

# Maladie d'Alzheimer : enquête sur les connaissances, opinions et comportements des Français

Selon une enquête menée par l'Inpes en 2010, plus d'un quart des Français ont connu dans le passé ou connaissent actuellement dans leur entourage une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Parmi ces personnes, un tiers déclare être ou avoir été aidant pour les actes ou tâches de la vie quotidienne. Près des trois quarts des aidants le sont de façon régulière. Par ailleurs, neuf personnes sur dix souhaiteraient qu'on les informe du diagnostic si elles avaient des signes évocateurs de la maladie d'Alzheimer.

Améliorer la « connaissance du regard porté sur la maladie d'Alzheimer » : telle est l'une des missions confiées à l'Inpes dans le cadre du troisième axe stratégique du Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012. Pour ce faire, l'Institut a mis en place, depuis l'été 2008, un dispositif d'enquêtes d'opinion sur la maladie d'Alzheimer (Deoma). Ce dispositif permet de décrire précisément les perceptions, opinions et attitudes des malades, des aidants, formels ou informels, des professionnels de santé et du grand public à l'égard de cette maladie. Il permet aussi d'identifier leurs besoins et leurs attentes spécifiques<sup>1</sup>. Les résultats offrent des pistes concernant des actions à renforcer ou à initier pour mieux accompagner les personnes malades, leurs proches et les professionnels. C'est dans ce cadre que l'Inpes a mis en place un module de questions sur la thématique Alzheimer dans son *Baromètre santé 2010*, réalisé auprès d'un échantillon représentatif de la population française, constitué de 4 518 personnes âgées de 15 à 85 ans<sup>2</sup> (1). Les questions posées visent notamment à déterminer la fréquence de l'aide apportée aux malades ainsi que de disposer d'une mesure évolutive de certains indicateurs comparativement à une première enquête réalisée en population générale en 2008.

## Proximité avec la maladie

Plus d'un quart (26,9 %) des personnes interrogées déclarent avoir ou avoir eu dans leur entourage, famille, amis, voisins, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (21,2 %, une

seule personne et 5,7 %, plusieurs). Parmi celles-ci, 32,9 % sont ou ont été aidants pour les tâches ou les actes de la vie quotidienne de la personne atteinte. La fréquence de l'aide se répartit de la façon suivante : 29,5 % déclarent le faire ou l'avoir fait tous les jours, 20,0 % plusieurs fois par semaine, 22,2 % une fois par semaine, 10,4 % deux à quatre fois par mois et 17,9 % une fois par mois ou moins souvent. Par conséquent, près des trois quarts des personnes apportant ou ayant apporté une aide le font ou l'ont fait de façon régulière, c'est-à-dire au moins une fois par semaine.

## Craintes et niveau d'information

Le cancer (54,7 %), les accidents de la circulation (52,0 %) et la consommation d'aliments transformés (45,8 %) sont les trois risques ou maladies les plus redoutés par la population française parmi une liste de dix items proposés dans le cadre du *Baromètre santé 2010*. La maladie d'Alzheimer arrive en quatrième position : 39,1 % des personnes interrogées déclarent craindre cette maladie.

Parmi les treize thèmes de santé proposés dans le *Baromètre santé 2010*, la maladie d'Alzheimer arrive seulement en dixième position quant à la satisfaction du niveau d'information sur la pathologie : 55,6 % des personnes interrogées se sentent « très bien » ou « plutôt bien » informées. Le tabac, la contraception, l'alcool et le sida étant quant à eux des thématiques de santé pour lesquelles le *satisfécit* sur le niveau d'information est élevé chez une large majorité de Français (> 80 %).

## Opinions et attitudes

La grande majorité (79,4 %) des personnes interrogées considère que la maladie touche de plus en plus de monde. Elles sont unanimes sur le fait que la maladie peut avoir des effets dévastateurs sur la famille du malade (91,4 % dont 65,4 % sont « tout à fait » d'accord). Un peu plus de la moitié (51,2 %) déclarent que rien ne peut être fait pour éviter la maladie.

En outre, 31,7 % des personnes interrogées déclarent qu'elles se sentent ou se sentiraient mal à l'aise face à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Ce pourcentage est plus élevé parmi les hommes (33,1 %), les 65-85 ans (43,7 %), ainsi que parmi les proches de la personne malade (36,0 %) et les personnes craignant la maladie (37,7 %).

Enfin, la très grande majorité des interviewés (90,1 %) souhaiterait connaître le diagnostic de la maladie s'ils avaient des signes évocateurs. C'est le cas pour 92,2 % des femmes et 87,8 % des hommes.

## Importance du soutien social

Cette enquête permet également de confirmer et d'affiner certains résultats de la précédente enquête menée en 2008 par l'Inpes auprès d'un échantillon par quotas de 2 013 personnes âgées de 18 ans et plus. La maladie d'Alzheimer est fortement crainte, avec notamment, pour les deux enquêtes, 93 % en 2008 et 91 % en 2010 des personnes interrogées qui estiment que la maladie peut avoir des effets dévastateurs sur la famille du malade. Cette perception des consé-

quences de la maladie concerne davantage les femmes, les plus de 55 ans, les personnes mentionnant la présence passée ou présente d'une personne atteinte de la maladie dans leur entourage proche ainsi que celles ayant une mauvaise perception de leur santé.

L'enquête de 2008 mettait également en exergue le fait qu'une très large majorité de personnes associait la maladie, y compris au stade débutant, à des difficultés dans les tâches et les actes de la vie quotidienne. L'incurabilité de la

maladie était majoritairement admise, même si l'espoir de trouver un traitement dans les prochaines années était fréquent dans la population générale. Ces résultats concordent avec des enquêtes européennes sur la perception de la maladie d'Alzheimer. Selon la *Facing Dementia Survey* (2), 93 % des personnes interrogées dans les six pays concernés et 91 % des proches estiment que la maladie d'Alzheimer a des effets dévastateurs sur l'entourage des malades.

Ces résultats traduisent l'importance sociale de la maladie d'Alzheimer qui touche, de près ou de loin, une part importante de la population française. L'aide apportée à un proche malade a des répercussions non négligeables sur la vie professionnelle, sociale et sur la santé des aidants ou des proches (3). D'autres enquêtes permettent de confirmer l'importance du soutien social dans l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie (4, 5).

## ► Références bibliographiques

- (1) Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In : Tremblay M.-E., Lavallée P., El Hadj Tirari M. dir. *Pratiques et méthodes de sondage*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2011 : p. 310-314.
- (2) Bond J., Stave C., Sganga A., O'Connell B., Stanley R.L. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *International Journal of Clinical Practice*, 2005, vol. 59, suppl. 146 : p. 8-14.
- (3) Fontaine R., Gramain A., Wittwer J. Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe. *Éco-*

- nomie et Statistique*, 2007, n° 403-404 : p. 97-115. En ligne : [www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/es403-404f.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es403-404f.pdf)
- (4) Zarit S.H., Reeve K.E., Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 1980, vol. 20, n° 6 : p. 649-655. En ligne : <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/20/6/649.full.pdf+html>
- (5) Soullier N., Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Études et résultats*, 2011, n° 771 : 8 p. En ligne : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er771.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er771.pdf)

### Christophe Léon

Statisticien, chargé d'études et de recherche, Inpes,

### Carmen Kreft-Jais

Chargée de mission auprès du directeur des Affaires scientifiques, Inpes,

### Alice Breining

Chef de clinique assistant, service de Gériatrie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris,

### François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistique, Inpes.

1. Les résultats des enquêtes menées par l'Inpes jusqu'à présent sont disponibles sur le site dédié au Deoma : <http://alzheimer.inpes.fr/pdf/fr/resultat-grd-public.pdf>.
2. L'enquête Baromètre Santé 2010 a été réalisée du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 auprès d'un échantillon représentatif de 27 653 individus âgés de 15 à 85 ans. Dans ce cadre, les questions relatives à la maladie d'Alzheimer ont été posées à 4 518 personnes.

Entretien avec le professeur Marc Verny, neurologue et gériatre, responsable du centre de gériatrie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris).

## « Les signes de la maladie d'Alzheimer, notamment les plus précoces, restent encore méconnus de la population »

Pour le professeur Marc Verny, l'enquête de l'Inpes sur la maladie d'Alzheimer, présentée ci-avant, confirme le déficit d'information dont souffre la population, en particulier sur les signes de début de cette maladie. Ce spécialiste prend acte des avancées réalisées au cours des dernières années, mais pointe la grande difficulté que représente l'annonce du diagnostic. Il

souligne aussi que certains aidants souffrent, non d'un manque mais, paradoxalement, se plaignent de trop d'intervention à domicile. Globalement, c'est en informant mieux le public que l'on continuera à faire évoluer l'image sociale de cette pathologie.

*La Santé de l'Homme* : Vous avez participé à l'enquête Baromètre

santé pour son volet Alzheimer. Quelles en sont les principales conclusions ?

Cette dernière enquête démontre que la population, en général, a finalement des idées assez claires sur la maladie d'Alzheimer. Ce qui est pour moi tout à fait positif. Les résultats mis en exergue dans ce baromètre sont très cohérents avec ceux provenant d'une

étude précédente effectuée en 2008 à l'initiative du Plan Alzheimer. Ce qui me conforte dans l'idée que ceux-ci sont tout à fait conformes à la réalité.

Toutefois, je nuancerai ce propos en remarquant qu'il existe encore un déficit d'information sur la partie qui concerne la maladie « débutante ». Les signes de la maladie, notamment les plus précoces, restent encore méconnus. Les gens estiment, en effet, le début de la maladie sur des signes qui, pour nous professionnels de santé, démontrent que celle-ci est déjà bien installée. D'où des incompréhensions, voire des idées émises qui amènent une expression parfois ambiguë sur la maladie d'Alzheimer. Par exemple, des personnes comprennent et admettent parfaitement qu'il est possible de vivre avec un certain degré d'autonomie au début de la maladie, tout en n'ayant pas pour autant une connaissance précise de ce qu'est le début de cette maladie. Le lien entre vieillissement et maladie d'Alzheimer est aussi source de confusion. Nous constatons qu'un certain nombre des personnes interrogées continuent à confondre les deux. L'âge est le facteur de risque principal de cette maladie. Mais la maladie n'est pas due à l'avancée en âge. Prenons-le comme une bonne nouvelle : même si nous vivons tous très vieux, nous n'aurons pas tous forcément la maladie d'Alzheimer.

**S. H. : L'enquête met en évidence une forte crainte de la population envers cette pathologie. Quelle est, selon vous, la représentation sociale de la maladie d'Alzheimer ?**

Cette crainte tournant autour de la maladie est un point important. Le public a, par exemple, retenu l'idée qu'il n'y a pas de traitement pour guérir, tout en sachant qu'il peut y avoir des médicaments à visée symptomatique pouvant faire effet<sup>1</sup>. Cette crainte est d'autant plus importante que les gens connaissent quelqu'un dans leur entourage qui est atteint de la maladie. Il y a deux éléments à distinguer. Oui, la maladie d'Alzheimer est une maladie crainte... mais pour laquelle une fausse idée demeure : la maladie transforme votre personnalité. Cela n'est pas tout à fait vrai. Elle entraîne des pertes sur le plan intellectuel, des modifications de réaction, mais la personnalité reste la même. Une sorte de glissement conceptuel se fait à ce niveau. D'où les incompréhensions, le malaise ressenti

par l'entourage. Nous avons donc un travail à continuer de ce point de vue.

**S. H. : Cela veut-il dire qu'il y a un travail d'acceptation sociale particulier à faire concernant ce type de maladie ?**

Beaucoup de choses sont déjà faites. Nous avons de nombreux éléments de compréhension. Nous savons que plus tôt nous prenons en charge la maladie, plus nous limiterons sa dégradation dans le temps. Le recul de quinze à vingt années d'accompagnement et de prise en charge démontre que l'espérance de vie des personnes atteintes a augmenté. Le profil des malades a changé. Nous ne sommes plus dans cette représentation sociale du malade qui vit dans des conditions très précaires et devient grabataire. Ainsi, la qualité de vie des patients s'améliore aussi. Mais il est nécessaire de travailler sur l'image de cette maladie en fournissant l'information sur tous les aspects et en insistant sur ce que permet d'obtenir les différentes actions constituant la prise en charge.

**S. H. : Neuf personnes sur dix souhaiteraient être informées du diagnostic en cas d'atteinte par la maladie d'Alzheimer. Comment analysez-vous ce résultat ?**

C'est, pour nous professionnels de santé, un point très important. Une écrasante majorité de gens indique qu'ils veulent être informés sur cette maladie ; c'est selon moi la traduction que la maladie d'Alzheimer, même si elle fait peur, est une préoccupation et qu'elle doit être identifiée. Les individus pensent que cette maladie les concerne. Ils la craignent, ils veulent savoir. Je dis de manière assez fréquente que « nous nous battons bien contre un ennemi que nous connaissons bien ». La logique est là. Mais ce chiffre soulève une autre problématique qu'il est nécessaire de ne pas laisser de côté : c'est celle de l'annonce du diagnostic et de la gêne que ressentent les médecins par rapport à celui-ci. Là, nous touchons à la représentation des médecins envers cette maladie. Nous avons un travail important à faire dans cette direction, car les médecins ont beaucoup de difficultés à parler simplement de la maladie d'Alzheimer. Ils parlent volontiers de la maladie de la mémoire. Cette appellation leur paraît plus audible, plus rassurante pour la

personne concernée. Mais est-ce finalement utile ? Nous avons à débattre de cela. Certes, il ne s'agit pas d'annoncer sans discernement un diagnostic. Nous avons des règles de déontologie qui nous font respecter des obligations. Mais il faut pouvoir le dire et montrer en quoi et pourquoi cela peut influencer sur la prise en charge qui est nécessaire.

**S. H. : L'enquête pointe l'importance du soutien social, du soutien des aidants et des proches qui se retrouvent eux-mêmes en grande difficulté. Comment faire pour améliorer ce soutien social ?**

Quand nous examinons les résultats des enquêtes, nous devons distinguer les opinions exprimées par une population en général et par des personnes qui sont les aidants principaux. Ce qui ressort, notamment à propos du soutien des aidants, c'est qu'au bout d'un certain temps l'aidant ne va pas forcément trouver qu'il n'a pas assez d'aide mais, au contraire, qu'il y en a de « trop ». Beaucoup d'intervenants et d'éléments interfèrent. L'aidant principal ne gère plus l'ensemble, et la personne atteinte voit peu à peu son existence envahie, non seulement par la maladie mais par tous ces gens qui tournent « autour du malade ». Cette impression de ne plus être maître ni de l'emploi du temps ni de l'accompagnement, être en quelque sorte dépossédé de sa conduite, sont un problème qui ne peut être résolu que par de la coordination et un travail d'échanges et de soutien. Le Plan Alzheimer a pointé cela. Et là encore, de nombreux efforts sont réalisés mais il reste beaucoup à faire. Par exemple, le guichet unique, qui permet de concentrer l'information dans un même lieu. Voilà un réel progrès. Néanmoins, cette recherche d'amélioration de l'accompagnement des malades, des aidants et de toute la chaîne des intervenants est une nécessité. Nous devons continuer à travailler sur la coordination à la fois des actes et de l'information, seul moyen d'apporter de vraies réussites. La qualité de l'accompagnement est partout à rechercher, quels que soient les cas.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**,  
Journaliste.

<sup>1</sup> Les traitements disponibles sont appelés « symptomatiques » puisqu'ils diminuent de façon modérée dans certains cas l'expression de certains symptômes (ou manifestations cliniques) de la maladie.

Entretien avec le docteur Élisabeth Pévide, médecin généraliste à la Maison urbaine de santé du Neuhof à Strasbourg.

## « J'accompagne les patients, pour restaurer leurs droits et leur dignité »

Dans le quartier du Neuhof à Strasbourg, classé en zone urbaine sensible, la Maison urbaine de santé est une structure de premier recours pour les habitants qui sont confrontés à une absence criante d'offre de soins. Outre des services médicaux, la Maison rassemble aussi des services sociaux. Les professionnels y travaillent en équipe, un collectif qui permet notamment de redonner du respect, de l'estime de soi aux personnes qui sont prises en charge, et qui aide, plus globalement, à tisser du lien social dans le quartier.

### La Santé de l'homme : Comment la Maison urbaine de santé du Neuhof à Strasbourg fonctionne-t-elle ?

La Maison urbaine de santé s'inscrit dans la continuité du projet initial, en 1980, des fondatrices du cabinet médical, les docteurs Catherine Gerhart et Françoise Schaetzel, qui voulaient ouvrir une structure de soins, originale pour l'époque, incluant les habitants. Les temps ont changé ; plusieurs professionnels déjà impliqués dans le quartier ont eu l'opportunité d'ouvrir cette structure, soutenus dans ce projet par la ville et l'agence régionale de santé (ARS). C'est ainsi que nous avons pu regrouper un cabinet de médecine générale (quatre médecins et deux secrétaires), avec en son sein une microstructure comprenant un psychologue et un travailleur social pour les personnes présentant une dépendance ; un cabinet d'infirmières ; deux orthophonistes ; un laboratoire d'analyses médicales ; un cabinet de deux kinésithérapeutes et, dans un bureau tenu par la ville, nous avons pu offrir des permanences alternant un Point d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), une permanence pour les personnes âgées, et une conseillère conjugale.

C'est une structure de premier recours pour les habitants du quartier en raison de l'absence criante d'offre de soins dans ce quartier classé zone urbaine sensible (Zus) : pas de pédiatres ni de gynécologues, psychologues, hormis ceux du service de Protection maternelle et infantile (PMI). Dans ce cadre de pénurie, nous accompagnons enfants, adoles-

cents mais aussi adultes. Nous travaillons exclusivement en « tiers payant » pour favoriser l'accès aux soins de ces populations fragilisées : les patients, au pire des cas, ne s'acquittent que du ticket modérateur qui, en Alsace-Moselle, est de 2,30 euros. Nous sommes également un lieu de formation pour les étudiants en médecine, avec la présence d'un chef de clinique de médecine générale, de deux étudiants Saspas (stage volontaire complémentaire de six mois en autonomie supervisée), de quatre internes et parfois d'externes. Nous voulons mettre en valeur une approche coordonnée de la patientèle, en mutualisant les compétences de chacun (infirmière, médecin, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue). Et nous gardons toujours en mémoire le projet de mobiliser les habitants dans cette dynamique...

### S. H. : En quoi consiste votre travail au quotidien ?

Je me suis peu à peu spécialisée dans l'accompagnement des personnes en invalidité, victimes d'accidents du travail ou de pathologies, pour les aider dans la reconnaissance de leur handicap. Notre statut de médecin généraliste est une position clé pour apprécier l'importance de leurs séquelles. Je les accompagne pour faire valoir leurs droits, mais aussi parfois pour leur faire comprendre le refus des prestations qu'ils revendiquent : qu'ils n'aient pas été seuls, qu'on ait défendu leur dossier, qu'ils aient été traités avec considération, leur permet de mieux accepter ce refus. Nous avons sou-

vent affaire à des travailleurs d'une cinquantaine d'années, dont la santé est très détériorée, victimes d'accident de travail, à qui le statut d'invalidité revient légitimement, mais ce n'est jamais le Pérou... c'est souvent au maximum une pension mensuelle de 750 euros, obtenue parfois en lien avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), un minimum pour survivre. Cette reconnaissance de leur handicap ou infirmité les aide à recouvrer une certaine dignité ; elle les replace dans leur famille avec un autre rôle que celui de victime du système. On ne leur redonne pas seulement un minimum pour vivre mais aussi un rôle, une autorité qui leur permettent d'être mieux respectés de leurs enfants. Ce facteur est capital : si les gens sont dégradés, niés dans leur souffrance, ils perdent toute reconnaissance, même aux yeux de leurs proches. Ainsi, par exemple, nous venons d'obtenir un statut d'invalidité pour une femme qui souffre d'éventrations à répétition ; financièrement, nous avons obtenu une pension modeste, mais comme le mari travaille, ces parents peuvent désormais payer des études correctes à leurs trois filles. Et, par-dessus tout, cette femme peut être fière de ce qu'elle a réussi pour sa famille.

### S. H. : Dans quelle mesure l'écoute et le soin peuvent-ils concourir à la restauration de l'estime des personnes que vous suivez ?

Notre travail permet de redonner du respect, de l'estime de soi à ces personnes, de les aider à être valorisées,

reconnues. C'est ce que j'enseigne aux étudiants médecins : si vous intervenez sans travailler avec la personne concernée, si vous n'établissez pas une relation thérapeutique de confiance et d'aide, vous échouerez car ces personnes souffrent surtout de l'absence d'écoute. Je constate, par exemple, à quel point le discours sur la dangerosité des personnes psychotiques, véhiculé sans fondements scientifiques, a une répercussion – sous forme d'une acceptation – chez les étudiants en médecine. Nous travaillons ensemble à corriger cette vision réductrice. Quand un patient psychotique est respecté et entendu dans sa souffrance, on peut lui apprendre à repérer les premiers signes de dérapage et à nous solliciter avant que la situation ne devienne dramatique. Ma fierté est de voir cette jeune femme expliquer à un étudiant sa schizophrénie, ses symptômes, ses souffrances, comment elle réussit à garder la maîtrise de cette maladie.

**S. H. : À quel type de difficultés se heurtent les patients, et quels obstacles rencontrez-vous en tant que praticien ?**

Au quotidien, l'une de nos tâches majeures à la Maison urbaine de santé est de parvenir à expliquer à nos patients la façon dont fonctionnent l'administration, les hôpitaux, les médecins spécialistes, afin qu'ils puissent accepter des soins. Et prévenir les personnels hospitaliers pour qu'ils gardent une ouverture et un respect vis-à-vis de ces populations. J'ai dû faire hospitaliser ensemble deux personnes de la communauté des gens du voyage pour qu'elles s'encouragent mutuellement à faire leur bilan de diabète. Nous avons des patients parfois particulièrement difficiles : à titre d'exemple, il m'a fallu quatre ans pour nouer une relation médecin-patient avec un adulte dont personne ne voulait, un patient toxicomane qui faisait les cent pas dans mon dos, dans mon bureau de 9 m<sup>2</sup> à l'époque ; nous avons tenu bon face à la peur qu'il

nous inspirait, c'est à ce prix-là que nous avons fini par établir un respect mutuel dans une atmosphère cadrée par des limites tenues contre vents et marées... c'est un travail de très longue haleine.

**S. H. : Avez-vous vu des enfants grandir, des familles aller de l'avant... reviennent-ils vous voir ?**

Médecin généraliste depuis vingt-quatre ans dans ce quartier, j'ai effectivement suivi des enfants qui sont devenus adultes et ont eux-mêmes des enfants ; nous connaissons les histoires de ces familles, avons vu grandir les enfants, et nous pouvons les replacer dans leur contexte qui constitue un ensemble. J'ai encore récemment, dans la continuité, fait le suivi d'une grossesse pour une deuxième génération... Un couple dont je connais l'histoire familiale est venu me voir un jour avec leur petit garçon de 3 ans ; ils étaient épuisés et totalement désarmés, ne savaient plus quoi faire devant leur fils qui tapait sur tout ce qui se présentait au beau milieu de la nuit. C'est ensemble que nous avons fait le lien entre son comportement et la disparition brutale, au milieu de la nuit, deux ans plus tôt, de son grand-père dont il était extrêmement proche. Travail de longue haleine également avec ce jeune que des parents m'ont amené alors qu'il était âgé de 15 ans et qui se claquemurait derrière son ordinateur. Je lui avais parlé mais m'étais heurtée à un mur. À 24 ans, il est revenu me voir, il avait tout enregistré de mon discours même s'il n'en avait rien laissé paraître ; il se plaçait désormais dans une dynamique de recherche d'emploi. Et puis quelques réussites : cette famille dont les six enfants ont réussi des études supérieures malgré les difficultés financières des parents ; ceux-ci ne vivent plus dans le quartier mais nous sont fidèles de par le soutien que nous avons pu leur fournir.

Ce qui me frappe, c'est que nous sommes considérés comme des notables ; notre regard est important pour ces familles et ces jeunes ; nous avons une fonction, une respectabilité, notre parole a beaucoup plus d'effet qu'on ne le pense. Nous avons aussi un effet pacificateur très important au niveau du quartier ; ce lien social que nous maintenons avec tout un ensemble de professionnels, mais aussi d'habitants, participe à un mieux vivre dans ce quartier.

Propos recueillis par **Yves Géry**

## 15 maisons de santé pluriprofessionnelles opérationnelles dans les zones urbaines sensibles

Dans de nombreux territoires, et plus particulièrement dans les quartiers de la politique de la ville (NDLR : zones urbaines sensibles, Zus), l'offre de soins de premier recours existante est insuffisante pour répondre aux besoins des habitants. Le moindre recours ou/et un renoncement aux soins contribue à la dégradation de l'état de santé des habitants. Face à ce constat, les structures d'exercice de soins regroupées pluri-professionnelles permettent de garantir aux habitants un accès à des soins de proximité et à des tarifs adaptés. Les ministères chargés de la Santé et de la Ville et les collectivités locales encouragent fortement le regroupement des professionnels de santé à travers le développement des maisons de santé pluri-professionnelles et le maintien de l'offre de soins des centres de santé.

### Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et centres de santé

Les MSP sont constituées de regroupements de professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux assurant des activités de soins de premier recours sans hébergement et des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Le développement des MSP est récent.

Structures plus anciennes et implantées dans de nombreux quartiers urbains sensibles, les centres de santé offrent un accès à la prévention et aux soins de premier recours, à tarifs opposables et en pratiquant le tiers payant. Les professionnels sont salariés de la collectivité/organisme qui gère le centre.

Le Comité interministériel des villes du 18 février 2011 a demandé aux agences régionales de santé (ARS) d'identifier dans leur volet ambulatoire des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) une stratégie spécifique concernant l'accès aux soins dans les quartiers de la politique de la ville. Ceci passe par le repérage des besoins d'accès aux soins et des implantations prioritaires nécessaires. A ce jour, 15 MSP sont opérationnelles dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (contre 5 début 2011). Plus de 60 projets repérés (maisons et centres de santé) sont à l'étude ou en cours de mise en place. Les porteurs de projets et les professionnels concernés bénéficient d'aides fiscales et de financements des ARS. Afin d'appuyer cette dynamique, une enveloppe exceptionnelle de crédits de l'ACSé, à hauteur de 3 M€, a été mobilisée en 2011 et début 2012, au travers d'un appel à projets national : une vingtaine de sites potentiels ont pu être repérés et plusieurs centres de santé en difficulté ont pu être soutenus.

Jean-Yves Lefevre

ministère de la Ville, Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV),  
Coordonnateur national santé.