



**Commission parlementaire sur le projet de loi 20 :
Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille**



**« Beaucoup de gens ne se sentent pas compris(...)
Il faut qu'ils disent (leurs problèmes) en 10-12 minutes;
mais quelqu'un qui est dans la pauvreté,
il a un amas de problèmes qui ne se
gèrent pas en quelques minutes. »**



**Mémoire présenté par
Mouvement ATD Quart Monde**

Février 2015



**Mouvement ATD Quart Monde
6747 Drolet
Montréal (QC)
Tél. 514-279-0468
www.atdquartmonde.ca**

Le Mouvement ATD Quart Monde¹ est présent au Québec depuis 1982. Issu du Mouvement international ATD Quart Monde, il poursuit des actions de lutte contre la pauvreté et la misère, en partenariat avec les personnes en situation de pauvreté et en concertation avec de nombreux autres organismes de lutte contre la pauvreté.

C'est avec les personnes en situation de pauvreté que, depuis 2011 au Québec, le Mouvement ATD Quart Monde travaille sur l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté. "La santé devrait faire partie d'un droit universel pour tous." nous rappelle un membre d'ATD Quart Monde ayant une expérience de la pauvreté.

Vivre en situation de pauvreté a des impacts majeurs sur la santé : ces personnes sont plus à risque de voir leur état de santé se dégrader, d'avoir plusieurs maladies chroniques et, par conséquent, de mourir précocement. De plus, elles sont moins bien desservies par les services de santé (inverse care law), elles vivent souvent des expériences négatives de soins et se sentent parfois jugées par les professionnels qui les soignent (1-2). Pour ces raisons, les systèmes de santé et les professionnels sont appelés à améliorer les soins pour les personnes en situation de pauvreté. (Extrait du rapport final du projet de recherche ÉQUIsanTÉ)

Projet de recherche participative : ÉQUIsanTÉ

Depuis 2011, les membres du Mouvement ATD Quart Monde participent à un projet de recherche participative. ÉQUIsanTÉ² est une recherche, financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), menée par Christine Loignon, sociologue et chercheuse de l'Université de Sherbrooke et Catherine Hudon, médecin et chercheuse de l'Unité de médecine familiale de Chicoutimi.

Le projet de recherche ÉQUIsanTÉ propose d'établir un dialogue entre des professionnels de la santé et des personnes en situation de pauvreté, afin d'identifier les barrières entre eux et de chercher des solutions pour améliorer la qualité et l'accès aux soins. Trois groupes de participants ont pris part au projet ÉQUIsanTÉ. Le premier groupe est composé de six membres du Mouvement ATD Quart Monde, dont quatre ayant l'expérience de la pauvreté et deux volontaires permanentes. Le second et le troisième groupe sont formés par des membres de l'équipe de soins de deux unités de médecine familiale (UMF), dont des médecins de famille, des résidents en médecine de famille, des infirmières, des intervenants psychosociaux et des agentes administratives.

Pour favoriser la participation de tous dans ce projet de recherche, un comité de pilotage a été formé. Il a pris les décisions importantes (établir la question de recherche, déterminer les méthodes d'analyse et l'effectuer, etc.) en plus d'avoir été au coeur du travail d'analyse. Il était composé de deux personnes en situation de pauvreté, deux volontaires d'ATD Quart Monde, deux chercheurs et deux professionnels de la santé. Tous les participants d'ÉQUIsanTÉ sont co-chercheurs.

¹ ATD Quart Monde est un mouvement international qui cherche et expérimente des façons de s'attaquer aux causes de la pauvreté. Pour en savoir plus : www.atdquartmonde.ca

² Pour en savoir plus sur ÉQUIsanTÉ : <http://www.atdquartmonde.ca/le-rapport-final-equisante/>

Projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille

Il est nécessaire de se rappeler qu'une société ne peut se bâtir en ignorant une partie de ses membres, et que lutter contre la pauvreté, c'est améliorer le bien-être de toute la société. C'est pourquoi il y a des principes que le Mouvement ATD Quart Monde a mis de l'avant dans les différentes consultations auxquelles il a participé depuis 22 ans :

- la nécessité d'un engagement prioritaire de l'État dans la lutte contre la pauvreté ;
- la nécessité d'une approche globale ;
- la reconnaissance que la misère et la pauvreté sont des violations des droits de la personne ;
- l'importance de rechercher des solutions durables avec les personnes qui vivent la pauvreté ;
- la reconnaissance des efforts de tous comme préalable à l'exercice de la vie démocratique ;
- la nécessité de développer une connaissance réelle de l'histoire et de la vie des personnes en situation de pauvreté.

C'est à la lumière de ces principes et de notre travail autour du projet de recherche ÉQUISANTÉ que nous avons travaillé pour déposer ce mémoire dans le cadre des audiences publiques du projet de loi 20. Nous tenons à faire entendre le savoir d'expérience des personnes en situation de pauvreté, car qui d'autres qu'elles peuvent nous exprimer ce dont elles ont besoin pour recevoir des soins de santé de qualité. De plus, le projet de recherche ÉQUISANTÉ a permis de croiser le savoir des personnes en situation de pauvreté avec celui des professionnels de la santé, donnant ainsi aux recommandations énoncées un pouvoir nouveau et croisé.

Nous tenons également à encourager les membres du Gouvernement à prendre le temps de connaître et de comprendre les impacts au quotidien sur la vie des personnes en situation de pauvreté des diverses mesures proposées, dont celles du projet de loi 20. Ce mémoire se veut un moyen pour les membres du Gouvernement de découvrir, comprendre et connaître la réalité de vie des personnes en situation de pauvreté, ainsi que les impacts sur les professionnels de la santé.

L'accès aux médecins de famille et la qualité des soins reçus par les personnes en situation de pauvreté est une problématique à l'heure actuelle, tant pour les personnes en situation de pauvreté que pour les professionnels de la santé, et ce, avant même toute réforme. Il convient donc dans ce mémoire d'exprimer ce qui, selon nous, sont des barrières dans l'accès aux soins pour les personnes en situation de pauvreté et qui devront être prises en compte dans le cadre du travail de cette Commission.

Nous souhaitons également exprimer notre inquiétude face au projet de loi 20 qui, selon nous, déshumaniserait la médecine de famille et davantage pour les plus vulnérables de notre société.

Schéma présentant les quatre barrières identifiées et analysées par le comité de pilotage du projet de recherche ÉQUISANTÉ :



Dans le cadre de ce mémoire, nous allons vous présenter les barrières identifiées dans le projet ÉQUIsantÉ et qui selon nous sont en lien avec le projet de loi 20. A moins d'indication contraire, les extraits sont tirés du rapport final du projet de recherche ÉQUIsantÉ dont vous trouverez la référence à la fin de ce mémoire.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les membres des équipes de soins et les personnes en situation de pauvreté ont longuement discuté de l'organisation et du fonctionnement du système de santé québécois qui contribuent à créer, voire à renforcer, certaines barrières entre elles. Ils ont notamment souligné l'impact du manque de temps accordé au patient ainsi que l'accès et la continuité des soins. Les professionnels ont également traité de la complexité du système de santé.

Manque de ressources : pénurie de personnel et temps limité

Le manque de ressources financières du système de santé et le contexte de pénurie de personnel qui y est associé font en sorte que certains professionnels n'ont pas les outils nécessaires pour répondre aux besoins des personnes en situation de pauvreté et peuvent se sentir impuissants face à leur situation. Ils ressentent la pression de bien «performer» à un moindre coût, ce qui a nécessairement des conséquences sur le temps et les services accordés au patient. À ce propos, une professionnelle de la santé a affirmé : *Si vous saviez la pression! On en fait des cauchemars quand on hospitalise des gens, parce qu'on peut recevoir trois, quatre appels par jour parce qu'il faut qu'on sorte quelqu'un qui n'a plus raison d'être là; mais si c'est contre nos valeurs de sortir cette personne-là parce qu'elle a nulle part où aller. Mais les pressions sont là effectivement.*

Le manque de temps à accorder aux patients engendre plusieurs limitations pour les membres des équipes de soins et ne leur permet pas de mieux connaître la situation de leurs patients, de transmettre toute l'information nécessaire aux patients en s'assurant de sa compréhension, de procéder à une bonne évaluation clinique ou de remplir efficacement les formulaires et autres demandes administratives. Ils ont également l'impression que le manque de temps les limite dans leurs interventions préventives, car ils doivent constamment traiter les urgences, ce qui leur laisse peu d'occasions pour faire de l'enseignement et de l'éducation aux patients. De plus, lorsqu'ils accordent plus de temps à un patient qui en a besoin, cela engendre des retards considérables dans l'horaire et occasionne de la frustration chez les patients (*Photo 1*).



Photo 1. Salle d'attente présentée par un membre de l'équipe de soins pour représenter le temps d'attente que vivent les patients et la contrainte de temps imposée aux professionnels de la santé.

Pour les personnes en situation de pauvreté, le temps insuffisant accordé par les professionnels durant une consultation génère du stress. Elles se sentent pressées à un point tel qu'elles oublient parfois de discuter avec les membres des équipes de soins de points importants les concernant.

"On a déjà pas assez de temps avec notre médecin et on arrive à la visite stressée. On a peur que le médecin n'est pas assez de temps pour jauger notre problème" (Militante ³ATD Quart Monde - Février 2015)

De plus, tel que vu précédemment, les membres d'ATD Quart Monde craignent que les contraintes de temps nuisent à l'évaluation clinique des patients, ce qui pourrait mener à l'établissement d'un diagnostic erroné.

« Beaucoup de gens ne se sentent pas compris. (...) Il faut qu'ils disent (leurs problèmes) en 10-12 minutes; mais quelqu'un qui est dans la pauvreté, il a un amas de problèmes qui ne se gèrent pas en quelques minutes. » (Militant ATD Quart Monde, Université populaire Quart Monde Novembre 2013)

« Je serai curieuse de savoir avec toutes les recherches que vous faites, je trouve ça extraordinaire, mais le ministère de la santé il fait quoi dans tout ça ? Vous avez besoin d'aide, les docteurs et les infirmières et on en manque. Il en faudrait plus. Il faudrait que le gouvernement se réveille face à ça. C'est peut-être pour ça qu'il y a tant de barrières pour les gens qui sont pauvres. On n'a pas assez de personnel. » (Militant ATD Quart Monde, Université populaire Quart Monde Novembre 2013)

Difficulté d'accès aux soins

Les personnes en situation de pauvreté et les membres des équipes de soins reconnaissent que les ressources limitées du système de santé occasionnent un manque d'accessibilité aux soins et aux services de santé. Pour les professionnels, les difficultés d'accès en soins de première ligne dues au manque de médecins de famille sont majeures et ont des répercussions néfastes sur la santé des patients. Ces derniers, n'ayant pas réussi à obtenir un rendez-vous auprès d'une clinique, doivent se présenter aux services d'urgence, car leur condition non traitée s'est aggravée. Tel qu'exprimé par une professionnelle :

Dans le fond, le manque de médecins dans le sens [qu'il y a] très peu d'accessibilité aux cliniques sans rendez-vous (...), mais finalement, les gens, ils se ramassent à l'urgence. (...) À l'urgence, on appelle ça l'autobus, tout le monde arrive. Alors bing, bang! C'était huit heures, finalement ça se rallonge parce qu'il y a des prioritaires qui embarquent et des fois à l'urgence ça roule bien et ça roule pas bien. (...) C'est sûr qu'il y a des problèmes à l'urgence, mais c'est tellement un problème qui va vraiment dans l'accès de première ligne de bureau dans ce cas-là.

³ Personne ayant l'expérience de la pauvreté et engagée dans un combat pour tous

Complexité du système de soins

Les personnes en situation de pauvreté, tout comme les membres de l'équipe de soins, considèrent que le système de soins est parfois tellement compliqué qu'il représente une barrière entre eux. Pour les professionnels, les formulaires et autres documents (document d'invalidité, d'inaptitude au travail, d'assurance, etc.) qu'ils doivent remplir dans le cadre de leur fonction peuvent nuire au temps et à la qualité des consultations avec les patients. Pour les personnes en situation de pauvreté, ces documents ont un impact énorme sur leur vie.

Le système de soins, avec sa bureaucratie et ses règles administratives et légales, entraîne également une certaine rigidité en uniformisant les services et en ne répondant pas aux besoins spécifiques de certains patients. L'un des professionnels donne comme exemple les signalements que les médecins doivent faire lorsqu'une mère ciblée par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) se présente à la salle d'accouchement (*Photo 2*). Elle a affirmé :

C'est pas la DPJ qui est la barrière, mais la barrière c'est quand même qu'il y a des jugements, qu'il y a deux mondes d'incompréhension, qui font que parfois on est rendu là quand c'était peut-être pas nécessaire de se rendre là. Alors on a parlé de rigidité, on a parlé de l'écart entre deux mondes, le monde des professionnels, système de soins de santé et le vécu. [...] Pour qu'on arrive à enlever un bébé à une maman, on a atteint une limite que moi je trouve que... il aurait fallu peut-être trouver autre chose.



Photo 2. Enveloppes «alerte-bébé» affichées à la maternité indiquant les cas de signalement à la DPJ présentée par une professionnelle de la santé pour illustrer la rigidité du système de soins.

Conclusion

Le manque de ressources du système entraîne une pénurie de personnel, ce qui diminue le temps de consultation et l'accès aux soins. Les personnes en situation de pauvreté et les professionnels sont touchés par ces lacunes qui leur génèrent du stress et occasionnent des conséquences néfastes sur la qualité des soins et l'état de santé du patient. La complexité du système de soins est également soulignée par les participants, car elle occasionne une lourdeur administrative et crée de la confusion chez les patients qui ont de la difficulté à se retrouver dans un tel système.

INTERACTIONS ENTRE PROFESSIONNELS ET PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ

Les personnes en situation de pauvreté et les membres de l'équipe de soins vivent dans un contexte différent et ne sont donc pas confrontés aux mêmes réalités. Ces écarts contribuent à créer une certaine distance sociale qui se manifeste de différentes manières.

Préjugés et étiquettes

Tous les participants reconnaissent que les membres de l'équipe de soins entretiennent parfois des préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté. À ce propos, l'un des membres d'ATD Quart Monde a affirmé :

*"Il y a la barrière de l'étiquette BS, bien-être social. Femmes pauvres = imbéciles et paresseuses. Il y a les préjugés qui sont une vraie barrière entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins."
(Photo 3)*



Photo 3. Étiquette «BS» présenté par un membre d'ATD Quart Monde pour représenter les préjugés que vivent les personnes en situation de pauvreté.

Les personnes en situation de pauvreté ont également l'impression que les professionnels les rendent responsables de tous les problèmes de santé qu'ils éprouvent. Ils ont affirmé que ce jugement est dû au fait que les membres de l'équipe de soins ne connaissent pas la réalité dans laquelle ils vivent. Les préjugés qu'entretiennent les médecins ont été reconnus par les personnes en situation de pauvreté comme étant les plus néfastes. Les médecins peuvent alors poser des diagnostics basés sur des préjugés, ce qui engendre de la souffrance (Photo 4)



Photo 4. Photographie prise par une professionnelle de la santé qui représente les jugements envers les personnes en situation de pauvreté et le regard qui peut être porté sur elles.

Les membres des équipes de soins ont également reconnu que les professionnels ont parfois certains préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté et croient que cela peut provenir des limites auxquelles font face les professionnels, que ce soit au niveau de leurs limites personnelles (ex. : ils ne se sentent pas à l'aise de travailler avec des personnes en situation de pauvreté) ou de celles du système (ex. : ils sont mal outillés pour faire face à ces situations complexes). Bien que les membres de l'équipe de soins ont constaté que certains professionnels entretiennent des préjugés, peu ont admis avoir eux-mêmes des idées préconçues à l'égard des personnes en situation de pauvreté. Les préjugés et les étiquettes accolés aux personnes en situation de pauvreté sont demeurés un sujet délicat à aborder par les membres des équipes de soins en présence des membres d'ATD Quart Monde. Comme l'a exprimé cette professionnelle : *La photo de l'étiquette de B.S., pour moi ça m'aurait pris du courage, puis je l'ai pas eu. C'est juste ça. Cette étiquette B.S., on a tourné autour du pot. J'ai tourné autour du pot, mais il est réel quand même, celui-là. Il y a juste vous [les membres d'ATD Quart Monde] qui avez osé. C'est vous qui le portez, puis ça prend beaucoup de courage.*

Professionnels de la santé et personnes en situation de pauvreté : des logiques différentes

Les professionnels utilisent beaucoup une logique de diagnostic, alors que les personnes en situation de pauvreté ont souvent une logique du « non-choix » à cause de leur situation de vie. Ainsi, chacun fait des choix différents et a des priorités différentes, ce qui amène de l'incompréhension et du jugement de part et d'autre, même s'ils peuvent partager les mêmes valeurs.

Logique du non-choix

L'une des logiques importantes des personnes en situation de pauvreté est celle du « non-choix » : d'une part, elles sont souvent face à une seule solution due à leur situation de vie (revenu modeste, situation familiale, logement trop cher...), d'autre part, elles perçoivent que les professionnels de la santé ont une opinion arrêtée sur ce qu'elles devraient faire.

« De se rendre compte que ton regard est différent d'une personne qui a des revenus à une autre qui en a un peu moins, qui a le choix. Quand tu

imposes, tu en as pas, de choix. Tu as une affaire. Puis c'est celle-là qu'il faut que tu fasses, parce que si tu la fais pas, t'es pas un bon pauvre, tu fais pas les bonnes affaires, tu es hors de la coche un peu. Ça m'énerve, ça! Ça m'énerve. Ça m'énerve. » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUISanTÉ).

Logique du diagnostic

La logique du diagnostic est au centre du travail des professionnels de la santé. Avec les limites de ressources et de temps, le médecin risque de poser un diagnostic avant d'avoir une connaissance globale du patient, dont sa situation psychosociale.

« Souvent, on fait des diagnostics basés sur des préjugés et sans prendre le temps nécessaire pour voir l'ensemble de la situation. Ainsi, quelqu'un de notre groupe a eu un diagnostic en santé mentale après une consultation d'à peine une demi-heure. Dernièrement, un autre a été diagnostiqué déficient intellectuel après seulement 15 à 20 minutes chez un médecin généraliste. Le médecin fait une lecture instantanée comme un polaroid. Tu attends une couple de secondes, puis tu as l'image. Il ne voit pas la situation globale, le stress ou la violence que tu vis. C'est une vision fragmentaire. Ensuite on nous enferme dans ce diagnostic sur lequel se basent les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé. Cela nous poursuit toute notre vie. » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUISanTÉ)).

Lors d'une des rencontres entre personnes en situation de pauvreté et professionnels de la santé (ÉQUISanTÉ), des discussions ont eu lieu sur le choix qu'ont les mamans qui viennent d'accoucher : allaiter leur enfant ou lui donner du lait maternisé.



Photo 5. Photographie prise par une professionnelle de la santé qui représente le lait maternisé

C'est un exemple flagrant qui illustre bien comment deux logiques peuvent s'opposer. D'une part, pour le professionnel, c'est le lait maternel qui est le meilleur choix : il est très bon pour la santé du bébé et plus économique pour le budget familial.

« [...] une barrière que j'avais c'est quand les femmes qui venaient d'accoucher disaient que finalement elles allaient pas allaiter. Pour moi, l'allaitement c'est quelque chose de facile, le lait est toujours chaud, il est

toujours disponible, ça permet au bébé d'être très proche de sa mère, d'établir un bon contact. Il y a plusieurs experts qui disent que le lait de la mère est bon, il a des anticorps, plein de choses; puis quand les patients me disent que finalement la maman va pas allaiter, puis qu'ils vont acheter du lait en poudre, bien, je trouve que c'est une barrière. Et surtout pour une personne en situation de pauvreté, je trouve que c'est dommage parce qu'on voit le prix ici sur l'affiche, c'est très cher du lait comme ça, tandis que le lait maternel est gratuit.» (Professionnel de la santé, ÉQUISANTÉ)

Et d'autre part, une personne en situation de pauvreté expliquait que le choix du lait maternisé peut venir de la crainte de ne pas pouvoir donner au bébé tout ce dont il a besoin dans son lait maternel. La maman peut aussi croire que son lait ne sera pas bon pour bien nourrir son enfant, parce qu'on lui a souvent dit « tu n'es pas bonne », « tu ne vas pas réussir », donc elle se dévalorise.

« Oui, parce que le choix qu'elle fait, c'est : si je mange pas assez, mon lait est-ce qu'il va être de bonne qualité? Est-ce qu'il va avoir tout ce qu'il lui faut dans ce lait-là? Ça fait que dans le grand doute, quand tu manges une fois par jour, puis que tu manges du pain et du beurre, peu importe le menu, il est pas épais. Tu sais? Ça fait que dans le lait maternisé, même à 20\$, là tu te dis : au moins il va avoir tout ce qu'il lui faut. » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUISANTÉ).

En conséquence, les logiques différentes peuvent amener des décisions ou des actions contraires à ce que la société ou la médecine attendent de toi (allaiter ou donner du lait maternisé) même si la valeur de base est la même i.e. vouloir le meilleur pour son enfant. Pour comprendre ces logiques et actions en apparence différentes, il faut avoir le temps et le courage de s'expliquer les faits.

« Ça, j'aurais jamais pu le savoir dans le bureau. J'avais demandé à la femme, « est-ce que vous allaitez, ou vous donnez du lait maternisé? » Elle me dit, « je donne du lait maternisé. » Je suis pas sûre que je lui aurais demandé pourquoi, puis je suis pas sûre que ça aurait ressorti aussi, « bien, je donne du lait maternisé parce que j'ai peur que mon enfant ait pas tout ce qu'il lui faut dans mon lait, vu que je mange pas assez. » Peut-être que la personne me l'aurait jamais dit, qu'elle mangeait juste une fois par jour, puis que ça l'inquiétait pour son enfant. Ça fait que je vais sortir en me disant, elle prend du lait maternisé, ça va lui coûter super cher, c'est pas un bon choix. Puis elle, elle a l'impression que je la comprends pas. » (Professionnel de la santé, ÉQUISANTÉ)

Fossé entre les deux mondes

Il existe un fossé (socio-économique, culturel, académique...) entre le monde des personnes en situation de pauvreté et le monde des professionnels de la santé.

« Le langage qu'utilisent les médecins et le langage des gens en situation de pauvreté qui n'ont pas fait d'études sont deux mondes. Quand le

médecin te parle pour la première fois du diabète, tu sais ce que c'est. Quand tu entends des mots compliqués comme « hypoglycémie », tu n'es pas sûr de comprendre et de retenir. Tu en perds des bouts. Et pour te défendre, il faut parler le langage des médecins. » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUIsanTÉ)

CONTEXTE DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ

Les personnes en situation de pauvreté ont mentionné que les professionnels de la santé ne prennent pas en considération les conditions dans lesquelles elles vivent, par exemple le stress ou la violence. Il y a donc une méconnaissance de la part des membres de l'équipe de soins de la réalité vécue par les personnes en situation de pauvreté qui ne se limite pas uniquement à leur situation financière.

" Ensuite de ça j'avais aussi l'aspect que des fois en tant que professionnel de la santé, peut-être qu'on voit pas assez la réalité de la personne pour adapter les interventions à la réalité à elle."
(Professionnel de santé - ÉQUIsanTÉ)

Ces conditions de vie malsaines (manque de ressources, logement malsain, etc.) dans lesquelles vivent les personnes en situation de pauvreté font en sorte qu'elles sont plus à risque d'être atteintes de maladies chroniques, d'avoir des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, d'alcoolisme ou d'isolement. Il est toutefois important de spécifier que vivre en situation de pauvreté ne signifie pas que toutes ces personnes rencontrent ces problèmes.

➔ La situation monétaire et le manque de ressources (loyer, électricité, vêtements, transport, téléphone, etc.)

« Si tu n'as pas assez d'argent, tu ne peux pas manger à ta faim. Si tu n'as pas d'argent, tu tombes plus vite malade parce que tu peux pas t'acheter le nécessaire. Le médecin peut bien te dire quoi faire, mais si tu n'as pas le moyen pour t'acheter la base, te nourrir convenablement, cela ne marche pas. » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUIsanTÉ)

« J'ai entendu souvent (...) des personnes en situation de pauvreté se faire dire des choses par les soignants. Exemple : une maman qui a pas beaucoup de sous, donc les enfants mangent pas aussi bien. Ils pourraient manger mieux. Donc là, il (le soignant) dit : « Il est malade, parce que tu t'en occupes pas bien; (...) il est pas habillé assez chaudement (...). Il faudrait qu'il mange plus de légumes. » Il y a beaucoup de gens que je connais qui en parlent souvent. Ils sortent de chez le médecin découragés, ils se sentent encore plus nuls parce qu'ils font ce qu'ils peuvent, mais ils se font reprocher des choses.» (Militant

➔ Les difficultés de bien s'alimenter à cause du coût des aliments

«Les personnes en situation de pauvreté savent et connaissent les facteurs de bonne santé. Mais elles sont incapable de rester en bonne santé dû à leurs conditions. Elles savent qu'elles doivent diversifier leur alimentation mais elles ne peuvent le faire. » (Militant ATD Quart Monde - Janvier 2015)

« Les aliments sont trop dispendieux pour les personnes en situation de pauvreté. Donc tu manges moins bien que supposé, ça t'amène des problèmes de santé. » (Militant ATD Quart Monde, Université populaire Quart Monde Novembre 2013)

«Tu peux pas dans ton quotidien respecter ton régime de diabète. Tu veux. Tu as toute la bonne volonté du monde. Mais tu peux pas ! Ton régime de porte-feuille ne te le permet pas. »(Militant ATD Quart Monde - Janvier 2015)

➔ L'accessibilité aux soins de santé plus difficile à cause de la situation financière (médicaments et services possibles, transports pour se rendre aux rendez-vous)

« J'ai attendu vingt heures [aux urgences], je suis allée à deux cliniques, on m'a dit... on peut pas te prendre, on n'a pas de place. La deuxième a dit... tu peux revenir ce soir. J'ai dit je ne veux pas cela, avoir à courailler. J'ai été malade, j'ai été très malade, j'ai été malade comme un chien. Est-ce que c'est elle qui allait payer l'autobus? J'avais fait une bronchite depuis octobre, quand je suis allée aux urgences, j'ai attendu vingt heures, il a fallu que je mange, j'avais pas d'argent, j'en avais presque pas. » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUISANTÉ)

➔ Les conditions et l'environnement de vie (par exemple logement) ainsi que leurs conséquences sur la santé (maladies, détresse)

« L'espérance de vie dans les quartiers pauvres est de dix ans de moins que dans les quartiers riches, c'est dû aux stress de la vie quotidienne et les moyens de lutter contre ce stress qui sont dommageables pour la santé. » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUISANTÉ)

« Le problème c'est la pauvreté en tant que telle, parce que veut, veut pas, quand on vit en situation précaire, on peut pas prendre soin de notre santé. (...) On passe pour des pas d'allure, mais on peut pas manger trois repas par jour. C'est pour ça qu'on n'est pas en santé. Puis ça défait notre santé mentale » (Militant ATD Quart Monde, ÉQUISANTÉ)

- Le cumul des précarités : isolement et problématiques de santé mentale, ainsi que le sentiment des professionnels de la santé de ne pas être outillé pour aider les patients dans ces situations.

L'isolement peut faire partie de la réalité de plusieurs personnes en situation de pauvreté. Lors des rencontres d'ÉQUISANTÉ, les professionnels ont mentionné que les personnes qui n'ont pas un réseau social autour d'elles peuvent manquer de support, notamment sur le plan de la santé physique et psychologique.

« ... les personnes qui sont isolées, qui ont pas un support, qui ont pas un réseau pour les supporter, comment au niveau de la santé aussi, autant physique et psychologique, bien on est pas égal, on part pas égal c'est bien clair. Alors les personnes qui sont isolées vivent ça plus difficile. »
(Professionnel de la santé, ÉQUISANTÉ)

« ... des fois en tant que professionnel de la santé, peut-être qu'on voit pas assez la réalité de la personne pour adapter les interventions à la réalité à elle. » (Professionnel de la santé, ÉQUISANTÉ)

Conclusion

« Il [le médecin] ne voit pas la situation globale, le stress ou la violence que tu vis. C'est une vision fragmentaire. Ensuite on nous enferme dans ce diagnostic sur lequel se basent les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé. Cela nous poursuit toute notre vie. »
(Militant ATD Quart Monde, ÉQUISANTÉ)

La situation monétaire précaire des personnes en situation de pauvreté occasionne bien des impacts négatifs sur leur vie. Pour les personnes en situation de pauvreté cela se traduit par une difficulté à bien s'alimenter ainsi que par un manque d'accessibilité aux soins. Également, les conditions de vie associées à la pauvreté sont considérées comme étant malsaines et occasionnent de graves conséquences sur la santé mentale et physique des personnes en situation de pauvreté. Cet environnement néfaste contribue à l'accumulation d'une multitude de problèmes touchant différentes sphères de la vie de ces personnes. Le contexte de vie des personnes en situation de pauvreté influence également le travail des équipes de soins, que ce contexte soit ou non connu par les équipes de soins. Face à cette situation complexe, les professionnels sont peu outillés et se sentent démunis. Le contexte de vie des personnes en situation de pauvreté a donc nécessairement des répercussions sur les interactions entre elles et les professionnels de la santé.

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La formation des professionnels de la santé a été un thème majeur dans le projet ÉQUISanTÉ. Des divergences importantes ont été exprimées dans les points de vue des personnes en situation de pauvreté et des professionnels de la santé. Les discussions ont principalement porté sur la formation des résidents et des médecins de famille.

Connaître et comprendre la réalité des personnes en situation de pauvreté

Les personnes en situation de pauvreté ont insisté sur le fait que la méconnaissance de leur réalité était une barrière entre elles et les professionnels de la santé. À ce propos, l'un des membres d'ATD Quart Monde a dit : *Les professionnels ne connaissent pas la réalité de ton quotidien* . Les personnes en situation de pauvreté ont d'ailleurs affirmé que la plupart des médecins ne connaissent même pas les barèmes de l'aide sociale. Elles ont également tenu à préciser que connaître et comprendre la réalité des personnes en situation de pauvreté sont deux choses totalement différentes. Une personne en situation de pauvreté affirme : *[...], mais nous on s'est quand même rendu compte qu'on a été aussi très souvent face à des professionnels qui comprenaient pas*. Ainsi, ce n'est pas parce qu'on a les connaissances sur la situation qu'on peut comprendre les personnes en situation de pauvreté. Certains professionnels confirment ne pas comprendre les choix de ces derniers :

Ça coûte combien, un paquet de cigarettes? Comment ça se fait que quelqu'un qui est en situation de pauvreté se dit pas tout de suite « moi j'arrête de fumer; ça va me donner 250 piasses par mois, ou je sais pas combien, puis avec ça, je vais pouvoir faire plein de choses. Puis en plus, ça nuit à ma santé . Ça fait que ça, on le comprend pas. Puis je pense que derrière le lait⁴, on mettait tous ces autres exemples-là de styles de vie qu'on peut pas comprendre parce qu'on vient pas du même milieu. (Professionnel de la santé - ÉQUISanTÉ)

Mieux communiquer

Les professionnels et les personnes en situation de pauvreté reconnaissent que le manque de communication est un obstacle entre eux. Cependant, certains professionnels de la santé semblaient surpris et un peu sur la défensive quant au fait que les personnes en situation de pauvreté considèrent que les professionnels ont de la difficulté à entrer en relation avec leurs patients. Les personnes en situation de pauvreté ont souligné l'importance de la capacité des professionnels à entrer en relation et que cette compétence est tout aussi importante que les compétences plus techniques, d'où la nécessité d'améliorer la formation.

4



Photo 6. Photographie prise par une personne en situation de pauvreté pour illustrer la barrière de la communication

Le bloc de glace, c'est un médecin qui a reçu une formation scientifique, qui est bon médecin, mais qui est incapable de communiquer. Il s'agit, dans la manière de former les médecins, de choisir les candidats en médecine. La communication est aussi importante que la science. La capacité de rentrer en relation avec les gens, la barrière c'est la formation. (Militant ATD Quart Monde - ÉQUIsanTÉ)

Des professionnels ont réagi à cette image du bloc de glace et l'une d'eux a d'ailleurs dit : *Ici, on forme des médecins, on est une unité de formation pour des médecins de famille. Les professionnels mentionnent qu'il y a de plus en plus de formation et de cours sur la communication misant sur l'importance des relations avec les patients : C'est qu'il y a quand même une prise de conscience de ça par les gens qui forment des médecins. Mais on n'en voit pas encore les effets. Quant aux personnes en situation de pauvreté, elles ne voient pas encore les résultats concrets de la formation des professionnels. Il semble y avoir un écart de perception entre les professionnels et les personnes en situation de pauvreté à propos des effets de la formation sur la relation médecin-patient.*

Dans ce prochain extrait, nous pouvons également percevoir une certaine résistance de la part des professionnels à prioriser la qualité de la relation au détriment des connaissances médicales : *Parce qu'on les bombarde de cours, elles [les résidentes en médecine de famille] ont des cours et des cours de communication médecin-patient, puis des cours et des cours sans arrêt; mais tout ça avec une profession où est-ce qu'il faut savoir beaucoup, beaucoup, beaucoup d'autres choses pour pouvoir vous donner le bon diagnostic. Il y a donc une ambivalence chez les professionnels entre la formation sur les relations avec les patients et la formation scientifique.*

Tension entre diagnostic et communication : temps, ressources et préjugés

Dans le discours des professionnels, surtout chez les résidents en médecine de famille, il semble exister une tension entre la nécessité d'établir un bon diagnostic et celle de bien communiquer et d'entrer en relation avec le patient. L'une des résidentes a tenu à préciser cette logique du diagnostic:

On comprend les deux côtés, mais nous on est face à : on a une demi-heure, puis il faut qu'on avance. On parlait du diagnostic, du bloc de glace, quoi que ce soit, puis dans notre formation je pense que, tu sais, oui la communication c'est important, les relations avec le patient et tout; mais à la base, j'ai l'impression qu'on est des diagnosticiens. [...]Ça fait que c'est lourd, puis des fois, oui on est là avec notre crayon et à la fin de notre page il y a : « donc diagnostic . On se sent, en tout cas moi, je me sens comme étudiante pour l'instant, obligée de marquer « diagnostic » qu'est-ce que je pense que c'est. Puis des fois c'est pas véridique, des fois on se trompe, des fois on se rend pas compte de quel impact ça peut avoir plus tard aussi. Puis on peut pas connaître la vie d'une personne en une demi-heure, mais c'est un peu ça qu'on essaye de faire du mieux qu'on peut.

Des professionnels de la santé se sentent obligés de poser un diagnostic médical sans nécessairement avoir le temps et les ressources nécessaires pour prendre en considération la situation globale du patient. Aussi, les personnes en situation de pauvreté ont démontré que des diagnostics faits rapidement et basés sur des préjugés négatifs peuvent avoir des répercussions graves tel qu'exprimé par un membre d'ATD Quart Monde:

Souvent, on fait des diagnostics basés sur des préjugés et sans prendre le temps nécessaire pour voir l'ensemble de la situation. Le médecin fait une lecture instantanée comme un polaroid. Tu attends une couple de secondes, puis tu as l'image. Il ne voit pas la situation globale, le stress ou la violence que tu vis. C'est une vision fragmentaire. Ensuite on nous enferme dans ce diagnostic sur lequel se basent les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé. Cela nous poursuit toute notre vie.

Les préjugés ou les jugements qui sont ressentis par les personnes en situation de pauvreté lors des rencontres cliniques avec des professionnels causent des souffrances. Une volontaire permanente d'ATD Quart Monde l'illustre ainsi : *Je pense que dans la pratique, un moment donné, tu finis par les défaire [les préjugés], mais au prix de quelles souffrances personnelles et de quelles souffrances de l'autre?*

La formation devrait permettre d'identifier et de reconnaître les préjugés afin de sensibiliser les professionnels de la santé. De plus, les professionnels de la santé pensent qu'une meilleure connaissance de leurs propres limites permettrait d'éviter des souffrances inutiles aux personnes en situation de pauvreté. Un professionnel résumait cette idée ainsi:

Puis nous ce qu'on dit aux jeunes médecins, c'est qu'au moins connaissez-vous, c'est se connaître aussi. Connaissez-vous et sachez quelles sont vos limites et soyez honnête avec un patient. Donc il y en a qui sont capables de faire beaucoup plus et d'aller plus dans le psychosocial que d'autres. Mais je me dis que pour n'importe quel patient, s'il sent que la personne est sincère, écoute... je suis dépassée par la situation, mais je vais essayer de trouver d'autres ressources... Mais il faut avoir une certaine maturité et une certaine autocritique pour faire ça là.

La formation et la sensibilisation aux préjugés sont essentielles, surtout qu'ils peuvent influencer les interventions des professionnels. Par exemple, une résidente en médecine de

famille a partagé son expérience sur la question de l'allaitement : *Puis je me rends compte que je faisais peut-être pas le même discours avec quelqu'un qui avait un peu plus de sous. [...]Je trouve que l'allaitement, c'est bon pour autant les gens pauvres que les gens riches, mais je pense que je faisais pas le même discours aux deux.*

Conclusion

Lors des rencontres d'analyse et d'interprétation, il y avait un consensus au sein du comité de pilotage sur le fait qu'il existe un manque de connaissances de la part des professionnels de la santé sur la réalité de vie des personnes en situation de pauvreté. Il existe aussi une différence fondamentale entre connaître des aspects de la pauvreté et comprendre la réalité de personnes en situation de pauvreté. Toutes s'accordent pour dire que certaines lacunes dans la formation et les préjugés de professionnels de la santé peuvent constituer des obstacles entre des personnes en situation de pauvreté et des professionnels. Afin d'y remédier, un meilleur équilibre entre les connaissances scientifiques (techniques) et les compétences sociales (communication, relation médecin-patient, etc.) est souhaitable. Dans le même sens, une plus grande connaissance et sensibilisation aux réalités de la pauvreté et aux préjugés doit être intégrée à la formation des professionnels. De plus, la reconnaissance des limites des professionnels est une solution qui avait été identifiée lors des rencontres des croisements des savoirs. Le comité de pilotage ajoute que lorsqu'un professionnel ne se sent pas capable d'accompagner son patient dans des situations qu'il trouve difficiles, il pourrait faire appel à un autre professionnel, ce qui favoriserait le développement d'un sentiment de confiance chez le patient. Bref, les membres du comité de pilotage croient que les éléments mentionnés ci-haut sont essentiels pour améliorer la relation entre les professionnels de la santé et les personnes en situation de pauvreté.

Recommandations du Mouvement ATD Quart Monde sur le projet de loi 20

À la lumière de notre travail avec des personnes en situation de pauvreté et en s'appuyant sur la recherche ÉQUIsanTÉ, nous souhaitons émettre les recommandations suivantes concernant le projet de loi 20 :

1. Personnes en situation de pauvreté et professionnels de la santé sont d'accord pour dire que la prise en charge de patients vivant en situation de pauvreté demande plus de temps. **Nous recommandons que le temps de consultation soit plus long, afin que les médecins puissent mettre les patients qui vivent la pauvreté à l'aise pour qu'ils expriment leurs maux et que les médecins puissent prendre en compte leur contexte de vie.** Or, l'augmentation des quotas pour les médecins de famille ne nous semble pas propice pour favoriser des temps de consultation plus longs.

2. Personnes en situation de pauvreté et professionnels de la santé sont d'accord pour dire que les préjugés sont une barrière dans leur relation. Pour les combattre, nous demandons que les professionnels de la santé, dont les médecins de famille, se forment davantage et prennent le temps et les moyens de connaître et comprendre la réalité de vie des personnes en situation de pauvreté. **Nous recommandons que le temps de formation précisément sur les préjugés à l'égard de ceux qui vivent la pauvreté et sur leurs conditions de vie soit augmenté, tant pour les médecins de famille que les autres professionnels de la santé et pour le personnel de soutien en clinique, telle que la secrétaire. Pour ce faire, les personnes en situation de pauvreté ont les compétences et l'expérience nécessaire pour former les professionnels de la santé sur leur réalité de vie.**

3. Personnes en situation de pauvreté et professionnels de la santé sont d'accord pour dire que les conditions de vie dans lesquelles vivent les personnes en situation de pauvreté ont un impact sur leur santé et sur leur relation avec les professionnels de la santé. Nous demandons au ministre de la Santé de défendre l'amélioration des conditions de vie (revenus, logement, services publics...) des personnes en situation de pauvreté, car elles ont un impact direct sur la santé. **L'accès efficace pour tous à des services gratuits de santé publique est une urgence de toute urgence !**

4. Personnes en situation de pauvreté et professionnels de la santé sont d'accord pour dire que la relation de confiance entre le médecin et le patient est essentielle pour diagnostiquer et pour faire le suivi de manière efficace. Or, si le médecin est pénalisé pour les urgences et les décisions des patients qui vivent la pauvreté, la relation sera envenimée et les soins reçus seront affectés. **Nous recommandons que les pénalités à l'égard du taux d'assiduité soient retirées du projet de loi 20.**

Finalement, nous craignons que le projet de loi 20 favorisera l'exclusion des plus vulnérables du système de santé publique. Les médecins, pour répondre aux nouvelles normes de la loi, pourraient choisir leurs patients et pourraient exclure les plus vulnérables de leurs pratiques, car ces normes ne leur permettront pas d'arriver à la performance exigée. Or, tout être humain est égal en droit et dignité. Comme le disait Joseph Wresinski, fondateur du Mouvement ATD Quart Monde :

*Là où des hommes et des femmes sont condamnés à vivre dans la misère,
Les droits de la personne sont violés.
S'unir pour les faire respecter est un devoir sacré.*

Références à consulter pour en savoir davantage :

1. Orpana HM, Lemyre L, Kelly S. Do stressors explain the association between income and declines in self-rated health? A longitudinal analysis of the National Population Health Survey. *Int J Behav Med.* 2007;14(1):40-7.
2. Reid CM. *The wounds of exclusion. Poverty, women's health and social justice.* Oxford: Berg Publishers; 2007.
3. Rapport finale du projet ÉQUIsanTÉ : <http://www.atdquartmonde.ca/le-rapport-final-equisante/>
4. Article publié en anglais : *International Journal for Equity in health*
<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/s12939-015-0135-5.pdf>
5. Présentation du projet ÉQUIsanTÉ à la Direction de la santé publique de Montréal le 16 octobre 2014 . Il s'agissait d'une conférence conjointe entre le Centre Léa-Roback et la GRÉAS : http://www.centrelearoback.org/assets/html/clr_player_equisante_audio.html