

LES CAHIERS DU COLLOQUE DE LA PREMIÈRE LIGNE

Colloque conjoint des chaires
Be.Hive & Academie voor de Eerste Lijn
en ligne, les 18-20-21 mai 2021





<https://youtu.be/BhjY0az7MJQ>

L'accès et le recours aux soins de première ligne par les publics vulnérables à Bruxelles

Article grand public

Alexis Creten & Sophie Thunus

Les publics vulnérables ont une santé plus précaire. D'un côté, ils cumulent les facteurs défavorables de nature économique, culturelle, lié au cadre de vie, etc. De l'autre, ils font face à des obstacles dans leur relation de soins, tant au niveau de la communication que de la distance sociale, culturelle et symbolique qui les sépare des soignants. Si cette relation peut générer des difficultés, elle constitue également un moyen privilégié de minimiser les barrières d'accès et de recours aux soins. Parmi ses nombreux bénéfices, elle autorise le médecin à jouer les rôles de psychologue et d'assistant social, rôles essentiels au regard de la diversité des éléments qui affectent directement la santé des publics vulnérables. Particulièrement pour ces derniers, le soin doit dépasser la dimension biomédicale pour adopter une approche holistique de la personne et de sa santé. Il faut donc former les soignants au soin global et proposer un cadre le permettant.

Mieux soigner les publics précaires à Bruxelles

Un enfant né à Saint-Josse-Ten-Noode, commune défavorisée de Bruxelles, a, en moyenne, une espérance de vie inférieure de cinq ans à celle d'un enfant né à dans la commune aisée de Woluwé-Saint-Pierre. De fait, les personnes précaires sont en moins bonne santé, et elles disposent aussi de moins de ressources pour faire face aux problèmes de santé. Une équipe de l'UCLouvain a rencontré de nombreux soignants et patients bruxellois pour déterminer les besoins en santé de ces patients et les obstacles qu'ils rencontrent pour obtenir les soins nécessaires. Les chercheurs ont découvert que ces obstacles sont rarement médicaux.

Entre janvier 2020 et juin 2021, des chercheurs de l'UCLouvain se sont penchés sur le phénomène à la demande de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. Si les inégalités en santé sont un phénomène connu, il est plus difficile de comprendre pourquoi tous ne bénéficient pas de façon similaire aux soins de santé en Belgique. En effet, notre

modèle social permet de réduire fortement le coût des soins, et donc de les rendre accessibles au plus grand nombre. De nombreuses études statistiques mesurent le phénomène, mais peu de recherches visent à le comprendre depuis le point de vue des patients concernés. Les résultats présentés ici éclairent la façon dont la précarité influence l'usage de la médecine et questionnent de ce fait l'approche médicale dans les quartiers défavorisés.

Une précarité aux visages et conséquences multiples

La différence d'espérance de vie à Woluwé-Saint-Pierre et Saint-Josse-Ten-Noode s'explique par les inégalités socioéconomiques fortes qui les séparent : le revenu médian dans la première commune s'élevait, en 2016, à 25 321 euros, alors qu'il n'était que de 14 931 dans la seconde. La précarité économique est très répandue à Bruxelles, dont le tiers des habitants vit sous le seuil de pauvreté. Mais elle ne doit pas occulter les autres aspects de la précarité (culturel, linguistique, qualité du lieu de vie, mode de vie, etc.). Ces aspects

déterminent de façon importante l'état de santé des personnes. Par exemple, habiter dans une commune verte et peu polluée offre de meilleures chances de rester en bonne santé que d'habiter au cœur du trafic automobile. De la même façon, les comportements (comme le tabagisme, l'exercice physique ou l'alimentation) varient selon les groupes auxquels appartiennent les individus. Si ces divers aspects impactent l'état de santé, ils conditionnent également l'accès et le recours aux soins de santé.

Des obstacles qui s'additionnent

Avant tout, il convient de distinguer les termes d'« accès » et de « recours ». Cette distinction est importante car les obstacles rencontrés (et les solutions) diffèrent selon leur type. Le premier renvoie à la capacité à accéder aux soins, que cela soit en disposant des ressources nécessaires (en argent ou en temps), par la disponibilité de médecins ou autre. Le second terme renvoie à la *démarche*, au choix de se rendre chez le médecin ou de suivre son traitement. Si les obstacles à l'accès sont relativement connus, ceux au recours le sont moins. En effet, ils nécessitent de comprendre des mécanismes qui ne sont pas aussi visibles et mesurables que pour l'accès. Par exemple, la saturation des structures de soins ou l'accès à la sécurité sociale sont facilement observables (notamment statistiquement), mais la peur ou la prise de décision d'aller chez le médecin le sont moins.

Une relation entre soignant et soigné source de problèmes...

Plusieurs obstacles surviennent également dans la relation de soin. Les chercheurs en ont identifié deux types principaux. Le premier concerne les problèmes de communication. Ils touchent tout d'abord les personnes qui ne maîtrisent pas les langues nationales et qui éprouvent alors des difficultés à communiquer avec les soignants. Mais ils touchent également un public plus large qui maîtrise ces langues. En effet, il n'est pas rare que les patients éprouvent des difficultés à exprimer leur ressenti ou leur problème dans des termes compréhensibles par le soignant, ou à comprendre ce dernier (lorsqu'il emploie un jargon médical par exemple). Le second type

d'obstacle relationnel concerne la distance sociale qui sépare le soignant du patient précaire. Ils appartiennent tous deux à des groupes sociaux très différents en termes de ressources économiques, de culture, d'origine ethnique ou autre. Ce qui peut amener le soignant à interpréter différemment les propos du patient selon son groupe d'appartenance ou à lui administrer un traitement différent selon ses caractéristiques réelles ou supposées. Il arrive aussi que le patient n'ose pas poser de questions ou rectifier son médecin lorsqu'il pense que celui-ci se trompe, ou encore qu'il craigne d'aborder des sujets intimes ou allant à l'encontre la morale dominante (orientation sexuelle, maladies honteuses, etc.).

...Mais aussi de solutions

Néanmoins, la qualité de la relation entre le patient et le soignant, ainsi que les qualités humaines du soignant, constituent des éléments importants pour des soins de qualité. Ainsi, les difficultés de communication et les effets de la distance sociale peuvent être réduits par les efforts que le soignant déploie pour mettre à l'aise son patient, prendre le temps de l'écouter et se montrer bienveillant et empathique. L'attention et la bienveillance du médecin constituent des attentes fortes de la part des patients et participent à leur mieux-être tout en leur donnant le sentiment d'être mieux soignés. Elles sont aussi nécessaires pour le développement d'un sentiment de confiance. Lorsqu'ils estiment avoir trouvé le « bon médecin », c'est-à-dire celui qui manifeste ces qualités, les patients se montrent fidèles à lui, présentent une adhésion aux traitements beaucoup plus importante et s'autorisent à aborder des sujets intimes qu'ils n'oseraient pas aborder en temps normal, mais qui sont pourtant indispensables à un bon diagnostic.

Le médecin psychologue et assistant social

Une bonne relation ouvre aussi la porte à d'autres besoins qui ne seraient pas abordés autrement. Pour beaucoup de patients précaires, le médecin généraliste fait office de psychologue. Si les raisons sont multiples (faible remboursement des psychologues, nécessité d'une bonne relation pour aborder les sujets intimes, etc.), les avantages le sont tout autant. Plusieurs femmes victimes de

violence conjugale rapportent ainsi l'aide précieuse qu'elles ont reçue de leur médecin, qui constituait l'un de leurs seuls liens avec le monde extérieur. Le médecin généraliste se retrouve aussi à faire office d'assistant social, comme lorsqu'il accompagne certains patients dans leurs démarches administratives afin de leur permettre de se faire soigner. Il occupe également une place privilégiée pour constater certaines problématiques, comme l'automutilation, la maltraitance infantile, etc.

Une médecine cloisonnée face à des besoins globaux

Les patients, et particulièrement les patients précaires, sont confrontés à une diversité de problèmes qui affectent leur santé, et qui nécessitent d'agir sur plusieurs aspects de leur vie. Par exemple, améliorer les conditions de vie d'un sans-abri est indispensable pour le soigner. Les patients eux-mêmes considèrent leur santé comme un tout et ne font pas toujours la distinction entre les spécialités et disciplines médicales. Pourtant, le système de santé actuel laisse peu de place à ces rôles non biomédicaux. Il réduit le soin à son geste technique (poser un bandage, ausculter le patient) qu'il chronomètre et mesure pour l'« optimiser ». Durant leur formation, les futurs soignants ne sont pas suffisamment préparés pour gérer les problèmes sociaux des patients, comme l'addiction ou la maltraitance, et leurs relations de soin. Si l'on souhaite mieux soigner les publics précaires, il est nécessaire de prendre leurs besoins de santé dans leur globalité. Ce qui nécessite de mieux reconnaître le rôle que jouent les soignants dans les problématiques sociales et l'importance de la relation dans le soin. Et, in fine, de décloisonner la médecine.