



La lettre d'information aux médecins sur les activités de prévention de l'OSH, Août 2006

Je propose à l'équipe une hospitalisation de la maman en gériatrie pour une mise au point et un placement éventuel et la demande de mise en protection urgente de la personne pour Pierre, demande adressée au Substitut du Procureur de garde. Finalement, Pierre acceptera de son plein gré l'hospitalisation et le Substitut de garde n'accèdera pas à la demande de mise en Protection compte tenu de l'hospitalisation de Pierre.

Pierre peut très bien, une fois dégrisé ? sortir de l'hôpital par la porte de service sans demander d'aide complémentaire à sa désintoxication. Voilà donc décrite une situation qui a demandé au généraliste "isolé" que je suis de développer sa créativité "socio-sanitaire" pour continuer à suivre une famille psychologiquement et socialement "précarisée".

**Au sein de la famille "précarisée" qu'elle le soit socialement, sur le plan relationnel, physiquement, financièrement ou tout ensemble, les différents membres sont en perte d'autonomie. Ils ne demandent rien et n'ont pas la capacité d'aller vers les services adéquats pour la résolution de leurs problèmes.**

**Il appartient aux intervenants sociaux et au médecin de famille qui pénètrent dans la famille de repérer les personnes "précarisées", d'analyser, d'"écouter" le milieu de vie, de mettre eux-mêmes en relation les personnes et les services (qu'ils auront par ailleurs appris à connaître) et de les faire se rencontrer. Le médecin de famille se voit alors responsable de référer aux services adéquats pour une meilleure prise en charge de ces familles et pour développer avec elles un projet évolutif adapté et respectueux.**

Docteur Philippe ROCHET • Médecin généraliste

**Anne** est une adolescente de 18 ans. Elle bénéficie au CPAS d'un Revenu d'Intégration de 319 euros et d'Allocations Familiales de 103 euros soit au total 421 euros de revenu par mois. Son projet de vie est de devenir coiffeuse et ouvrir son salon suite à une dernière année de gestion. Elle est actuellement en 5<sup>ème</sup> professionnelle et sa scolarisation est considérée par le CPAS comme son Contrat d'Intégration. Elle doit régulièrement apporter les preuves de sa fréquentation régulière. Sa mobilité est difficile, elle dépend de l'état du véhicule de son compagnon de vie. Son héritage social et culturel est très pauvre. Elle a été mise à la porte de chez ses parents pour pouvoir bénéficier du Revenu d'Intégration, ce qui constitue le parcours familial habituel. Les liens familiaux se limitent actuellement à l'achat de "sacs de pommes de terre" que les parents lui apportent pour subvenir à ses besoins.

Anne s'est mise en ménage avec Emile, 25 ans, sans emploi et ferrailleur. Ils vivent ensemble chez les parents de son conjoint dans un habitat insalubre et dans une promiscuité indécente. L'alimentation se limite à de la viande tous les jours (capital !) et des patates. Anne est une femme jeune et déjà obèse. Elle porte déjà les stigmates de la pauvreté.

Malgré le peu de soutien familial et le rejet de ses collègues de classe [elle n'a pas le look d'une coiffeuse] elle a beaucoup de courage et reste battante.

Docteur Anne-Marie BERGHEZAN  
Observatoire de la Santé du Hainaut

En plus de cela, elle a déjà beaucoup de difficultés pour trouver des lieux de stage.

**Anne vit une situation de grande vulnérabilité. Le moindre incident de parcours la plongerait dans un état de précarité encore plus grave : une grossesse, un accident de santé, une voiture non fonctionnelle, un concubin récalcitrant...**

**Antoinette** est veuve et pensionnée à 67 ans. Elle touche 1089 euros de pension par mois. Son loyer s'élève à 500 euros/mois et elle doit rembourser 100 euros/mois pour un prêt hypothécaire. Son revenu mensuel est de 409 euros.

Elle consulte le CPAS où elle bénéficie d'une aide "loyer" de 200 euros, d'une aide "chauffage" de 70 euros et du paiement de ses cotisations sociales. Elle demande régulièrement une intervention pour des frais médicaux : achat de lunettes, consultations ou hospitalisations d'urgence.

Antoinette a 4 enfants. Elle s'est retrouvée veuve suite au décès inopiné de son conjoint. Elle garde de bons contacts avec ses enfants eux-mêmes dans des situations de précarité. Son logement est sain et spacieux. Elle y garde tous ses meubles et son chien de compagnie.

Antoinette est en bonne santé malgré une mobilité réduite : elle porte des chaussures orthopédiques et fait des chutes fréquemment. Elle vit un stress psychique continué vu ses bas revenus, un sentiment de solitude et de honte.

**Antoinette est rentrée dans la précarité suite au décès de son époux. Elle n'a pas les moyens financiers de subvenir à ses besoins, mêmes essentiels. Elle dépend des aides sociales pour se loger, se chauffer, se faire soigner... Elle ne peut compter sur ses enfants déjà en difficulté. La reloger ailleurs serait objectivement une solution... mais ce serait la séparer de son "chez-soi", de ses meubles, de son chien... et la précipiter dans le désespoir total.**

*Anne, Antoinette, Pierre... des situations différentes de précarités vécues. Les contextes, les trajectoires de vie, les histoires ne se rejoignent que dans le désespoir commun d'une perte d'autonomie et d'estime de soi. Le médecin généraliste les rencontre régulièrement dans sa pratique quotidienne sous de multiples visages. Quelle réponse apporter à une telle détresse ? Quelle est la place du médecin généraliste ? Les déterminants de la santé dépassent largement le champs du "bio-médical" et dépassent ses compétences.*

*Là où le médecin généraliste pratique, dans son quartier, son village, sa commune, existe-t-il des institutions, des services, des associations qui pourraient lui venir en soutien ? Quel fichier adresses élaborer pour reprendre les coordonnées d'intervenants "ressources" ? Quel réseau créer à long terme pour trouver des pistes de solution sans la frustration de mettre un pansement sur un bobo qui en cache bien d'autres.*

## Pour obtenir...



« **Carnet de bord de la santé**  
Santé en Hainaut n° 5 • 2004

**3<sup>ème</sup> rapport de la Pauvreté du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale** »

Tél. : 065 87 96 00  
Fax : 065 87 96 79



## Appel...

L'ASBL Promotion Santé et Médecine Générale (née de la collaboration entre la Société Scientifique de Médecine Générale et la Fédération des Maisons Médicales) propose à des Médecins généralistes familiarisés avec le dépistage du risque cardiovasculaire global d'élaborer un cadastre local de collaborateurs potentiels dans la gestion des patients à risques. Il est essentiel que ce projet rassemble au minimum 3 médecins généralistes. Vous souhaitez en savoir plus ? Contactez Mme V Hubens à la Fédération des Maisons Médicales au 02 514 40 14.

## Edito

### Santé et pauvreté : quelle(s) prévention(s) ?

En décembre 2005, le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale publiait son troisième rapport bisannuel intitulé : "Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politiques".

Pour le professionnel de la santé, la mission de prévention pour les publics précarisés est malaisée puisqu'il n'a pas de prise sur certains éléments déterminants de la vie de son patient : songeons à la qualité du logement, un secteur en pleine crise, ou au niveau suffisant des revenus. De plus, la pauvreté affiche de nombreux visages : plus visibles, comme celui du sans-abri, mais aussi plus insidieux, s'agissant par exemple des "travailleurs pauvres".

D'une part, le rapport du Service plaide pour une évaluation des stratégies de prévention destinées aux personnes vivant dans la pauvreté : les campagnes relatives au mode de vie (alimentation saine, exercice régulier...) tendent à renforcer les inégalités sociales si elles sont peu adaptées aux publics précaires. D'autre part, il s'avère nécessaire d'élargir certains modes de paiement des soins, comme le régime du tiers-payant. Enfin, tout comme pour d'autres professions, la question de la formation a été débattue : il est indispensable que la formation, tant initiale que continuée, accorde une place à la diversité, et ce, tant sur le plan de la conscientisation (exemple : travailler la représentation de la pauvreté) que sur celui des législations en évolution constante (la médecine sociale est souvent reléguée à l'arrière-plan).

Thierry MARTIN

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale • Bruxelles  
Site web : www.luttepauvrete.be  
E-mail : luttepauvrete@cntr.be

## Comité de lecture

- Dr Roland BARBIER, médecin généraliste ;
- Dr Michel DE JONGHE, médecin généraliste ;
- Dr Michèle VILAIN, médecin généraliste.

## Initier des réseaux locaux "santé/précarité" : une priorité dans le Hainaut

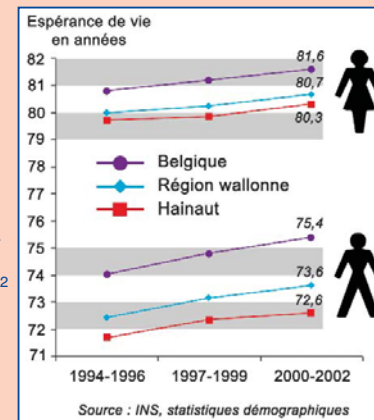
Les constats sont accablants en Hainaut. Non seulement le nombre de médecins généralistes est inférieur dans les zones les plus précarisées, mais tous les indicateurs de l'inégalité sociale face à la santé convergent dans le même mauvais sens.

► L'espérance de vie des hommes stagne. L'écart avec les autres régions en Belgique s'agrandit. La différence homme - femme est une des plus élevées d'Europe.

► Les prévalences des principales pathologies sont plus élevées. ► Tous les facteurs de risque d'une mauvaise santé sur le plan de l'environnement comme sur le plan des comportements sont en défaveur des personnes en situation de précarité.

► L'offre de soins et de prévention médicale comme la consommation de celles-ci sont inférieures aux moyennes nationales et régionales ce qui, paradoxalement, entraîne des dépenses supplémentaires par les recours tardifs. Le Hainaut cumule les problèmes depuis longtemps, mais la situation s'aggrave.

► ► Suite page 2



## Quel réseau socio-sanitaire en soutien au médecin généraliste "isolé" ?

À cette question je répondrais tout d'abord par une lapalissade : le généraliste peut faire le choix de ne pas rester isolé ! Car s'il est difficile de maîtriser correctement toutes les compétences nécessaires à l'abord correct des problématiques de santé, de plus en plus complexes, dans la population dite "normale", cela se complique encore lorsque viennent s'imbriquer des problématiques de type sociale et/ou financière qui influencent péjorativement et l'état de santé et l'accès aux soins.

► ► Suite page 2