



Inégalités sociales et accès aux soins L'expérience des centres de santé à Grenoble

L'Agecsa, Association gestionnaire des centres de santé de Grenoble, a pour objet la gestion et le développement de centres de santé implantés dans les quartiers grenoblois. Elle s'attache à réunir et à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour permettre au personnel médical et paramédical de dispenser des soins de qualité dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire et en réseau. Les centres de santé sont présents dans cinq quartiers populaires (dont deux en zones urbaines sensibles), reconnus « difficiles » sur le plan de l'accès aux soins, de l'accompagnement et de la prise en charge des malades. Marc Noyaret, directeur de l'Agecsa et le Docteur Dominique Lagabrielle, généraliste et en charge du dossier accès aux soins, présentent ces structures particulières et nous invitent à réfléchir, entre analyse et pratique, à la façon dont les professionnels peuvent s'adapter aux publics concernés en vue de réduire les inégalités sociales de santé...

L'accès aux soins, la prise en charge et l'accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion sont des objectifs partagés pour la Métro, l'État, la ville de Grenoble, le conseil général de l'Isère et le projet d'entreprise de l'Agecsa. Plus de 20 000 patients sont suivis au sein des 5 centres de l'Agecsa, pour une population avoisinant les 30 000 habitants. Les professionnels de l'Agecsa sont au service d'un public composé à **40 % de patients en situation de précarité financière et socio-familiale**, soit environ 8 000 patients. L'association est composée d'une cellule administrative (9 salariés) et déploie 24 médecins généralistes, 5 spécialistes, 16 infirmières, 4 kinésithérapeutes et 3 orthophonistes qui exercent leur activité de soins, assistés de 18 secrétaires d'accueil médico-sociales regroupées dans l'un des centres. Ces centres sont de taille variable et proposent une offre de soins différente selon la demande existant sur leur quartier d'implantation : **Abbaye, Vieux-Temple, Mistral, Géants, Arlequin.**

Dans le cadre du contrat de ville, sont visés particulièrement la prévention des troubles psychiques de la petite enfance, la prévention des conduites addictives et à risques ainsi que l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité.

FACE AUX CARENCES DE L'OFFRE DE SOINS, UNE RÉPONSE LOCALE VOLONTARISTE

Les centres de santé sont une réponse à l'**absence ou à l'insuffisance d'offre de soins sur les quartiers populaires**, liées aux particularités de la patientèle :

les médecins ne parviennent à réaliser que trois consultations par heure. Ces territoires sont donc peu attractifs pour les professionnels. Cette difficulté structurelle est renforcée par un financement inadapté au salariat et à une durée du temps de travail fort éloignée de celle des médecins libéraux (actes de soins financés sur la base de la nomenclature de l'Assurance maladie). Exercice après exercice, il revient par conséquent aux collectivités publiques (principalement la ville de Grenoble et le conseil général de l'Isère, subsidiairement la CPAM, l'agglomération et l'État) d'apporter un soutien financier pour maintenir une offre de soins sur ces quartiers.

Sur fond de crise des finances publiques, et dans un but d'explicitation de leurs missions, il a paru pertinent aux professionnels des centres d'étudier de plus près les particularités de leur patientèle, l'incidence de la précarité sur la santé et en quoi était rendue plus complexe sa prise en charge médicale.

RECONNAÎTRE ET S'ADAPTER AUX RETARDS ET RENONCEMENTS AUX SOINS POURRAIT RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

En effet, les données épidémiologiques, en France, font apparaître de préoccupantes inégalités sociales de santé. L'espérance de vie est encore trop corrélée à la position sociale. **S'il est vrai que pour l'essentiel, la réduction de telles inégalités relève de la politique de l'État, le clinicien perçoit intuitivement qu'il peut jouer un rôle**, certes difficile, à l'échelon individuel. Il s'agirait de déterminants de l'accès aux soins qui seraient donc dépendants des professionnels. Or ces données sont peu décrites dans la littérature médicale, ou lorsqu'elles sont rapportées, se réduisent trop souvent à la seule problématique de l'inobservance médicamenteuse. En France, l'Insee dénombrait, **en 1999, 110 000 décès annuels avant 65 ans (20 % de la mortalité) ce qui place la France dans les dernières positions des pays de l'Europe des Quinze** après le Portugal, la Finlande et la Grèce. Ces décès sont particulièrement liés à la position sociale : chez les hommes, durant la période allant de 1982 à 1996, la probabilité de décès entre 35 et 65 ans était de 26 % chez les ouvriers, 23 % chez les employés, 18,5 % chez les artisans commerçants, 17 % pour les professions intermédiaires, 15,5 % chez les agriculteurs et 13 % chez les cadres et professions libérales.

Pour comprendre ces inégalités, les épidémiologistes apportent trois explications : **un cumul des facteurs de risques classiques** (tabac, alcool, diabète, dyslipidémie, sédentarité) dans les catégories socio-

professionnelles modestes, **un usage moins performant du système de soin** par le patient et **une vulnérabilité supplémentaire** non expliquée par les deux phénomènes précédents. On peut donc légitimement se poser la question suivante : « **la performance dans l'usage du système de soin peut-elle être améliorée par l'attitude des professionnels** » ?

Afin de répondre à cette question, l'Agecsa a mis en place dès 2002 un programme spécifique qui s'inscrit dans son projet précarité. Ce programme porte sur l'amélioration de l'accès aux soins, de la prise en charge et de l'accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion. 25 généralistes des centres de santé de Grenoble ont mené des travaux thématiques : analyse du contenu de l'acte médical selon la précarité sur 575 consultations, auto-audit clinique sur un échantillon aléatoire de file active (383 patients précaires), groupe focal de discussion avec leurs secrétaires sur le retard et le renoncement aux soins, étude de 112 cas de patients en retard et de leur renoncement aux soins, recueil par un sociologue du récit de vie de 22 de ces patients, décrivant leur rapport à la maladie, au corps et à la démarche de soin. Enfin, 2004 a été une phase d'initiation dans la formalisation des relations des praticiens avec les travailleurs sociaux, à travers des contacts pris à la direction de l'action sociale du conseil général, territoire de Grenoble débouchant en 2005 sur une collaboration opérationnelle sur le lien médico-social.

Deux compétences professionnelles de type relationnel, améliorant l'accès aux soins apparaissent alors : **la qualité de l'accueil et la compréhension par les professionnels de l'effet des ruptures de vie** dans l'usage du système de soins.

ZOOM SUR UNE ÉTUDE DU PROJET PRÉCARITÉ DE L'AGECSA

En 2004, les travaux sur les besoins des patients vivant dans une relative vulnérabilité médico-psycho-sociale se sont focalisés sur la compréhension des **retards et des renoncements aux soins**. Il s'agissait de mieux comprendre ce phénomène de décrochage. L'usage moins efficace de l'offre de soin par ce type de public étant alors mieux compris, il s'agissait d'identifier, dans ce qui revient aux professionnels, les **pistes d'adaptation de nos manières de faire et nos compétences professionnelles** spécifiques à cette particularité du public rencontré. À partir du bilan de l'existant dans ce domaine nous élaborons une stratégie d'amélioration de nos compétences pour les travaux ultérieurs à travers deux études.

Première étude : les déterminants du retard et du renoncement aux soins selon les professionnels

En partenariat avec l'Observatoire du non-recours aux services ODENORE (organisme de recherche en sciences politiques rattaché au Cérat), deux groupes focaux de discussion réunissant médecins et secrétaires d'accueil sur le thème du renoncement et du retard aux soins ont été organisés. Cette première expérience de formation partagée entre médecins et secrétaires a permis de prendre conscience qu'au-delà des procédures, c'est bien la qualité de l'accueil dans sa dimension personnalisée et dans le respect de sa dignité qui constitue le meilleur atout pour réduire les conséquences pour la santé des retards et des renoncements aux soins. Il convient cependant d'être vigilant pour ne pas interpréter trop rapidement le retard et le renoncement aux soins comme un choix de la personne de ne pas se soigner.

Deuxième étude : les moyens mis en œuvre par les professionnels pour s'adapter au retard et au renoncement aux soins

Une enquête semi-directive auprès des médecins concernant 152 situations de retard et renoncement aux soins issus de l'échantillon de file active 2003 a été réalisée. **Les facteurs psycho-cognitifs** (dénier de la pathologie, anxiété et difficulté à comprendre la maladie) sont les premiers déterminants du retard et de renoncement aux soins. L'adaptation du professionnel à cette réalité consiste d'abord à augmenter sa disponibilité.

Plus largement, mesurer l'impact des compétences médicales sur l'état de santé de ces populations pourrait être utile, mais cela relève avant tout du champ scientifique, qui ne correspond pas aux compétences reconnues d'une structure créée pour délivrer des soins de santé. ■

Marc NOYARET
Dominique LAGABRIELLE