

La carte des inégalités sociales et celle de l'accès aux soins se recouvrent

Freins financier, culturel, linguistique ou numérique: de nombreux Français vivant dans le rural isolé ou dans «les quartiers» renoncent à se soigner. Un obstacle de plus à lever.

Plus de deux ans après l'apparition de l'épidémie de Covid-19, l'hypothèse que nombre d'élus de quartiers paupérisés, voire de certains maires ruraux, n'osaient à peine formuler fait aujourd'hui consensus. Les risques de développer des formes graves du Sars-Cov-2 varient fortement selon l'âge, mais aussi l'origine ou la place dans la société. Au-delà des seuls seniors, les catégories populaires sont, ainsi, plus exposées – du fait de leurs difficultés accrues d'accès au système de santé ou de leur taux de comorbidités plus important (diabète, insuffisance cardiaque, obésité, trisomie).

Aller vers les plus vulnérables. Ces inégalités sanitaires et sociales, qui peuvent surprendre au pays de l'égalité, avaient déjà été documentées à plusieurs reprises par les géographes et statisticiens de l'Observatoire national de la politique de la ville, ainsi que par plusieurs observatoires régionaux de santé. Elles sont aujourd'hui corroborées par les élus. «Les Douaisiens ont 30 % de risques de plus que la moyenne des Français de mourir prématurément» illustre, la



Les catégories populaires sont les premières victimes des inégalités sanitaires. Le centre municipal de santé de Gennevilliers (photo) en Seine-Saint-Denis tente d'y remédier.

voix grave, leur maire, Frédéric Chéreau. «Le non-recours ou le renoncement aux soins – parce qu'avancer ne serait-ce qu'une partie de la somme coûte cher, qu'il y a des difficultés de transport pour se rendre dans un cabinet ou à l'hôpital; à cause de la culture du «dur-au-mal» aussi dans certaines familles ouvrières – pose un vrai problème de santé publique», poursuit le coprésident de la commis-

sion santé de l'AMF. Qui pourrait citer nombre d'autres freins, encore: déficit d'informations, illettrisme, méconnaissance des droits, moins bonne maîtrise de la langue française, problèmes d'image et peur de subir des discriminations, etc. Comble de l'injustice, les dispositifs actuels de prévention sanitaire – majoritairement à la main de l'État – ont tendance à empirer les choses, pointe

Maud Luherne, directrice du réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de santé (OMS). «Si un dispositif de santé publique ne tient pas compte de ces inégalités sociales, il les accroît de facto. D'où notre travail avec une centaine de collectivités sur le concept d'universalisme proportionné, pour adapter le déploiement de ces actions de façon spécifique selon les publics cibles.»

Hôpital hors les murs. Intégrant l'importance des inégalités sociales en santé, de plus en plus d'acteurs publics n'hésitent plus à moduler leurs interventions, quitte à concentrer leurs efforts sur certains groupes sociaux ou territoires en particulier. Certains ont même réactivé, à l'occasion de la crise sanitaire, une technique historique de l'action sociale: l'aller-vers. Objectif? Maximiser leurs chances de toucher ces publics «effacés» ou «en retrait». «Plus aucune institution n'arrive, par elle-même, à capter l'attention de nos concitoyens les plus vulnérables. C'est notre rôle d'élus de terrain, avec les réseaux de nos CCAS, des centres sociaux, nos médiateurs et le tissu associatif, d'aller les chercher et les ramener aux côtés des professionnels de santé», argue Frédéric Chéreau.

Dès le début de la campagne de vaccination, l'assurance maladie de Seine-Saint-Denis, aidée par les collectivités locales, a pris le sujet des inégalités sociales ●●●

Accès aux soins

●●● de santé à bras-le-corps : injections sans rendez-vous dans des centres de santé, voire des barnums installés au pied des immeubles, « vacci'drive », etc. A Château-Thierry, dans le sud de l'Aisne, le président du conseil de surveillance du centre hospitalier et vice-président de l'agglo en charge de la santé a convaincu le directeur du CH de détacher régulièrement des médecins généralistes, mais surtout spécialistes, pour aller à la rencontre de – toute – la population. « Touche-t-on tout le monde de la même façon ? Non. Les campagnes de prévention arrivent trop tard. Les personnes précieuses sont celles qui renoncent le plus et le plus tôt aux soins. Alors, à défaut de faire venir les patients, c'est à nous d'aller prendre en charge ceux qui n'en ont pas le réflexe ou plus les moyens. Les consultations de cet hôpital hors les murs se remplissent à une vitesse folle », raconte Stéphane Frère, par ailleurs maire de Bonnesvalyn, petite commune de 250 habitants dans l'Aisne.

Agir pour et par les habitants. Le service santé de la mairie de Grenoble cherchait, lui, des relais afin d'accompagner les habitants à exercer leurs droits, porter ses préconisations comme celles des institutions sanitaires (agences régionales de santé, CPAM) ou réaliser de l'éducation thérapeutique. La ville a embauché et formé une équipe de femmes sans diplôme médical mais ayant elles-mêmes été confrontées à des difficultés dans leurs parcours de soins. « Nos médiatrices en santé publique ne se contentent pas d'accompagner les personnes dans le besoin dans leurs démarches ou détecter des situations médicales compliquées. Elles s'expriment

« Ce qui se vit dans les quartiers se traduit dans les corps »



Zoé Vaillant, maître de conférences en géographie de la santé à l'université de Nanterre

Qu'avez-vous appris lors de votre étude sur la prévention du cancer du sein ?

Après avoir collecté les adresses des femmes concernées par le dépistage « organisé » du cancer du sein dans une cinquantaine de communes franciliennes, des étudiants que j'encadrais ont réalisé des cartes à une maille fine. Sans surprise, nous avons pu observer d'importants écarts entre les quartiers favorisés où

les femmes se font beaucoup dépister et les quartiers défavorisés dans lesquels elles ont moins répondu à l'appel. Plus surprenant, par contre, nous avons aussi repéré des nuances au sein même des quartiers défavorisés...

Comment expliquez-vous toutes ces variations ?

Dans le quartier défavorisé des Merisiers à Trappes, le taux de dépistage effectif était identique au quartier le plus favorisé de la ville. Et donc bien au-dessus d'autres cités aux « profils sociaux » comparables... Nous avons alors classé les quartiers prioritaires de la politique de la ville selon leur degré d'intégration dans le tissu urbain, puis croisé ces données avec l'efficacité des actions de prévention. Pour arriver à la conclusion que plus un quartier populaire est isolé, plus la prévention a un faible impact et plus les femmes risquent de passer à côté du dépistage...

Faut-il alors mettre plus de moyens pour toucher les personnes les plus éloignées de l'accès aux soins ?

Les actions au plus fort impact se déroulent sur le temps long. Je songe notamment à la traduction de la plaquette du ministère de la Santé dans différentes langues, avec une distribution en porte-à-porte entre voisines ! Les ballons roses à la sortie de la gare RER ne toucheront que les femmes les plus favorisées... Si une collectivité mandate une association, qui elle-même embauche des CDD sur un an et doit produire des données chiffrées dans 9 mois, les acteurs de terrain auront tendance à se tourner vers les publics et les quartiers les moins en difficulté. Et à augmenter encore plus les inégalités... Les municipalités doivent avoir conscience que ce qui se passe dans les quartiers les plus isolés contribue à créer une ambiance qui se traduit dans les corps.

Gare aux biais sociaux de la télémédecine

La télémédecine, solution à la désertification médicale... et à la perte d'attractivité de certains territoires ? Si le « technosolutionnisme » vendu chèrement par ces start-up médicales séduit des élus désespérés, attention à ne pas perdre de vue la réalité du territoire et l'ampleur de la fracture numérique. La fédération des centres de santé les met en garde contre les failles des téléconsultations pour contrer le renoncement aux soins de certaines populations ou personnes âgées sujettes à l'illectronisme. « Je suis le premier navré que la pénurie de médecins crée un tel marché. Nous devons faire un effort de pédagogie pour convaincre nos habitants les plus rétifs aux nouvelles technologies », anticipe Florian Lecoultre, maire de Nouzonville (Ardenne), dont le centre de santé vient de consentir à utiliser cet outil pour favoriser l'accès à des spécialistes. « Le tout reste d'assurer la permanence d'un assistant médical pour surpasser le biais de l'illectronisme et ne pas passer à côté du public cible. »

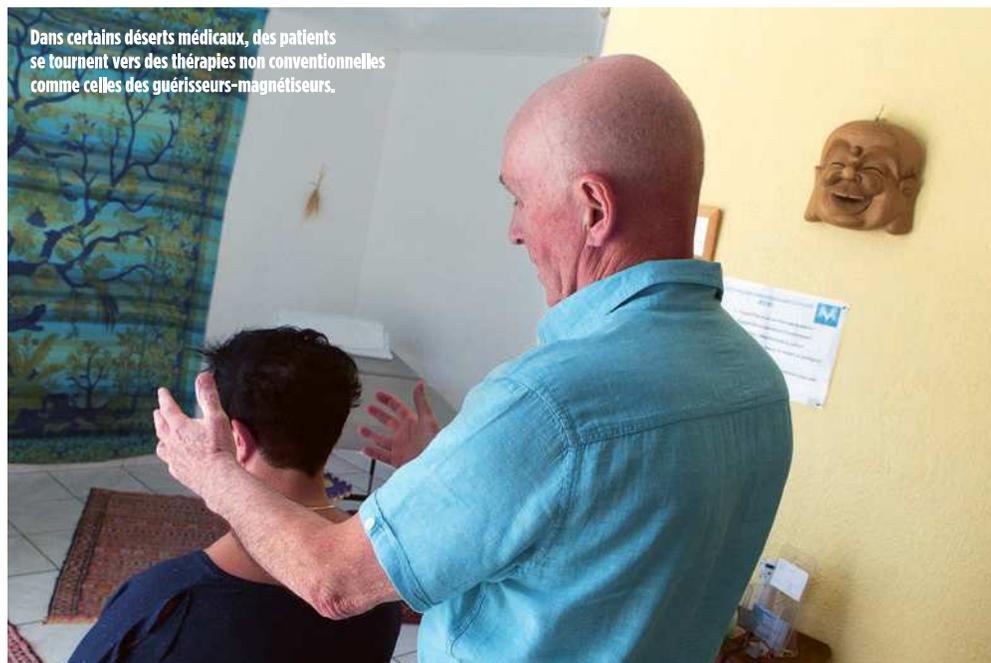
en des termes compréhensibles par leur public. Elles ont également toute l'intelligence sociale requise pour savoir comment aborder les patients affectés par des maladies chroniques et vérifier leur bonne compréhension des messages » liste, de façon non exhaustive, l'adjoint au maire en charge de la santé et sociologue spécialiste de ces questions, Pierre-André Juven. Il n'a pas de mots assez forts pour louer le rôle de ces « professionnelles de santé à part entière » durant la crise sanitaire, qu'il s'agisse de favoriser l'adoption des gestes barrière ou d'informer – et rassurer en ce qui concerne

la vaccination – en pleine épidémie de fake news.

Du côté de Nantes, une maison de santé « communautaire » a récemment vu le jour au cœur du quartier de Bellevue. « Le CCAS, les élus, les habitants et les professionnels de santé se sont assis autour de la table pour construire et faire sortir de terre un espace répondant aux besoins locaux. On retrouve, dans les murs, plusieurs associations de prévention travaillant sur la santé des femmes ainsi qu'un médecin addictologue », détaille l'élue en charge de la santé, Marlène Collineau. La ville de Nantes a largement pris sa part, en apportant sa bénédiction politique, en participant financièrement à la construction du site et en opposant des loyers abordables aux soignants impliqués dans cette initiative. « Nous avons conscience que les ARS n'ont pas forcément les bras en interne pour mener à bien ce type de projet, alors que nous, si ! » justifie Marlène Collineau. « Alors, oui, on déborde de nos compétences, mais si nous n'agissons pas, qui le fera ? »

Eviter la culture du chiffre.

Consciente que la santé communautaire et ses dispositifs de prévention ne produiront leur plein effet que sur le long terme, la mairie de Nantes semble prête à abandonner le culte de l'évaluation. Au moins dans un premier temps, dans l'espoir d'approcher les publics les plus éloignés du système de santé. Aucun objectif chiffré n'a ainsi été donné aux quatre médiateurs de santé sillonnant en parallèle les rues du quartier de Bellevue. Marlène Collineau « assume une politique de petite maille : amener un habitant chez le médecin en prenant le bus avec lui est déjà un petit pas. » **Emilie Denètre et Hugo Soutra**



Les médecines alternatives, faux-nez de dérives sectaires

Un médecin partant à la retraite qui n'est pas remplacé, c'est au mieux un pas de plus vers l'automédication de la population. Au pire, le recours à des thérapies non conventionnelles ou, pis, des thérapies parallèles... « La nature a horreur du vide ! s'exclame le docteur Laure Artru. Il y a, parmi les acupuncteurs, ergothérapeutes, homéopathes, naturopathes, des gens très compétents, capables d'orienter un patient vers un médecin classique dès que sa pathologie s'aggrave. Ce n'est malheureusement pas le cas de tous. Et je ne vous parle pas des guérisseurs ou rebouteux... » « L'absence de professionnels de santé reconnus dans les déserts médicaux laisse probablement encore plus de place à ces pratiques », confirme, le ton grave, le docteur Hélène Colombani.

Dérives sectaires croissantes. « Le recours à un acupuncteur ou un ostéopathe diplômé, lorsque les gens en ont les moyens, ne me semble néanmoins pas comparable avec l'attractivité de certaines médecines ésotériques. » Leur méfiance vis-à-vis de ces thérapies dans l'air du temps, qui préexistaient à la crise sanitaire du fait de

leur porosité avec les mouvements anti-vaccins et de la nébuleuse antisystème, s'est considérablement renforcée récemment. La pandémie de Covid-19 a redonné de la vigueur à des pseudo-remèdes en lien avec diverses « théories complotistes » et « thérapies parallèles » (jeûnes, stages méditatifs, régime « alternatifs »), relate la Miviludes dans un rapport réalisé en 2021 avec les Inspections générales de la police et de la gendarmerie ainsi que les services de renseignement territoriaux. « La déprogrammation des soins a poussé certains patients hors des cabinets de leurs généralistes. Le déficit d'information sanitaire des citoyens socialement fragiles ou psychologiquement vulnérables, combiné à l'influence des réseaux sociaux, a pu inciter certains à faire leur propre médecine », redoute le Dr Artru. Notamment dans certaines zones rurales (Ariège, Drôme, Lot, etc.), rendues d'autant plus permissives à ces abus autour du bien-être et de la santé par la désertification médicale mais aussi la forte présence de « néoruraux », adeptes de discours alternatifs... Autant de phénomènes sur lesquels les élus de terrain ne semblent avoir guère de prises.

Le déficit d'information sanitaire et l'influence des réseaux sociaux ont incité certains à faire leur propre médecine.