populations rencontrées et les patients dont parlent les professionnels de santé ne semblent pas hostiles aux dépistages et à la prévention.

Schéma 3. Principaux freins au dépistage organisé des cancers



La peur du diagnostic, de l'examen (mammographie qui fait mal, tabou des selles), les problèmes financiers (coût des examens complémentaires) et une certaine fatalité sont les principaux freins au dépistage des cancers.

Le dépistage du cancer du sein est fortement lié au nombre et à l'**accessibilité des cabinets de radiologie** disponibles sur le territoire selon la responsable d'une association de dépistage organisé des cancers.

Les examens eux-mêmes créent quelques difficultés aux patients : **les femmes semblent avoir peur de la douleur de la mammographie** et le **test de dépistage du cancer colorectal est souvent complexe à réaliser** pour les patients. Par ailleurs, la manipulation des selles pour ce dernier dépistage demande à lever quelques tabous et peut rebuter certaines personnes. **À cela s'ajoutent les freins plus généraux au recours aux soins :** méconnaissance, problèmes de mobilité, aspects psychologiques, procrastination, etc.

EFFETS DES RELATIONS

Les relations qui lient les individus à leur entourage ou aux différents professionnels de santé jouent un rôle important dans le recours aux soins et dans le suivi des traitements prescrits. Une relation de confiance avec le professionnel de santé est primordiale, de même que l'est l'avis des proches.

RELATIONS PATIENTS / PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Globalement, les médecins généralistes rencontrés déclarent ne pas avoir de problème majeur avec leur patientèle. Les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients sont bonnes et ces généralistes associent cette bonne entente à des règles et des barrières qu'ils ont instaurées pour la bonne marche de leur cabinet, notamment en ce qui concerne les rendez-vous non honorés ou les retards (règlement de la consultation non honorée par exemple).

Plusieurs médecins généralistes rencontrés se plaignent principalement du **changement de mentalité et de l'éclosion d'une société individualiste et de service** : « j'ai envie, je prends ». Selon eux, **les individus veulent désormais tout, et tout de suite** et envisagent le médecin généraliste comme devant être toujours disponible et à l'écoute. Or, répondre instantanément n'est pas possible pour les médecins généralistes : les journées de ces professionnels se remplissent rapidement et il leur devient impossible d'ajouter des rendez-vous le jour même. Sur certaines zones (Grand Creillois et Chaunois), les médecins ne peuvent déjà plus accepter de nouveaux patients.

Les généralistes se heurtent à l'incompréhension des patients par rapport à leurs maladies, leurs traitements, au fonctionnement de leurs aides de santé... À cela s'ajoute le fait que certains patients ne disent pas tous leurs symptômes, soit par oubli, soit parce qu'ils ne savent pas que cela peut avoir un rapport avec leur maladie (aux dires d'un généraliste), soit pour éviter que leur médecin ne les réprimandent sur leur hygiène de vie (selon une responsable de CPES).

La procrastination des personnes pour les examens et consultations (radiographies, prises de sang, consultations de spécialistes, actes de dépistage...) est un fait habituel parmi la patientèle des médecins rencontrés. Mais ceci peut entraîner des aggravations de problèmes et avoir des conséquences parfois désastreuses sur la santé des patients. Certains patients n'hésitent pas ensuite à en rejeter la faute sur leur médecin...

Le problème des consultations des patients CMU est également évoqué ici. Un médecin de CPES évoque une raison au refus des professionnels de santé : l'absentéisme important des patients CMU aux rendez-vous.

LE POINT DE VUE DES POPULATIONS

Les populations rencontrées formulent des critiques encore plus vives à l'encontre des professionnels médicaux. Seul le groupe des hommes du Chaunois émet des avis plutôt positifs envers le monde médical et les professionnels de santé, ce qui est d'autant plus étonnant que les femmes de ce même secteur sont à l'inverse très critiques.

Tout comme les professionnels de santé déplorent un changement de mentalité parmi leurs patients, les populations se plaignent de la conduite des médecins. **Les groupes rencontrés parlent d'un manque d'humanité et de professionnalisme de la part des médecins** (ces derniers parlent parfois durement à leurs patients, leur font des remontrances ou, au contraire, leur parlent à peine, refusent des patients CMU ou sans argent).

De ce fait, plusieurs personnes ont expliqué ne pas oser parler de certains symptômes ou ne pas faire répéter, de peur d'être jugées, d'entendre des discours moralisateurs ou de se faire rabrouer. **Elles estiment être jugées trop rapidement** par les professionnels de santé sans que ces derniers ne cherchent à les comprendre.

Selon plusieurs groupes rencontrés, les médecins sont désormais gouvernés par le profit. Les populations ne se sentent plus « patients » mais de simples « clients ». Selon elles, le refus des patients CMU ou sans argent, le peu de temps accordé lors de la consultation (cinq minutes) sont autant de recherches de rentabilité, au détriment du bien-être du patient et du devoir de soigner. Les hommes du Santerre - Haute Somme parlent également de dessous de table à donner pour obtenir des rendez-vous plus rapides chez certains professionnels de santé. Plusieurs personnes rencontrées lors des *focus groups* ont vécu elles-mêmes ces situations et connaissent d'autres personnes les ayant subies.

Le manque de temps accordé au patient lors des consultations revient dans de nombreuses conversations : les personnes regrettent de ne pas avoir plus de temps pour parler avec leur médecin, pour poser des questions et mieux comprendre leur pathologie ou le traitement. Elles se sentent poussées vers la sortie par le professionnel de santé.

Par ailleurs, les populations rencontrées doutent des compétences d'une grande partie des professionnels de santé présents sur leur secteur. De nombreuses personnes interrogées jugent en effet les médecins de leur secteur-incompétents et n'hésitent pas à les comparer à des charlatans ou à des amateurs (ceci est lié aux traitements prescrits et aux erreurs de diagnostics dont auraient été victimes ou témoins les personnes interrogées, selon elles).

Les populations rencontrées regrettent que certains généralistes ne sachent pas reconnaître ne pas être compétents sur une pathologie et ne passent pas la main plus facilement à des spécialistes ou ne prescrivent pas des examens complémentaires.

Ces personnes sont alors davantage méfiantes concernant les traitements prescrits par les médecins et ont tendance à suivre partiellement le traitement ou à l'arrêter rapidement si aucun effet ne se fait ressentir (ou si de nouveaux symptômes apparaissent). L'homéopathie, l'automédication et les médecines alternatives (recettes de grand-mères, recours aux plantes, etc.) se substituent alors à ces traitements jugés inefficaces ou néfastes.

Cependant, les personnes interrogées ne refusent pas de recourir aux soins et continuent de consulter des professionnels de santé en gardant une part de confiance envers eux. Elles restent néanmoins suspicieuses et n'hésitent pas à demander l'avis de leurs amis ou à vérifier les traitements auprès d'un autre généraliste ou de la PMI, par exemple.

Schéma 4. Relations patients / professionnels de santé



RELATIONS PATIENTS / HÔPITAL

Les relations avec l'hôpital et les professionnels médicaux y exerçant ne sont développées que par les patients, aucun professionnel de santé du milieu hospitalier n'ayant été interrogé. Ici encore, les hommes du Chaunois, même s'ils ont peu parlé des hôpitaux, ont été les seuls à formuler des opinions plutôt positives. Les autres groupes ont été plus critiques à l'encontre des hôpitaux, et particulièrement des urgences, des personnels hospitaliers et des consultations externes.

Le premier grief est le temps d'attente élevé avant de pouvoir consulter un médecin ou un spécialiste, que ce soit aux urgences ou lors de consultations externes. L'attente, sans renseignement, est difficile à vivre pour les personnes rencontrées ; de même que de devoir attendre dans un couloir, sur un brancard...

Le comportement de certains professionnels de santé est également décrié : rudesse dans les propos, personnes désagréables, dédain, non explication des diagnostics et des examens... Les professionnels de santé ne communiquent pas assez avec les usagers et n'expliquent pas les résultats d'examens ou les traitements qu'ils donnent. L'univers hospitalier semble froid et distant, parfois même désagréable.

Les populations remettent également en question les compétences de certains personnels médicaux des hôpitaux qu'ils fréquentent. Ceci résulte principalement de mauvaises expériences vécues mais également de cas relatés dans les médias. La réputation de certains hôpitaux est tant écornée par les populations que ces dernières préfèrent parfois faire plus de route pour rejoindre un autre hôpital en Picardie ou sur Paris, jugé plus compétent par les usagers.

Parfois l'hôpital réoriente les usagers vers d'autres structures hospitalières parce qu'il ne compte pas les services ou plateaux techniques nécessaires pour la prise en charge des urgences ou de certaines pathologies. Ceci peut poser problème lorsque la personne n'a pas de voiture par exemple et n'est pas toujours bien accepté par les usagers. Certaines personnes rencontrées ne le comprennent pas et en tiennent rigueur à l'hôpital.

IMPACT DE LA SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES TROIS PAYS SUR LE NON-RECOURS AUX SOINS

LE CHAUNOIS

CARTE D'IDENTITÉ DU CHAUNOIS

- Au 1^{er} janvier 2009, le pays du Chaunois compte 65 975 habitants, soit une densité de 118,7 habitants au km².
 - Le pourcentage de **foyers non imposables** dépasse les 50 % dans le Chaunois (54,9 % en 2009 ; 48,3 % en Picardie et 45,7 % en France hexagonale).
 - La proportion de 15 ans et plus sans qualification (sans diplôme ou ayant le certificat d'études primaires ou le brevet des collèges) est plus élevée dans le Chaunois qu'en France métropolitaine : 44,1 % de la population contre 35,7 % en 2009 (42,1 % en Picardie).
 - Le **taux de chômage** au recensement de population 2009 place le Chaunois au 5^e rang des taux les plus élevés des pays picards avec 14,1 % de la population active de 15 ans et plus au chômage (14,3 % dans l'Aisne, 12,6 % en Picardie et 11,2 % en France hexagonale).
 - Les bénéficiaires de la **CMU complémentaire** sont plus nombreux dans le Chaunois (86,1 pour 1 000 habitants en 2009, 4^e taux le plus élevé des pays picards) que dans le département (77,0 ‰), qu'en région (66,1 ‰) et qu'au niveau national (56,6 ‰).
 - Les **professionnels de santé** présentent des densités plus faibles dans le Chaunois que dans les entités géographiques de référence, que ce soit pour les médecins généralistes (66,7 pour 100 000 dans le Chaunois au 1^{er} janvier 2012 contre 78,7 dans l'Aisne, 84,8 en Picardie et 96,9 en France métropolitaine), les spécialistes (47,0 contre 58,9, 53,6 et 89,0) ou les dentistes (33,0 contre 38,9, 36,2 et 57,4) ; soit respectivement les 15^e, 9^e et 8^e densités des dix-huit pays picards.
- La densité de masseurs kinésithérapeutes est également peu élevée dans le Chaunois (14^e densité des pays picards avec 36,4 kinés pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2011 contre 43,7 dans l'Aisne, 49,1 en Picardie et 80,2 en France hexagonale), contrairement à celle des infirmier(ère)s qui place le Chaunois au 3^e rang des pays picards avec une densité de 100,0 (85,8 dans l'Aisne et 67,9 en Picardie), ce qui est proche du niveau national (101,1).
- La participation au **dépistage organisé du cancer** du sein du Chaunois fait partie des taux les plus bas des pays picards (2^e taux le plus faible) avec un taux de femmes dépistées de 50-74 ans de 46,6 % en 2009-2010, contre 53,3 % dans l'Aisne, 53,4 % en Picardie et 52,1 % en France entière.
- En 2009-2010, le dépistage du cancer colorectal est de 33,4 % parmi les personnes de 50-74 ans du Chaunois. Ce taux se situe entre l'Aisne (35,0 %) et la Picardie (30,0 %) et représente le 4^e taux le plus élevé des pays picards. Le taux national est de 34,0 %.

RESSENTIS DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Au travers des entretiens individuels et collectifs, il est ressorti différents éléments propres au Chaunois. Le schéma ci-dessous en retrace les idées principales, à savoir : **des difficultés à avoir un médecin traitant, de plus en plus de médecins en secteur 2 et un manque de confiance envers les médecins et l'hôpital local.**

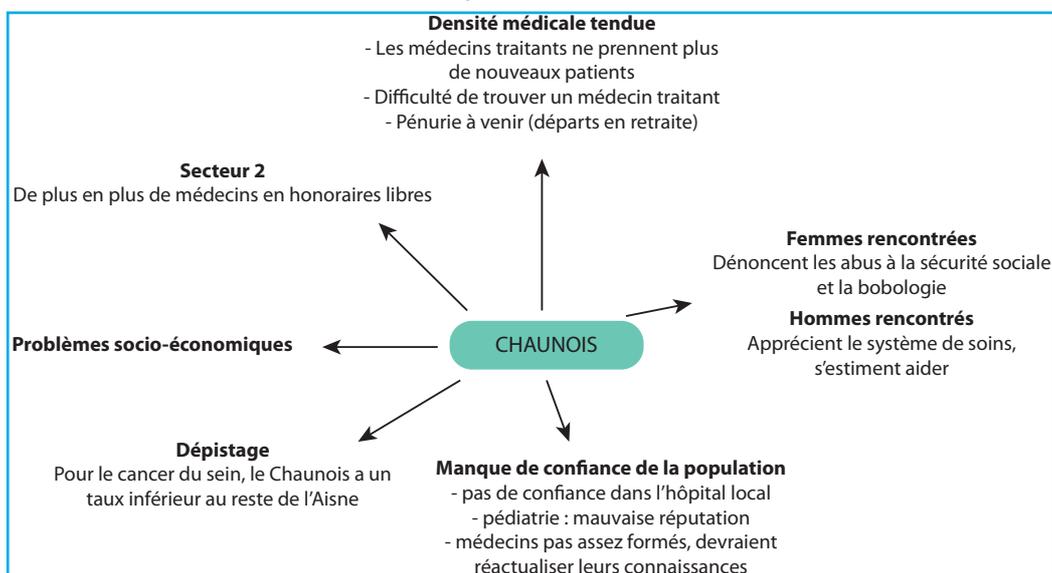
Les femmes du Chaunois dénoncent la « bobologie » et les abus que certains font par rapport à la Sécurité sociale (recours aux transports médicaux non nécessaires et à la chirurgie esthétique). Pour les femmes rencontrées, ceci est inadmissible et creuse le déficit de la Sécurité sociale.

Pour les lunettes, même s'il existe des rayons spéciaux (restreints en choix) pour les détenteurs de la CMU, l'apparence des lunettes ne leur convient pas et les freine à y avoir recours.

Les hommes estiment être bien soignés en France. Pour eux, l'aide existe et les personnes qui ne recourent pas aux soins « classiques » (médecins, pharmacies...) sont rares. L'association à laquelle ils appartiennent les aide pour demander un VSL, aller chercher les médicaments... Lorsque cela est jugé plus grave, c'est l'appel aux pompiers et au Samu qui est décidé.

Les frais dentaires et d'optiques étant élevés et peu remboursés, le recours est plus faible que pour les soins médicaux de médecins traitants.

Schéma 5. Spécificités du Chaunois



CARTE D'IDENTITÉ DU SANTERRE - HAUTE SOMME

- Au 1^{er} janvier 2009, le pays du Santerre - Haute Somme compte 57 418 habitants, soit une densité de 64,0 habitants au km².
- Le Santerre - Haute Somme se situe au 2^e rang des pays de Picardie pour le pourcentage de **foyers non imposés** en 2009 avec une proportion de 55,6 % ; ce qui est supérieur à la Somme (50,8 %), à la Picardie (48,3 %) et à la France hexagonale (45,7 %).
- Le pourcentage de personnes sans diplôme ou n'ayant que le certificat d'études primaires ou le brevet des collèges au 1^{er} janvier 2009 situe également le Santerre - Haute Somme au 5^e rang des pays de Picardie, avec près de 14 points de plus de personnes sans qualification par rapport au niveau national (7 points de plus qu'en région et 5 points de plus que dans le département).
- Le Santerre – Haute Somme a un **taux de chômage** en 2009 de 15,3 %, contre 13,3 % dans la Somme, 12,6 % en Picardie et 11,2 % en France hexagonale. Ce taux est le 4^e plus élevé des pays picards.
- Le taux de bénéficiaires de la **CMU complémentaire** est de 99,4 pour 1 000 habitants en 2006 dans le Santerre – Haute Somme contre 67,8 ‰ en France hexagonale.
- La démographie des **professionnels de santé** dans le Santerre – Haute Somme reste inférieure aux densités nationales, même si ses densités de généralistes (83,6 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012) et d'infirmiers (83,6 au 1^{er} janvier 2011) représentent respectivement les 9^e et 7^e densités les plus élevées des pays picards. La densité de généralistes est ainsi équivalente à la moyenne régionale mais inférieure à celle du département ; tandis que la densité d'infirmiers est supérieure à la Somme et à la Picardie. Par contre, les densités de spécialistes et de dentistes (13^e taux tous les deux) sont nettement plus faibles que celles des moyennes de référence, surtout pour les premiers (19,2 spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012 contre 59,1 dans la Somme, 53,6 en Picardie et 89,0 en France hexagonale).
- La participation aux **campagnes de dépistage organisées des cancers** n'est pas non plus très satisfaisante. Ainsi, seules 44,8 % des femmes de 50 à 69 ans du Santerre – Haute Somme ont participé à la campagne de dépistage du cancer du sein en 2009-2010 contre 56,2 % sur le reste du département, 53,4 % en région et 52,1 % en France entière. Ce taux est le plus faible des pays picards. Concernant le côlon-rectum, le pourcentage est également faible (10^e taux sur 18 pays) : 29,0 % des 50-74 ans, ce qui est proche de la Somme (29,2 %) et de la Picardie (30,0 %) et plus faible qu'en France entière (34,0 %).

RESSENTIS DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Ce qui ressort principalement des spécificités du Santerre - Haute Somme évoquées par les populations est la **thématique des problèmes liés au transport**, que ce soit à cause des coûts de déplacement ou du maillage insuffisant des transports en commun pour aller vers les hôpitaux ou les spécialistes.

Le groupe de **femmes du Santerre - Haute Somme** compte plusieurs femmes exerçant des métiers en lien avec la santé. Elles remarquent une recrudescence des difficultés des patients depuis deux ou trois années, difficultés qui avaient nettement été diminuées grâce à la mise en place de la CMU.

Elles **disent ne pas suivre le parcours médicalisé** : pour elles, cela est inutile, fait perdre du temps et payer deux consultations au lieu d'une.

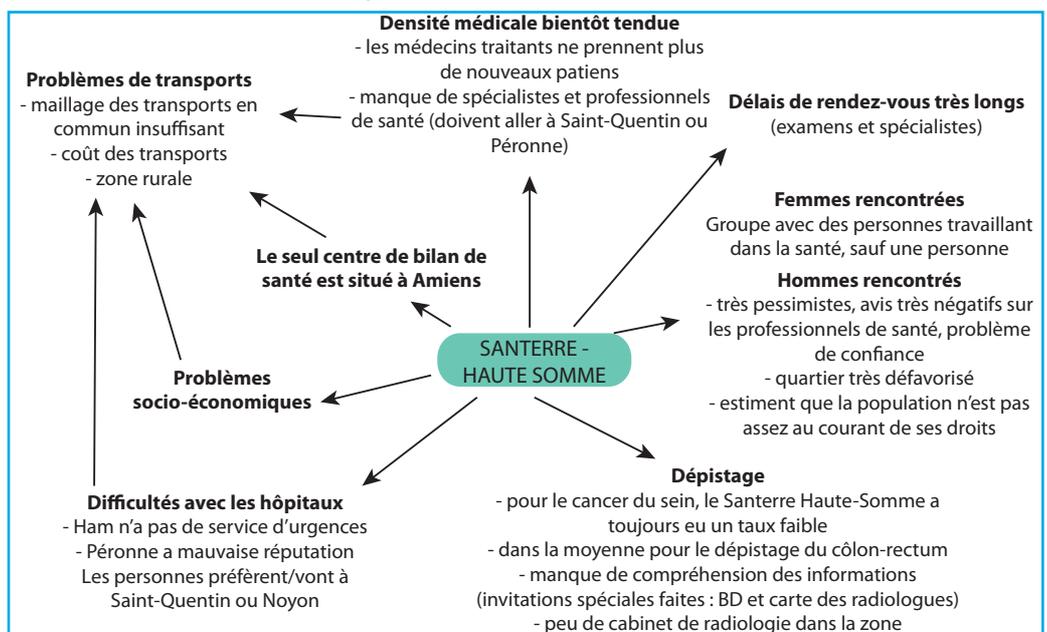
Selon les hommes rencontrés, beaucoup de personnes n'ont pas connaissance de leurs droits.

Il semble que sur Ham, il manque des professionnels de santé et des spécialistes, les habitants du secteur devant alors se diriger vers Saint-Quentin pour recourir aux soins, ce qui pose **des problèmes de transport**. Il en est de même pour les urgences.

Dans un quartier de la ville particulièrement précarisé, tout se monnaie : certains revendent des médicaments, se font rémunérer pour conduire un voisin à l'hôpital ou chez un spécialiste...

Un homme estime que le dossier d'inscription à la CMU est complexe, que la démarche est longue et coûteuse (envoyer le lourd dossier par la Poste coûte vingt euros, ce qui est onéreux pour une personne sans ressource).

Schéma 6. Spécificités du Santerre - Haute Somme



LE GRAND CREILLOIS

CARTE D'IDENTITÉ DU GRAND CREILLOIS

- Le pays du Grand Creillois compte 106 102 habitants au 1^{er} janvier 2009, ce qui en fait le plus dense des dix-huit pays picards (720,5 habitants au km²).
- En 2009, 53,2 % des **foyers fiscaux** du Grand Creillois sont non imposables, contre 43,0 % dans l'Oise, 48,3 % en Picardie et 45,7 % en France hexagonale. Cette proportion est la 6^e plus importante des pays picards.
- Le pourcentage de personnes sans qualification au 1^{er} janvier 2009 est élevé sur le Grand Creillois. Ainsi, 47,1 % des personnes sont sans diplôme ou n'ont qu'un certificat d'études primaires ou le brevet des collèges, soit 11 points de plus que la moyenne nationale (5 points de plus qu'en région et 8 points de plus que dans le département).
- Le **taux de chômage** du Grand Creillois est de 15,9 % en 2009, ce qui situe le pays au 3^e rang des pays picards. Ce pourcentage est supérieur à ceux de l'Oise (11,1 %), de la Picardie (12,6 %) et de la France hexagonale (11,2 %).
- Les allocataires de la **CMU complémentaire** sont plus nombreux dans le Grand Creillois (120,4 pour 1 000 habitants en 2006, 2^e taux le plus élevé des pays picards) que dans l'Oise (68,3 ‰), qu'en Picardie (87,2 ‰) et qu'en France métropolitaine (67,8 ‰).
- Les densités en **professionnels de santé** ne sont pas excellentes, tout particulièrement pour les infirmier(ère)s libéraux (densité la plus faible des pays picards), les masseurs kinésithérapeutes (15^e taux sur 18) et les dentistes (14^e taux).
La densité de médecins généralistes est proche de la densité régionale (respectivement 85,8 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012 contre 84,8 ; la densité nationale est de 96,9 à la même date) et place le Grand Creillois au 7^e rang des densités les plus élevées des dix-huit pays picards.
- La densité en spécialistes représente la 5^e densité des pays picards avec 64,1 spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012, ce qui est plus élevé que dans l'Oise (59,1) et qu'en Picardie (53,6) mais reste inférieur à la France hexagonale (89,0).
- Les taux de **dépistage aux campagnes organisées des cancers** sont faibles sur le Grand Creillois. Ainsi, moins de deux femmes de 50-74 ans sur cinq participent à la campagne de dépistage du cancer du sein (48,3 %) en 2009-2010 et une personne de 50-74 ans sur quatre à la campagne du dépistage colorectal (25,7 %), contre respectivement 53,4 % et 30,0 % au niveau régional et 52,1 % et 34,0 % au niveau national.

RESSENTIS DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Le Grand Creillois connaît une densité médicale particulièrement tendue, aux dires des médecins généralistes et des femmes rencontrées : même si les densités sont plus favorables que sur d'autres pays picards, elles restent néanmoins inférieures au niveau national.

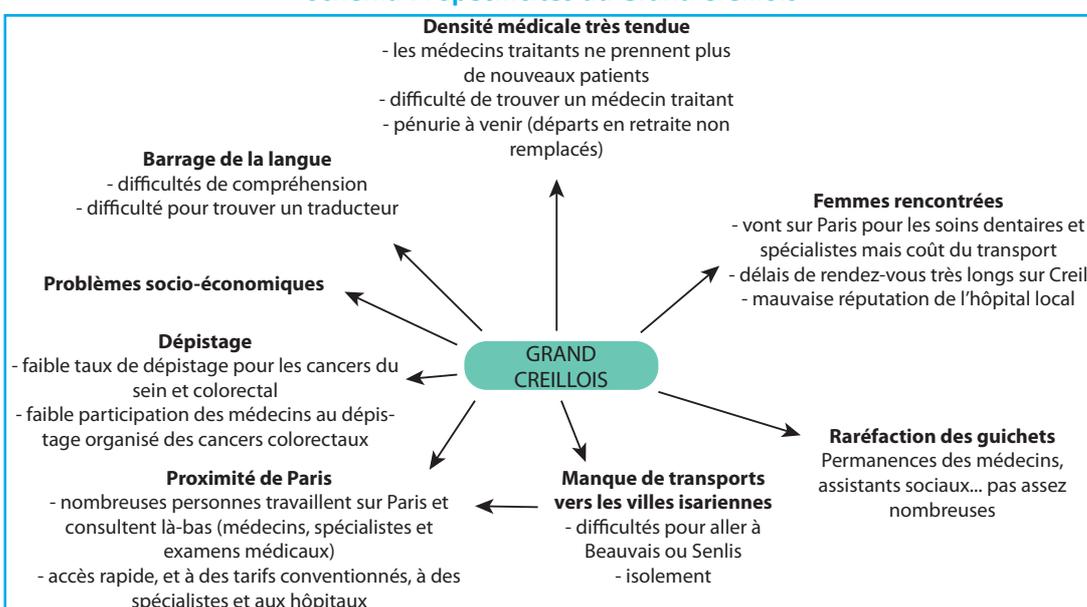
Deux particularités de ce territoire ressortent principalement : d'une part, la proximité parisienne favorisant l'accès rapide (et sans dépassement d'honoraire) aux spécialistes et aux hôpitaux parisiens ; **et d'autre part, des problèmes liés à la diversité ethnique du secteur** (barrage de la langue entraînant une impossibilité de se faire comprendre et de comprendre ; un certain racisme ressenti...).

Certaines femmes rencontrées lors du *focus group* du Grand Creillois expliquent qu'elles **vont se faire soigner sur Paris** (dentistes, spécialistes, hôpital) **car les rendez-vous y sont plus rapides que sur Creil.**

Ces femmes se sentent bien renseignées concernant les aides, notamment grâce aux associations qui les accompagnent.

Elles se préoccupent davantage des personnes âgées ayant une faible retraite et ne percevant pas d'aide. Elles estiment les personnes âgées vulnérables.

Schéma 7. Spécificités du Grand Creillois



PRÉCONISATIONS

Suite aux diagnostics territoriaux de santé menés dans les dix-huit pays picards en partenariat avec le conseil régional de Picardie, le constat a été fait d'un non-recours aux soins pour des populations à la santé déjà précaire. Une étude qualitative a alors été réalisée par l'OR2S afin de conforter cette hypothèse et de comprendre les freins au recours aux soins ; ceci permettant d'agir le plus efficacement possible par la suite.

Pour ce faire, des entretiens individuels avec des professionnels de santé ont été menés, ainsi que des entretiens collectifs avec les populations de trois pays picards identifiés comme fragiles (le Chaunois, le Santerre – Haute Somme et le Grand Creillois).

Au total, quatorze professionnels de santé (sept généralistes, trois responsables de centres de prévention et d'exams de santé et trois responsables d'associations de dépistage organisé des cancers, soit près de huit heures trente d'entretiens) et cinq groupes de populations (trente-quatre personnes au total, pour près de huit heures d'entretiens) ont été rencontrés.

Les principaux freins repérés sont divers et regroupent les aspects financiers (avance de frais d'exams, dépassements d'honoraires,...), les freins psychologiques (peur du diagnostic, peur des exams...), les problèmes de la mobilité (maillage et coût des transports individuels ou collectifs), mais aussi la mise en retrait de l'aspect santé face à l'urgence d'autres problèmes qui prennent le pas sur le quotidien (problèmes d'emploi, de logement...).

Les relations patients / professionnels de santé et patients / hôpitaux souffrent d'une grande méfiance et d'incompréhensions de part et d'autre.

Pour tenter de permettre aux populations de recourir à nouveau aux soins, il s'agit donc d'appliquer des leviers pour répondre aux problématiques évoquées ici. Ainsi, les préconisations pourraient se résumer en quatre verbes : *expliquer, accompagner, communiquer et créer*.

EXPLIQUER

Les populations ont souvent perdu confiance envers les professionnels de santé. Des rencontres, des formations pour les professionnels de santé (sur la communication et la rassurance notamment) et pour les populations pourraient être des pistes à envisager pour améliorer les relations qui semblent parfois tendues. Les professionnels doivent faire preuve de pédagogie pour expliquer dans un langage adapté et compréhensible par les patients leurs pathologies, leurs traitements et l'intérêt des exams prescrits.

ACCOMPAGNER

Des aides, comme peuvent les proposer certaines associations, pour le remplissage des dossiers administratifs mais également pour la prise de rendez-vous et le transport jusqu'aux différentes structures doivent être renforcées et développées.

L'accompagnement des professionnels de santé est également important pour stabiliser, voire améliorer, les densités médicales dans la région, comme aider l'implantation de jeunes médecins, créer des réseaux entre professionnels de santé..., sont des pistes à examiner.

COMMUNIQUER

Faire connaître les actions de prévention et de dépistage permet d'améliorer la santé de tous, avant que les symptômes n'apparaissent et ne fassent place à un diagnostic parfois trop tardif. Cela apparaît comme un élément essentiel à renforcer, sous des formes qui sont sûrement aussi à inventer.

CRÉER

Des solutions sont de même à imaginer ou à développer notamment pour répondre aux difficultés liées à la mobilité et aux transports que peuvent rencontrer certaines populations.

RAPPORT

INTRODUCTION

CONTEXTE

Suite à la réalisation des diagnostics territoriaux de santé des pays picards élaborés dans le cadre d'un partenariat étroit avec le conseil régional de Picardie, le constat a été dressé que certaines populations, malgré des indicateurs sanitaires très défavorables, n'avaient pas ou peu recours aux soins comme peuvent le montrer de faibles remboursements de consommation de soins, ou encore des taux peu importants de bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affectation de longue durée.

Comprendre pourquoi des populations ne recourent pas au système de soins ni au dépistage organisé des cancers a alors été une proposition de travail partagée afin de dégager des pistes d'action pouvant permettre à l'ensemble de la population d'y recourir.

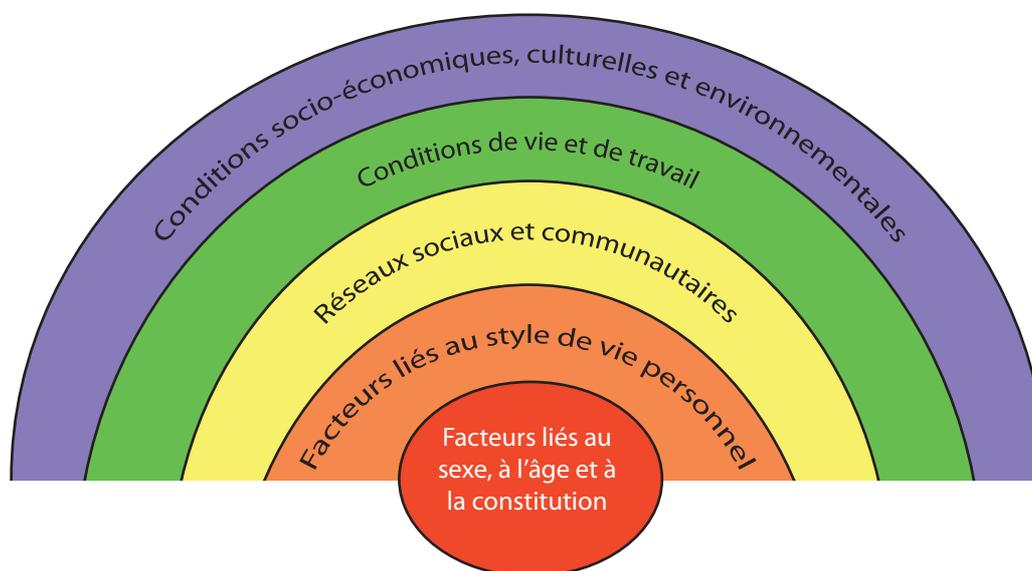
L'OR2S a mené une étude qualitative en population et auprès de professionnels de santé de trois pays picards choisis en concertation avec le conseil régional : le Chaunois, dans l'Aisne ; le Grand Creillois, dans l'Oise ; et le Santerre - Haute Somme, dans la Somme.

DÉFINITION DU NON-RECOURS AUX SOINS

L'état de santé des individus dépend dans une très large mesure de déterminants de santé auxquels ils sont soumis et qui interagissent entre eux. Ces déterminants regroupent des facteurs socio-économiques, environnementaux, comportementaux, sociaux... dont la combinaison des effets peut influencer positivement ou négativement la santé de chacun.

Le modèle de Dahlgren et Whitehead définit quatre niveaux de déterminants.

SCHÉMA DES DÉTERMINANTS SOCIAUX D'APRÈS DAHLGREN G. ET WHITEHEAD M.



Source : d'après le modèle de Dahlgren G. et Whitehead M. (*What can we do about inequalities in health ?* - The lancet, 1991, n° 338)

Le premier est lié au style de vie et aux comportements individuels, comme l'alimentation ou les addictions. Le deuxième niveau regroupe les influences sociales et collectives qui permettent à l'individu d'être ou non soutenu. Le troisième niveau regroupe les facteurs liés aux conditions de vie et de travail dont l'accès à l'emploi, aux services et équipements collectifs, aux services de santé, à l'éducation, à la nourriture... Le dernier niveau est celui de la société dans sa globalité et porte sur les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales de la société dans laquelle se trouvent les individus. Il s'agit alors de la situation économique du pays, du marché du travail, de la place de la femme et des minorités ethniques...

Lorsque les interactions de ces différents déterminants sont défavorables à l'état de santé, ils sont définis comme sources de disparités de santé, si ce n'est d'inégalités sociales de santé. L'une de leur expression est le non-recours au système de santé.

Les préconisations qui seront développées dans la dernière partie de ce rapport tendront à définir des actions pouvant agir sur les différents niveaux définis par ce modèle.

Avant de porter sur le domaine sanitaire, le « **non-recours** » a d'abord été défini pour les prestations sociales : « *une personne éligible à une prestation sociale (financière) qui, en tout état de cause, ne la perçoit pas* »¹.

En 1996, la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) a élaboré une typologie descriptive et économétrique du non-recours aux prestations sociales² en fonction de la perception de la prestation (dans sa totalité ou partiellement), de la formulation d'une demande d'adhésion à la prestation, du moment d'éligibilité de la personne.

Cette définition s'est ensuite élargie, l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) substituant « *l'offre publique, de droits et de services* » (santé, logement, insertion, aide juridique, services d'accompagnements, complémentaire santé...) à la seule prestation sociale.

Le non-recours aux soins, d'après un rapport de l'Odenore de 2008, est défini selon les variables³ :

- d'absence de suivi médical (absence de consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste ; d'un dentiste ou de suivi régulier d'un gynécologue) ;
- de renoncement aux soins (qu'ils soient vitaux ou de confort) ;
- de retard aux soins (consultation trop tardive d'un professionnel de santé) ;
- de refus de soins par les professionnels de santé (non-recours subi, déjà évoqué dans certaines études concernant les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME) ;
- d'abandon de soins (surtout concernant les soins dentaires, très coûteux : abandon avant la fin du traitement préconisé) ;
- d'inobservance thérapeutique (les traitements médicamenteux ne sont pas respectés ou pris dans leur intégralité) ;
- et de rendez-vous non honorés (patients absentéistes, absence ponctuelle ou habituelle).

D'après ce même rapport, l'isolement des personnes (peu ou pas de liens sociaux et familiaux) et le fait de ne pas avoir de complémentaire santé sont deux facteurs extrêmement importants et explicatifs du non-recours aux soins.

La faiblesse des liens sociaux (pas d'enfant ni de famille à charge, célibat, pas de possibilité d'être aidé par la famille en cas de problème) implique en effet que les individus ont moins d'investissement pour leur état de santé (défaut de motivation).

Un autre frein est également visible pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire qui font face à deux limitations : le refus de certains professionnels de santé de les soigner et leur propre autolimitation.

En 2010, l'Odenore crée à son tour une typologie en définissant trois formes principales de non-recours⁴ : la non-connaissance, la non-demande et la non-réception (voir le tableau ci-contre).

¹ <http://odenore.msh-alpes.fr/>

² *Accès aux droits, non-recours aux prestations, complexité*. Cnaf. Recherches et prévisions, n°43, 1996.

³ *Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP), Rapport de recherche pour l'Agence nationale de la recherche*, Odenore/Cetaf, novembre 2008.

⁴ Philippe Warin, *Le non-recours : définition et typologies*. Document de travail, Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) juin 2010.

Non-connaissance (forme 1)	Une personne éligible est en non-recours, par : > manque d'information sur son existence ou son mode d'accès ; > non-proposition du prestataire.
Non-demande (forme 2)	Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé par choix, à cause de : > non-adhésion aux principes de l'offre ; > intérêts divers ; > manque d'intérêt pour l'offre (coût/avantage) ; > estime de soi ; > alternatives ; ou par contrainte, à cause de : > découragement devant la complexité de l'accès ; > difficultés d'accessibilité (distance, mobilité) ; > dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités ; > raisons financières ; > difficulté à exprimer des besoins ; > crainte d'effets induits ; > crainte de stigmatisation ; > sentiment de discrimination ; > dénigrement de ses capacités ; > perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits.
Non-réception (forme 3)	Une personne éligible demande, mais ne reçoit rien ou qu'une partie, car : > abandon de la demande ; > non-adhésion à la proposition ; > arrangement avec le prestataire ; > inattention aux procédures ; > dysfonctionnement du service prestataire ; > discrimination.

Comme l'analyse Hélène Revil⁵, « la non-connaissance et la non-réception indiquent des problèmes d'information, d'organisation du travail dans les organismes ou des dysfonctionnements dans le processus de liquidation des droits et appellent une réponse principalement administrative et gestionnaire.

Une dimension plus politique du non-recours s'exprime par contre à travers la non-demande : les personnes se trouvant dans cette situation évoquent des conflits de normes, de représentations et de pratiques par rapport aux droits proposés, à leur contenu et aux injonctions - notamment comportementales - liées à l'obtention de droits. Ici ce ne sont plus uniquement l'effectivité de l'offre publique et son accessibilité qui sont en jeu mais bien aussi sa pertinence au regard des besoins sociaux et son acceptabilité par les bénéficiaires potentiels. »⁶

Le **renoncement** est un autre aspect pouvant aboutir à un non-recours aux soins et est défini par un abandon de soins alors que le besoin de soins est identifié. Le renoncement se fait soit avant la démarche de soins, soit alors que cette démarche est déjà amorcée ; l'individu pouvant renoncer pour différentes raisons : anticipation des dépenses qu'il n'est pas sûr de pouvoir assumer, longueur du traitement...

⁵ Hélène Revil est membre de l'Observatoire du non-recours, IEP Grenoble – Pacte /CNRS.

⁶ Propos recueillis par Rémy Caveng (UPJV) pour *Plateforme sanitaire et sociale*, n°17, octobre 2012, p. 5. Disponible sur Internet : <http://www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sociaux/Plateforme17.pdf>

Le renoncement est plus fréquent parmi les personnes faisant davantage attention à leur santé : leur désir de soins est plus important mais pas toujours satisfait du fait, par exemple, de coûts trop élevés. Une étude menée par l'Irdes⁷, exploitant l'enquête « *Santé et protection sociale 2000* » et se penchant sur le recours aux soins en matière de santé bucco-dentaire, met en avant trois catégories de renoncement pour raisons financières : les besoins de soins (plus les problèmes de santé apparaissent importants, plus le renoncement augmente), la représentation (plus l'individu porte d'intérêt à sa santé, plus il aura à faire face à des moments de renoncement s'il ne peut satisfaire cette demande ; ce renoncement s'estompe lorsque le revenu est élevé et qu'une complémentaire santé est acquise par l'individu) et la capacité financière de l'individu (il y aura davantage de renoncement si l'individu n'a pas les capacités financières de les satisfaire, ce qui est notamment visible parmi les individus ne bénéficiant pas de complémentaire santé).

QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES

D'après l'*Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008*⁸, 15,4 % des 18 ans et plus en France déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Ce chiffre passe à 22,1 % chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire⁹.

Les soins dentaires ont généré 10,0 % de renoncements en population générale pour des raisons financières (14,3 % pour les bénéficiaires de la CMU-C), les soins d'optique 4,1 % (contre 6,3 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes 3,4 % (contre 4,4 %).

Grâce aux auto-questionnaires remplis par les assurés du régime général lors des bilans de santé dispensés dans les centres de prévention et d'examen de santé (CPES), il est possible d'approcher le non-recours aux soins, notamment à travers les taux de non-consultation de médecins (généralistes et spécialistes confondus) et de dentistes depuis deux ans. Ces données datent de la période 2006-2007¹⁰.

Pourcentage d'assurés du régime général n'ayant pas eu recours au médecin (généraliste et spécialiste) depuis deux ans, en 2006-2007 Picardie versus (France hexagonale)

	Non précaires (hommes + femmes)	Précaires (hommes + femmes)
16-24 ans	5,4 (4,9)	13,6 (11,4)
25-44 ans	4,2 (4,9)	9,6 (8,7)
45-59 ans	4,7 (4,7)	7,6 (7,4)
60 ans et plus	1,6 (2,1)	2,2 (3,8)

Sources : Cetaf. La distinction entre populations précaires et non précaires est réalisée avec le score Epices¹¹, indicateur de précarité du Cetaf.

Globalement, la différence de non-consultation d'un médecin depuis deux ans entre les populations précaires et non précaires est davantage marquée chez les jeunes de 16-24 ans et s'amenuise ensuite à mesure de l'avancée en âge. Ainsi, en Picardie, 13,6 % des assurés précaires du régime général ayant eu un bilan de santé en 2006-2007 déclarent de ne pas avoir consulté de médecins depuis deux ans contre 5,4 % chez les non-précaires. À 60 ans et plus, les pourcentages tombent respectivement à 2,2 % et 1,6 %.

⁷ Sylvie Azogui-Lévy, Thierry Rochereau, Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale 2000 », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°94, mai 2005.

⁸ Cit. in Caroline Desprès, Paul Dourgnona, Romain Fantin, Florence Jusot, Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, novembre 2011, n°170.

⁹ En 2010, l'ESPS indique que 14,0 % des personnes ayant une couverture complémentaire privée ont renoncé à des soins pour des raisons financières contre 19,7 % des bénéficiaires de la CMU-C et 32,6 % des personnes n'ayant ni couverture complémentaire privée ni CMU-C. Pour les renoncements spécifiques, les données ne sont présentées que pour la population générale : 9,8 % des personnes ont renoncé pour raisons financières à des soins dentaires, 3,5 % à des soins optiques, 1,1 % à des consultations et visites de médecins généralistes et 2,2 % à des consultations et visites de médecins spécialistes. Disponible sur Internet : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

¹⁰ Ces données sont issues de SCORE-Santé (www.scoresante.org) et portent sur les réponses aux auto-questionnaires remplis par les assurés du régime général lors de leur bilan de santé effectué dans un CPES. La distinction entre population précaire et non précaire est réalisée avec le score Epices, indicateur de précarité du Cetaf. Source : Cetaf, 2006-2007.

¹¹ La précarité d'un assuré est mesurée en fonction du score Epices (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé) : ce score regroupe onze questions permettant d'approcher le degré de précarité des populations, via des déterminants matériels et psychosociaux. Lire à ce sujet : Émilie Labbe, Jean-Jacques Moulin, René Gueguen, Catherine Sass, Carine Chatain, Laurent Gerbaud, Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score Epices. L'expérience des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, *Revue de l'Ires*, n° 53, 2007/1. <http://www.udccas69.net/Documents/la%20sant%20E9%20sociale.pdf>

**Pourcentage d'assurés du régime général n'ayant pas eu recours
au dentiste depuis deux ans, en 2006-2007
Picardie versus (France hexagonale)**

	Non précaires (hommes + femmes)	Précaires (hommes + femmes)
16-24 ans	19,6 (20,0)	34,7 (32,9)
25-44 ans	15,7 (15,0)	30,2 (26,8)
45-59 ans	16,2 (12,4)	32,2 (27,4)
60 ans et plus	22,0 (16,0)	40,0 (30,7)

Sources : Cetaf. La distinction entre populations précaires et non précaires est réalisée avec le score Epices, indicateur de précarité du Cetaf.

Concernant le non-recours au dentiste durant les deux dernières années, les pourcentages sont plus élevés que pour les médecins et la diminution des pourcentages avec l'avancée en âge constatée pour le non-recours aux médecins ne se retrouve pas.

Par contre, la différence entre les populations précaires et non précaires est toujours visible, avec des taux supérieurs chez les premiers et un écart plus important encore que pour les données des médecins.

Ainsi, les 16-24 ans non précaires du régime général ayant eu un bilan de santé en 2006-2007, sont 19,6 % à ne pas avoir consulté un dentiste depuis deux ans contre 34,7 % parmi les personnes précaires. Quelle que soit la population, les pourcentages sont les plus importants pour les 60 ans et plus : 22,0 % de non-recours chez les non-précaires contre 40,0 % chez les précaires.

Parmi les éléments définissant l'indicateur de précarité monétaire, figure, selon l'Insee, la part de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹².

Selon une publication de la Drees de 2009¹³, réalisée à partir de trois études déclaratives menées par auto-questionnaires¹⁴, les bénéficiaires de la CMU sont principalement constitués de jeunes, de femmes, de personnes avec un faible niveau scolaire et de catégories socioprofessionnelles plus souvent exposées au chômage (ouvriers et employés). Cette population présente des caractéristiques en regard de la santé différentes de celle qui bénéficie d'une complémentaire santé privée : moins bonne santé, davantage de bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, davantage de maladies chroniques...

Les bénéficiaires de la CMU renoncent, tout comme la population générale, à certains types de soins : principalement les soins dentaires et d'optiques. Ces soins sont en effet moins bien remboursés et impliquent des dépenses que ne peuvent assumer les bénéficiaires de la CMU.

Au 31 décembre 2009, la Picardie compte 121 737 bénéficiaires de la CMU complémentaire¹⁵, soit un taux de 6,4 bénéficiaires pour 100 habitants contre 5,7 en France hexagonale.

Des différences entre les départements picards sont constatées, avec des taux proches pour l'Aisne (7,0 %) et la Somme (8,0 %) et un taux plus faible dans l'Oise (4,8 %).

¹² Les trois autres éléments étant la part des personnes couvertes vivant sous le seuil des bas revenus, la part des allocataires dont les revenus dépendent à plus de 50 % des allocations et la part des personnes couvertes percevant un minima social (le RSA socle ou l'AAH).
http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=8&ref_id=1149&page=dossiers_electroniques/precarite/indicateurs.htm

¹³ Bénédicte Boisguérin, Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2006 ?, *Études et Résultats*, n°675, janvier 2009.

¹⁴ Deux enquêtes menées par la Drees en 2000 et 2003, spécifiques aux ménages bénéficiaires de la CMU-C, et l'*Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2006* menée par l'Irdes en population générale avec un sur-échantillonnage auprès des bénéficiaires de la CMU-C.

¹⁵ Ces données et de nombreuses autres sont disponibles dans : *Les indicateurs de cohésion sociale* – Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, OR2S et Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Picardie, 2013.

Disponible sur Internet : http://www.or2s.fr/Portals/0/Cohesion_sociale/2012/CIR_CohesionSocial2012.pdf

1. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Questions de recherche

- Pourquoi les populations, notamment de trois pays picards identifiés, n'ont pas recours aux soins alors que leur santé est jugée précaire ?
- Pourquoi les populations ne participent pas davantage aux campagnes de dépistage des cancers organisés ?

Objectif général

- Comprendre les raisons du non-recours aux soins de certaines populations picardes.
- Comprendre la faible participation au dépistage organisé des cancers de ces populations.

Objectifs spécifiques

- Réalisation d'une enquête qualitative auprès de la population des pays du Chaunois, du Grand Creillois et du Santerre - Haute Somme.
- Réalisation d'une enquête qualitative auprès des professionnels de santé.

Axes de recherche concernant le non-recours aux soins

- Impact des déplacements en zones rurales.
- Impact du déficit de professionnels de santé dans certaines zones.
- Impact des problèmes financiers de la population.
- Impact de la CMU / couverture complémentaire sur l'accès aux soins. Idem pour l'absence de mutuelle.
- Recherche de causes liées à l'âge ou au genre.
- Compréhension des pratiques des populations en matière de recours aux soins et de prévention.

2. MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été menée par une **approche qualitative par entretiens**, ce qui permet de recueillir des éléments pour comprendre en profondeur des attitudes ou comportements, de décrire les liens entre les éléments d'une situation. Les entretiens, qu'ils soient individuels ou collectifs, permettent d'appréhender les représentations et les causes de comportements décrites par les personnes elles-mêmes, ce que des questionnaires ne pourraient aborder. Les résultats ne peuvent toutefois être généralisés à une population entière, même si le nombre important d'entretiens permet d'avoir un point de vue assez proche de la population générale.

Deux types d'entretiens ont été menés :

- **des entretiens collectifs semi-directifs avec la population** : cette technique permet de construire une dynamique de groupe facilitant l'approche de sujets précis, de les approfondir et d'élaborer une idée peut-être commune ou de voir se dessiner des lignes de fracture, ici sur le non-recours aux soins, grâce aux débats que ce type d'entretien peut susciter.

Deux groupes de cinq à douze personnes pour chacune des trois zones concernées ont été constitués, soit trente-quatre personnes au total (cinq groupes au lieu de six ; un groupe n'ayant pu se tenir faute de participants). Pour chaque zone, un groupe masculin et un groupe féminin ont été constitués afin de pouvoir aborder sans gêne des sujets personnels ou de santé liés au genre (suivi gynécologique, cancer du sein ou de la prostate...);

- **des entretiens individuels avec les professionnels de santé**. Il s'agit ici de comprendre le ressenti des professionnels de santé à propos de leur population et non pas de construire une idée, ni de débattre. On ne cherche pas le consensus mais l'image qu'ont les professionnels de santé des comportements de leur patientèle.

	Population	Professionnels de santé
Nombre	34 personnes	13 professionnels
Mode d'entretien	Collectif	Individuel
Spécificité des rencontres	Par zone : Un groupe hommes Un groupe femmes	Par zone : 2 généralistes (3 dans le Santerre – Haute Somme) 1 responsable d'association de dépistage organisé (niveau départemental) 1 professionnel de centre de prévention et d'exams de santé

Les entretiens ont été intégralement transcrits puis analysés grâce au logiciel d'aide à l'analyse qualitative Nvivo 8.

POPULATIONS RENCONTRÉES

Plusieurs pistes de recrutement des participants aux entretiens collectifs (population) ont été examinées en cherchant à atteindre les personnes n'ayant pas recours aux soins. Les structures suivantes ont ainsi été mises à contribution pour inviter leurs usagers ou bénéficiaires à participer : CCAS, associations diverses d'insertion et de prévention santé, associations de santé propres au pays ou à la ville principale du pays...

Cette étude s'attache à analyser les discours de personnes en situation de précarité par rapport au non-recours aux soins, qu'il soit total ou partiel.

Trois associations ont permis de rencontrer des populations plus ou moins précarisées dans les trois pays ciblés :

- l'association Accueil et promotion (AEP) dans le Chaunois, qui offre des solutions d'hébergement social, d'insertion et de loisirs aux jeunes travailleurs de Picardie et du Nord ;
- l'atelier ville santé du centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Creil qui est en partenariat avec de nombreuses associations de terrain (dont sont issues les femmes ayant participé au *focus group*) et engage de nombreuses actions sanitaires et sociales envers les populations les plus démunies ;
- le centre social centre d'accueil familial spécialisé (CAFS) du CCAS de la ville de Ham dans le Santerre – Haute Somme qui propose aides, services et animations à la population toute l'année.

Description des groupes rencontrés

Si, sur les six *focus groups* prévus, celui des hommes du Grand Creillois ne s'est pas tenu faute de participants, les discours ont été suffisamment riches avec les autres groupes pour décrire les problématiques rencontrées par les populations et pour comprendre les mécanismes du non-recours aux soins.

Groupe, lieu	Description
Femmes, Chaunois	9 femmes de 18 à 36 ans. Toutes sans emploi, sauf une, contrôleuse dans les bus et en congé parental.
Hommes, Chaunois	4 hommes de 18 à 55 ans. Sans emploi.
Femmes, Santerre – Haute Somme	4 femmes de 25 à 60 ans. Trois travaillent dans le domaine médical (une étudiante sage-femme, une sage-femme, une préparatrice en pharmacie en congé parental) et une est saisonnière en usine.
Hommes, Santerre – Haute Somme	5 hommes de 27 à 55 ans. Trois sont sans emploi, à cause de problèmes de santé, deux travaillent dans le domaine social.
Femmes, Grand Creillois	12 femmes de 19 à 72 ans. Cinq sont membres d'associations sur Creil (soit en tant que bénévoles – dont une travaille en parallèle à l'aéroport ; soit y exerçant un emploi rémunéré), quatre sont en formation professionnelle <i>via</i> une association de formation continue, deux sont sans emploi (dont une retraitée), une est conseillère conjugale.

Les personnes rencontrées sont **pour la moitié sans emploi** (dix-sept personnes sur les trente-quatre interrogées) et bénéficient d'aides des associations les ayant invitées à participer aux entretiens collectifs ; sept travaillent dans le domaine social, deux dans le domaine médical, deux ont des emplois d'ouvriers ou d'employés et cinq suivent une formation professionnelle ou des études (sage-femme, animateur social, aide-soignant, auxiliaire de vie sociale).

Le groupe des femmes du Santerre – Haute Somme se démarque par une population travaillant principalement dans le domaine médical (une sage-femme de PMI, une préparatrice en pharmacie en congé parental et une étudiante en dernière année d'étude de sage-femme). Leur vision du recours aux soins sera mise en perspective avec celles des autres populations vues en *focus groups* et des professionnels de santé interrogés en entretiens individuels.

PROFESSIONNELS RENCONTRÉS

Pour les professionnels, comme cela a été défini ci-dessus, trois professions sont privilégiées pour cette recherche :

- les médecins généralistes : pour leur approche globale (« généraliste ») du patient et comme interlocuteurs de santé privilégiés et de premier recours de la population ;
- les médecins de centres de prévention et d'examen de santé : pour leur population souvent en difficulté et spécifique, et pour leur regard particulier sur l'approche de la santé de leurs usagers ;
- les responsables d'associations de dépistage organisé des cancers : pour l'aspect particulier de la prévention et du dépistage des cancers.

À noter que parmi les professionnels de santé, un médecin généraliste du Chaunois travaille à mi-temps dans un service d'addictologie, ce qui le place face à des patients particuliers lors de ses consultations hospitalières.

Centres de prévention et d'examen de santé (CPES)

Même si les centres de bilan de santé ne se trouvent pas, à l'exception du Grand Creillois, dans les zones ciblées, les professionnels de santé de ces centres reçoivent une population souvent fragilisée. Des études des populations fréquentant ces centres de santé mettent en avant l'aspect précaire des patients des centres de santé^{16,17}. Leur point de vue complète la vision des professionnels de santé interviewés dans les pays et apporte d'autres réponses au problème du non-recours aux soins.

En France, toute personne affiliée au régime général de la Sécurité sociale peut bénéficier gratuitement d'un bilan de santé tous les cinq ans¹⁸, ou plus fréquemment si son état de santé est fragile. Certains CPES tentent de toucher en priorité les personnes les plus précarisées et leur proposent un suivi plus régulier.

La caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) se charge d'envoyer un courrier invitant les personnes à se rendre dans l'un des CPES de leur zone géographique.

Le bilan de santé permet de détecter d'éventuelles pathologies non-perçues jusqu'alors, mais aussi de recevoir des conseils de prévention sur différents aspects de santé.

Le bilan dure environ trois heures et est particulièrement complet (modulable en fonction de l'âge, du sexe et des antécédents médicaux de l'intéressé). En plus de l'examen médical, les bénéficiaires ont des analyses d'urine et de sang (diabète, cholestérol, etc.), des tests auditifs, visuels, cardiaques et du souffle, un examen bucco-dentaire, des mesures anthropométriques (mesure de l'indice de masse corporelle – IMC), un test HIV, un examen gynécologique pour les femmes (frottis), un test de la mémoire pour les personnes âgées, un test Hemocult® pour le dépistage du cancer colorectal. Les personnes bénéficient également d'un entretien avec un diététicien.

Certains centres intégrés dans cette étude comptent des ateliers d'éducation thérapeutique (par exemple concernant le diabète de type 2), des ateliers nutrition ou des consultations en addictologie (tabac, jeu, drogue), et ciblent davantage les 16-25 ans en insertion professionnelle et les populations précaires.

Une étude¹⁹ menée dans vingt-et-un centres de santé (principalement implantés dans des zones socialement défavorisées) montre que la population fréquentant ces centres est davantage précaire (63,5 % des patients des centres de santé sont précaires d'après le score Epices contre 38,0 % en population générale), avec une santé plus dégradée que la population générale : 46 % déclarant un état de santé moyen à très mauvais contre 29 %.

¹⁶ Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Marine Dufournet, Julien Mousquès, Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure - CDS sont-elles plus précaires ?, Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°165, mai 2011.

¹⁷ Marc Collet, Georges Menahem, Valérie Paris, Hervé Picard, *Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits*, Credes, *Questions d'économie de la santé*, n°63, janvier 2003.

¹⁸ Article L321-3 du Code de la Sécurité sociale.

¹⁹ Anissa Afrite et al., *op. cit.*

La population étudiée ayant recours aux CPES est plus féminine, plus jeune, avec un niveau d'instruction plus bas et plus souvent inactive que la population générale. Lorsqu'elles sont actives, les personnes travaillent le plus souvent à temps partiel non-choisi. Cette population a également moins souvent une complémentaire santé et, lorsque cela est le cas, c'est plus souvent la CMU. Mais la sur-précarité de cette population touche les personnes ayant une complémentaire autre que la CMU-C.

Les auteurs proposent alors deux pistes de réflexion : « *d'une part, favoriser l'accès à la CMU-C ou à l'aide complémentaire santé (ACS), d'autre part, généraliser le tiers payant sur la dépense complémentaire, qui ne l'est pas dans tous les centres d'examens de santé* ».

Associations de dépistage organisé des cancers

En Picardie, il s'agit d'Aisne Preventis, dans l'Aisne, d'Adcaso, dans l'Oise et d'Adema 80, dans la Somme. Les responsables d'associations de dépistage organisé des cancers apportent un point de vue particulier et spécifique sur la prévention et les dépistages organisés des cancers.

3. RÉSULTATS DES ANALYSES

3.1. PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

3.1.1. DÉFINITION DE LA SANTÉ

Peu de discussions ont été entamées sur cette partie, passée très rapidement car elle n'a pas suscité beaucoup d'intérêt et de réponses de la part des participants aux *focus groups* (cette question n'a été posée que lors des entretiens collectifs). L'état de santé est globalement défini par les personnes comme étant un attribut personnel et non comme la résultante de facteurs sociétaux auxquels les personnes seraient exposées.

Chez les femmes, être en bonne santé est exclusivement lié à la santé physique : se sentir bien dans son corps (ne pas sentir de douleur), faire ce que l'on veut comme on le veut. La santé est également vue comme nécessaire pour pouvoir travailler : sans la santé, on ne peut pas travailler ou avoir des activités en dehors (on reste alors prostré chez soi...).

La maladie est définie comme une déficience des facultés, une perte d'autonomie (être moins alerte) et peut également avoir des répercussions sur l'entourage.

Chez les hommes, la santé a été abordée comme être en forme physiquement (« péter la forme », avoir mal nulle part) mais également psychologiquement (le stress est cité comme facteur de nombreuses maladies, de dépression...). La santé est liée à l'alimentation : bien manger, avoir de l'appétit, avoir une alimentation saine. La santé nécessite aussi d'avoir des professionnels de santé compétents (le groupe du Santerre - Haute Somme est particulièrement hostile envers les professionnels de santé²⁰).

3.1.2. COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET COMPORTEMENTS À RISQUE

Les comportements de santé sont définis par l'Organisation mondiale de la santé comme « *toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but.* »²¹ Les comportements à risque, à l'inverse, se répercutent négativement sur la santé de la personne.

Ce thème fut peu abordé par les professionnels de santé (seuls trois généralistes et un médecin de centre de prévention et d'exams de santé en ont parlé), mais il a été vu dans l'ensemble des *focus groups*.

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé ont davantage parlé des comportements à risque que des comportements de santé de leurs patients, leur position les amenant souvent à traiter les répercussions de ces premiers comportements.

Les généralistes mettent en avant de grandes difficultés à faire changer les habitudes alimentaires de leurs patients, que ce soit pour des problèmes de surpoids, de diabète, de cholestérol... Les patients acceptent l'idée de devoir perdre du poids mais ne veulent pas avoir à produire d'efforts, ni à faire de régime : ils jugent cela trop difficile, se sentent frustrés et ont la sensation de perdre leur liberté. Certains ne savent pas cuisiner et préfèrent recourir aux plats et aliments industriels.

D'après quelques médecins généralistes, une éducation complète serait à (re)faire auprès des patients. L'alimentation est une habitude fortement ancrée (Grand-Creillois), et difficile à modifier ; d'autant que dans certaines cultures, plus la personne est corpulente, mieux elle est considérée.

²⁰ Ceci sera vu plus en détail dans la partie 3.5.2. Relations patients / professionnels de santé.

²¹ Source : Glossaire de la promotion de la santé. Organisation mondiale de la santé, 1999. http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf

Les médecins généralistes rencontrés constatent de nombreux problèmes de surpoids et d'obésité parmi leurs patients.

Il y a aussi ce phénomène dès le jeune âge. (...) Quand on dit aux parents de faire attention aux enfants, leur demander un peu comment ils mangent, ce qu'ils mangent, ce qu'ils font pour essayer de faire passer des messages, c'est pas évident. C'est pas évident du tout. (...) Faut les changer depuis tout petit. Mais vous ne pouvez pas (...) changer un mode de vie, un mode culinaire, une façon de manger du jour au lendemain. C'est pas possible. Moi, j'ai des filles, elles ont 11-12 ans, elles pèsent déjà 52 kg, 54 kg, 60 kg. (...) Et quand on leur dit juste des petits trucs à supprimer, des trucs... Ben quelques-unes me suivent mais après, c'est difficile. Pour eux, c'est une privation. (...) [Une] perte de liberté dans l'utilisation de consommer... Une frustration. (Généraliste, Grand-Creillois)

Un professionnel d'un centre de prévention et d'examen de santé (CPES) a commenté les comportements à risque (notamment la consommation de tabac) de ces usagers en évoquant des conduites addictives et les difficultés de sevrage constatées chez ces personnes en situation de précarité.

LE POINT DE VUE DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Pour les hommes et les femmes rencontrés, le principal comportement déclaré pour conserver ou améliorer son état de santé est la marche. Pratiquée régulièrement, elle constitue le plus souvent la principale activité physique de ces personnes.

Les femmes essaient de faire des efforts sur l'alimentation. Elles disent essayer d'avoir une alimentation saine et de boire de l'eau.

Le groupe des femmes du Santerre - Haute Somme, qui travaillent pour la majorité d'entre elles dans le milieu médical, tient des propos proches des recommandations PNNS : essai de consommer cinq fruits et légumes, cuisine à l'huile d'olive, arrêt de la cigarette, marche pour l'activité physique.

Les femmes du Chaunois mettent en avant que le surpoids n'est pas toujours lié à l'alimentation et peut venir d'antécédents familiaux. Ces femmes déplorent que les médecins ne prennent pas en compte, selon elles, l'environnement et l'histoire des patients et les jugent trop rapidement : certes, elles ne font pas de sport mais elles marchent et, selon elles, le stress influe sur la prise de poids... Elles trouvent par ailleurs que les régimes alimentaires sont trop stricts.

Si on écoutait les médecins, on ne boirait que de l'eau et ne mangerait qu'une carotte ! (Femme, Chaunois)

L'une d'elle, en surpoids, revendique son bien-être et fustige l'image du corps donnée par les médias : les minces aussi peuvent avoir des problèmes de santé.

Chez les hommes, le groupe du Chaunois parle principalement des aspects relationnels comme étant importants dans le maintien d'une bonne santé (ce groupe a défini la « non santé » sur la base de risques psycho-sociaux comme le stress et la dépression) : être entouré, faire des soirées et des activités pour ne pas déprimer sont pour eux des facteurs de bonne santé. L'alcool est cité comme remède à certains problèmes, un moyen de s'évader et de penser à autre chose. L'alimentation fait partie des comportements de santé notés, mais sous la forme « d'avoir de l'appétit » et non « d'alimentation équilibrée ».

Le groupe du Santerre – Haute Somme, plus revendicatif, met comme condition principale à un bon état de santé le fait d'avoir davantage de moyens financiers pour pouvoir se soigner : quand la personne est en situation de précarité, son alimentation est de moins bonne qualité.

3.1.3. ETAT DE SANTÉ DES PATIENTS ET PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS

Les territoires sont caractérisés par des données objectivées d'état de santé²² puis, dans un deuxième temps sont analysés les discours des personnes interrogées sur leur état de santé et sur celui de la patientèle des médecins généralistes.

CHAUNOIS

Données sanitaires

- Les taux de mortalité, que celle-ci soit globale ou prématurée (avant 65 ans), sont à des niveaux élevés dans le Chaunois en regard de l'ensemble des pays de Picardie et du niveau national : au deuxième rang derrière le Trait Vert - Santerre Initiatives pour la mortalité générale et au troisième rang derrière le Saint-Quentinois et la Thiérache pour la mortalité prématurée en 2005-2010.

Les admissions à l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont particulièrement faibles dans le Chaunois : le pays a le plus faible taux des pays picards en 2005-2010.

- Cela est retrouvé de manière voisine pour la mortalité par tumeurs : le Chaunois est ainsi au quatrième rang des pays picards pour la mortalité générale par cancers en 2005-2010, avec des taux de mortalité par cancers du sein, du côlon-rectum et de la trachée, des bronches et du poumon parmi les plus élevés des pays picards (respectivement aux huitième, septième et cinquième rangs des pays).

Les admissions en ALD pour ces pathologies placent le Chaunois dans les dix premiers pays picards, avec notamment le quatrième taux le plus élevé pour les cancers du côlon-rectum.

- Les décès par maladies de l'appareil circulatoire situent le Chaunois au deuxième rang des pays de Picardie pour sa forte mortalité, avec une surmortalité également par rapport au niveau national. Les mortalités par cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales sont particulièrement importantes dans ce pays : les taux sont en effet respectivement le plus élevé et le deuxième plus élevé des pays picards en 2005-2010.

À l'inverse, le pays présente le plus faible taux d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire en 2005-2010 (taux significativement inférieur au niveau national).

- La mortalité liée à l'alcool ou au tabac est supérieure dans le Chaunois à la France et parmi les plus fortes des pays picards : la mortalité liée au tabac est la troisième plus élevée des pays picards, et celle liée à l'alcool, la quatrième plus élevée.

Les admissions en ALD pour ces pathologies sont faibles dans le Chaunois : le pays représente le huitième taux le plus faible des pays picards concernant l'alcool et le taux le plus faible concernant le tabac.

- La mortalité par accident de la route ou par suicide est plus élevée dans le Chaunois qu'en France en 2005-2010. Le Chaunois présente le taux le plus élevé des pays picards pour les accidents de la circulation et le troisième plus fort concernant les suicides.

Données des entretiens

Les principaux problèmes déclarés par les médecins sont liés au surpoids : diabète, hypertension, arthrose, mal de dos, insuffisance cardiaque... Cependant, il semble très difficile pour les professionnels de santé de faire adopter de nouvelles habitudes alimentaires à leurs patients. Ces derniers sont réticents à changer leur alimentation, les efforts à faire étant trop contraignants.

La population rencontre également des problèmes dentaires et ophtalmologiques. Les conduites addictives sont présentes (tabac, alcool)²³ et peu de personnes sont prêtes à entamer un sevrage, selon le responsable du CPES rencontré. Quelques troubles dépressifs sont évoqués par les hommes du *focus group*. Les femmes parlent davantage de mal de dos, de fatigue, d'allergies et de problèmes dentaires.

²² Les données sanitaires présentées ici pour les trois pays proviennent d'une mise à jour des données des *Diagnostiques territoriaux de santé* réalisés par l'OR2S pour le conseil régional sur les dix-huit pays picards. L'ensemble de ces diagnostics est disponible sur Internet : <http://www.or2s.fr/Actualite/Observationdelasanteacute/LesPays/tabid/95/Default.aspx>

²³ Un médecin généraliste parle de problèmes de drogues mais ce médecin effectue un mi-temps en addictologie à l'hôpital, ce qui oriente son analyse de la population sur ce point.

Données sanitaires

- Les indicateurs sanitaires ne sont guère satisfaisants sur le Santerre – Haute Somme. Concernant la mortalité, qu'elle soit générale ou prématurée (avant 65 ans), les taux sont toujours significativement supérieurs sur le Santerre - Haute Somme par rapport à la France. Le pays a le quatrième taux le plus élevé des pays picards pour la mortalité générale et le cinquième plus élevé pour la mortalité avant 65 ans. La mortalité infantile est la quatrième plus élevée des pays picards.

Le nombre de nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD situe le Santerre – Haute Somme au cinquième rang des pays de Picardie, taux également supérieur au niveau national.

- Concernant les tumeurs, le Santerre – Haute Somme présente une surmortalité significative sur le pays par rapport à la France métropolitaine et le troisième taux le plus élevé des pays picards.

La mortalité par cancers du sein ou du côlon-rectum place le pays dans la moyenne régionale, avec des taux non significativement différents du niveau national. Par contre, la mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon du Santerre – Haute Somme est la deuxième plus élevée des pays picards, avec une surmortalité remarquée par rapport à la France.

Les admissions en ALD pour cancers placent le Santerre – Haute Somme au troisième rang des taux les plus élevés des pays picards ; avec un taux plus important pour le côlon-rectum (sixième taux le plus élevé) que pour le sein (antépénultième taux).

- Concernant les maladies cardio-vasculaires, les deux principales composantes (cardiopathies ischémiques – neuvième taux des pays – et accidents vasculaires cérébraux – sixième taux) n'ont pas des taux de mortalité significativement différents dans le pays à ceux observés nationalement. Par contre, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dans son ensemble est significativement supérieure dans le Santerre – Haute Somme qu'en France (huitième taux le plus élevé des pays picards).

Le taux d'admissions en ALD pour des maladies cardiovasculaires est significativement plus important dans le Santerre – Haute Somme qu'en France et constitue le dixième taux des dix-huit pays.

- Les décès liés aux conduites addictives sont également nombreux dans le pays, que ce soit par rapport à la consommation de tabac ou à celle d'alcool. Dans les deux cas, les différences sont significatives avec le niveau national au détriment du pays. Le Santerre – Haute Somme présente le cinquième taux le plus élevé des pays pour les maladies liées au tabac et le deuxième taux le plus élevé pour les maladies liées à l'alcool. Les taux d'admissions en ALD pour ces deux catégories sont également importantes et supérieures à la France : le Santerre – Haute Somme représente respectivement les troisième et cinquième taux les plus élevés des pays picards.

- Parmi les morts violentes, les accidents de la circulation (troisième taux le plus élevé des pays picards) et les suicides (deuxième taux les plus élevés des pays) entraînent une surmortalité significative des habitants domiciliés dans le pays par rapport à l'ensemble de la France métropolitaine.

Données des entretiens

Les problèmes de santé sont assez semblables à ceux évoqués dans le Chaunois : diabète, hypertension, cholestérol, surpoids et obésité. Les addictions (tabac, alcool) sont également présentes, avec une détection supplémentaire de problèmes liés aux drogues. Des problèmes de santé mentale et de démence sont évoqués par un médecin généraliste.

Les hommes rencontrés n'ont pas évoqué de problèmes particuliers. Les femmes ont déclaré une « assez bonne » santé, en évoquant peu de pathologies particulières.

Données sanitaires

- Les mortalités générale et prématurée (avant 65 ans) du Grand Creillois en 2005-2010 se situent significativement au-dessus de la moyenne nationale. La mortalité générale du Grand Creillois ne représente que le treizième taux le plus élevé des dix-huit pays picards tandis que la mortalité avant 65 ans représente le huitième taux. Par ailleurs, la mortalité infantile place le Grand Creillois au cinquième rang des pays picards.

Le taux de nouveaux bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour 100 000 habitants du Grand Creillois en 2005-2010 est le plus élevé des pays picards et est significativement supérieur au taux national.

- Ce résultat est retrouvé de façon similaire pour la mortalité générale par tumeurs (surmortalité par rapport à la France et sixième taux le plus élevé des pays picards), avec un taux particulièrement important concernant le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (quatrième taux le plus élevé des pays picards).

Toutefois, la mortalité par cancers du sein ou du côlon-rectum n'est pas significativement différente de l'échelon national et situe le pays parmi les plus bas taux des pays picards (treizième taux pour le cancer du sein et dix-septième pour le côlon-rectum, sur dix-huit pays).

Les admissions en ALD pour cancers (que ce soit tous cancers, cancer du sein ou cancer colorectal) sont faibles dans le Grand Creillois comparé aux autres pays picards (respectivement dernier, douzième et dernier taux des pays picards).

- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire n'est pas différente significativement de la France, plaçant le taux de mortalité du Grand Creillois au niveau le plus faible des pays picards.

À l'inverse, le Grand Creillois compte le taux le plus élevé d'admissions en ALD pour des maladies de l'appareil circulatoire en 2005-2010 (taux significativement supérieur au niveau national).

- La mortalité pour les causes liées à une consommation de tabac est significativement supérieure à celle du niveau national (huitième taux le plus élevé des pays picards), tandis que celle liée à l'alcool n'est pas significativement différente de la France et est parmi les plus basses des pays picards (quinzième taux).

Parallèlement, les admissions en ALD pour ces deux causes sont particulièrement élevées dans le Grand Creillois : premier taux pour le tabac et deuxième taux pour l'alcool, avec des taux significativement plus importants qu'en France.

Données des entretiens

Dans le Grand Creillois, les mêmes problèmes ressortent : problèmes d'alimentation entraînant surpoids, obésité, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, arthrose, mal de dos, problèmes vasculaires, insuffisances cardiaques et respiratoires...

Un médecin généraliste parle par ailleurs de cancers, de pathologies chroniques et de cirrhose. Il note en outre de nombreux cas de dépression et de troubles du sommeil avec prescription d'anxiolytiques.

Un autre généraliste constate un état de santé différent au sein de la population immigrée en fonction du nombre d'années d'ancienneté en France : les immigrés les plus récents ont une santé davantage dégradée.

Les femmes rencontrées lors de l'entretien collectif se déclarent globalement en bonne santé, même si elles ajoutent qu'elles peuvent être malades sans le savoir. Elles souffrent de problèmes de dos et d'arthrose. L'une d'elle est atteinte d'un cancer et connaît des difficultés à se déplacer.

3.2. STRATÉGIES DE SOINS

3.2.1. TRAJECTOIRE DE SOINS

TROIS GRANDS MODÈLES DE TRAJECTOIRE DE SOINS SE DESSINENT

- Le premier type de trajectoire de soins est un recours au médecin généraliste traitant dès l'apparition de symptômes. Si le généraliste n'est pas disponible (en congé, engorgement des rendez-vous du cabinet médical) ou si la pathologie est perçue comme grave, le patient recourt alors de lui-même aux services de l'hôpital et/ou des urgences.
- Le deuxième modèle débute par une phase d'attente (voir si les symptômes passent) et/ou d'automédication.
Si la maladie persiste, trois choix sont alors faits :
 - aller à la pharmacie : cette option est un gain de temps, de facilité, d'accès rapide et de réponse immédiate pour des troubles bénins ;
 - consulter un professionnel de santé : surtout si les symptômes persistent et ne diminuent pas en intensité, ou s'aggravent ;
 - se rendre directement aux urgences hospitalières : cette option étant surtout gage de gratuité des soins.
- Le dernier type de trajectoire est le recours direct à la médecine d'urgence : hôpital ou SOS médecins. Ce choix est souvent régi par un besoin de gratuité (hôpital) et d'immédiateté (médecin absent, pas de médecine de garde), malgré l'attente parfois longue aux urgences.

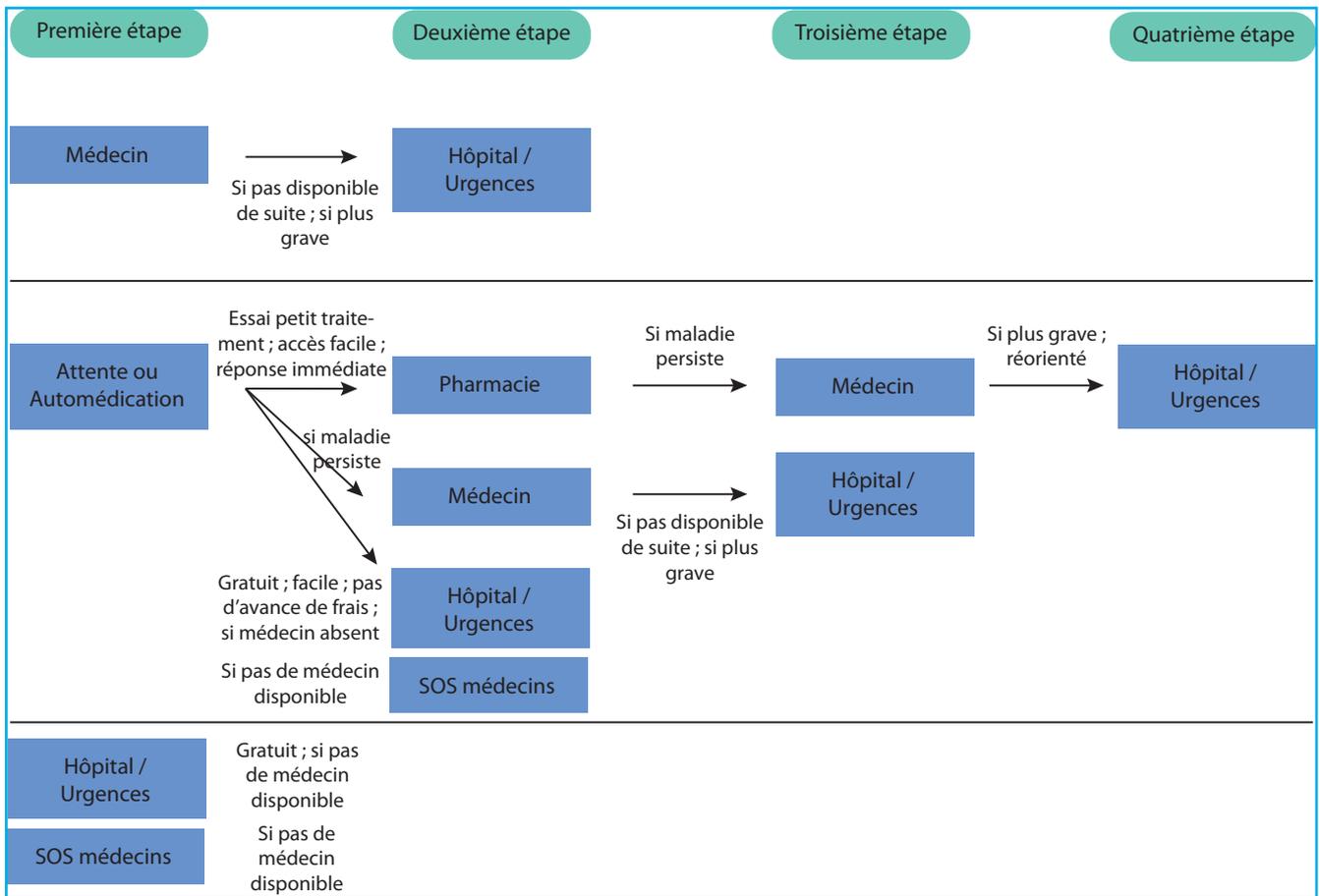
L'utilisation d'Internet est parallèle à ces trajectoires de soins. Lors de l'apparition de symptômes, pour se renseigner sur les médicaments prescrits, pour lire des conseils de malades, etc., ce media est une source inépuisable de renseignements, bien que parfois contre-productive et alarmante. En effet, la lecture de certains forums peut créer, d'après les populations rencontrées, des troubles purement psychosomatiques et l'angoisse d'être affublé des pires maux. Les participants aux entretiens collectifs connaissent les bénéfices et désavantages de l'utilisation d'Internet, certains déclarent avoir déjà ressenti du stress après avoir lu des témoignages, mais une bonne partie d'entre eux continue de l'utiliser. La plupart essaie de ne pas prendre pour argent comptant tout ce qui est dit sur Internet, tandis qu'une partie remet en cause les dires du corps médical après avoir consulté des informations ou des forums sur Internet.

Quand les internautes partent tous dans le même sens, généralement, c'est ce que l'on a à faire. On se dit « ben oui, vaut mieux écouter les internautes que le médecin » des fois, parce qu'ils partent tous dans le même sens donc voilà. (Femme, Chaunois)

- Non, non, moi, j'évite [d'aller sur Internet]. Parce que je crois qu'en allant sur ça, on se découvre... On devient hypocondriaque. (...) Enfin je sais pas, moi, personnellement, non. Parce que... Tu vas taper « maux de tête », ça y est tu ressors, t'as une tumeur !

- Bon, moi, ça m'arrive d'aller sur Internet parce que c'est vrai, moi, c'est spécial [personne atteinte d'un cancer]. Des trucs vraiment que j'ai pas compris que le médecin m'a dit. J'ai pas vraiment compris, bon, je vais regarder ce que ça veut dire sur Internet. Mais je vais pas aller m'inventer des maladies sur Internet ! Enfin j'estime que j'en ai assez ! (...) Surtout que sur Internet, il y a à prendre et à laisser aussi. (...) Donc après, faut savoir faire le tri. (Femmes, Grand Creillois)

Parfois, le simple fait de rencontrer le médecin, de parler de ses problèmes, suffit à soulager le patient et à l'aider à aller mieux ; cette remarque est faite aussi bien par les professionnels de santé que par les participants aux entretiens collectifs. La prescription n'est donc pas toujours utile, même si d'après les personnes rencontrées, le besoin de prescription reste fortement ancré.



LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

D’après les professionnels rencontrés, certains patients consultent plusieurs médecins pour avoir d’autres avis. Ils changent parfois souvent de médecin traitant, n’étant jamais pleinement satisfaits. Ce phénomène est devenu visible lorsque le choix du médecin traitant a été obligatoire : des généralistes se sont alors aperçus qu’ils n’étaient pas, contrairement à ce qu’ils pensaient, les médecins de famille de certains patients. Les professionnels constatent par ailleurs que de plus en plus de personnes ont déclaré leur médecin traitant, même si elles ne le consultent parfois qu’en dernier recours.

Concernant les bilans de santé, un des responsables de CPES rencontrés note une prise en charge plus rapide et efficace lorsque les structures CPES et caisses primaires d’assurance maladie (Cpam) sont dans les mêmes locaux (comme cela est le cas dans l’Aisne, à Laon) car les rendez-vous peuvent être pris immédiatement, voire le bilan de santé passé le jour même où la personne se présente à la Cpam.

Un médecin généraliste du Grand Creillois exprime la nécessité de prendre les rendez-vous pour ses patients auprès des spécialistes et cliniques et de leur rappeler ces rendez-vous (tests, scanner, IRM, analyses...) afin qu’ils aient le suivi le plus efficace possible. Selon ce médecin, sans cette aide, les démarches ne sauraient être faites.

Les personnes âgées, habituées à la visite du médecin généraliste pour des pathologies chroniques, ne sont pas toujours les mieux suivies, selon les professionnels de santé rencontrés. En effet, lorsqu’elles tombent malades, elles attendent le rendez-vous prévu, même s’il est fixé plusieurs semaines plus tard, au lieu d’appeler et de consulter en temps voulu. Elles ont davantage l’habitude de se débrouiller seules et ne font pas appel facilement aux autres ou au système de soins.

Un responsable d’association de dépistage organisé des cancers explique que les problèmes se posent tout particulièrement pour les personnes précarisées n’ayant pas recours à des associations d’aide. Ces personnes sont alors isolées, en vase clos et ne connaissent pas les dispositifs d’aide et d’accès aux dispositifs de soins.

LE POINT DE VUE DES POPULATIONS RENCONTRÉES

La grande majorité des participants aux entretiens collectifs a un **médecin traitant** déclaré. Le choix de ce médecin traitant, lorsqu'il n'est pas le médecin de famille depuis longtemps, résulte du bouche à oreille et d'un « test d'efficacité ». Certaines personnes rencontrées viennent d'autres régions et expriment avoir des difficultés à trouver un nouveau médecin dans les territoires étudiés : savoir lequel est bien, changer ses habitudes, problèmes avec certains médecins... sont autant d'obstacles au choix du nouveau médecin traitant. Plusieurs d'entre elles décident alors de continuer de se faire suivre par leur médecin d'origine, situé à des centaines de kilomètres de leur nouvelle habitation.

Certains avouent consulter plusieurs médecins pour confirmer, ou infirmer, le premier avis donné (femmes du Chaunois, hommes du Santerre – Haute Somme notamment). En effet, quelques-uns ont fait part d'expériences négatives avec des professionnels de santé qui auraient mal diagnostiqué, ou trop tard, selon eux, certaines maladies parfois graves : leur confiance ayant été altérée, ils ont besoin d'avoir plusieurs avis avant de suivre un traitement et de croire en un diagnostic.

Plusieurs personnes déclarent consulter régulièrement leur médecin généraliste (tous les mois), notamment pour des maladies chroniques, mais cela reste peu fréquent parmi les personnes rencontrées lors des entretiens.

Les motifs de consultation sont divers : quand l'automédication n'a pas été efficace, quand la pathologie est trop importante (grippe, angine) ou que la fièvre apparaît, lorsque le problème récidive... Le besoin d'une ordonnance (parcours de soins coordonnés pour la consultation de spécialistes, pour des renouvellements d'ordonnance...) est également l'occasion de voir son médecin généraliste.

La peur du diagnostic peut être présente parfois mais certains jugent qu'il est mieux de connaître la situation avant que la pathologie ne dégénère et ne soit trop développée pour être (bien) soigné. L'attente des résultats est une source d'angoisse chez plusieurs personnes.

La plupart des participants aux *focus groups* a réalisé le **bilan de santé proposé par la Cпам**, via des sollicitations reçues dans les associations qu'ils fréquentent (associations d'insertion, d'aide...). Ils considèrent globalement ces bilans de santé comme positifs et pouvant mettre en lumière une pathologie non connue jusqu'à présent. Le bénéfice qu'ils en retirent (bilan complet, nombreux examens) est supérieur au désagrément de devoir attendre parfois longtemps dans la salle d'attente pour faire l'ensemble des examens²⁴.

UNE HISTOIRE DE COMPORTEMENT²⁵ ...

Plusieurs professionnels de santé regrettent le comportement de certains patients qui exigent d'être vus et traités promptement. Ces médecins relient ces comportements à une société de plus en plus individualiste et de l'immédiateté (avoir tout et tout de suite). Ces patients « pressés » vont alors, lorsqu'ils ne trouvent pas écho auprès de leur généraliste, directement aux urgences.

Certains patients exigent parfois d'avoir une liste précise de médicaments, d'antibiotiques ou de piqûres (avis partagé par des professionnels de santé et des participants aux *focus groups*). Cependant, avec le déremboursement de plus en plus important des médicaments, ce comportement tendrait à diminuer, selon certains généralistes rencontrés.

²⁴ Cet aspect est vu plus en détails dans la partie 3.5.4. Relations patients / Centres de prévention et d'examens de santé (CPES).

²⁵ Les relations patients / professionnels de santé sont décrites plus en détails dans la partie 3.5.2.

3.2.2. UTILISATION DES URGENCES

Le recours aux urgences est envisagé, selon certains médecins généralistes et un responsable d'association de dépistage organisé des cancers, par les personnes précaires comme une solution avantageuse d'un point de vue financier. L'accès y est de plus facilité, comme l'expliquent certaines personnes lors des *focus groups* et certains médecins généralistes, par la possibilité d'y avoir recours à n'importe quelle heure et quel que soit le jour, notamment la nuit et les week-ends.

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Selon les professionnels de santé, les urgences sont principalement saturées à cause de consultations relevant de la « bobologie » (angine, maux de ventre...) qui pourrait être traitée en ambulatoire. D'après eux, en effet, la demande est trop importante et souvent injustifiée. Les urgences sont mal utilisées et pour des pathologies bénignes : celles-ci auraient pu être vues en journée par le médecin généraliste. Certains patients attendent plusieurs jours, voire plusieurs semaines, avant d'appeler leur généraliste pour prendre rendez-vous. Lorsque le médecin n'a pas de disponibilité pour le jour même, ils se tournent alors vers les urgences.

Ce ne sont pas les urgences qui vont aux urgences. Le truc c'est : « ma fille a mal à la jambe depuis 15 jours, elle est à l'école, est-ce que vous pouvez la voir ce soir à 19 h ? », « Désolée madame mais j'ai des rendez-vous jusqu'à 20 h 30, déjà », « Ah oui, mais vous ne pouvez pas la voir en plus ? », « Bah non parce que justement j'ai pris mes rendez-vous, éventuellement des nouveaux dossiers, etc., etc. » Eh bien elle va filer aux urgences. (...) Là ce n'est pas un recours tardif, là c'est le : « j'ai décidé à ce moment là que ça devenait quelque chose qui était préoccupant ». Il n'y a pas d'éducation à la santé non plus. Mais ça, je ne sais pas comment faire parce qu'on est dans une société qui n'est pas dans ce type de démarche. C'est « j'ai envie, je prends ». On est dans un vrai problème ! C'est vrai que je parle plus de problèmes de société que de problèmes de santé. Mais je pense que le problème qui est posé sur le bassin Creillois est celui, je dirais, d'un problème de société. (Généraliste, Grand Creillois)

Les professionnels de santé rencontrés parlent d'une **société de l'immédiateté** et de la volonté des patients d'avoir « tout et tout de suite ». L'éducation des populations serait à (re)faire selon ces professionnels. Si le médecin est absent ou indisponible dans la journée, les patients vont aux urgences – même s'il s'agit d'une angine ou d'un rhume. Ils attendront alors plusieurs heures aux urgences mais cela ne semble pas les décourager à avoir ce genre de comportement.

Les urgences et l'hôpital sont également une **solution de facilité** (accès, disponibilité) et de **gratuité**. Les patients n'ont en effet aucun frais à avancer, tout est pris en charge par l'hôpital. Ceci les aide dans le recours aux soins mais est également une cause d'engorgement des urgences. Cet engorgement peut aussi être relié aux **problèmes de densité médicale** que peuvent connaître les territoires. Sur le Chaunois, cela ne semble pas être encore le cas, d'après les généralistes rencontrés, mais avec les futurs départs en retraite, la situation devrait se tendre. En Santerre – Haute Somme et sur le Grand Creillois surtout, d'après les professionnels et les populations rencontrés, la densité est déjà un problème perceptible et la difficulté pour trouver un médecin traitant est d'ores et déjà effective. Les médecins généralistes ne prennent plus de nouveaux patients car ils sont déjà débordés, ce qui pose problème lors de départs en retraite.

Certains professionnels de santé mettent en relation le recours aux urgences et l'**organisation des gardes** des généralistes. Pour certains professionnels de santé, le fait que les généralistes ne prennent plus les urgences ou ne fassent plus de gardes poussent les patients à se diriger directement vers l'hôpital. Si certains généralistes avouent que ce comportement leur permet d'éviter une surcharge encore plus importante de leurs consultations quotidiennes, d'autres pensent que les patients devraient toujours consulter leur généraliste avant d'aller aux urgences.

On est un petit peu responsable parce que (...) nous, en tant que généralistes, on ne fait plus d'urgences. Donc effectivement les gens ont pris l'habitude (...) de s'adresser directement aux

urgences sans passer par nous. (...) Mais on va pas s'en plaindre comme on est un peu surbookés... J'avoue que quand quelqu'un va aux urgences direct, je ne vais surement pas le réprimander. (...) Je veux dire, si je commence à éduquer ma clientèle en leur disant « n'allez jamais aux urgences, passez par moi ! », oui, autant me flinguer. (...) Mais sinon, non, je ne vais pas chercher à trop les éduquer. Ils s'éduquent eux-mêmes : quand ils attendent trois heures aux urgences pour un petit bouton sur la main c'est leur problème ! (Généraliste, Chaunois)

Je pense qu'il faudrait que ce soit le médecin qui dise aux gens il faut aller aux urgences et non pas les gens qui vont aux urgences directement. (Généraliste, Santerre – Haute Somme)

Avant la mise en place des systèmes de garde actuels, les médecins effectuaient des gardes, répondaient jour et nuit et se déplaçaient au domicile des patients. Mais trop d'abus ont eu raison de l'abnégation des généralistes et ceux-ci se mirent en grève fin 2001²⁶ pour réformer ce système. Depuis, d'après un médecin généraliste du Chaunois, les gardes sont plus humaines pour les médecins et sans doute moins « confortables » pour les patients, mais sans pour autant perdre en qualité de soins.

À Creil, la mise en place de SOS médecins a été la solution au problème de gardes et de saturation des urgences. La saturation est liée au fait que les patients n'avaient pas d'autres recours à Creil le soir.

Une responsable de centre de bilan de santé (Somme) explique que certains patients n'ont pas de médecin généraliste et ne recourent qu'à SOS médecins. Pour elle, ce recours aux soins présente de nombreux avantages pour certains patients : un médecin différent à chaque fois, qui ne traite que les symptômes et ne va pas faire de prévention sur l'alimentation ou les conduites addictives. C'est également un moyen de mettre une distance avec le professionnel de santé et d'éviter d'être jugé sur ses habitudes.

Enfin, deux autres facteurs de recours aux urgences sont identifiés par les professionnels de santé rencontrés : l'aspect **rassurant** de l'hôpital (sentiment de protection) et une utilisation des urgences lorsque l'automédication n'a pas été efficace et que les personnes se sentent dépassées par la pathologie.

LE POINT DE VUE DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Pour les populations rencontrées, le recours aux urgences n'est envisagé qu'en **cas de réelle nécessité** : quand elles n'en peuvent « vraiment » plus, quand cela devient « vraiment » trop grave, la nuit ou le week-end et pour des pathologies qu'elles jugent importantes (bras cassé, accident, enfant avec une fièvre élevée). D'autres parlent de la **gratuité** de l'hôpital qui permet un accès aux soins et aux examens, sans dépassement d'honoraires et sans avance de frais. Cet aspect est un vrai plus pour le recours aux soins.

La **longue attente** aux urgences (pour voir un médecin, pour faire une radio...) est un point négatif soulevé par l'ensemble des groupes rencontrés mais les personnes justifient cette attente par un manque de personnel et de médecins. L'attente tourne parfois à un sentiment de solitude : attente sur un brancard au milieu d'un couloir sans que personne ne vienne voir.

Dans certains cas, les personnes trouvent normal que d'autres patients passent avant elles, mais il arrive parfois qu'elles estiment la priorité donnée à d'autres patients injustifiée, comme lorsqu'une personne ivre est amenée par les pompiers par exemple.

Celui qui fait exprès de se bourrer la tronche, qui sait qu'il prend des cachetons, qui tombe dans les pommes et qui vient emmerder la population, on est obligé d'appeler les pompiers pour lui et arrivé à l'hôpital on le prend direct à charge... En plus, quand on le prend en charge, ils ne sont pas à un seul médecin - quand ils te disent qu'il y a qu'un seul médecin c'est pour cela qu'il y a de l'attente -, mais là, ils arrivent à trouver deux ou trois médecins ! Ils sont tous autour du mec. Faut

²⁶ Lire à ce sujet les différents articles parus :

La grève des gardes de week-end se généralise, Libération, 5 janvier 2002 <http://www.liberation.fr/societe/0101398910-la-greve-des-gardes-de-week-end-se-generalise>

Réorganisation de la permanence des soins, l'Ordre des médecins sous le feu des critiques, *Quotidien du Médecin*, 12 mars 2002 - http://www.snmjg.org/infos/article/art_069.html

Et plus récemment : Les visites médicales à domicile la nuit : un « luxe » qui disparaît, *AFP*, 20 janvier 2012 <http://www.midilibre.fr/dyn/imprimer.php?link=http%3A%2F%2Fwww.midilibre.fr%2F2012%2F01%2F20%2Fles-visites-medicales-a-domicile-la-nuit-un-luxe-qui-disparait%2C446342.php>

arrêter ! (...) C'est volontaire. (...) Même si c'est un alcoolique, après tant pis pour lui !
- Après ça épuise les médecins et ça laisse des personnes qui auraient peut-être besoin de soins de côté.
- Tout à fait ! Et c'est cela que j'ai vu l'autre fois à l'hôpital et j'étais dégouttée. Et il y avait pleins de fractures ! (...) Il y en a qui étaient là pour des jambes pétées : ils ont attendu encore plus longtemps que moi ! On va où ? Un petit gamin, tu le fais attendre ? Mais t'es pas bien ! Un gamin, tu le plâtres tout de suite, surtout quand il a 6 ans ! (Femmes, Chaunois)

Certaines personnes utilisent SOS médecin (si la pathologie n'est pas trop grave) ou les urgences (pour les cas graves) lorsque leur médecin ne peut pas les recevoir. Parfois, ce recours est lié à un problème de démographie médicale. Si le secteur ne compte pas de service d'urgence, les personnes doivent **aller plus loin**, ce qui n'est pas toujours à leur portée (pas de permis ou pas de véhicule, maillage des transports en commun inadéquat). Ainsi, certaines femmes du Santerre - Haute Somme privilégient les urgences de Noyon car l'hôpital de Ham ne dispose plus de service d'urgences et qu'elles disent n'avoir qu'une confiance relative dans les urgences de Péronne. De plus, ces femmes trouvent qu'elles sont mieux prises en charge et plus rapidement à Noyon ; alors qu'à Saint-Quentin, autre option possible, l'attente est trop longue. Les hommes du même territoire se tournent davantage vers les urgences de Saint-Quentin ou de Péronne, ce dernier hôpital étant toutefois plus difficile d'accès en transport en commun.

Sur le Grand Creillois, certaines femmes ont fait part de leur habitude de recourir aux urgences et aux soins de spécialistes sur Paris. Par exemple, pour les urgences dentaires, l'une d'elle explique aller directement à la Pitié-Salpêtrière, sans savoir que ce genre de service existe également à Creil (elle l'apprendra lors du *focus group* par une autre participante). Un service de garde est en effet organisé à Creil les dimanches et jours fériés par le conseil de l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes, les coordonnées du dentiste de garde étant indiquées dans le quotidien régional ou en téléphonant au commissariat ou à la gendarmerie²⁷.

Plusieurs groupes ont fait état de **mauvaises expériences personnelles**²⁸ ou rapportées liées aux urgences et aux professionnels de santé (selon ces personnes, il s'agit de fautes professionnelles, ou de non-détection d'un problème de santé – parfois grave) engendrant des complications de santé et une perte de confiance dans le système hospitalier et les professionnels de santé.

Certains hôpitaux n'ayant pas de service d'urgence n'acceptent pas de regarder les plaies ou de recoudre des personnes qui se présentent. Ce comportement est mal compris par les populations rencontrées, même si certains savent que les personnels infirmiers n'ont pas le droit de recoudre (acte chirurgical). D'autres encore se plaignent d'être envoyés aux urgences par des généralistes qui souhaitent terminer leur journée.

3.2.3. AUTOMÉDICATION, SUIVI DES TRAITEMENTS ET MÉDECINES ALTERNATIVES

AUTOMÉDICATION

L'automédication est le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments achetés par ses propres moyens en pharmacie (médicaments délivrés sans ordonnance ou médicaments de prescription médicale facultative - PMF) ou prescrit(s) précédemment par un médecin et gardés en sa possession. L'automédication peut être réalisée pour soi ou pour des proches (enfants, conjoint...).

L'automédication est utilisée par de nombreuses personnes en début de maladie, pour des maux sans conséquence (toux, mal de tête, maux de ventre) ou pour leurs enfants lorsque les pathologies sont jugées bénignes. Si l'automédication ne fait pas effet, que le mal persiste, le recours au médecin généraliste ou aux urgences est alors envisagé, 24 à 48 heures après.

Tant qu'on n'est pas malade, on peut faire ça [reporter, attendre]. C'est quand même normal d'être enrhumé, c'est normal. (Femme, Santerre - Haute Somme)

²⁷ <http://dr-djian-marc.chirurgiens-dentistes.fr/Urgence.aspx>

²⁸ Le thème des relations est abordé dans les parties 3.5.2. Relations patients / professionnels de santé et 3.5.3. Relations patients / hôpital.

Un groupe rencontré met en avant que certaines personnes gardent beaucoup de médicaments prescrits chez elles « au cas où », ce qui influe sur l'automédication. Un autre groupe rejoint cet avis en expliquant que le fait que les généralistes donnent souvent le même traitement pour les mêmes maux ; de ce fait, les patients ont encore ces traitements dans leurs armoires à pharmacie et s'en servent, plutôt que d'aller voir leur médecin.

Les femmes du Santerre – Haute Somme, travaillant dans des domaines de santé, constatent que certaines personnes âgées ne font pas le tri dans cette accumulation de traitements qui restent dans les armoires à pharmacie, parfois dans le cadre de maladie chronique, ce qui peut se révéler dangereux pour leur santé si elles se trompent ou si elles continuent de prendre des médicaments qu'elles ne devraient plus prendre.

Un généraliste de Santerre – Haute Somme estime que, parmi sa patientèle, 10 % à 20 % viennent le consulter tardivement du fait de cette automédication.

SUIVI DES TRAITEMENTS

Le suivi des traitements n'est pas toujours rigoureux. Dans les discours des populations rencontrées, il ressort en effet que parfois... :

- on prend un traitement, si rien ne s'améliore, on retourne voir le médecin et finalement, le diagnostic n'était pas le bon la première fois ;
- on arrête le traitement et ça va mieux ;
- on finit le traitement et la maladie revient juste ensuite ;
- on fait une allergie au traitement ;
- les médecins donnent trop de médicaments (ça endort pendant la journée) et ce n'est pas toujours utile ;
- les comprimés à avaler sont vraiment trop gros ;
- ça repart comme c'est arrivé...

Si, globalement, il semble que les traitements soient assez bien suivis, il existe de nombreux cas où les médicaments ne sont **pas pris correctement**, voire pas du tout : soit la personne ne prend pas jusqu'au bout son traitement (arrêt après trois ou cinq jours, dès qu'elle se sent mieux), soit elle ne le prend que tous les deux ou trois jours (au lieu de tous les jours). Ce dernier comportement pouvant résulter d'une lassitude, comme pour les maladies chroniques nécessitant un traitement de fond, ou d'un coût du médicament trop élevé.

Une femme du Santerre – Haute Somme, pharmacienne, explique le rôle de conseil qu'elle peut avoir mais se pose des questions sur la capacité de certaines personnes, illettrées, à pouvoir suivre correctement un traitement.

Et des fois on leur préparait [le flacon d'antibiotiques]. Parce, « bah oui mais une fois que l'on a vidé la bouteille, on fait comment ? ». Des fois, la peur de confier des médicaments à des personnes (...) qui ne savent pas lire (...) et de vous dire « ils vont faire comment ? Ils vont prendre des quarts de comprimés ? » Enfin, ça fait peur. Et le médecin, (...) il dit « il faut prendre ça, ça, ça ». Bon après, c'est vrai que nous, à la pharmacie, on a le rôle aussi d'expliquer, de prendre du temps. Mais des fois ça fait peur. Donc après des fois ces gens-là, vous les retrouvez, ils retournent chez le médecin deux jours après parce que la bouteille, ça marche pas ou ils n'ont pas bien reconstitué le flacon ou ils ne prennent pas... (Femme, Santerre – Haute Somme)

La question du coût se répercute aussi d'une autre manière : il semble exister un réel problème pour les **médicaments déremboursés**. Les patients connaissant des difficultés financières ne peuvent pas payer et ne prennent donc pas les médicaments ou font un tri dans l'ordonnance.

Ceci a été discuté à la fois dans les *focus groups* des populations et parmi les professionnels de santé (généralistes, centres de bilan de santé) et entraîne également des questionnements sur le lien entre efficacité et remboursement des médicaments : ces deux aspects sont-ils nécessairement liés ? Si le médicament n'est plus remboursé, est-ce obligatoirement parce qu'il n'est pas performant ?

À l'épicerie sociale, [il y a] 30 % à 40 % des gens qui ont un quotient familial entre 0 et 1. Un quotient familial entre 0 et 1, ça veut dire qu'il ne reste plus aux familles avec enfants qu'entre 0 et 1 euro pour vivre par jour et par personne. Ils vont voir le médecin, et je ne compte plus le nombre de cas que j'ai, ils vont voir le médecin, ils vont à la pharmacie, « oui mais il n'est plus remboursé à 100 % le médicament ». Comment ils font pour payer ? (Homme, Santerre – Haute Somme)

Le non-remboursement peut entraîner également des problèmes de grossesses non désirées, lorsque la pilule prescrite n'est pas remboursée (certaines pilules payantes sont prescrites pour des cas spécifiques) ; l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la pilule du lendemain étant gratuites, certaines femmes y ont alors recours (cet aspect a été abordé par une femme du Santerre – Haute Somme, sage-femme).

De même, le prix de certains examens complémentaires (frais à avancer, non prise en charge à 100 % problématique lorsque la personne n'a pas de mutuelle) empêchent les plus précaires d'y avoir recours. Par exemple, lors d'un dépistage du cancer du sein, la mammographie est gratuite ; mais si un élément attire l'attention du spécialiste et qu'il existe une suspicion de tumeur, une échographie doit être faite. L'avance de frais pour cette dernière n'est pas toujours supportable par la patiente qui préfère alors renoncer, même si des conséquences graves peuvent en découler.

Les généralistes rencontrés parlent principalement de leur difficulté à faire suivre des régimes alimentaires ou des traitements pour des pathologies chroniques (comme le diabète ou l'hypertension, par exemple) à leurs patients. Ils observent une réticence particulière sur l'aspect nutritionnel et une difficulté élevée à faire changer les habitudes alimentaires et de vie (activité physique...).

Certaines populations, habituées à partir à l'étranger plusieurs mois, ont des difficultés à suivre un traitement et des analyses réguliers, comme le constate un généraliste du Grand Creillois : ces personnes commencent le traitement, l'arrêtent pendant leur séjour à l'étranger et reviennent six mois à un an après sans qu'un suivi efficace puisse être mis en place.

Les vaccinations n'ont été abordées que dans un seul groupe rencontré - celui des hommes du Chaunois – et par un généraliste du Grand Creillois, mais il est vrai que cet aspect ne doit pas être négligé dans la perspective d'une amélioration du recours aux soins. Les personnes ont fait part d'une très mauvaise couverture vaccinale lorsque la personne devient adulte ; il semble que les enfants et adolescents soient mieux suivis sur ce point que les adultes, dont les autres problèmes de santé occultent cet aspect. Le généraliste se voit contraint de demander régulièrement les carnets de vaccination, sans quoi les vaccins seraient systématiquement oubliés (les carnets seraient d'ailleurs souvent perdus ou oubliés).

Un responsable d'un centre de bilan de santé remarque par ailleurs que les personnes souffrant de troubles chroniques ou de handicaps sont très bien suivies pour ceux-ci, au détriment des autres maladies qui peuvent survenir ou aux dépistages qui passent alors au second plan.

Le fait d'être suivi pour une pathologie pour laquelle ils sont en invalidité ne veut absolument pas dire qu'ils sont suivis pour le reste. Quelqu'un qui est en invalidité pour un problème respiratoire, ben c'est pas évident qu'elle ait fait sa mammographie. (...) Ils sont très bien suivis pour leur problème, problème qui d'ailleurs quand ils voient leur médecin traitant généraliste occulte un petit peu tout le reste, et c'est pour ça que ce n'est pas un luxe de venir au bilan de santé. (Centre de prévention et d'examens de santé, Somme)

Les personnes rencontrées, populations et professionnels de santé, se plaignent du nombre important de médicaments prescrits et pointent du doigt les patients qui demandent de nombreux médicaments et les médecins qui en prescrivent en trop grande quantité ; le déficit de la Sécurité sociale revient alors dans le discours de plusieurs personnes.

Les personnes rencontrées disent ne pas demander de liste de médicaments particuliers et sont même à demander le minimum possible mais elles semblent connaître ce genre de patients pour qui un médecin qui ne prescrit pas au moins cinq médicaments ne serait pas un bon médecin.

Dans certains cas, les pathologies ou la multiplicité des pathologies chez une même personne demandent un traitement lourd, constitué de nombreux médicaments. Même si certains patients souhaiteraient voir diminuer le nombre de médicaments, les médecins ne peuvent pas toujours alléger le traitement, ce qui peut entraîner la non-prise de certains médicaments ou une pause dans l'observance, par lassitude.

MÉDECINES ALTERNATIVES

Les médecines alternatives n'ont été abordées que lors des groupes féminins ; les hommes n'ont pas fait référence à des types de traitements autres que médicamenteux.

L'homéopathie est l'alternative la plus évoquée par les femmes rencontrées. À cela s'ajoute l'usage d'aromathérapie, d'huiles essentielles ou d'infusions et autres sirops de légumes ou de plantes.

Par exemple, une femme du Santerre – Haute Somme a recours à l'aromathérapie et à l'homéopathie. Elle voit peu son médecin traitant car elle préfère se soigner elle-même ; elle pratique l'automédication pour des troubles bénins (ORL, mal au ventre...), sauf pour ses enfants qu'elle emmène voir le médecin directement. Quand elle a une douleur au dos, elle préfère voir un ostéopathe qu'un médecin et éviter ainsi les médicaments.

3.3. FREINS AU RECOURS AUX SOINS

Il existe principalement **deux facteurs déterminant le recours ou non aux soins**²⁹ : les facteurs exogènes (contraintes administratives notamment) et les facteurs endogènes (représentations, comportements, psychologie).

Le non-recours est également lié à une logique de défiance de la part des individus vis-à-vis du système de soins et des professionnels de santé (peur d'apprendre une maladie, peur d'être jugé voire méprisé) tandis que le recours implique une logique de confiance.

Enfin, une logique intermédiaire dite « de résistance aux soins » est évoquée³⁰ pour les individus qui diffèrent leur prise de contact pour un rendez-vous, qui attendent avant de consulter ou qui ne suivent pas, ou pas complètement, le traitement prescrit par le professionnel de santé.

La Conférence nationale de santé (CNS) a rédigé trois rapports lors de sa mandature 2006-2010 sur le **respect des droits des usagers du système de santé** (adoptés respectivement en octobre 2008³¹, en juin 2009³² et septembre 2010³³).

Dans son rapport d'octobre 2008, la CNS pointe, entre autres, une mauvaise information des patients sur leurs droits (notamment leur accès aux permanences d'accès aux soins de santé, Pass) et élabore des recommandations pour améliorer l'accès aux droits des usagers (droits individuels, collectifs ou pour la promotion des droits). Le déficit d'information contribue en effet au non-recours aux soins, particulièrement pour les populations les plus précaires, tout comme les dépassements d'honoraires, les dépenses restant à la charge des assurés, la non-adhésion à une complémentaire santé ou encore le déficit en professionnels de santé.

Dans le rapport de septembre 2010, la CNS liste des recommandations pour mettre fin au refus de soins, notamment aux refus que peuvent rencontrer les bénéficiaires de la CMU, et rappelle que la loi HPST³⁴ donne la possibilité de sanctionner le refus de soins (article 54).

La Conférence recommande l'élaboration et la diffusion dans chaque région d'une « *charte des droits et obligations des professionnels de santé et des patients bénéficiaires de la CMU-C* », ainsi que des débats régionaux réunissant les différents acteurs afin d'échanger les points de vue et des propositions juridiques améliorant le recours des patients face à des cas de refus de soins.

3.3.1. FACTEURS INTRINSÈQUES

Les facteurs intrinsèques regroupent ce qui est inhérent à chaque individu, ce qui lui est propre et le pousse à agir d'une certaine façon. Il s'agit donc ici des raisons individuelles de ne pas recourir aux soins sans qu'une pression ou des difficultés extérieures ne viennent influencer la décision.

UN PROBLÈME D'IDÉES REÇUES ?

Parmi les populations rencontrées, plusieurs personnes ont fait part d'une certaine méfiance vis-à-vis des médicaments **génériques**.

Un homme du Santerre – Haute Somme refuse d'en prendre. Pour lui, il n'est pas normal que la pharmacie délivre ces médicaments au lieu de ceux prescrits par le généraliste. Selon lui, certes les génériques ont la même molécule que les médicaments originaux, mais leur fabrication n'est pas la même, incluant un pourcentage de la molécule plus faible. Pour lui, ces médicaments ne sont pas identiques au médicament original et sont donc moins efficaces.

Une femme du Chaunois est également hostile à ces médicaments et négocie régulièrement avec son

²⁹ Marc Collet, *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé*, Mémoire de DEA de sociologie, Paris 8. Septembre 2001.

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Promouvoir et faire respecter les droits des usagers du système de santé. Neuf propositions de la Conférence nationale de santé*, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, octobre 2008.

³² *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé*, ministère de la Santé et des Sports, juin 2009.

³³ *Résoudre les refus de soins*, ministère de la Santé et des Sports, septembre 2010.

³⁴ *Loi HPST : loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*

médecin généraliste et son pharmacien pour éviter d'en avoir. D'après elle, ils contiennent des substances non présentes dans les autres médicaments. Elle est d'ailleurs persuadée d'avoir eu un problème de santé à cause d'un médicament générique. Ce groupe s'est montré également méfiant vis-à-vis des médicaments rapportés en pharmacie qui sont, d'après ces femmes, retransformés pour être réintroduits en tant que médicaments.

Les hommes du Chaunois rencontrés sont assez divisés sur cette question. Si certains ont un avis positif (le générique est encore plus rassurant car il a été « testé » plusieurs années auparavant, *via* la vente du médicament original ; il est donc efficace et sans risque), d'autres sont plutôt soucieux lorsque le médicament donné par le pharmacien n'est pas celui indiqué sur l'ordonnance.

Le **dépistage des cancers** souffre également des réticences que peuvent avoir les personnes à cause des peurs du diagnostic et de la douleur supposée qu'entraîne une mammographie³⁵.

UN REFUS DE RECOURS AUX SOINS ?

Le **refus total** n'est pas perceptible par les professionnels de santé rencontrés car, de fait, ils ne voient pas ces personnes en consultation. Par contre, les personnes interrogées (médecins ou population) parlent de « refus partiels » comme, par exemple, une consultation chez le généraliste qui n'est pas suivie de la prise du traitement ou des examens complémentaires.

L'**aspect financier** est l'un des principaux freins au recours aux soins. Il est ici décrit comme entraînant un refus « forcé » aux consultations et aux soins. En effet, les patients précaires refusent souvent un examen complémentaire (biopsie, échographie suite à une mammographie par exemple) ou une consultation de spécialiste si une avance de frais est demandée. Certains généralistes le savent et orientent leurs patients vers les spécialistes qu'ils connaissent être conventionnés.

Même lorsque la personne bénéficie de la CMU, l'avance des frais demeure un obstacle car ces patients ne sont remboursés qu'un à trois mois après. Néanmoins, pour faire quand même l'examen et ne pas avancer de frais, certains patients passent par l'hôpital (tiers payant pris en charge). Il n'est pas rare alors que les personnes précaires attendent d'avoir suffisamment d'argent avant de consulter, afin de pouvoir payer la consultation.

D'après un généraliste du Grand Creillois, certains spécialistes ou médecins prescrivent trop d'examens : parfois pour faire du profit, mais aussi pour éviter de passer à côté d'un problème qui pourrait entraîner de graves conséquences et envoyer le médecin devant un tribunal (société du risque zéro qui sanctionne les omissions ou erreurs). Mais ceci engendre un problème d'avances de frais pour les personnes qui n'ont pas les moyens, et des délais de rendez-vous souvent longs.

Dans un cas précis (groupe masculin du Santerre – Haute Somme), il semble qu'un quartier de la ville soit particulièrement précarisé et que certaines pratiques de marchandage et revente soient pratiquées : tout se monnaie comme une aide au transport (le voisin qui transporte la personne chez un médecin ou un hôpital), ou l'achat de médicaments à ses voisins...

Les soins optiques et dentaires sont des dépenses de santé particulièrement élevées ; la part remboursée par la Sécurité sociale étant faible, les populations pour lesquelles l'effort financier demandé est trop important ou qui n'ont pas de mutuelle renoncent alors à ces soins ou les diffèrent dans le temps. Les problèmes de mutuelle viennent se greffer à ces coûts (mutuelle chère mais ne remboursant que partiellement ces frais...).

Regarde, il y a des gens, ils n'arrivent même plus à se soigner ! Pire ! J'ai connu des gens, ils ont une mutuelle et tellement ils payent le prêt sur la maison, sur ceci cela... Les dents là c'est le truc le moins remboursé, le plus cher dans leur mutuelle et ils ne sont même pas remboursés à 100 % ! Donc ils ne vont pas se faire soigner, ils ont les dents encore pires que moi. (Femme, Chaunois)

³⁵ Cet aspect est vu plus en détails dans la partie 3.4.2. Freins au dépistage organisé des cancers.

La notion de parcours de soins impose au patient de consulter son généraliste pour pouvoir voir ensuite un spécialiste, ce qui implique pour le patient l'avance de frais supplémentaires. Certains préfèrent alors attendre d'être malade pour voir leur généraliste et en profiter pour demander l'ordonnance de consultation du spécialiste.

Le problème aussi maintenant, c'est à partir du moment où on veut voir un spécialiste, il faut automatiquement une ordonnance du médecin traitant. Avant, ça, il n'y avait pas. (...) Donc certaines personnes qui doivent aussi payer le médecin, ouais, « ça fait encore une consultation, juste pour un morceau de papier, pour pouvoir aller reprendre chez un spécialiste qui est le triple du »... Donc ça freine aussi des gens, ça aussi. (...) Alors du coup, on se dit « le jour où je serai malade, j'en profiterai pour faire les deux ». (Femme, Grand Creillois)

Enfin, un problème très fréquemment évoqué à la fois lors des *focus groups* et par les professionnels de santé, est celui du déremboursement des médicaments³⁶. Il n'est pas rare en effet que les patients avec peu de moyens financiers doivent faire des choix dans les ordonnances et ainsi refuser une partie du traitement. Les pharmacies discount apparaissent d'ailleurs de plus en plus pour répondre en partie à cela.

- Et ben quand on a l'argent sur soi, on prend le médicament, quand on n'a pas l'argent, on ne prend que la moitié du traitement.

- On fait le tri. Comme moi, là, je fais le tri. Je demande d'abord le plus plus plus, et après le reste... J'ai pas le choix. Parce qu'on a dépassé le plafond de cinq euros donc j'ai pas le droit à la CMU et tout ça, donc je fais le tri. J'ai pas le choix, je fais le tri. (Femmes, Grand Creillois)

Les **freins psychologiques** sont également nettement mis en avant par l'ensemble des personnes rencontrées. Parmi ces freins, la peur de la maladie, du diagnostic, des résultats est très largement répandue. Ceci est également lié à la peur de la mort.

Moi n'importe lequel problème de santé, je le fais passer après d'autres parce que moi, je suis comme elle : je suis une tapette de tous les médecins ! (...) [Peur] du médecin et puis du diagnostic aussi. Parce qu'on se fait tout de suite des films sur « j'ai ça et si ça se trouve, j'ai ça et puis j'ai ça... » (Femme, Chaunois)

De nombreuses personnes ont en effet peur ou n'aiment pas les médecins, les hôpitaux, les médicaments (certains refusent d'aller à l'hôpital et demandent un traitement à domicile, incluant des piqûres ou autres soins)... Les personnes redoutent de devoir se battre pour vivre.

La peur des dentistes et des soins dentaires est également paralysante pour de nombreuses personnes qui préfèrent alors ne pas consulter, au moins dans les premiers moments de douleurs.

Le rapport au corps et la notion d'intimité peuvent être délicats. Ainsi, certains hésitent à consulter un médecin par peur de se déshabiller (dans la population en général, et plus particulièrement chez les femmes d'origine maghrébine comme a pu le constater la personne du CPES de l'Oise rencontrée). Chez les plus précaires, suivis par les CPES, il peut y avoir une gêne à montrer un corps dégradé. Le regard de l'autre est parfois difficile à accepter (CPES de la Somme).

Certaines personnes hésitent également à consulter un médecin par peur d'être réprimandées ou jugées concernant leurs conduites addictives (consommations d'alcool et de tabac...). Ces conduites peuvent être parfois de réelles béquilles à une vie vécue difficilement (ces personnes ont par ailleurs souvent des problèmes d'anxiété, de troubles du sommeil, etc.), comme le souligne une responsable de CPES. Pour certains, il n'est tout simplement pas dans leur culture de consulter.

Une certaine fatalité se dégage des discours des patients, notamment par rapport à l'histoire de leurs parents lorsque ces derniers ont eu de graves maladies dont ils sont parfois décédés. Que ce soient des maladies héréditaires ou non, ce passé familial est souvent tabou et, soit les personnes se résignent en pensant cette issue inévitable, soit elles se sentent à l'abri des aléas de santé si elles ont dépassé l'âge de décès de leurs parents.

³⁶ Notion déjà évoquée dans la partie Suivi des traitements.

Et puis les gens disent : « De toute façon, c'est le cancer, c'est foutu, ce n'est pas la peine de faire le dépistage ! Je suis atteint de cancer, je meurs et c'est tout. (Association de dépistage organisé des cancers, Aisne)

Souvent, [ma sœur] et moi on dit [à notre père] toujours : « Allez ! On va aller faire une... Voir le cardiologue et puis tout ça ! », « Non, non, non c'est bon ! De toute façon, j'ai passé le cap ! Mon père est mort à 40 ans et je vais avoir 60 ans ! » Voilà ! Voilà, c'est comme ça ! (Femme, Santerre - Haute Somme)

Parfois, une certaine déprime peut s'installer : ils font face à une telle accumulation de problèmes qu'ils n'ont envie de rien, pas même de se soigner.

Pas envie de se faire traiter, il y a un syndrome dépressif qui est là et envie de rien. Il n'y a pas que le coût qui est freinateur, la personne parfois elle est tellement mal qu'elle n'a pas envie d'aller faire les soins derrière ; ou qu'elle ne reçoit même pas la nécessité, même si on lui explique, qu'il y a un danger pour sa personne. (...) Elle s'en moque quelque part, c'est la fatalité : « bon bah si il faut mourir, il faut mourir ». (...) Parce que je pense que ces personnes-là, elles ont le problème médical mais elles ont des problèmes autour d'elles, autres qui vont être financier, problèmes de travail, pas de travail, problèmes familiaux souvent, des gens qui sont séparés, divorcés. On rencontre, oui, des situations difficiles et compliquées. (Centre de prévention et d'exams de santé, Aisne)

Sans être des « freins psychologiques » à proprement parler, certains refus relèvent davantage du comportement et du **caractère des patients**. Ainsi, certains n'aiment pas attendre (pour avoir un rendez-vous, dans la salle d'attente, aux urgences...), d'autres sont totalement réfractaires à certains aspects (vaccins anti-grippe, dépistage, piqûres...). D'autres encore refusent d'avoir à faire à un médecin remplaçant et ne font confiance que dans leur médecin traitant (crainte d'interactions médicamenteuses, méfiance...) et d'autres n'ont tout simplement pas envie de faire des examens, de prendre des rendez-vous, de voir des médecins, de prendre des médicaments, de se déplacer... Certains vont aller chercher les médicaments à la pharmacie mais, une fois chez eux, laissent les médicaments dans un placard et ne les prennent pas.

Comme autre aspect comportemental, certains patients ne se sentent pas concernés par la maladie ou les examens médicaux (notamment pour le dépistage). Ils ne ressentent pas le besoin d'avoir recours à des dépistages ou à des examens car ils « n'ont pas mal », n'en ont « pas besoin ». Bien souvent, ils ne comprennent pas l'intérêt de se faire soigner ou dépister tôt.

Une forme de déni de la maladie peut apparaître, avec un relativisme par rapport aux autres personnes qui ont des maladies graves : « ça, on ne l'aura pas », « on va passer à travers », « la maladie, c'est pour les autres ».

Les médecins généralistes relatent avoir particulièrement du mal à faire suivre à leurs patients souffrant notamment de diabète ou de cholestérol, un **régime alimentaire** et des changements d'habitude de vie. Les patients vont suivre le traitement médicamenteux prescrit mais ne changeront pas pour autant leur alimentation. Ils ne comprennent pas le lien entre l'alimentation et leur pathologie, ni l'intérêt d'une telle recommandation.

Selon un médecin généraliste du Grand Creillois, neuf personnes sur dix ne suivent pas le régime prescrit. Ceci peut être dû à la culture ou au milieu social des patients. Toujours selon ce médecin, lorsque les personnes sont précarisées, elles ont tendance à compenser en se faisant plaisir sur le plan alimentaire et en mangeant des aliments trop sucrés ou trop gras. Un régime est alors vécu comme une frustration trop importante ; sans compter que les publicités sont là pour leur rappeler les aliments proscrits lors de ces régimes.

Les populations rencontrées parlent quant à elles de difficultés financières pour acheter des aliments tels que la viande, les fruits et légumes.

Déjà, il faut penser à nourrir ma famille avant de penser à sa santé quelque part. Parce que quand on voit le prix de l'alimentation ! Et on nous dit il faut manger sept fruits et légumes, il faut pouvoir les acheter les sept fruits et légumes, car vu le prix de la viande et des légumes, ça fait peur ! Tout ce qui est sain est hors de prix et tout ce qui est la merde, tout le monde peut acheter. (Femme, Chaunois)

En parallèle, les généralistes ont également du mal à faire accepter un traitement à vie pour ces maladies. Un réel travail d'explication doit être effectué par le professionnel de santé.

Parfois, le non-recours aux soins n'est pas forcément un refus en tant que tel, mais relève de **la procrastination**, de l'oubli... L'ordonnance est mise de côté (prise de sang, consultation d'un spécialiste, lettre du dépistage organisé d'un cancer...) et est oubliée ou perdue... Les personnes remettent à plus tard, attendent, laissent trainer les choses. C'est davantage une question de négligence que de refus catégorique.

Il est fréquent de repousser les examens ou rendez-vous à plus tard pour des raisons familiales : par exemple, lorsque la personne doit s'occuper de ses enfants, elle pense ne pas pouvoir le faire si elle se fait opérer. Différer dans le temps peut aussi être lié au fait qu'un rendez-vous chez un spécialiste engendre encore d'autres examens ou consultations et les questions de coût et de temps sont à nouveau un problème.

Paradoxalement, **les aides** (CMU, par exemple) peuvent entraîner directement ou indirectement un refus de soins : directement, lorsque les personnes refusent de demander les aides (CMU...) par honte, par gêne ou à cause de problèmes personnels avec les services sociaux ; indirectement, lorsque les dossiers d'aide sont complexes à remplir et lorsque les seuils de conditions de ressources sont dépassés de peu.

En effet, une des limites de ces aides reste le plafond de revenu qui peut se révéler « injuste » selon les personnes rencontrées. Ainsi, cet exemple donné lors d'un entretien collectif, d'une famille composée d'une mère et de deux enfants, touchant le RSA (environ 700 euros dans ce cas) qui se voit diminuer de moitié cette aide car l'un des fils trouve un emploi saisonnier agricole de quelques mois. Cet exemple, donné par un homme du Santerre – Haute Somme montre, selon lui, « *qu'on a un système qui précarise au lieu d'insérer* ».

D'**autres refus volontaires** ont été évoqués comme la perte de confiance envers les médecins et les hôpitaux liée à de mauvaises expériences (les personnes hésitent à consulter de nouveau certains spécialistes...) ou, dans de rares cas, des problèmes de compréhension ou de santé mentale de certains patients entraînant un non-soin car ils ne comprennent pas, oublient, ou ne se rendent pas compte de l'importance du traitement prescrit (médecin généraliste, Santerre – Haute Somme).

UNE RÉALITÉ COMPLEXE

Quand on est au fond du trou, quand on ne sait pas où on va, ce qu'on va manger, où on va dormir, ben la santé c'est un luxe ! (Centre de prévention et d'examen de santé, Somme)

Rien qu'en Picardie là, j'ai vu que les gens galèrent tellement pour du boulot. Au début, je disais « mon taf, ça me saoule »... Ah, mais mon taf, même s'il me saoule, je vais le tenir, là ! Je vais le tenir, je vais le tenir et puis voilà. Parce que si demain je me retrouve pareil à toucher juste, je dis le Smic, non, ce n'est même pas le Smic, le RSA, je vis de quoi avec mes gosses ? (...) Il y a tout qui augmente : le loyer augmente, il y a tout qui augmente. Comment voulez vous que les gens aillent se soigner ? (Femme, Chaunois)

À toutes les difficultés précédemment citées, s'en ajoutent d'autres qui prennent souvent le pas sur la santé des personnes. Ces personnes doivent en effet **gérer le quotidien** : trouver un emploi (les zones concernées par cette étude sont souvent sinistrées avec des usines et des commerces fermés), payer son loyer (ou trouver un logement pour les plus précaires), se nourrir et nourrir la famille, s'occuper des enfants et de la famille, régulariser sa situation (pour les personnes récemment immigrées)... Certaines personnes connaissent également des problèmes familiaux, de séparation ou de divorce. Ces aspects sont prioritaires et la santé est alors mise au second plan.

Toutefois, lorsqu'il s'agit de la santé de leurs enfants, tous les efforts sont faits, y compris financiers et de déplacement. Il n'est pas rare qu'une personne devant amener ses enfants chez le médecin le fasse au détriment de ses propres besoins et problèmes de santé (elle paiera la consultation des enfants mais fera de l'automédication pour elle, n'ayant plus les ressources financières pour un rendez-vous pour elle). Mais lorsque cette personne ressent le besoin de consulter, c'est souvent parce que la maladie est devenue importante et qu'une réponse rapide doit être apportée.

Ça passe après pas mal de choses. On se rend compte aussi, quand on a des groupes de femmes adultes en formation, autant elles prennent soin de la santé de leurs enfants, autant leur santé à elles... Tant qu'il n'y a pas vraiment de signes fonctionnels, qu'on n'a pas mal et qu'on arrive à tenir debout, le reste après, même si on a un peu mal... Il y a ça, il y a la peur, il y a aussi une espèce de démission devant... Il y a tellement de difficultés... (Centre de prévention et d'examen de santé, Somme)

En fait, ça m'arrive [de mettre ma santé de côté]. Tu vois, pour aller chez le médecin, par exemple, moi, dès que j'amène tous mes fils, là, je vais payer 27 (euros) – 27 – 27. Si je regarde pour moi, c'est 23 (euros). Donc je vais privilégier mes gosses. Donc, je me laisse de côté, moi. Je vais prendre un Doliprane parce que je regarde par rapport à mon portefeuille. Donc payer déjà 27 – 27 – 27 euros, pour eux trois, et toi là, 23 alors je dis « 23, je peux laisser, moi, je peux garder mes souffrances, je vais avoir un Doliprane, ça va passer ». Je privilégie d'abord mes enfants. (Femme, Grand Creillois)

Gérer le quotidien, c'est aussi pouvoir faire les courses alimentaires. Comme cela a été évoqué précédemment, si les médecins généralistes rencontrés se plaignent de patients qui ne suivent pas les régimes alimentaires prescrits en cas de diabète ou de cholestérol, par exemple, les populations rencontrées parlent du prix élevé de la viande, des fruits et des légumes. Pour elles, il semble plus facile et moins cher d'acheter des aliments qu'elles savent moins bons, que de suivre les recommandations du médecin ou du Plan national nutrition santé (PNNS).

AUTRES FREINS INTRINSÈQUES

D'autres freins intrinsèques empêchent les patients d'avoir recours aux soins.

L'incompréhension face aux soins est le plus important d'entre eux. Cela regroupe à la fois la complexité des examens à effectuer (hemocult® par exemple), la non-compréhension de l'intérêt des examens, d'un dépistage, d'une prévention ou d'un traitement mais aussi le manque d'information des personnes (certaines personnes ne comprennent pas l'importance de rendez-vous réguliers chez un gynécologue par exemple, ou la fréquence des vaccins à faire...).

Par ailleurs, des problèmes d'**illettrisme** (Grand Creillois et Santerre – Haute Somme) ou de **barrière de la langue** (Grand Creillois) sont évoqués aussi bien par les professionnels de santé que par les populations rencontrées. Ces problèmes bloquent les personnes à recourir aux soins ou à expliquer leurs symptômes, tout comme cela peut les empêcher de prendre correctement un traitement (difficulté à lire la posologie ou à comprendre la notice, par exemple, pour reconstituer un flacon d'antibiotique).

Les personnes illettrées ont besoin d'être accompagnées et qu'une personne prenne le temps de leur expliquer les examens, les tests de dépistage, l'intérêt du traitement... Bien souvent, ces personnes jettent à la poubelle les courriers les invitant à se faire dépister ou à avoir un bilan de santé gratuit, pensant que ce sont des publicités.

Certains patients ont quelquefois du mal à s'exprimer correctement en français et cela peut engendrer des conséquences parfois graves : mauvaise prise de médicament, incapacité à donner son accord ou non pour une opération... Les problèmes liés à la langue parlée nécessiteraient un traducteur mais il est très difficile d'en trouver et, parfois, faire venir à l'hôpital une personne de la communauté peut engendrer chez les patients la crainte que le problème de santé soit divulgué dans leur quartier (crainte du regard des autres, image négative de la maladie...).

Les professionnels de santé ne peuvent pas toujours répondre aux personnes ne sachant pas expliquer leur problème de santé : si un généraliste du Grand Creillois dit parler arabe mais avoir tout de même des problèmes avec certaines populations ayant des dialectes spécifiques, une femme du Grand Creillois rapporte une expérience vécue à l'hôpital où le professionnel de santé a demandé à une femme de rentrer chez elle avec son enfant et d'appeler SOS médecins car il n'avait pas le temps de trouver un traducteur.

Moi, j'ai changé de médecin parce que mon médecin était trop rapide. (...) Parce que j'avais pas fini d'expliquer. Il y a des fois, le français, c'est vraiment dur quoi ! Il faut chercher des mots. Tout ça, là, ça compte. Tu cherches des mots pour bien expliquer quels sont tes symptômes, comment l'enfant n'a pas dormi... D'abord, tu cherches des mots. Là, oui, ça compte. Tu n'as pas fini, il était déjà debout pour ouvrir la porte ! (Femme, Grand Creillois)

Les **difficultés à faire des démarches** (prendre des rendez-vous, remplir un dossier d'aide...) constituent des obstacles parfois insurmontables pour les personnes.

3.3.2. FACTEURS EXOGÈNES

Les facteurs exogènes regroupent les raisons extérieures à l'individu qui le contraignent dans ses choix et l'exclut du recours aux soins.

UNE HYPOTHÈSE : LA MÉCONNAISSANCE DES AIDES FACILITANT LE NON-RECOURS

Une des hypothèses émises lors de l'élaboration des guides d'entretien de cette étude était de savoir si les personnes ne recouraient pas aux soins à cause d'une mauvaise information ou d'une méconnaissance de leurs droits.

Il s'avère que la majorité des personnes interrogées (professionnels de santé et population) juge les informations concernant les prestations de nature sociale (CMU notamment) suffisantes et bien diffusées ; à l'exception de quelques interlocuteurs (quelques femmes et hommes du Santerre – Haute Somme, l'association de dépistage organisé des cancers de l'Oise). Il est vrai que les populations rencontrées lors des *focus groups* font partie d'associations qui aident justement les personnes en difficulté, voire précarisées, et qui ont donc un service d'aide et d'information auprès de ces personnes. Cela constitue un biais de réponse et ne peut préjuger de la connaissance des aides que peuvent avoir les personnes en situation de précarité qui ne seraient pas prises en charge par des associations.

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé rencontrés pensent majoritairement que, **globalement, les personnes connaissent bien leurs droits** et qu'il ne leur est pas utile de donner plus d'informations ; même s'ils concèdent que probablement tous les usagers ne sont pas informés. Certains généralistes pensent que, parfois, leurs patients en connaissent peut-être même trop : par exemple, si le voisin bénéficie de la Cotorep, ils demandent au généraliste d'en bénéficier aussi parce que « *la société leur doit bien ça* »...

Pour eux, le non-recours ne semble pas lié à une méconnaissance des droits car ils dénombrent de plus en plus de patients bénéficiaires de la CMU. Avec la CMU et la carte vitale, l'accès aux soins a été facilité, ce qui ne présume en rien d'un recours systématique au système de santé.

Seule l'association de dépistage organisé des cancers de l'Oise estime que les usagers ne sont « *absolument pas* » au courant de leurs droits sociaux, comme la CMU par exemple : seules les personnes fréquentant des associations ont accès aux informations et à l'aide des personnels des associations pour bénéficier des aides auxquelles elles peuvent souscrire. Elles échangent également avec les autres membres de l'association et partagent leurs connaissances et astuces en matière d'aide, de structures...

Un généraliste du Santerre – Haute Somme constate qu’il existe deux catégories de bénéficiaires de la CMU : ceux qui utilisent trop la CMU et consultent très souvent et ceux qui ne l’utilisent pas assez alors qu’ils sont très malades. En effet, certains patients hésitent à dire qu’ils ont la CMU par honte ou gêne et n’osent pas y faire référence lorsqu’ils rencontrent des professionnels de santé. Ce comportement a été évoqué par les deux médecins du Santerre – Haute Somme, sans qu’il soit démontré que cela ne soit pas le cas dans les autres territoires.

Ils connaissent [les aides], bon, par contre certains n’osent pas y faire appel. (...) J’ai eu dernièrement une dame qui est décédée par exemple, d’une rupture d’anévrisme cérébrale : elle était hypertendue, elle vivait seule, elle aurait pu faire appel à la CMU, elle n’a jamais demandé le CMU et elle n’a jamais soigné sa tension. Et elle est morte de sa rupture d’anévrisme, à 50 ans, vous voyez ? (Généraliste, Santerre – Haute Somme)

Concernant les ALD, il revient au médecin généraliste de faire le dossier ; ce n’est pas à la demande du patient, qui, bien souvent, ne connaît pas cette procédure. Les patients ne savent pas quels sont leurs droits en tant que bénéficiaires de l’ALD ; tous ne comprennent d’ailleurs pas ce qu’est l’ALD.

Souvent, ils pensent pouvoir bénéficier des aides de l’ALD pour toutes leurs pathologies. Le médecin doit alors leur expliquer que ces aides ne concernent que la pathologie pour laquelle ils sont inscrits en ALD (généraliste Santerre - Haute Somme).

Les CPES diffusent de nombreuses informations sur les aides et les parcours de soins. Leur principal objectif est de faire en sorte que toutes les personnes déclarent avoir un médecin traitant afin de se réinsérer dans le système de soins. Pour cela, le personnel de ces centres donne des informations lors de trois moments privilégiés : à l’accueil, lors des communications avant bilan (CAB) et lors des communications de suivi de bilan (CSB). Des informations sur les aides de la Cnam, ainsi que sur la CMU, les ALD, le système de santé, etc. sont données lors des informations collectives organisées au sein du CPES. Le personnel incite alors la personne à faire les démarches et peut proposer aux personnes de les aider, soit directement (personnel CPES ou intervenant dans ces locaux), soit indirectement (en orientant vers les bonnes personnes). L’un des problèmes concernant ces aides reste en effet la complexité des dossiers à remplir.

Le CPES organise des bilans de santé gratuits puis tente de faire un suivi des traitements et examens effectués par les bénéficiaires mais les retours³⁷ ne sont pas toujours faits. Ces bilans de santé sont connus de l’ensemble des groupes rencontrés lors de cette étude, d’autant que les personnes formant ces groupes font partie du public d’associations d’aide aux personnes.

LE POINT DE VUE DES POPULATIONS RENCONTRÉES

La très grande majorité des personnes rencontrées lors des *focus groups* déclare **connaître les aides**. Les associations qu’elles fréquentent les informent (aide CMU, bilan de santé...) et les aident (une association va jusqu’à conduire les personnes chez les médecins, spécialistes et autres en tenant une permanence 24 heures sur 24)... Toutefois, les personnes savent que les autres patients qui ne font pas partie de telles associations doivent payer les transports ou se débrouiller seuls.

Les personnes ont accès aux aides mais ne savent pas toujours comment celles-ci fonctionnent (modalités de renouvellement, droits, limites...). Certaines personnes reçoivent parfois des papiers et font face seules à des courriers qui peuvent leur paraître abscons, sans aucune explication, comme par exemple lors de la réception d’un courrier concernant la date de fin de la CMU nécessitant un renouvellement. Dans une population touchée par l’illettrisme³⁸, ce genre de procédure pose un réel problème et met en difficulté une population déjà précarisée.

³⁷ Différents retours d’information existent : un retour de questionnaire à remplir par le référent social de la structure qui a orienté la personne vers le bilan de santé et un retour effectué par le professionnel de santé, ou parfois par le patient, de la lettre de suivi d’examen de santé prescrivant une consultation payée par le CPES suite à un diagnostic établi lors du bilan de santé et indiquant quels examens ont été effectués et quel diagnostic a été porté.

³⁸ L’enquête *Information et Vie Quotidienne (IVQ)* de 2011 estime que « 150 000 Picards âgés de 18 à 65 ans [sont] en situation préoccupante dans les domaines fondamentaux de l’écrit : 13 % de la population picarde de cette tranche d’âge connaît des difficultés en lecture, écriture ou compréhension de texte, soit deux points de plus qu’en France métropolitaine (11 %) », in Déborah Caruso, Jean-Marc Mierlot, *Insee Picardie Analyses*, n° 74 décembre 2012. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/picardie/themes/ipa/ipa74/PDF/IPA_74.pdf

Les bilans de santé gratuits réalisés par les CPES ont été évoqués dans l'ensemble des groupes, la plupart des personnes y ayant participé, souvent à l'initiative de l'association dans laquelle elles sont. Toutes y trouvent un bénéfice non négligeable, en plus de la gratuité du service : pluridisciplinarité des professionnels de santé, tests complets : audition, ophtalmologie, soins dentaires, prises de sang, consultation de nutritionniste... Toutefois, quelques femmes du Santerre – Haute Somme regrettent de ne plus avoir été convoquées à ces bilans alors qu'elles en ont passés il y a quelques années. Mais ces femmes n'étant pas précarisées, elles ne constituent pas le public prioritaire des CPES.

ET QUAND LE REFUS VIENT DES AUTRES ?

Comme je dis, il faut être malade quand ils sont prêts ! (Femme, Grand Creillois)

Le manque de professionnels de santé crée une surcharge de travail pour ces derniers avec des conséquences nombreuses et néfastes pour l'accès aux soins, dont :

- de longs **délais** de prises de rendez-vous³⁹. Par exemple, sur Creil, les femmes rencontrées lors du *focus group* font état de délais de six mois pour un rhumatologue ou un dentiste, de trois à quatre mois pour un gynécologue et de trois mois pour un ophtalmologiste. Ces femmes expliquent qu'elles vont alors à Paris pour consulter et avoir des rendez-vous rapides, même si cela engendre des frais de transport ;
- dans certaines zones (il en a été question lors des entretiens effectués sur le Grand Creillois et le Chaunois), les généralistes doivent **refuser de prendre de nouveaux patients** car leur patientèle est déjà importante et qu'ils ne pourraient traiter correctement l'ensemble de leurs patients s'ils en acceptaient davantage.

Un problème de **permanences restreintes** de professionnels sociaux et de santé est également évoqué, notamment par des personnes impliquées dans des associations : éducateur, responsable d'association de dépistage organisé des cancers ou de CPES.

Selon ces personnes, le fait que des assistants de services sociaux ou des professionnels de santé fassent des permanences d'une à deux journées ou demi-journées par semaine dans un cabinet ou une structure implique le report de certains rendez-vous à plusieurs semaines si la personne manque la journée de présence du professionnel ou si ce dernier n'a plus de disponibilité pour la journée.

Dans un contexte de parcours de soins, ces situations posent des problèmes de coût lorsque la personne doit consulter un spécialiste mais ne réussit pas à avoir de médecin traitant.

Il y a aussi une raréfaction des "guichets" (...), que ça soit par les heures d'ouverture ou les jours de permanences.... Sur Creil, c'est extrêmement difficile d'obtenir de l'aide, parce quand vous avez une assistante sociale qui est présente une fois par semaine et bien forcément tous les autres jours de la semaine elle n'est pas là et vous prenez déjà huit jours de retard. Pour les médecins, c'est à peu près pareil : on a des médecins, (...) ils ont plusieurs cabinets et ils vont travailler deux jours par semaine à Creil. Donc si vous venez les voir le lundi et le mercredi, ils sont là et les autres jours, ils ne sont pas là. Et comme pour avoir des droits aujourd'hui, et être remboursé de ses examens, il faut avoir un médecin traitant, ça, c'est un énorme problème ! (Association de dépistage organisé des cancers, Oise)

Deux réalités distinctes traitent du **refus de soins** : une première qui est ressentie comme telle alors qu'il s'agit davantage d'un problème d'accès aux soins, et une seconde qui relève du refus réel de soins de la part de professionnels de santé.

Ainsi, dans cette première réalité, certaines personnes rencontrées ont fait référence à des expériences où l'hôpital n'a pu les soigner alors qu'elles y recouraient en urgence. Par exemple, dans le Santerre – Haute Somme, l'hôpital n'étant pas doté d'un service d'urgences, les malades doivent se diriger vers d'autres établissements plus éloignés et moins faciles d'accès ; les personnes ne comprennent pas qu'aucun soin, même minime (pansement, simple consultation...), ne soit accordé lors d'un cas d'urgence (fracture, plaie).

³⁹ Une étude menée par l'Ifop pour le cabinet de conseil en protection sociale Jalma en 2011 porte notamment sur les délais d'attente de rendez-vous et montre de fortes disparités entre les déclarations des patients et celles des médecins ou secrétaires médicaux (par exemple 103 jours d'attente selon les patients contre 21 jours selon les médecins pour un rendez-vous en ophtalmologie). Un résumé sous forme de PréAO est disponible sur Internet : http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf

Pour la seconde, le refus de dentistes ou de généralistes concernant les patients CMU a également été évoqué à plusieurs reprises, notamment par différentes personnes des *focus groups* ayant vécu cette situation mais aussi par un responsable de CPES parlant des dentistes. Deux raisons sont évoquées pour expliquer ces refus : les professionnels doivent attendre pour être payés et l'absentéisme des patients CMU lors des rendez-vous fixés. Comme cela sera davantage décrit plus loin⁴⁰, plusieurs personnes rencontrées ont une image négative des professionnels de santé.

Le gros problème, il faut dire la CMU parce qu'il faut en parler quand même, c'est que beaucoup dans le corps médical refusent les gens de la CMU. (...) J'arrive là, chez [un professionnel de santé] dont je tairais le nom : « j'espère que vous n'êtes pas à la CMU hein !! » Je lui dis « (...) j'ai une mutuelle et autre ». « Parce que bon, je ne soigne pas les gens qui ont la CMU ! Moi, il me faut l'argent et tout de suite ! » C'est une conscience professionnelle, ça ? (Homme, Santerre – Haute Somme)

DES PROBLÈMES CONNEXES

Des difficultés de **mobilité** sont également importantes pour un bon nombre de personnes, notamment celles habitant en milieu rural. Sans voiture, la personne se retrouve rapidement isolée et peine, quand elle le souhaite, à s'occuper de sa santé ; d'autant que les médecins généralistes ne font plus de visites à domicile, hormis pour quelques personnes âgées ou certains patients gravement malades ou avec des pathologies chroniques. Le recours devient alors difficile et se solde quelquefois par un abandon, les personnes devant faire de nombreux kilomètres pour pouvoir consulter un médecin, faire un examen complémentaire, aller à la caisse d'assurance maladie ou dans une association d'aide...

D'après les femmes du Santerre – Haute Somme, certaines femmes n'ont accès au véhicule du ménage que le week-end, ce qui pose problème pour les rendez-vous dans les structures ou chez les spécialistes ou tout autre professionnel ayant des permanences restreintes.

Lors des différents entretiens⁴¹, il est apparu qu'il existe parfois peu de transports en commun pour aller dans les villes où se trouvent les services et professionnels de santé ou les associations (maillage insuffisant ou horaires inappropriés) ; quelquefois, le problème est davantage lié au coût du car ou du train. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'amener un enfant vers un médecin ou à l'hôpital, le parent doit l'accompagner, ce qui lui coûte deux allers-retours.

Ben il faut aller dans une autre ville [pour les spécialistes] où il n'y a pas de moyen de transport ! Donc il faut que j'emprunte une voiture pour emmener mon gamin à côté. Ou sinon, après, c'est à Péronne. Mais à Péronne, il n'y a pas de moyen de transport non plus ! [...] Il n'y a rien. Il y avait un service de bus avant. Bon, il n'y avait pas beaucoup de monde qui l'empruntait, il n'était pas rentable, ils l'ont arrêté. Si c'est sur Saint-Quentin ou Amiens, bon, il y a le train. Mais le train c'est déjà six euros et quelque chose l'aller. Donc ça fait treize euros aller-retour. Donc si j'emmène, moi je paye et [mon fils] aussi. À Amiens c'est plus du double ! (Homme, Santerre – Haute Somme)

- Alors il y a des histoires de mobilité ça c'est sûr, parce que nous ici il n'y a aucun moyen de transport, hein si t'as pas d'auto...

- On ne fait rien ! (Femmes, Santerre – Haute Somme)

C'est un frein. Quand vous vous retrouvez seul, à plus de 80 ans, avec une petite retraite, que vous ne pouvez pas entretenir une voiture, à ce niveau là... Voyez, vous dépendez du bon vouloir des uns et du bon vouloir des autres pour pouvoir vous soigner ou pour vous faire soigner. Manque de transports. (Généraliste, Santerre – Haute Somme)

Un homme travaillant dans une épicerie sociale du Santerre – Haute Somme (rencontré lors du *focus group*) explique qu'il ne peut pas orienter de personnes pour le bilan de santé sur Amiens car ces dernières n'ont

⁴⁰ Cf. partie 3.5.2. Relations patients / professionnels de santé.

⁴¹ *Focus groups* du Chaunois (hommes) et du Santerre – Haute Somme (hommes et femmes), généraliste du Chaunois, association de dépistage organisé des cancers de l'Oise, CPES dans l'Aisne et l'Oise.

pas les moyens de payer le transport pour y aller. La responsable du centre de bilan de santé de la Somme abonde dans ce sens en expliquant que ceci est un réel problème : depuis 2006, les transports vers les centres d'examens de santé ne sont plus pris en charge par l'Assurance maladie. Dans certains cas (groupe d'une association), un car peut être affrété, grâce à une subvention de l'ARS, mais pour les personnes elles-mêmes, aucune solution n'est possible sauf pour celles bénéficiant du RSA, pour lesquelles une prise en charge existe à leur demande.

Une **différence entre le public et le privé** (spécialistes et établissements) est constatée par plusieurs personnes rencontrées. Si la personne fait appel au service public, le rendez-vous est souvent très long à avoir mais est remboursé, tandis que si la personne consulte dans le secteur privé, le rendez-vous peut être pris immédiatement mais est payant et coûte souvent cher (et parfois non remboursé). Un exemple est donné par une femme du Grand Creillois qui devait se faire opérer de la cataracte : un an d'attente en public (mais gratuité) à Amiens contre un rendez-vous immédiat en privé (mais coût important) dans la même ville. Cette personne a pu aller sur Paris, en public, avec un rendez-vous immédiat.

Le fait que certains médecins soient en secteur 2 (conventionné à honoraires libres) peut freiner également certains patients. Un généraliste du Chaunois soulève ce problème et explique orienter ses patients vers les spécialistes qu'il sait être conventionnés secteur 1 ; le coût pour le patient est moindre à compétence identique.

Ceci est un réel frein au recours rapide aux soins et peut engager un diagnostic tardif ou avancé d'une pathologie nécessitant une prise en charge rapide.

3.4. DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

Dans une étude menée par Odenore⁴³, les auteurs ont analysé, *via* des entretiens auprès des populations, les mécanismes d'adhésion au dépistage des cancers du sein et du côlon-rectum.

« *Les déterminants sociaux des inégalités de santé à l'égard de la prévention recouvrent une pluralité de facteurs comprenant des facteurs environnementaux (qualité de l'habitat, densité médicale...) mais également individuels (appartenance culturelle, niveau d'éducation, revenus...) et biographiques (expériences antérieures de santé, parcours professionnels, évolution de la structure familiale, histoire psychologique personnelle). Ceux-ci sont non seulement susceptibles d'avoir un effet sur l'état de santé de l'individu mais également sur son rapport à la santé en général et au système de santé en particulier.* »⁴⁴

L'étude d'Odenore met en avant que la confiance envers le médecin traitant suffit à l'individu à accepter les recommandations de dépistage, bien avant la connaissance que la personne peut avoir des dépistages organisés.

Quatre profils de personnes ayant recours au dépistage organisé sont définis :

- les précautionneux. Très au fait de leur santé, des campagnes de dépistage, ils devancent même parfois les courriers de dépistage organisé pour faire un dépistage individuel ;
- les intégrés. Même si l'aspect santé est moins fort que pour la population précédente, ils connaissent les campagnes et y adhèrent à la réception du courrier ;
- les obéissants. Avec un faible investissement dans le domaine de leur santé mais une grande confiance dans leur médecin, cette population fait les examens prescrits par le médecin sans poser de question ;
- les transigeants. Ils connaissent les campagnes de dépistage mais ont peur d'y adhérer : appréhension des tests, des résultats...

Concernant le dépistage organisé du cancer colorectal, les chercheurs de cette étude ont pu approcher une explication de la non-participation. Ils classent les personnes non adhérentes au dépistage organisé en deux sous-groupes : celles qui ne l'ont pas fait mais n'y sont pas réticentes et celles qui y sont hostiles.

Pour les premières, quatre grandes raisons à la non-participation sont évoquées : la méconnaissance du dépistage organisé, l'aspect rebutant du test, un oubli ou un mauvais suivi et le facteur de l'âge. En effet, se sentir encore jeune impliquerait qu'inconsciemment on ne souhaite pas être dans cette frange de la population des plus de 50 ans.

Pour les secondes, la santé et des argumentaires paradoxaux sont évoqués. Ainsi, la santé apparaît comme motif de non-dépistage dans certains cas : lorsque les personnes se considèrent en bonne santé et pensent donc ne pas avoir besoin de prévention ; et lorsque les personnes ayant déjà des problèmes de santé ne veulent pas en connaître d'autres. Les raisonnements paradoxaux, souvent utilisés pour cacher les vrais motifs de non-participation, sont des ruptures dans l'énoncé logique des arguments (par exemple, refuser de se faire dépister pour vivre plus longtemps car tant que la maladie n'est pas connue, la personne pense mieux vivre ; ou être convaincue de la nécessité de la mammographie mais refuser le dépistage du cancer du côlon-rectum ; ou encore adhérer aux principes du dépistage mais refuser d'y participer...).

Définition de la prévention selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Il existe trois types de préventions :

- La prévention primaire vise à réduire l'apparition de nouveaux cas dans la population générale (incidence) en agissant en amont, avant l'apparition de maladies. Elle porte sur la prévention des conduites individuelles à risque (hygiène de vie, addictions...) ;
- La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en agissant au début de l'apparition du trouble ou de la pathologie pour stopper (ou freiner) son évolution ou pour faire disparaître les facteurs de risque ;
- La prévention tertiaire intervient en aval de la maladie afin de permettre au malade de mieux vivre sa maladie, d'éviter les récives et d'atténuer complications et invalidités.

⁴³ Étude menée en partenariat avec l'Office de lutte contre le cancer (ODLC) de l'Isère, sur deux quartiers de Grenoble. Pierre Mazet, *Motifs de participation et de non-participation au dépistage du cancer. Enquête qualitative auprès des habitants de deux territoires de l'agglomération grenobloise* – Etude PréCARRÉ – Odenore. Note de travail intermédiaire. Octobre 2009.

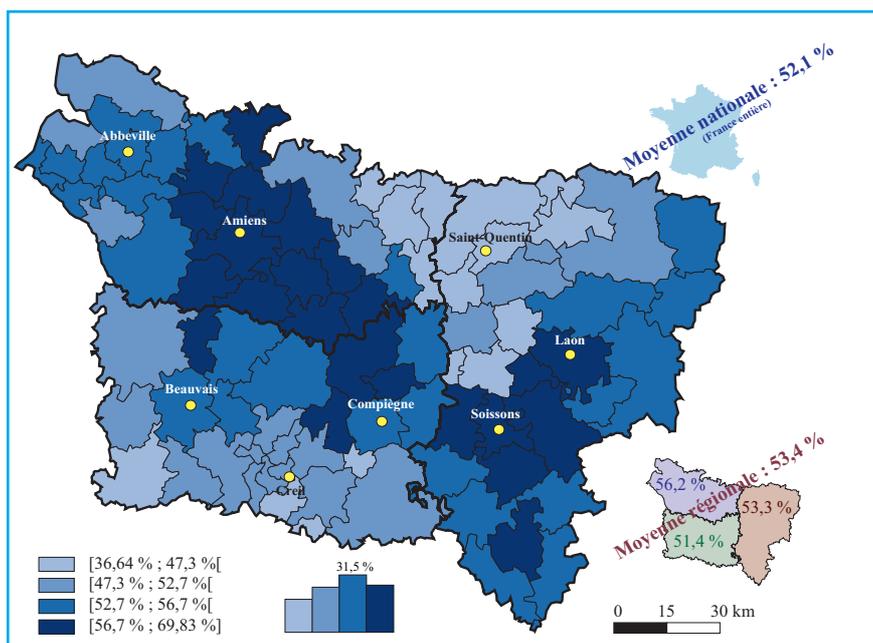
⁴⁴ *Ibid.*

Quelques informations concernant le dépistage des cancers⁴⁵

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. Il est aujourd'hui possible de dépister ou de détecter précocement certains cancers. Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique (cancer du sein, cancer colorectal), soit de façon individuelle à l'initiative du professionnel de santé ou du patient (cancer du col de l'utérus, mélanome...).

	Cancer du sein	Cancer colorectal
Mise en place du dépistage organisé	Depuis 2004	Depuis 2007 (étendu à l'ensemble du territoire en 2009)
Public cible	Femmes de 50 à 74 ans	Hommes et femmes de 50 à 74 ans
Périodicité	Tous les deux ans (invitation par courrier)	Tous les deux ans (invitation par courrier)
Examen	Mammographie avec double lecture	Test Hemocult® à retirer chez le médecin traitant
Campagne d'information	Octobre rose	Mars bleu

Part de femmes de 50-74 ans dépistées en 2009-2010 dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein



Sources : Aisne Preventis, Adcaso, Adema 80, InVS, Insee

Les dépistages organisés

Sur la période 2009-2010, 53,4 % des Picardes âgées de 50 à 74 ans ont été dépistées dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, soit un pourcentage supérieur à celui du niveau national⁴⁶.

La Somme est le département où l'adhésion des femmes à ce dépistage organisé est la plus importante.

Les taux élevés sont surtout observés le long d'une zone joignant Amiens à Soissons, et remontant sur Laon. À l'inverse, un triangle comprenant une partie du Santerre Somme et le Saint-Quentinois, descendant jusqu'à la périphérie de Soissons et de Laon est une zone de moindre participation dans le cadre du dépistage organisé des femmes concernées. Certains établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de l'Oise, limitrophes de l'Île-de-France, se retrouvent aussi dans cette même situation.⁴⁷

⁴⁵ Source : Institut national du cancer (INCa). <http://www.e-cancer.fr/>

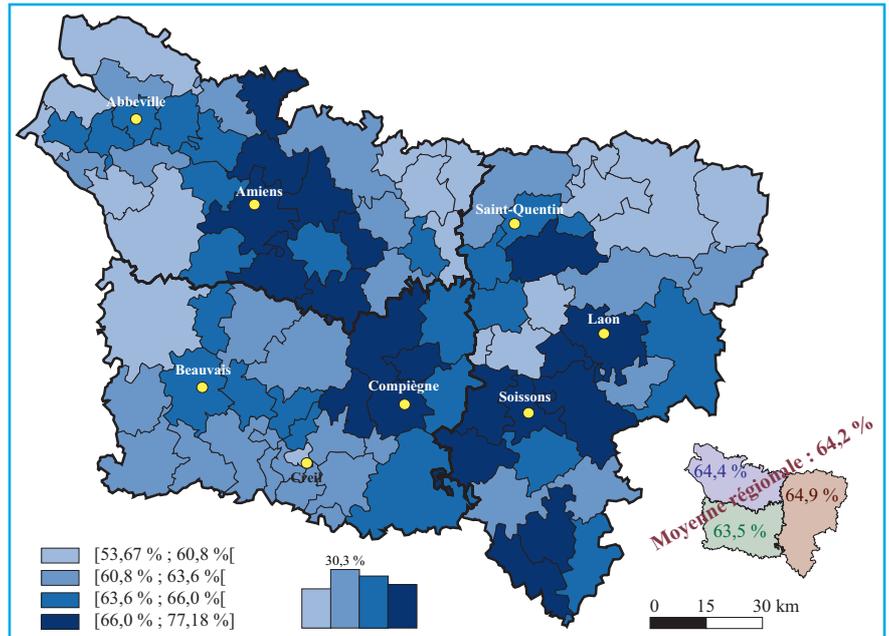
⁴⁶ Pour la valeur nationale, la source des données diffère (InVS) ; avec cette source, la valeur de la Picardie est de 52,7 %.

⁴⁷ Les cartes et commentaires proviennent du *Croisement d'informations régionalisées* (Cir) n°12, décembre 2011, OR2S. Disponible sur Internet : <http://www.or2s.fr/Portals/0/CIR/CIR12%20b.pdf>

Part de femmes de 50-74 ans qui ont effectué une mammographie en 2009-2010 (en dépistage organisé ou individuel)

Le dépistage organisé est toutefois complété d'un dépistage individuel qui réduit les écarts entre les trois départements de Picardie.

En 2009-2010, ce sont donc 27 583 femmes de 50-74 ans, soit 64,2 %, qui se sont faites dépister pour le cancer du sein en Picardie, que ce soit en dépistage organisé ou en individuel.

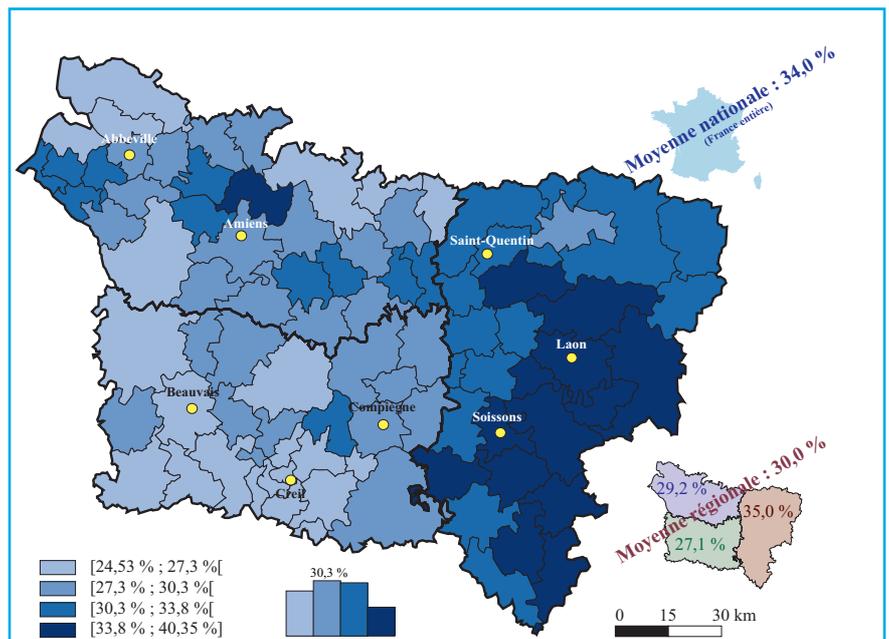


Sources : Aisne Preventis, Adcaso, Adema 80, Insee

Part de personnes de 50-74 ans dépistées en 2009-2010 dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal

En 2009-2010, plus de 142 000 Picards ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal, soit 30,0 % des personnes de 50-74 ans⁴⁸. Cela est légèrement inférieur à la moyenne nationale (34,0 %⁴⁹).

Au niveau des départements, l'Aisne enregistre un taux de participation de la population des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans à la campagne de dépistage organisé plus important que celui observé au niveau national, soit près de 35,0 % de dépistés. Ce taux est à comparer aux 29,2 % de la Somme et 27,1 % de l'Oise.



Sources : Aisne Preventis, Adcaso, Adema 80, InVS, Insee

C'est d'ailleurs dans une large moitié sud et centre de l'Aisne que sont regroupés les EPCI ayant les taux les plus élevés de la région. L'Oise et la Somme se partagent les EPCI où le dépistage organisé du cancer colorectal est le moins courant. À titre illustratif, le plus faible taux observé dans l'Aisne est retrouvé dans la communauté de communes Région de Guise qui se retrouve au 43^e rang.

⁴⁸ Exclusion faite des personnes qui ne peuvent pas participer au dépistage organisé pour raison médicale.

⁴⁹ Pour la valeur nationale, la source des données diffère (InVS) ; avec cette source, la valeur régionale est de 31,1 %.

3.4.1. PERCEPTION DE LA PRÉVENTION ET DU DÉPISTAGE DES CANCERS

Globalement, les populations rencontrées et les patients dont parlent les professionnels de santé ne semblent **pas hostiles aux dépistages et aux actions de prévention**. Même si certains sont réfractaires ou oublient simplement de faire l'examen, nombre de personnes ont déjà fait des dépistages, sans aucun problème.

Les personnes rencontrées lors des entretiens collectifs ne connaissent pas, à quelques exceptions près, d'**associations** portant sur la santé ou la prévention sur leur territoire : les CPES ressortent dans l'ensemble des groupes, ainsi que deux associations d'aide contre la dépendance alcoolique dans le groupe des hommes du Santerre – Haute Somme (un homme y a eu recours). Les autres associations citées sont des associations d'aide à l'insertion professionnelle, épiceries sociales et Restos du cœur qui demandent parfois des interventions santé à des professionnels extérieurs.

Les professionnels de santé rencontrés en entretiens individuels citent également des associations d'aide à l'insertion professionnelle et quelques associations de santé (citons notamment le Bus santé de la Mutualité française, ou encore le Centre de promotion de la santé de l'Aisne – CPSA), en plus des CPES et des associations de dépistage organisé des cancers.

Les populations rencontrées connaissent néanmoins les **campagnes de dépistage** et les **messages de prévention** santé, notamment grâce aux nombreux médias : télévision, affiches, plaquettes à disposition dans certains endroits, rencontres de professionnels de santé... Ainsi, lorsqu'elles sont interrogées sur les messages de prévention ou les acteurs de santé, elles évoquent :

- les bilans de santé gratuits et complets des CPES : très bien acceptés et jugés utiles, ils sont très pratiqués par les populations rencontrées⁵⁰ ;
- des campagnes de dépistage organisé (cancers du sein et côlon) : parmi les populations rencontrées, plusieurs personnes ont parlé des deux campagnes qu'elles ont vues à la télévision, sur des affiches ou parfois parce qu'elles ont reçu les courriers. Elles savent que c'est à partir de 50 ans et que les examens doivent être faits et tous les deux ans. Certaines ont déjà bénéficié de mammographies ou du test Hemocult®. La connaissance de cas de cancers du sein dans la famille influence nettement les femmes à se faire dépister tôt (avant 50 ans), même si cela peut être vécu parfois comme une fatalité ;
- des vaccinations : souvent mises de côté et oubliées, une fois la période scolaire passée... Les femmes du Chaunois trouvent que les vaccins coûtent chers, ce qui ne les rend pas accessibles à tous⁵¹. Quant au vaccin contre la grippe, il est très controversé (troubles associés à la vaccination, infection de la grippe malgré la vaccination...)
- des messages du PNNS : connus, particulièrement le slogan « Mangez cinq fruits et légumes par jour » mais cela semble trop coûteux pour les populations pour pouvoir être réellement appliqué. Un sentiment de restriction trop important ressort de certains discours (« *s'il faut écouter les messages, il ne faut plus rien manger ni boire...* ») ;
- du cancer du col de l'utérus et du vaccin papillomavirus et des dépistages VIH comme étant essentiels à faire par les groupes de populations du Chaunois rencontrés. Cela peut être lié à des problématiques de l'association à laquelle adhèrent les personnes rencontrées.

Les médecins généralistes connaissent les associations de dépistage organisé des cancers et échangent avec leurs patients, lorsque ceux-ci apportent le courrier reçu, sur l'intérêt du dépistage et les examens à effectuer. Le discours semble bien passer, selon eux, même si certains ne sont pas persuadés que les tests soient réellement ou bien faits (notamment pour le cancer colorectal où la manipulation demande à être réalisée de façon précise). Les principales difficultés qu'ils rencontrent concernent davantage la prévention pour les habitudes de vie (alimentation, consommations de tabac et d'alcool...) où les patients sont plus réticents.

⁵⁰ Pour rappel, ces populations font partie d'associations d'aide, ce qui peut provoquer un biais sur ce point car les associations sont souvent en rapport avec les CPES et les associations de dépistage organisé des cancers.

⁵¹ À noter que « la liste des vaccins pris en charge par l'Assurance maladie est fixée par arrêté ministériel (16 septembre 2004 modifié le 3 mars 2010). Il s'agit des vaccins contre les maladies suivantes : coqueluche, diphtérie, hépatite B, infections à *Hæmophilus influenza B*, infections invasives à méningocoque du sérotype C, infection à papillomavirus humains (HPV), infections à pneumocoque, oreillons, poliomyélite, rougeole, rubéole, tétanos, tuberculose, varicelle. Ils sont remboursés, sur prescription médicale, à 65 % sur la base du prix indiqué sur la vignette. »

Source : <http://www.ameli.fr>

Les populations n'apprécient pas les remarques sur leur poids, leurs consommations de tabac ou d'alcool, leur alimentation... Comme cela a déjà été mentionné, ceci peut amener certaines personnes à consulter davantage SOS médecins qu'un médecin traitant traditionnel qui connaîtrait le patient plus en profondeur et qui pourrait formuler des remarques sur les habitudes de vie, ou prendre le temps de tenir un discours de prévention à son patient, temps que ne peuvent prendre les professionnels des systèmes d'urgence.

3.4.2. FREINS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

Le dépistage organisé du cancer colorectal a débuté plus tardivement que celui du sein, ce qui entraîne une méconnaissance plus importante de ce dépistage et de ce cancer⁵². Les associations de dépistage organisé, ainsi que les professionnels de santé, au sens large, œuvrent à le faire connaître et à accroître le nombre de dépistage, même si certains tabous restent encore à lever. Le dialogue et l'explication sont toujours au centre des informations données : il s'agit en priorité de dédramatiser et de clarifier.

La **peur** du diagnostic, de l'examen (mammographie qui fait mal, tabou des selles), les **problèmes financiers** (coût des examens complémentaires) et une certaine **fatalité** sont les principaux freins au dépistage des cancers.

Une responsable d'association de dépistage organisé des cancers stipule que le dépistage du cancer du sein est fortement lié au nombre et à l'accessibilité des **cabinets de radiologie** disponibles sur le territoire : s'il y a peu de cabinets et qu'il faut attendre longtemps avant d'avoir un rendez-vous ou qu'il faut se déplacer loin, les femmes auront tendance à ne pas se faire dépister. Au contraire, pour le dépistage du cancer colorectal, la personne acquiert le test auprès de son médecin généraliste et procède elle-même à la manipulation chez elle avant de l'envoyer par courrier au laboratoire qui réalisera les analyses.

Or, comme l'explique l'Association de dépistage organisé des cancers de la Somme, le dépistage de tumeurs hors circuit organisé est souvent plus péjoratif que celui réalisé dans le cadre d'une campagne parce qu'il s'attache aux signes cliniques, davantage visibles et davantage développés. En dépistage organisé, la tumeur peut être détectée très tôt à une taille infime et bénéficie alors de meilleures chances de guérison.

Les **examens** eux-mêmes créent quelques difficultés aux patients. Les femmes semblent avoir peur de la douleur de la mammographie, et, même si elles n'ont pas toujours eu de mammographie, elles craignent une douleur, supposée ou réelle, qui leur aurait été rapportée. Le test de dépistage du cancer colorectal⁵³ est souvent complexe à réaliser pour les patients et certains généralistes se demandent s'il est correctement accompli ; les tests ne sont pas toujours analysés par les laboratoires⁵⁴, notamment à cause de mauvaises manipulations. Par ailleurs, la manipulation des selles pour ce dernier dépistage demande à lever quelques tabous et peut rebuter certaines personnes.

Et il y a la mammographie, on insiste lourdement là-dessus, pour les femmes de 50 à 75 ans et dans le public précaire. Il y a un gros frein à la mammographie : « je ne ferai pas de mammographie parce que ça fait mal », enfin il y a des non-dits sur la mammographie. (...) Ça fait mal, c'est relatif, parce que bon moi il y en a beaucoup qui me disent : « Oh non mais moi je n'irai pas, on me presse les seins, machin, dans une machine... ». (...) Ils ont une perception comme un objet de torture, la mammographie. (Centre de prévention et d'examen de santé, Aisne)

⁵² L'Institut national du cancer indique qu'en France 98 % des personnes déclarent connaître l'existence du dépistage organisé du cancer du sein en 2009, contre 90 % pour le cancer colorectal (soit huit points de plus qu'en 2005 pour ce dernier). Source : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/23-depistage/48-depistage-cancer-colorectal/56-perception-et-connaissance-du-depistage-du-cancer/132-notoriete-depistage-france-cancer.html>

⁵³ On ne parle ici que du test Hemocult® à réaliser chez soi et non pas des examens complémentaires de type coloscopie réalisés après un test Hemocult® positif. Ce test consiste à prélever soi-même sur trois selles consécutives (trois jours de suite) deux petits fragments de selle de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz et à les déposer sur les plaquettes prévues à cet effet (une plaquette par jour). Il suffit ensuite de poster le kit, grâce à l'enveloppe T jointe. À noter qu'actuellement, un nouveau test (test immunologique), toujours basé sur la recherche de sang dans les selles, serait utilisé à la place d'Hemocult II®. Source : Institut national du cancer ; <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnels-de-sante/du-test-au-gaiac-au-test-immunologique>

⁵⁴ En 2007, le pourcentage de tests non analysables était de 3,4 % en France hexagonale, in Hélène Goulard, Marjorie Boussac-Zarebska, Juliette Bloch, Évaluation épidémiologique du programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal France, 2007, *BEH thématique Dépistage organisé du cancer colorectal en France*, n° 2-3, 13 janvier 2009.

Enfin, certains **freins plus personnels** apparaissent. Ainsi, selon l'Association de dépistage organisé des cancers de l'Oise, certains patients ne souhaitent pas participer aux dépistages organisés de cancers prétextant que cela est une atteinte à leur vie privée et que l'État n'a pas à se mêler de leur santé. La participation reste un choix personnel.

Un aspect plus psychologique propre à ces dépistages est supposé par un médecin généraliste du Grand Creillois : le cancer du sein serait davantage visible, palpable et localisable (boule) que le cancer colorectal qui reste plus abstrait et dont l'examen reste extérieur à son propre corps.

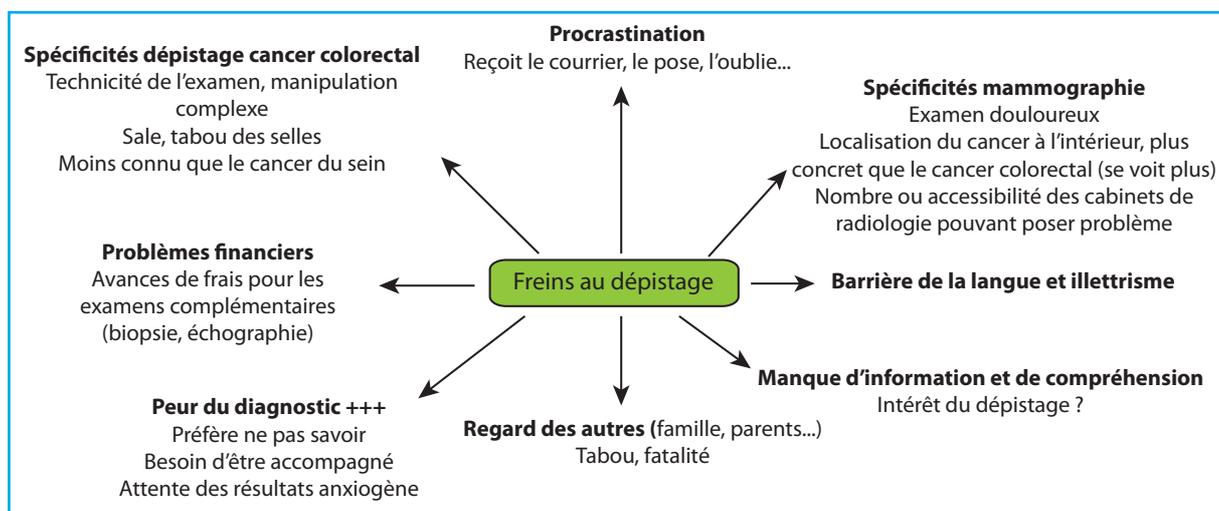
À la limite, l'examen des selles, même si c'est un peu bizarre parce que c'est du caca, c'est un truc qui est à l'extérieur. Alors que le cancer du sein vraiment, on va vous faire votre mammo, on va vous appuyer sur le sein et puis on va le trouver là. Je pense qu'inconsciemment il y a une différence dans la tête des gens, de faire une analyse. Le dépistage du cancer colorectal c'est encore une analyse, c'est un peu comme une prise de sang : on sort quelque chose. (...) Comme si le cancer était à l'extérieur, finalement ! (...) Le cancer du sein c'est vraiment un truc où on a l'impression... Voilà, là, on objective bien que la bête est là quoi. (Généraliste, Grand Creillois)

Par ailleurs, pour le cancer du côlon-rectum, tant que les patients ne détectent pas de signes extérieurs évidents (sang...), ils ne s'en inquiètent pas. Par contre, si du sang apparaît dans les selles, ils auront davantage tendance à aller directement chez un spécialiste (gastroentérologue) plutôt que de faire le test de dépistage. Les diagnostics tardifs de cancers évolués ne sont pas, d'après certains professionnels de santé rencontrés, uniquement visibles chez les populations précarisées. L'Association de dépistage organisé des cancers de l'Oise indique cependant que les personnes précarisées sont plus touchées car elles décident de consulter lorsqu'une grosseur est palpable, les autres priorités comme se nourrir ou se loger passant avant leur santé. En effet, ces retards de consultation sont principalement liés à la peur du diagnostic, et ce, quel que soit le milieu social de la personne. La peur de l'examen (mammographie) et l'avance de frais pour les examens complémentaires, ici davantage problématique pour les personnes en difficultés financières et n'ayant pas de mutuelle, s'y ajoutent.

Les professionnels rencontrés ont toutefois rarement été confrontés à des dépistages tardifs de cancers évolués.

À cela s'ajoutent les freins plus généraux au recours aux soins : méconnaissance, problèmes de mobilité, aspects psychologiques, procrastination, etc. Ces obstacles ayant été détaillés dans un chapitre précédent, nous n'ajouterons ici qu'un schéma reprenant les principaux freins.

FREINS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS – EN RÉSUMÉ



3.5. EFFETS DES RELATIONS SOCIALES

Comme certaines études⁵⁵ ont pu le mettre en évidence, les relations sociales qui lient les individus à leur entourage ou aux différents professionnels de santé jouent un rôle important dans le recours aux soins et dans le suivi des traitements prescrits. Une relation de confiance avec le professionnel de santé est primordiale, de même que l'est l'avis des proches, pour la bonne observance de traitements et dans le recours au système de santé. C'est pourquoi l'effet des relations que les individus peuvent avoir avec leurs proches ou les professionnels de santé a fait l'objet d'un questionnement particulier lors de cette étude.

3.5.1. LE RÔLE DE L'ENTOURAGE

FAMILLE ET AMIS

L'entourage peut jouer un rôle dans le suivi des traitements médicaux : soit parce que les individus se sentent responsables de leurs enfants ou famille, et pour cela, elles ont besoin d'être en bonne santé pour s'en occuper, soit parce que les exemples de problèmes de santé dans leur famille, héréditaires ou non, les influencent à consulter et à suivre correctement le traitement.

Le fait de compter des professionnels de santé, médecin, infirmier, pharmacien..., dans leur famille est également un facteur facilitant le recours aux soins et le suivi des traitements pour quelques personnes rencontrées lors des *focus groups*. Ces professionnels de santé « familiaux » peuvent ainsi les conseiller ou les rassurer.

Cependant, certaines personnes restent réfractaires et ne veulent pas entendre ou suivre les conseils de leurs famille ou amis. Certains parlent de fatalité face à des maladies héréditaires ou fréquentes dans leur famille, d'autres de choix personnel et d'autres encore de coût des consultations (Santerre – Haute Somme et Grand Creillois).

- Si, nous, si, on se pousse mutuellement entre frères et sœurs. Enfin s'il y a un problème, si on voit qu'il y a un problème, on va dire « consulte ». Surtout quand il y a des antécédents familiaux, on est un peu obligé, dès qu'on a à peu près le même problème, de dire « oh la ». Faut faire attention. (...)

- L'entourage, qu'est-ce qu'il va faire ? Ou bien dire ? C'est toi qui va décider. (...) L'entourage, c'est pas lui qui va payer. Quand tu manques d'argent...

- Oui mais c'est conseiller, te dire « fais attention, consulte »... (Femmes, Grand Creillois)

D'autres indiquent, soit ne jamais parler de leur santé avec leur entourage (hommes du Chaunois), soit en parler, donner des avis et en recevoir, mais ne pas suivre systématiquement les conseils que les autres leur apportent (femmes du Chaunois).

Moi, je sais qu'en général on en parle entre nous. On essaye de se conseiller. Après, c'est vrai que la personne avec qui on va en parler, elle n'est peut-être pas docteur mais elle peut toujours donner son avis. Pas comme l'autre imbécile de S. qui m'avait dit que j'avais un cancer ! (Femme, Chaunois)

- Non, on n'en parle pas, en principe on n'en parle pas parce qu'on a tous plus ou moins des problèmes, dans mon entourage. (...)

- Si ! Il y en a qui se plaignent un peu mais bon... « T'inquiètes pas, prends un petit verre » et puis voilà, ça ira mieux, ce n'est pas méchant quoi. (...)

- Je n'aime pas [en parler]. J'aime bien garder tout en moi. (Hommes, Chaunois)

⁵⁵ Lire notamment à ce propos *Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes* (Rode Antoine) qui définit le rôle dans le non-recours aux soins de la confiance interpersonnelle envers le médecin généraliste (confiance décidée, mais fragile, liée au degré d'écoute et d'explications du médecin) et de celle institutionnelle envers le système de soins (la méfiance, voire la défiance découlant d'histoires vécues par la personne ou ses proches). Ainsi, « lorsque les doutes et les risques encourus par la fréquentation des institutions sanitaires sont supérieurs aux bénéfices attendus, les individus peuvent décider de ne pas recourir aux soins. »

Dans le mémoire *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé* (Collet Marc) l'auteur décrit les mécanismes de peur ou de défiance vis-à-vis des personnels soignants, au travers de questionnaires et d'entretiens individuels avec des individus consultant des centres de soins gratuits. Il distingue deux éléments : d'une part, une méfiance liée à une asymétrie des informations (l'individu se sent dévalorisé face aux médecins qui utilisent des termes abscons et qui déplore le manque d'informations, d'explications et de contacts humains des médecins), ce qui agit sur le choix des structures fréquentées et sur l'observance du traitement. Et d'autre part, de mauvaises expériences de soins (dans l'histoire personnelle ou l'entourage de la personne) qui impliquent un mécontentement envers les professionnels de santé et entraîne dès lors une défiance dans le recours aux soins.

AUTRES RELATIONS SOCIALES

Certains généralistes ont également mis en avant le rôle que l'entourage, au sens large, peut avoir pour la santé des personnes âgées. Bien souvent, ces dernières lâchent prise et négligent quelque peu leur santé, soit en temporisant avant d'appeler le médecin, parfois trop tard, soit en minimisant leurs problèmes de santé.

Les enfants, mais aussi les voisins, aides à domicile, infirmiers et autre personnel (aide ménagère...) qui rendent visite à domicile à ces personnes peuvent alerter au besoin le médecin ou les services d'urgence lors d'apparition de maladies.

3.5.2. RELATIONS PATIENTS / PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Globalement, les médecins généralistes rencontrés déclarent ne **pas** avoir **de problème majeur** avec leur patientèle. Les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients sont bonnes et ces médecins pensent être plutôt bien écoutés. Certains exercent depuis plusieurs décennies dans la même ville et ont vu grandir leurs patients. Ceci amène une proximité et une confiance du patient envers le médecin.

Certains généralistes associent cette bonne entente à **des règles et des barrières** qu'ils ont instaurées pour la bonne marche de leur cabinet, notamment en ce qui concerne les rendez-vous non honorés ou les retards de règlement de consultation non honorée, par exemple. Si certains patients préfèrent changer de médecin du fait de ces règles, la plupart les acceptent.

Il y a aussi effectivement le médecin traitant, c'est celui qui doit dire oui tout de suite. Donc à un moment donné quand on met un certain nombre de règles, c'est-à-dire de dire : « Chez moi on prend rendez-vous et on arrive à l'heure » (...), les gens ont tendance à se dire « bon je vais aller voir quelqu'un d'autre », ok. Parce qu'on est quand même dans une mentalité aussi de service : on est au service. Alors c'est vrai que l'on est « au service de la population ». (...) Moi je ne m'estime pas être une totale libérale mais en même temps (...) j'estime aussi que les règles que je mets sont à respecter. Donc voilà. Donc effectivement je me coupe certainement d'un certain nombre de patients. (Généraliste, Grand Creillois)

Malgré cela, différentes difficultés apparaissent dans la relation médecin – patient⁵⁶.

Plusieurs médecins généralistes rencontrés⁵⁷ se plaignent principalement du **changement de mentalité** et de l'éclosion d'une société individualiste et de service : « J'ai envie, je prends ». Selon eux, les individus veulent désormais tout, et tout de suite et envisagent le médecin généraliste comme une personne devant être toujours disponible et à leur écoute : obtenir un rendez-vous immédiat dès qu'ils appellent, avoir des examens complémentaires, avoir certains médicaments... Ce désir d'immédiateté pousse alors certains patients à aller voir un autre médecin disponible ce jour-là ou à aller aux urgences, quitte à attendre quelques heures dans la salle d'attente.

C'est qu'une question d'exigence. Il n'y a qu'eux qui sont malades ! (...) Il n'y a qu'eux et il y a qu'un médecin pour un patient... (...) C'est plus de l'exigence, de l'individualisme ! Ça, c'est sûr. C'est de pire en pire, ça ! Tout, tout de suite ! (Généraliste, Santerre – Haute Somme)

C'est une évolution depuis quelques années je crois. J'en parlais hier avec quelqu'un justement, (...) je pense que c'est parce qu'ils n'ont pas toujours un médecin à disposition pour les recevoir quand ils ont en envie. En allant aux urgences, ils pensent que ça ira mieux. Ça n'empêche qu'ils attendent quand même quatre heures parfois pour une angine ou je ne sais quoi... (Généraliste, Santerre – Haute Somme)

⁵⁶ Ces difficultés ont été davantage abordées et développées dans le Santerre – Haute Somme et plus encore dans le Grand Creillois. Les médecins du Chaunois ont été moins prolixes en la matière.

⁵⁷ Ces remarques ont été faites dans le Santerre – Haute Somme et le Grand Creillois mais pas dans le Chaunois.

Or, répondre instantanément n'est pas possible pour les médecins généralistes : les journées de ces professionnels se remplissent rapidement et il leur devient impossible d'ajouter des rendez-vous le jour même. Sur certaines zones (Grand Creillois et Chaunois), les médecins ne peuvent déjà plus accepter de nouveaux patients.

Un autre problème que rencontrent les généralistes vis-à-vis de leurs patients est l'**incompréhension** de ces derniers par rapport à leurs maladies, leurs traitements, au fonctionnement des aides pour la santé.

Ainsi, par exemple, certains patients ne comprennent pas que l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD ne s'applique qu'à cette seule maladie et pas aux autres pathologies dont ils pourraient être touchés.

Les médecins tentent d'expliquer la maladie et les traitements au mieux mais se heurtent parfois à des personnes avec des **capacités de compréhension peu élevées**, ayant été peu ou pas scolarisées. Cette méconnaissance de leur corps, de leur maladie et des bienfaits des traitements entraîne un mauvais suivi des traitements prescrits (prise d'un comprimé sur deux, arrêt du traitement avant la fin, arrêt d'un médicament traitant des pathologies lourdes par soucis d'alléger leur quantité de médicaments pris...), ce qui peut être particulièrement dommageable pour leur santé.

Quelques fois, ils ont des ordonnances lourdes. (...) Il y a je ne sais pas combien de médicaments à avaler par jour. (...) On leur explique aussi que, voilà, il y a des choses qu'on ne peut pas supprimer parce que c'est du chronique. Moi, j'ai une patiente à domicile, c'est sa fille qui la prend en charge, à chaque fois elle me dit « il faut supprimer des médicaments », mais on ne peut rien supprimer ! (...) Alors quelques fois, ils le font d'eux-mêmes mais ça, c'est à leurs risques et périls. On leur explique que certains médicaments, on n'y touche pas, surtout pour les anti-arythmiques, par exemple, les hypertenseurs non plus. (...) Par exemple, la thyroïde, ils n'en prennent pas pendant six mois, un an. Pour le cholestérol, pareil : « allez hop, ça m'embête, je le prends pas ! » (Généraliste, Grand Creillois)

Sur l'hypertension, on rattrape entre guillemets, parce qu'on a "hypertension traitée", qu'ils disent traiter, et en fait au cours de l'entretien on s'aperçoit qu'ils prennent un comprimé tous les trois jours, bon.... (...) Mais est-ce qu'on leur a vraiment expliqué ? Voyez, c'est ce qu'on apprend dans les ateliers thérapeutiques, c'est ce qui nous revient, c'est qu'en fait ils partent avec une ordonnance sans vraiment [comprendre]. (...) Et puis qu'est-ce qu'ils peuvent en comprendre aussi ? Il faut du temps, ce que n'ont peut-être pas mes confrères sur le secteur, d'expliquer chaque médicament à quoi il sert et comment on le prend. Je veux dire qu'une prescription, il faut avoir le temps de l'expliquer, de voir si la personne a vraiment compris. (...) Il faut informer (...). Mais ça, les médecins n'ont pas le temps de le faire. (Centre de prévention et d'examens de santé, Oise)

À cela s'ajoute le fait que certains patients ne parlent pas de tous leurs **symptômes**, soit par oubli, soit parce qu'ils ne savent pas que cela peut avoir un rapport avec leur maladie, selon un généraliste, soit pour éviter que leur généraliste ne les réprimandent sur leur hygiène de vie, selon une responsable de CPES. Sur ce dernier point, les médecins généralistes rencontrés ne font pas état de réprimandes envers leurs patients, même s'ils soulignent des difficultés par exemple à faire suivre des régimes alimentaires. En revanche, ils estiment ne pas pouvoir poser toutes les questions, faute de temps.

Il y a des gens qui vont venir une fois de temps en temps parce qu'ils ont un rhume (...) et qui ne vont pas du tout dire qu'ils ont des alternances diarrhées-constipation par exemple ; que le monsieur ne va pas dire qu'il se lève la nuit pour aller faire pipi. Alors si effectivement on pose la question, on va avoir la réponse, on va engager un certain nombre d'examens mais il est possible que l'on ne pose pas la question parce que nos conditions d'exercice, c'est aussi 30 à 40 actes par jour. (Généraliste, Grand Creillois)

La **procrastination** des personnes pour les examens et consultations (radiographies, prises de sang, consultations de spécialistes, actes de dépistage...) est un fait habituel parmi la patientèle des médecins rencontrés. Mais ceci peut entraîner des aggravations de problèmes et avoir des conséquences parfois désastreuses sur la santé des patients.

Ceci est peut-être lié à la non-compréhension de l'utilité des dépistages, des examens complémentaires prescrits ou de la maladie dont souffre le patient. Comme il a été dit plus haut, si les médecins expliquent à leurs patients les raisons de ces prescriptions, le message n'est pas toujours entendu ou compris. Ou, s'il est entendu, l'importance n'est pas toujours estimée à sa juste valeur : les patients finissent par faire ces examens, mais tardivement car ils auront mis de côté pendant un moment la prescription⁵⁸.

Il y a un patient, ça fait cinq ans que je lui demande de faire une prise de sang, hyper-tendu diabétique, il ne l'a toujours pas faite. (...) Alors après (...) qu'est-ce qu'on fait ? (...) On ne peut pas prendre par la main, puis aller faire la prise de sang. (...) Par contre, on dira après « le docteur, il n'a pas fait la prise de sang. » (Généraliste, Santerre – Haute Somme)

Or, comme l'explique un médecin généraliste du Grand Creillois, la prescription d'**examens complémentaires** met le généraliste face à un réel paradoxe : en prescrire pour chaque suspicion ou doute de maladie, quitte à prendre le risque que les patients ne les fassent pas, par manque de moyens financiers, par manque de temps, par découragement face aux délais de rendez-vous déjà longs et qui le seraient d'autant plus avec des prescriptions plus importantes d'examens ; ou, à l'inverse, en prescrire avec parcimonie, en prenant le risque de ne pas voir une maladie.

La réponse à ces problématiques pourrait être un suivi rapproché du patient, un « **maternage** » comme l'évoque un médecin du Grand Creillois, mais la surcharge de travail que connaissent les généralistes ne leur permet pas de prendre ce temps supplémentaire.

Une généraliste du même territoire passe beaucoup de temps à faire un suivi rapproché (prises de rendez-vous chez les spécialistes, rappel des rendez-vous aux patients...) mais cela devient de plus en plus difficile pour elle.

Faut quand même prendre le rendez-vous, faut tout faire ! Faut faire la lettre, prendre le rendez-vous, voilà quoi. Faut les prendre par la main, sinon c'est difficile. D'eux-mêmes, ils déposeraient la lettre et puis voilà. (...) Une IRM, un scanner, il faut que j'appelle, je prends le rendez-vous et je rappelle le patient. (...) Et je confirme. (...) C'est vrai que moi, j'ai toujours bossé comme ça mais bon, c'était en hospitalier. Mais en hospitalier, on est entouré. Là, je suis toute seule. (...) Donc là, je commence un peu à fatiguer, j'en ai un peu marre. Mais bon... Je le fais pour ceux pour qui je sais que ça ne va pas se faire. (Généraliste, Grand Creillois)

Ceci serait particulièrement appréciable pour les régimes alimentaires prescrits par les médecins qui semblent être difficiles à tenir par les patients par réticence à changer d'habitudes alimentaires, par question de goûts, parce que le régime est vécu comme une contrainte ou une frustration...

Quelques professionnels de santé constatent en effet que leurs patients sont particulièrement réfractaires aux recommandations concernant leur **hygiène de vie** : que ce soit à propos de leurs consommations d'alcool ou de tabac, de leur poids ou de leur alimentation. Selon un généraliste, une bonne hygiène de vie réduirait en partie certaines pathologies.

L'obésité, donc la surcharge de poids chez l'enfant ; parce que c'est à ce niveau-là qu'il faut agir. C'est pas 20 ans après. Mais ça, c'est difficile parce que bon, les gens ne sont pas vraiment motivés. Ils voudraient bien perdre du poids, ils voudraient bien maigrir mais ils ne sont pas prêts à faire les efforts. Et puis il y a, c'est la tradition, « on a toujours été gros dans la famille »... Et puis les habitudes alimentaires : on n'aime pas les légumes verts, on préfère manger des trucs élaborés, des trucs industriels. Le matin, au petit-déjeuner, on mange des viennoiseries, on ne va pas manger du pain... Voilà, c'est ça. Donc toute une éducation à faire, et ça, c'est pas gagné ! (Généraliste, Chaunois)

Le problème des consultations des **patients bénéficiaires de la CMU**, déjà décrit dans la littérature⁵⁹, est également évoqué ici.

⁵⁸ Voir à ce sujet le point 3.3.1. sur les facteurs intrinsèques des freins au recours aux soins.

⁵⁹ Lire notamment : Caroline Desprès et al., Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens, Irdes, 2009. Disponible sur Internet : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf

Le remboursement de la consultation d'un patient bénéficiaire de la CMU est évoqué par un médecin généraliste dans un contexte particulier : ce médecin pensait être le médecin traitant de la famille mais cette famille avait déclaré un autre médecin traitant. Ce généraliste n'était alors remboursé quelques temps après que d'environ sept euros au lieu des vingt-trois demandés pour une consultation. Mais l'itinérance des patients, évoquée par d'autres généralistes, n'est pas spécifique aux bénéficiaires de la CMU.

Un responsable de CPES évoque une autre raison expliquant le refus des professionnels de santé : l'absentéisme important des patients aux rendez-vous. Cette personne constate régulièrement des rendez-vous non honorés par ces patients lors des bilans de santé, mais l'organisation d'un CPES permet de ne pas être pénalisé par ces absences ou retards. Pour un généraliste ou dentiste libéral, cela est davantage dommageable.

Pour tout ce qui est accès aux soins CMU, c'est difficile. (...) Le nombre de dentistes qui ne prennent pas de CMU, c'est contraire à la loi, mais cela se fait. Les médecins c'est pareil. Alors je peux les comprendre parce que je subis aussi ce truc : le fait qu'on prenne des rendez-vous et les gens ne viennent pas. Alors c'est vrai que c'est plus chez les précaires (...). Mais autant, moi, je peux compenser parce que je fais du surbooking pour que mon établissement tourne (...), autant peut-être qu'en médecine générale on ne peut pas, en chirurgie dentaire on ne peut pas. Parce que si vous avez deux clients à la même heure, ils font quoi ? Ils se battent ? Moi, ils se perdent dans la masse, ça ne se voit pas ! (Centre de prévention et d'examens de santé, Oise)

Un médecin évoque le cas de patients très attachés à **la prescription de médicaments**, quelle que soit la pathologie. Pour ces derniers, un bon médecin est un médecin qui prescrit un nombre important de médicaments.

Or, comme plusieurs professionnels de santé le signalent, un simple dialogue avec le généraliste permet parfois de rassurer les patients et d'éviter une partie ou l'ensemble d'un traitement⁶⁰. Une fois rassurés, certains patients en oublient de suivre le traitement prescrit.

LE POINT DE VUE DES POPULATIONS

Les populations rencontrées formulent de vives critiques à l'encontre des professionnels médicaux. Seul le groupe des hommes du Chaunois émet des avis plutôt positifs envers le monde médical et les professionnels de santé, ce qui est d'autant plus étonnant que les femmes de ce même secteur sont, à l'inverse, très critiques.

Je pense que oui, ils font le mieux qu'ils peuvent de toute façon. Ils ont prêté serment, quand même un serment important pour le bien des gens. Et je pense que c'est un travail qui nécessite un certain investissement personnel. (Homme, Chaunois)

Tout comme les professionnels de santé déplorent un changement de mentalité parmi leurs patients, les populations se plaignent de la conduite des médecins.

Les femmes et les hommes rencontrés parlent d'un **manque d'humanité** de la part des médecins. Ces derniers parlent parfois durement à leurs patients, leur font des remontrances ou, au contraire, leur parlent à peine. De ce fait, plusieurs personnes ont expliqué ne pas oser parler de certains symptômes, au risque de passer à côté de la détection précoce d'une maladie, comme une toux tenace, de peur d'être jugées et d'entendre des discours moralisateurs sur leur consommation de tabac, par exemple, ou tout autre comportement.

Je ne lui avais pas dit que je tremblais la nuit, je ne lui avais pas dit que je toussais. Si, je lui avais dit que je toussais, mais je ne lui avais pas dit que j'avais mal au poumon parce qu'il m'aurait dit « la clope, la clope ». Mais en fait, il ne faut pas avoir peur de dire aussi les vrais symptômes parce qu'on passe à côté de choses. Si j'avais su, j'aurais dit que j'avais mal au poumon, il m'aurait soigné, on aurait vu tout de suite la pleurésie, l'eau dans les poumons et cela m'aurait peut-être évité de choper la tuberculose. (Femme, Chaunois)

⁶⁰ Ceci est d'ailleurs également dit par les populations rencontrées.

Ainsi, les femmes du Chaunois estiment être **jugées trop rapidement** par les professionnels de santé sans que ces derniers ne cherchent à les comprendre. Certaines sont en surpoids mais le vivent bien et s'offusquent d'entendre les médecins généralistes, spécialistes ou lors des bilans de santé CPES, leur parler systématiquement de leur poids et des régimes à faire. Selon ces personnes, les professionnels de santé veulent les faire rentrer dans un moule sans se préoccuper de ce qu'elles ressentent réellement, ni des éléments du contexte qui les entourent comme les antécédents familiaux, l'environnement, le stress...

Il ne faut pas qu'ils nous jugent en fait. Il y a ça. Parce qu'en fait, on y va, ils vont nous peser, « ouais, il faut que tu maigrisses », tu fumes « il faut que tu arrêtes de fumer ». Bientôt, ils vont commander notre vie carrément ! (Femme, Chaunois)

Selon plusieurs groupes rencontrés, les médecins sont désormais **gouvernés par le profit**. Les personnes ne se sentent plus « patients » mais de simples « clients ». Selon elles, le refus des patients bénéficiaires de la CMU ou sans argent, le peu de temps accordé lors de la consultation (cinq minutes) sont autant de recherche de rentabilité, au détriment du bien-être du patient et du devoir de soigner.

Les hommes du Santerre – Haute Somme parlent également de dessous de table à verser pour obtenir des rendez-vous plus rapidement chez certains professionnels de santé. Ces hommes parlent même de racket.

- Non, là où il y a quand même un abus aussi au niveau de certains spécialistes du corps médical (...) qui disent par exemple si vous avez besoin d'un rendez-vous en urgence (...) « d'accord, je veux bien vous prendre le jour même, mais vous me devez tant en liquide ».

- Ouais ! Et ça c'est vrai ! J'ai eu le cas. (...)

- Oui ! Moi j'appelle ça... Ce n'est pas du black, j'appelle ça du racket ! (...) Dans ces cas-là, ça devrait être radié de l'ordre ! (Hommes, Santerre – Haute Somme)

Le **manque de professionnalisme** apparaît aussi dans les discours des populations rencontrées. Les personnes estiment que les médecins ne sont plus en accord avec le serment d'Hippocrate qu'ils ont pourtant prêté. Il n'est pas rare, d'après ces personnes, que des médecins refusent des patients qui ne peuvent pas payer, ou qu'ils refusent des patients ayant la CMU car dans ce cas, les médecins sont payés plus tard.

Les pratiques des médecins généralistes ont changé, aux dires des populations rencontrées : disparition des visites à domicile, ce qui est dommageable pour les personnes sans permis et habitant en milieu rural, moins de temps lors des consultations, moins d'empathie... Plusieurs personnes regrettent les médecins « d'avant » : ce médecin de famille qui était toujours disponible, se déplaçait à domicile tout de suite, écoutait, prenait son temps...

Le **manque de temps** accordé au patient lors des consultations revient dans de nombreux entretiens. Les personnes regrettent de ne pas avoir plus de temps pour parler avec leur médecin, pour poser des questions et mieux comprendre leur pathologie ou le traitement. Elles se sentent poussées vers la sortie par le professionnel de santé : à peine entrées, déjà sorties.

- C'est trop rapide des fois. Ça vous embrouille des fois. Peut-être que c'est toujours le manque de médecins, le problème : parce qu'il est obligé d'aller vite par rapport aux attentes... Il y a beaucoup de choses.

- Il y a un moment donné, faut faire la part des choses, on n'est pas du bétail ! C'est pas à la chaîne ! (Femmes, Grand Creillois)

Certaines personnes n'osent d'ailleurs pas faire répéter leur médecin généraliste lorsqu'elles n'ont pas compris, de peur de gêner le médecin ou de se faire rabrouer. Ceci peut engendrer une mauvaise prise des traitements.

Par ailleurs, les populations rencontrées doutent des compétences d'une partie des professionnels de santé présents sur leur secteur. De nombreuses personnes interrogées jugent en effet les médecins de leur secteur **incompétents** et n'hésitent pas à les comparer à des charlatans ou à des amateurs. Cette notion d'incompétence est liée aux traitements prescrits et aux erreurs de diagnostics dont auraient été victimes ou témoins les personnes interrogées, selon elles.

Certaines personnes ont eu des expériences malheureuses (mauvaises prescriptions, mauvais diagnostics...) avec des professionnels de santé, ce qui a considérablement affaibli leur confiance dans ces professionnels

de santé et dans le système médical.

Une femme du Chaunois s'insurge contre un généraliste qui lui a fait une double ordonnance : le traitement classique sur l'une, et des antibiotiques sur l'autre en cas de non-amélioration. Pour cette femme, une personne illettrée ou ne comprenant pas bien les indications du médecin aurait pu tout donner à son enfant et risquer de provoquer un problème de santé plus important.

Les médecins généralistes devraient, aux dires des personnes rencontrées, suivre des formations permanentes pour être au plus près des nouvelles pratiques et mieux connaître les changements de traitements et les diverses pathologies.

Je trouve que les médecins ne sont pas assez (...) formés. Quand ils arrivent dans les cités, (...) comme sur Paris, il y a beaucoup de précarité, les gens sont entassés (...). Donc ils s'attendent à la tuberculose donc ils se réactualisent sur ça. Un médecin de ville va facilement détecter là-bas la tuberculose, la coqueluche ; un médecin de campagne, je ne pense pas. Parce que c'est peut-être très rare qu'il tombe sur ce genre de cas-là. Mais que faire ? Comment faire pour qu'ils soient à jour ? Comment faire pour qu'ils aient un peu plus de compétences ? Parce que pour moi, ici, ils sont très très limités. (Femme, Chaunois)

Le **rapport au médicament** est décrit dans plusieurs *focus groups*. Même si certaines personnes parlent des conduites des patients qui ont parfois tendance à demander beaucoup de médicaments à leur médecin généraliste et en abusent, globalement, les avis portent sur les mauvaises prescriptions et les comportements des médecins. Les populations reprochent aux médecins de prescrire toujours les mêmes traitements, parfois sans faire de réelle auscultation, en demandant simplement au patient ce qu'il a ; ou encore de donner des traitements inappropriés, comme de prescrire des médicaments qui sont sur la liste des médicaments sous surveillance ; ou qui sont contre indiqués dans leur cas...

- J'avais un traitement qui n'était pas assez fort pour les allergies. Donc ils me l'ont augmenté, sans refaire de prise de sang ceci cela, de test pour les allergies donc bon... Ils y vont un peu au pifomètre pour les traitements des fois.

- Je crois qu'en fait ils prennent le premier truc qui vient dans leur tête comme ça. (Femmes, Chaunois)

Les populations rencontrées regrettent que certains généralistes ne sachent pas reconnaître ne pas être compétents pour une pathologie et **ne passent pas la main** plus facilement à des spécialistes ou ne prescrivent pas d'examen complémentaires. Selon elles, les médecins généralistes ne sont pas formés pour toutes les pathologies : il est donc normal qu'ils doivent envoyer de temps à autre leurs patients vers des spécialistes. Lorsque malgré le traitement le patient continue à être souffrant, ou lorsqu'il n'a pas suffisamment confiance dans son médecin, il n'est pas rare qu'il aille consulter un deuxième professionnel pour avoir un autre avis.

- Et même, les médecins généralistes, ils n'y connaissent rien en addictologie. (...) Ils ont simplement, durant leurs études, ils doivent avoir une heure ou deux heures sur l'addictologie.

Ils n'y connaissent rien ! Ils ne savent même pas envoyer les patients vers un médecin spécialisé.

- Non, je rectifie le tir. (...) C'est pas qu'ils ne savent pas, c'est vrai qu'ils ne doivent pas savoir à la base, mais disons qu'ils ont honte à avouer qu'ils ne sont pas aptes à envoyer vers un autre (...) confrère en fait. (Hommes, Santerre – Haute Somme)

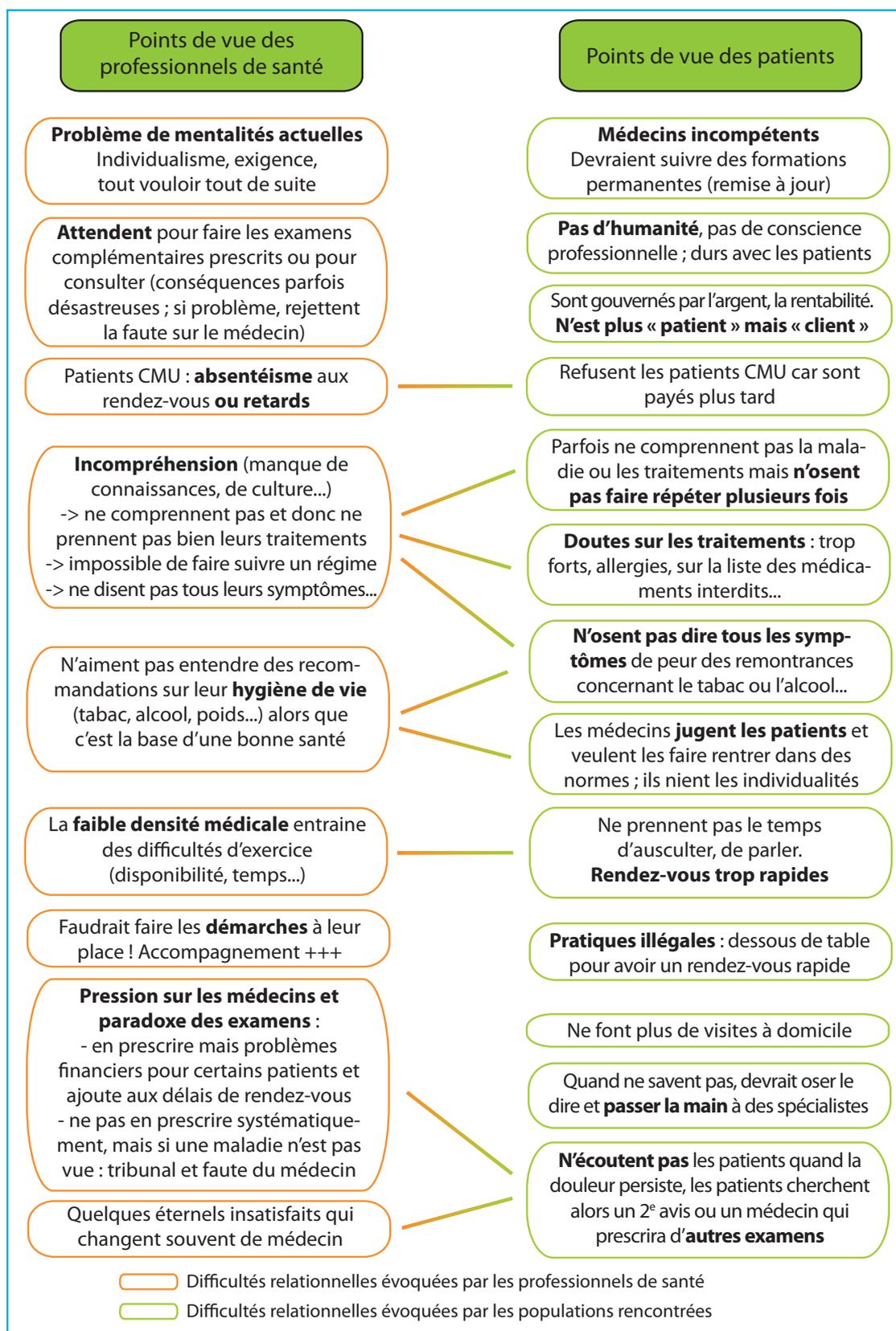
Deux femmes du Grand Creillois relatent des expériences personnelles où les médecins se sont **obstinés** dans des diagnostics alors qu'elles continuaient de se plaindre de douleurs et demandaient d'autres analyses. L'une a été diagnostiquée en stade 3 d'un cancer lorsqu'elle a décidé d'aller voir un autre médecin et la seconde a perdu sa mère d'un cancer alors qu'elle était traitée pour une phlébite.

Ces personnes sont alors davantage **méfiantes** concernant les traitements prescrits par les médecins et ont tendance à suivre partiellement le traitement ou à l'arrêter rapidement si aucun effet ne se fait ressentir (ou si de nouveaux symptômes apparaissent). L'automédication et les médecines alternatives (homéopathie, recettes de grand-mères, recours aux plantes etc.) se substituent alors à ces traitements jugés inefficaces ou néfastes.

Ras le bol ! Il faut qu'ils mettent de bons médecins ici. Il faut que les gens aient confiance en leur médecin, parce que c'est ça le problème des médecins de nos jours. Ils parlent avec nous mais ils ne vont pas nous rassurer. Des fois, ils ne t'auscultent pas. Clac clac clac. Ils te donnent l'ordonnance et c'est fini. (Femme, Chaunois)

Cependant, les personnes interrogées ne refusent pas de recourir aux soins et continuent de consulter des professionnels de santé en gardant une part de confiance envers eux. Elles restent néanmoins suspicieuses et n'hésitent pas à demander l'avis de leurs amis ou à vérifier les traitements auprès d'un autre généraliste ou de la PMI lorsqu'il s'agit de leur enfant, par exemple.

RELATIONS PATIENTS / PROFESSIONNELS DE SANTE - EN RÉSUMÉ



3.5.3. RELATIONS PATIENTS / HÔPITAL

Les relations avec l'hôpital et les professionnels médicaux y exerçant ont été abordées dans le cadre du recours aux services d'urgence. L'analyse de cette partie porte sur les *focus groups* interrogés dans les trois secteurs concernés.

Ici encore, les hommes du Chaunois, même s'ils ont peu parlé des hôpitaux, ont été les seuls à formuler des opinions plutôt positives. Les autres groupes ont été plus critiques à l'encontre des hôpitaux, et particulièrement des services d'urgence, des personnels hospitaliers et des consultations externes.

Le premier grief est le **temps d'attente élevé** avant de pouvoir consulter un médecin ou un spécialiste, que ce soit aux urgences ou lors de consultations externes. Pour ces consultations, les spécialistes ne sont présents qu'une à deux journées dans la semaine à l'hôpital, il est donc très difficile d'avoir des rendez-vous rapidement. Plusieurs médecins généralistes interrogés et quelques personnes des *focus groups* parlent de bobologie aux urgences engageant les services inutilement⁶¹. Mais de nombreux usagers interrogés parlent d'expériences personnelles dont ils jugent le recours aux urgences indispensable et se plaignent des attentes longues et, parfois même, d'être renvoyés chez eux ou vers leur médecin traitant sans avoir été soignés.

Moi, [je suis] arrivée à l'hôpital avec une fracture ouverte, ils m'ont renvoyée chez moi ! Dans l'état où j'étais. Ils m'ont répondu « on ne peut pas vous soigner, vous allez trouver un médecin en ville ». (...) J'avais l'os qui passait de 2 cm, c'était pas grave. (...) Parce que soi-disant qu'à l'hôpital, ils n'avaient pas les moyens pour me soigner. (...) [C'était il y a] un peu plus de quinze ans. Quand je suis allée voir un médecin en ville, il m'a dit « mais dans quel état vous êtes, faut aller aux urgences », ben je dis « j'en viens des urgences ! » (Femme, Grand Creillois)

L'attente de voir un médecin ou après l'avoir vu, sans renseignement, est difficile à vivre pour les personnes rencontrées ; de même que de devoir attendre dans un couloir, sur un brancard... Après, on attend trop longtemps aux urgences. Une fois ma nièce s'est cassée la jambe, elle a attendu cinq heures. Ça fait quand même un peu de trop. (Homme, Santerre – Haute Somme)

La plupart des personnes interrogées ne remettent pas en cause les **ordres de passage aux urgences**, estimant que les choix sont faits légitimement en fonction du degré de souffrance et d'importance.

Cependant, dans deux groupes (femmes du Chaunois et hommes du Santerre – Haute Somme), des personnes contestent certains cas d'ordre de priorité. Selon elles, si une personne vient avec les pompiers ou avec des structures d'État (centre pénitentiaire, centre d'insertion pour les jeunes...), elle passe avant les autres patients, même si son problème de santé semble moins important. Ceci paraît créer un système à deux poids, deux mesures que les usagers n'acceptent pas toujours.

Quand je travaillais en détention [dans une maison d'arrêt], (...) de temps en temps j'allais aux urgences. Quand je me pointais là-bas avec un détenu (...), on était soigné tout de suite. C'était l'État, le ministère de la Justice. Mais le péquin qui était là (...)... J'avais les boules parce que le gars que j'emmenais, je savais pertinemment qu'il n'avait pas grand-chose, et le mec passait avant aux urgences, avant les gars qui étaient aux urgences. Vous voyez l'ambiguïté du système aussi. (Homme, Santerre – Haute Somme)

Le **comportement** de certains professionnels de santé est également décrié : rudesse des propos, personnes désagréables, dédain, non-explication des diagnostics et des examens... D'après les personnes rencontrées, les professionnels de santé ne communiquent pas assez avec les usagers et n'expliquent pas les résultats des examens ou des traitements qu'ils donnent. Le patient peut ainsi se sentir seul et démuné face à son mal-être, sans comprendre ce qu'il a et ce qu'il doit faire. L'univers hospitalier semble froid et distant, parfois même désagréable, pour ces personnes.

Non mais c'est des barges là-dedans ! C'est des barges. Elles ont dit (...) à une maman qui a accouché il n'y a pas bien longtemps : « votre enfant, elle est obèse » ; l'enfant il est sorti, il était

⁶¹ Cf. partie 3.2.2. Utilisation des urgences.

normal ! « Ah, votre enfant il a une tête d'handicapé », l'enfant il est sorti, il est normal ! (...) Et puis elles sont exécrables, [lorsque j'ai accouché] : « je vous ai dit de ne pas pousser Mme X ! » Et je dis « mais ça ne va pas ! Pourquoi vous me parlez comme ça ? » (...). Je me suis mise à pleurer et qu'est-ce qu'elle a fait ? Elle a pris un masque, elle me l'a mis comme ça ! Et je lui dis « vous m'avez shootée, là ». « Oui je vous ai donné l'oxygène qui fait rire ». Déjà on me demande l'autorisation ! Imagine que je fais une mauvaise réaction à son truc là ! Comment j'étais en colère ! (Femme, Chaunois)

J'ai ramenée [ma voisine] aux urgences. (...) Alors là ils lui ont posé un holter et puis, ils lui ont dit : « Bah vous irez à la consultation de [l'hôpital proche de chez vous] le faire enlever ». (...) Donc le lendemain on va à la consultation (...) et on attend... Elle s'est fait incendier ! Bientôt ils l'auraient faite déshabiller dans la salle d'attente ! Là. Le cardiologue, parce que : « elle n'avait qu'à l'enlever chez elle ! Quand même pour enlever trois pastilles, il ne faut quand même pas déconner ! » Il n'avait pas que ça à foutre ! En plus, ce n'était pas lui qui l'avait posé. Je vais te dire, elle ne voulait plus retourner nulle part ! (Femme, Santerre - Haute Somme)

J'ai plusieurs familles qui y ont été. Ils ont été reçus pour une urgence, c'est à filmer ! Les réflexions, ce sont du style : « si vous n'êtes pas content, vous n'avez qu'à aller ailleurs ! » ou « on ne fait pas ça ici, vous vous débrouillez, nous, on veut pas le savoir ! » (Homme, Santerre – Haute Somme)

Il va falloir qu'on pousse pour savoir ce que l'on a ! Sinon ils nous disent rien. Moi je sais qu'aux urgences, le médecin vient vous voir une première fois, il m'ausculte, regarde les résultats machins, il se barre, il me dit rien ! (Femme, Chaunois)

Les populations remettent également en question les **compétences** de certains personnels médicaux des hôpitaux qu'ils fréquentent. Ceci résulte principalement de mauvaises expériences vécues (traitements inadéquats, allergies, mauvais diagnostics ou longs à trouver...) mais également de cas relatés dans les médias. La réputation de certains hôpitaux est tant écornée par les populations que ces dernières préfèrent parfois faire plus de route pour rejoindre un autre hôpital en Picardie ou à Paris, jugé plus compétent par les usagers.

Ici (...), il y a des services, on a confiance. Il y a d'autres services, on a un peu peur : on a tendance à aller dans d'autres hôpitaux. (Femme, Grand Creillois)

Après, je pense que c'est ça aussi, les gens ont peur parce qu'il n'y a pas de moyens. C'est vrai que quand on arrive à Saint-Quentin, on voit l'enceinte, on voit l'hôpital, là, on est rassuré aussi. Parce que là, on arrive [ici]... Je suis désolé de dire ça mais, c'est un hôpital, on ne voit que des personnes âgées devant qui sont là... (...) C'est une maison de retraite. Ça fait peur quand on rentre. (Homme, Santerre – Haute Somme)

Les personnes rencontrées ont tellement **peu confiance** que cela engendre des avis négatifs...

- C'est affolant. Combien de fois, j'ai vu les médecins, les infirmières passer devant toi, même pas ils ne te voient, même pas ils te regardent !

- Ils font genre, ils font style...

- « Je suis occupée », alors que pendant ce temps-là, ils sont au café, ça discute, ça blablate... (Femmes, Chaunois)

Je dis l'hôpital, c'est on va dire « fonctionnaire » : ils ouvrent à 9 heures, à 17 heures c'est fermé. (Homme, Santerre – Haute Somme)

Mais, parfois, c'est l'hôpital qui réoriente les usagers vers d'autres structures hospitalières parce qu'il ne dispose pas des **services ou plateaux techniques** nécessaires pour la prise en charge des urgences ou de certaines pathologies. Ceci peut poser problème lorsque la personne n'a pas de voiture. Cela n'est pas toujours bien accepté par les usagers, certaines personnes rencontrées ne le comprennent pas et en tiennent rigueur à l'hôpital.

Il est arrivé un petit problème [à mon fils] à la maison, c'était pas bien grave, il s'était ouvert. Donc ce que j'ai fait moi, j'ai appliqué quelque chose dessus et puis je dis « on va aller voir aux

soins externes à l'hôpital (...) s'ils peuvent mettre un pansement »... Ils n'ont jamais voulu mettre un pansement, ni regarder ce qu'il avait ! Ils m'ont envoyé à Saint-Quentin aux urgences ! (...) Ici, il y a des soins externes. Je sais que les infirmières n'ont pas le droit de recoudre, c'est un acte chirurgical, mais ils auraient pu regarder et puis mettre un pansement, quelque chose pour bien maintenir. (...) Ils n'ont même pas voulu regarder ! (Homme, Santerre – Haute Somme)

Quelques femmes du Grand Creillois regrettent que les hôpitaux ne gardent plus les patients en **observation**, ou très peu. Elles ont l'impression de sortir tout de suite après une opération ou un accouchement. Ceci est lié d'après elles au nombre de lits disponibles ou non dans l'hôpital au moment de l'hospitalisation : si la place manque, le patient rentre chez lui plus tôt que si des lits sont disponibles.

Une femme du Grand Creillois tempère cependant ces propos...

Après, c'est pas une généralité chez les médecins non plus. C'est vrai qu'il y en a qui sont un peu bruts avec les dames. Mais après (...) on se rend compte qu'il y en a d'autres qui sont vraiment à l'écoute. C'est-à-dire qu'il ne faut pas généraliser. L'hôpital [d'ici], c'est comme partout, ça dépend sur qui on tombe. (Femme, Grand Creillois)

3.5.4. RELATIONS PATIENTS / CENTRES DE PRÉVENTION ET D'EXAMENS DE SANTÉ

LE POINT DE VUE DES RESPONSABLES DE CPES

Les responsables de CPES estiment avoir généralement de **bonnes relations** avec les assurés se présentant aux bilans de santé.

Ils mettent en avant le travail important⁶² réalisé par les CPES, que ce soit en amont, pendant ou en aval des consultations de bilans de santé. Le but étant de faire prendre conscience aux assurés que leur santé leur appartient et qu'ils doivent en prendre soin. Le retour dans un circuit de soins, avec un médecin traitant notamment, est également un objectif prioritaire pour les CPES.

Les entretiens menés par les CPES, qu'ils soient de groupe ou individuels, s'axent autour des sujets de **prévention**, de comportements et de **facteurs de risque** sur lesquels les personnels médicaux peuvent tenter d'agir en lien avec la personne.

Toutefois, l'entièreté des facteurs de risque n'est pas toujours travaillée, dans la mesure où il est préférable d'**avancer pas à pas** vers une meilleure santé plutôt que de vouloir agir sur l'ensemble des problèmes en même temps, au risque de bloquer la personne.

On est dans la prévention, là. (...) On est plus (+) sur des facteurs de risques, nous. Et plus (+) sur des comportements, des gens qui n'ont pas rencontré de dentiste ou de gynéco depuis x années. C'est plus là-dessus qu'on a des chiffres et qu'on travaille, plus que sur l'état de santé. En général, quand ils arrivent ici ils ne [se sentent] pas malades. (Centre de prévention et d'examen de santé, Somme)

Les gens que l'on voit, ils sont quand même assez à l'écoute de ce que l'on leur dit. Bon, ils rencontrent des freins, ils ne peuvent pas tout faire sur les conseils donnés, puisqu'on insiste beaucoup... Par exemple, ces populations-là, sur l'alcool, sur le tabac qui est quand même un fléau, ils sont consommateurs. Mais bon, ils ne sont pas prêts, enfin on ne les sent pas prêts à entamer une démarche de sevrage, ça, c'est clair ! Mais bon, ils ont entendu un message de prévention à un moment donné, ça germe. Enfin, avec le temps, ça donnera peut-être quelque chose. (Centre de prévention et d'examen de santé, Aisne)

Le **transport organisé** des personnes vers les centres de bilan de santé n'est pas systématique dans l'ensemble des CPES du fait des financements et malgré l'intérêt que cela peut avoir pour les assurés. Dans le Chaunois, un transport est organisé pour les jeunes de 16 à 25 ans et les adultes précaires.

⁶² Les actions des CPES ont été décrites précédemment, dans la partie 2. Méthodologie.

Les quelques problèmes que rencontrent les CPES avec les assurés sont les mêmes dans les trois départements. Tout d'abord, il est particulièrement difficile de mobiliser et de faire venir les populations précaires : les centres se trouvent face à un **absentéisme** aux rendez-vous important, lorsqu'ils ont réussi au préalable à approcher cette population et à prendre des rendez-vous.

Un responsable de CPES dit utiliser le surbooking⁶³ pour ne pas pâtir de ces absentéismes, et faire en sorte qu'un maximum de bilans de santé soit réalisé dans la journée.

Lorsque c'est une formation bien structurée avec obligation de venir, je dirais qu'on a quasiment 80 % à 100 % des personnes qui ont pris le rendez-vous qui viennent. Si c'est plutôt des missions locales, qui elles sont en "secteur ouvrant", ce sont des individuels, ils ne font pas partie d'un groupe et d'une entité, là c'est beaucoup plus compliqué : on peut avoir jusqu'à 50 % d'absentéisme. Donc ça dépend beaucoup de la structure qui vient. Mais par le biais de faire des infos collectives, pour les faire venir, je trouve que ça a apporté beaucoup de choses. Et qu'on a de plus en plus de gens qui viennent. (Centre de prévention et d'examens de santé, Aisne)

Les jeunes qui sont captifs dans une structure, quand on intervient dans une structure, ils sont 80 % à s'inscrire et il y en a après neuf sur dix qui viennent au bilan. Quand on va à l'épicerie sociale, on rencontre quinze personnes, il y a en six qui s'inscrivent et il y a en trois qui viennent au bilan. (Centre de prévention et d'examens de santé, Somme)

Les responsables des CPES rencontrés émettent par ailleurs des **doutes sur le bon suivi des démarches** à effectuer par les assurés. Ils constatent régulièrement que les personnes ne prennent pas toujours les rendez-vous ou ne constituent pas les dossiers administratifs pour obtenir des aides. Comme cela a été évoqué par les médecins généralistes, certaines personnes ont besoin d'être accompagné dans ces démarches, au risque sinon de ne pas effectuer les soins nécessaires ou de ne pas avoir les aides qui pourraient leur permettre de bénéficier d'examens de santé par ailleurs coûteux.

Le personnel des CPES entend les assurés se plaindre du **temps d'attente** lors des bilans de santé, certains protestant et demandant à passer immédiatement, mais pas sur le contenu même des bilans proposés.

Enfin, quelques problèmes de racisme sont évoqués dans le Grand Creillois, soit par des assurés envers des médecins d'origine étrangère, soit entre les assurés envers les assurés d'origine étrangère, ou entre populations d'origine étrangère différente, soit encore par des femmes refusant d'être auscultées par un homme.

Mais ces problèmes restent minoritaires.

LE POINT DE VUE DES POPULATIONS

Les populations rencontrées lors des *focus groups* ont en grande majorité déjà participé à un bilan de santé proposé par les CPES.

Les personnes ont toutes **apprécié** le fait que ces bilans soient très **complets** par la diversité des examens et des professionnels de santé rencontrés, **et gratuits**. Ils permettent, selon elles, de détecter des pathologies qu'elles n'auraient peut-être pas vues autrement et ainsi de les soigner.

C'était bien, au moins on est au courant de ce qui va et de ce qui ne va pas. (Femme, Chaunois)

En bonne santé, on peut dire comme ça mais bon, on ne sait pas. Parce qu'on peut aller chez le médecin et il peut détecter quelque chose qu'on ne ressent pas. Par exemple, là, je vais dire je suis en bonne santé, (...) mais rien ne dit que je suis en bonne santé. (...) Donc ça revient (...) à ce qu'elles ont dit, de faire le bilan. Parce que quand on a fait le bilan, là, ça détecte plus. (Femme, Grand Creillois)

Malgré cela, les personnes formulent quelques critiques. Les avis restent toutefois très positifs, contrairement aux avis précédemment décrits envers les professionnels de santé ou les hôpitaux.

En premier point, les populations se plaignent de la **longue attente** entre les rendez-vous et examens. Ces bilans se déroulent

⁶³ Ou sur-réservation.

sur une journée, ce qui peut paraître long. Les personnes ont un sentiment de mauvaise organisation des rendez-vous. Cette attente est d'autant plus difficile à vivre que les personnes doivent se présenter à jeun pour les prises de sang. Cet aspect revient également dans une grande partie des critiques.

- Ils sont mal organisés. Parce qu'en fait, on passe chacun notre tour. On a un numéro de dossier. Mais en fait le 12, il passe avant le 1, le 17. En fait, s'ils voient quelqu'un « hop tu viens là ».
- Ça dépend ce qu'on avait déjà fait.
- C'est n'importe quoi.
- Ça dépend du médecin qui se libère. Par exemple, tu vas à un ophtalmo, il prend le premier qui n'est pas passé. (Femmes, Chaunois)

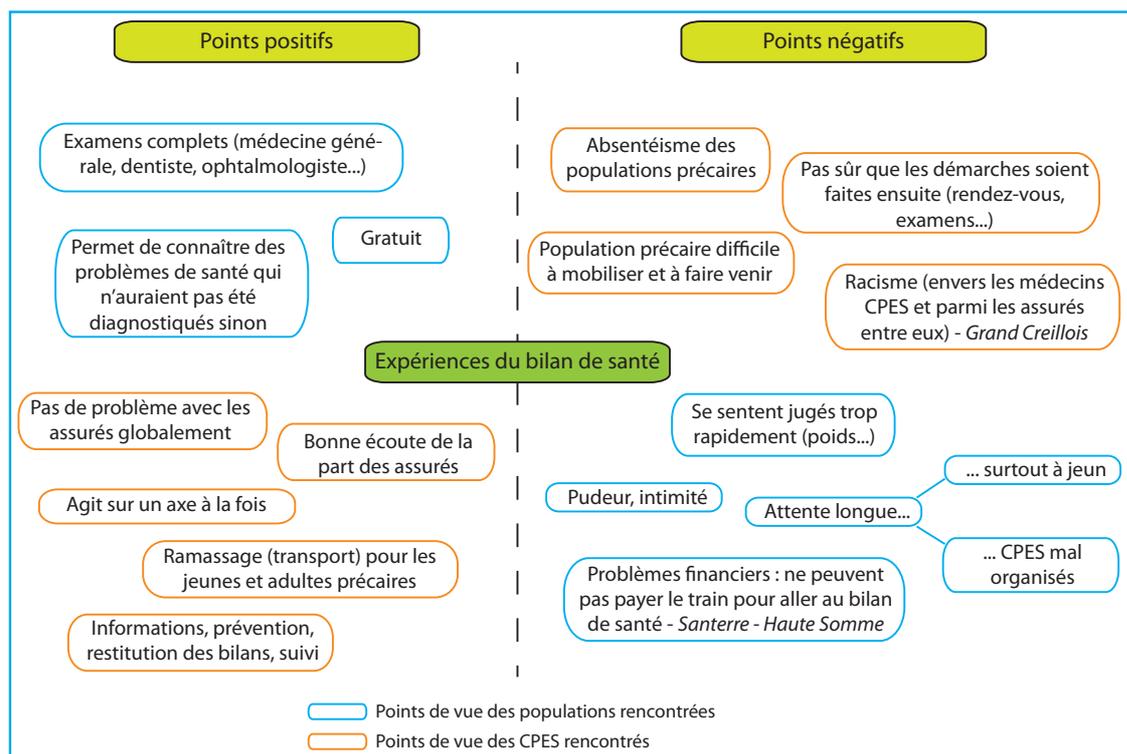
Les femmes du Chaunois n'apprécient pas l'aspect parfois moralisateur des intervenants concernant leur poids et déplorent le jugement parfois hâtif de certains professionnels de santé, notamment lors de surpoids : sans chercher à comprendre les antécédents familiaux, les problèmes de stress ou simplement de savoir si la personne se sent bien avec son poids, les médecins demandent systématiquement aux patients de faire un régime. Elles évoquent également des problèmes de **pudeur** face aux examens devant être faits en sous-vêtements.

Quand je l'ai fait, ils m'ont dit « en culotte ». « Pardon ? Le haut, je peux le garder ? », « non, non, enlevez tout ». Je suis tombée sur un mec ! C'était génial ! Mais le pire c'est qu'il nous dit... Parce qu'ils nous font des tests et tout, et il me dit « allez-y, marchez ». Du coup, on est là, comme des connes, on marche on ne sait pas où mettre les mains, on marche et à un moment, il me demande de me mettre devant lui et de me pencher, et je l'ai regardé, j'ai dit « ah non, je ne fais pas ça ! ». Attendez ! On ne sait jamais. « Penchez-vous », ça ne va pas, non ? (Femme, Chaunois)

Enfin, un homme du Santerre – Haute Somme qui travaille dans une épicerie sociale rappelle que les **déplacements** ne sont pas toujours pris en charge et que les plus précaires ne peuvent financer un transport vers le centre de prévention et d'exams de santé, le problème étant lié également au fait qu'il n'existe qu'un centre dans la Somme, à Amiens.

Un exemple, là, par rapport à ces bilans de santé, on m'appelle en me disant « oui mais vous n'envoyez personne ». Je dis « mais les gens n'ont pas les moyens de mettre de l'argent pour prendre le train, même d'avancer l'argent ». Vous voyez ? J'ai l'impression que là haut, par rapport à ce qui se passe réellement sur le terrain, il serait peut-être temps d'ouvrir les yeux. (Homme, Santerre – Haute Somme)

LE BILAN DE SANTÉ VU PAR LES POPULATIONS ET LES RESPONSABLES DE CPES - EN RÉSUMÉ



3.6. IMPACT DE LA SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES TROIS PAYS SUR LE NON-RECOURS AUX SOINS

3.6.1. LE CHAUNOIS

INDICATEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU CHAUNOIS⁶⁴

• Au 1^{er} janvier 2009, le pays du Chaunois compte 65 975 habitants, soit une densité de 118,7 habitants au km². Le pays représente 12,2 % de la population départementale et 3,5 % de la population régionale.

• Le pourcentage de foyers non imposables dépasse les 50 % dans le Chaunois (54,9 % en 2009) et est supérieur aux moyennes de référence (53,1 % dans l'Aisne, 48,3 % en Picardie et 45,7 % en France hexagonale).

• La proportion de 15 ans et plus sans qualification (sans diplôme ou ayant le certificat d'études primaires ou le brevet des collèges) est plus élevée dans le Chaunois qu'en France métropolitaine : 44,1 % de la population contre 35,7 % en 2009 (44,7 % dans l'Aisne et 42,1 % en Picardie).

• Le taux de chômage au recensement de population 2009 place le Chaunois au cinquième rang des taux les plus élevés des pays picards avec 14,1 % de la population active de 15 ans et plus au chômage (14,3 % dans l'Aisne, 12,6 % en Picardie et 11,2 % en France hexagonale).

• Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont plus nombreux dans le Chaunois (86,1 pour 1 000 habitants en 2009, quatrième taux le plus élevé des pays picards), que dans le département (77,0 ‰), qu'en région (66,1 ‰) et qu'au niveau national (56,6 ‰).

• Les professionnels de santé présentent des densités plus faibles dans le Chaunois que dans les entités géographiques de référence, que ce soit pour les médecins généralistes (66,7 pour 100 000 dans le Chaunois au 1^{er} janvier 2012 contre 78,7 dans l'Aisne, 84,8 en Picardie et 96,9 en France métropolitaine), les spécialistes (47,0 contre 58,9, 53,6 et 89,0) ou les dentistes (33,0 contre 38,9, 36,2 et 57,4) ; soit respectivement les quinzième, neuvième et huitième densités des dix-huit pays picards.

La densité de masseurs kinésithérapeutes est également peu élevée dans le Chaunois (quatorzième densité des pays picards avec 36,4 kinés pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2011 contre 43,7 dans l'Aisne, 49,1 en Picardie et 80,2 en France hexagonale), contrairement à celle des infirmier(ère)s qui place le Chaunois au troisième rang des pays picards avec une densité de 100,0 (85,8 dans l'Aisne et 67,9 en Picardie), ce qui est proche du niveau national (101,1).

• La participation au dépistage organisé du cancer du sein dans le pays du Chaunois fait partie des taux les plus bas des pays picards (deuxième taux le plus faible) avec un taux de femmes dépistées de 50-74 ans de 46,6 % en 2009-2010, contre 53,3 % dans l'Aisne, 53,4 % en Picardie et 52,1 % en France entière.

En 2009-2010, le dépistage du cancer colorectal est de 33,4 % parmi les personnes de 50-74 ans du Chaunois. Ce taux se situe entre l'Aisne (35,0 %) et la Picardie (30,0 %) et représente le quatrième taux le plus élevé des pays picards. Le taux national est de 34,0 %.

RESSENTIS DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Au travers des entretiens individuels et collectifs, il est ressorti différents éléments propres au Chaunois. Le schéma ci-dessous en retrace les idées principales, à savoir des difficultés à avoir un médecin traitant, de plus en plus de médecins seraient en secteur 2, et un manque de confiance envers les professionnels de santé.

⁶⁴ Les données sanitaires présentées ici pour les trois pays proviennent d'une mise à jour des données des *Diagnostiques territoriaux de santé* réalisés par l'OR2S pour le conseil régional sur les dix-huit pays picards. L'ensemble de ces diagnostics est disponible sur Internet : <http://www.or2s.fr/Actualite/Observationdelasanteacute/LesPays/tabid/95/Default.aspx>

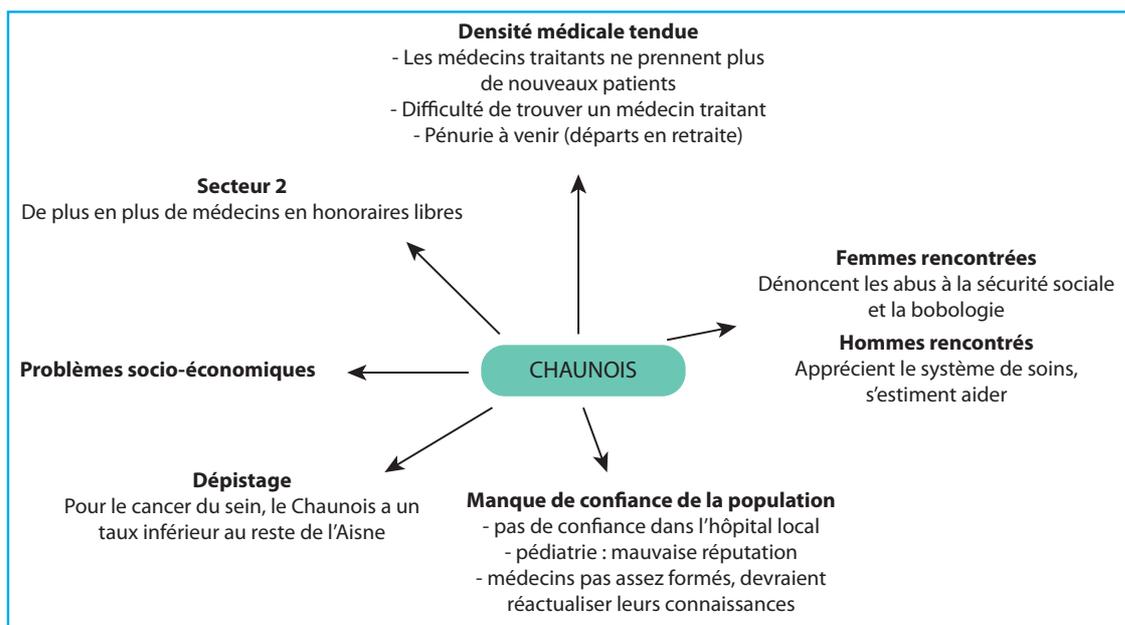
Les **femmes** du Chaunois dénoncent la « bobologie » et les abus que certains font par rapport à la Sécurité sociale (recours aux transports médicaux non nécessaires et à la chirurgie esthétique). Pour les femmes rencontrées, ceci est inadmissible et creuse le déficit de la Sécurité sociale. Pour les lunettes, même s'il existe des rayons spéciaux (restreints en choix) pour les détenteurs de la CMU, le *design* des lunettes ne leur convient pas et les freine à y avoir recours.

On veut bien se soigner mais si c'est pour avoir un truc qui ressemble à rien – on ressemble à des mouches ou je ne sais pas trop quoi –, ce n'est pas la peine ! (Femme, Chaunois)

Les **hommes** s'estiment bien soignés : l'aide existe et les personnes qui ne recourent pas aux soins « classiques » (médecins, pharmacies...) sont rares. Ils profitent de l'association d'aide aux personnes à laquelle ils appartiennent quand ils estiment ne pas avoir un problème de santé trop important pour demander un VSL, aller chercher les médicaments... Par contre, lorsque cela est jugé plus grave, c'est l'appel aux pompiers et au Samu qui est décidé. Étrangement, les femmes du Chaunois, pourtant adhérentes à la même association, ne font pas recours à ses services et semblent ne pas savoir pouvoir en bénéficier : elles ont en effet parlé de problèmes pour se rendre à l'hôpital (ni pompiers, ni VSL).

Les frais dentaires et d'optiques étant élevés et peu remboursés, le recours est plus faible que pour les soins médicaux des médecins traitants. Ils estiment en outre qu'en France, la population a pris l'habitude d'être remboursée à 100 % et a alors du mal à comprendre de devoir payer certaines choses.

SPÉCIFICITÉS DU CHAUNOIS - EN RÉSUMÉ



3.6.2. LE SANTERRE – HAUTE SOMME

INDICATEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU SANTERRE – HAUTE SOMME

- Au 1^{er} janvier 2009, le pays du Santerre - Haute Somme compte 57 418 habitants (soit une densité de 64,0 habitants au km²), ce qui représente 10,1 % de la population départementale et 3,0 % de la population régionale.
- Le Santerre - Haute Somme se situe au deuxième rang des pays de Picardie pour le pourcentage de foyers non imposés en 2009 avec une proportion de 55,6 % ; ce qui est supérieur à la Somme (50,8 %), à la Picardie (48,3 %) et à la France hexagonale (45,7 %).
- Le pourcentage de personnes sans diplôme ou n'ayant que le certificat d'études primaires ou le brevet des collèges au 1^{er} janvier 2009 situe également le Santerre - Haute Somme au cinquième rang des pays de Picardie, avec près de 14 points de plus de personnes sans qualification par rapport au niveau national (7 points de plus qu'en région et 5 points de plus que dans le département).
- Le Santerre – Haute Somme a un taux de chômage en 2009 de 15,3 %, contre 13,3 % dans la Somme, 12,6 % en Picardie et 11,2 % en France hexagonale. Ce taux est le quatrième plus élevé des pays picards (après ceux de la Thiérache, du Saint-Quentinois et du Grand Creillois).
- Le taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire est de 99,4 pour 1 000 habitants en 2006 dans le Santerre – Haute Somme contre 67,8 ‰ en France hexagonale.
- La démographie des professionnels de santé dans le Santerre – Haute Somme reste inférieure aux densités nationales, même si les densités de généralistes (83,6 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012) et d'infirmiers (83,6 également au 1^{er} janvier 2011) représentent respectivement les neuvième et septième densités les plus élevées des pays picards. La densité de généralistes est ainsi équivalente à la moyenne régionale mais inférieure à celle du département ; tandis que la densité d'infirmiers est supérieure à la Somme et à la Picardie.
Par contre, les densités de spécialistes et de dentistes (treizième taux tous les deux) sont nettement plus faibles que celles des moyennes de référence, surtout pour les premiers (19,2 spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012 contre 59,1 dans la Somme, 53,6 en Picardie et 89,0 en France hexagonale).
- La participation aux campagnes de dépistage, qu'elles soient organisées ou non, n'est pas non plus très satisfaisante. Ainsi, seules 44,8 % des femmes de 50 à 69 ans du Santerre – Haute Somme ont participé à la campagne de dépistage du cancer du sein en 2009-2010 contre 56,2 % sur le reste du département, 53,4 % en région et 52,1 % en France entière. Ce taux est le plus faible des pays picards.
Concernant le côlon-rectum, le pourcentage est également faible (dixième taux sur 18 pays) : 29,0 % des 50-74 ans, ce qui est proche de la Somme (29,2 %) et de la Picardie (30,0 %) et plus faible qu'en France entière (34,0 %).

RESSENTIS DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Comme pour le Chaunois, les spécificités du Santerre - Haute Somme se retrouvent sur le schéma ci-dessous. Ce qui en ressort principalement est la thématique des problèmes liés au transport, que ce soit à cause des coûts de déplacement ou du maillage insuffisant des transports en commun pour aller vers les hôpitaux ou les spécialistes (Péronne, Saint-Quentin, Noyon...).

Le groupe de **femmes** du Santerre – Haute Somme est un groupe dans lequel plusieurs femmes ont des métiers en lien avec la santé, ce qui les différencie des autres groupes. Ces femmes estiment connaître les aides en matière de santé parce qu'elles en entendent parler dans leur profession mais pensent que si elles n'occupaient pas ces postes, elles n'auraient pas connaissance des systèmes d'aide. Elles ont remarqué

une recrudescence des difficultés des patients depuis deux ou trois années, difficultés qui avaient pourtant nettement été diminuées grâce à la mise en place de la CMU.

Elles disent ne pas suivre le parcours médicalisé et consulter directement leur rhumatologue, dermatologue, etc. sans passer par leur médecin traitant. Pour elles, cela est inutile, fait perdre du temps et payer deux consultations au lieu d'une. Elles savent payer plus mais préfèrent cela à l'attente chez le généraliste pour une simple ordonnance.

Ces mêmes personnes parlent du problème de certaines pilules non remboursées qui « incitent » alors les femmes à passer par une IVG, qui est remboursée, plutôt que de payer partiellement une contraception.

Globalement, les **hommes** du Santerre – Haute Somme rencontrés sont plus pessimistes que ceux des autres groupes concernant l'accès à l'information des usagers. Une personne travaillant à l'épicerie sociale constate régulièrement que les personnes n'ont pas connaissance de leurs droits et estime que les généralistes n'informent pas suffisamment leurs patients de leurs droits (CMU, ALD).

Il semble qu'à Ham, il manque des professionnels de santé et des spécialistes. Les habitants du secteur doivent alors se diriger vers Saint-Quentin pour recourir aux soins. Il en est de même pour les urgences (l'hôpital de Ham n'a pas de service d'urgences et Péronne n'est pas facilement accessible par les transports en commun).

Dans la cité où vivent plusieurs personnes du groupe rencontré, la population est particulièrement précarisée. Cela se ressent sur les comportements : certains revendent des médicaments, se font rémunérer pour conduire un voisin à l'hôpital ou chez un spécialiste... tout se monnaie.

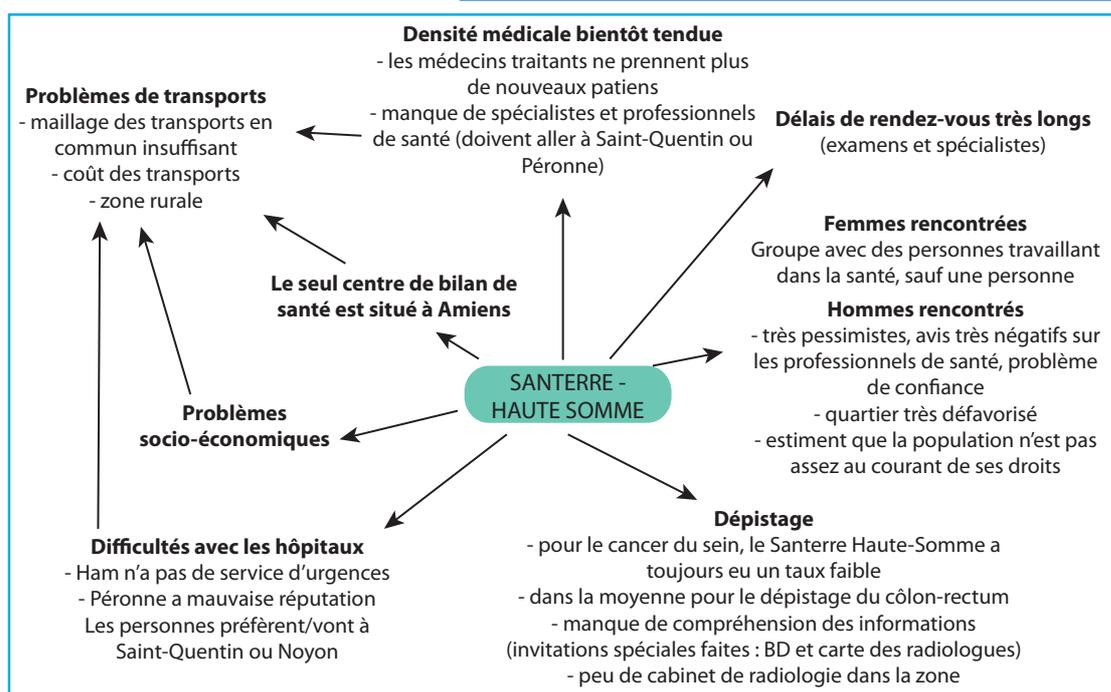
Le gamin, le bras cassé, [les personnes de l'hôpital] n'ont même pas voulu lui passer la moindre radio ! Le père de famille qui n'avait pas de permis a été obligé de - vous savez comment ça fonctionne [ici] - a été obligé de donner 20 € - 30 € à un voisin - parce que tout est bon pour faire du fric - pour que son gamin puisse être soigné aux urgences à Saint-Quentin. (Homme, Santerre - Haute Somme)

Un homme trouve que la Cnam a fait des efforts pour traiter plus rapidement les dossiers de renouvellement de CMU, notamment en permettant de transmettre la demande en local, à Ham, et non plus à Amiens.

Un autre homme estime que le dossier d'inscription à la CMU est complexe, il s'est fait aidé par une association, que la démarche est longue et coûteuse car envoyer le lourd dossier par la Poste coûte vingt euros, ce qui est onéreux pour une personne sans ressource.

Plusieurs hommes du groupe connaissent l'existence d'un service d'alcoologie au centre hospitalier de Ham.

SPÉCIFICITÉS DU SANTERRE – HAUTE SOMME - EN RÉSUMÉ



3.6.3. LE GRAND CREILLOIS

INDICATEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU GRAND CREILLOIS

- Le pays du Grand Creillois compte 106 102 habitants au 1^{er} janvier 2009, ce qui en fait le plus dense des dix-huit pays picards (720,5 habitants au km²). Cette population représente 13,2 % des Isariens et 5,6 % des Picards.
- En 2009, 53,2 % des foyers fiscaux du Grand Creillois sont non imposables, contre 43,0 % dans l'Oise, 48,3 % en Picardie et 45,7 % en France hexagonale. Cette proportion est la sixième plus importante des pays picards.
- Le pourcentage de personnes sans qualification au 1^{er} janvier 2009 est élevé sur le Grand Creillois. Ainsi, 47,1 % des personnes sont sans diplôme ou n'ont qu'un certificat d'études primaires ou le brevet des collèges, soit 11 points de plus que la moyenne nationale (5 points de plus qu'en région et 8 points de plus que dans le département).
- Le taux de chômage du Grand Creillois est de 15,9 % en 2009, ce qui situe le pays au troisième rang des pays picards (après la Thiérache et le Saint-Quentinois). Ce pourcentage est supérieur à ceux de l'Oise (11,1 %), de la Picardie (12,6 %) et de la France hexagonale (11,2 %).
- Les allocataires de la CMU complémentaire sont plus nombreux dans le Grand Creillois (120,4 pour 1 000 habitants en 2006, deuxième taux le plus élevé des pays picards) que dans l'Oise (68,3 ‰), qu'en Picardie (87,2 ‰) et qu'en France métropolitaine (67,8 ‰).
- Les densités en professionnels de santé ne sont pas excellentes, tout particulièrement pour les infirmier(ère)s libéraux (densité la plus faible des pays picards), les masseurs kinésithérapeutes (quinzième taux sur 18) et les dentistes (quatorzième taux).
La densité de médecins généralistes est proche de la densité régionale (respectivement 85,8 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012 contre 84,8 ; la densité nationale est de 96,9 à la même date) et place le Grand Creillois au septième rang des densités les plus élevées des dix-huit pays picards.
La densité en spécialistes représente la cinquième densité des pays picards avec 64,1 spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012, ce qui est plus élevé que dans l'Oise (59,1) et qu'en Picardie (53,6) mais reste inférieur à la France hexagonale (89,0).
- Les taux de dépistage aux campagnes organisées sont faibles sur le Grand Creillois. Ainsi, moins de deux femmes de 50-74 ans sur cinq participent à la campagne de dépistage du cancer du sein (48,3 %) en 2009-2010 et une personne âgée de 50 à 74 ans sur quatre à la campagne du dépistage colorectal (25,7 %), contre respectivement 53,4 % et 30,0 % au niveau régional et 52,1 % et 34,0 % au niveau national.

RESSENTIS DES POPULATIONS RENCONTRÉES

Le Grand Creillois connaît une densité médicale particulièrement tendue, aux dires des médecins généralistes et des femmes rencontrées : même si cela reste moins important que pour d'autres pays picards, les densités sont inférieures au niveau national.

Deux particularités de ce territoire ressortent principalement : la proximité parisienne favorisant l'accès rapide et sans dépassement d'honoraires aux spécialistes et aux hôpitaux parisiens, d'une part ; et des problèmes liés à la diversité ethnique du secteur (barrage de la langue entraînant une impossibilité de se faire comprendre et de comprendre ; un certain racisme ressenti...), d'autre part.

L'Association des dépistages organisés des cancers de l'Oise constate qu'il existe deux populations dans l'Oise. La première est constituée de cadres supérieurs (Chantilly, Senlis) qui travaillent à Paris et rentrent le soir

(départs matinaux, retours tardifs). Si un problème apparaît, ils vont davantage sur Paris par proximité de leur lieu de travail et rapidité de rendez-vous avec un spécialiste.

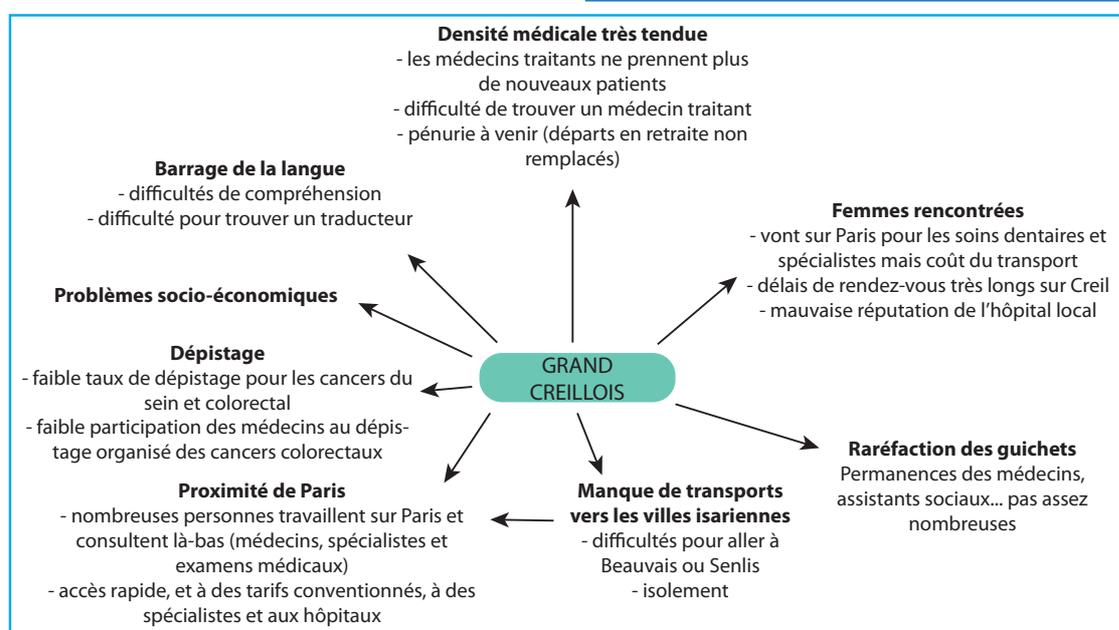
La seconde population est celle des précaires, davantage présente sur Creil et qui connaît les difficultés de recours aux soins décrites dans cette étude.

Certaines **femmes** rencontrées lors du *focus group* du Grand Creillois expliquent qu'elles vont se faire soigner à Paris (dentistes, spécialistes, hôpital) car les rendez-vous y sont plus rapides qu'à Creil.

Ces femmes se disent bien renseignées concernant les aides, notamment grâce aux associations qui les accompagnent. Elles se préoccupent davantage des personnes âgées ayant une faible retraite et ne percevant pas d'aide à cause d'un léger dépassement de plafond de ressources. Elles estiment que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables.

Enfin, un refus de soins de la part des professionnels de santé, autre que celui lié à la CMU, a été évoqué par plusieurs personnes rencontrées. Selon elles, il existerait une discrimination faite sur la base des origines sociales du patient. Cela pourrait être motivé, selon ces personnes, par le fait que la densité médicale à Creil implique une patientèle trop importante pour les généralistes.

SPÉCIFICITÉS DU GRAND CREILLOIS - EN RÉSUMÉ



CONCLUSION

Suite aux diagnostics territoriaux de santé menés dans les dix-huit pays picards en partenariat avec le conseil régional, le constat a été dressé d'un non-recours aux soins pour des populations à la santé déjà précaire. Une étude qualitative a alors été réalisée par l'OR2S afin de comprendre les freins au recours aux soins et pour pouvoir agir le plus efficacement possible par la suite.

Pour ce faire, des entretiens individuels avec des professionnels de santé ont été menés, ainsi que des entretiens collectifs avec les populations de trois pays picards identifiés comme fragiles : le Chaunois, le Santerre – Haute Somme et le Grand Creillois.

Au total, treize professionnels de santé (sept généralistes, trois responsables de centres de prévention et d'examen de santé et trois responsables d'associations de dépistage organisé des cancers) et cinq groupes de populations (trente-quatre personnes au total) ont été rencontrés⁶⁵.

Les trajectoires de soins définies par les personnes interrogées sont de trois types. Le premier est un recours classique au généraliste en premier lieu ; le deuxième débute par une automédication ou une attente avant de consulter, si besoin, le généraliste ; le troisième est le recours direct au service d'urgence de l'hôpital.

Ce dernier permet une gratuité des soins (pas d'avance de frais), même si le temps d'attente est toujours long et pourrait décourager certains. Le recours à SOS médecins permet au patient d'éviter les remontrances qu'un médecin traitant pourrait lui faire lorsqu'il le connaît bien et que ses habitudes de vie (alimentation, addictions) posent problème. Plusieurs professionnels de santé et quelques personnes des entretiens collectifs parlent également d'un abus d'usage des urgences dans certains cas (bobologie).

Les populations rencontrées déclarent toutes avoir un médecin traitant déclaré comme tel, même s'il peut leur arriver d'en consulter plusieurs pour confirmer ou infirmer un diagnostic ou un traitement. Les traitements ne sont d'ailleurs pas toujours bien suivis et il n'est pas rare qu'ils ne soient pas pris dans leur totalité par arrêt avant la fin car les symptômes ont disparu ou, au contraire, parce que le médicament « semble » empirer la maladie ; prise d'un comprimé sur deux ou tous les deux jours au lieu de quotidiennement à cause parfois de lassitude ou d'un coût des traitements trop élevés... Le déremboursement des médicaments est d'ailleurs un problème largement décrit lors des entretiens car cela incite les patients précaires à faire un choix dans leur ordonnance, sans savoir ce qui leur est primordial.

L'un des principaux freins au recours aux soins est donc le coût financier des soins, que ce soit pour les traitements, les examens complémentaires ou les consultations de spécialistes nécessitant une avance de frais ou un paiement partiellement remboursé, comme pour les soins optiques ou dentaires par exemple. Toutefois, l'ensemble des participants rencontrés dit connaître les aides à leur disposition, même si la complexité des dossiers à remplir et la gêne à utiliser ces aides peuvent être des obstacles. Le refus de certains professionnels d'accepter des patients bénéficiaires de la CMU est également évoqué à plusieurs reprises.

Les transports constituent un autre frein important au recours aux soins. Nombreux sont ceux qui, sans obligatoirement être en milieu rural, ont des difficultés à rejoindre l'hôpital le plus proche, une ville disposant de spécialistes ou le lieu où se déroulent les bilans de santé dispensés par les CPES. Les transports en commun coûtent souvent chers et leur maillage ne semble pas toujours adéquat.

La densité médicale participe également aux difficultés éprouvées pour accéder à des médecins traitant et à des spécialistes. En effet, les médecins refusent de nouveaux patients, leur patientèle étant déjà importante, et les délais d'attente pour les rendez-vous s'allongent. La situation n'est pas encore alarmante dans l'ensemble des pays picards, aux dires des personnes rencontrées, mais elle le deviendra au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés ; sur le Grand Creillois, il semble que cela soit déjà le cas.

Les freins psychologiques - peur du diagnostic, de la maladie, des médecins, des examens médicaux... - et le caractère des personnes - hostilité envers le système de soins ou les médicaments, refus d'attendre... - sont également à prendre en compte parmi les freins identifiés. Par ailleurs, les professionnels de santé remarquent que certains patients ont des réticences à suivre des régimes alimentaires et ont des difficultés à faire les

⁶⁵ Il est important de rappeler qu'une étude qualitative ne peut généraliser ses propos à l'ensemble d'une population régionale ; d'autant plus que les groupes rencontrés ici l'ont été *via* des associations d'aide aux personnes en difficulté (Cf. la description des groupes rencontrés, page 12).

démarches pour des prises de rendez-vous pour des spécialistes ou des examens complémentaires, ou les remettent à plus tard.

En outre, de nombreux problèmes connexes se greffent et la vie quotidienne des individus prend le pas sur leur santé. Trouver un emploi, le garder, avoir un logement, s'occuper des enfants (et notamment de leur santé)... sont autant de prérogatives plus importantes pour les personnes que leur propre santé. L'illettrisme et la non-compréhension du français ajoutent à l'isolement de certaines personnes.

Lors des entretiens, il est apparu clairement qu'un important problème d'image et de communication existe entre les professionnels de santé (généralistes, spécialistes et hôpitaux) et les patients : de nombreux griefs sont formulés de part et d'autre avec des propos souvent durs, surtout venant des populations rencontrées. Une méfiance et un regard très critique sont posés par les participants aux entretiens collectifs sur la qualité du système de soins et des professionnels de santé qu'ils ont rencontrés. Beaucoup trouvent incompetents certains médecins ou spécialistes, exemples à l'appui. Il en est de même pour l'hôpital et les urgences. Un jugement très sévère est porté sur ces professionnels : manque d'humanité, recherche de profit, consultations rapidement effectuées...

Les professionnels de santé, pour leur part, pointent le manque d'implication des patients dans leur traitement, notamment lors de régimes diététiques : diabète, cholestérol, la non-compréhension ou le désintérêt pour certains aspects tels que les dépistages, les traitements, les examens, l'oubli des traitements ou le souhait d'arrêter avant la fin du traitement et le recours aux urgences parfois abusif. Les comportements des patients sont également jugés inappropriés : les patients veulent tout et tout de suite et lorsqu'ils n'obtiennent pas ce qu'ils souhaitent, ils vont à l'hôpital.

Pour tenter de permettre aux populations de mieux recourir aux soins, il s'agit donc d'appliquer des leviers pour répondre aux problématiques évoquées tout au long de ce rapport. Ainsi, les préconisations pourraient se résumer en quatre verbes : *expliquer, accompagner, communiquer et créer*.

PISTES ET PRÉCONISATIONS POUR AMÉLIORER LE RECOURS AUX SOINS ET AUX DÉPISTAGES

Au travers des entretiens, différentes initiatives pour améliorer l'information et la connaissance des messages de prévention et de dépistage peuvent être ressorties et articulées autour de quatre grands axes : expliquer, accompagner, communiquer et créer.

Les préconisations liées à ces grands axes prennent en compte les différents niveaux de facteurs agissant sur la santé des individus définis par Dahlgren G. et Whitehead M.⁶⁶, dont le schéma est représenté dans l'introduction de ce rapport. Ainsi, les actions porteront sur les niveaux micro (individuel), méso (collectif) et macro (sociétal).

EXPLIQUER...

Niveau micro

L'importance du dialogue, de l'explication en face à face ou en groupe d'un médecin ou d'un intervenant pour expliquer simplement et clairement aux personnes les problématiques de santé, les tests et examens à pratiquer est le principal levier identifié pour faire adhérer des personnes au dépistage et aux traitements prescrits. Réduire les démarches et les intermédiaires, ainsi que faciliter les prises de rendez-vous pour les patients semble également être un des leviers à envisager pour le suivi des personnes.

Les médecins généralistes ont un rôle important en termes de prévention et de dépistage. En première ligne du système de soins, ils peuvent communiquer auprès de leurs patients et expliquer les examens, les conséquences d'une maladie et l'intérêt d'un dépistage précoce. Il faut néanmoins prendre en considération le temps supplémentaire que cela ajoute à leur pratique.

Ainsi, plusieurs généralistes rencontrés disent insister auprès de leurs patients pour qu'ils fassent les dépistages organisés, expliquant que la mammographie ne fait pas mal, que le dépistage précoce de polypes permet de guérir très facilement... Une généraliste de l'Oise épingle dans son cabinet l'enveloppe du courrier de dépistage organisé pour que les patients repèrent le logo et ne jettent pas l'enveloppe en la recevant, ce qui est souvent le cas, de nombreuses personnes pensant que ce courrier est une publicité – cela a été dit dans plusieurs entretiens auprès des professionnels de santé.

Les CPES apportent des informations aux individus lors des rendez-vous avec les patients ou lors d'ateliers thérapeutiques thématiques, abordent de nombreuses thématiques santé et expliquent les examens des dépistages organisés (mammographie et Hemocult®). Les CPES contribuent d'ailleurs à améliorer le dépistage organisé, notamment parmi les populations précarisées : le CPES de la Somme, basé à Amiens, réussit à mobiliser une personne sur deux parmi les non-participants au dépistage organisé.

Des conseillers prévention ont pour mission de faire des animations dans différentes structures et centres de formation sur la santé et ses déterminants. Le CPES de Saint-Quentin s'appuie sur l'Association nationale pour la protection de la santé (ANPS) pour créer des animations d'une vingtaine de minutes auprès de groupes, sous forme de quizz. Ce format permet d'impliquer les personnes présentes dans une discussion et de leur faire retenir davantage d'éléments que si elles écoutaient sans intervenir.

Plusieurs professionnels de santé rencontrés font part d'une incompréhension des patients quant à l'intérêt des dépistages, des traitements et des actions de prévention. Les personnes comprennent peu le sens des traitements qui leur sont donnés. Il n'est pas étonnant alors de les voir abandonner le traitement en cours de prescription ou de le prendre par période.

Pour résoudre ces problèmes d'incompréhension, les prescripteurs devraient prendre plus de temps (mais le peuvent-ils ?) pour expliquer concrètement au patient sa maladie, le rôle et l'intérêt de chaque médicament ou

⁶⁶ L'introduction de ce rapport comporte une description de ce modèle.

de chaque conduite à tenir. Mais ils doivent également mettre en place une véritable alliance thérapeutique, c'est-à-dire « *un lien entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'engageant à collaborer à la recherche d'un mieux être du second* »⁶⁷. La relation est donc double et demande au praticien de prendre en compte les représentations du patient.

Cette information permettrait une meilleure observance thérapeutique mais aussi une confiance accrue du patient pour le professionnel de santé.

Par ailleurs, des formations restent à mettre en place auprès des professionnels de santé afin de les aider à mieux comprendre les mécanismes du non-recours aux soins et les différents niveaux de déterminants de santé agissant sur la santé de leurs patients.

Niveau méso

Les actions menées par les associations de santé ou d'insertion permettent d'informer, d'aider et d'appuyer les usagers. Leur aide est précieuse pour accéder aux publics précaires et pour instaurer une confiance bénéfique à la transmission des messages santé.

Ces associations contribuent à répondre aux problèmes de non-recours aux soins : lorsque les usagers sont mal informés ou lorsqu'ils ont besoin d'être aidés dans les démarches à effectuer pour l'obtention d'aides (par exemple pour l'obtention de la CMU ou l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé – ACS) ; lorsque les usagers sont en difficulté face à l'écrit (associations de lutte contre l'illettrisme) ou au français (aide à la traduction, cours de français)...

Leurs actions sont à soutenir et à renforcer.

Ainsi, par exemple, l'association « Femmes sans frontière » (Creil) informe les personnes sur les dépistages organisés, inscrit les personnes à des consultations au CPES, organise des cafés santé pour parler des différentes problématiques santé avec des intervenants extérieurs (notamment Adcaso), accompagne les femmes dans leurs démarches et lors des consultations et examens pour une aide à la traduction, rassure les personnes...

Les dispositifs de « femmes relais » créés par certaines associations (par exemple l'association « Femmes sans frontière » en lien avec Adcaso dans l'Oise ou encore « Femmes actrices de leur santé » dans l'Aisne) notamment pour le dépistage des cancers du sein⁶⁸, participent au dialogue et à l'échange de connaissances. Ces femmes, une fois formées sur un sujet, pas seulement sur le cancer du sein, permettent de répandre le message dans leur quartier et parmi leur entourage. Ceci présente un double avantage : ces femmes sont mieux écoutées par leur entourage qu'un courrier et peuvent toucher des personnes que les associations ne réussiraient pas à contacter.

Niveau macro

Plus globalement, c'est une lutte contre l'illettrisme (grande cause nationale depuis le 1^{er} mars 2013) et des actions en faveur de la scolarisation qui doivent être menées afin de permettre à tous de pouvoir accéder aux informations et de les comprendre.

⁶⁷ *Dictionnaire infirmier de psychiatrie. Définition, traitement, conduite à tenir* - Cottureau M.-J., Leyreloup A.-M., Dignonnet E., Ivanov-Mazzucconi S., éditions Masson, 215 p.

⁶⁸ Voir aussi l'action des Femmes ambassadrices santé, par l'association Initi'elles à Étouvie dans la Somme.

ACCOMPAGNER...

Niveau micro

Lors des entretiens il est apparu que l'accompagnement des patients dans les démarches de santé était un point important pouvant influencer le recours aux soins. Cela correspond au concept de *patient navigator* développé avec un certain succès aux États-Unis depuis le début des années deux mille⁶⁹.

Dans cette lignée, le CPES de Saint-Quentin a délégué depuis novembre 2011 à destination des populations précaires (à l'origine sur la Thiérache⁷⁰ puis étendu ensuite à Saint-Quentin et ses environs) une infirmière qui accompagne les personnes dans leurs démarches et rendez-vous (prises de rendez-vous, conduite de la personne chez les professionnels de santé...), accroissant ainsi le suivi post-bilan que les centres de prévention et d'exams de santé effectuent. En 2012, cette infirmière a réalisé de façon satisfaisante cinquante suivis post-bilan⁷¹.

Les associations également accompagnent leur public, que ce soit physiquement (emmener en voiture une personne à un rendez-vous médical) ou en l'informant, et méritent d'être soutenues.

De même, un généraliste de l'Oise téléphone pour prendre les rendez-vous de ses patients et les rappellent à ces derniers.

Niveau méso

L'accompagnement peut également se faire à destination des professionnels de santé, comme le souhaitent les professionnels rencontrés : créer des réseaux (jeunes généralistes/autres médecins, dont spécialistes ; généralistes/spécialistes ; CPES/associations de prévention, ASMIS, missions locales... ; etc.), élargir le cercle des professionnels pouvant procurer des informations sur la prévention (travail avec les pharmaciens également...), aider financièrement à l'installation des médecins⁷², reconnaître les actes de prévention dans l'activité des généralistes...

Pour accompagner et suivre les populations, les groupes d'hommes et de femmes rencontrés dans le Chaunois et le Santerre – Haute Somme soulignent qu'il est important d'avoir un nombre suffisant de professionnels de santé libéraux et hospitaliers répartis dans les territoires. Ces populations demandent à avoir davantage de médecins, y compris en milieu rural. Pour elles, ces médecins doivent être aidés à l'installation, particulièrement là où ils ont fait leurs études, être bien formés et bénéficier de formations continues, notamment sur les médicaments...

⁶⁹ Un programme de *patient navigator* pour faciliter le dépistage HPV auprès des jeunes filles avait été proposé pour un financement Interreg par le CHU d'Amiens, mais cela n'a pas abouti. Le financement de l'action dans l'Aisne est fait sur fonds propres du CPES pour un 0,2 équivalent temps plein.

⁷⁰ Ce suivi existait déjà depuis quelques années sur le Laonnois et le Soissonnais, avec une infirmière à temps complet, sur financement ARS et communautés de communes. Le souhait a été de créer cet appui également aux populations précaires de Thiérache.

⁷¹ En 2013, l'objectif est fixé à 100 suivis post-bilans.

⁷² Un généraliste propose le système de capitation déjà en place au Royaume-Uni, en Suisse et dans certains pays nordiques, forme de salaire forfaitaire payé au généraliste en fonction du nombre de ses patients, avec un maximum fixé.

COMMUNIQUER...

Niveau méso

Toucher la population à travers des actions ou des réseaux de communications est essentiel pour développer le recours aux soins et aux dépistages.

Ainsi, les associations de dépistage organisé des cancers multiplient les initiatives pour se faire entendre et comprendre. Au niveau local, différentes actions sont mises en place, en fonction des territoires : une bande dessinée expliquant la mammographie et le test Hemocult[®], un courrier spécial pour les zones à faible taux de dépistage (langage plus simple, cartographie des cabinets de radiologie dans et à proximité de la zone...), des relances téléphoniques, des interventions dans diverses associations pour toucher un maximum les populations précarisées ou immigrées, des encarts dans les journaux municipaux ou locaux... Mais le principal problème réside dans la possibilité de toucher les populations qui ne font partie d'aucune association et qui ne consultent pas les médecins.

Les centres de planification, qui proposent entre autres des consultations gratuites de gynécologue, manquent de visibilité et peu de femmes ont recours à ces gynécologues, aux dires d'une femme de Santerre – Haute Somme qui travaille dans un centre de planification. Il serait peut-être nécessaire de communiquer à nouveau auprès des femmes pour mieux faire connaître ces centres et les services qu'ils apportent.

Enfin, une étudiante infirmière, rencontrée parmi le groupe des femmes de Santerre – Haute Somme, a participé à la campagne Octobre rose en distribuant des flyers dans les rues d'Amiens et en informant les personnes sur les dépistages, les frottis... Cet exemple met en avant la possibilité d'intervention des étudiants des domaines sanitaires et sociaux pour des actions de prévention auprès des populations.

Niveau macro

Au niveau national, les associations de dépistages organisés des cancers multiplient les initiatives pour se faire entendre et s'appuient sur les campagnes nationales « Mars bleu » pour le cancer colorectal et « Octobre rose » pour celui du sein.

Plus globalement, les actions de prévention et de promotion de la santé menées nationalement ou au niveau régional restent les bases d'une démarche vers de meilleurs comportements de santé.

CRÉER...

Niveau méso

Des solutions sont à imaginer pour répondre à certains freins, comme le problème de transport énoncé lors de plusieurs entretiens. Des réseaux plus développés et à moindre coût pour les plus précaires pourraient être envisagés, notamment pour qu'ils puissent se rendre dans les locaux des CPES et pouvoir bénéficier des bilans de santé gratuits.

De même que des bus itinérants (comme cela a été demandé dans un groupe) pourraient permettre aux populations vivant en milieu rural de consulter des professionnels de santé. Il s'agit d'un cabinet médical mobile, sous forme de bus, qui irait de communes en communes pour être au plus proche des populations isolées⁷³. Il faudrait ainsi disposer d'une évaluation de résultats du bus santé de la Mutualité de l'Aisne.

Une autre action serait de faciliter l'embauche de personnels polyglottes (comme des secrétaires médicales par exemple) dans les hôpitaux afin de répondre à la difficulté de trouver des traducteurs pour les patients d'origine étrangère. Ceci répondrait à une problématique soulevée dans le Grand Creillois mais qui est sans doute vécue également sur d'autres territoires.

Niveau macro

Les collectivités locales et régionale doivent prendre en compte les freins au recours aux soins et travailler en collaboration pour mettre en place des politiques publiques intersectorielles avec les autres institutions concernées, comme l'ARS (santé) ou les directions départementales de la cohésion sociales.

Une politique intersectorielle sur le transport est un aspect important à développer, le déremboursement d'une partie des médicaments est une problématique à étudier. Une aide pour les plus précaires pourrait être envisagée afin que ces personnes puissent prendre en intégralité le traitement prescrit par leur médecin. Le « reste à charge » a augmenté⁷⁴ et le transfert des charges vers les complémentaires santé fait que les soins ne sont pas toujours à la portée des plus démunis qui n'ont pas la possibilité d'adhérer à une complémentaire santé.

⁷³ L'expérience est menée dans l'Aisne tandis que le conseil de l'ordre des médecins de l'Oise l'a interdit dans ce département.

⁷⁴ « Le reste à charge a augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, 42 sirops, anti-diarrhéiques...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'est accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux). Sur la période 2009-2011, en l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge est restée stable. La hausse de la part des ménages dans le financement de la consommation de médicaments est compensée par un léger recul de leur participation pour les autres types de soins. Cette stabilité résulte, en effet, de deux phénomènes qui jouent en sens opposés : le déremboursement de certains médicaments (et la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale) tend à faire augmenter le reste à charge, tandis que la meilleure prise en charge par les organismes complémentaires des biens médicaux a l'effet inverse. » Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2013, annexe 7. Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

ANNEXES

GUIDES D'ENTRETIENS

Population – entretiens collectifs semi directifs différenciés selon le genre

Thèmes	Amorces	Relances
Perception de la/leur santé	Qu'est-ce que la santé pour vous ?	Qu'est-ce qu'être en bonne / mauvaise santé ?
	Comment percevez-vous votre état actuel de santé ?	
Pratiques en matière de santé	À partir de quel moment pensez-vous qu'il faille consulter son médecin ?	Attendre quel délai en fonction de l'importance du soin ?
	Quand faut-il utiliser les urgences ?	Dans quel contexte utilisez-vous le service des urgences ?
	Quelle importance donnez-vous aux prescriptions de votre médecin ?	Que faites-vous de vos prescriptions médicales lorsque vous sortez de chez votre médecin (ordonnances, examens complémentaires, rendez-vous chez un spécialiste) ?
	Avez-vous recours à l'automédication ? Dans quelles circonstances ?	Que faites-vous en cas de maladie et si vous n'avez pas d'ordonnance pour vous soigner ?
	Avez-vous déclaré un médecin traitant ?	
	Que faites-vous pour être en bonne santé ? Quelles pratiques vous semblent néfastes au contraire ?	
	Connaissez-vous les différentes prestations sociales comme l'ALD, la CMU... ?	
Dépistage et prévention	Connaissez-vous les campagnes de dépistage organisé ?	Savez-vous en quoi consistent les campagnes de dépistage ?
	Connaissez-vous des associations de santé ?	
Estime de soi et rapport aux autres	Est-ce que vos proches vous influencent par rapport à la prise en charge de votre santé ?	Êtes-vous poussé par votre famille à consulter un médecin ? Quel comportement votre famille adopte-t-elle face à la santé en général ?
	Faites-vous confiance au système de santé actuel ?	Avez-vous confiance en votre médecin, dans les hôpitaux ... ?

Professionnels de santé, entretiens individuels semi directifs

Thèmes	Amorces	Relances
Pratiques de leurs patients en matière de santé	Rencontrez-vous des patients ayant recours à vous tardivement ?	Cela représente quel pourcentage de votre patientèle ? Quels sont les cas récurrents ? Les profils de ces patients (sexe, âge...) ?
	Avez-vous l'impression que les usagers ont une bonne connaissance des droits sanitaires et sociaux (ALD, CMU...) ?	En faites-vous la communication auprès de vos patients ?
	Quel regard portez-vous sur l'usage que les gens font des urgences ?	
Relations avec les patients	Rencontrez-vous des problèmes particuliers avec certains patients ? De quel(s) ordre(s) ?	Existe t-il un public « difficile » face à la prise en charge médicale ?
	Certains patients manifestent-ils un refus de se faire soigner ?	
Dépistage et prévention	Abordez-vous la problématique du dépistage (individuel et/ou organisé) avec vos patients ?	
	Avez-vous déjà eu à faire avec des dépistages tardifs ?	

BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE

Bibliographie

Afrite Anissa, Bourgueil Yann, Dufournet Marine, Mousquès Julien - *Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure - CDS sont-elles plus précaires ?* Irdes. Questions d'économie de la santé, n°165, mai 2011.

Azogui-Lévy Sylvie, Rochereau Thierry - *Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000.* - Questions d'économie de la santé, n°94 – mai 2005.

Boisguérin Bénédicte - *Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2006 ?* – Études et Résultats, n°675, janvier 2009

Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. - *Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?* - Questions d'économie de la santé, n° 154 – mai 2010. Irdes.

Buchmueller Tom, Couffinhal Agnès, Grignon Michel, Perronnin Marc, Szwarcensztein Karine - *Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur les recours aux soins.* Questions d'économie de la santé, n°47 – janvier 2002. Irdes.

Caruso Déborah, Mierlot Jean-Marc – *Un Picard sur huit en difficulté préoccupante face à l'écrit* - Enquête Information et Vie Quotidienne (IVQ) 2011, Insee Picardie Analyses n°74, décembre 2012. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/picardie/themes/ipa/ipa74/PDF/IPA_74.pdf

Cnaf - *Accès aux droits, non-recours aux prestations, complexité.* - Recherches et prévisions, n°43, 1996.

Collet Marc – *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé* – Mémoire de DEA de sociologie, Paris 8. Septembre 2001

Collet Marc, Menahem Georges, Paris Valérie, Picard Hervé – *Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits* - Irdes. Questions d'économie de la santé, n°63, janvier 2003.

Desprès Caroline, avec la collaboration de Stéphanie Guillaume et de Pierre-Emmanuel Couralet - *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris* - Irdes, 2009.

Disponible sur Internet : http://www.alternatives-economiques.fr/fic_bdd/article_pdf_fichier/1250169548_IRDES_refus_de_soins.pdf

Desprès Caroline, Dourgnon Paul, Fantin Romain, Jusot Florence - *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* – Irdes. Questions d'économie de la santé, novembre 2011, n°170.

Dourgnon Paul, Guillaume Stéphanie, Rochereau Thierry - *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010* – Irdes. Les rapports L'Irdes, juillet 2012, n° 1886.

Disponible sur Internet : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

Drees - *Le Renoncement aux soins - Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris* – 150 pages.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

Goulard Hélène, Boussac-Zarebska Marjorie, Bloch Juliette - *Évaluation épidémiologique du programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal France, 2007* – BEH thématique n°2-3, *Dépistage organisé du cancer colorectal en France*, 13 janvier 2009.

Labbe Émilie, Moulin Jean-Jacques, Gueguen René, Sass Catherine, Chatain Carine, Gerbaud Laurent - *Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score Epices. L'expérience des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie* - Revue de l'IRES, n° 53 - 2007/1.

Mazet Pierre - *Motifs de participation et de non participation au dépistage du cancer. Enquête qualitative auprès des habitants de deux territoires de l'agglomération grenobloise* – Étude PrÉCARRÉ – Odenore. Note de travail intermédiaire. Octobre 2009.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative – *Promouvoir et faire respecter les droits des usagers du système de santé. Neuf propositions de la Conférence nationale de santé* - Octobre 2008.

Ministère de la Santé et des Sports – *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé* - Juin 2009.

Ministère de la Santé et des Sports – *Résoudre les refus de soins* – Septembre 2010.

Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère des Affaires sociales et de la Santé - *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2013 – Annexe 7.*

Odenore/Cetaf - *Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP). Rapport de recherche pour l'Agence nationale de la Recherche.* Odenore/Cetaf. Novembre 2008.

OMS (Organisation mondiale de la santé) - *Glossaire de la promotion de la santé* - 1999. 36 pages.

http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf

OR2S – *Croisement d'Informations Régionalisées (CIR) n°12* - décembre 2011. Disponible sur Internet : <http://www.or2s.fr/Portals/0/CIR/CIR12%20b.pdf>

OR2S – *Diagnostics territoriaux de santé sur les 18 pays picards* - L'ensemble de ces diagnostics sont disponibles sur Internet : <http://www.or2s.fr/Actualite/Observationdelasanteacute/LesPays/tabid/95/Default.aspx>

OR2S, DRJSCS Picardie – *Les indicateurs de cohésion sociale - Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, OR2S et direction régionale jeunesse, sports et cohésion sociale de Picardie.

Disponible sur Internet : http://www.or2s.fr/Portals/0/Cohesion_sociale/2012/CIR_CohesionSocial2012.pdf

Rode Antoine - *Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.* Thèse pour le Doctorat de Science politique – Université de Grenoble. Présentée et soutenue publiquement le 3 mai 2010 par Antoine Rode. Sous la direction de M. Philippe Warin

Rode Antoine - *La construction du « non-recours » aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité.* Manuscrit auteur, in « *La légitimité des politiques sociales en questions, Grenoble : France (2008)* »

Warin Philippe - *Le non-recours : définition et typologies. Document de travail.* Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services). Juin 2010

Warin Philippe - *Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ?* - La Vie des idées, 1^{er} juin 2010. ISSN : 2105-3030. <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>

Articles de presse

AFP - *Les visites médicales à domicile la nuit : un « luxe » qui disparaît* - AFP, 20 janvier 2012

<http://www.midilibre.fr/dyn/imprimer.php?link=http%3A%2F%2Fwww.midilibre.fr%2F2012%2F01%2F20%2Fles-visites-medicales-a-domicile-la-nuit-un-luxe-qui-disparait%2C446342.php>

Allard Pierre JC - *La capitation* - <http://www.nouvellesociete.org/S48.html>

Dupuis Cyrille - *Réorganisation de la permanence des soins, l'Ordre des médecins sous le feu des critiques* - Quotidien du Médecin, 12 mars 2002 - http://www.snjmg.org/infos/article/art_069.html

Ernens Catherine - *Forfait à la capitation, du rêve à la réalité* - 1^{er} avril 2011, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones

<http://www.maisonmedicale.org/Forfait-a-la-capitation-du-reve-a.html>

Favereau Éric - *La grève des gardes de week-end se généralise* - Libération, 5 janvier 2002 - <http://www.liberation.fr/societe/0101398910-la-greve-des-gardes-de-week-end-se-generalise>

Révil Hélène - *Le non-recours aux droits et aux services* - Propos recueillis par Rémy Caveng (UPJV) pour la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, n°17, octobre 2012, p. 5.

<http://www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sociaux/Plateforme17.pdf>

Sitographie

Assurance maladie : <http://www.ameli.fr>

Site Européen, Exnota (Exit from and non-take up of public services) : <http://www.exnota.org/index.php>

Institut national du cancer (Inca) : <http://www.e-cancer.fr/>

Observatoire des non-recours aux droits et services : <http://odenore.msh-alpes.fr/>

Observatoire européen de Médecins du monde : <http://www.mdm-international.org/spip.php?article32>

*Ce document a été financé par le **Conseil régional de Picardie**.
Conception et réalisation par l'**OR2S de Picardie**.*

*11 mail Albert 1^{er}, BP 2616, 80026 AMIENS Cedex 1
Faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 AMIENS Cedex 1*

Copyrights - Logiciels
Microsoft® Office 2007, Adobe® InDesign CS5®, Adobe® Illustrator® CS5

Décembre 2013

Conseil régional de Picardie
11 mail Albert 1^{er} BP 2616
80026 AMIENS Cedex 1
www.picardie.fr



OR2S Picardie
3 rue des Louvels
80036 AMIENS Cedex 1
www.or2s.fr

