

Faciliter l'accès au dépistage du cancer pour les populations « défavorisées »

Enjeux, leviers et obstacles à la mise en place d'un accompagnement par les pairs

Muriel Pommier

Journée thématique ADES du Rhône, 8 février 2018

« Lutter contre les inégalités sociales de santé : l'exemple des cancers »

Contexte et objectif du projet

- **Constats** : Influence des inégalités sociales sur la mortalité par cancer colorectal (liée au niveau socio-économique); Moindre participation des populations défavorisées au dépistage organisé
- **Objectif** : Compenser les inégalités de santé générées par des mesures de prévention globales, descendantes, ou reposant sur un processus standardisé
- **Hypothèse** : L'adaptation d'une intervention par des mesures spécifiques - par des pairs et des actions de proximité permet d'augmenter la participation au dépistage
- **Méthode** : Expérimentation en matière de communication et d'accompagnement au dépistage du CCR de la population cible du DO (H/F 50-74 ans), fondée sur des « navigateurs », chargés de prévention et de proximité, issus des mêmes territoires « défavorisés », non professionnels de la santé ou du social, afin de lever les barrières (sociales, culturelles, psychologiques, matérielles) d'adhésion au dépistage
- **Principe** : Construire l'intervention sur une connaissance du terrain, des acteurs, des pratiques et de la population visée (« diagnostic de terrain » préalable)
- **Déroulement** : Sélection de zones d'habitat « défavorisées » dans 5 départements (+ faible participation au DO), recrutement et formation de 5 « navigateurs » (CDD 18 mois), « navigation » (intervention dans zones sélectionnées), suivi de l'activité des navigateurs, évaluation
- **Partenaires** : INCa, Institut G. Roussy, Ligue contre le cancer, Structures départementales de gestion du DO, Centre Hygée, Université Lyon 1 (S2HEP), Lyon 2 (COACTIS), IFÉ – ENS de Lyon

Freins de la population à la prévention 1/2

- **Représentations relatives au cancer** : maladie grave, altération de l'état physique, idée de souffrance et de mort, causes (différents facteurs, croyances), choc de la révélation, évènement majeur de vie (épreuve), tabou/secret (difficulté à communiquer sur le sujet)
- **Autres priorités dans la vie quotidienne que la santé** :
 - **facteurs socio-économiques** (faiblesse des revenus, précarité de l'emploi)
 - **facteurs environnementaux** (lieux de vie précarisés, faible mobilité spatiale, faible sociabilité, distance à l'offre médicale)
- **Faible littéracie / Distance sociale et culturelle vis-à-vis de l'information santé (obstacles informationnels)** : méconnaissance de l'anatomie humaine, du vocabulaire médical, des droits d'accès aux soins, recours tardif aux soins, demande de soins d'urgence, prévalence du curatif sur le préventif
- **Déterminants psycho-sociaux** : manque de soutien social (isolement), poids du regard des autres (stigmatisation, honte sociale), atteinte de l'estime de soi
- **Des habitants d'origines géographique, culturelle et religieuse diverses** : singularité des croyances (fatalisme par ex.), santé des migrants, diversité linguistique, milieu rural (vieillesse, isolement)
- **Question du genre dans les relations** : normes communautaires et/ou de genre (séparation des sexes); un pair de genre (F/F) facilite la communication de proximité, favorise une plus grande acceptabilité et participation (discuter de l'intimité, recevoir des conseils, etc.)

Freins de la population à la prévention 2/2

- **Offre médicale locale déficitaire** : pas de « désert médical » mais manque de disponibilité des médecins généralistes (délai d'attente pour RV de consultation, renoncement aux soins non-urgents); pratiques des médecins généralistes axées en priorité sur le curatif VS peu impliqués dans la prévention; absence de médecins spécialistes
- **Des dispositions défavorables à une démarche de prévention** : absence de surveillance au plan médical, sentiment d'être en bonne santé, absence de symptômes, parties corporelles taboues, négligence face aux signes qui devraient alerter, méconnaissance des risques objectifs (hérédité, âge, prédispositions...), peur du résultat d'exams médicaux (découverte d'une maladie), méconnaissance de l'intérêt du dépistage précoce, « invitation » au dépistage organisé vs convocation, intrusion dans la gestion de la santé individuelle, émergence d'un sentiment de vulnérabilité (sujet « à risque »)
- **Prévention** : *pas une priorité, ni une disposition intériorisée (faible réception des discours de prévention sanitaire) : capacité d'engagement réduite en faveur de démarches de prévention*
- **Dépistage** : *pas un acte incontournable et ordinaire, perçu comme un dépistage de la maladie et non pas comme un acte pour la santé*
- **Exclure ces dimensions sociales, culturelles et psycho-sociales** = *source potentielle d'inadéquation des actions de prévention VS prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé*

Des dynamiques territoriales favorables à la santé et à la construction de l'intervention ?

- **Lutte contre la précarité et les exclusions** dans ces « territoires prioritaires » : **action territoriale dans le champ social** liée aux **problématiques de l'exclusion et de la solidarité**
- Développement local d'**actions de santé de proximité** dans le registre des « inégalités sociales de santé » et promotion de la santé (PLS, ASV...)
- **Travailler ensemble** : travail en **partenariat**; défi pour l'**action collective** et la « **santé communautaire** »
- **Autres priorités locales de santé VS peu d'initiatives locales spécifiques** sur le cancer (colorectal)
- Pratiques des **médecins généralistes** en priorité **axées sur le curatif VS peu impliqués dans la prévention**
- Problématique locale de l'**accès aux droits et aux soins**
- *Inscription dans la **lutte contre les exclusions** dans des territoires « défavorisés » et les « **inégalités sociales de santé** » (accès aux soins : promotion dépistage gratuit)*

Chargé de prévention Pair : rôle et caractéristiques

Un **relais de proximité** pour faciliter l'accès au dépistage, **acteur de changement** dans les comportements de santé :

- **Non professionnel vs « personne de confiance »**, dotée d'**habiletés relationnelles** (écoute, empathie), de **dispositions personnelles** (altruisme, volontarisme...)
 - **Appartenance territoriale** : proximité de voisinage (connaissance du territoire) ou provenance extérieure (posture d'extériorité) ? ; une « figure locale » ou un « anonyme » ?
 - **Proximité sociale** : risque de gap social ; connaissance et prise en compte dans l'intervention du contexte de vie de la population « cible » (situation sociale, milieux de vie rural/urbain...)
 - **Proximité culturelle** : connaissance des codes culturels, valeurs, croyances, pratiques; communication interculturelle
 - **Appartenance au genre** : similarité facilitatrice ?; tabou de la mixité des sexes
 - **Proximité d'âge ?** (+/- de 50 ans ?) : barrière à la communication, source de discrédit ?
 - **Savoirs expérientiels en santé** (accompagnement de proches malades, connaissance de la pathologie, fréquentation du milieu médical, pratique du test de dépistage...)
- **Recruter localement des profils atypiques**, recours à des **réseaux spécifiques**, éviter des **biais de recrutement**
- **Formation ad hoc** des navigateurs

Une communication préventive de proximité pour accompagner vers le dépistage du cancer...

Un **soutien informationnel et relationnel** aux usagers potentiels du test : un **travail de proximité relationnelle**

Principes d'action et éthiques :

- **Construire localement des actions spécifiques** relatives au dépistage du CCR : **ancrage local**
- **Agir dans les lieux de vie et de rencontre** : aller « au-devant », rencontrer et mobiliser les personnes
- Inscrire les interventions dans des **espaces d'interaction publics** : aller « sur le terrain »
- **Diversifier la communication** (formelle/informelle ; individuelle/collective) et créer un **cadre sécurisant** favorisant l'expression (situation anxiogène)
- **Adapter les stratégies de communication aux différents publics** :
 - Comprendre les situations (déterminants sociaux de la santé), et les personnes (unicité et globalité de la personne dans toutes ses dimensions; réactions, besoins, potentialités)
 - Faire émerger leurs représentations et les déconstruire (// comportements de santé, maladie)
 - Expliquer, stimuler, encourager (« mettre en mouvement »)
 - Bannir l'usage de la peur, la culpabilisation, le prosélytisme
 - Faire preuve d'écoute active, d'empathie et de compréhension (rôle de tiers aidant non-directif, facilitateur, ou influant ?)
- **Diffuser l'information préventive** (informer sur la maladie, facteurs de risques, traitements, anatomie humaine, dépistage « précoce », test Hémocult)
- Développer des **relations partenariales** : susciter la **coopération entre acteurs et articuler les rôles**

Une communication préventive de proximité pour accompagner vers le dépistage du cancer...

Une activité complexe :

Nécessité d'**adapter les modes d'approche** en tenant compte des facilités et des différents obstacles relatifs aux modes de vie, à l'environnement physique et social, et aux besoins et dispositions des personnes...

- **Construction de l'activité de prévention** : de l'incertitude...
- **Adaptation des modes d'intervention aux contextes et aux personnes** : du décryptage...
- **De l'individualisation** : une pratique singulière à chaque rencontre ?
- **Pluralité de postures** (pair-aidant, facilitateur, soutien, assistant, conseil, médiateur, éducateur...?)
- Faire preuve de **créativité et de plasticité**
- **Activité multidimensionnelle** au croisement du médical, du social, du psychologique, de la communication, du pédagogique
- **Enjeu de légitimité** : inscrire un acteur de prévention / une intervention inédite dans le champ local de la prévention
- **Temporalité longue de l'action préventive, agir sur les déterminants de la santé pour réduire les ISS..?**