

Les personnes exclues des soins formels : une étude de Médecins du Monde



Et soins de santé primaires :
rencontres

Les centres de consultation de Médecins du Monde accueillent les personnes exclues des soins formels. Ces personnes cumulent souvent les vulnérabilités^[A,B] et leur risque de morbidité est accru. Qui sont-elles, de quoi souffrent-elles plus précisément ? A partir de données collectées en routine, les centres bruxellois et anversoises de Médecins du Monde ont étudié ces questions auprès de 14.371 consultants pendant six ans (2006-2011).

Diversité

Plus de 60% des répondants sont de sexe masculin, l'âge moyen est de 33,2 ans, environ 65% sont des étrangers en séjour illégal et 80% n'ont pas d'assurance maladie. La grande majorité de ces personnes sont célibataires et ne vivent pas en famille. Les origines sont variées et le profil des deux villes est un peu différent en ce qui concerne la proportion d'Asiatiques et de Maghrébins.

Fidèle Kabera Mugabe, bio-statisticien, maîtrise en santé publique, bio-statisticien à la polyclinique,
Kathia van Egmond, médecin, coordinatrice médicale des projets belges pour Médecins du Monde,
Edith Hesse, médecin, maîtrise en santé publique, directrice médicale pour Médecins du Monde,
Stéphane Heymans, économiste, responsable des projets belges pour Médecins du Monde,
Michèle Dramaix-Wilmet, maîtrise en santé publique.

méthodologie :
analyse à partir
d'une base de
données médico-
administratives.

Tableau 1 : Profil socio-démographique

Variable	Bruxelles n (%)	Anvers n (%)
Sexe	10 100	4 115
<i>Homme</i>	65,5	56,3
Age (année)	33,4 (13,5)	32,4 (13,3)
Tranches d'âge :	10 249	4 122
<i>Mineur</i>	9,2	10,5
<i>Majeur</i>	80,8	89,5
Origine :	10 143	4 049
<i>Europe (EU+)</i>	8,2	8,7
<i>Europe de l'Est</i>	10,8	14,2
<i>Amérique Latine</i>	10,6	6,7
<i>Asie</i>	8,6	22,7
<i>Afrique S/Sahar</i>	23,3	26,7
<i>Maghreb</i>	37,9	20,8
<i>Autres</i>	0,5	0,4
Etat Civil	6 026	3 278
<i>Célibataires</i>	76,5	59,0
<i>Mariés</i>	18,5	34,1
<i>Veuf + Divorcé</i>	5,0	6,9
Famille	10 249	4 122
<i>Isolé</i>	88,6	84,6
Statut :	10 044	3 919
<i>En ordre</i>	12,7	11,8
<i>Procédure</i>	21,3	27,0
<i>Irrégulier</i>	66,0	61,2
Assurance	10 044	3 919
<i>En ordre</i>	7,1	7,1
<i>Dépendant</i>	9,7	11,3
<i>Non assuré</i>	83,2	81,7

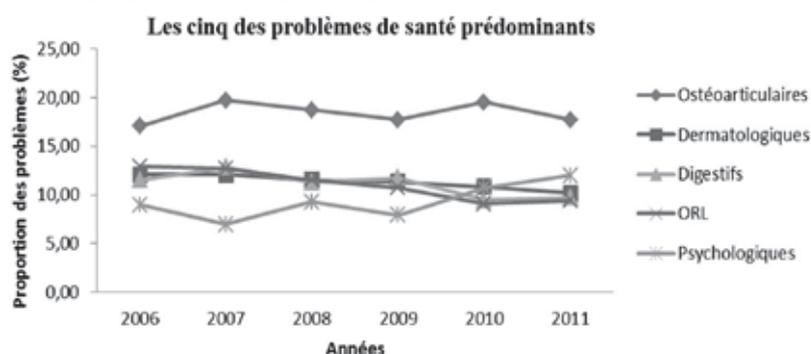
Mots clés : accessibilité, exil, inégalités sociales, recherche.

Pathologies¹ : liées aux conditions sociales

1. Les problèmes de santé prédominants ont été analysés par les méthodes statistiques usuelles, complétées par une régression logistique.

Le graphique 1 montre que les problèmes de santé prédominants sont ostéo-articulaires (18,5%), dermatologiques (11,5%), digestifs (11,3%), oto-rhino-laryngologiques (11,2%). Les problèmes psychologiques (9%) tendent à augmenter au fil des années.

Graphique 1. Pathologies les plus fréquentes



Ces problèmes sont directement liés aux conditions de vie. Le travail joue ici un rôle important : la plupart des personnes sans séjour légal n'ayant pas droit au travail, elles doivent souvent, pour pouvoir simplement survivre,

travailler au-delà de leurs capacités physiques, dans des conditions très dures échappant à toute réglementation. Ces conditions du travail sont à l'origine de la plupart des problèmes ostéo-articulaires, lombalgies, tendinites etc., qui peuvent aussi être d'ordre psychosomatique ou/et liés aux conditions de logement.

Les problèmes dermatologiques, digestifs et oto-rhino-laryngologiques sont typiques des conditions de vie difficiles : les situations de promiscuité, fréquentes vu les difficultés de logement, favorisent leur transmission. Les études récentes conduites aux Etats-Unis et au Canada font le même constat.

Les problèmes clairement identifiés comme psychologiques sont associés à l'âge, au fait de ne pas vivre en famille, à la région d'origine et au cumul d'autres pathologies. On observe également que pour ces patients, la durée de prise en charge est plus longue (modèle de régression logistique)

Les grossesses : une augmentation significative

Les femmes sont le plus souvent célibataires ; leur moyenne d'âge est de 28.4 ans (entre 20

Tableau 2 : les grossesses

Variables	2006 n (%)	2007 n (%)	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)
Grossesses	727 10,0	1138 13,4	745 14,1	598 14,9	581 15,4	443 15,6
Cumul de pathologies :						
<i>Pas de problèmes</i>	71,2	76,3	62,1	84,8	87,2	86,2
<i>Un problème</i>	19,2	13,8	22,3	9,8	7,7	9,2
<i>Deux prob, ou plus</i>	9,6	9,9	15,5	5,4	5,1	4,6
Nb consul médic,	73	152	103	92	78	65
<i>1 fois</i>	60,3	50,0	39,8	64,1	65,4	60,0
<i>2 à 5 fois</i>	26,0	27,0	28,2	28,3	28,2	35,4
<i>6 à 25 fois</i>	9,6	17,8	25,2	6,5	6,4	3,1
<i>Plus de 25 fois</i>	4,1	7,2	6,8	1,1	0,0	1,5
Nb consul Soc	72	149	103	88	76	65
<i>1 fois</i>	68,1	49,0	39,8	55,1	64,5	66,1
<i>2 à 5 fois</i>	25,0	38,9	38,8	40,4	31,6	26,2
<i>6 à 25 fois</i>	6,9	10,7	20,4	3,4	4,0	7,7
<i>Plus de 25 fois</i>	0,0	1,3	1,0	1,1	0,0	0,0

*Chi2 de tendance

et 45 ans). Selon les années, entre 3 et 10% ont moins de 20 ans. Elles n'ont en général pas d'assurance maladie ni de droit au séjour. Plus du tiers viennent d'Afrique subsaharienne, suivies pas les maghrébines et les asiatiques. Dans les deux centres, la proportion des femmes qui viennent consulter pour des raisons liées à la grossesse augmente significativement avec le temps. Cette proportion est deux fois plus élevée à Anvers qu'à Bruxelles.

Accès aux soins : comparaison entre les deux centres

Environ deux tiers des personnes consultent les centres une seule fois, tandis qu'une proportion non négligeable de personnes consultent pendant un an ou plus ; on observe des différences entre Bruxelles et Anvers (tableau 3).

Evolution de la prise en charge des médicaments selon les acteurs

C'est avant tout les organismes humanitaires qui prennent en charge les médicaments, et ceci de manière croissante (de 22% en 2006 à 40% en 2011) ; la participation des organismes publics diminue clairement, celle des mutuelles reste stable (tableau 4).

Tableau 3 : durée de prise en charge

Indicateur « proxy » d'accès aux soins	Bruxelles (n=8528) (%)	Anvers (n=2931) (%)
Durée prise en charge : Me (P₂₅-P₇₅)	1 (1-16)	1 (1-74)
Durée en charge :		
- 1 Jour :	67,8	53,4
- 1 semaine à 3 mois	17,5	23,3
- 1 année ou plus	14,7	23,5
Nombre des cons, Méd, Me (P₂₅-P₇₅)	1 (1-37)	1 (1-40)
Nombre des consultations médicales		
- 1 fois	66,8	52,9
- 2 à 5 fois	30,3	37,7
- 3 à 24 fois	2,9	9,2
Nombre des cons.soc Me (Min-Max)	1 (1-31)	1 (1-54)
Nombre des consultations sociales	9911	3956
- 1 fois	66,1	58,4
- 2 à 5 fois	30,7	33,4
- 6 à 24 fois	3,1	7,8

Tableau 4 : prise en charge des médicaments

Prise en charge des médicaments	2006-11 n=13242 (%)	2006 n=1762 (%)	2007 n=2600 (%)	2008 n=2708 (%)	2009 n=2045 (%)	2010 n=2073 (%)	2011 n=2054 (%)
CPAS-AMU	5,8	9,7	8,6	7,8	4,3	1,8	2,2
FEDASIL	4,4	7,5	9,4	4,2	1,7	2,3	1,3
MSF/MDM/PSF	70,5	54,6	56,9	66,5	76,4	81,2	87,4
Mutuelle	1,5	1,3	1,2	1,1	2,2	1,5	1,6
Patient	17,9	27,0	24,0	20,4	15,3	13,3	7,6

La santé des personnes exclues des soins est un défi majeur pour la santé publique

En Belgique, l'accès aux soins est conditionné par le statut administratif et par le fait d'avoir un domicile légal. Les personnes qui n'arrivent pas à remplir ces deux conditions^[C] sont dans une situation de grande précarité et bien souvent dans un état de désaffiliation sociale, - deuxième cause de précarité en Belgique comme dans les autres pays de l'Union européenne^[C, D].

L'immigration irrégulière reste la première cause d'exclusion aux soins, et les personnes vivant cette situation rencontrent différents problèmes de santé liés à leurs mauvaises conditions de vie. La durée prolongée de prise en charge, pouvant aller jusqu'à trois ans, révèle les difficultés d'accès aux soins, la chronicité et la persistance de ces difficultés. On ne peut par ailleurs pas oublier les stratégies adoptées par les personnes en séjour irrégulier : certaines évitent de recourir aux institutions publiques par crainte de se faire arrêter et expulser. Les écarts observés entre Bruxelles et Anvers sont dus à la différence des politiques menées par ces deux villes en matière d'accès aux soins pour les plus démunis. En fait, chaque CPAS interprète et applique la loi à sa manière : il dispose d'une grande autonomie de décision quant à la prise en charge des frais médicaux d'une personne. Et comme il existe autant de CPAS que de communes - soit 19 à Bruxelles - cela veut dire qu'il y a 19 procédures et politiques différentes à Bruxelles au lieu d'une seule pour obtenir de l'aide. Les contextes politiques différents peuvent expliquer qu'à Bruxelles un plus grand nombre de personnes démunies parviennent à avoir de l'aide médicale d'un CPAS qu'à Anvers. ●

Références

[A] Duncan G., Paugam S., *Social Precarity and Social Integration*, European Commission Directorate-General Employment, Eurobarometer 56.1 October, 2002 URL : <https://www.biblioteca.porto.ucp.pt/docweb/multimedia/associa/pdf/socpp.pdf> (12/01/2012)

[B] Gushulak B, Weekers J, MacPherson D, "Migrants and emerging health issues in a globalized world—health threats, risks and challenges : an evidence-based framework", *Emerging Health Threats Journal* 2 : e10, 2009.

[C] Herman Van Oyen, Patrick Deboosere, Vincent Lorant, Rana Charafeddine (Eds.). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, Gent, Academia Press, 2010, iv + 200 p. URL : <http://www.belspo.be/belspo/ta/publ/academia-inegalites.soc.sante.U1579.pdf> (11/01/2012)

[D] Ursula Karl-Trummer, et al., "Access to Healthcare for undocumented migrants in EU : A first landscape of NowHereland", *Eurohealth* Vol16 N°1, 2010.