

Pouvoir se soigner

Il est étonnant de voir que les soins de santé en Belgique aient aussi bonne réputation alors qu'ils sont si peu accessibles. Comparée aux autres pays européens, la Belgique est à la traîne sur un certain nombre de déterminants d'accessibilité essentiels, par exemple le temps d'attente pour consulter un spécialiste ou le coût à charge du patient (Baeten, Spasova, & Vanhercke, 2018). Ces mauvaises performances ont pour conséquence un report important de soins, un renoncement aux soins et de forts écarts en santé, par exemple dans la durée de vie en bonne santé. Pour nous, le décalage entre la perception de l'accessibilité et sa réalité est notamment dû au fait que l'on définit l'accessibilité beaucoup trop étroitement. Souvent, on la cantonne à l'accessibilité matérielle, à savoir l'accessibilité financière et géographique. Ces deux déterminants sont bien évidemment cruciaux, mais ils ne suffisent pas à réduire la distance entre le système de soins et les populations, en particulier les plus précaires. Notre article, *L'accès aux soins de santé, définition et enjeux*, repose les bases pour penser l'accessibilité selon ses différents déterminants : l'accessibilité financière et géographique, la durée d'attente raisonnable, mais également la capacité à interpréter son état de santé (sensibilité) et à comprendre le système de santé pour trouver la ressource adéquate, et l'acceptabilité de l'offre de santé. Cette dernière condition est cruciale pour comprendre le caractère potentiellement discriminatoire de l'offre du système de santé belge.

La sensibilité à l'état de santé permet de montrer que, pour bien se soigner, il faut pouvoir comprendre si on est en besoin de soins ou non. Dans notre étude, nous expliquons que, en partie, le non-recours aux soins est lié à la compétence d'interprétation et d'anticipation de ses besoins en santé. On ne parle plus alors d'une capacité à payer ou à se déplacer, mais d'une compétence à interpréter son état de santé et le traduire dans une action à prendre au sein du système de santé. Comme l'interprétation adéquate d'un problème clinique nécessite une expertise particulière, les patients peu suivis partent avec un fort désavantage pour le dépistage précoce de problèmes de santé futurs. L'acceptabilité de l'offre, quant à elle, concerne le système de valeurs du patient et son conflit potentiel avec ce que propose le système. Le patient peut choisir de reporter des soins car l'offre ne correspond pas à certains besoins qui ne sont pas directement liés aux besoins médicaux (attentes spécifiques d'ordre pratique, organisationnel, informationnel, culturel ou spirituel, etc.). La façon dont les soins sont organisés peut être problématique dans certains cas (par exemple les soins à domicile). Pour la télémédecine, le patient peut refuser de l'utiliser car il n'est pas d'accord de partager ses données avec un dispositif numérique. Il peut également refuser d'aller consulter un prestataire qui n'aurait pas un comportement respectueux envers sa

personne (que ce soit par rapport à ses convictions religieuses, idéologiques, son identité de genre ou en raison de son statut socio-économique défavorisé). Cette dimension est un paramètre crucial à prendre en compte pour réduire la discrimination dans les soins de santé et le recours ou non au système de santé (Cès & Baeten, 2020).

La crise sanitaire que nous venons de vivre est presque une illustration des différentes dimensions de l'accessibilité des soins de santé car sa gestion a imposé des limites drastiques dans les soins accessibles. Ces restrictions ont particulièrement impacté la continuité des soins de santé mentale. Nos premières études sur les téléconsultations (Avalosse, Henry, & al., 2020) nous avaient déjà interpellé sur le potentiel décrochage des patients psychiatriques durant le début de la pandémie car les contacts avec ces derniers avaient été maintenus à l'initiative des médecins et pas à la demande des patients. Ce dispositif, nécessaire lors du premier confinement, comporte des limites importantes : résistances de certains patients, sous-diagnostics, et aggravation des écarts de santé entre les patients plus précaires et les autres patients. Un an a passé et nous avons voulu objectiver la situation du recours à des soins dans un domaine spécifique durant la pandémie, le domaine de la santé mentale des enfants et adolescents. Notre nouvelle étude *L'impact de la pandémie de la COVID-19 sur les soins de santé mentale des enfants et adolescents* confirme l'impact dramatique de l'inaccessibilité du système de santé sur la santé mentale des jeunes. Si nous regardons l'accessibilité physique, nous constatons dans nos chiffres une diminution drastique de l'utilisation des soins de santé mentale dans le deuxième trimestre 2020, qui n'est pas totalement compensée par la téléconsultation. Quand nous nous penchons sur l'accessibilité financière et l'acceptabilité, nous pouvons constater que le gradient social est un facteur déterminant dans le type de soins de santé mentale utilisés : les populations les plus vulnérabilisées ont plus de risque de consommer des médicaments ou d'être hospitalisées, mais moins de probabilité d'avoir accès à un spécialiste. Pour la sensibilité à l'état de santé également, l'observation de ce groupe vulnérable des jeunes durant la pandémie montre que les recours à des prestataires ont diminué et donc ont provoqué une augmentation significative de l'utilisation des soins lors du quatrième trimestre. Nous voyons donc que la prévention est un phénomène crucial pour éviter les traitements curatifs plus lourds et qu'en l'absence de possibilité de la garantir, ces traitements augmentent. Enfin, la crise a remontré à quel point l'offre en santé mentale est insuffisante et donc saturée avant d'avoir atteint les personnes les plus éloignées du système de santé. Cet article, s'il analyse une situation particulière, démontre plus largement que les inégalités sociales de santé mentale sont la traduction directe des politiques menées.

Pire encore, sans une politique volontariste pour les endiguer, les inégalités, dont on sait qu'elles se transmettent dès le cordon ombilical, ne font que croître au long de la vie. Nous publions dans ce numéro *Réadmission après un séjour en maternité : un risque croissant ?* notre troisième étape dans l'analyse des trajets des mamans et des bébés dans les trente jours qui suivent la naissance. À la suite du raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement, le taux de réadmission des bébés à l'hôpital augmente significativement pour atteindre près de 6% entre 2015 et 2019. Ce taux monte à 7,7% pour les bébés dont la mère bénéficie de l'intervention majorée (BIM : cet indicateur nous permet d'identifier les enfants qui vivent dans un ménage à faible revenu). Nos conclusions sont claires : les réadmissions des bébés augmentent beaucoup, de même que les grossesses à risques et le nombre de mères qui ont le statut BIM. Une chose est certaine, si l'on ne peut que souhaiter que chaque dyade mère enfant bénéficie d'un suivi post-natal adéquat, le retour à domicile rend mécaniquement certains suivis moins accessibles, surtout si c'est au patient à le mettre en place. Nous pensons qu'il faut une évaluation de la situation économique et sociale de la mère et de son enfant pour ajuster le type de suivi postnatal quitte à prolonger le séjour pour s'assurer de maintenir les soins les plus accessibles possible pour ces patients.

Enfin, nous nous intéressons à la planification anticipée de la fin de vie dans le cadre de la campagne MC sur les *Droits du patient*. Cette démarche consiste à anticiper la discussion entre le (futur) patient et les prestataires de soins afin de prendre en compte les préférences du patient dans la gestion de sa fin de vie, particulièrement si son état de santé ne lui permet plus de s'exprimer à ce sujet. Une telle pratique est la traduction de la dimension d'acceptabilité du soin. Les discussions couvrent tant des aspects physiques que psychologiques ou spirituels liés aux valeurs du patient afin d'encadrer au mieux sa fin de vie. Cette pratique permet aux futurs patients d'aborder leur fin de vie plus sereinement, mais également à leurs familles et leurs prestataires d'anticiper et d'intégrer leurs besoins et leurs valeurs dans la mise en place de leurs soins futurs.

À travers ce numéro, nous avons voulu montrer que le fait de pouvoir se soigner n'est pas une capacité qui dépend du seul individu. C'est en fait un pouvoir très relatif car il implique de savoir comment trouver l'information pertinente, de savoir comment identifier un besoin clinique, de pouvoir disposer des ressources nécessaires (moyens financiers, de locomotion) et d'avoir les capacités langagières locales pour nommer ce que l'on ressent et l'expliquer à un tiers, d'avoir la capacité à gérer la charge administrative et à utiliser différentes méthodes de

communication parfois digitales, à trouver un prestataire qui respectera ses valeurs et ses choix. L'offre de soins doit pouvoir être organisée de façon à assurer à tous l'accès aux soins de santé en cas de besoin. On pense toujours l'accessibilité en termes de **pouvoir faire**, c'est-à-dire à partir de la capacité de l'individu à aller se soigner, mais la distance qui sépare ce dernier du soin adéquat est bien plus grande que ce que certains indicateurs laissent soupçonner. Dès lors, une politique qui choisit d'augmenter l'accessibilité pour tous doit plutôt réfléchir en termes de **faire pouvoir** : elle doit proactivement agir sur tous les lieux de résistance, de friction, de discrimination qui empêchent certaines personnes de se soigner adéquatement. Elle doit rapprocher de toutes les manières possibles le système de soins des besoins de l'ensemble de la population. Cela passe par une approche équilibrée entre des politiques universalistes pour corriger les problèmes structurels au sein du système de santé, en augmentant l'offre de soins abordables financièrement à tous, notamment en s'attaquant au faible taux de conventionnement dans certaines disciplines ou encore en intégrant davantage de possibilités pour adapter les prestations de soins, et des dispositifs spécifiques pour les publics précarisés comme de meilleurs remboursements ou un trajet de soins plus coordonné, ou plus de proactivité et de sensibilisation des professionnels de santé pour toucher les publics vulnérables et des politiques préventives plus ambitieuses. Une politique qui réduit les écarts de santé est possible, plus encore seule une politique peut réduire les écarts de santé, mais elle nécessite une action permanente pour rapprocher l'offre de soins de toute la population et pas uniquement de celle qui sait déjà adéquatement l'utiliser.

Élise Derroitte
Directrice du Service d'études

Bibliographie

- Avalosse, H., Henry, H., et al. (2020). Consultations à distance : qu'en pensent les belges ? Une enquête intermutualiste. *MC Informations*, 282, 46-59.
- Baeten, R., Spasova, S., & Vanhercke, B. (2018). *Inequalities in access to healthcare - A study of national policies*. European Social Policy Network (ESPN). Bruxelles: Commission européenne.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Bruxelles: Observatoire social européen.