Publié par:
REISO.org
REVUE D'INFORMATION SOCIALE

Précarité et compétences en santé



Monkey Business / Fotolia

Pour les professionnels de la santé, l'information des personnes migrantes se heurte à une série de difficultés. Une étude menée à Genève les identifie à trois niveaux : accès aux soins, transfert de compétences, contexte de vie des patients.

Par ***Cynthia Loureiro Soares*** [1], ***Claudine Burton-Jeangros*** [1], ***Elisabeth Martins-Dominati*** [2], ***Yves Jackson*** [2,3]

1. Département de sociologie, Université de Genève
2. Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève
3. Institut de santé globale, Université de Genève

Le concept des compétences en santé avance que plus un individu est compétent, plus il est autonome et responsable face à sa santé et à la maladie. Or, ces compétences sont décrites comme moins présentes chez les individus de classes sociales défavorisées qui, en outre, rencontrent davantage de difficultés d'accès aux soins. Cet article présente une étude menée à la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) à Genève visant à évaluer le transfert de compétences en santé de professionnels à des patients très précaires. Elle démontre l'importance de l'interaction et de la prise en considération du contexte de vie des patients.

Des compétences complexes et multidimensionnelles

Les compétences en santé englobent les ressources et les connaissances que possède un individu « pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations concernant la santé » [1] afin de se maintenir dans un bon état de santé et faire face à la maladie. Ces compétences complexes et multidimensionnelles sont nécessaires au développement de l'autonomie et de la responsabilité dans un monde où l'individu est mené à faire des choix compliqués.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « la littératie en matière de santé se compose également de compétences en communication. Un individu doit être en mesure de communiquer ses besoins aux intervenantes ou aux intervenants de la santé. Il doit aussi être en mesure de comprendre les renseignements qu'il reçoit d'eux » [2]. Le professionnel de santé est donc un pourvoyeur de compétences et la communication devient un outil fondamental.

Ceci amène à appréhender les compétences en matière de santé comme un concept relationnel dynamique où, au-delà des déficits identifiés chez les patients, les interactions entre le patient et le médecin sont également au centre du succès ou de l'échec de la prise en charge médicale [3].

Le niveau de compétences est corrélé au statut social des individus, relation médiée notamment par le niveau éducatif et économique [4]. Il a été démontré que les groupes défavorisés recourent moins aux soins alors même que leurs besoins de santé sont plus importants. De plus, au-delà d'une différence d'accès aux soins, les possibilités thérapeutiques sont inégalement distribuées [5]. Une frange conséquente de la population du canton de Genève se trouve en situation de précarité économique. La consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) des Hôpitaux universitaires de Genève fournit des soins à cette population. Créée en 1997 suite à l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire et vise à donner un accès aux soins de qualité aux populations précaires du canton, à coordonner les actions de santé, à favoriser leur intégration dans les réseaux de soins et sociaux et à documenter les besoins de santé. Cette étude explore le déploiement du transfert de compétences en santé par les soignants dans ce contexte.

Observations participantes et entretiens

Cette recherche qualitative menée durant le premier trimestre 2016 a combiné des observations participantes lors des consultations infirmières (n=180) et des entretiens (n=10) semi-directifs auprès du personnel soignant. Les éléments recensés comprenaient l'origine du patient, la durée et le motif de la consultation, les différents intervenants y prenant part, les langues utilisées, le niveau de compréhension mutuel tel qu'il était perçu par le chercheur et, finalement, si cette consultation s'inscrivait dans un suivi médical ou non. Le guide d'entretien abordait les thèmes suivants : la situation professionnelle de manière générale avant et au sein de la consultation, le travail effectué au quotidien, les relations de soins telles que vécues par le soignant, ainsi que la connaissance du concept de compétences en santé et leur possible transfert au patient. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrit puis une analyse thématique a été conduite.

L'analyse des résultats

1. Accès aux soins. La CAMSCO a pour objectif d'offrir un accès primaire aux soins, obtenu en se rendant à la consultation gratuite et ouverte à tous, permettant dans un second temps, d'offrir un accès secondaire à des soins de suivi ou spécialisés. Néanmoins, en dépit de facteurs facilitants cet accès, diverses barrières limitent cet accès et diffèrent en fonction de la typologie de patients. Pour les sans-papiers, cela inclut des facteurs administratifs (crainte de décliner une identité), structurels (horaires des consultations) et économiques (peur de manquer le travail et de perdre son emploi, peur de ne pas pouvoir assumer des frais médicaux). Toutefois, ces patients semblent consulter dès qu'un problème de santé suffisamment grave menace leur corps, représentant leur outil de travail. Pour les patients sans-abris, la vie quotidienne les amène à privilégier la satisfaction de leurs besoins primaires, dormir et manger, avant de se préoccuper de leur santé ; la peur de l'institution, du cadre, de la contrainte et la perte de confiance en l'autre représentent autant de barrières à l'accès aux soins.

2. Importance du lien dans le transfert des compétences en santé. Au vu des difficultés de communication liées à la langue et du contexte de vie difficile, le transfert systématique et complet de compétences en santé et l'autonomisation des patients sont difficilement applicables. Nos données montrent l'importance du travail d'adaptation, de négociations, de création d'un lien de confiance par les soignants pour entrer en relation avec ces patients. « On part du postulat qu'elle [la rencontre] est naturelle. La question c'est qu'est-ce qui l'empêche ? Et on pourrait dire, très simplement, au fond ce qui l'empêche, c'est que les gens ont des tas de problèmes. Et alors il faut s'atteler à ces problèmes. » (Infirmière 7).

Ce travail s'inscrit dans un processus, parfois complexe, requérant, comme première étape, de créer la rencontre, via

le réseau gravitant autour du patient notamment: « Pendant l'hiver, quand les patients sont dans les abris de la protection civile, cela permet d'avoir une meilleure marge de manœuvre, on arrive mieux à les soigner, on arrive mieux à les aider, aussi parce qu'il y a cette collaboration avec les acteurs sociaux [...]. » (Infirmière 1).

Il s'agit ensuite de créer un lien de confiance suffisamment important afin que le patient réfractaire aux soins puisse, peu à peu, accepter ces soins et donner une priorité à sa santé.

3. Contexte de vie des patients. Ainsi, une fois la relation établie entre le patient et le soignant, le transfert de compétences peut se faire mais à la mesure du vécu du patient et de ses possibilités. En effet, l'observation et les entretiens ont révélé qu'il est difficile d'atteindre les standards de compétences en santé définis sur le plan théorique, compte tenu des difficultés de vie des plus précaires, restreignant l'accès aux éléments de santé « de base » comme l'hygiène et une alimentation variée, par exemple. De plus, les consultations à la CAMSCO ont généralement un caractère urgent, le patient attendant d'être immédiatement soigné/soulagé afin de restaurer son fonctionnement au corps et à l'esprit. Pour les patients consultant ponctuellement, les soignants peuvent contribuer à un renforcement des compétences fonctionnelles de base (savoir s'orienter dans le réseau de soin, prendre un rendez-vous). Pour les patients consultant régulièrement, il est possible de soigner dans le sens du terme caring, soit de « soigner en accordant de la sollicitude à l'autre » [6] et un transfert de compétences peut mieux s'engager car l'infirmière connaît déjà le patient, son mode de vie, ses possibilités matérielles ou encore le type de soucis auxquels il est confronté au quotidien. Le soignant s'adapte alors aux besoins spécifiques du patient, en vue de l'orienter, le conseiller et lui transmettre des compétences pour que celui-ci se prenne au mieux en charge.

Les stratégies pour la pratique médicale

Cette recherche menée auprès d'une population particulièrement précaire caractérisée par de nombreuses difficultés d'accès aux soins, démontre que le transfert de compétences est un processus complexe où il n'est pas seulement question de transmettre des informations et de s'assurer que le patient les ait saisies. Le préalable à ce transfert est non seulement un accès aux soins adéquat et global, mais également la création d'un socle relationnel thérapeutique individualisé et prenant en compte les facteurs contextuels des individus. Par cela, il est entendu que pour soigner au mieux, le professionnel de la santé doit appréhender le patient dans son fonctionnement global, évaluer ses capacités et ses contraintes dans son contexte de vie afin de transmettre les conseils les plus adaptés. En raison de la distance sociale entre les professionnels et les soignants, ce travail de rapprochement représente un défi particulier et nécessite un important travail de réflexivité de la part des soignants.

L'étude a également révélé l'importance des ressources matérielles du patient. En effet, la précarité engendre une forte limitation de capacité d'agir de l'individu face à sa santé et donc de son autonomie. Les stratégies de transmissions de compétences ne sont donc pas universelles mais plutôt à tailler sur mesure en fonction du contexte socioéconomique.

Ces observations peuvent être étendues à la pratique médicale pour l'ensemble de la population. La Suisse est assez déficiente en matière de compétences en santé en comparaison internationale [7]. En Suisse romande, une majorité de patients considèrent la communication avec leur médecin insuffisante [8]. Ces éléments soulignent l'importance du défi actuel en matière de transfert de compétences dans notre pays.

[1] Lehmann P., 2015, « Qu'est-ce que les compétences en santé ? », Swiss Academic Reports, vol. 10, n°4, p.12. Présentation sur REISO

[2] Normand R.A. et Benoit Reflets S., 2012, « L'accès à l'information en matière de santé : un défi pour les personnes peu alphabétisées », Revue d'intervention sociale et communautaire, vol. 18, n° 2, p.143-144

[3] Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F. et Tsouros A.D. (Dir.), 2013, Health literacy : the solid facts, World Health Organization, p.1017-1018

[4] Nutbeam D., 2008, « The evolving concept of health literacy », Social Science & Medicine, n. 67, p. 2072

Wolff H et al, 2011 « Healthcare renunciation for economic reason in Switzerland", Swiss Medical Weekly, n. 41, w. 13165

Abel T, 2007« Cultural capital in Health Promotion », in Health Modernity : The Role of theory in Health Promotion, McQueen D.V. et Kickbush I., Springer, p. 43-73.

[5] Pascal J., Abbey-Huguenin H. et Lombrail P., 2006, « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », Lien social et politiques, n°55, p. 117

[6] Eyland I. et Jean A. (2016), « Exercice et apprentissage du métier d'infirmier : à la recherche du Care », Éducation et socialisation [En ligne], 40 | 2016, mis en ligne le 01 février 2016, consulté le 12 août 2016

[7] Bieri U et al. (2016) « Compétences en matière de santé : enquête 2015 auprès de la population en suisse ». GFS Bern, Bern.

[8] Zenklusen S. et al., 2012, « Compétences en santé déficiente : obstacle à une prise en charge optimale », Revue Médicale Suisse, n. 340, p. 1017