

Protéger les plus vulnérables

Edito



Quand on parle de vulnérabilité, certains pensent qu'on parle d'un sujet minoritaire, qui ne concerne qu'un groupe limité de personnes facilement identifiables et déjà identifiées. Or, la vulnérabilité n'a rien de marginal. Elle émerge parce qu'une situation de vie change, parce qu'une guerre éclate à des milliers de kilomètres, parce qu'un enfant, un parent tombent malades. Et soudain, les choses basculent. Chacun-e peut donc y être confronté-e à différents moments de sa vie. Pour ces situations, il nous faut un système fort, efficient, capable d'amortir le risque et la violence des circonstances, capable de soutenir celles et ceux qui en ont besoin. Ce numéro de *Santé & Société* s'intéresse aux vulnérabilités multiples.

En premier lieu, les personnes en situation de pauvreté. Depuis l'automne dernier et suite à la crise énergétique que la guerre en Ukraine a précipitée, une grande attention est portée sur le mécanisme de l'intervention majorée. Ce dispositif ouvre plusieurs droits au sein de l'assurance soins de santé (tiers payant notamment), mais aussi dans d'autres secteurs économiques (le tarif social énergie, la réduction dans les transports publics, etc.). En santé pu-

blique, il est aussi utilisé dans la recherche comme un proxy (c'est-à-dire une variable qui nous permet de mesurer une autre variable à laquelle nous n'avons pas accès ou qui n'est pas mesurable) de la situation de précarité économique des personnes. Historiquement, une grande partie des bénéficiaires étaient des personnes âgées. Les chiffres de ces dernières années montrent un changement de la tendance : les personnes ayant le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée rajeunissent et vivent dans les villes.

Notre étude, *Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée : Interprétation des grandes tendances des dernières années en Belgique*, montre que, aujourd'hui, près de 19% de la population belge bénéficie de ce statut contre 15% en 2008. Malgré cela, on estime jusqu'à 40% le non-recours à ce droit qui ne s'active pas automatiquement pour les personnes qui n'ont pas un statut spécifique et qui l'obtiennent sur base de leur revenu.

Cette évolution est préoccupante car elle peut indiquer que la population s'appauvrit. À Anvers, ce sont près de 40% des moins de 18 ans qui bénéficient de ce statut. Or, on sait que commencer la vie dans la pauvreté est un fort indicateur d'une mauvaise santé à l'âge adulte. Par ailleurs, ce statut s'obtient soit par le fait d'avoir un autre statut qui ouvre le droit, soit par une enquête sur le revenu des ménages. Cette deuxième condition induit un fort non-recours au statut car il n'est pas toujours connu des personnes qui pourraient en bénéficier. Beaucoup de recherches et d'ini-

tatives tentent de réduire ce non-recours (*non take up*) notamment en tentant d'augmenter des signaux proactifs pour que les mutuelles puissent identifier les potentiel·les bénéficiaires, mais un gros effort reste à faire pour que les personnes vulnérables bénéficient de ce droit.

Notre quatrième étude consacrée aux trajets périnataux, *Les inégalités de santé commencent dès la naissance, Analyse quantitative des facteurs influençant le risque de réadmission des nouveau-nés à l'hôpital*, confirme que naître dans une situation économique précaire induit un risque pour la santé. Avoir un enfant est un moment de vulnérabilité pour toute famille, qui peut se traduire par des besoins de soins de santé accrus. Dans cette étude, nous essayons de trouver la variable qui influence le plus les réadmissions. Notre méthode statistique (analyse de régression) nous permet de tester l'impact des différentes variables sur le retour à l'hôpital des nouveau-nés. Le facteur qui conduit à la plus grande probabilité de réadmission après une naissance est la situation socioéconomique des familles (identifiée par le statut BIM du ménage). Une attention particulière doit être apportée à ces dernières qui ont les séjours à l'hôpital les plus courts et la plus grande difficulté à réaliser le suivi post-natal depuis leur domicile. Nous proposons plusieurs recommandations pour accompagner spécifiquement ces familles dans leurs besoins de soins de santé autour de la naissance.

La fin de vie est également un moment où l'on est particulièrement vulnérable tant parce que l'état de santé a tendance à se détériorer, mais aussi parce que le statut

socioéconomique des personnes n'évolue en général plus ou décroît. Afin d'augmenter la qualité des soins notamment en fin de vie, les systèmes publics de santé développent des échelles de gravité des soins. En Belgique, le choix fondamental a été fait pour l'introduction de BelRAI, une adaptation du *Resident Assessment Instrument* états-unien, qui y a été progressivement implanté dès les années 90 dans les soins des personnes âgées. Pour la Belgique, son introduction a été incluse comme point d'action dans le plan d'action e-santé 2013-2018. Cet instrument cartographie aussi précisément que possible les besoins de soin des personnes âgées. Notre article, *Mise en œuvre du BelRAI : Pas à pas vers une nouvelle échelle d'évaluation uniforme pour nos soins*, retrace les évolutions de l'implémentation de l'outil et ses atouts et limites. Un outil de classification simplifié (BelRAI screener) a également été mis en œuvre en Flandre en 2021 dans le cadre de l'octroi d'avantages sociaux. Son implémentation a fait question, mais après évaluation, un ajustement a eu lieu. L'objectif est maintenant de mettre en place deux instruments complets en Flandre pour 2023 les soins à domicile et les maisons de repos afin d'optimiser la planification et le suivi de la qualité des soins.

Enfin, depuis deux ans, le budget des soins de santé applique une nouvelle méthodologie d'attribution de la marge budgétaire en fonction d'objectifs de soins de santé. Ces objectifs suivent le principe du *quintuple aim* (quintuple finalité) des soins de santé : augmenter la qualité des soins tels que les patient·es en font l'expérience, agir pour la santé publique, travailler à une meilleure efficacité, aug-

menter l'équité dans les soins en augmentant l'accessibilité dans toutes ses dimensions et augmenter le bien-être du personnel soignant. Notre article, *Budget des soins de santé 2023 : Soutien des prestataires de soins et des patient-es*, s'attarde particulièrement sur la traduction de ces finalités en objectifs de soins de santé, mais aussi sur la gouvernance mise en place au sein de la concertation pour parvenir à mobiliser les différent-es actrice-eurs dans la réalisation de ces derniers. L'année 2023 sera une année difficile en raison du contexte économique tendu avec la crise énergétique et l'inflation importante. En 2024, la norme de croissance du budget étant revue de 2,5 à 2% pour un an, des économies, qui représentent 169 millions d'euros, toucheront principalement les investissements

pourtant nécessaires dans les soins de santé car les 2% de marge seront rapidement absorbés par l'augmentation structurelle des besoins de soin. Déjà en 2023, l'amélioration de la performance du système de soins de santé pourrait se concrétiser pour dégager une capacité d'investissement en réalisant des gains d'efficience dans le cadre des Soins Appropriés (*l'Appropriate care*) – c'est-à-dire supprimer les activités qui ont peu de valeur ajoutée ou la réduction de l'utilisation de ressources ou leur remplacement par des ressources moins coûteuses mais aussi lutter contre la morbidité évitable en augmentant l'accès aux soins pour les publics vulnérables.

Élise Derroitte
Directrice du Service d'études

