



Hôpital

Soigner et accompagner les plus pauvres : entre devoir d'humanité et impératifs financiers

La pauvreté est de plus en plus visible dans le milieu hospitalier. Elle pose question à tous ceux qui travaillent dans l'hôpital, en tant qu'êtres humains, citoyens et professionnels de la santé. Les équipes d'aumônerie du CHC Liège (Centre hospitalier chrétien) ont demandé à Vivre Ensemble de les accompagner dans leur réflexion sur ce sujet.

Une soirée¹, réunissant près de 120 personnes, a donc eu lieu entre des employés et volontaires du CHC, d'une part, et Christine Mahy, secrétaire générale du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, Jean-Michel Longneaux, philosophe et accompagnateur des comités d'éthique du CHC et Xavier Drion, administrateur délégué du CHC, d'autre part. Regards croisés.

Cette analyse est disponible en format pdf (carnet A5 ou A4) sur notre site www.vivre-ensemble.be. Elle peut être reproduite et publiée. Nous vous demandons de mentionner la source et de nous transmettre copie de la publication.

Vivre Ensemble Education, 2010

Avec le soutien de la Communauté française



¹ « Quelle hospitalité à la pauvreté ? », le jeudi 30 septembre 2010 à Liège

Il est particulièrement intéressant, pour les soignants et aumôniers d'hôpitaux, de mieux connaître le contexte, la réalité, la logique de ceux qu'ils ne connaissent que dans le cadre de leur hospitalisation : qui sont-ils ? Quelles sont leurs craintes, leurs préoccupations, leurs besoins ? Comment concilier les impératifs économiques d'un hôpital qui, même s'il est une asbl, doit être financièrement viable, et le devoir d'humanité envers les plus fragiles de notre société, *a fortiori* dans une institution qui se réclame de l'héritage du message évangélique ?

Christine Mahy, assistante sociale de formation, donne un éclairage sur l'avant et l'après-hôpital pour les personnes en situation de pauvreté. Car, si, comme le dit Xavier Drion, toute personne hospitalisée est d'une certaine façon en situation de pauvreté, au sens où elle est fragilisée, les patients qui vivent dans la pauvreté sont particulièrement vulnérables.

Double injustice

Si nous ressentons tous un problème de santé important comme une injustice, ce rapport à la santé est doublement injuste quand on est en difficulté économique. Car, outre l'hospitalisation en elle-même², il y a toute une série de problèmes administratifs, institutionnels, financiers, familiaux à gérer. Il faut être en ordre de

cotisation à la Mutuelle, remplir les papiers adéquats pour signaler la maladie et l'hospitalisation, payer un acompte à l'admission, quitter un chez-soi où l'on vivait seul ou au contraire une grande famille – qui va s'occuper des enfants, des courses,... ?

« Les personnes qui vivent dans la précarité ont une relation d'amour-haine avec l'hôpital, constate Christine Mahy. Celui-ci apparaît d'une part comme un lieu protégé, où on va être pris en charge, nourri, logé. De plus, les personnes des milieux précarisés accordent une très grande confiance aux médecins, au pouvoir du personnel soignant. » Mais cet

« Les personnes qui vivent dans la précarité ont une relation d'amour-haine avec l'hôpital ».

espoir, un peu démesuré parfois, cohabite avec une crainte d'entrer en contact avec un milieu inconnu, voire hostile parce qu'on n'en maîtrise pas les codes ni le langage : comment est organisé le temps, comment

communique-t-on, comment circule-t-on, à qui s'adresse-t-on pour telle chose et pour telle autre ?

Pour certaines personnes qui sont devenues dépendantes – de l'alcool, du tabac,... - le milieu hospitalier impose une discipline difficile à intégrer. Les personnes qui arrivent à l'hôpital n'ont parfois pas eu le temps d'emporter quoi que ce soit. Et celles qui sont complètement seules n'auront même personne à envoyer chercher des vêtements de rechange à leur domicile.

² Voir notre analyse « L'hôpital, comme un zoom sur l'exclusion sociale », Vivre Ensemble 2008

Entre crainte et espoir

Il y a ainsi une ambivalence entre espoir de guérison et crainte face à un milieu étranger, perçu comme hostile. Des comportements qui semblent logiques au patient dérangent la routine et la tranquillité d'un service hospitalier : difficile, par exemple, pour les soignants ou le voisin de chambre, de voir l'espace envahi par une famille nombreuse : « Ces familles crient, elles sont incontrôlables, elles ne respectent pas les heures de visites,... », entend-on parfois. « Il faut réfléchir au fait que, quand on est très pauvre, on essaie de consolider les moyens dont on dispose pour traverser la vie dans un état de survie, explique Christine Mahy. Et dès qu'une perturbation survient, comme une hospitalisation, se produit une rupture dans cet équilibre de la survie. La famille a alors tendance à vouloir recréer cet équilibre partout où elle est. Ces mécanismes ne sont pas toujours compris ni admis, mais cela mérite qu'on en parle, qu'on dialogue autour de cela. »

Les difficultés des personnes en situation de pauvreté à l'hôpital tiennent aussi aux exigences implicites de celui-ci : « la dimension scientifique des soins se veut objective, constate Jean-Michel Longneaux. On retient du patient sa pathologie, l'organe, les tissus, les cellules,... ce qui est objectif, avec cette prétention de soigner n'importe qui, quel que soit son parcours de vie : chez un pauvre ou chez un riche, un cancer c'est un cancer. Dans cette logique, pour que le

Le patient en situation de pauvreté ne se laissera pas aussi facilement réduire à un « corps objectif ».

Le système soit efficace, il faut qu'il mette entre parenthèses ce qui relève du subjectif, la personne en tant que telle. Les patients « standards » savent se maîtriser, se plier aux injonctions du médecin. On entend des patients dire « moi je me tiens à carreau parce que si je rouspète les infirmières vont se venger... », « on apprend, c'est un jeu. ».

Le patient en situation de pauvreté, par contre, ne se laissera pas aussi facilement réduire à un « corps objectif ». Son contexte de vie – psychologique, social, économique, culturel – fait qu'il lui est très difficile de jouer le jeu de l'objectivation. Le soignant, lui aussi, va se rendre compte que cette « pathologie » qu'il a devant lui renvoie à tout un contexte psychosocial qui en est la vraie cause. En ce sens, les personnes pauvres résistent, elles rappellent aux soignants – et, à travers eux, à la société – qu'elles ne sont pas qu'une pathologie, mais que c'est tout un contexte – les conditions injustes dans lesquelles elles vivent – qui explique cette maladie ou en tout cas sa gravité.

Et après l'hôpital ?

Le moment de quitter l'hôpital est particulièrement délicat, lui aussi. Il n'y a pas toujours de place dans les maisons de convalescence ou les services psychiatriques quand l'état du patient le nécessite. Les personnes en situation de grande précarité resteront parfois un peu plus longtemps à l'hôpital, ce qui entre en conflit avec les impératifs

économiques de ce dernier et ne fait d'ailleurs que reporter les problèmes qui se poseront au retour à domicile – sans parler de ceux et celles qui n'ont tout simplement pas de domicile³...

A la sortie de l'hôpital, il y a souvent un traitement à poursuivre, qu'il s'agisse de pansements ou de médicaments. Il faut aussi à nouveau remplir des papiers, , retourner chez le médecin traitant, prendre des rendez-vous de contrôle,... tout cela peut être très compliqué. Le recours à des services ou soins à domicile peut être mal vécu : quand on vit en caravane ou en chalet, ou encore dans un appartement insalubre, on n'a pas nécessairement envie que des « étrangers », fussent-ils bien intentionnés, viennent découvrir dans quelles conditions on vit...

A ce sujet, Xavier Drion souligne que certains patients, qui entrent à l'hôpital sans problème particulier, en ressortent fragilisés sur le plan financier : l'incapacité de travail fait chuter les revenus du ménage, ou alors un des deux parents arrête de travailler pour s'occuper de l'enfant gravement malade,...

³ A ce sujet, voir notre analyse « Sans-abri, sans santé ? », Vivre Ensemble, 2008

Entre rentabilité et humanité

Le personnel hospitalier gagne donc à mieux connaître les logiques et les contraintes des patients en situation socioéconomique précaire, afin d'accueillir au mieux ce public plus fragile. Car, Xavier Drion le rappelle, « les statuts du CHC stipulent que la mission de notre Centre hospitalier est d'apporter des soins ET un accompagnement de qualité », les deux étant mis sur le même pied. La « Charte des valeurs partagées » du CHC précise qu' « au CHC, le statut social et la situation économique ne sont jamais un obstacle à la prise en charge du patient. »

Xavier Drion veut tout d'abord tordre le cou au préjugé selon lequel les hôpitaux privés ne sont pas confrontés au problème de la pauvreté parmi leurs patients. En

2009, les personnes fragilisées ont coûté quelque 2,5 millions d'euros à son institution. Cela passe par des honoraires qui ne sont pas récupérés par les médecins, ou par un étalement du paiement des notes d'hôpital, pour un montant de 1,1 million €.

Le CHC, pour remplir sa mission sociale, emploie une importante équipe de 24 personnes réparties sur six sites hospitaliers. Ceux-ci mènent à bien des milliers d'interventions chaque année : aide administrative, soutien moral, information, orientation, contacts avec d'autres services sociaux, contacts avec

des fonds sociaux pour les maladies graves et longues, mise en ordre de mutuelle, préparation de la sortie des patients, de la convalescence,... Cela va jusqu'à des visites à domicile pour veiller à ce que l'habitation soit convenable, voire à la recherche d'un autre logement.

« Il reste que l'hôpital n'est pas une œuvre caritative, explique M. Drion. C'est une grande entreprise qui doit faire ce pour quoi elle existe, à savoir prodiguer des soins de qualité, ce qui est impossible sans dégager du bénéfice. Ces bénéfices sont réinvestis pour améliorer la qualité des soins, puisque l'hôpital est une asbl », rappelle-t-il ».

Pour relever ce double défi de la rentabilité et de l'attention aux plus pauvres, quatre axes sont développés :

- Le discernement des médecins dans l'application des suppléments d'honoraires.
- La prévention de la fragilisation par la limitation du contentieux : « nous établissons toujours un contact téléphonique direct avec le patient qui a un retard de paiement pour essayer de trouver une solution avec lui ». Une façon d'éviter les courriers que l'on redoute et que l'on « classe » sans les ouvrir par peur de la menace potentielle qu'ils recèlent...
- Une attention permanente à la situation sociale des patients : les

membres des services sociaux participent aux réunions de service, vont dans les unités de soins, sont appelés dès qu'un problème est détecté.

- Des fondations existent au sein de l'hôpital pour améliorer le quotidien des patients qui sont confrontés à des difficultés. Par ailleurs, l'hôpital met en place des fonds, alimentés par l'hôpital et les honoraires médicaux, les médecins, pour financer des techniques médicales qui ne le sont pas par l'Etat et qui seraient sinon inabordables pour une série de patients.

Conclusion

Il faut saluer ces initiatives qui témoignent d'une réelle attention aux plus pauvres. Pour contrer la prédominance des impératifs économiques et aider efficacement les patients « pas comme les autres » en raison de leur situation socio-économique, Jean-Michel Longneaux – et Vivre Ensemble plaide en ce sens depuis longtemps – suggère d'améliorer la formation des soignants. Cette formation devrait selon lui viser trois objectifs principaux : prendre conscience que ce type de population a un rapport à son corps, à la santé et à la société qui est différent du nôtre. Comment dialoguer, que dire et ne pas dire, comment même organiser le service pour que tous s'y sentent à l'aise ? Sur le plan médical, ensuite, il y a

des pathologies spécifiques (physiques autant que mentales) à la pauvreté : il faut savoir les repérer. Enfin, il faudrait que les soignants soient plus au fait de ce qui existe pour aider les personnes en situation de pauvreté durant et après leur séjour à l'hôpital. De nombreux services et associations sont présents dans la région, qui peuvent et doivent travailler en réseau. L'hôpital ne doit pas, seul, faire face aux difficultés des patients précarisés.

Christine Mahy le constate, et la soirée à laquelle fait référence cette analyse le montre : le milieu hospitalier est de plus en plus conscient des difficultés particulières que vivent les patients en situation de pauvreté. Mieux les connaître, mieux les comprendre grâce à des formations, mais aussi à des regards croisés entre soignants et monde associatif, c'est une nécessité pour réduire les injustices sociales face à la santé. Avec, comme *a priori*, la conviction que *« les gens font du mieux qu'ils peuvent pour traverser la vie, dans les conditions où ils sont, avec les ressources dont ils disposent: la connaissance, les moyens matériels, la confiance ou la méfiance, avec leur histoire personnelle et familiale également »*.

Isabelle Franck
Vivre Ensemble Education
2010