

Dans les quartiers défavorisés de Marseille, les habitants sont plus nombreux qu'ailleurs à mourir avant 65 ans.

« Amener la population à un niveau équivalent de soins et de prévention »

Entretien avec Stanislas Rebaudet, médecin infectiologue, Hôpital Européen Marseille, chercheur en santé publique, Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale (Sesstim), Aix-Marseille Université, coordinateur médical du projet Corhesan, membre du comité technique d'évaluation du projet « 13 en santé ».

L'ESSENTIEL

► **À Marseille, pendant l'épidémie de Covid, une équipe de l'Hôpital Européen, situé dans un quartier pauvre de la ville, est allée à la rencontre des habitants les plus démunis au plus près de leurs lieux de vie pour sensibiliser, dépister, recenser les personnes-contacts, aider les personnes positives à respecter l'isolement, vacciner. Cette expérience de médiation en santé se poursuit aujourd'hui avec un dispositif centré sur la promotion du dépistage des cancers et du rattrapage des vaccinations classiques.**

La Santé en action : Quel est le niveau des inégalités sociales et territoriales de santé à Marseille ?

Stanislas Rebaudet : C'est une des grandes villes les plus pauvres de France, avec une coupure géographique nette délimitée par la Canebière, entre les quartiers privilégiés au sud et ceux défavorisés au nord. Il y a aussi des îlots de grande pauvreté dans le centre, par exemple dans le 3^e arrondissement. Ces zones sont marquées par la précarité, les logements insalubres, la survie grâce à des petits boulots. L'offre de soins est inégalitaire : dans le sud, on compte huit hôpitaux pour 400 000 habitants,

et seulement trois dans le nord pour 600 000 personnes : le centre hospitalier universitaire (CHU) Nord, l'Hôpital d'instruction des Armées Laveran et l'Hôpital Européen. Cette situation a des conséquences majeures sur la santé de ceux qui vivent dans ces quartiers paupérisés. On y meurt plus jeune : un décès sur cinq intervient prématûrement avant 65 ans. Les quartiers nord comptabilisent le plus fort taux de diabète de France, les couvertures vaccinales y sont les plus faibles du pays. On constate un manque de suivis gynécologique et dentaire, des maladies chroniques et des addictions importantes. Un assuré sur cinq est pris en charge pour une affection longue durée.

S. A. : À quels besoins répondait le dispositif Corhesan déployé après le début de la crise Covid ?

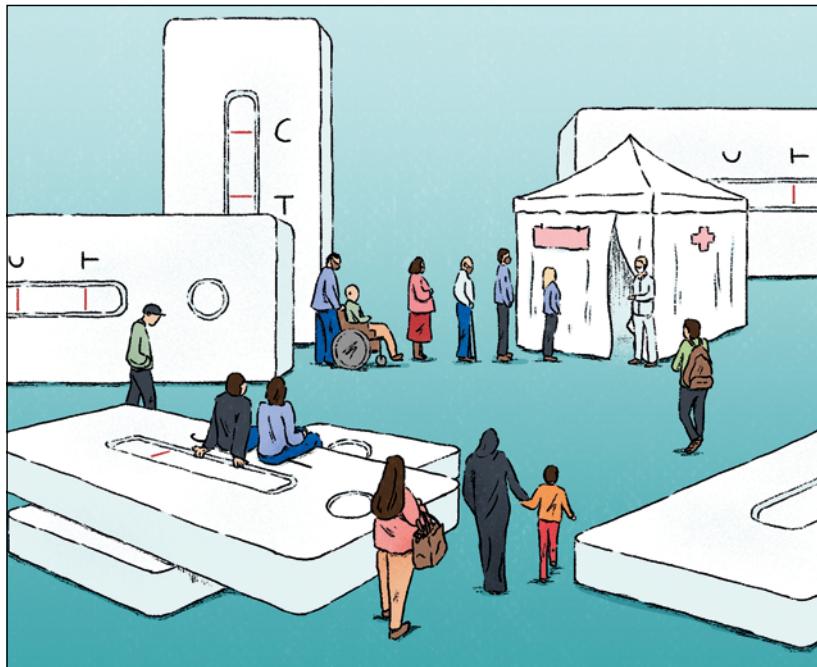
S. R. : À part les confinements visant à limiter la transmission du virus, rien n'était encore mis en place pour accompagner les populations vulnérables dans la mise en œuvre des mesures d'isolement quand un test se révélait positif. Or, dans les quartiers défavorisés se posait plus qu'ailleurs certaines difficultés d'application à cause de la barrière de la langue, du niveau des compétences en santé, de la taille des logements, etc. Le projet Corhesan s'est inspiré d'une expérience de lutte contre le choléra, menée en Haïti à partir de 2013 et impliquant des équipes mobiles de réponse rapide qui se déplaçaient dans les foyers contaminés et leur voisinage. Ce modèle d'intervention pouvait être adapté aux spécificités de l'épidémie de Covid, et dès

mars 2020, j'avais participé à l'écriture du projet Covisan¹ lancé par l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. L'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) a financé le déploiement de Corhesan à l'automne 2020, porté par deux structures : l'Hôpital Européen de Marseille et l'association Prospective et Coopération². L'objectif initial était d'accompagner les familles vulnérables pour organiser l'isolement de la personne testée positive à la maison et de faire du dépistage ainsi que du *contact-tracing*³ afin de briser les chaînes de transmission ; en outre, l'isolement d'un adulte signifiant souvent une perte de ressources financières, nous avons travaillé avec des associations de quartier pour porter à domicile des repas, des courses ou d'autres produits de première nécessité pour les familles les plus précaires. Pour cette démarche d'« aller-vers », l'équipe d'intervention se composait de médiateurs en santé (6,5 équivalents temps plein en moyenne) et d'un pool d'une dizaine d'infirmiers libéraux volontaires, payés à la vacation. Elle était orchestrée par une coordinatrice issue d'organisations non gouvernementales (ONG) humanitaires, un type de profil parfaitement adapté pour organiser les activités de terrain, les demandes de financements, les bilans d'activités, les réunions avec les institutions, etc. La médiation en santé n'est pas inscrite au référentiel des métiers et il n'y a que deux formations diplômantes aujourd'hui (universités Paris-Nord et Guyane) ; nous avons donc recruté nos médiateurs parmi des jeunes sur leur qualité de

communication, leur capacité à parler certaines langues, leur personnalité empathique, et nous les avons formés.

S. A. : Comment a évolué le projet au cours de l'épidémie ?

S. R. : La stratégie « Tester, alerter, protéger » du gouvernement a été renforcée en janvier 2021 par la création de Médiateurs de lutte anti-Covid-19 (Medilac). Nous avions en quelque sorte préfiguré les missions de ce dispositif : dépistage, *contact-tracing*, aide à l'isolement des personnes positives, etc. Corhesan est donc devenu un des deux opérateurs Medilac à Marseille, l'autre étant l'association Santé environnement pour tous (SEPT), qui accomplissait de son côté ce travail dans les quartiers nord. Nous avons enrichi nos activités, avec du dépistage de masse sur la voie publique, du dépistage dans des foyers de contagion à la demande de l'ARS, des actions pédagogiques de sensibilisation et des distributions d'auto-tests. Début 2021, l'Assurance maladie a proposé la visite (remboursée) d'un infirmier libéral pour conseiller une personne testée positive dans les mesures d'isolement ; lorsque cette visite ne pouvait être assurée, faute de professionnels disponibles, notre équipe prenait le relais. Au printemps 2021, nous avons également commencé à vacciner hors les murs, en utilisant une partie des doses du centre de vaccination de l'Hôpital Européen. Un binôme médiateur-infirmier se rendait dans les centres d'hébergement ou



au domicile de personnes âgées ne pouvant se déplacer, faisait le bilan médical – que je validais fiche par fiche – avant de vacciner. Nous avons également organisé des vaccinations sur la voie publique sous des tentes éphémères, avec l'autorisation de la municipalité.

S. A. : Quel est le bilan de Corhesan, qui a pris fin en juin 2022 ?

S. R. : Nous avons réalisé plus de 1 000 vaccinations chez les partenaires (centres d'hébergement, résidences Adoma, etc.), 600 au domicile, 400 dans la rue, et 4 000 sous la tente installée devant l'accueil de l'hôpital, où les gens pouvaient se rendre sans

rendez-vous. Près de 10 000 auto-tests ont été distribués. Dès 2021, en collaboration avec la cellule régionale de Santé publique France et le département des études de l'ARS, une cartographie des « points chauds » (*hotspots*) Covid dans la région PACA a été élaborée à partir des données de la base Système d'information-de dépistage populationnel (SI-DEP⁴) agrégées à l'échelle des îlots regroupés pour l'information statistique (Iris) ; elle permettait d'identifier les quartiers où l'incidence était la plus élevée ou bien augmentait rapidement. Ces informations mises à jour chaque semaine nous permettaient de mieux cibler les interventions. C'est ce que montre le bilan statistique de Corhesan : une présence plus intense de l'équipe dans les « points chauds » repérés, un travail plus poussé dans les quartiers sous-dépistés, défavorisés socio-économiquement, avec un déficit important d'accès aux soins.

CAS CONCRET

M. M. est âgé de 56 ans. En situation de handicap, il vit avec sa mère dans un immeuble vétuste du centre-ville de Marseille. Un médiateur en santé de l'équipe Corhesan l'a rencontré pour la première fois en septembre 2023, lors d'un porte-à-porte. Cet homme n'a encore jamais bénéficié du dépistage organisé du cancer colorectal. L'entretien motivationnel a permis de comprendre ses craintes et de lui faire surmonter ses hésitations. La procédure du test lui a été exposée en détail, avec l'aide d'une ambassadrice de santé de l'équipe (une habitante du quartier, bénévole formée), qui s'est notamment servi d'une vidéo pédagogique tournée en arabe, langue dans laquelle M. M. se sent plus à l'aise, et qui l'a aidé à remplir le formulaire nécessaire. Quelques jours plus tard, l'équipe a rappelé le quinquagénaire, qui a confirmé avoir fait son kit. Lorsqu'il a reçu ses résultats (positifs), il s'est tourné vers le médiateur afin qu'on l'aide à prendre rendez-vous pour une coloscopie. Celle-ci a révélé la présence de plusieurs polypes, retirés et analysés (pas de cellule cancéreuse détectée). M. M. bénéficie dorénavant d'un suivi régulier avec un gastro-entérologue, en lien avec son médecin traitant qui a été tenu informé à chaque étape.

S. A. : Comment est né le projet « 13 en santé » ?

S. R. : Une dynamique existait, l'expérience d'un modèle d'intervention en santé publique [1] appuyé sur des données permettant de guider les actions. Nous nous sommes donc collectivement saisis de l'opportunité de prolonger cette stratégie au service d'autres enjeux de santé, où les inégalités sont frappantes. Au

CAS CONCRET

Mme T., 71 ans, vit seule dans un petit logement social suite au décès de sa dernière fille et au suicide de son mari. Elle est confrontée à de nombreux soucis de santé (fibromyalgie, cancer du col de l'utérus ayant entraîné son ablation, dépression, etc.). Depuis le printemps 2024, elle n'a plus de médecin traitant, celle-ci ayant déménagé dans une autre région. Abattue, repliée sur elle-même, Mme T. ne se rend plus chez son psychologue. Des ambassadeurs de santé l'ont rencontrée lors d'un porte-à-porte, fin août, et ils lui ont aussitôt proposé la visite à domicile d'un médiateur en santé pour faire un point complet. Ce deuxième rendez-vous a permis à Mme T. de retrouver un médecin traitant dans le quartier, de bénéficier d'une aide-ménagère grâce l'intervention d'une assistante sociale, d'obtenir une consultation avec un rhumatologue pour sa fibromyalgie, et de reprendre son suivi psychologique. Puis, l'équipe lui a proposé de faire un test de dépistage du cancer colorectal, de programmer une mammographie et de l'orienter vers un dispositif d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les visites à domicile l'ont remise dans un parcours de soin et de prévention auquel elle avait renoncé.

printemps 2022, l'ARS PACA nous a ainsi proposé de développer un projet de médiation en santé sur le dépistage des cancers et le rattrapage des vaccinations, essentiellement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les fameux QPV. Celui-ci est porté par l'équipe Corhesan dans trois arrondissements du centre, et par l'association SEPT dans quatre du nord de Marseille. Il comporte un volet évaluation, visant à produire des données probantes avant d'envisager un déploiement sur d'autres territoires ou un élargissement à d'autres thématiques de santé. L'organisation de l'équipe a toutefois été revue. En effet, si l'on veut inventer un outil de promotion de la vaccination et du dépistage des cancers qui puisse être répliqué à plus grande échelle, il faut le faire à coût maîtrisé. Nous fonctionnons désormais avec trois médiateurs – chacun étant autonome sur son arrondissement –, une infirmière et une coordinatrice ; les actions d'« aller-vers » se font avec une dizaine de bénévoles issus des quartiers, l'expérience Covid nous ayant permis de nouer des liens avec de nombreux partenaires notamment associatifs.

S. A. : Quelles démarches d'« aller-vers » et de « ramener-vers » mettez-vous en pratique ?

S. R. : Pour atteindre les gens sur leurs lieux de vie, il y a plusieurs stratégies. Nous pratiquons beaucoup le porte-à-porte et pour ce faire, nous sommes en contact avec les

bailleurs sociaux afin qu'ils informent les habitants de notre passage et nous fournissent des badges d'accès aux immeubles. Les équipes sont en général bien reçues, nous ne comptabilisons que 5 % environ de refus d'interaction. Elles ouvrent le dialogue de façon simple : « *Nous venons parler santé. Avez-vous un médecin traitant ? Vos droits sont-ils ouverts ? Connaissez-vous des soucis de santé ?* » Et en fonction de la tranche d'âge, les médiateurs abordent ensuite la question des dépistages et des vaccinations auxquels les familles sont éligibles. Nous testons aussi d'autres méthodes : nous tenons des stands de rue devant les pharmacies ou sur les marchés ; nous organisons de petits « villages santé » dans les quartiers avec des associations spécialisées (p. ex. en santé sexuelle) ou avec des institutions (p. ex. le centre de vaccination municipal). Le « ramener-vers », c'est identifier les besoins des individus pour concrétiser les actions de prévention auxquelles ils sont éligibles. S'ils montrent une hésitation ou une réticence à effectuer une démarche de santé, un dialogue s'engage pour les inciter au changement. Il y a un énorme travail d'explication : comment se passe une mammographie, où se procurer un kit de dépistage colorectal, quel professionnel aller voir pour réaliser un frottis, etc. Si les personnes sont trop perdues, les médiateurs proposent de les accompagner à leur rendez-vous. L'idée est d'appliquer l'universalisme proportionnel⁵ ; nous nous adaptions

au degré d'autonomie de chacun, dans un objectif d'« encapacitation⁶ » (empowerment). C'est ce qui permettra d'amener la population à un niveau équivalent de soins et de prévention.

S. A. : L'équipe reçoit-elle une formation particulière ?

S. R. : Tous ont été initiés à la technique de l'entretien motivationnel⁷, un outil extraordinaire pour notamment aborder la réticence à la vaccination, et ils bénéficient régulièrement d'un coaching dispensé en collaboration avec l'université de Sherbrooke (Canada). Des modules « animation en santé » ont complété une formation de fond médicale, assurée par des spécialistes des différentes maladies à prévention vaccinale et des cancers. D'autres thématiques sont traitées comme l'éducation thérapeutique du patient, les addictions, le repérage des situations de détresse psychologique ou de violence afin que les médiateurs puissent alerter et orienter les personnes vers les dispositifs *ad hoc*.

PREMIÈRE ÉTAPE FRANCHIE POUR L'ÉVALUATION

L'étude transversale en population générale, un des trois volets de l'évaluation pour le projet « 13 en santé », livre ses premières données. L'enquête « Connaissances, attitudes et pratiques », réalisée auprès de 2 647 habitants des quartiers défavorisés de Marseille, montre que le niveau de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal est inférieur au reste de la France. L'absence de symptômes est citée comme principal frein. Concernant la vaccination, 20 % des interrogés des quartiers Nord font montre d'une hésitation vaccinale élevée. La seconde partie de l'étude montrera comment cette photographie évolue, après 18 mois d'intervention des équipes de « 13 en santé ». En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/enquetes-etudes/2024/resultats-de-l-enquete-transversale-initiale-du-projet-13-en-sante-de-mediation-en-sante-aupres-des-populations-vulnerables-de-marseille.-conna>.



Malgré tout, une partie de la population concernée reste en dehors de nos radars. Pour certains, la prévention et le dépistage sont trop loin de leurs préoccupations immédiates. Il faut veiller à ce que les médiateurs en santé ne se transforment pas en assistants sociaux, même s'ils peuvent orienter les personnes rencontrées vers les dispositifs de droit commun dont ils ont besoin en urgence. Au-delà de l'objectif principal qui est d'améliorer le dépistage des cancers et la vaccination, nous participons aussi à rétablir du lien entre les habitants précaires de Marseille et le système de santé, entre eux et les institutions. ■

**Propos recueillis par Nathalie Quéruel,
rééditrice en chef.**

S. A. : Quel est le bilan de 13 en santé après deux ans d'action ?

S. R. : La population concernée sur le territoire d'intervention de Corhesan dépasse les 100 000 individus, dont plus de 87 000 adultes, mais nous investissons les quartiers les uns après les autres afin de ne pas trop diluer nos efforts et de pouvoir comparer ensuite l'évolution des dépistages et des vaccinations avec celle des quartiers où nous n'intervenons pas encore. Après 21 mois de terrain, entre octobre 2022 et juin 2024, nous avons rencontré 12 268 personnes. Parmi elles, 4 500 ont été sensibilisées au dépistage du cancer colorectal ; près de 700 kits ont été distribués, parmi lesquels 15 résultats étaient positifs. Si 4 200 femmes ont été informées de l'importance du dépistage du cancer du sein, 4 900 l'ont été sur celui du col de l'utérus ; 175 rendez-vous ont été pris pour une mammographie, 352 pour un frottis ; une trentaine de cas suspects ont bénéficié d'examens supplémentaires. Nous avons approché 6 300 personnes pour parler du suivi vaccinal ; 482 vaccins ont été administrés, principalement DTpC (diphthérie, tétanos, polio, coqueluche), grippe et Covid. Ce projet fait l'objet d'une évaluation scientifique multi-modale, dont les résultats permettront de dire l'efficacité de l'action mais aussi ce qui fonctionne dans le processus.

S. A. : Quelles sont les forces et faiblesses de ce dispositif ?

S. R. : À force de labourer le terrain, nous parvenons à atteindre une proportion significative des habitants des quartiers défavorisés. Cela tient à notre capacité d'innovation dans les interventions. Les médiateurs sont autonomes sur leur territoire, ils consolident les liens avec les acteurs médico-sociaux de leur arrondissement. Ils peuvent décider de passer dans les résidences Adoma le soir, afin de rencontrer les résidents qui travaillent en horaires décalés. Une expérimentation est réalisée avec la Caisse primaire d'assurance maladie, qui invite les personnes non à jour de leurs dépistages à se rendre dans un de ses centres, où elles sont accueillies par un membre de l'équipe avec qui elles ont la possibilité d'échanger. Nous commençons à nouer des liens prometteurs au sein des collèges de notre secteur, avec les infirmières et les médecins scolaires pour promouvoir la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV), en informant les parents et les adolescents lors d'ateliers interactifs avec des témoignages vidéo de patientes. Cette souplesse dans la prise d'initiatives permet de reconnaître les actions inefficaces – comme un stand de rue qui n'attire pas foule, parce qu'il n'est pas situé au bon endroit – et de s'adapter rapidement.

1. Dépistage de la Covid-19 large, ciblé et accompagnement à l'isolement (NDLR).

2. Cette association vise à promouvoir des pratiques innovantes en créant des passerelles entre chercheurs et structures, dans le domaine de la coopération et du développement.

3. Dispositif de recensement des personnes-contacts, qui vise à éviter l'apparition de chaînes de contamination locales (NDLR).

4. Cette base recense les résultats des tests Covid-19.

5. Actions universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. D'après Sir Marmot (NDLR).

6. Mobilisation de ses ressources propres pour mener une action.

7. Conversation collaborative, développée par deux chercheurs psychologues dans les années 1990, qui renforce l'engagement d'une personne à changer de comportement.

Un exemple d'utilisation de l'entretien motivationnel est décrit dans cet article : Cogordan Chloé, Ramalli Lauriane. L'entretien motivationnel, un outil efficace pour améliorer la confiance des parents en la vaccination infantile. La Santé en action, 2024, n° 466, p. 42-44. En ligne : <https://www.santepubliefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/article/l-entretien-motivationnel-un-outil-efficace-pour-ameliorer-la-confiance-des-parents-en-la-vaccination-infantile>

Dossier

Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Fruleux A., Gaudart J., Franke F., Nauleau S., Dutrey-Kaiser A., Legendre E. et al. Reviving health mediation during the COVID-19 crisis and beyond: an implementation study in deprived neighbourhoods of Marseille, France. *Frontiers in Public Health.*, 3 juillet 2024 : 12:1313575. En ligne : <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1313575>