



CAPSULES

« Regards croisés sur le soin et la précarité »

Guide d'accompagnement



Conçu par :

Delphine DURAND, Emmanuelle VERDANT, Maggie CHEVASSU, Ireps BFC
Hélène GALLOT, FAS
Thomas BALLANDRAS, Denis CHERVAL, FeMaSCo



FeMaSCo

Bourgogne Franche-Comté

Fédération des Maisons de Santé
et de l'Exercice Coordonné



ireps

Instance régionale
d'éducation et de promotion
de la santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



Fédération
des acteurs de
la solidarité

ÉQUIPE PROJET

Maggie CHEVASSU

Delphine DURAND

Emmanuelle VERDANT

*Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé BFC*

Hélène GALLOT

Fédération des Acteurs de la Solidarité

Thomas BALLANDRAS

Denis CHERVAL

*Fédération des Maisons de Santé
et de l'Exercice Coordonné*

Année 2021

Avec le soutien financier de :


**PRÉFET
DE LA RÉGION
BOURGOGNE-
FRANCHE-COMTÉ**
*Liberté
Équité
Fraternité*

**STRATÉGIE NATIONALE
DE PRÉVENTION ET DE LUTTE
CONTRE LA PAUVRETÉ**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ■

Présentation du projet
Partenariat

PRÉSENTATION DE L'OUTIL ■

Objectifs
Destinataires
Contenu

REPÈRES THÉORIQUES ■

Les déterminants de la santé
Les représentations sociales

BIBLIOGRAPHIE ■

FICHES TECHNIQUES ■

Capsule 1 « La relation soignant-soigné, au-delà du cabinet médical »

Capsule 2 « La considération mutuelle dans la relation soignant-soigné »

Capsule 3 « L'interdisciplinarité dans la relation soignant-soigné »

Présentation du projet

Favoriser l'accès à la santé des plus démunis reste l'une des préoccupations majeures des acteurs du monde sanitaire et du secteur social. Cependant, le renoncement n'est pas un phénomène rare. Selon les données du « Baromètre du renoncement aux soins », un quart des assurés sociaux enquêtés signalent avoir déjà renoncé à se faire soigner. La notion de renoncement correspond à « des besoins de soins qui seraient non satisfaits alors que les personnes en ressentent la nécessité » (Odenore, 2014).

Deux types de renoncement ont été décrits : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Le premier terme fait référence à « l'existence de contraintes, en particulier financières », le second relève davantage de l'expression d'un choix à l'égard de la médecine (Després et al., 2011). De façon large, la notion de renoncement aux soins est utilisée « par des acteurs de différentes natures, notamment du monde de la protection sociale, plutôt dans son acception « barrières », pour signifier les « empêchements », les « gênes », que les personnes rencontrent par rapport aux soins » (Revil, 2018).

Différentes explications au renoncement aux soins ont été rapportées par ces personnes en difficultés en matière de soins : des raisons financières, temporelles (délai pour avoir un rendez-vous, manque de disponibilité), géographiques. D'autres raisons viennent s'ajouter aux précédentes, telles que les craintes par rapport au monde médical, aux soignants et/ou aux diagnostics. Les personnes en situation de précarité expliquent bien en quoi « le fait d'avoir un médecin traitant, de lui faire confiance, peut aider à faire face aux difficultés d'accès et de maintien dans les soins » (Revil, 2018). En revanche, elles déclarent que les échanges avec les professionnels sont parfois complexes et qu'elles ne s'autorisent pas nécessairement à intervenir et poser des questions lors des consultations (Revil, 2018). Des incompréhensions lors des consultations viennent gêner les processus de soins (Marron-Delabre et al., 2015).

De même, des anticipations de discrimination par les personnes précaires renforcent le renoncement en matière de santé et altèrent également la confiance qu'elles ont dans le système de santé (Cornu Pauchet, 2018). Si des expériences antérieures dans le parcours de soins peuvent être vécues comme humiliantes ou stigmatisantes, des réticences à accueillir des personnes en situation de vulnérabilité ou de fragilité ont réciproquement été exprimées par les professionnels de santé (Després, 2011). Ces derniers pointent plus particulièrement des comportements jugés agressifs (Boissonnat-Pelsy, 2006), ou anticipent des difficultés de suivi spécifiques à ces personnes en situation de précarité (absentéisme, retards fréquents), ce qui laisse entrevoir la connotation négative que revêt ce type de relation soignants-patients (LEPS, 2017). Les mécanismes de défense et de résistance déployés en retour par les personnes exposées à la précarité ne font qu'accréditer une telle idée. Une meilleure connaissance de la précarité et de ses particularités socioculturelles permettrait alors d'améliorer les représentations des médecins (Matz, 2011).

Ainsi, les représentations parfois ancrées au sein de la profession médicale sur les personnes en situation de précarité, et réciproquement chez ces personnes sur le système de santé et ses acteurs, demeurent difficiles à renverser. Les incompréhensions mutuelles contribuent à maintenir une distance entre les professionnels de santé et les personnes précaires. Ces problématiques de communication peuvent en toute logique freiner l'accès aux soins (Boissonnat-Pelsy, 2006).

L'objectif de ce projet est ainsi de créer des capsules d'animation destinées à être diffusées auprès de professionnels de santé et d'étudiants en santé et élaborées en co-construction avec des personnes précaires et des professionnels de santé en vue de les amener à se questionner sur leurs représentations respectives. De cette façon, il s'agira d'identifier les leviers amenant à une meilleure compréhension de chacun, favorisant une confiance mutuelle essentielle à la relation de soins.

Partenariat

Ce projet s'inscrit dans le prolongement des réflexions menées au sein du groupe de travail de la stratégie de lutte contre la pauvreté et du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et s'appuie sur le partenariat entre l'Ireps BFC, la Fédération des acteurs de la solidarité et la Femasco.

L'Ireps BFC accompagne de nombreux acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité dans la construction de leurs actions et projets de promotion de la santé. Elle contribue à la formation de ces acteurs sur les enjeux de santé spécifiques aux publics vulnérables. Pendant vingt ans, dans le Doubs, l'Ireps BFC a porté un dispositif d'accompagnement santé individualisé qui visait à lever les freins à l'insertion liés à la santé et qui comportait une dimension importante de médiation entre les personnes concernées et les professionnels de santé.

Au niveau national, la Fédération des acteurs de la solidarité a créé un observatoire du refus de soin, qui permet à la fois de quantifier les refus de soin, et de les qualifier pour comprendre les points de tension à lever. La Fédération des acteurs de la solidarité Bourgogne-Franche-Comté a soutenu le Conseil régional des personnes accueillies dans la rédaction de propositions concrètes pour la politique régionale de santé et leur présentation en comité stratégique précarité de l'ARS BFC dans le cadre de l'écriture du PRAPS en 2017. Elle est également engagée dans la reconnaissance de la fonction de médiateur-pair, notamment par leur formation en région et par l'accompagnement des établissements à les intégrer au sein de leurs équipes.

La Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné en Bourgogne-Franche-Comté (Femasco-BFC) a pour missions l'accompagnement des équipes en exercice coordonné et celles en projet, le développement d'actions de santé publique, la formation des équipes ainsi que la contribution au déploiement d'une dynamique d'amélioration de la qualité. Elle compte 97 structures adhérentes (maisons de santé pluridisciplinaires, maisons médicales ou pôles de santé), soit environ 1 400 professionnels de santé.



● Objectif général

Sensibiliser les professionnels de santé aux spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité

● Objectifs pédagogiques

Comprendre le rôle des représentations mutuelles dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de précarité et leur influence sur la pratique professionnelle

Percevoir la diversité des facteurs qui influencent la santé

Mettre en évidence les leviers permettant d'améliorer la communication entre professionnels de santé et personnes en situation de précarité

Favoriser dans le parcours de soins la prise en compte des problématiques psychosociales des personnes en grande précarité

● Destinataires

Professionnels de santé et étudiants en santé

Professionnels et bénévoles du secteur médico-social accompagnant des personnes en situation de précarité

● Contenu

3 vidéos et 3 fiches techniques
1 Guide d'accompagnement



Les déterminants de la santé

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Leur étude s'attache à montrer l'impact du contexte social sur la santé mais aussi les mécanismes par lesquels ces déterminants l'affectent. Ce concept trouve ses sources dans les années 1970, à partir de critiques suggérant que la recherche et l'action publique devraient être dirigées plus vers les sociétés dans lesquelles les individus vivent que vers les individus eux-mêmes. Il s'agissait de passer d'un service fourni aux personnes lorsqu'elles étaient malades à un programme de santé publique qui les aiderait à rester en bonne santé. Les DSS conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement.



Carte de la santé et de ses déterminants. In : Pigeon Marjolaine. La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir. Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction des communications, 2012, p. 7. <https://cuttly/santeCA-determinants>

Les représentations sociales

Les représentations sociales sont issues des expériences de vie, des connaissances de chacun. Elles sont des grilles de lecture et d'interprétation du monde, que chacun porte en soi. Elles guident les comportements, les actions et les interactions sociales.

Une représentation est une image mentale construite à partir de faits subjectifs

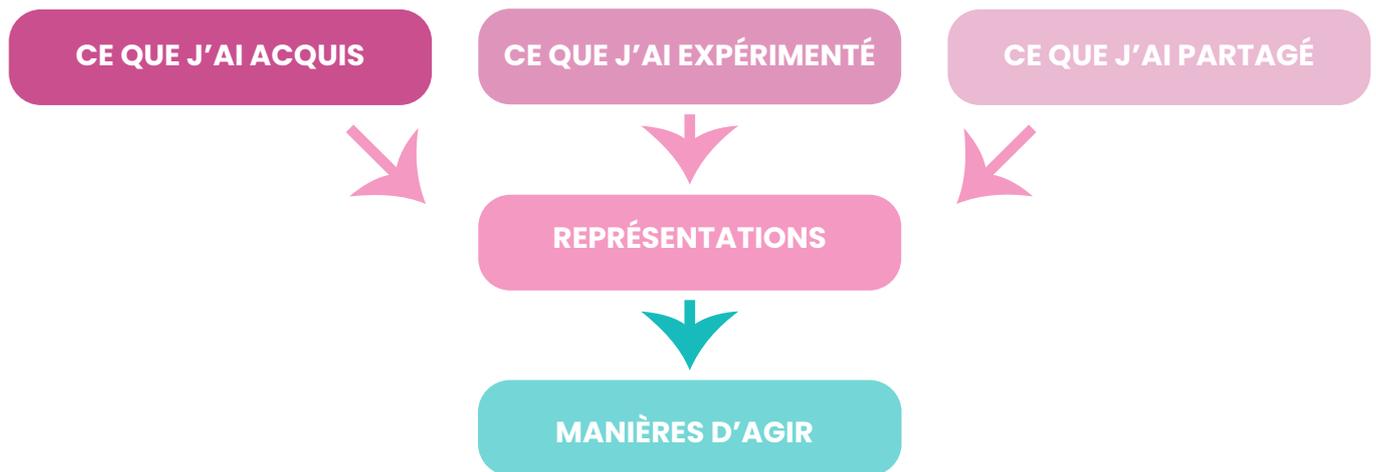


Schéma emprunté à B. Sandrin Berton

Les représentations sociales s'inscrivent dans un contexte précis, dans une époque, et sont fortement imprégnées et associées à des normes sociales et à des valeurs, qui sont celles d'une collectivité. [...] Il est important d'en tenir compte dans la mise en œuvre du projet ou de l'action. Élaborer un projet [...], c'est aussi promouvoir des normes sociales et des valeurs, celles d'un groupe social particulier.

Les normes sociales sont un ensemble de règles de conduite, plus ou moins explicites, construites et adoptées par une société. Elles reflètent les valeurs dominantes au sein d'un groupe, elles sont donc relatives à une époque, à un lieu et à une collectivité plus ou moins large. Elles représentent aussi la loi du plus grand nombre. Les normes prescrivent des comportements types et participent à la cohésion sociale. Chaque individu les intègre progressivement, au cours du processus de socialisation. Certaines normes peuvent être formalisées, par exemple, à travers des lois, mais toutes ne le sont pas, ce sont les habitudes, les coutumes, les mœurs...

Il est attendu que chacun s'adapte et se conforme aux normes sociales sous peine de se voir sanctionné, au moins socialement. Des normes contradictoires peuvent coexister au sein d'une société donnée. Elles ne sont donc pas toutes partagées par les mêmes individus, ce qui peut être source d'incompréhension ou de tension entre personnes. Les normes vont de pair avec le jugement, l'appréciation, l'acceptation ou le rejet. Les normes sociales en matière de santé sont fortement investies de nos jours, la santé étant une valeur cardinale de notre société.

Par exemple, la collectivité mobilise d'importants moyens pour faire en sorte que les individus respectent la norme prescrivant l'arrêt tabagique : interdiction de fumer dans les lieux publics, augmentation du prix des paquets, campagnes de prévention chocs... Alors que le fait de fumer était autrefois socialement valorisé, le fumeur est mis, aujourd'hui, au nom de la santé publique, à la marge sociale (Mannaerts, 2013).

La construction d'une représentation sociale réunit deux exigences : la première, l'objectivation de la réalité vécue par l'individu ; la seconde, l'interprétation de cette réalité en fonction des valeurs des groupes sociaux auxquels ce même individu appartient¹. La représentation est ainsi la résultante d'un processus d'élaboration, d'appropriation et d'interprétation de la réalité extérieure combiné à l'intériorisation de modèles et de valeurs sociales².



1. Doise W. Les représentations sociales. In : Richard JF, Ghiglione R, Bonnet C (dir.). *Traité de psychologie cognitive*. Paris : Dunod ; 1990 ; III :113-74.
2. Anadon M. *Les rapports sciences/société et représentations scolaires*. Montréal, Québec : Presses d'Université du Québec ; 1990.

BIBLIOGRAPHIE ■

Boissonnat-Pelsy, H., Sibue-DeCaigny, C. Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. *Laennec* 2006 ; 54(2) : pp. 18-30. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2006-2-page-18.htm> (Consulté le 21/10/2021)

Cornu Pauchet, M. Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards* 2018 ; 53(1) : pp. 43-56. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-43.html> (Consulté le 21/10/2021)

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé* 2011 ; 10 (169), 8p. En ligne : <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf> (Consulté le 21/10/2021)

Fédération des acteurs de la solidarité. Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement. Paris : Fnars, 2018, 79 p. En ligne : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/12/publication_travail_pair.pdf (Consulté le 21/10/2021)

Despres C., Gangnayre R., Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes. Paris : Université Paris 13, 2017, 248 p. En ligne : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-04-03_Etude_Analyse_m%c3%a9decins_pr%c3%a9carit%c3%a9.pdf (Consulté le 21/10/2021)

Marron-Delabre, A., Rivollier, E. & Bois, C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Santé Publique* 2015 ; 27(6) : pp. 837-840.

Matz Flye Sainte Marie, C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. Nancy : Université Poincaré-Nancy 1, 2011. En ligne : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733834> (Consulté le 21/10/2021)

Revil H., Bailly S., Daabek N. Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. Paris : Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), 2019, 21 p. En ligne : <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/barometre-renoncement-aux-soins-gard-brsg-2018> (Consulté le 21/10/2021)

Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. *Regards* 2018 ; 53(1) : pp. 29-41. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-29.htm> (Consulté le 21/10/2021)

Revil H., Daabek N., Bailly S. Synthèse descriptive des données du Baromètre du renoncement aux soins (BRS). Grenoble : ODENORE-PACTE-CNRS-HP2-INSERM, Université Grenoble Alpes, 2019. En ligne : <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/synthese-descriptive-donnees-barometre-renoncement-aux-soins-brs> (Consulté le 21/10/2021)

Vanoye J., De Goer B., Boissonnat Pelsy H. Professionnels de santé et personnes en grande précarité sociale... On avance ensemble. Un travail commun pour mieux se comprendre. Chambéry : RESPECTS 73, 2016

Lang T. Inégalités sociales de santé. *Les tribunes de la santé* 2014 ; 43 : pp. 31-38
En ligne : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-2-page-31.htm> (Consulté le 21/10/2021)

Mannaerts D. Questionner les représentations sociales en promotion de la santé. Bruxelles : Cultures & santé asbl, 2013, 54 p. En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/261-questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante.html> (Consulté le 21/10/2021)

Claire I., Kaszap M. Éducation à la santé : représentations sociales des préoccupations des jeunes du Canada. *Santé Publique* 2013 ; 25 (1) : pp. 25-33. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-25.htm> (Consulté le 21/10/2021)



1

FICHE TECHNIQUE

CAPSULE 1

« La relation soignant-soigné, au-delà du cabinet médical »

Que se passe-t-il ?

Le patient n'écoute jamais alors que c'est pour son bien !



...à la maison, au quotidien, tout est déjà si compliqué

URL pour visionner la vidéo :

<https://www.youtube.com/channel/UCKTjITYmaepFSUtwKLFuhNQ/featured>



ARRÊTS SUR IMAGE

Prenez le temps de la réflexion au regard de tous les déterminants de la santé :

- les caractéristiques individuelles ;
- les milieux de vie ;
- les systèmes ;
- le contexte global.

Évocations et questionnements possibles



Que peut-on dire des conditions de vie dans lesquelles Marine débute sa grossesse ?
Quelles peuvent-êtr ses préoccupations ?
Comment vit-elle l'annonce de celle-ci ?



Ce suivi au long cours par le médecin de famille est-il, à votre avis, un atout pour cette consultation grossesse ? Ou au contraire un frein ?



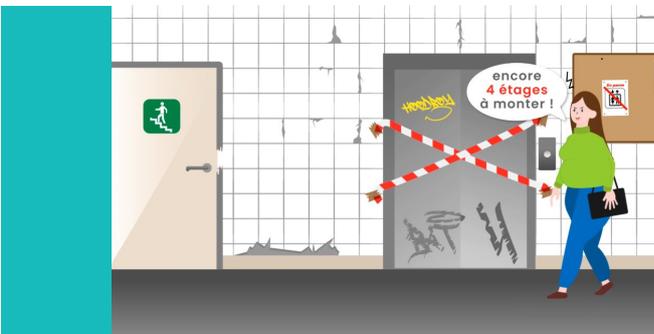
Comment décririez-vous le mode de communication du médecin ? Comment l'information et les conseils donnés par le médecin sont-ils perçus par Marine ?
Que comprend-elle ?
Que ressent-elle ?

« La relation soignant-soigné, au-delà du cabinet médical »

□ Évocations et questionnements possibles



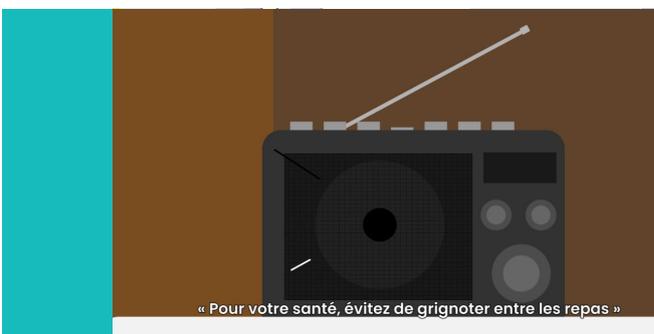
Qu'indique le silence de Marine ?
Qu'aurait pu faire le médecin pour favoriser le dialogue ?



Comment le cadre de vie (revenus, logement, quartier...) impacte-t-il la santé de Marine ?



Quel est le rôle de la famille dans cette situation ? Que peut-on présumer du pouvoir d'agir de Marine ?
En quoi la famille influence-t-elle les parcours de vie et les décisions de chacun ?



De quelle manière les messages de prévention peuvent-ils contribuer aux changements de comportement ?
Quel peut être l'impact des médias sur les comportements alimentaires ?

Pour aller plus loin : <https://ireps-bfc.org/publication>

« Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes »



« La considération mutuelle dans la relation soignant-soigné »

Que se passe-t-il ?

Assez du clientélisme !



Moi aussi j'ai une vie !

URL pour visionner la vidéo :

<https://www.youtube.com/channel/UCKTjITYmaepFSUtwKLFuhNQ/featured>



ARRÊTS SUR IMAGE

Prenez le temps de la réflexion au regard de tous les déterminants de la santé :

- les caractéristiques individuelles ;
- les milieux de vie ;
- les systèmes ;
- le contexte global.

□ Évocations et questionnements possibles



Que peut-on dire des conditions de vie de Marine ? Comment impactent-elles sa santé ? En quoi ces rendez-vous simplifiés de prévention facilitent-ils l'accès aux soins ? À votre avis, est-ce suffisant ?



Quelles peuvent-être les conséquences (directes et indirectes) de difficultés financières sur la santé ? En quoi la précarisation peut conduire au renoncement aux soins ?



Comment décriez-vous l'état d'esprit de Marine ? Quelles difficultés Marine va-t-elle rencontrer si elle se rend à son rendez-vous sans moyen financier ?

« La considération mutuelle dans la relation soignant-soigné »

Évocations et questionnements possibles



Quels sont les aspects de la mobilité qui entrent en jeu ici ? Comment impactent-ils l'accès aux soins et la santé de Marine ?



Quelles conséquences voyez-vous de ce rendez-vous manqué (sur son parcours de soin et sur sa relation avec le professionnel de santé) ?

4 5 6 11 12 13 18 19 20 24 25 26 31	9H00 M. FROE M. COUVERTO M. LOUZE MME. BRUO	10H00 MME. AGNET M. PÉREIRA	11H00 M. ALFONSO M. DANIEL	12H00 M. BENVENISTE MME. CHENOUER	13H00 M. TAVIN M. SIBILLU	14H00 M. DUMPT MME. THURN	15H00 M. LANGELOT M. DENNE	16H00 MME. KARL M. FERRIER	18-19H00 ENFANTS GARDERIE	M. POULET M. MOIRA	MME. AÏCH M. JESAN	MME. TRACAC M. BOLEDT	M. GOUIN M. TRUPI	M. MARTIN MME. BRUO	MME. HASSAN MME. VERGOURAN	MME. EL HASSI MME. BOIT	M. LASKAR M. POSTIGA M. MATHIOUX M. SALATIN	MME. JULIET M. PIGNOT MME. DURANG M. BRIDONNE	MME. BOUKA M. PIGNOT	BÉNÉVOLAT
						M. DUMONT MME. COLLET	M. BOUOT M. BRUNET	MME. JULIE M. BRUNET				MME. MARIE-MAURINE CHENOUER	M. PIVERT M. BRUNAN	MME. JOYE M. OLIVA						

elle fait entrer le patient suivant.

Que peut-on dire de l'agenda de la dentiste en termes d'adaptabilité ?



Comment décririez-vous l'attitude de la secrétaire ? Comment ce report de rendez-vous est perçu par Marine ? Quelles problématiques cela peut-il engendrer ? Pourquoi le bénévolat de la dentiste est-il évoqué ? Quelles conséquences cela entraîne-t-il en termes de représentations ?

Pour aller plus loin : <https://ireps-bfc.org/publication>

« Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes »



3

FICHE TECHNIQUE

CAPSULE 3

« L'interdisciplinarité dans la relation soignant-soigné »

Que se passe-t-il ?

Trop de professionnels, trop d'information, trop de mots que je ne comprends pas...



J'ai besoin d'informations sur son état de santé et les différents RDV médicaux que le patient a pu avoir.

URL pour visionner la vidéo :

<https://www.youtube.com/channel/UCKTjITYmaepFSUtwKLFuhNQ/featured>

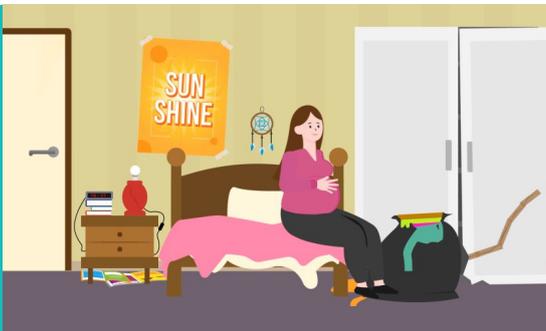


ARRÊTS SUR IMAGE

Prenez le temps de la réflexion au regard de tous les déterminants de la santé :

- les caractéristiques individuelles ;
- les milieux de vie ;
- les systèmes ;
- le contexte global.

□ Évocations et questionnements possibles



Que peut-on dire des conditions dans lesquelles Marine vit sa grossesse ? Comment se sent-elle ?



De quels (autres) types d'accompagnement Marine aurait-elle pu bénéficier ? Que peut-on dire de la mise en place de dispositifs de suivi à domicile sur l'accès aux soins ?



Qu'est-ce qui se joue dans la gêne de Marine quant au désordre de sa chambre ? Comment perçoit-elle le regard du professionnel de santé face à ses conditions de vie ? Comment son cadre de vie impacte-t-il son parcours de soin ?

« L'interdisciplinarité dans la relation soignant-soigné »

□ Évocations et questionnements possibles



Qu'observe-t-on dans la communication entre la sage-femme et Marine ?
Qu'est-ce qui est en jeu dans cette situation (accessibilité du discours médical du professionnel de santé et capacités d'analyse du patient) ?



Quelles ressources pouvez-vous identifier chez Marine (en termes d'estime de soi, de confiance en soi et en sa sage-femme, de compétences psychosociales...) pour accueillir les informations relatives à sa santé ?



Comment pourriez-vous définir l'action de la sage-femme (par rapport à la place du patient dans les soins, la coordination des différents professionnels, etc.) ?



Comment décririez-vous le travail de la sage-femme sur le plan de la communication ?
En quoi cela peut faciliter l'accès à l'information pour Marine ?
Quel en est l'effet sur Marine ?
Que peut-on en dire en termes de pouvoir d'agir ?

Pour aller plus loin : <https://ireps-bfc.org/publication>

« Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes »