

# Impact de la forme d'organisation « centre de santé pluridisciplinaire associatif » sur la participation au dépistage des cancers des populations en situation de précarité

Pierre MAZET<sup>1</sup> Catherine EXBRAYAT<sup>2</sup>, Benjamin GILARDI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ODENORE (Observatoire des non recours aux droits et aux services).<sup>2</sup>ODLC (Office De Lutte contre le Cancer Isère).

## »» Objectifs

Cette expérimentation consistait à analyser si une forme d'organisation tel qu'un centre associatif de santé pouvait permettre une meilleure adhésion des populations en situation de précarité au dépistage organisé des cancers du sein (DOCS) et du côlon-rectum (DOCCR) que les offres de soins classiques.

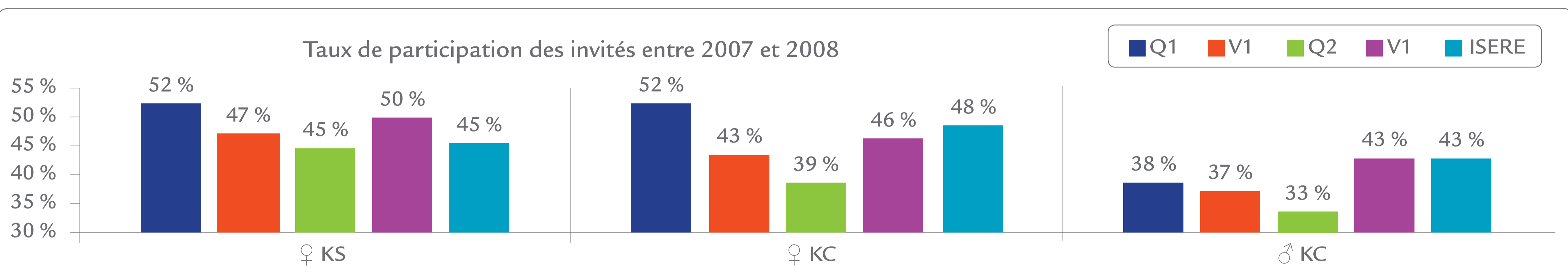
Il ne s'agissait pas d'opposer deux systèmes de santé mais bien de les comparer, de repérer leurs points de force et de faiblesses et d'en analyser les origines.

## »» Sites concernés

Ce travail est conduit en s'appuyant sur une comparaison de deux sites, présentant des indicateurs socio-économiques similaires, et appartenant à un territoire classé en Zone Urbaine Sensible :

- > un quartier (Q1) de la ville de Grenoble (V1) présentant un centre de santé associatif,
- > un quartier (Q2) d'une autre ville (V2) présentant les mêmes caractéristiques sociales et bénéficiant d'une offre de soins différente.

## »» Résultats



En 2007 et 2008 la population invitée (hommes et femmes) était de 384 dans le quartier Q1, 585 dans le quartier Q2, 30.387 dans la ville V1, 7.375 dans la ville V2 et 214.610 en Isère, dont respectivement 176, 301, 17.237, 4.020 et 109.165 femmes. Pour tous les dépistages on observe la participation la plus élevée dans le quartier Q1 où est présent le centre de santé associatif alors qu'à l'inverse le quartier Q2 ayant une offre de soins classique présente les taux les plus faibles. La plus forte participation au DOCCR chez les femmes peut être en lien avec une plus grande antériorité de ce dépistage chez les femmes dans notre département (1990 vs 2002 chez les hommes) et par un plus fort recours au médecin des femmes (grossesses, suivi médical des enfants) notamment dans les quartiers prioritaires, permettant plus souvent la remise de tests au cours des consultations.

Parmi les 969 personnes contactées par courrier, 185 ont répondu dont 104 acceptaient un entretien. Trente quatre entretiens téléphoniques et 30 entretiens à domicile ont finalement été réalisés. Les personnes interrogées sont majoritairement participantes au dépistage (34 femmes : 34 mammographies faites, 13 test HémoCult, 8 suivies par coloscopie ; 30 hommes : 17 tests HémoCult, 4 suivis par coloscopie). Ce corpus n'est donc pas représentatif de la participation dans ces territoires. Cet état de fait n'est pas surprenant : il est en effet assez logique que les personnes ne participant pas à un dispositif qui s'adresse à elles participent moins à une enquête visant à comprendre les raisons de leur non participation/ non adhésion au dépistage. Pour rencontrer des personnes ne recourant absolument pas aux dispositifs de prévention, il faut disposer d'une présence au long cours sur les territoires, incompatible de fait avec le temps de cette enquête.

## »» Discussion

S'il apparaît clairement que la participation est meilleure dans le quartier doté d'un centre de santé, il est pourtant difficile d'expliquer le comportement des individus dans leur rapport au dépistage à partir de variables objectives ou de facteurs identifiés comme facilitant ou obstruant l'accès au dépistage ou aux soins. Le rôle de l'offre de soins n'apparaît pas clairement au travers des entretiens comme facteur influençant l'adhésion au dépistage. Quasiment chaque facteur ou paramètre identifiable comme incitateur chez une personne peut ne pas l'être chez une autre ; ou un même facteur, la peur par exemple, inciter certaines personnes et en dissuader d'autres.

## »» Méthodologie

La méthodologie a associé recueil de données quantitatives et analyse qualitative sur la base d'entretiens menés avec les populations concernées.

L'analyse quantitative a porté sur la mesure au 15 février 2010 de la participation au dépistage organisé des cancers du sein (KS) et des cancers colorectaux (KC) pour les personnes invitées en 2007 et 2008. Les taux de participation pour le DOCCR prennent en compte les exclusions, selon les recommandations nationales (déduite de la population de référence). Les résultats de participation dans les 2 quartiers étudiés ont été comparés entre eux, à ceux des communes auxquelles ils appartiennent et à ceux de l'Isère.

Les bénéficiaires des deux quartiers ont été sollicités par courrier pour être rencontrés en entretiens individuels. Ces entretiens semi-directifs avaient pour objectifs d'approfondir leurs pratiques de prévention, et d'analyser les freins et les leviers à l'accès à la prévention (notamment la place des structures et dispositifs de santé dans cet accès à la prévention).

Il est néanmoins possible d'identifier un certain nombre de traits communs dessinant des profils parmi les personnes ayant effectué les tests de dépistage :

- > **personnes précautionneuses** : personnes qui gèrent leur santé comme un capital, adhèrent fortement aux principes préventifs et soutiennent voire diffusent les dispositifs de dépistage ;
- > **personnes intégrées ou réceptives** : personnes pour lesquelles le message de prévention est banalisé mais qui entretiennent un rapport moins soucieux à leur santé, et sont moins régulières dans leur participation ;
- > **personnes transigeantes** : personnes qui ont connaissance du dépistage du cancer, mais pour lesquelles la réalisation du test exige une certaine négociation, rendant le « passage à l'acte » plus aléatoire ;
- > **personnes obéissantes** : personnes qui ne formalisent pas leur rapport à la santé, et n'ont pas nécessairement connaissance des campagnes de dépistage, mais entretiennent une relation de confiance avec leur médecin et suivent ses préconisations.

La lettre d'invitation au dépistage constitue par ailleurs un élément déclencheur fondamental de la réalisation des tests : fonction d'information et d'individualisation du message préventif, mais aussi de réflexion et d'activation pour s'engager dans le dispositif.

Parmi les **personnes qui n'ont pas participé**, on trouve deux cas de figure fonction de leur degré d'éloignement par rapport au dépistage :

- > des personnes qui ne sont pas opposées à la démarche préventive, mais **méconnaissent** le dépistage du cancer colorectal **ou sont rebutées** par les modalités pratiques de réalisation du test hémoCult ;
- > des personnes qui ont connaissance des campagnes de dépistage, mais **refusent de se faire dépister** ; elles ont en commun un rapport spécifique à la santé : soit elles souffrent de pathologies lourdes, soit elles s'estiment à l'inverse en très bonne santé, et ne voient pas l'intérêt de dépister une maladie alors qu'elles ne ressentent aucun symptôme.

## »» Conclusion

Les entretiens ne permettent pas d'expliquer l'impact, pourtant très réel au regard des données quantitatives recueillies, de la forme d'organisation centre de santé pluridisciplinaire associatif sur la participation au dépistage des cancers. Ils montrent en revanche que l'entrée ou la non entrée dans le dispositif de dépistage ne peut être expliquée mécaniquement par des facteurs et des catégories objectivables mais renvoie à la manière dont les individus sont concernés ou pas par la problématique préventive. L'enjeu d'une plus grande participation réside par conséquent dans un meilleur concernement des publics ciblés par le dépistage.