

RÉSONNANCE /

L'ACCÈS AUX SOINS POUR UNE POPULATION SOCIO-ÉCONOMIQUEMENT DÉFAVORISÉE : SITUATION DU QUARTIER DE BRUXELLES-CENTRE

L'accessibilité aux soins en Belgique est insuffisante, on ne le dira jamais assez, et nous avons récemment évoqué les recommandations émises à ce sujet par Médecins du Monde et l'Inami¹. L'argent est bien sûr un nerf de la guerre ; mais il n'est pas le seul. A partir d'observations de terrain faites aux urgences de l'hôpital Saint-Pierre, les auteurs de cet article analysent les différents types de barrières auxquelles se heurtent des publics variés dans le quartier de Bruxelles-Centre. Une petite pierre qui s'ajoute aux nombreux constats sur les inégalités de santé.

Estelle Spoel, service des urgences, centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, Bruxelles, Jeroen De Man, département de Santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers, Dominique Cerf, service des urgences, centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, Bruxelles, Bart Criel, centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, Bruxelles et département de Santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers.

Le système de sante belge, le meilleur du monde ?

La qualité des soins de santé apparaît généralement élevée en Belgique², perception accréditée par le KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé) dans son rapport sur la performance du système de santé belge². Par contre, 27% des ménages dans le quintile des revenus les plus faibles déclarent avoir postposé des soins de santé pour des raisons financières en 2008³, et l'on estime que seulement 24% des ayant-droit bénéficiaient réellement du statut préférentiel OMNIO en 2009³. L'accessibilité aux soins est donc bel et bien insuffisante, en particulier pour les populations socio-économiquement défavorisées.

1. Marianne Prévost Accessibilité aux soins, recommandations de Médecins du Monde et de l'INAMI, SC 69 décembre 2014

2. Uzunboylyu H, Iacobuță A-O. Patients' Evaluation of Access and Quality of Healthcare in EU Countries. A Comparative Analysis. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 2012;62:896-900. Disponible à : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812035926>.

3. Belgian health care knowledge centre. Belgian health system performance. 2012. Disponible à : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196B_performance_systeme_sante_belge_0.pdf.

Pour évaluer l'accès aux soins en Belgique, nous avons utilisé comme baromètres d'accessibilité les données provenant de dix sources d'information. Notre cadre d'analyse est construit selon deux dimensions (tableau 1). D'abord nous avons réparti les dix sources en fonction des types de populations à propos desquelles elles rapportent :

1. la population sans mutuelle (les demandeurs d'asile, les illégaux ...)
2. les pauvres (définition dépend de la source) ;
3. la population avec mutuelle ;
4. l'ensemble de ces trois populations.

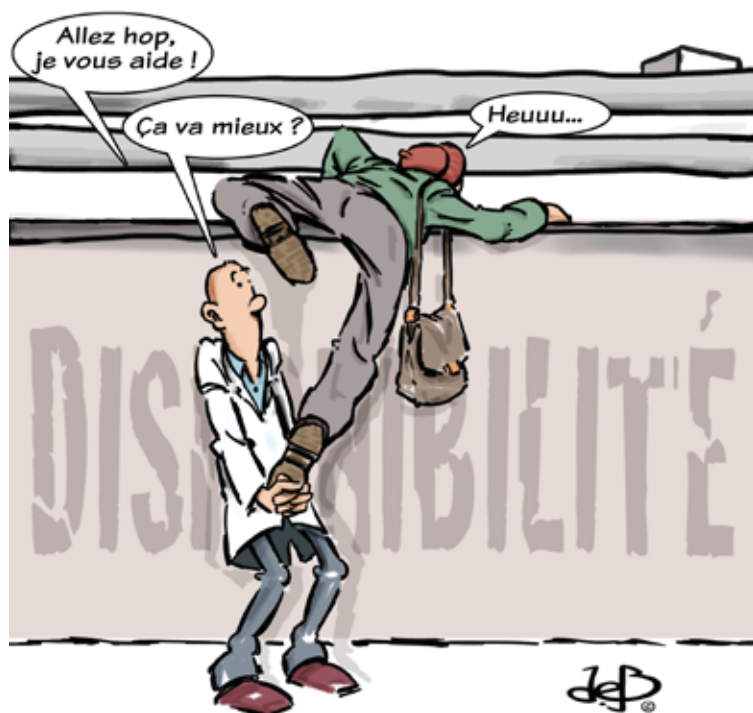
Ensuite, nous avons classé les différentes barrières identifiées d'après le modèle de Penchasky et Thomas :

1. la disponibilité : la présence du personnel et des ressources nécessaires ;
2. l'accessibilité financière : la capacité du patient à payer ;
3. l'acceptabilité : dans quelle mesure le patient se sent confortable dans les services disponibles, en terme de culture, de valeurs, et d'intimité ;
4. l'accessibilité géographique : la capacité du patient à atteindre le prestataire de santé au sens physique du terme.

**Tableau 1 :
Nombre de barrières identifiées par source d'information et par catégorie d'accessibilité**

Source		Disponi- bilité	Accès géogra- phique	Accès financier	Accepta- bilité	Réponse efficace	Informa- tion
Groupe par public cible	Acteur						
Groupe 1	1) MDM	+++	0	++++	++++	+++	++++
	2) Mighealthnet	+	0	+	0	0	+
Groupe 2	3) Asbl Quart Monde	0	0	++	++++	++	0
	4) Concertation "Sans- abri"	+++	0	++	++	++	0
	5) Concertation OMNIO	0	+	+	+	0	++
	6) Observatoire Bruxelles	0	0	+	0	0	0
Groupe 3	7) Test achats	0	0	+	0	0	0
	8) ISP	0	0	+	0	+	+
	9) KCE	+	0	+	0	0	0
Groupe 4	10) Expérience terrain	+++	+	+++	++++	+++	++++
Grand total (nombre des barrières)		12	3	18	22	17	14

Légende : 0 = pas de barrière d'accès ; + = 1-2 barrières ; ++ = 3-4 barrières ; +++ = 5-6 barrières ; ++++ = 7-9 barrières



A ce modèle nous ajoutons :

5. « l'efficacité des soins » : dans quelle mesure le contact avec un professionnel de santé est-il un succès par rapport au problème de santé 6 ;
- 6 le concept « d'information », qui reflète la connaissance qu'a le patient de l'offre de soins disponibles.

Le tableau 1 synthétise les données d'une façon semi-quantitative ce qui permet de comparer le nombre de barrières évoquées par source et par catégorie.

L'accès aux soins sous la loupe

La catégorie rassemblant le plus de barrières différentes évoquées (dernière ligne : « grand total ») est l'acceptabilité des soins, suivie par l'accessibilité financière et l'efficacité. Nous voyons clairement une différence en nombre de barrières entre les deux premiers groupes (les populations défavorisées) et le troisième groupe pour toutes les catégories, à l'exception de l'accessibilité géographique. La différence est la plus grande pour l'acceptabilité, mais est encore substantielle pour l'efficacité et l'accès financier. Entre les groupes un et deux on note surtout une différence au niveau de l'information.

La présentation des dix sources d'informations

Le Centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de l'organisation non-gouvernementale Médecins du Monde offre de l'information à « quiconque éprouvant des difficultés pour se faire soigner sur leurs droits et obligations ». La majorité (65%) qui bénéficient sont des sans-papiers.

Mighealthnet est un réseau d'information sur les 'bonnes pratiques' en santé pour les migrants et minorités en Europe.

L'asbl ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles est un mouvement qui lutte contre l'exclusion sociale et la grande pauvreté.

Le groupe de travail 'hospitalisations' de la Concertation sans-abri : santé est un groupement de professionnels ayant un sujet de recherche précis : les barrières à l'accès aux soins pour la population spécifique des sans-abris.

Une concertation de différents acteurs de la société civile et de l'Etat a fait une évaluation du statut OMNIO. L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, service d'étude des services du Collège réuni de la Commission communautaire commune, a publié le Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2010, baromètre social.

L'association Test Achats a réalisé un dossier sur l'accès aux soins en Belgique.

L'Institut scientifique de la santé publique belge a fait une enquête de santé par interview en 2008 qui met en évidence des différences entre les classes socio-économiques en ce qui concerne des soins notamment préventifs.

Le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur la performance du système de santé belge.

L'expérience terrain du vécu de l'auteur principal aux urgences de Saint-Pierre à Bruxelles et des discussions informelles avec des collègues travaillant dans le système de santé du centre de Bruxelles : des médecins et assistantes sociales hospitaliers, des assistantes sociales du CPAS, des médecins et infirmières de première ligne et la coordinatrice de projet d'accès.

Les barrières identifiées

Les barrières qui relèvent de l'acceptabilité des soins sont liées à une barrière linguistique et culturelle, un manque de confiance dans le personnel de santé, la peur d'une dénonciation chez les personnes en séjour illégal et des sentiments d'infériorité. L'accessibilité financière est relative aux procédures administratives et au manque d'initiative pour réaliser les démarches nécessaires (par exemple : aller au CPAS...). D'autre part, il persiste une barrière financière directe qui comprend les frais non remboursés ou remboursés à posteriori. Pour ce qui est de l'efficacité de la réponse de soins, nous retrouvons comme barrières la méconnaissance par les professionnels des problématiques spécifiques aux populations défavorisées, les différences socioculturelles entre patients et professionnels et l'effet d'un système fragmenté dans lequel les soignants se retrouvent isolés. Les barrières liées à l'information créent un manque de connaissance chez les patients et les prestataires des possibilités offertes par le système. Elles sont liées à une communication inadaptée vis-à-vis de la population cible (exemple : à cause d'une barrière linguistique, culturelle...), l'isolement social plus fréquent et une méconnaissance du réseau de soignants par les professionnels.

Les barrières de disponibilité sont liées à la démotivation des professionnels par l'excès de lourdeurs administratives et financières afin de prendre en charge cette population défavorisée. L'organisation du système, par sa complexité et sa fragmentation avec absence de coordination entre acteurs, semble à l'origine de barrières dans différents domaines.

Conclusion

Nous constatons que les barrières à l'accès aux soins de qualité restent encore fortement présentes pour les populations socio-économiquement défavorisées à Bruxelles. Ignorer cette population défavorisée peut mener à des conclusions inadéquates et la priver des soins nécessaires. ■

Références

- ◆ Penchansky R, Thomas JW. «The concept of access : definition and relationship to consumer satisfaction». *Med. Care.* 1981 ;19(2) :127–40. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>.
- ◆ Tanahashi T. «Health service coverage and its evaluation». *Bull. World Health Organ.* 1978 ;56(2) :295–303. Disponible à : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2395571&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- ◆ Médecins du Monde. *Rapport annuel 2009, CASO Centre d'Accueil, de soins et d'orientation, Bruxelles.* 2009. Disponible à : <http://www.medecinsdumonde.be/publications>.
- ◆ Médecins du Monde. *L'accès aux soins des plus démunis, Rapport d'activités des projets bruxellois,* 2010. 2010. Disponible à : <http://www.medecinsdumonde.be/publications>.
- ◆ Mighealthnet. *Accès aux soins de santé pour les personnes en situation illégale.* 2008. Disponible à : http://mighealth.net/be/index.php/Access_aux_soins_de_santé_pour_les_personnes_en_situation_illégale.
- ◆ ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles asbl. «Professionnels de la santé, vous avez un rôle important dans la réalisation de nos projets». *Santé conjugulée* 2009 ; n°49 : 24.
- ◆ Concertation sans-abri « santé ». Groupe de travail "hospitalisations", Première réunion. 2010. Disponible à : <http://www.lstb.be/pdf/20100319Compte-rendu.pdf>.
- ◆ Concertation OMNIO. *Un meilleur accès aux soins de santé grâce au statut OMNIO ?* 2009. Disponible à : http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport5/rap5_Exercice_droits_OMNIO_FR.pdf.
- ◆ Observatoire de la santé et du social, bruxelles. *Baromètre social : Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté.* 2010. Disponible à : http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2010/1_barometre_social_2010.pdf.
- ◆ Test-Achats. *L'accès aux soins de santé n'est pas garantie en Belgique.* 2010. Disponible à : <http://www.test-achats.be/sante/nc/communique-de-presse/l-acces-aux-soins-de-sante-n-est-pas-garantie-en-belgique>.
- ◆ Institut scientifique de sante publique. *Enquête santé par interview, Belgique 2008.* 2008. Disponible à : <http://www.iph.fgov.be/epidemiolo/epifr/index4>.
- ◆ Belgian health care knowledge centre. *Belgian health system performance.* 2012. Disponible à : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196B_performance_systeme_sante_belge_0.pdf.