MC-Informations
Pouvoir se soigner

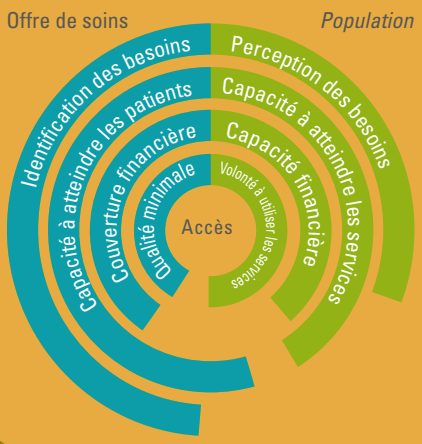
Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

286

décembre 2021

L'accès aux soins de santé, définition et enjeux

Le droit à l'accès aux soins de santé s'impose en tant que droit humain fondamental (Nations Unies, 1948). Au niveau international, la Couverture Sanitaire Universelle est mise en avant pour orienter les politiques publiques en faveur de l'accès aux soins de santé pour tous. Toutefois, les conditions de sa réalisation ne sont pas définies. L'objectif de cet article est d'expliciter ce que signifie l'accès aux soins de santé à l'aide des modèles conceptuels existants et des études empiriques afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents susceptibles de l'entraver.



Réadmission après un séjour en maternité : un risque croissant ?

L'objectif de cet article est de présenter une estimation et l'évolution des réadmissions à l'hôpital des mamans et des bébés, dans les 30 jours qui suivent la sortie de la maternité. En effet, depuis la mise en œuvre en 2015 d'une mesure visant à accélérer la diminution de la durée de séjour en maternité, les risques potentiels pour la santé du bébé et de sa maman ont été beaucoup discutés. À l'aide de nos données, nous explorons l'évolution du taux de réadmission des mamans et des bébés sur 10 ans (2010-2019). Nous étudions également l'association potentielle de certains facteurs (identifiés dans la littérature) avec le risque de réadmission.

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale

Les mesures prises pour endiguer la pandémie de COVID-19 ont eu un impact majeur sur notre société et notamment sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Dans cet article, nous nous concentrons sur les soins de santé mentale dispensés aux membres de la MC de moins de 18 ans, sur la base des données de facturation disponibles : les soins psychiatriques et psychologiques ambulatoires, les admissions psychiatriques hospitalières et l'aide psychiatrique urgente en milieu hospitalier. En outre, nous étudions de près les prescriptions de médicaments pour les troubles de santé mentale. Enfin, nous examinons s'il existe des inégalités sociales dans l'usage de ces soins et médicaments.

Action MC droits du patient 2021 : planification anticipée des soins

La planification anticipée des soins est un processus de réflexion et de dialogue entre le (futur) patient, ses proches et le(s) prestataire(s) de soins, au cours duquel les objectifs de soins futurs sont discutés et planifiés. Elle permet aux personnes capables d'exprimer leur volonté d'évoquer les valeurs qui sont importantes pour elles, de réfléchir à la signification et aux conséquences d'une éventuelle maladie grave, de formuler des objectifs et des préférences pour les traitements médicaux et les soins futurs, et d'en discuter avec les proches et les soignants. En se positionnant comme mutualité santé, la MC se concentre en 2021 sur les (futurs) patients et leurs proches. L'objectif de la campagne est, d'une part, d'informer la population de l'importance et de l'utilité de la planification anticipée des soins et, d'autre part, de les encourager à entreprendre des actions concrètes.

MUTUALITE CHRETIENNE

Édito

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 traine 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 croitre 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: Comission européenne.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium.* Bruxelles: Observatoire social européen.

L'accès aux soins de santé, définition et enjeux

Sophie Cès — Service d'études
Remerciements à Clara Noirhomme

Résumé

Le droit à l'accès aux soins de santé s'impose en tant que droit humain fondamental (Nations Unies, 1948). Au niveau international, la Couverture Sanitaire Universelle (définie par l'Organisation Mondiale de la Santé) est mise en avant pour orienter les politiques publiques en faveur de l'accès aux soins de santé pour tous. Toutefois, les conditions de sa réalisation ne sont pas définies. L'objectif de cet article est d'expliciter ce que signifie l'accès aux soins de santé à l'aide des modèles conceptuels existants et des études empiriques afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents susceptibles de l'entraver. L'accès aux soins de santé à tous ne peut se réaliser que si l'offre est suffisamment adaptée pour atteindre la population dans toute sa diversité. Ainsi, l'accès aux soins dépend aussi bien de facteurs contextuels liés à l'offre que des caractéristiques de la demande de soins.

Ces facteurs peuvent être classés en quatre dimensions principales :
- ***la sensibilité aux besoins en soins de santé correspond à la capacité à identifier le problème/le risque de santé ;***
- ***la disponibilité correspond au fait que les services soient atteignables (physiquement ou à distance) ;***
- ***l'accessibilité financière correspond au fait que les contributions personnelles sont suffisamment limitées pour ne pas décourager le recours aux soins et que l'utilisation des services de santé n'expose pas les patients à des difficultés financières ;***
- ***l'acceptabilité correspond au seuil minimum de qualité perçue requis pour que les patients acceptent de recourir aux soins de santé.***

L'accès est compromis dès que des difficultés apparaissent dans une seule dimension.

Cet article montre la multiplicité des problèmes qui peuvent intervenir dans chacune des dimensions, à la fois du côté de l'offre de soins mais aussi de la demande. Certains sous-groupes de population sont plus à risque d'être confrontés à des difficultés dans plusieurs dimensions qui se renforcent les unes par rapport aux autres. Des pistes de réflexion sont proposées pour résoudre les difficultés d'accès dans les quatre dimensions. Ce constat appelle une approche holistique de la lutte contre les inégalités d'accès par la mise en œuvre de processus de transformation impliquant l'ensemble des acteurs afin de promouvoir des actions conjointes et différenciées en faveur des publics les plus à risque de difficultés d'accès.

***Mots-clés** : Accessibilité financière, disponibilité des soins, besoins en soins de santé, offre et demande de soins de santé, équité*

1. Introduction

Les soins de santé sont des biens essentiels au sens où ils sont indispensables à chacun d'entre nous pour nous préserver des aléas de la maladie et permettre de conserver notre capacité à nous réaliser tout au long de notre vie. Dans les sociétés modernes, la reconnaissance de l'importance des soins de santé constitue le point de départ de la construction historique de l'assurance maladie obligatoire (indépendamment des approches choisies). La Charte de Tallinn signée par l'ensemble des pays membres de la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2008 énonce explicitement le droit fondamental humain d'atteindre « le meilleur état de santé » possible. Elle reconnait ainsi le rôle essentiel des systèmes de santé qui permettent, au niveau individuel, non seulement « l'amélioration de la santé » mais aussi de « sauver des vies ». Au niveau sociétal, le système de santé contribue non seulement « au bien-être social » mais aussi « au développement économique » (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

L'accès aux soins de santé est à priori relativement simple à comprendre car nous en faisons tous régulièrement l'expérience, qu'elle soit positive ou non. Les problèmes d'accès aux soins de santé se traduisent par une sous-utilisation[1] des soins de santé (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020) avec des effets sur la santé non négligeables (Dourgnon, Jusot, & Fantin, 2012; Cès & Baeten, 2020; Jespers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021). Ce problème est plus fréquent chez les personnes en situation de précarité mais l'ensemble de la population est susceptible d'être concerné, en particulier lorsque les besoins en santé sont importants.

Le but de l'étude est de définir un modèle conceptuel de l'accès aux soins de santé en s'appuyant non seulement sur les différents modèles existants mais aussi sur les études empiriques de l'accès aux soins. Il s'agit ensuite d'expliciter, à partir du modèle proposé, les enjeux principaux qui se posent pour améliorer l'accès en Belgique. La première partie porte sur la formalisation pour comprendre comment l'accès aux soins de santé est formalisé au niveau supranational et national (partie 2). Ensuite, un cadre conceptuel est proposé afin, d'une part, de circonscrire ce que revêt la notion d'accès aux soins de santé (partie 3) et, d'autre part, de proposer des pistes d'amélioration pour répondre à certains défis importants dans ce domaine (partie 4).

2. Historique du principe de l'accès aux soins de santé

2.1. Le principe d'accès aux soins de santé défendu au niveau supranational

Au niveau international, la reconnaissance de la contribution sociétale majeure des soins de santé tant au niveau individuel que collectif se traduit par la mise en avant de principes généraux communs pour orienter les politiques de santé en faveur d'un meilleur accès aux soins de santé. Plusieurs textes officiels, signés à l'initiative de différentes instances internationales, précisent de mieux en mieux au fil du temps les contours de l'accès aux soins de santé de façon normative, à la fois par rapport aux valeurs sous-jacentes défendues et les principes de justice sociale retenus, et à ce que recouvre les soins de santé et leur qualité attendue.

Tout d'abord, l'accès aux soins de santé est défendu depuis 1948 comme un droit humain fondamental. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée par les Nations Unies en 1948 établit pour la première fois un ensemble de droits fondamentaux, parmi lesquels figure « le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » (Nations Unies, 1948, article 25).

En 2006, au niveau européen, le Conseil de l'Union Européenne (Council of the European Union, 2006, nous traduisons) définit les valeurs communes aux systèmes de santé comme suit : « L'universalité signifie que personne ne peut se voir interdire l'accès aux soins de santé ; la solidarité est étroitement liée au régime financier de nos systèmes de santé nationaux et à la nécessité de garantir à tous l'accès aux soins ; par équité on entend un accès identique pour tous selon les besoins, indépendamment de l'origine ethnique, du sexe, de l'âge, du statut social ou de la capacité à payer ». Le principe de justice sociale est ici explicitement décrit pour l'accès aux soins, c'est le principe d'équité : l'accès égal en fonction des besoins dont la garantie ne peut être assurée qu'à la condition de l'absence d'influence de tout autre facteur que les besoins déterminés par l'état de santé. En 2008, la Charte de Tallinn reprend également le principe d'universalité (Organisation Mondiale de la Santé, 2008) mais le texte va plus loin en ajoutant que le recours aux soins de santé ne doit pas appauvrir les individus, un autre principe de justice sociale appliqué à l'accès aux soins de santé. En 2017, ces valeurs et principes communs trouvent leur traduction juridique dans un principe du socle européen des droits sociaux qui porte explicitement sur le droit à l'accès aux soins de santé au travers de l'article 16 :

1. La sous-utilisation des soins de santé se définit comme la non-utilisation ou l'utilisation insuffisante des services de santé alors qu'un besoin objectif existe d'un point de vue clinique (celui-ci étant dépendant de l'état des connaissances médicales à un moment donné).

« toute personne a le droit d'accéder en temps utile à des soins de santé préventifs, et curatifs abordables et de qualité » et 18 : « toute personne a droit à des services de soins de longue durée abordables et de qualité, en particulier des services de soins à domicile et des services de proximité » (Tajani, Ratas, & Juncker, 2017).

En 2019, un texte de déclaration politique des Nations Unies (Nations Unies, 2019, p. 1) définit de façon précise le but à atteindre pour les systèmes de santé au travers de la Couverture Sanitaire Universelle qui « implique que toutes les personnes aient accès, sans discrimination, à un ensemble de services de santé essentiels et nécessaires, déterminés au niveau national, préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs, et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateurs à des difficultés financières, avec un accent particulier sur les segments de la population, pauvres, vulnérables et marginalisés ». Cette définition accorde une place centrale à la question de l'accès puisque sa garantie à tous est le préalable indispensable à la réalisation de la Couverture Sanitaire Universelle.

2.2. Le principe d'accès aux soins de santé défendu au niveau national

En Belgique, à l'orée de la construction de la sécurité sociale et du régime obligatoire d'assurance maladie-invalidité, l'objectif énoncé est « de soustraire aussi complètement que possible aux craintes de la misère, les hommes et les femmes laborieux » (Van Acker, 1944, p. 1730). Pour ce faire, il est prévu de garantir la sécurité sociale à tous et d'ainsi remédier à « la crainte d'un accident ou d'une maladie, suspendant, réduisant ou annulant la capacité de travail et imposant, même si la capacité de travail n'est pas interrompue, des charges écrasantes à un budget familial déjà difficile à équilibrer sans cet aléa » (Van Acker, 1944, p. 1730). Alors que l'assurance invalidité a pour objectif de palier la perte de revenus, le principe qui sous-tend la construction de l'assurance maladie est de protéger la population du risque financier encouru lié au recours aux soins de santé et de préserver la capacité de travail au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale.

Si la garantie de l'accès aux soins de santé à tous et ses principes sont bien formalisés au niveau supranational, les conditions de sa réalisation ne sont pas énoncées. Il s'agit d'un objectif général que chaque État doit s'efforcer d'atteindre en fonction du contexte, des moyens dont il dispose et selon des modalités qui restent à déterminer (Nauleau, Destremau, & Lautier, 2013). Or, mener des politiques de santé favorables à l'accès aux soins de santé nécessite d'identifier les facteurs sur lesquels il est à la fois pertinent et possible d'agir. En effet, un certain nombre de facteurs sont plus difficilement modifiables à court terme car ils relèvent de politiques dans d'autres secteurs, notamment de politiques économiques plus globales (par exemple le niveau de revenu des ménages).

3. Les facteurs influençant l'accès aux soins de santé

Avant de définir les dimensions relatives à l'accès aux soins de santé, il est nécessaire de bien délimiter le domaine de l'accès aux soins de santé.

3.1. La distinction entre les besoins, la demande et l'accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé (préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs et de longue durée) ne se justifie que dans le cas où les besoins sont objectifs d'un point de vue clinique[2]. Cela implique la réalisation de deux conditions : d'une part, l'existence d'un problème (ou d'un risque de problème de santé) somatique ou psychique et, d'autre part, l'existence d'un traitement pour améliorer l'état de santé, préserver la qualité de vie ou prévenir la dégradation de l'état de santé[3].

Selon le point de vue du patient ou du professionnel de santé, l'appréciation de ces deux conditions peut être différente. Il est possible de catégoriser ces situations de la façon suivante.

- Les besoins perçus par les patients ne correspondent pas nécessairement à des besoins objectifs, soit parce que la personne n'a pas de problème de santé d'un point de vue clinique (ou qu'elle n'est pas à risque de problème de santé) ou soit parce qu'il n'existe pas de traitement pour le besoin identifié (ou de soins préventifs pour le risque de problème de santé identifié).

2. À noter que le besoin en soins de santé fondé sur un jugement clinique peut être en réalité difficile à établir, les preuves médicales n'étant pas toujours univoques, en particulier pour les cas cliniques complexes présentant des comorbidités. L'état de la science médicale étant en constante évolution, le jugement clinique est également susceptible de varier au cours du temps en fonction des avancées médicales. Enfin, la question de la construction de la maladie comme phénomène social serait intéressante à développer mais elle dépasse le cadre de la réflexion théorique sur l'accès aux soins de santé.
3. Il ne s'agit pas ici de discuter de la pertinence du traitement qui renvoie à une autre dimension de la performance du système de santé, l'adéquation des soins : « la mesure dans laquelle les soins de santé fournis sont adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux meilleures preuves disponibles à ce point dans le temps » (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006).

- Les besoins en soins de santé identifiés par les professionnels de santé (objectifs) ne sont pas nécessairement perçus par les patients.

- Et enfin, les besoins objectifs peuvent ne pas être détectés du tout que ce soit par les patients (par exemple en cas d'absence de symptôme) ou les professionnels de santé (le problème de non-dépistage).

C'est pourquoi la demande en soins de santé exprimée par les patients[4] ou induite par les professionnels ne se superpose pas entièrement aux besoins objectifs[5].

3.2. Les types de problèmes d'accès aux soins de santé

Les différents types de problèmes d'accès aux soins de santé peuvent se décliner en fonction des deux étapes nécessaires à l'obtention d'un traitement (voir Figure 1). Pour bien comprendre ce que recouvre l'accès aux soins de santé, il est nécessaire de distinguer « l'accès primaire », qui correspond à l'entrée dans le système de soins, le premier contact avec les professionnels de santé, de l'« accès secondaire » qui correspond au déclenchement des soins après le premier contact (Lombrail 2005), l'accès au traitement (avec éventuellement des étapes additionnelles de diagnostic). Un certain nombre de problèmes de santé simples et sans gravité peuvent être résolus au cours d'une consultation chez un médecin généraliste : l'identification des besoins et la délivrance du traitement sont quasi concomitantes. Mais lorsque les problèmes sont plus compliqués ou encore complexes (Gray, 2017), l'accès primaire doit permettre d'enclencher une prise en charge impliquant différents intervenants de santé issus de disciplines différentes (qui peut également inclure des étapes de diagnostic intermédiaires), dans une trajectoire donnée ou non, correspondant à la délivrance d'un traitement.

Les problèmes d'accès correspondent aux besoins en soins de santé objectifs non satisfaits. Ils peuvent être classés selon deux cas de figure :

1. Lorsque le besoin en soins de santé objectif **est perçu par le patient**, le besoin n'est pas (entièrement) satisfait :
   - si le patient renonce à l'accès primaire (pas de contact avec le système de santé) ;
   - si le diagnostic n'est pas établi par les professionnels (l'accès primaire est réalisé mais le traitement n'est pas obtenu) ;
   - si le diagnostic est établi par les professionnels mais le patient renonce ou reporte (éventuellement partiellement) les soins[6] (l'accès primaire est réalisé mais il n'y a pas d'accès au traitement).

2. Lorsque le besoin en soins de santé objectif **n'est pas perçu par les patients**, le besoin ne peut pas être (entièrement) satisfait :

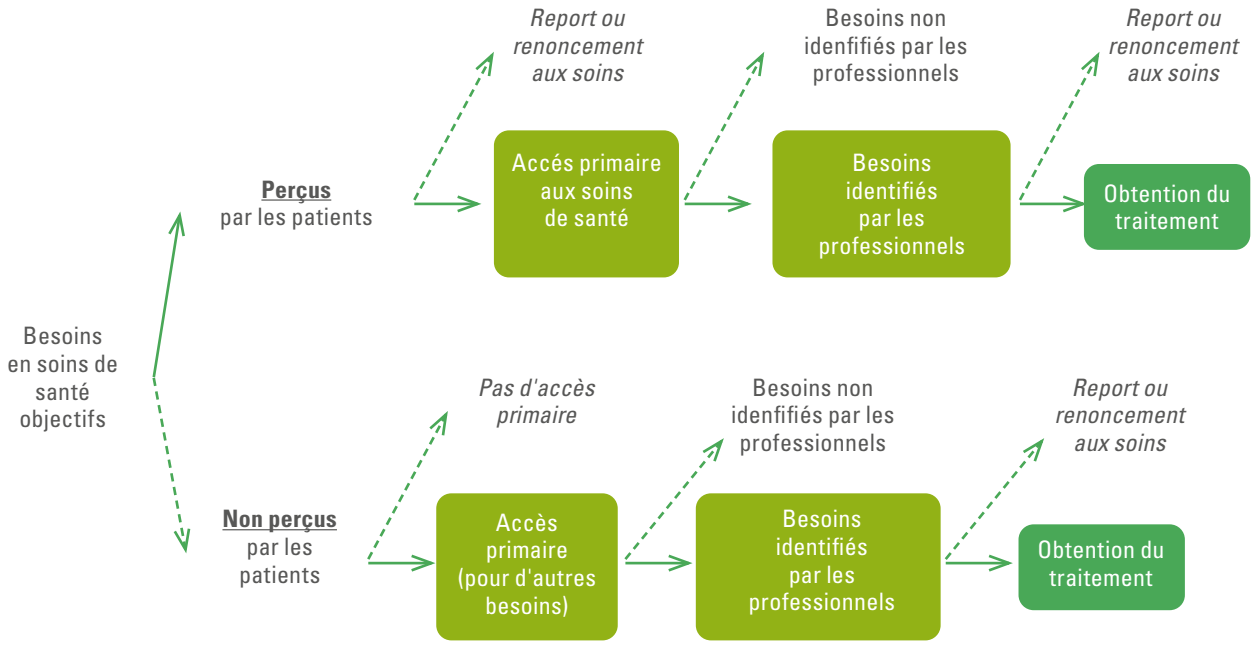
   - Si le patient renonce ou reporte (partiellement) les soins proposés (par exemple parce qu'il n'en ressent pas le besoin en cas de problèmes asymptomatiques ou pour d'autres raisons, financières ou autres), malgré le diagnostic établi par les professionnels de santé lors des contacts avec le patient pour d'autres besoins (par exemple, lors d'un dépistage d'un problème de santé non ressenti).

   - Si le besoin n'est pas non plus identifié par les professionnels (par exemple le dépistage des limitations fonctionnelles chez la personne âgée).

Ainsi, l'accès aux soins de santé peut se définir de la façon suivante : c'est l'obtention d'un traitement (au sens large) en cas de besoin de soins objectifs d'un point de vue clinique[7]. La satisfaction des besoins correspond à l'étape finale de la délivrance du traitement qui nécessite la réalisation de plusieurs étapes préalables, dépendantes de plusieurs conditions, à la fois du côté de la demande mais aussi du côté de l'offre (voir Figure 1).

4. Par souci de simplification, la demande exprimée par les patients est appelée demande dans la suite du texte.
5. À noter que la figure 1 n'inclut pas la catégorie des besoins en soins de santé perçus par les patients non objectifs du point de vue clinique. En effet, il ne s'agit pas d'un problème d'accès aux soins de santé d'un point de vue théorique (tel que défini plus haut).
6. L'obtention du traitement peut être partielle au sens où le patient renonce partiellement à certains soins. Par ailleurs, il est également possible que l'étape diagnostique fasse l'objet d'un report ou d'un renoncement de la part des patients s'il est nécessaire de faire des tests diagnostiques ou des consultations additionnelles.
7. Dans la réalité, le besoin objectif peut être difficile à identifier : lorsque le bénéfice clinique du traitement est difficile à établir ou encore lorsque que le rapport bénéfice/risque n'est pas favorable. Il faut noter également que la question de l'autonomie du patient dans le choix du traitement (selon son appréciation du rapport bénéfice/risque ou d'autres critères personnels) n'est pas une problématique directement reliée au domaine de l'accès aux soins de santé. Il en est de même pour les questions plus larges liées au respect des objectifs de vie, à la participation du patient dans le cadre de ses soins. Ces questions dépassent le cadre cet article et ne seront donc pas abordées.

Figure 1 : Les problèmes de distorsion entre le besoin objectif, la demande et l'accès effectif aux soins de santé



3.3. Les dimensions de l'accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé est un processus dynamique complexe qui dépend des caractéristiques du système de santé mis en place et de celles de la population desservie par ces services. Les cadres conceptuels diffèrent selon les auteurs, en particulier sur le nombre de dimensions permettant de catégoriser les facteurs qui influencent l'accès. Selon Penchansky, l'accès aux soins de santé ne peut se réaliser que si l'offre est suffisamment adaptée pour atteindre la population concernée avec ses caractéristiques particulières : « l'"accès" est défini ici comme un concept représentant le degré de "concordance" entre les patients et le système » (Penchansky & Thomas, 1981, p.128, nous traduisons). Levesque définit l'accès comme étant « la possibilité d'identifier les besoins en matière de soins de santé, de rechercher des services de soins de santé, d'atteindre les ressources en matière de soins de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé et de se voir effectivement proposer des services adaptés aux besoins de soins » (Levesque, Harris, & Russel, 2013, p.4, nous traduisons).

Le modèle théorique ci-dessous est inspiré du modèle de Levesque. L'intérêt de celui-ci est de reconnaitre que l'accès, se détermine à la fois par les caractéristiques de la demande et de l'offre (Raynaud, 2015; Cu, Meister, Levebvre, & Ridde, 2021). La classification des déterminants de l'accès proposée ici donne une définition normative de chacune des dimensions retenues. Dans chacune des dimensions, les facteurs qui déterminent l'accès à la fois du côté de l'offre et de la demande sont davantage développés. Le modèle se distingue en particulier du modèle de Levesque par la reconnaissance du rôle des prestataires de santé dans l'identification des besoins de soins et dans le déclenchement de l'accès en cas de non perception des besoins de soins par les patients (cf. partie 3.2). La dernière dimension proposée par Levesque relative au caractère approprié des soins n'a pas été retenue car elle englobe un ensemble de problématiques trop nombreuses et non liées directement à celle de l'accès aux soins de santé. L'exercice a été réalisé en s'appuyant également sur des problèmes d'accès identifiés en Belgique ou dans d'autres pays.
Chaque dimension se décline différemment pour l'offre de soins de santé et la demande en soins de santé exprimée par les patients.

3.3.1. La sensibilité aux besoins en soins de santé

La sensibilité est la première dimension de l'accès aux soins de santé correspondant à la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique.

Du côté de l'offre, il est essentiel de reconnaitre que l'initiative de l'accès aux soins de santé ne repose pas entièrement sur

les patients en raison de la non perception de certains besoins objectifs (en l'absence de symptômes ou en cas de négligence ou de déni). Les prestataires de santé ont la responsabilité de détecter ces besoins et d'initier l'accès secondaire : c'est la demande induite en soins de santé. Cette responsabilité comprend non seulement l'étape d'identification du problème ou du risque de santé (par un dépistage précoce par exemple) mais aussi l'accès secondaire aux soins de santé, c'est-à-dire le déclenchement de la prise en charge. Cette étape est particulièrement importante lorsque différents prestataires, services ou organisations sont impliqués. L'organisation de la communication entre les différents services et organisations doit permettre de garantir que le suivi sera bien enclenché en cas de dépistage d'une maladie.

Du côté de la demande, l'identification des besoins en soins de santé va dépendre de la capacité des personnes à percevoir leurs besoins. Celle-ci est influencée non seulement par le niveau de littératie en santé, les croyances personnelles mais aussi par le réseau social de la personne : par exemple, les personnes âgées isolées risquent davantage de passer à côté d'un problème de santé que celles qui vivent en couple ou qui ont un réseau social. L'identification des besoins dépend également de la capacité de discernement en fonction des circonstances personnelles, c'est-à-dire le niveau de distraction des personnes par rapport à leur santé. Les problèmes parfois nombreux auxquels les personnes doivent faire face dans d'autres domaines – professionnel, familial, financier ou autre – sont une cause d'inattention à l'égard des besoins en soins de santé. La précarité socio-économique est sans doute la situation qui présente le plus grand risque de négligence car les besoins en soins de santé sont masqués par d'autres besoins plus impérieux à satisfaire au quotidien, notamment se loger ou se nourrir. Dans ces cas, la banalisation ou le déni des problèmes de santé peuvent être observés (Cès & Baeten, 2020).

3.3.2. La disponibilité

La disponibilité des services correspond au fait que les services sont atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec une plage horaire suffisamment étendue et avec une prise de contact aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patients, par exemple en garantissant la communication dans la langue du patient ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite. Elle inclut également la disponibilité de l'offre pour les personnes qui ne sont pas physiquement ou légalement en mesure de se déplacer : les prestations urgentes et non urgentes de soins à domicile ou encore en résidence collective (les maisons de repos, en prison, en hôpital psychiatrique). Cette dimension porte, d'une part, sur la question quantitative de la régulation de l'offre des prestataires de soins en fonction des besoins de la population et, d'autre part, sur les aspects organisationnels et pratiques de la mise en œuvre des services de santé (la commodité).

Du côté de l'offre, la disponibilité suppose deux préalables principaux : d'une part, l'existence d'une offre suffisante et matériellement accessible et, d'autre part, l'absence de toute forme de discrimination qui empêche ou freine l'accès aux services (par exemple, les patients avec des arriérés de facture hospitalière sont parfois refusés à l'hôpital ou encore le refus de soins pour diverses raisons comme la séropositivité (Pezeril, 2012)). La disponibilité est influencée par un ensemble de facteurs : la répartition géographique sur le territoire, le développement d'une offre de services mobiles, les heures d'ouverture, la façon dont la prise de rendez-vous est organisée, la façon dont les services communiquent avec les patients via des canaux accessibles et utilisables par l'ensemble de la population, incluant aussi la communication pour faire connaitre les services.

Du côté de la demande, même si les services sont rendus suffisamment disponibles, leur accès requiert que les personnes soient capables de les atteindre. L'accès nécessite tout d'abord d'être capable de se rendre disponible pour se soigner, c'est-à-dire de pouvoir consacrer du temps (en incluant le temps de transport, le temps passé en salle d'attente et en rendez-vous) qui doit parfois être pris sur du temps passé à des activités impératives, comme le temps de travail ou le temps de garde des enfants ou encore au soutien d'un proche dépendant, etc. Les responsabilités familiales ne permettent pas toujours de dégager du temps pour se rendre à des rendez-vous ou pour se faire hospitaliser (par exemple pour certains ménages monoparentaux qui n'ont pas de réseau social) (Cès & Baeten, 2020). Les conditions matérielles de vie influencent aussi la capacité à atteindre les services, en particulier les moyens de transport et les moyens de communication à disposition. L'état de santé général des personnes a également un impact sur la capacité à atteindre les services. Un état de santé fort dégradé implique une moindre capacité à se déplacer (pour faire un examen médical ou se rendre chez un spécialiste). Les personnes âgées, précarisées et/ou malades chroniques sont plus à risque de rencontrer des difficultés dans cette dimension à cause d'une moindre capacité pour atteindre les services qui exacerbe les difficultés pratiques (les problèmes de mobilité, la fatigue physique, d'accès à l'information, etc.). Certains problèmes de santé mentale peuvent également entraver la capacité à atteindre les services, à comprendre le système de santé, à avoir accès à l'information, à prendre contact, à organiser des soins, etc. (Jespers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021). Dans cette dimension, le fait de pouvoir bénéficier d'un soutien ponctuel ou régulier de proches constitue une aide parfois indispensable pour accéder aux soins de santé (Cès, et al., 2017).

3.3.3. L'accessibilité financière

L'accessibilité financière correspond au fait que les contributions personnelles des patients sont suffisamment limitées pour, d'une part, ne pas décourager le recours aux soins en

cas de besoin et, d'autre part, protéger du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de recours.

Du côté de l'offre, l'accessibilité financière dépend tout d'abord du droit à la couverture maladie obligatoire. Les personnes qui ne rentrent pas dans les critères d'éligibilité supportent l'intégralité des frais de santé (en l'absence d'assurance privée). Pour les personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire, l'accès financier dépend des conditions financières fixées pour recourir aux soins de santé. Différents types de contributions existent :

- les paiements directs : paiements pour des biens ou des services de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire (éventuellement couverts (en partie) par une assurance supplémentaire) ;

- la quote-part personnelle : une partie des coûts des soins de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire reste à la charge des patients (éventuellement couverts (en partie) par une assurance complémentaire), les tickets modérateurs ;

- les suppléments d'honoraires : ce sont des frais facturés en plus des tickets modérateurs définis par la réglementation pour des soins de santé fournis par les prestataires de soins de santé qui n'adhèrent pas à la convention médico-mutualiste (éventuellement couverts (en partie) par une assurance complémentaire) ;

- Le fait de devoir avancer les frais de santé remboursés influence l'accès aux soins de santé également.

La participation financière des patients pour les soins couverts par l'assurance-maladie trouve sa justification dans l'hypothèse de risque moral *ex post*. Au-delà de l'effet assurantiel recherché, c'est-à-dire la solvabilisation de la demande de soins indispensables et coûteux par la mutualisation du risque financier, une certaine part de la demande en soins ne serait pas justifiée d'un point de vue clinique et correspondrait à un gaspillage des soins de santé, c'est-à-dire qui n'apporterait pas de bénéfice de santé. Le ticket modérateur est donc une mesure financière incitative pour responsabiliser les assurés sociaux. Cette participation présenterait le double avantage de modérer la consommation des soins de santé tout en constituant une source de financement pour les soins de santé couverts par l'assurance maladie. Il faut toutefois noter que le risque de surutilisation à l'initiative du patient reste limité à certains soins de santé accessibles directement par les patients (Bardey, Couffinhal, & Grignon, 2002) comme les consultations et visites médicales ou le service des urgences. Par ailleurs, l'effet limitatif recherché du ticket modérateur dépend du niveau de revenu des personnes : celles avec des faibles revenus risquent de ne pas recourir aux soins, y compris dans les cas justifiés, alors que les personnes, mieux dotées financièrement, seront peu incitées à modifier leur recours aux soins. Certains indicateurs confirment le recours accru à certains soins de santé par les personnes favorisées : le nombre de visites chez les spécialistes est en moyenne significativement plus élevé chez les personnes avec de hauts revenus, indépendamment du statut de santé (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Le ticket modérateur est également utilisé pour encourager ou décourager le recours à certains soins de santé. Toutefois, l'efficacité de l'incitant financier comme outil pour influencer les comportements n'est pas clairement établie. L'exemple des trajets de soins buccaux illustre l'échec de l'incitation financière pour augmenter le recours aux soins dentaires préventifs chez les personnes socio-économiquement défavorisées (Vandeleene & Lambert, 2019; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Si les assurances facultatives privées permettent de réduire les frais de santé à charge des patients, elles ne peuvent répondre au besoin de protection financière pour les groupes socio-économiques défavorisés et pour les catégories de risque de santé élevé. D'une part, le montant des primes varie en fonction de la nature du contrat (collectif, négocié par l'employeur ou individuel). D'autre part, ce montant peut être dépendant du niveau de risque de santé : les primes augmentent avec le risque de santé et en particulier avec l'âge. Lorsque le montant n'est pas dépendant du risque, le montant forfaitaire de la prime reste moins accessible aux personnes avec de faibles moyens financiers. Ces modes de calcul de la prime contreviennent au principe d'équité qui prévaut dans les systèmes de santé au niveau européen : la garantie de l'accès égal à tous selon les besoins, quelle que soit la capacité financière[8] (cf. partie 1). Ainsi, le développement du marché assurantiel privé pour couvrir les soins de santé essentiels risque de renforcer les inégalités d'accès aux soins entre les groupes favorisés et défavorisés et de creuser encore davantage les inégalités sociales de santé.

C'est pourquoi il est essentiel d'assurer, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, une couverture des soins de santé suffisamment étendue pour l'ensemble de la population, non seulement par rapport aux choix des soins indispensables à la santé qui sont remboursés mais aussi par rapport à l'importance de la quote-part personnelle réclamée. En effet, l'assurance maladie obligatoire permet de garantir un accès financier équitable par un double mécanisme de solidarité (Jusot, Legal, Louvel, Pollak, & Shmueli, 2016) : par son carac-

8. En Europe, la nécessité de la progressivité des différentes sources de financement des soins de santé (l'accroissement du taux des contributions avec le niveau de revenu) est largement admise : « La justification principale du calcul de ces mesures de progressivité par les économistes est le quasi-consensus (du moins en Europe) sur le fait que le financement des soins de santé ne devrait pas être fondé sur le principe de bénéfice mais sur celui de la capacité à payer » (Shokkaert & Van de Voorde, 2014).

tère obligatoire, les personnes à faible risque de santé contribuent au financement des soins et donc à la mutualisation des risques entre malades et bien-portants (la solidarité ex post entre classes de risques). Le fait que certains prélèvements obligatoires finançant l'assurance maladie soient progressifs permet de réaliser globalement une redistribution ex ante entre niveaux de revenus (calculs réalisés pour 2015, c'est la solidarité entre niveaux de revenu ex ante) (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Les choix budgétaires dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire ont, non seulement, des implications directes sur l'importance des frais à charge des patients mais également sur le développement du marché assurantiel privé en santé. Il en découle ainsi des choix sociétaux implicites en matière de justice sociale. En particulier, la fixation d'une norme de croissance réelle annuelle du budget des soins de santé à un niveau inférieur à l'accroissement « naturel » des dépenses de santé (principalement dû au vieillissement de la population, à l'évolution de la prévalence des maladies chroniques et au progrès médical) (Lambert, 2020) risque de détériorer de manière durable et significative l'accès aux soins de santé et, par la même, l'équité du système de santé.

Du côté de la demande, la capacité à payer inclut la capacité à supporter les frais des soins de santé, les coûts de transport et les coûts d'opportunité éventuels liés à la perte de revenu (pour le temps passé aux soins). Le niveau de revenu et la couverture santé sont des facteurs déterminants mais pas seulement, le réseau social et familial joue aussi un rôle, en particulier, en cas de problème grave de santé. Au sein des familles, la solidarité financière entre les membres peut intervenir dans la couverture des frais de santé de façon régulière ou plus ponctuellement (Cès & Baeten, 2020). C'est la raison pour laquelle les personnes isolées qui n'ont pas de réseau social sont plus à risque de difficultés financières pour accéder aux soins de santé. Celles-ci ont une moindre capacité financière directe (un seul revenu disponible) et elles ne bénéficient pas de la solidarité familiale en cas de besoins importants. Il faut noter toutefois que les inégalités socio-économiques persistent lorsqu'il s'agit de la solidarité familiale : le capital économique et financier à l'échelle d'une famille reste inégalement réparti entre les groupes favorisés et défavorisés. Les possibilités de soutien financier dans les groupes défavorisés risquent d'être plus limitées que dans les catégories plus aisées financièrement.

3.3.4. L'acceptabilité

L'acceptabilité correspond à la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé.

Du côté de la demande, cette adéquation est réalisée lorsque les conditions de prestation des soins rencontrent certains besoins sociaux :

- le besoin de respecter certaines normes sociales, par exemple les règles de politesse ou encore de certaines attentes culturelles, spirituelles qui peuvent être plus prégnantes à certaines étapes de la vie, comme lors de l'accouchement ou en fin de vie ;

- le besoin de respecter certains choix relatifs à l'organisation pratique des soins ou à la prestation de soin elle-même (par exemple pour les soins à domicile) ;

- le besoin de recevoir une communication suffisante et adaptée à la situation individuelle, c'est-à-dire à la fois compréhensible et complète (relative aux risques de santé encourus, à la littératie en santé, à la nécessité de réalisation d'examens complémentaires, au diagnostic, aux possibilités de traitements préventifs, curatifs, au rapport bénéfice/risque, au coût du traitement et autres frais, etc.) afin de favoriser l'adhésion au traitement et de circonscrire les possibilités d'adaptations. Ce besoin comprend non seulement la nécessité d'accéder aux informations pertinentes mais aussi d'être suffisamment écouté afin de garantir une interaction de qualité entre les prestataires et les patients, ces derniers n'ayant pas tous la même capacité à communiquer leurs problèmes de santé ou dans d'autres domaines. Consacrer davantage d'effort à la communication est d'autant plus important que les difficultés dans les autres dimensions sont significatives (par exemple, en cas de traitement coûteux pour le patient ou pour un problème de santé non ressenti par le patient).

D'autres éléments sur la qualité des soins peuvent également être considérés, comme le besoin d'avoir confiance dans les compétences des prestataires, la qualité des équipements, ou encore au besoin d'avoir un confort minimum (subjectivement perçu), etc.

Du côté de l'offre, l'acceptabilité est influencée par un ensemble varié de facteurs, comme la qualité des infrastructures et des équipements, la formation des prestataires, en particulier relative à la façon de communiquer avec les patients et la sensibilisation à la lutte contre les comportements discriminatoires, les possibilités d'interagir différemment selon le profil des patients, en particulier, la possibilité de consacrer plus de temps à certains patients lors des contacts. C'est une dimension particulièrement importante pour les personnes avec des problèmes de santé chroniques ou de perte d'autonomie (par exemple, les soins infirmiers à domicile avec le problème des horaires de prestation de soins qui sont parfois difficile à concilier avec le rythme de vie des personnes âgées dépendantes) (Cès, et al., 2017).

Cette dimension renvoie à la nécessité d'assurer avant tout une relation de confiance entre prestataires et patients afin que le rôle de chacun puisse s'exercer au mieux pour favoriser l'accès aux soins. Au-delà de la question des choix stratégiques de santé que les personnes doivent pouvoir poser (une

problématique qui dépasse le cadre de cet article), la capacité d'adaptation des processus de soins à certains besoins particuliers constitue un défi important pour le système de santé car cela implique de mettre en œuvre un cadre suffisamment souple pour pouvoir différencier la prise en charge en fonction des patients, et parfois même d'adapter les ressources consacrées selon le profil des personnes. Cela revient à acter le fait, qu'à besoins en soins égaux, les patients ne soient pas traités de façon égale selon des considérations qui dépassent la sphère médicale. Cette possibilité devrait être non seulement explicitement reconnue mais aussi évaluée, en particulier les freins à l'adaptabilité minimale requise pour fournir des soins suffisamment acceptables à tout type de public. Il faut noter toutefois que l'acceptabilité se distingue de la satisfaction au sens où elle correspond au seuil de satisfaction minimum en dessous duquel les soins de santé ne vont pas être sollicités.

4. Des pistes pour améliorer l'accès dans chaque dimension

4.1. Les différents niveaux de détermination des facteurs influençant l'accès

Le système de santé s'organise de façon complexe avec de nombreux lieux de décisions qui s'influencent mutuellement. Néanmoins, il est possible d'identifier trois niveaux principaux où les facteurs influant sur l'accès aux soins de santé vont se déterminer (les obstacles ou les facilitateurs de l'accès) : le niveau macro, méso et micro (d'autres politiques publiques peuvent également influencer indirectement de façon significative l'accès aux soins de santé, mais cette question n'est pas le sujet de l'article). Le niveau macro concerne les décisions relatives au système de santé, le niveau méso concerne l'organisation des soins de santé à un niveau local impliquant principalement les organisations de soins de santé et les prestataires et le niveau micro concerne le niveau d'interaction entre les patients et les professionnels de la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2003).

Au niveau macro, divers facteurs agissent sur l'offre et la demande de soins de santé. Du côté de l'offre, de nombreuses décisions auront un impact direct sur l'accès aux soins de santé, en premier lieu, le niveau des ressources budgétaires allouées au secteur des soins de santé ou encore les réglementations prises pour réguler l'accès aux professions de santé. Ces questions renvoient à des choix collectifs qui vont dépendre du type de système de protection sociale adopté historiquement. Ces choix sont soumis en permanence à des ajustements par la mise en tension, d'un côté, de la nécessité de rendre accessible les progrès médicaux, d'adapter l'offre à l'évolution des besoins de santé de la population et d'avoir une couverture financière suffisante pour les soins de santé et, d'un autre côté, de financer cet accroissement des dépenses de santé.

Au niveau méso, les prestataires de soins de santé et les organisations du secteur des soins de santé peuvent également entraver significativement l'accès aux soins de santé, par exemple en introduisant des mesures de discrimination explicite pour exclure certains patients avec des profils particuliers (par exemple, en cas d'arriérés de paiement de facture hospitalière ou en l'absence d'assurance complémentaire (Cès & Baeten, 2020)) avec un faible niveau socio-économique ou avec des difficultés sociales ou avec des problèmes de santé mentale, etc. Ces caractéristiques n'étant pas mutuellement exclusives, un public particulièrement précarisé a un risque accru d'un accès moindre des soins de santé.

Le niveau micro est le niveau d'interaction directe entre les patients et les prestataires de santé. À ce niveau, l'accès aux soins de santé est influencé par des facteurs individuels liés aux patients et aux prestataires de santé.

Les pistes d'amélioration de l'accès dans les quatre dimensions proposées ci-dessous ne sont pas exhaustives. Elles partent des problèmes importants d'accès aux soins de santé qui ont été identifiés dans le système de santé au travers d'études. Ceux-ci peuvent être caractérisés en fonction des niveaux auxquels ils se déterminent.

4.2. Améliorer la sensibilité aux besoins en soins de santé

La sensibilité aux besoins en soins de santé représente une étape préalable à l'accès aux soins de santé qui doit être explicitement reconnue comme telle, étudiée et intégrée dans les politiques de santé. L'enjeu de la sensibilité est la détection précoce des problèmes et des risques de santé afin de déclencher l'accès au traitement ou aux soins préventifs en fonction des risques individuels de santé.

Du côté de l'offre, elle renvoie tout d'abord à la lutte contre les préjugés et les comportements discriminatoires à l'égard de certains groupes sociaux ou personnes. Un rapport récent a mis en évidence le fait que les personnes en institution psychiatrique sont victimes de préjugés et de stigmatisation (Jespers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021). Le risque de non-détection des problèmes de santé somatiques chez ces patients est élevé, en particulier parce que les professionnels ont des difficultés pour reconnaitre les problèmes de santé somatiques chez ces patients. Les plaintes physiques peuvent être attribuées aux troubles mentaux. En dehors du contexte psychiatrique, la stigmatisation des patients psychiatriques conduit au report de soins : ces patients ne sont pas prioritaires ou encore ils peuvent être victimes de certaines représentations chez les spécialistes par rapport à leur capacité d'adhésion aux traitements, celles-ci étant supposées moindres que chez les autres patients, les traitements ne sont alors pas proposés. Ce problème a déjà été identifié dans des contextes différents et pour des populations différentes : les femmes d'origine asiatique à Londres bénéficiaient d'un dépistage

moins fréquent du cancer du col de l'utérus. Les médecins interrogés anticipaient, de façon erronée, le fait que ces femmes ne feraient pas le dépistage (Lang, 2009). Les personnes homosexuelles rencontrent également des difficultés d'accès aux soins. En particulier, dans le domaine préventif, un moindre dépistage est observé chez les femmes homosexuelles pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein par rapport aux femmes hétérosexuelles (Albuquerque, et al., 2016).

Une autre cause de la non-détection des problèmes de santé est le manque d'attention portée au patient, soit parce que les médecins n'investiguent pas suffisamment au-delà de la raison principale de consultation, comme par exemple le risque de non-dépistage du besoin d'aide au quotidien chez les personnes âgées par les médecins généralistes (par exemple pour les soins d'hygiène) (Cès, et al., 2017; Cès, et al., 2020), ou encore parce que les médecins ne disposent pas des connaissances ou des compétences suffisantes pour décrypter le ressenti des patients. L'expérience des patients atteints d'une maladie rare illustre particulièrement bien ce problème de la sensibilité. Pour ce type de maladie, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic peut être très long (parfois plusieurs années) en raison du manque de sensibilité des prestataires à l'évocation des symptômes (à cause de déni, de méconnaissance de la maladie, de minimisation des symptômes) avec les conséquences désastreuses pour les patients (détresse psychologique, retard de traitement, prise en charge des douleurs, etc.) (Loridan & Noirhomme, 2020).

Un autre axe potentiel d'amélioration de la sensibilité serait la meilleure prise en considération des facteurs de risques sociaux (psychosociaux/socio-économiques) de la maladie. Le paradigme biomédical, principalement centré sur les variables médicales et biologiques, qui oriente les protocoles de soins exclut la composante sociale de la maladie. Or, certaines caractéristiques sociales sont parfois au moins autant significatives en termes de risque que des facteurs biomédicaux. Ainsi, il existe une sous-estimation structurelle systématique des risques dans les groupes socio-économiquement défavorisés de la part des prestataires de santé. La détection tardive ou l'absence de soins préventifs en cas de risque avéré contribue à l'accroissement des inégalités sociales de santé. Par exemple, les personnes défavorisées ne sont pas suffisamment dépistées en fonction de leur risque accru de maladies cardio-vasculaires (Lombrail, 2010). En Belgique, les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)[9] consultent le médecin généraliste de la même façon que la population en moyenne, toutefois ils accèdent moins à certains soins préventifs (comme le dépistage du cancer du sein) (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Mann parle de socioparésie de la santé publique (Mann, 1998) pour désigner l'inaptitude à intégrer les déterminants sociaux de la santé pour corriger les inégalités sociales de santé. La reconnaissance de la construction sociale des inégalités de santé offre pourtant un cadre de réflexion pour améliorer les pratiques des professionnels de santé. Une meilleure intégration des différents types de savoirs issus de disciplines a priori moins perméables, les connaissances biomédicales, épidémiologiques et celles issues des sciences sociales est une piste à considérer pour améliorer les protocoles de soins et la pratique médicale. Ce constat appelle également à une réflexion sur les critères normatifs utilisés pour juger de la performance du système de santé. L'égalité d'utilisation de certains soins de santé, à état de santé comparable, notamment dans le domaine du dépistage ne devrait pas être interprétée comme un résultat souhaitable car elle occulterait les différences de risques de santé liées au gradient social.

Du côté de la demande, les patients doivent pouvoir être en mesure d'identifier leurs besoins en soins de santé. Cette aptitude est non seulement influencée par le contexte de vie des personnes (voir infra, le réseau social ou les problèmes et préoccupations rencontrés dans d'autres domaines) mais plus globalement par le niveau de littératie en santé : « De la capacité d'une personne à trouver, comprendre, évaluer et assimiler les informations relatives à sa santé, de manière à pouvoir ensuite, dans sa vie quotidienne, poser des choix et prendre des décisions pour maintenir ou améliorer sa santé et sa qualité de vie » (Rondia, Adriaenssens , Van Den Broucke, & Kohn, 2019). C'est pourquoi la capacité à percevoir ses besoins en soins de santé devrait être intégrée explicitement comme une matière à part entière de la littératie en santé. Si les situations individuelles de vie ne sont pas directement modifiables, la sensibilisation à la perception des besoins en soins de santé, pourrait être améliorée, en premier lieu, au niveau micro, dans le cadre des interactions avec les prestataires de santé. De façon plus large, d'autres acteurs ont également un rôle important dans l'éducation à la santé (par exemple l'école, le travail, les services de promotion de la santé et d'éducation du patient, le secteur socio-culturel, les mouvements de jeunesse, l'aide à la petite enfance (ONE/Kind en Gezin), les médias, etc.). En 2019, les résultats de l'Enquête nationale de Santé montrent que le niveau de littératie est insuffisant ou problématique pour 33% de la population (échantillon représentatif de la population belge). L'amélioration du niveau de littératie au sein de la population relève d'une responsabilité collective, sociétale et politique (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013). Elle devrait faire l'objet d'une coordination au niveau national qui intègre la multitude d'acteurs concernés (Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke, & Kohn, 2019).

9. Certaines catégories d'assurés, à faible revenu, paient des tickets modérateurs moins élevés, sur la base d'un statut appelé « intervention majorée ».

4.3. Améliorer la disponibilité des soins de santé

La disponibilité des prestations à domicile est un problème qui a été identifié (Cès & Baeten, 2020). L'offre de soins à domicile risque d'être plus limitée dans certaines zones géographiques. Les prestataires qui acceptent de faire des visites à domicile risquent de se raréfier dans certaines zones rurales ou moins favorisées économiquement pour plusieurs raisons : une rémunération insuffisante pour compenser le coût du transport, incluant le coût d'opportunité du temps passé en transport et les conséquences négatives éventuelles comme la fatigue. Le développement d'une offre de soins de proximité à domicile et en ambulatoire reste un enjeu majeur pour les années à venir. D'une part, le vieillissement de la population a pour conséquence un accroissement rapide de la demande de services d'aide et de soins (en raison de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dépendantes et du souhait de rester aussi longtemps que possible à domicile (Cès, et al., 2017)). D'autre part, avec le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital, un ensemble de services de santé (ambulatoires et à domicile), de services d'aides à domicile et de services sociaux doivent pouvoir être davantage mobilisés pour assurer la continuité des soins post-hospitaliers. Cela implique à la fois une augmentation en volume de la capacité de prise en charge pour ce type de services et une réactivité plus rapide (le retour à domicile devant être organisé plus rapidement).

Avec le développement des technologies numériques, les modalités de prestation de l'offre de soins à distance se sont diversifiées[10]. Ces prestations réalisées à distance du patient constituent une alternative innovante pour permettre une meilleure disponibilité des soins de santé, tant du côté de l'offre de soins que de la demande par la levée de certaines contraintes : la suppression du déplacement sur le lieu de prestation de soins, pour les professionnels et les patients (en particulier pour les personnes en résidence collective ou qui ont des problèmes de mobilité), en réduisant le temps pris sur d'autres activités (par exemple pour les aidants proches ou les parents isolés), la facilité de contact rapide entre le prestataire et le patient. Le retour d'expérience des patients durant le confinement sur la téléconsultation montre que cette modalité de contact peut être utile pour certaines demandes comme la prescription de médicaments, les questions administratives et le suivi des maladies chroniques. Cependant, elle ne peut remplacer le contact direct dans beaucoup de cas (Avalosse, et al., 2020). La numérisation des services administratifs constitue également une opportunité d'amélioration importante, par la rapidité, la facilité des flux et l'économie de ressources générée. Toutefois, la normalisation des échanges induite par l'interface numérique limite les possibilités de traitement administratif des situations individuelles complexes ou atypiques.

Ces innovations posent des problèmes d'accès d'une autre nature. Le recours aux interfaces numériques entre les utilisateurs et les services génère de nouvelles formes d'exclusion de publics moins bien dotés en équipement numérique (29% des ménages avec de faibles revenus ne disposent pas de connexion Internet) ou en termes de connaissances requises pour l'utilisation (40% des belges ont peu ou pas de connaissances numériques (Brotcorne & Mariën, 2020)). C'est pourquoi la possibilité d'interaction directe et rapide par des canaux de communication utilisables par tous reste un préalable indispensable qu'il faut impérativement garantir et contrôler. Or, la tendance actuelle à la dématérialisation des services publics, accélérée par la pandémie de COVID-19, constitue un risque majeur pour l'accès aux soins de santé des publics vulnérables. Selon l'Observatoire Bruxellois de la Santé et du Social, l'impact de cette numérisation imposée à tous est sous-estimée, notamment par rapport au risque de non-recours aux droits sociaux (Noël, 2021; Desprez, Noël, & Solis Ramirez, 2020).

Un autre axe de réflexion concerne la disponibilité de l'offre ambulatoire. Les projections récentes de la démographie médicale montrent une diminution du nombre de médecins généralistes dans les années à venir (-3% entre 2021 et 2026) alors que les projections anticipent un accroissement de la demande en nombre de contact (+7.1% entre 2020 et 2025) (Lefèvre & Gerkens, 2021). La pénurie de prestataires conventionnés implique un délai d'attente important pour l'obtention d'un rendez-vous, en particulier en dermatologie (taux de conventionnement de 25%), en ophtalmologie (33%), dentisterie (29%), gynécologie (44%) (De Wolf, et al., 2020).

4.4. L'amélioration de l'accessibilité financière

Les frais à charge des patients posent deux difficultés : le report ou le renoncement aux soins de santé et les dépenses catastrophiques, celles-ci étant susceptibles d'entraver également l'accès ultérieurement (Thomson, Cylus, & Evetovits, 2019). En grevant significativement le budget des ménages, les restes à charges sont susceptibles de porter atteinte à la capacité des ménages à subvenir à d'autres besoins tout aussi essentiels pour la santé (par exemple l'alimentation, le logement, le chauffage, etc.) et impacter l'état de santé (notamment à cause du stress psychologique) (Cès & Baeten, 2020).

10. Les soins numériques prennent différentes formes : la téléconsultation (la consultation à distance entre le prestataire de soins et le patient par téléphone, vidéo, chat ou email), le télé-monitoring (« un soignant contrôle et suit à distance les paramètres de santé d'un patient »), la télé-assistance (« le médecin dirige (ou réalise) à distance une intervention médicale comme par exemple un examen d'imagerie ou une intervention chirurgicale ») et la télé-expertise (« les prestataires de soins se concertent à distance à propos d'un patient spécifique, sans que celui-ci ne soit présent ») (Mistiaen, Devriese, Pouppez, Roberfroid, & Savoye, 2020).

Les résultats de l'étude OSE établissent clairement le lien causal direct entre le report de soins pour raisons financières et la détérioration importante de l'état de santé observée chez certains patients aux services des urgences. Ces cas d'urgence vitale ne constituent que la partie visible d'un ensemble plus grand de patients qui subissent, suite à un report ou un renoncement aux soins, une détérioration moins facilement perceptible mais néanmoins significative de leur état de santé (par exemple, la perte de chance de survie en cas de diagnostic tardif ou les problèmes de santé évitables qui perdurent dans le temps). Ces difficultés financières d'accès contribuent de façon importante à l'aggravation des inégalités sociales de santé.

En Belgique, les soins sont plus difficiles d'accès pour les personnes socio-économiquement défavorisées : 6,4% des personnes qui ont de bas revenus déclarent avoir des besoins non satisfaits en soins médicaux pour raisons financières[11] (versus 0% pour la catégorie de revenu la plus élevée en 2018) (cf. Eurostat site). Avec ce résultat, la Belgique se situe parmi les pays d'Europe avec la plus forte inégalité d'accès financier aux soins.

Différents obstacles financiers importants ont été identifiés (Cès & Baeten, 2020).

- L'absence de couverture maladie au sein de la population représente 1% des personnes résidentes officiellement en Belgique en 2017 (OCDE, 2017). C'est donc encore un obstacle majeur à l'accès pour un nombre important de personnes. Additionnellement, il existe un certain nombre de situations individuelles qui sont exclues de cette estimation, en particulier les personnes qui ont perdu leur droit à la couverture maladie obligatoire depuis plus de deux ans, les travailleurs non déclarés, les travailleurs étrangers détachés non couverts dans leur pays d'origine et les personnes qui ne résident pas officiellement en Belgique (par exemple, les personnes sans papiers, les personnes radiées de façon erronée du registre de population).

- l'avance des frais de santé remboursés est un obstacle non négligeable pour certains publics avec une faible capacité financière.

- un ensemble de soins de santé avec une plus-value thérapeutique significative qui ne sont pas ou peu remboursés (par exemple le matériel de soins de plaies, certains médicaments, les lunettes, les appareils auditifs, les prothèses dentaires).

- les tickets modérateurs : s'ils ne sont pas la seule source de difficulté financière, l'étude OSE montre qu'ils constituent un obstacle financier pour une population socio-économiquement défavorisée. Deux mesures de protection financières existent pour limiter les tickets modérateurs : le statut BIM et le Maximum à Facturer[12] (MàF). Toutefois, l'efficacité de ces deux mesures à protéger des frais excessifs les personnes pourrait être améliorée, à commencer par l'automatisation du statut BIM pour résoudre le problème de non take-up (Baeten, 2021).

- Les frais hospitaliers à charge des patients sont également problématiques pour certains patients qui ont d'importants problèmes de santé et/ou une faible capacité financière (41% des séjours en chambre à deux lits ou plus pour plus d'une nuit, coûtent plus de 200 euros aux patients) selon le rapport de AIM-IMA (De Wolf, Di Zinno, Dolphens, Landtmeters, & Lona, 2021).

- Les problèmes des frais de transports interhospitaliers et réguliers en ambulatoire sont également des causes de dépenses excessives au regard de la capacité financière des patients.

Des mesures d'amélioration de l'accès financier peuvent être rapidement mises en œuvre (une liste est proposée suite à une enquête auprès d'un certain nombre d'acteurs du système de santé (Baeten, 2021) : l'extension du tiers-payant, ou encore l'abaissement du plafond MàF pour les personnes BIM, l'exonération totale des tickets modérateurs pour les mineurs, une meilleure couverture pour certains matériels ou équipements. L'amélioration de l'accès financier doit pouvoir s'appuyer sur un ensemble de mesures équilibrées pour à la fois améliorer l'accès financier des personnes qui bénéficient du statut de l'intervention majorée mais aussi pour prévenir les difficultés d'accès financier pour le reste de la population. En effet, les problèmes d'accès financiers sont susceptibles de toucher un ensemble large de la population (en particulier les personnes en arrêt de travail, ou encore avec des problèmes de santé chroniques). La nécessité d'améliorer l'accès financier est d'autant plus forte que le contexte économique est particulièrement défavorable.

4.5. L'amélioration de l'acceptabilité

La première priorité dans cette dimension est la lutte contre les comportements discriminatoires ou de certaines représentations erronées à l'égard de certains groupes sociaux

11. La population de référence inclut également les personnes qui n'ont pas eu de besoins en soins médicaux et exclut certains groupes de population vulnérables. Ce taux serait donc théoriquement plus élevé s'il était calculé seulement sur la population qui a eu au moins un besoin médical au cours des 12 derniers mois.
12. Au-delà d'un certain plafond, les tickets modérateurs accumulés sur une année ne sont plus socialement acceptables parce qu'ils deviennent une charge financière trop importante. Lorsque le plafond (dépendant des revenus familiaux nets imposables) est dépassé, les tickets modérateurs sont remboursés.

minoritaires qui présentent des caractéristiques différentes du reste de la population que ce soit du point de vue de la santé (par exemple, les personnes avec un trouble mental, les personnes âgées fragiles, les personnes en situation de handicap) ou du point de vue social (les personnes précarisées, avec des orientations sexuelles différentes, d'origine étrangère, les prostitués, etc.). Il faut noter que les facteurs de discrimination ne sont pas mutuellement exclusifs. En effet, il est possible de combiner plusieurs caractéristiques qui peuvent conduire à des discriminations (c'est l'intersectionnalité) (Crenshaw, 1989), celles-ci pouvant se cumuler ou être de nature encore différente de celles qui concernent un seul facteur de discrimination. Certains jeunes en situation de précarité rapportent avoir subi des propos racistes ou violents de la part de professionnels de santé (Maes, 2021).

Il s'agit tout d'abord de lutter contre des attitudes négatives de la part des prestataires de santé qui ne sont pas forcément conscientisées. Par exemple, s'agissant du report de soins, les personnes précarisées craignent d'être jugées négativement par les professionnels de santé à cause de leur incapacité supposée à comprendre les difficultés économiques et/ou sociales auxquelles ils se trouvent confrontés (Maes, 2021). Cela peut passer par la formation des professionnels mais aussi par la mise en œuvre de processus participatifs d'amélioration de la qualité impliquant les patients. Au-delà des comportements discriminatoires, l'adaptation des comportements des prestataires en fonction du profil de patient est plus ou moins aisée en fonction de la distance sociale avec le patient.

En outre, il est nécessaire de reconnaitre que la capacité d'adaptation de l'offre en soins de santé est limitée structurellement par diverses contraintes, qu'elles soient financières, organisationnelles, éthiques, pratiques, etc., les patients qui présentent un profil plus atypique seront davantage à risque de rencontrer des difficultés dans cette dimension (comme par exemple le temps non financé pour mieux communiquer avec certains patients) ou en raison de la rigidité de l'organisation du processus de soins (comme par exemple, les horaires de prestation des soins). De nombreuses possibilités d'investigations existent pour faire émerger des solutions innovantes de transformations du processus de soins (par exemple en s'appuyant sur des approches participatives comme la méthode Service Design (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

Il s'agit enfin de reconnaitre que la problématique de l'acceptabilité est un domaine à part entière. En particulier, il doit être pensé dans le cadre des politiques en faveur des soins centrés sur le patient à partir des trois niveaux potentiels d'actions (macro, méso, micro), le risque étant de reléguer cette problématique au niveau micro, par la seule possibilité d'adaptation informelle de l'interaction entre le prestataire et les patients. L'amélioration de l'acceptabilité passe par la remise en cause du principe de traitement standardisé, et en particulier par l'allocation de moyens supplémentaires pour atteindre davantage certains publics vulnérables.

4.6. Synthèse des quatre dimensions

Le résultat de cette analyse confirme tout d'abord le fait que les difficultés d'accès ne sont pas également réparties dans la population. Les difficultés se cumulent et se renforcent dans les différentes dimensions pour certains sous-groupes vulnérables (voir Tableau 1 ci-dessous, les exemples de difficultés d'accès dans chaque dimension). Cela permet de mettre également en évidence la complexité des mécanismes qui conduisent au report des soins de santé et le risque de cercle vicieux chez les personnes défavorisées : une moins bonne santé risque d'avoir un impact négatif sur le statut socio-économique, impliquant une dégradation de la situation dans plusieurs domaines de la vie (conditions matérielles, vie familiale, professionnelle, etc.) qui aura des répercussions sur la capacité à avoir accès aux soins de santé et qui risque de détériorer à terme encore davantage le statut de santé des personnes. Ces constats permettent de mieux comprendre la persistance de l'inéquité dans l'accès aux soins, une autre dimension de la loi inverse des soins : « La disponibilité de soins médicaux de qualité est inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » (Hart, 1971; The Lancet, Editorial, 2021).

Il est intéressant de noter que les difficultés au sein d'une même dimension se renforcent également parfois entre l'offre et la demande, par exemple, le risque de sous-dépistage des problèmes de santé, en raison de discrimination ou de sous-estimation des facteurs de risques du côté de l'offre est d'autant plus élevé lorsque les patients ne perçoivent pas leurs besoins en soins de santé (en cas de déni, d'absence de symptômes ou de négligence du besoin en soins de santé).

La figure 2 ci-dessous illustre l'interdépendance des quatre dimensions entre elles pour la réalisation de l'accès et également entre l'offre de soins et la population :

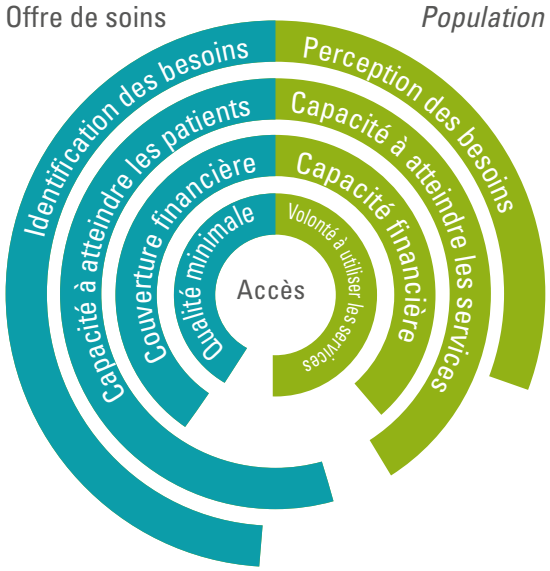
- La sensibilité aux besoins : identification des besoins du côté de l'offre et perception des besoins du côté de la population.
- La disponibilité : capacité à atteindre les patients du côté de l'offre et la capacité à atteindre les services du côté de la population.
- L'accessibilité financière : la couverture financière des soins et la capacité financière du côté de la population.
- L'acceptabilité : la qualité minimale des soins et la volonté à utiliser les services du côté de la population.

Tableau 1 : Exemples de problèmes d'accès aux soins de santé dans chacune des dimensions

Dimension	Offre	Demande
Sensibilité	**Manque d'identification des besoins en soins de santé**	**Incapacité à percevoir les besoins en soins de santé**
	• Sous-diagnostic en raison de discriminations, de préjugés (de façon délibérée ou non) • Sous-diagnostic par la non-prise en considération des symptômes • Sous-estimation des facteurs de risque	• Déni ou banalisation des problèmes de santé • Problèmes plus aigus dans d'autres domaines (financiers, familiaux, professionnels, etc.) • Non-perception en l'absence de symptômes (exemples, hypertension, diabète, cancer, etc.)
Disponibilité	**Incapacité à atteindre les patients**	**Incapacité à atteindre les services**
	• Liste d'attente pour les professionnels de santé conventionnés • Offre limitée de prestataires pour des visites à domicile • Accueil non adapté aux personnes à mobilité réduite • Exclusion des patients socio-économiquement défavorisés ou d'autres profils (par exemple les personnes sans assurance complémentaire ou avec des arriérés de paiement à l'hôpital)	• Manque de temps (charge familiale, activité professionnelle, etc.) • Difficultés matérielles (absence de moyens de transport, de communication) • Capacité physique et/ou mentale réduite en raison de problèmes de mobilité, de troubles mentaux ou de dégradation de l'état de santé (maladies chroniques ou épisodes aigus)
Accessibilité financière	**Contributions personnelles élevées**	**Incapacité à payer les services**
	• Montant des tickets modérateurs trop élevé • Avance des frais problématique (absence de tiers-payant) • Facturation de suppléments d'honoraires • Absence de transparence sur la facture (par exemple pour les analyses de laboratoire en ambulatoire ou la facture hospitalière) • Facturation de frais non remboursables excessifs	• Renoncement/report de soins pour raisons financières • Difficultés financières induites par le recours à des soins de santé onéreux • Non-take up du statut BIM • Absence de couverture maladie • Coût d'opportunité du temps dédié aux soins de santé (par exemple pour les indépendants) • Revenu de remplacement insuffisant pour couvrir les dépenses courantes et les frais de santé
Acceptabilité	**Qualité insuffisante des services**	**Réticence à rechercher les services** (liée à une expérience passée ou à des anticipations)
	• Comportements discriminatoires selon le genre, l'orientation sexuelle, l'origine, le statut socio-économique, l'âge, etc. • Communication non adaptée au profil du patient • Processus ou conditions de soins non modifiables	• Besoins sociaux non rencontrés : besoin d'être écouté • Besoin d'adaptations dans le processus de soins non respecté

La figure 2 montre un problème de concordance (cercles non joints) dans les quatre dimensions avec d'un côté, des difficultés pour la population dans chacune des dimensions et, de l'autre côté, l'offre qui n'est pas suffisamment adaptée aux difficultés rencontrées par la population.

Figure 2 : Les quatre dimensions de l'accès aux soins de santé



5. Les politiques d'améliorations de l'offre de soins de santé

Les différents problèmes cités dans les quatre dimensions mettent en évidence le fait que l'accès aux soins de santé relève avant tout de la responsabilité collective au travers de la mise en œuvre de politiques favorables à l'accès aux soins de santé.

5.1. Le cadre juridique

Cette mise en œuvre doit se faire en premier lieu au travers des dispositions légales, les droits humains fondamentaux, les droits sociaux, les droits du patient et de façon plus opérationnelle, de normes et règlementations (par exemple, concernant les règles de facturation hospitalière). Il est tout d'abord nécessaire de veiller à ce que les normes juridiques nouvellement adoptées ne puissent détériorer l'accès aux soins de santé, notamment en ne contrevenant pas au cadre légal dans lesquelles elles s'inscrivent ou aux principes et valeurs fondamentaux du système de santé (par exemple l'égalité de tarif des soins de santé sur le territoire). Et il est essentiel de veiller à ce que l'ensemble de ce cadre règlementaire soit réellement appliqué du côté des prestataires de santé mais aussi de l'administration publique. En particulier concernant l'application des droits sociaux, l'automatisation de l'octroi de ces droits devrait être reconnue comme une responsabilité à part entière des services publics.

La lutte contre les discriminations devrait être explicitement reconnu dans le cadre des politiques d'accès aux soins de santé, principalement dans trois dimensions (la sensibilité, la disponibilité et l'acceptabilité). La diversité des acteurs et des mécanismes sous-jacents nécessitent des approches à différents niveaux. En amont, la formation et la sensibilisation des professionnels de santé devraient inclure cette problématique de façon explicite afin de prévenir les comportements discriminatoires qui ne sont pas nécessairement conscientisés. Forichon parle de « discriminations larvées de la part des professionnels et institutions » (Forichon, 2005) qui seraient largement répandues dans les organisations, les hiérarchies sociales étant reproduites au sein de l'organisation hospitalière ce qui induirait des différences sociales de prise en charge. En aval, les initiatives développées dans le cadre de l'assurance qualité ont également un rôle à jouer pour prévenir ou mettre en évidence les comportements discriminatoires. Le respect des droits fondamentaux pour assurer l'égalité de traitement et prévenir les discriminations constitue un des principes les plus fréquemment mis en avant par les pratiques d'assurance qualité dans le cadre des soins de longue durée en Europe (Cès & Coster, 2019). Le meilleur contrôle de certaines pratiques dans la dimension disponibilité (par exemple, pour éviter la sélection des patients) serait bénéfique afin de lutter contre l'exclusion de certains patients avec un profil moins désirable d'un point de vue social ou financier. Par exemple, un système d'enregistrement des plaintes ou de forum de discussions permettrait d'obtenir des données précises sur ces comportements afin d'entreprendre des actions ciblées. Le Centre interfédéral pour l'égalité des chances recommande « une approche coordonnée et le développement de données relatives à l'égalité et à la discrimination » (y compris dans le domaine de l'accès aux soins de santé) (voir unia.be).

5.2. Identification des groupes à risque de difficultés d'accès

Un deuxième axe de réflexion porte sur la reconnaissance des sous-groupes de population avec d'importants besoins en soins et qui sont plus à risque d'avoir des difficultés d'accès dans les quatre dimensions. D'une part, cela doit passer par

l'identification des différents publics, des difficultés d'accès et de leurs causes sous-jacentes, et, d'autre part, par la constitution d'une connaissance théorique et pratique de ces publics particuliers qui soit partagée par les professionnels de santé. L'organisation de l'offre de soins de première ligne sous la forme de maisons médicales est une réponse possible parmi d'autres. Elle permet de constituer un savoir-faire et un savoir-être pour répondre aux besoins particuliers de ces sous-groupes de population (Cès & Baeten, 2020). Plus largement, la segmentation de la population permettrait de mener des réflexions plus approfondies sur la façon dont il est possible d'atteindre les publics plus à risque d'avoir des difficultés d'accès.

Le principe d'universalisme proportionné est une piste intéressante qu'il faudrait davantage développer pour favoriser l'accès aux soins de santé et prendre en considération les différences de risques de difficultés d'accès : les actions à mener devraient pouvoir être davantage adaptées en fonction des besoins de chacun. Par exemple, au sein des programmes de dépistages, des actions d'intensité variable permettrait d'aborder le problème de la sensibilité (le problème de la détection des besoins en soins) pour la population vulnérable.

5.3. Développement d'une offre adaptée aux besoins de la population

Un troisième axe de réflexion est la question des investissements et mesures à prendre pour développer une offre de soins adaptée aux besoins de la population. Le développement d'une offre à la fois disponible et financièrement accessible reste un enjeu majeur (Lefèvre & Gerkens, 2021; Cès & Baeten, 2020; De Wolf, et al., 2020). En effet, dans certaines disciplines, la raréfaction des prestataires de santé, se combinant avec un moindre conventionnement, risque de creuser encore davantage les inégalités d'accès, avec d'un côté, une offre conventionnée mais non accessible dans un délai raisonnable et, d'un autre côté, la médecine déconventionnée, accessible rapidement mais inaccessible financièrement par une grande partie de la population.

Un quatrième axe de réflexion est issu du constat que le cumul des difficultés au niveau individuel crée le besoin d'être aidé dans les démarches pour accéder aux soins de santé. En raison de la complexité du système de santé et des situations individuelles, certaines personnes ne sont pas en mesure d'organiser leurs soins de santé (Cès & Baeten, 2020; Cès, et al., 2017). Ce problème est d'autant plus aigu pour les personnes qui ont des besoins en soins de santé importants (malades chroniques, avec des problèmes de santé mentale, les personnes âgées dépendantes), ou encore de façon transitoire, à certains moments particuliers lorsque les personnes n'ont pas la faculté physique et/ou mentale d'organiser leurs soins de santé (par exemple, lors du suivi post-hospitalier). Ce rôle important d'organisation des soins de santé est souvent assumé de façon informelle par les aidants proches lorsqu'ils sont présents (Cès, et al., 2017). Pour certains publics avec d'importants besoins en soins de santé (par exemple pour les personnes âgées dépendantes), ce type de soutien est déjà implémenté (sous forme de projets pilotes) par les services de coordination de soins à domicile ou de case management (à noter que ces services ont des missions plus larges que l'accès aux soins) (Van Durme, Schmitz, Cès, & Macq, 2015; Cornelis, Desmedt, Chevalier, Camaly, & Christiaens, 2021). Il serait cependant nécessaire de pouvoir élargir ce type de soutien à toute personne qui se retrouve dans l'impossibilité, temporaire ou chronique, d'organiser ses soins (par exemple en cas d'épisode dépressif). Par ailleurs, cette attention portée également aux personnes fragilisées nécessite une meilleure implication plus systématique et proactive des services sociaux de façon plus ou moins intensive en fonction des situations individuelles (par exemple, les projets pilotes Community Health Workers pour les publics vulnérables).

Les décisions politiques en faveur de l'accès aux soins devraient être davantage coconstruites avec les acteurs (représentants des prestataires de soins et des patients, les organismes assureurs et les associations de patients). En effet, la complexité des mécanismes qui déterminent l'accès nécessite de privilégier des approches plus participatives et expérientielles (par exemple par les méthodes de type Service Design ou participatory leadership). Celles-ci mettent en avant un ensemble de principes pour permettre, à la fois l'émergence de propositions de changements, de transformations pour favoriser l'accès aux soins et leur expérimentation (OMS, 2021; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

Enfin, il est primordial de monitorer l'accès aux soins de santé de façon continue afin d'ajuster les mesures à prendre de façon suffisamment précoce et prévenir ainsi une détérioration de l'accès aux soins de santé délétère pour l'état de santé général de la population. À cette fin, les données administratives de consommation de soins de santé sont d'ores et déjà exploitées de façon approfondie et les résultats des analyses sont rendus publics au travers de différents rapports régulièrement publiés. Il serait cependant utile de mener une réflexion plus large pour compléter cette évaluation. D'une part, afin d'évaluer plus précisément certaines dimensions de l'accès, des indicateurs plus spécifiques (par exemple, le calcul du fardeau financier) pourraient être calculés et mis à jour régulièrement, à partir des données déjà collectées. Et, d'autre part, il serait nécessaire également de collecter d'autres données pour obtenir une évaluation complète de l'ensemble des problématiques liées à l'accès aux soins de santé, notamment pour évaluer le problème du report de soins.

6. Conclusion

L'accès aux soins de santé est une préoccupation ancrée historiquement dans la construction de la protection sociale et de l'État-providence. Par la mise en défaut de la capacité du système de santé à prendre en charge l'urgence sanitaire, la pandémie de COVID-19 a replacé au cœur du débat public la question de l'accès aux soins de santé. Cette crise a permis de mettre en lumière l'importance de ce que la société est prête à sacrifier pour garantir l'accès aux soins de santé aux personnes les plus atteintes. Au-delà de cette crise, le droit à l'accès aux soins de santé à tous doit être défendu comme une valeur fondamentale du système de santé et s'affirmer comme un prérequis constitutif de toute politique de santé. C'est dans cette philosophie que la Mutualité chrétienne s'engage à défendre le respect de ce droit humain fondamental dans le cadre de ses différents mandats en tant qu'organisme assureur et à mettre en œuvre les services de soutien aux membres nécessaires pour en assurer sa réalisation effective.

Au travers des quatre dimensions, le modèle conceptuel met en évidence l'étendue du domaine d'actions possibles pour améliorer l'accès en incluant le plus exhaustivement possible l'ensemble de ses déterminants. En particulier, il met en lumière deux dimensions moins connues mais non moins essentielles pour la réalisation de l'accès, la sensibilité aux besoins en soins de santé et l'acceptabilité des soins. Il montre également l'interdépendance de chacun des acteurs dans la réalisation de l'accès en tant que processus dynamique, tant du côté de l'offre que de la demande de soins. Il offre ainsi un cadre de réflexion plus complet pour mieux comprendre l'ensemble des facteurs explicatifs des inégalités d'accès.

Si les déterminants des inégalités sociales de santé sont multiples, la persistance de difficultés d'accès aux soins de santé pour la population vulnérable contribue de façon importante à l'aggravation de ces inégalités en Belgique (Cès & Baeten, 2020). Au regard de la diversité des mécanismes qui influencent l'accès aux soins de santé et de la complexité des interdépendances entre toutes les composantes de l'accès, les politiques en faveur la Couverture Sanitaire Universelle devraient être pensées de façon holistique et participative (OMS, 2021; OMS, Open mindsets Participatory Leadership for Health, 2016) sous la forme d'un plan global pour que les soins de santé puissent atteindre davantage les personnes qui en ont le plus besoin et réduire significativement les inégalités sociales de santé.

Bibliographie

- Albuquerque, G. A., De Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Juscinaide Henrique Alves, M., Moreira Belém, J., Winter dos Santos Figueiredo, F., & Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights, 16*(2), 1-10.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care, 18(suppl_1),* 5-13.
- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Consultations à distance : qu'en pensent les belges ? Une enquête intermutualiste. *MC-Informations, 282,* 46-59.
- Baeten, R. (2021). *Suppression des inégalités dans l'accessibilité financière aux soins de santé. Rapport de synthèse.* Bruxelles: Observatoire Social Européen (OSE).
- Bardey, D., Couffinhal, A., & Grignon, M. (2002). *Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé.* Bulletin d'information en économie de la santé. Paris: Centre de Recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 53, 1-8.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 334 D/2020/10.273/30.
- Brotcorne, P., & Mariën, I. (2020). *Baromètre de l'inclusion numérique 2020.* Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Carlier, M. (1980). La genèse de l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique. *Courrier hebdomadaire du CRISP, 7-8*(872-873), 1-48.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium.* Bruxelles: Observatoire Social Européen (OSE).
- Cès, S., & Coster, S. (2019). *Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report.* European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles : Commission Européenne.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2017). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe.* Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Cès, S., Lambert, A.-S., Mello, J., Declercq, A., Speybroek, N., Annemans, L., & Macq, J. (2020). The direct cost of disability of

community-dwelling older persons in Belgium. *Ageing and Society, 41*(10), 2214-2241.
- Cornelis, J., Desmedt, M., Chevalier, E., Camaly, O., & Christiaens, W. (2021). *Intégration des soins aux personnes âgées fragiles en Belgique : une évaluation de la troisième phase du Protocole 3.* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE reports 346Bs.
- Council of the European Union. (2006). *Council Conclusions on Common Values and principles in European Union Health System.* Official Journal of the European Union, C 146.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist, Theory and Antiracist Politics. *University of Chigaco Legal Forum, 1989*(1), 139-167.
- Cu, A., Meister, S., Levebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework – a scoping review. *International Journal for Equity in Health, 20*(116), 1-14.
- De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., Landtmeters, B., & Lona, M. (2021). État des lieux des coûts hospitaliers à charge, Données 2019. Bruxelles: IMA-AIM.
- De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement.* Bruxelles: IMA-AIM.
- Desprez, A., Noël, L., & Solis Ramirez, F. (2020). *Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie.* Fédération Wallonie-Bruxelles IWEPS Observatoire de la Santé et du Social/Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussels.
- Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. Économie publique/Public *economics, 28-29*(1-2), 123-149.
- Forichon, E. (2005). Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? *Empan, 4*(60), 86-90.
- Gray, B. (2017). The Cynefin framework: applying and understanding of complexity to medicine. *Journal of primary health care, 9*(4), 258-261.
- Hart, T. (1971). The inverse care law. *The Lancet, 297*(7696), 405-412.
- Jespers, V., Christiaens, W., Kohn, L., Savoye, I., & Mistiaen, I. (2021). *Somatic health care in a psychiatric setting.* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 338 D/2021/10.273/4.
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., & Shmueli, A. (2016). À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie, XXXI(4)*, 15-62.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy The solid facts.* World Health Organisation.
- Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-information, 281,* 4-22.
- Lang, T. (2009). Populations vulnérables et accès aux soins de santé Principes et réalités. Dans I. Poirot-Mazères (dir.) *L'accès aux soins. Principes et réalités* (pp. 221-227). Toulouse : Presse de l'Université Toulouse 1 Capitole.
- Lefèvre, M., & Gerkens, S. (2021). Évaluation de la soutenabilité du système de santé belge au moyen de projections – Complément au rapport « Performance du système de santé belge – 2019 ». Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 341B D/2021/10.273/13.
- Levesque, J.-F., Harris, M., & Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health, 12*(18), 1-9.
- Lombrail, P. (2010). Le système de soins et les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique (adsp), 24*(73), 24-26.
- Lombrail, P., & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 3(8), 31-39.
- Loridan, J., & Noirhomme, C. (2020). *Analyse de terrain des trajets existants des patients atteints de maladie rares dans l'EMR.* Euregio Meuse-Rhin : Projet EMRaDi.
- Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue Nouvelle, 6*, 2-5.
- Mann, J. (1998). Santé publique : éthique et droits de la personne. *Santé publique, 10*(3), 239-250.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Video consultations in the care for patients with a chronic somatic disease.* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 328 D/2020/10.273/03.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.* Paris : Nations Unies.
- Nations Unies. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world".* New York : United Nations.
- Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Tiers Monde, 3*(215), 129-148.
- Noël, L. (2021). Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise/Niet-gebruik van rechten en bestaansonzekerheid in het Brussels Gewest. *La revue scientifique pour les recherches sur Bruxelles/ Het wetenschappelijk tijdschrift voor onderzoek over Brussel, Brussels Studies.* Collection générale, *157,* 1-18.
- OCDE. (2017). Couverture des soins de santé. *Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE.* Paris: OECD Publishing.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Des soins novateurs pour les maladies chroniques.* Rapport mondial.
- Organisation Mondiale de la Santé. Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth.* Copenhagen: Organisation Mondiale de la Santé, Regional Office for Europe.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Voice, agency, empowerment Handbook on social participation for Universal Health Coverage.* Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical care, 9*(2), 127-140.
- Pezeril, C. (2012). *Premiers résultats de l'enquête «Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles)».* Plateforme Prévention Sida (PPS), Observatoire du sida et des sexualités (OSS).
- Raynaud, J. (2015). *Inégalités d'accès aux soins Acteurs de santé et territoires.* Paris: Economica Anthropos.
- Rondia, K., Adriaenssens , J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries?* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 322 D/2019/10.273/63.
- Shokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2014). Equité du système de santé belge. *Revue française d'économie,* XXIX(4), 129-172.
- Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world.* Sebastopol: O'Reilly Media.
- Tajani, A., Ratas, J., & Juncker, J. (2017). *Les 20 principes clés du socle européen des droits sociaux.* Gothenburg: Sommet Social pour des emplois et une croissance équitables.
- The Lancet, Editorial. (2021). 50 years of the inverse care law. *The Lancet, 397,* 767.
- Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for healthcare ? New evidence on financial protection in Europe.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Van Acker, A. (1944). Rapport au Régent précédant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. *M.B. du 30 décembre 1944, p.1730.*
- Van Durme, T., Schmitz, O., Cès, S., & Macq, J. (2015). Maintien à domicile : initiatives soutenues par l'INAMI. *Santé conjuguée, 72,* 71-76.
- Vandeleene, G., & Lambert, L. (2019). Les soins dentaires : les incitants financiers en question. *MC-informations, 276,* 4-17.

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale

Les consultations, hospitalisations et soins urgents psychiatriques et les médicaments pour les troubles de santé mentale

Svetlana Sholokhova, Clara Noirhomme, Ann Morissens, Rebekka Verniest – Service d'études
Avec nos remerciements à Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse et Sophie Cès

Résumé

Les mesures prises pour endiguer la pandémie de COVID-19 ont eu un impact majeur sur notre société et notamment sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Des signaux d'alerte et des appels à plus de considération et de soutien pour ce groupe ont été lancés.

Dans cet article, nous nous concentrons sur les soins de santé mentale dispensés aux membres de la MC de moins de 18 ans, sur la base des données de facturation disponibles. Cela concerne les soins psychiatriques et psychologiques ambulatoires, les admissions psychiatriques hospitalières et l'aide psychiatrique urgente en milieu hospitalier. En outre, nous étudions de près les prescriptions de médicaments pour les troubles de santé mentale. Enfin, nous examinons s'il existe des inégalités sociales dans l'usage de ces soins et médicaments.

Les résultats de notre étude sont alarmants. En ce qui concerne les hospitalisations, après une baisse des admissions au cours des deuxième et troisième trimestres 2020, les données relatives aux admissions en psychiatrie montrent une tendance à la hausse. Depuis 2021, nous assistons à une augmentation significative de l'utilisation des soins psychiatriques urgents. En ce qui concerne l'utilisation de médicaments prescrits pour des troubles de santé mentale, le résultat le plus frappant est la forte augmentation des volumes mesurés en DDD (dose journalière définie), combinée à une diminution du nombre de patients.

L'étude met en avant un constat interpellant quant à l'utilisation des soins par les publics fragilisés. Le risque d'être hospitalisé ou d'utiliser des médicaments antipsychotiques est plus élevé pour les enfants et les adolescents vivant dans des zones où les revenus médians sont faibles que pour leurs camarades vivant dans des secteurs où les revenus médians sont plus élevés. Pour l'accès à des soins ambulatoires moins invasifs, nous constatons le contraire. Il existe donc un gradient social dans les soins de santé mentale pour les enfants et adolescents.

Nous concluons avec quelques points d'attention sur l'insuffisance des données quantitatives, les inégalités sociales importantes dans l'usage des soins et la prescription d'antipsychotiques, le risque accru pour les groupes vulnérables de recourir à des soins curatifs plutôt que préventifs et la place de la téléconsultation pour les jeunes.

***Mots-clés** : Soins de santé mentale pour enfants et adolescents, COVID-19, consultations psychologiques, consultations psychiatriques, hospitalisation en service psychiatrique, hospitalisation en hôpital psychiatrique, médicaments pour les troubles de santé mentale, analyse quantitative*

1. Introduction

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 beaucoup d'attention a été consacrée au sujet de la santé mentale et notamment à la santé des adolescents et des jeunes enfants. Tant les médias que les politiques et les chercheurs se sont penchés sur la façon dont les mesures prises pour contenir la pandémie ont fragilisé la santé mentale des jeunes et ont détérioré leur bien-être global. Cette attention répondait aux interpellations alarmantes qui venaient de nombreux services de soins de santé mentale et d'accompagnement des jeunes et qui signalaient des situations parfois dramatiques en leur sein : longues listes d'attente tant pour les hospitalisations que pour les consultations, manque de places et de personnel pour assurer un suivi de qualité aux nombreux patients nouveaux et anciens avec des profils cliniques plus graves que par le passé (Un collectif de psychiatres et de pédopsychiatres, 2021).

Le service d'études de la MC a décidé d'explorer l'influence que la pandémie de COVID-19 a eue sur l'utilisation des soins de santé mentale pour jeunes qui ont moins de 18 ans, en s'appuyant sur les données de consommation de soins dont dispose la MC en tant que gestionnaire de l'assurance obligatoire soins de santé. L'objet de notre étude est donc les soins médicaux et spécialisés de santé mentale pour tous les jeunes indépendamment du fait qu'ils aient été ou non malades de la COVID-19. Dans ce sens, c'est bien la pandémie de COVID-19 et la crise sociale provoquée par cette dernière et les mesures qui ont été prises pour la contenir qui sont au centre de notre attention et non pas l'impact éventuel du fait d'être malade de la COVID-19 sur la santé mentale de la personne.

Soulignons que notre analyse ne permet pas d'affirmer avec certitude si la santé mentale des jeunes s'est empirée ou non sous l'influence de la pandémie. La santé mentale, tout comme la santé en général, ne se réduit en effet pas au domaine médical et donc à l'usage des soins de santé, car elle dépend de multiples facteurs (biologiques, économiques, sociaux, environnementaux) qui exercent une influence à différents niveaux (individuel, communautaire, national, mondial). L'analyse que nous proposons permet néanmoins de comprendre si, depuis le début de la pandémie, il y a eu des évolutions notables dans la consommation de soins de santé et si ces dernières permettent de faire des hypothèses sur la façon dont les enfants et les adolescents ont réagi à la crise provoquée par la pandémie de COVID-19. Ces hypothèses nécessitent ensuite d'être investiguées à l'aide d'autres méthodes de travail.

Cette étude quantitative constitue ainsi une base pour une étude qualitative menée actuellement par les auteures sur le même sujet. Les résultats de cette dernière feront l'objet d'une publication en juillet 2022 dans le cadre d'un numéro thématique consacré à la santé mentale et les soins de santé mentale en Belgique.

2. État des lieux de l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents en Belgique

2.1. L'organisation des soins

Le paysage des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents en Belgique a été redéfini suite à la dernière réforme entamée en 2015. Cette réforme, tant attendue, résultait de l'identification de différents blocages dans l'organisation des soins de santé mentale pour les jeunes. Ainsi, en 2012 le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a publié les résultats d'une recherche participative qui visait à réfléchir à l'orientation que devrait prendre la réforme de ce secteur. En 2015, la Conférence Interministérielle Santé publique (CIM) a signé le « Guide vers une nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents » qui devenait alors le document de référence pour la transformation du secteur[1].

Une des conclusions centrales de l'analyse du KCE était le constat de « la fragmentation et du cloisonnement extrêmes entre les organisations, secteurs, professions et piliers confessionnels » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 37). Le risque de toute fragmentation des soins est le fait que les usagers des soins ont du mal à s'orienter dans le système des soins, mais aussi qu'ils ne reçoivent pas toujours un suivi coordonné et cohérent par les différentes parties. En réponse à ce problème, la réforme des soins de santé mentale pour les enfants et adolescents visait à ancrer les soins dans le territoire en créant un système de réseaux au sein desquels différents services et professionnels auront plus de facilité à collaborer. Chaque réseau est responsable d'un territoire particulier et a pour fonction la détection précoce, le screening et l'orientation, le diagnostic, le traitement, l'inclusion dans tous les domaines de vie ainsi que l'échange et la valorisation de l'expertise. Le territoire belge est ainsi couvert aujourd'hui par onze réseaux qui coïncident avec les territoires des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale.

1. En amont de la création du guide, un travail préparatoire a été lancé en 2012 suite à la Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents.

La réforme visait également à répondre à une autre conclusion du KCE, à savoir « des carences de taille dans l'offre de services, en particulier au niveau des services à domicile et au sein de la communauté » ainsi que l'insuffisance « des services de répit, qui offrent une relève temporaire de courte durée aux soignants de proximité des membres de leur famille » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 30). En continuité avec la réforme des soins en santé mentale pour les adultes entamée en 2010[2], l'objectif était de « geler » des lits psychiatriques au sein des hôpitaux afin d'utiliser le personnel et les moyens libérés dans le cadre de soins alternatifs, notamment dans les services ambulatoires et de proximité. Cette reconversion suit les recommandations de l'OMS que la Belgique applique avec retard, par rapport à d'autres pays européens.

Le secteur belge des soins de santé mentale pour enfants et adolescents compte aujourd'hui 51 hôpitaux, dont 25 hôpitaux psychiatriques (HP) et 26 hôpitaux généraux (qui ont des services psychiatriques en leur sein (SPHG)), disposent de lits pour l'hospitalisation résidentielle, l'hospitalisation de jour ou l'hospitalisation de nuit (687 lits au total, soit 414, 202 et 71 respectivement) (SPF Santé Publique, 2021, p. 27).

Parmi les recommandations du KCE, on trouve également l'appel au renforcement de « la capacité de fournir des soins en situation de crise et d'urgence qui soient accessibles, réactifs et efficaces pour les enfants et les adolescents » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). Le KCE a en effet constaté la pénurie de capacité d'urgence et de crise. Or, pour répondre à cette pénurie, il faudrait aussi, selon le KCE, considérer les soins psychiatriques urgents comme une « 'fonction' distincte, plutôt que comme un service ou un département spécifique » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). De même que la reconversion des lits, ce changement de perspective dans l'approche de l'aide urgente accentue encore la priorité aux soins non résidentiels qui permettent de rapprocher l'aide de la population (Deboutte, et al., 2010). C'est également dans ce but que les équipes mobiles multidisciplinaires ont été mises en place. Leur intervention rapide permet de commencer le traitement dans l'environnement domestique des patients et éventuellement d'éviter une hospitalisation (SPF Santé Publique, 2021, pp. 35-37).

L'aide psychiatrique urgente (APU) aux enfants et adolescents souffrant de problèmes de santé mentale est aujourd'hui proposée par trois secteurs : le secteur des soins de santé, les services d'aide sociale et le secteur de la justice. L'APU vise avant tout à garantir la sécurité du patient et à maitriser le danger pour la personne et/ou son entourage. Cela inclut, par exemple, les situations où la personne présente un danger pour elle-même ou pour les autres (avec un comportement homicide ou suicidaire, actes d'autodestruction, agressivité), ou encore lorsqu'elle est exposée à une maltraitance, ou qu'elle souffre d'une psychose aiguë, etc. La procédure comprend généralement l'enregistrement, les conseils, la stabilisation, l'évaluation, le traitement et la référence vers d'autres professionnels. Une évaluation clinique joue un rôle central dans le processus, car elle permet d'identifier les besoins de la personne et d'organiser les soins de façon qu'ils y soient adaptés.

2.2. Les données sur les besoins et l'offre de services en santé mentale

Dans son rapport de 2012, le KCE soulignait une réelle difficulté à cartographier et quantifier la demande en soins de santé mentale : « des données de bonne qualité à propos du type et de la fréquence de la demande à laquelle se trouve confronté le système de soins […] font pratiquement défaut » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 34). Une étude qualitative menée par le KCE et basée sur les témoignages des parties prenantes montre « le net accroissement de la demande de services de santé mentale de la part des jeunes et de leurs familles » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 15) et l'existence de longues listes d'attente pour avoir accès aux services. Néanmoins les données précises sur le nombre de personnes et le temps d'attente restent manquantes. L'évaluation de l'accessibilité et de l'efficacité de l'offre existante qui aurait pu être faite si de telles données avaient été disponibles est difficile en raison du manque de connaissances précises des besoins objectifs réels des enfants et des familles qu'ils soient d'ordre psychosocial ou proprement médicaux ou encore thérapeutiques.

Le problème de la difficulté d'estimer correctement les besoins en soins de santé mentale et de garantir que l'offre soit adéquate reste d'actualité. C'est pourquoi, dans cette étude quantitative, nous nous concentrons davantage sur l'analyse de l'utilisation des soins de santé mentale. Selon les données du SPF Santé Publique, le nombre de séjours dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents (l'ensemble de toutes les formes d'hospitalisation, qu'elles soient résidentielles ou uniquement de jour ou de nuit) a fortement augmenté ces dernières années. Si, en 2005, le nombre de séjours dans les hôpitaux psychiatriques était de 3.076, en 2018 il s'agissait déjà de 3.745 ; dans les services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux, l'augmentation a été encore plus importante : de 2.242 séjours en 2005 à 3.452 séjours en 2018 (SPF Santé Publique, 2021, p. 31).

2. La réforme des soins en santé mentale pour les adultes est souvent appelée « Projet 107 », en référence à l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, qui stipule que « le Roi peut prévoir des moyens de financement spécifiques pour permettre, à titre expérimental et pour une période limitée, un financement prospectif et programmé des circuits et réseaux de soins ».

Si l'on analyse les admissions par catégorie d'âge, on constate que non seulement « la majorité des admissions concernent les catégories d'âge 10-14 et 15-18 ans »[3], mais qu'en plus ces groupes « ont de plus en plus besoin de soins psychiatriques résidentiels » : pour la première catégorie on observe une augmentation du nombre de séjours de 1.602 en 2005 à 2.178 en 2018, et pour la deuxième de 2.177 à 3.176 respectivement (SPF Santé Publique, 2021, pp. 32-33). En ce qui concerne la durée de séjour dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents en hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux, « la durée de plus de 80% de l'ensemble des séjours terminés des enfants et adolescents dans les HP et les SPHG est inférieure à 3 mois. 2,4% y séjournent plus d'un an » (SPF Santé Publique, 2021, p. 33).

Par rapport aux situations d'urgence, le KCE mettait en évidence, déjà dans son rapport de 2010, le besoin accru en aide psychiatrique urgente pour les enfants et adolescents, du fait d'une augmentation des personnes se présentant dans les services d'urgence (Deboutte, et al., 2010). Il est vrai que depuis plusieurs années, il existe une hausse générale d'admissions au sein de l'unité de crise et d'urgence psychiatrique des hôpitaux. « Cependant – comme le remarquaient déjà des études menées aux Cliniques universitaires Saint-Luc pour les années 2011-2013 – malgré cet accroissement en valeur absolue de toutes les populations adultes et mineures, le pourcentage des mineurs admis, relativement au nombre total d'urgences psychiatriques est en majoration »[4] (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5). En outre, comparés aux données pour les années 2005-2007, les chiffres pour les années 2011-2013 montrent « un accroissement des demandes de prise en charge urgente chez les plus jeunes adolescents et enfants depuis 2007 » (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5). Il faut néanmoins rester prudent dans l'interprétation de ces observations, car, comme l'indiquent les professionnels du secteur, cette hausse peut être comprise non seulement comme « la conséquence de nombreuses modifications sociétales et culturelles, mais également en tant que reflet d'une sursaturation du réseau ambulatoire et résidentiel, qui ne peut offrir les soins dans un temps imparti raisonnable » (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 7).

Parmi les raisons les plus courantes pour lesquelles les jeunes se retrouvent dans les services d'urgence psychiatrique, on trouve les idées suicidaires et les tentatives de suicide (Deboutte, et al., 2010, p. 26). « Avec un taux de mortalité standardisé par suicide pour 100.000 habitants de près de 18,3 en 2019, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne européenne, estimée à 11 pour 100.000 habitants en 2016 » : selon les données de Statbel, chez les jeunes, le suicide est aujourd'hui la première cause de décès[5].

2.3. Impact de la pandémie de COVID-19 sur l'offre de soins de santé mentale pour les jeunes

Avec l'arrivée du virus SARS-CoV-2, le système des soins de santé mentale a été mis à rude épreuve et les soins pour enfants et adolescents en particulier[6]. Depuis le début de la pandémie, et surtout à partir de l'automne 2020, parmi d'autres, les professionnels travaillant dans les unités psychiatriques belges signalent « une augmentation des demandes d'aide de jeunes entre 17 et 20 ans », en citant parmi les raisons : « le confinement, la Covid et toutes les inquiétudes qui vont avec, le décrochage scolaire et la rupture sociale » (Klaric, 2020). En effet, les jeunes représentent un des publics les plus vulnérables face à la pandémie sur le plan de la santé mentale : les adolescents souffrent notamment plus de la solitude imposée par les mesures sanitaires, car ils ont plus que d'autres groupes d'âge besoin d'interactions avec leurs pairs pour un bon développement psychologique (Loades, et al., 2020). Une étude confirme également la prévalence de la détresse psychologique en Belgique chez les jeunes de 15 à 24 ans par rapport aux autres groupes plus âgés lors de la pandémie (Lorant, Smith, Seeber, Van den Broeck, & Nicaise, 2021).

De nombreuses questions se sont alors posées pour les professionnels tant à l'égard des personnes déjà suivies que par rapport à l'accueil de nouveaux patients : « Comment les familles vont-elles vivre confinées avec les enfants atteints de troubles sévères ? Sans l'accueil thérapeutique pluri-hebdomadaire qui structure le temps et l'espace par les temps de soins, et sans les processus thérapeutiques nécessaires ?

3. Bien que les adolescents puissent être admis en psychiatrie pour adultes à partir de 15 ans, un service pour enfants et adolescents (K, K1 ou K2) est encore souvent choisi. Dans certains cas, un patient reste admis dans un service psychiatrique pour enfants et adolescents même après son 18e anniversaire. On suppose que cet âge de transition est acceptable jusqu'à l'âge de 23 ans (SPF Santé Publique, 2021, p. 32).
4. « Il évolue de 2,02 à 3,32 puis 6,40%, pour les années 2011, 2012 et 2013 respectivement. De même, dans les deux sous-groupes extraits de la population de jeunes mineurs, on note tout d'abord chez les moins de 14 ans, une majoration de 0,49 à 1,13 puis 1,79% des urgences psychiatriques totales pour les années 2011, 2012 et 2013 respectivement. Chez les moins de 12 ans, le pourcentage se majore de 0,31 à 0,93 puis 1,13%, respectivement en 2011, 2012 et 2013, mais c'est la tranche entre 14 et 17 ans révolus qui connaît l'accroissement le plus important » (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5).
5. Voir https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#figures et https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/comportements-suicidaires#references.
6. À ce jour nous ne disposons pas de beaucoup de littérature scientifique concernant l'impact de la pandémie sur la demande et l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique. Quelques sources proprement belges peuvent être complétées par des articles parus en France et d'autres pays européens que nous citons dans cette partie.

Quel retentissement sur les symptômes et sur l'évolution des troubles verrons-nous à moyen terme ? » (Benoit, 2020, p. 8).

Durant le premier confinement, les téléconsultations se sont vite imposées comme une des solutions pour maintenir le lien avec les patients dans le cadre de nouvelles règles sanitaires. Cette pratique a été alors généralisée et inscrite dans le cadre de la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé avec la création des codes spéciaux de nomenclature. Cette décision a été également motivée par le fait que, de façon générale, les téléconsultations sont considérées dans la littérature scientifique comme un dispositif utile dans le suivi des patients (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). Dans la pratique, les professionnels ont également fait rapidement appel à cet outil comme le seul à pouvoir garantir la continuité des soins notamment dans le cadre du confinement général qui a marqué 'la première vague' de la pandémie.

Néanmoins, les professionnels ont également relevé les limites des télé- et vidéoconférences. Pour assurer un suivi à distance, les équipes doivent disposer d'un matériel adéquat pour pouvoir les mettre effectivement en œuvre, or tous les services n'ont pas aujourd'hui le même niveau d'équipement (Catheline, et al., 2021, p. 1). D'autre part, les consultations à distance peuvent s'avérer inefficaces, voire contre-efficaces, en fonction de la nature de l'affection de la personne en demande de soins. Ainsi « il est difficile d'assurer un suivi téléphonique chez une personne qui pense que son téléphone ou son ordinateur est surveillé par les services secrets ou la mafia » (Deschietere, et al., 2020, p. 346). Globalement, on constate qu'il est difficile de dégager une vision unique sur la question. Les prestataires des soins notent que « les appels ont une autre teneur », étant « la plupart du temps des appels de soutien, pas de réels moments mobilisateurs comme dans un cadre de thérapie ordinaire ». En même temps, ils remarquent que « certains adolescents en particulier ont apprécié de n'avoir que le lien par la parole sans avoir à être vus » (Catheline, et al., 2021, p. 2).

2.4. Inégalités sociales et recours aux soins de santé mentale

La santé mentale, tout comme la santé en général, est en grande partie dépendante des facteurs qui dépassent le cadre proprement médical. En ce sens, elle suit un gradient social : les indicateurs de santé tendent à se détériorer à mesure que la position socio-économique s'affaiblit. Il s'agit d'un cercle vicieux responsable du fait que la santé n'étant pas distribuée de façon égale dans la société influence en retour le statut socio-économique : les personnes qui vivent dans un contexte socio-économique moins favorable sont en moins bonne santé, or être en moins bonne santé expose la personne davantage aux risques d'exclusion sociale et fragilise sa situation économique (Patel, et al., 2010, p. 124).

Notons que loin de se limiter au domaine économique, les inégalités sociales en santé renvoient à l'environnement social de l'individu. Ce dernier est pourtant moins objectif car il nécessite non pas de faire des analyses en termes de revenus absolus, mais en termes de revenus relatifs (où la personne évalue le niveau de son revenu par rapport au revenu de son entourage ou évalue son insertion dans un réseau social) (Couffinhal, Dourgnon, Grignon, Jusot, & Naudin, 2004). Cela ne rend pas pour autant ce type de déterminants moins objectivable même si cela demande de développer de nouveaux outils pour aborder des problèmes sociétaux comme le racisme systémique (Azria, et al., 2020), les inégalités de genre (Piccinelli & Wilkinson, 2000), la stigmatisation autour des problèmes mentaux, etc.

En 2019, l'Agence intermutualiste (AIM) a publié une étude qui visait à mesurer les inégalités sociales de santé au sein de la population belge (Avalosse, et al., 2019). On y retrouve quelques indicateurs d'utilisation de soins de santé mentale : les hospitalisations psychiatriques et la consommation des antidépresseurs et des antipsychotiques – même si, à la différence de notre étude, l'AIM a analysé la situation pour toute la population belge, tous les groupes d'âge confondus. La méthode de travail consistait à mettre en relation certains indicateurs indirects de santé (construits sur base d'informations administratives ou de consommation de soins) avec une échelle de stratification sociale (données fiscales sur les secteurs statistiques où résident les affiliés des organismes assureurs). Cette échelle a été construite à l'aide de statistiques fiscales du SPF Économie existantes au niveau des secteurs statistiques, c'est-à-dire des unités géographiques administratives pour lesquelles des données statistiques sur les revenus fiscaux sont connues. Ce sont les revenus médians des habitants remplissant leur déclaration fiscale qui ont été repris pour distinguer entre cinq classes de secteurs statistiques allant de la moins (secteur 1) à la plus riche (secteur 5). Dans le cas de l'étude de l'AIM, l'année de référence était 2016.

Les résultats de l'étude de l'AIM sont alarmants. En ce qui concerne les hospitalisations, les chercheurs soulignent l'existence d'un gradient social très accentué : « les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent, en 2016, un surrisque de 149% (=[157,8/63,3]-1) d'avoir une hospitalisation psychiatrique par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5) » (Avalosse, et al., 2019, p. 49). La situation est similaire dans le cas de la consommation des antidépresseurs et des antipsychotiques : les individus de la classe la moins riche présentent un surrisque de 18% de recourir aux antidépresseurs et un surrisque de 112% de recourir aux antipsychotiques par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus riche.

Ces indications sur l'ampleur des inégalités sociales en santé mentale suggèrent que l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des jeunes serait particulièrement important pour les enfants et adolescents venant des milieux les plus défavorisés. En effet, premièrement, il est vite apparu

que malgré le fait que le virus SARS-CoV-2 a provoqué une épidémie capable de toucher une partie importante de la population mondiale, cette dernière n'y était pas exposée de façon uniforme : d'une part, du point de vue biologique, notamment à cause des risques des comorbidités potentielles qui ont été identifiés, d'autre part, à cause des inégalités sociales caractéristiques de la société contemporaine.

Deuxièmement, l'aggravation de la situation socio-économique provoquée par la pandémie et des mesures qui ont été déployées pour la contenir s'est superposée au cercle vicieux dont nous avons parlé plus haut en creusant ainsi davantage les inégalités sociales en santé mentale. Des études menées dans d'autres pays le confirment. Par exemple, une étude menée en Angleterre a montré que, durant le *lockdown*, « les enfants de 5 à 16 ans avec des problèmes d'ordre psychologique présentaient un risque deux fois plus grand de vivre dans une famille qui a des difficultés de payer les factures, le loyer ou crédit hypothécaire par rapport aux enfants dont les familles n'éprouvaient pas de difficultés de payer leur facture » (Newlove-Delgado, et al., 2021, nous traduisons).

3. Analyse des données MC : objectifs, méthode et limites de l'étude

3.1. Objectifs

Le but de notre étude est d'objectiver l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique. Nous voulons établir, d'abord, si des changements se sont opérés dans l'utilisation des consultations psychologiques et psychiatriques, le recours aux séjours hospitaliers et aux soins psychiatriques urgents, et les prescriptions de médicaments depuis le début de la pandémie. Nous voulons ainsi voir dans quelle mesure les statistiques sur l'usage de ces types de soins pourraient confirmer les signaux d'alarme envoyés par les travailleurs du secteur de la santé mentale. Nous voulons ensuite comprendre si les inégalités sociales ont le même type d'impact sur la santé mentale des enfants et adolescents que sur la santé des adultes. Est-ce que les jeunes issus de milieux socialement défavorisés sont plus à risque d'avoir recours aux soins de santé mentale ? Existe-t-il des différences dans les types de soins qu'ils utilisent le plus ? Enfin, nous voulons analyser les évolutions dans l'utilisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents qui ont eu lieu depuis le début de la pandémie à la lumière des inégalités sociales.

3.2. Méthode

Notre analyse porte sur les données de facturation des soins de santé remboursés pour les membres de la MC. Nous avons regroupé les membres de la MC en quatre groupes d'âge : de 0 à 5 ans, de 6 à 11 ans, de 12 à 14 ans et de 15 à 17 ans. Dans cet article, lorsque nous parlons des membres de la MC, nous faisons référence aux membres de la MC de moins de 18 ans, à moins que nous ne mentionnions explicitement qu'il s'agit de l'ensemble des membres de la MC. Tous les chiffres, tableaux et figures présentés dans la suite de cet article proviennent ainsi des données de la MC et concernent les membres entre 0 et 17 ans.

Les membres de la MC représentent à ce jour environ 40% de la population belge (et précisément 36,4% de la tranche 0-17 ans). Or, la répartition socio-démographique des membres de la MC n'est pas identique à 100% à celle de la population belge. Les BIM sont ainsi sous-représentés parmi les membres de la MC de moins de 18 ans par rapport à l'ensemble de la population belge de la même tranche d'âge (en 2020, on compte 15% de BIM parmi les membres de la MC pour 21% dans la population belge de moins de 18 ans). C'est pour cette raison qu'une extrapolation éventuelle de nos chiffres à la population belge pourrait varier légèrement de la réalité et constituerait donc une (sous)estimation.

Afin de dégager les évolutions dans l'utilisation des soins de santé mentale par les enfants en Belgique, nous nous sommes penchés sur les données de facturation des membres de la MC dans trois secteurs : celui du suivi psychiatrique et psychologique ambulatoire, celui des hospitalisations et des soins psychiatriques urgents et celui des médicaments.

3.3. Secteur du suivi psychiatrique et psychologique ambulatoire

Nous avons retenu l'ensemble des prestations en ambulatoire liées aux soins de santé mentale qui sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé. Si les médecins généralistes peuvent également assurer un suivi en santé mentale, les données de facturation ne permettent toutefois pas de l'identifier (la raison à l'origine d'une consultation / visite d'un généraliste n'est pas mentionnée sur l'attestation de soins remboursée par l'organisme assureur). C'est pourquoi l'activité des médecins généralistes n'entre pas dans le champ de notre analyse. Ainsi, avant l'introduction du remboursement de prestations de soins psychologiques dans le cadre de la réforme « psychologie de première ligne » en 2020, les prestations ambulatoires retenues concernent principalement les interventions du médecin spécialiste en psychiatrie, à savoir :

- les consultations au cabinet du neuropsychiatre et du psychiatre (catégorie 1 dans le texte ci-dessous) ;
- les séances d'un traitement psychothérapeutique au cabinet du psychiatre (catégorie 2) ;
- la psychiatrie infanto-juvénile (catégorie 3).

Dans cette dernière catégorie sont compris les traitements psychothérapeutiques des enfants ou adolescents de moins

de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie, par une thérapie de médiation. Ces prestations doivent toujours être prestées en présence d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien de l'enfant concerné (ce dernier peut ou non être présent). Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, les prestations sont reprises dans la catégorie 2. La catégorie 3 comprend également les évaluations psychiatriques[7], les concertations pluridisciplinaires (en présence ou non du patient et du ou des adulte(s) qui assure(nt) l'éducation) et les concertations entre le psychiatre et le psychologue ou orthopédagogue au sujet du traitement ambulatoire du patient (sans sa présence)[8]. Suite aux mesures de confinement prises dans le cadre de la pandémie de COVID-19, les psychiatres peuvent désormais réaliser ces prestations par visio-conférence.

A partir du 1er avril 2020, le champ de la réforme de psychologie de première ligne s'est étendu aux moins de 18 ans. Dans le cadre de cette réforme, le remboursement des consultations avec des psychologues ou des orthopédagogues est permis sur prescription du médecin généraliste pour des problèmes dépressifs, externalisés, sociaux ou anxieux, à raison de huit consultations par an. Ces prestations sont également reprises dans l'analyse.

3.4. Secteur des hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques (HP) et les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG)[9] et celui de l'aide psychiatrique urgente dispensée en milieu hospitalier

Afin d'analyser l'évolution des hospitalisations psychiatriques, nous avons observé les séjours en hôpital psychiatrique (HP) ainsi que les séjours dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG). Il existe deux types de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Les services infantiles sont destinés aux patients de moins de 18 ans, mais peuvent également accueillir des patients ayant jusqu'à 23 ans pour permettre la transition avec les services pour adultes. Ces patients constituent un groupe spécifique et nécessiteraient une analyse plus approfondie que nous n'allons pas entreprendre dans le cadre de cette étude. Les services pour adultes, quant à eux, acceptent les patients mineurs à partir de 15 ans. Il existe également plusieurs types de places/lits disponibles : les lits pour hospitalisation résidentielle (appelés lits K lorsqu'il s'agit de services pédiatriques), les places pour hospitalisation de jour (k1) et les lits pour hospitalisation de nuit (k2). Ces différents types de séjour sont tous repris dans notre analyse.

L'analyse classique de l'évolution des hospitalisations consiste à observer les nouvelles admissions et la durée des séjours hospitaliers. Celle-ci ne permet toutefois pas d'évaluer le nombre de places occupées dans ces services, alors que ce nombre de places est bien connu et limité. Nous proposons ici en addition une analyse de l'occupation des lits/places disponibles dans les HP et les SPHG. Pour calculer cette statistique, nous avons calculé le nombre de membres de la MC enregistrés chaque jour de l'année (entre leur date d'admission et de sortie) et effectué des moyennes par mois et ensuite par an.

En ce qui concerne l'évolution de l'utilisation des soins psychiatriques urgents, nous nous sommes basés sur la facturation des honoraires pour l'examen, dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste en (neuro)psychiatrie appelé par le médecin qui y assure la permanence. Nous avons également examiné les interventions psychiatriques urgentes par des médecins spécialistes en psychiatrie pour les patients âgés de moins de 18 ans (en sachant que ces dernières doivent être demandées par un médecin traitant et ont lieu un samedi, un dimanche, un jour férié ou après 21 heures et n'ont n'a pas lieu le jour d'une admission hospitalière). Il s'agit donc d'une image partielle des soins de santé mentale urgents, puisque dans de nombreux cas, bien que l'urgence soit de nature psychiatrique, elle n'est pas enregistrée en tant que telle (par exemple lorsqu'une hospitalisation psychiatrique est directement envisagée après un contact avec le médecin traitant).

3.5. Secteur des médicaments prescrits pour les troubles de santé mentale

Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé les données liées aux prescriptions des médicaments pour les troubles de santé mentale remboursables par l'assurance obligatoire soins de santé. Nous nous sommes penchés sur deux groupes de médicaments du deuxième niveau selon le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (*Ana-*

7. L'évaluation psychiatrique approfondie suppose, par séance, au moins un contact personnel d'au moins 60 minutes avec l'enfant ou l'adolescent et/ou le(s) responsable(s) de son éducation et de l'encadrement quotidien. Elle peut aussi être utilisée pour les contacts éventuels pour l'hétéro-anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires. L'évaluation psychiatrique approfondie couvre, outre l'examen approfondi de l'enfant ou de l'adolescent de moins de 18 ans, l'établissement d'un plan de traitement détaillé, un ou plusieurs entretiens d'avis avec l'(les) adulte(s) responsable(s) de l'éducation et de l'encadrement quotidien et l'initiation du traitement (INAMI, 2018).
8. Avant la concertation, le psychiatre a précisé le rôle du psychologue ou de l'orthopédagogue dans un plan de traitement établi au cours d'une évaluation psychiatrique approfondie, d'une thérapie de médiation ou d'une hospitalisation dans un service de neuropsychiatrie infantile (service K).
9. Autant les hospitalisations résidentielles que les hospitalisations de jour ou de nuit sont reprises dans l'analyse.

tomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System)[10] : médicaments psychoanaleptiques (N06) et psycholeptiques (N05). Parmi ces données, on s'est intéressé en particulier au nombre de membres de la MC à qui ces médicaments sont prescrits ainsi qu'aux volumes de prescription mesurés en doses journalières définies (DDD – *defined daily dose*), c'est-à-dire la quantité moyenne d'un médicament nécessaire quotidiennement pour traiter un patient adulte, pour l'indication principale de ce médicament (déterminée par l'OMS).

3.6. Inégalités sociales en santé mentale

Deux proxys ont été utilisés pour prendre en compte les inégalités sociales et leur influence sur la santé mentale :

- le statut « bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM) qui permet d'identifier les personnes qui disposent d'un faible niveau de revenu ;

- les données fiscales sur les secteurs statistiques où résident les affiliés des organismes assureurs, en réutilisant la méthodologie de l'étude de l'AIM citée au point 2.4. (Avalosse, et al., 2019). Les données fiscales de 2018 (c'est-à-dire les données fiscales les plus récentes disponibles) permettent ainsi d'identifier le niveau de revenu médian des secteurs de résidence et de créer cinq classes. Les secteurs « inférieurs », « bas », « moyens », « hauts » et « supérieurs » correspondent donc au niveau de richesse des lieux de résidence des membres.

3.7. Limites de l'étude

Notre choix s'est porté sur les données d'utilisation des soins ambulatoires et hospitaliers psychiatriques et des médicaments car il s'agit en réalité des principales données disponibles (complètes et fiables) en la possession des mutualités. Ainsi, tous les soins qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé ne sont pas repris dans nos données, ne nous permettant pas d'avoir un aperçu de l'utilisation de certains médicaments (somnifères et calmants par exemple) et soins, tels que ceux prodigués par les psychologues en cabinet privé par exemple.

Nos données ne comprennent pas non plus d'informations quant à certains centres de soins tels que les Services de santé mentale (SSM) et les Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) qui dépendent des entités fédérées[11] et sont financés par ces dernières. Or, les SSM/CGG aident au total 70.000 nouvelles personnes chaque année (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019) et sont des acteurs importants de la santé mentale. Ils sont constitués d'équipes multidisciplinaires (psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) qui offrent des soins ambulatoires spécialisés, à savoir le dépistage, la détection précoce et le traitement de problèmes de santé mentale (Mommerency, et al., 2011). Des soins de santé mentale sont également dispensés en première ligne par les médecins généralistes, l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Kind en Gezin ainsi que par les centres psycho-médicosociaux (CPMS) / Centra voor leerlingen begeleiding (CLB) et les maisons médicales. Il n'est pourtant pas possible de mesurer les interventions liées à la santé mentale de ces organisations et prestataires car elles sont associées à leur pratique plus générale. D'autres initiatives existent également, dont nous ne pouvons pas quantifier l'utilisation, telles que TeJo en Flandre, association qui vise à combler la pénurie de spécialistes offrant aux jeunes une aide accessible et professionnelle (aide gratuite). En 2019, les professionnels bénévoles de TeJo ont accompagné 2.528 jeunes de moins de 20 ans en Flandre (TeJo, 2019).

Calculer l'utilisation des soins remboursés signifie mesurer l'utilisation d'une partie de l'offre, mais ne nous permet ni d'évaluer la demande telle qu'elle est exprimée par le patient ni ses besoins réels. En effet, d'un côté, nous ne disposons pas d'indicateurs quantitatifs sur les files d'attente qui pourraient préciser le niveau de la demande exprimée. De l'autre côté, le besoin réel peut être supérieur à la demande exprimée, notamment en raison de la stigmatisation entourant encore aujourd'hui la santé mentale ou de l'inaccessibilité financière de certains services qui peuvent freiner les patients et leurs familles à s'orienter vers de l'aide. Une partie des besoins risque également de ne pas être ressentis par les personnes elles-mêmes en raison du déni par exemple.

4. Suivi psychologique et psychiatrique ambulatoire

4.1. Évolution de l'offre et de l'utilisation des soins ambulatoires prestés par le psychiatre durant les dix dernières années

Afin d'analyser l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires, nous avons pris en compte le pourcentage de patients bénéficiant de ces soins parmi les membres de la MC de moins

10. La classification ATC catégorise les médicaments selon cinq niveaux : le premier niveau ou ATC1 classe des médicaments selon l'organe sur lequel ils agissent, le deuxième niveau ou ATC2 classe les médicaments selon les propriétés thérapeutiques principales, le troisième et quatrième niveau ou ATC3 et ATC4 correspondent à des sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques, et au cinquième niveau ou ATC5 les médicaments sont classés selon une substance chimique particulière.
11. On compte 65 SSM en Wallonie, 20 en Flandre, 27 à Bruxelles (5 pour la COCOF, 22 pour la COCOM) et un centre en Communauté germanophone.

de 18 ans. Cela permet de vérifier que les tendances ainsi dégagées ne sont pas liées à des changements du nombre de membres de la MC qui peut varier d'une année à l'autre.

Lorsqu'on analyse l'ensemble des prestations qui peuvent être assimilées à un suivi ambulatoire par un psychiatre entre 2010 et 2020, on observe une série de variations importantes (voir Figure 1). Cette figure permet d'observer l'évolution dans le temps de deux données reprises sur les deux axes verticaux : l'axe de gauche présente la proportion de membres de la MC bénéficiant d'un suivi ambulatoire et l'axe de droite le nombre moyen de prestations par patient et par an. Lorsqu'on observe ce graphique, tout d'abord, on voit que la proportion de membres de la MC à bénéficier de ce type de soins diminue de 2010 à 2013, pour augmenter ensuite de façon continue à partir de 2015. En outre, on observe que le nombre moyen de prestations par patient augmente tout au cours de la période, passant de 3 prestations par an en 2010 à 3,5 en 2019 – la médiane restant toutefois stable avec 2 prestations par patient et par an.

La fluctuation qu'on observe à la figure 1 entre 2010 et 2015 est davantage imputable aux changements dans l'offre de soins de santé mentale qu'à l'évolution de la demande. Ainsi, suite à la réforme des soins de santé mentale intervenue dès 2015 et l'introduction de nouvelles prestations de psychiatrie infanto-juvénile dès 2013 (notamment celles qui concernent les concertations entre les médecins), on constate une augmentation importante des volumes dans cette catégorie (constante entre 2010 et 2019) avec davantage d'évaluations, de thérapies de médiation et de concertations pluridisciplinaires. En contrepartie, on voit une diminution constante des prestations effectuées uniquement au cabinet du psychiatre (consultations et séances d'un traitement psychothérapeutique). Cette fluctuation est donc due à la réforme de l'organisation des soins de santé mentale, avec des soins davantage globaux et intégrés, qui portent une attention à la bonne collaboration entre les différents acteurs et l'entourage des enfants et des adolescents (SPF Santé publique, 2015).

En 2020, comme le montre la figure 1, on observe toutefois une diminution de la proportion de patients ayant accès à un suivi ambulatoire psychiatrique.

4.2. Évolution de l'utilisation des soins ambulatoires en période de COVID-19

La figure 2 présente l'évolution du pourcentage de membres de la MC qui bénéficient d'un suivi avec un psychiatre en ambulatoire entre 2018 et 2021, et ce par trimestre. Dès le premier trimestre de 2020, période correspondante au début de la pandémie de COVID (mi-mars 2020), on observe une diminution du pourcentage de patients bénéficiant de soins par rapport à une projection réalisée dans le cas où l'évolution serait restée similaire à celle de la période 2010-2019.

On remarque ensuite un grand écart entre cette projection et le pourcentage de patients ayant accès aux soins au deuxième trimestre de 2020, qui correspond à la période de la première

Figure 1 : Évolution du pourcentage de membres de la MC bénéficiant d'un suivi ambulatoire (neuro)psychiatrique et du nombre de prestations moyen par patient entre 2010 et 2020 (0-17 ans)

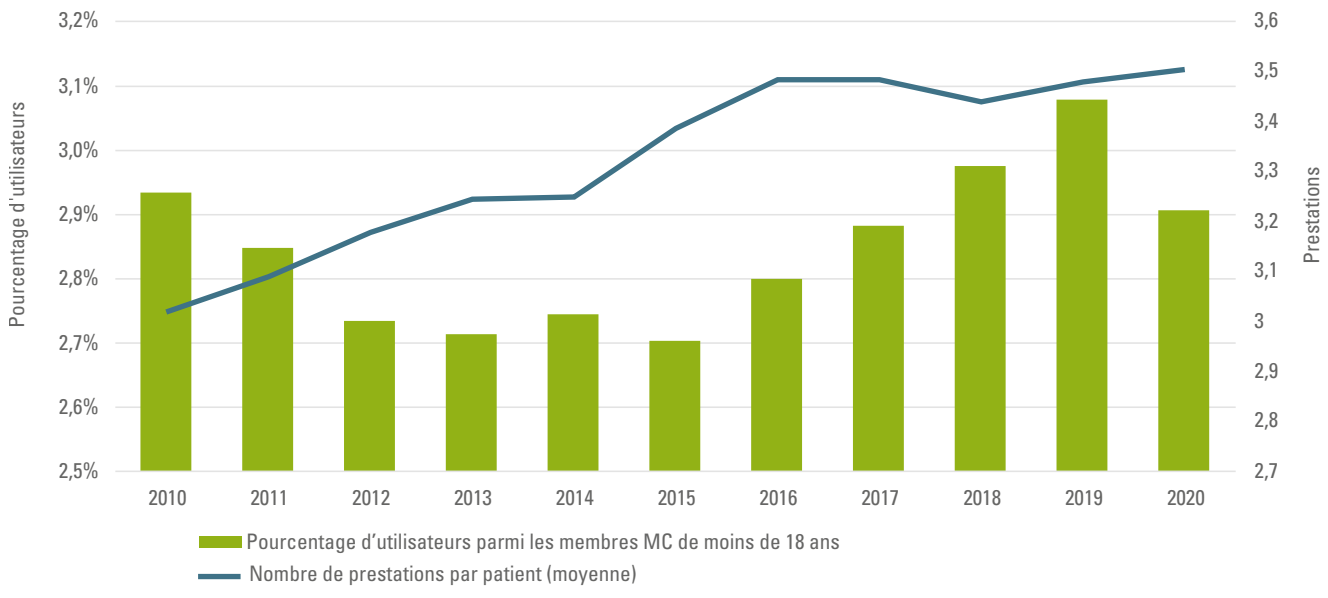
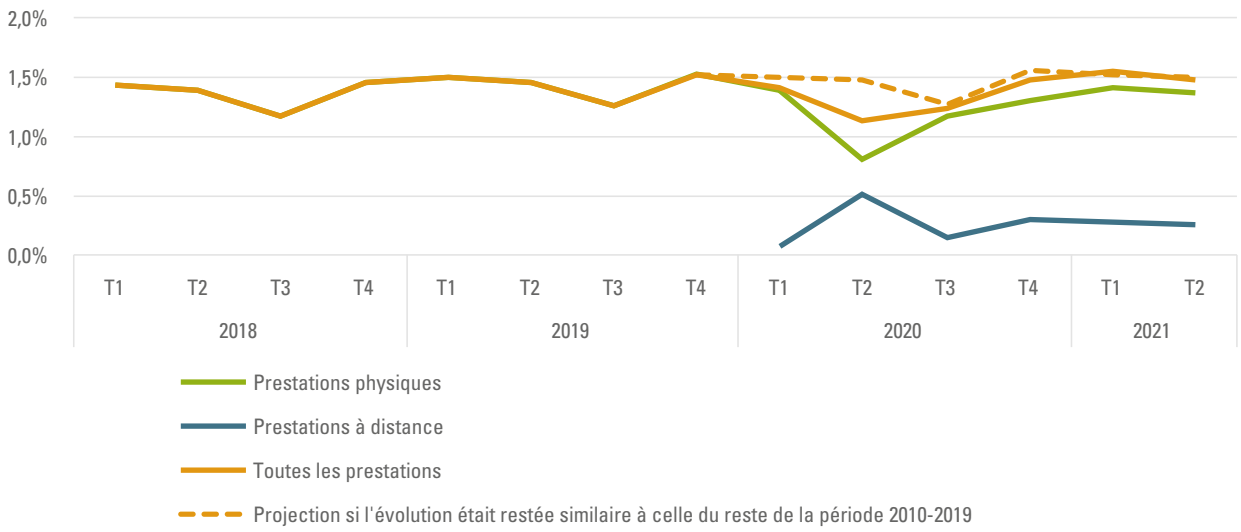


Figure 2 : Évolution du pourcentage de membres de la MC bénéficiant d'un suivi ambulatoire de 2018 à 2021, par trimestre (0-17 ans)



vague de la crise sanitaire en Belgique, où des mesures de confinement strictes ont été prises par les autorités. L'interdiction des déplacements jugés non essentiels, la peur des personnes elles-mêmes de se déplacer (en particulier lorsque les consultations ont lieu dans des hôpitaux), la décision de reporter les soins « non urgents » peuvent être autant de facteurs qui pourraient expliquer la chute drastique du nombre de patients bénéficiant de consultations physiques chez le psychiatre. Ces hypothèses doivent toutefois être explorées davantage.

Bien que les autorités aient réagi rapidement et permis le remboursement des téléconsultations dans l'assurance obligatoire pour palier l'impossibilité de se rendre chez le psychiatre, permettant ainsi à 4.248 patients, soit 0,5% des membres de la MC de moins de 18 ans, d'avoir accès à un suivi à distance au deuxième trimestre de 2020, cela ne permet pas de combler l'écart avec la projection, ainsi qu'on peut le voir à la figure 2. Potentiellement, près de 3.000 patients n'ont pas eu accès aux soins pendant cette période.

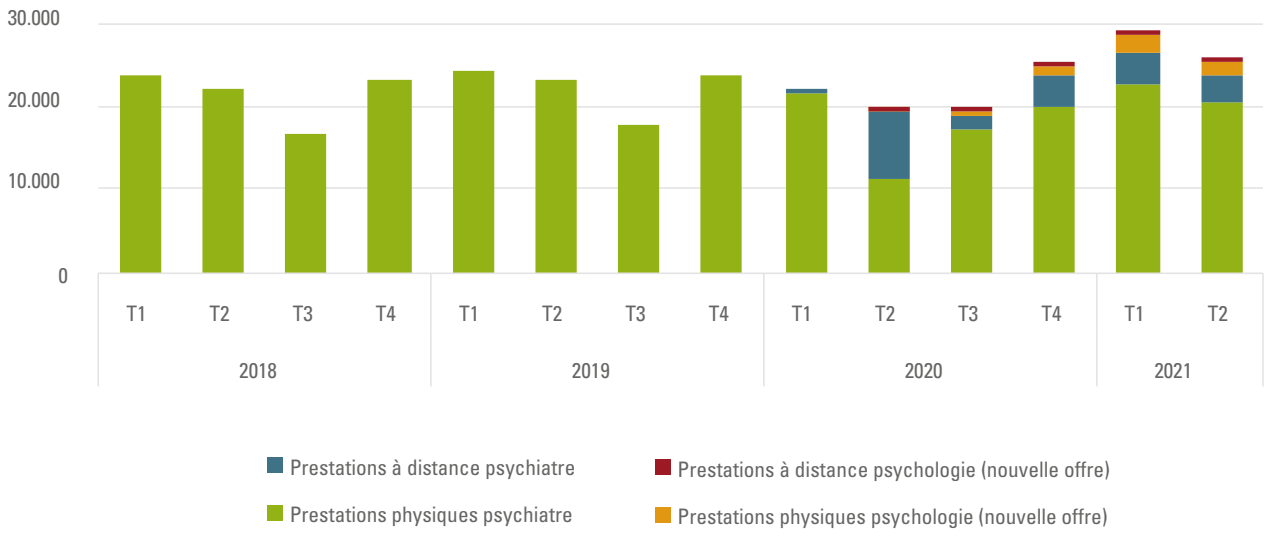
En revanche, à partir du troisième trimestre de 2020, le pourcentage de patients ayant accès aux soins rejoint la projection (période de vacances scolaires et accalmie de la pandémie) et ce même au quatrième trimestre de 2020 où de nouvelles mesures concernant la pandémie ont été prises. Au premier trimestre de 2021, le pourcentage de patients bénéficiant de soins dépasse légèrement la prédiction.

Malgré les interpellations alarmantes des nombreux services de santé mentale concernant les besoins en santé mentale accrus des enfants et des adolescents, ces chiffres ne permettent toutefois pas de confirmer l'hypothèse d'une explosion de la demande suite à la dégradation importante de la santé mentale chez les jeunes. D'une part, s'il n'y a pas d'élargissement de l'offre ou s'il y a un manque de place et de personnel dans les services, cela peut expliquer pourquoi l'augmentation de la demande ne se reflète pas dans les données. D'autre part, le fait que le confinement ait réduit de façon substantielle l'accessibilité des soins de santé mentale constitue une limite importante à l'interprétation des données d'utilisation par rapport à l'évolution de la demande.

Simultanément à la crise de COVID-19, en avril 2020, l'application de la réforme de la psychologie de première ligne s'est étendue aux moins de 18 ans, avec l'ouverture de la possibilité d'obtenir, sous une série de conditions, le remboursement de consultations psychologiques. Toutefois, peu de prestations sont actuellement enregistrées pour les moins de 18 ans, avec 466 patients pour 1.888 (télé)consultations en 2020 et 1.009 patients pour 4.328 (télé)consultations au cours du premier semestre de l'année 2021.

De manière générale, l'introduction de nouvelles consultations à but thérapeutique et la possibilité de télé-consulter, autant pour les consultations psychologiques que psychiatriques, ne permettent pas d'atteindre le niveau des années précédentes, avec un écart particulièrement marqué au deuxième trimestre (voir Figure 3). Si l'augmentation de l'utilisation des soins de santé mentale en ambulatoire était restée la même que celle de la période 2010-2019, on aurait dû observer une augmenta-

Figure 3 : Évolution du volume de prestations remboursées dans le cadre d'un suivi ambulatoire entre 2018 et 2021, par trimestre (membres de la MC 0-17 ans) [12]



tion du volume de prestations de 1,6% au premier trimestre de 2020 par rapport au même trimestre de l'année précédente, or on observe une diminution de 8,7%. La constatation est la même pour le deuxième trimestre de 2020 : on observe une diminution de 16,6% à la place d'une augmentation de 2,1%. Il faut toutefois tenir du compte du fait qu'il s'agit de nouvelles prestations, qui nécessitent un certain temps de « mise en route ». Lorsque des réformes sont mises en œuvre, cela demande du temps pour que l'offre soit connue du grand public et que des prestataires soient disposés à offrir ces services. En matière de téléconsultations, un certain ajustement est également nécessaire du côté des prestataires, qui peut ne pas être immédiat de la part de tous.

En revanche, dès le « déconfinement » à l'été 2020 et grâce à l'introduction des nouvelles prestations de santé mentale, on observe une augmentation du volume de prestations ambulatoires de santé mentale de 8,7% au troisième trimestre de 2020, de 5,8% au quatrième et de même au premier trimestre de 2021 avec une augmentation totale de 17,9%. Au total, 13.463 patients ont accès à ce type de soins au premier trimestre de 2021, soit une augmentation de 8,7% par rapport à 2019. On remarque donc que lorsque l'offre des soins en santé mentale remboursés s'élargit, nous enregistrons davantage de patients à bénéficier d'un suivi ambulatoire dans nos données.

5. Hospitalisations et soins urgents

5.1. Hospitalisations psychiatriques

Selon les chiffres du SPF Santé publique, le nombre de séjours dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents a fortement augmenté ces dernières années, aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques (SPF Santé Publique, 2021). Nos chiffres nous mènent à la même constatation avec, entre 2010 et 2019, une augmentation des nouvelles admissions en hôpital psychiatrique (HP) de 20,9% et de 34,7% dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) (tant les hospitalisations résidentielles que les hospitalisations de jour ou de nuit sont reprises dans l'analyse). Sur cette même période, on observe une fluctuation de la durée des séjours avec une diminution de la durée médiane en HP et une augmentation de la durée médiane en SPHG infantile. Toutefois, il n'y a pas d'évolution marquante entre 2019 et 2020 : la durée médiane du séjour en HP passe de 40 à 41 jours d'hospitalisation par an et par patient et elle reste stable en SPHG infantile avec 53 jours. En ce qui concerne le nombre de nouvelles admissions, on observe une grande diminution au deuxième et au quatrième trimestre de 2020, suivie par une augmentation au premier trimestre de 2021. Toutefois, si ces chiffres nous

12. En matière de consultations, on observe une tendance claire entre 2010 et 2019 entre les différents trimestres : sur l'année, le nombre de patients est toujours plus faible au cours du troisième trimestre, qui correspond à la période des vacances d'été, et plus élevé au cours du quatrième trimestre, qui correspond au retour à l'école.

permettent d'observer une utilisation accrue, ils ne nous permettent pas de mesurer la disponibilité des services.

Pour cette étude, nous nous sommes penchés également sur le nombre moyen de membres de la MC de moins de 18 ans hospitalisés simultanément, ce qui correspond à l'occupation moyenne des lits/places sur l'année (voir Figure 4). On y perçoit une augmentation constante du nombre de lits/places occupées. Si on observe une légère diminution en 2020 qu'on peut attribuer à la crise COVID-19, on peut toutefois voir qu'en 2021, un record est atteint avec une moyenne de 249 (HP) et de 209 (SPHG) lits/places occupé(e)s par jour par des membres de la MC. Notons que les données pour l'année 2021 restent incomplètes et pourraient varier une fois l'année terminée et que toutes les informations concernant les hospitalisations seront reprises dans nos bases de données. Parallèlement, le nombre de lits/places disponibles dans les HP et les SPHG évolue également et passe de 961 en 2010 à 1.289 en 2020 (644 en Flandre, 391 en Wallonie, 254 à Bruxelles) (SPF Santé Publique, 2021).

Comment interpréter les données de la MC ? Au 1er janvier 2020, le nombre de lits disponibles en hôpital psychiatrique (HP) en Belgique pour les moins de 18 ans est de 687 et de 602 dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) (SPF Santé Publique, 2021). Or, en 2020, on observe qu'en moyenne, 220 lits sont occupés par des membres de la MC dans les HP et 163 dans les SPHG. En sachant que nos membres de 0 à 17 ans représentent 36,4% des belges de la même tranche d'âge (chiffres 2020), que les BIM sont sous-représentés parmi les membres de la MC par rapport à l'ensemble de la population belge dans cette tranche d'âge et que ces chiffres d'occupation sont des moyennes sur l'année, cela signifie qu'à un jour donné, le risque est très grand que les lits/places disponibles soient tou(te)s occupé(e)s et que des patients nécessitant une hospitalisation psychiatrique ne puissent pas être admis. Ainsi, en 2020, on atteint un maximum le 28 janvier avec 250 lits/places occupé(e)s en HP et le 26 novembre avec 204 lits/places occupé(e)s en SPHG par des membres de la MC.

Lorsqu'on observe de plus près l'occupation des lits/places dans les services de (neuro)psychiatrie infantile des hôpitaux généraux, on remarque une diminution importante pendant la période du confinement de mars à mai 2020 (voir Figure 5). À partir du troisième trimestre de 2020 et ce jusqu'au deuxième trimestre de 2021, l'occupation augmente de façon continue. Cette évolution rompt avec la tendance des années précédentes caractérisées par une diminution de l'occupation des lits/places au troisième trimestre. Cette période correspond aux vacances scolaires d'été et, de ce point de vue, les hospitalisations suivent l'année scolaire. Durant le troisième trimestre de 2020, une telle diminution n'est pas observée. Au contraire, on voit une augmentation qui pourrait être interprétée comme un rattrapage des soins n'ayant pas été prestés pendant la période du confinement du deuxième trimestre. L'augmentation très importante des lits/places occupé(e)s en 2021 pourrait également être symptomatique d'un besoin ac-

Figure 4 : Nombre moyen de membres de la MC hospitalisés simultanément entre 2010 et 2021 (0-17 ans)

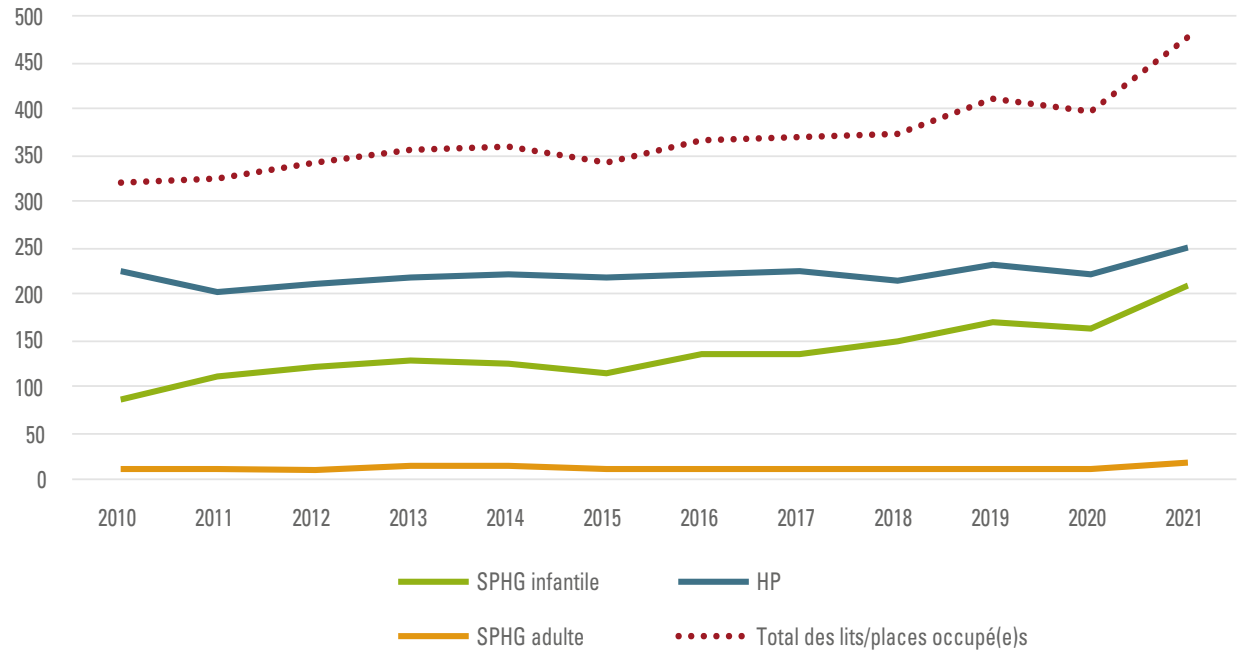
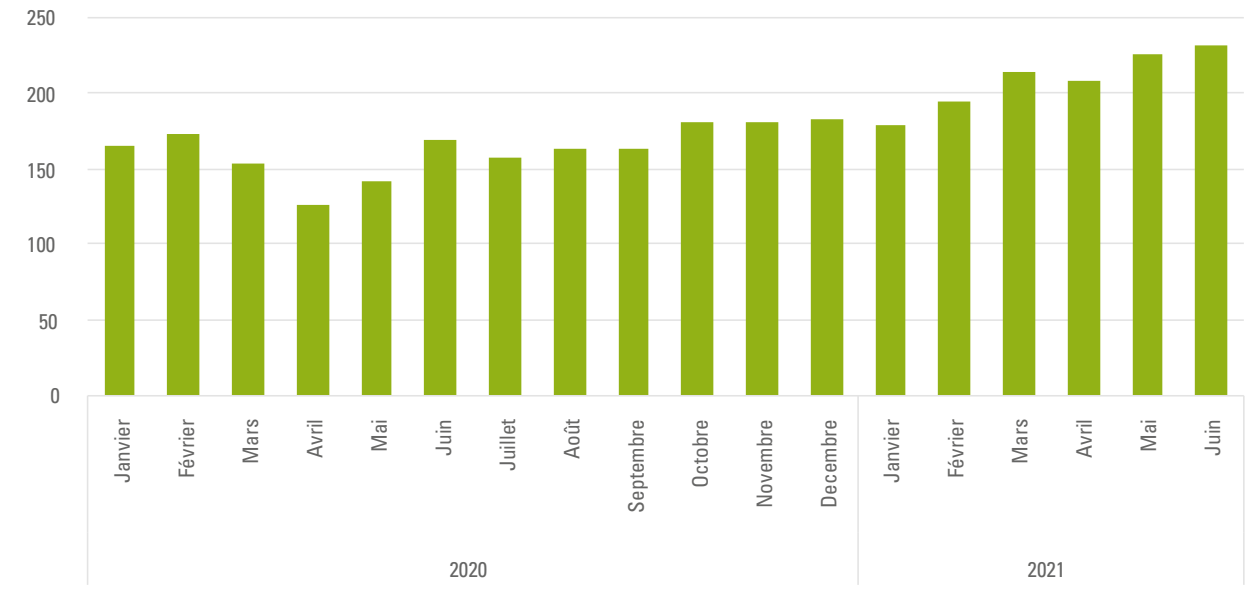


Figure 5 : Nombre moyen de membres de la MC hospitalisés simultanément en 2020 et en 2021 dans les SPHG infantiles (0-17 ans)



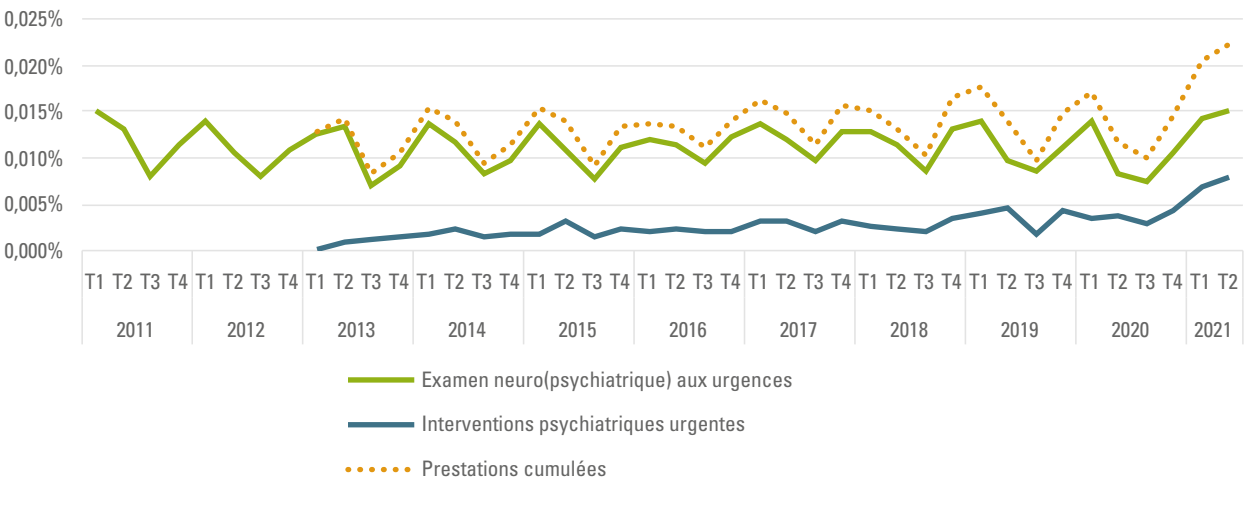
cru de soins. Cette augmentation est préoccupante et pourrait refléter les conséquences de la crise COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescents ainsi que la conséquence d'une diminution temporaire du suivi ambulatoire.

5.2. Soins psychiatriques urgents

Parmi les membres de la MC, on observe, en 2020, une diminution du nombre de patients admis aux urgences avec examen (neuro)psychiatrique, avec 316 patients admis aux urgences avec examen (neuro)psychiatrique sur l'ensemble de l'année. Cette diminution est particulièrement marquée au deuxième et au troisième trimestre (voir Figure 6). En revanche, au premier semestre de 2021, alors que les chiffres pourraient encore être incomplets, on observe d'ores et déjà une augmentation des admissions aux urgences, tant en nombre d'admissions qu'en nombre de patients, pour atteindre des chiffres qui n'avaient plus été aussi importants depuis 2011.

En outre, les interventions psychiatriques urgentes par des médecins spécialistes en psychiatrie ont été introduites dans la nomenclature en 2013. Lorsqu'on les ajoute aux admissions aux urgences, on observe que l'augmentation totale du recours aux

Figure 6 : Évolution du pourcentage de membres de la MC à bénéficier de soins psychiatriques urgents entre 2011 et 2021, par trimestre (0-17 ans)



soins psychiatriques urgents est très importante en 2021 (voir Figure 6), tout comme nous l'avons vu pour les hospitalisations.

6. Prescription des médicaments pour les troubles de santé mentale

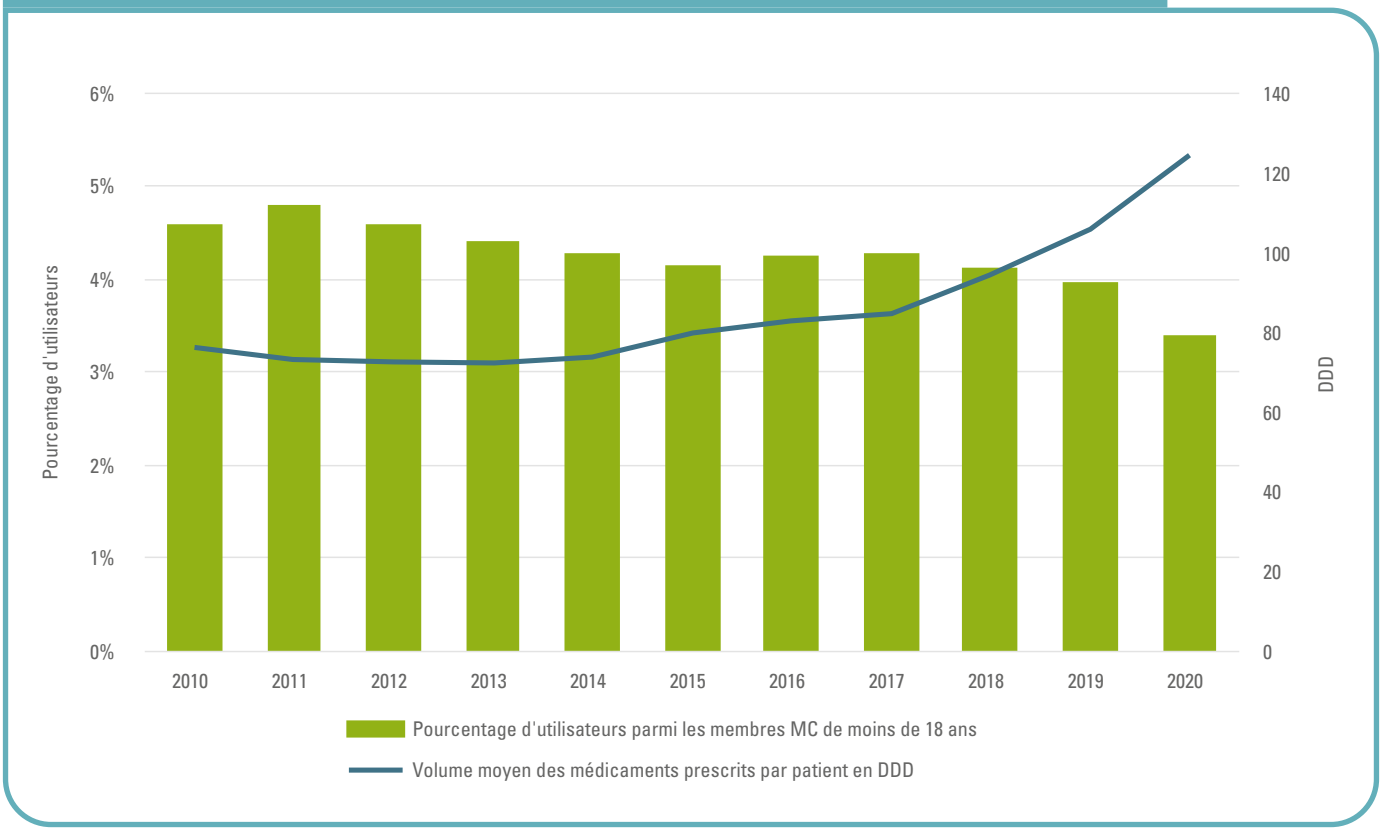
En ce qui concerne la prescription globale des médicaments pour les troubles de santé mentale en 2020, nous constatons en premier lieu une diminution prévisible du nombre de patients qui reçoivent les prescriptions durant la première moitié de l'année 2020. Les chiffres atteignent le niveau très bas durant le deuxième trimestre de l'année et ensuite augmentent significativement en hiver sans néanmoins atteindre le niveau des années précédentes. Au cours de l'année 2020, nous observons également d'abord une baisse et ensuite une augmentation du volume total des médicaments prescrits, c'est-à-dire du volume total des doses définies journalières (DDD). Or, cette évolution ne suit pas tout à fait la diminution de la quantité de patients à qui ces médicaments sont prescrits. Au contraire le volume total des doses prescrites en 2020 reste comparable aux années passées avec une légère hausse durant le quatrième trimestre. Ce décalage entre la quantité de patients et le volume de médicaments qui leur a été prescrits a pour conséquence une augmentation du volume moyen de médicaments prescrits par patient : le nombre de patients décroit, mais le volume de prescriptions augmente. Ainsi à la figure 7 on peut voir que, en 2020, le volume moyen par patient augmente de 17,3% par rapport à l'année 2019, malgré la diminution du pourcentage de membres de la MC à qui les médicaments pour les troubles de santé mentale ont été prescrits (% d'utilisateurs).

À quoi correspond dans la pratique l'augmentation du volume moyen quand le nombre de patients diminue ou reste stable ? Cela peut signifier que les médicaments sont prescrits pour une période plus longue et/ou que la dose prescrite est augmentée. Pour les patients déjà suivis, cela peut refléter l'aggravation de la situation, et, pour les nouveaux patients, des tableaux cliniques plus sévères au moment de la prescription que par le passé. Il est vrai que l'on peut observer une tendance annuelle à la hausse : la moyenne annuelle de 2019 est de 6% supérieure à celle de 2018. Néanmoins l'augmentation en 2020 dépasse largement ces chiffres. Cela laisse supposer un impact important de la pandémie sur le recours accru à la prescription médicamenteuse.

Penchons-nous sur les données plus détaillées pour l'année 2020. Parmi les médicaments prescrits pour les jeunes patients, nous allons nous concentrer sur :

- les médicaments psychoanaleptiques (notamment les psychostimulants et les antidépresseurs) : en volume de DDD,

Figure 7 : Évolution sur les dix dernières années des prescriptions des médicaments pour les troubles mentaux (officine publique et hospitalière ; membres de la MC 0-17 ans)



ce sont les médicaments le plus prescrits en Belgique (en 2020, ils constituent 80% du volume total des médicaments prescrits aux jeunes moins de 17 ans) ;

- les médicaments psycholeptiques (les antipsychotiques, les médicaments hypnotiques et sédatifs et les anxiolytiques) : avant 2020, en moyenne 35% des utilisateurs des médicaments pour les troubles de santé mentale sont des personnes à qui on a prescrit ce type de médicaments.

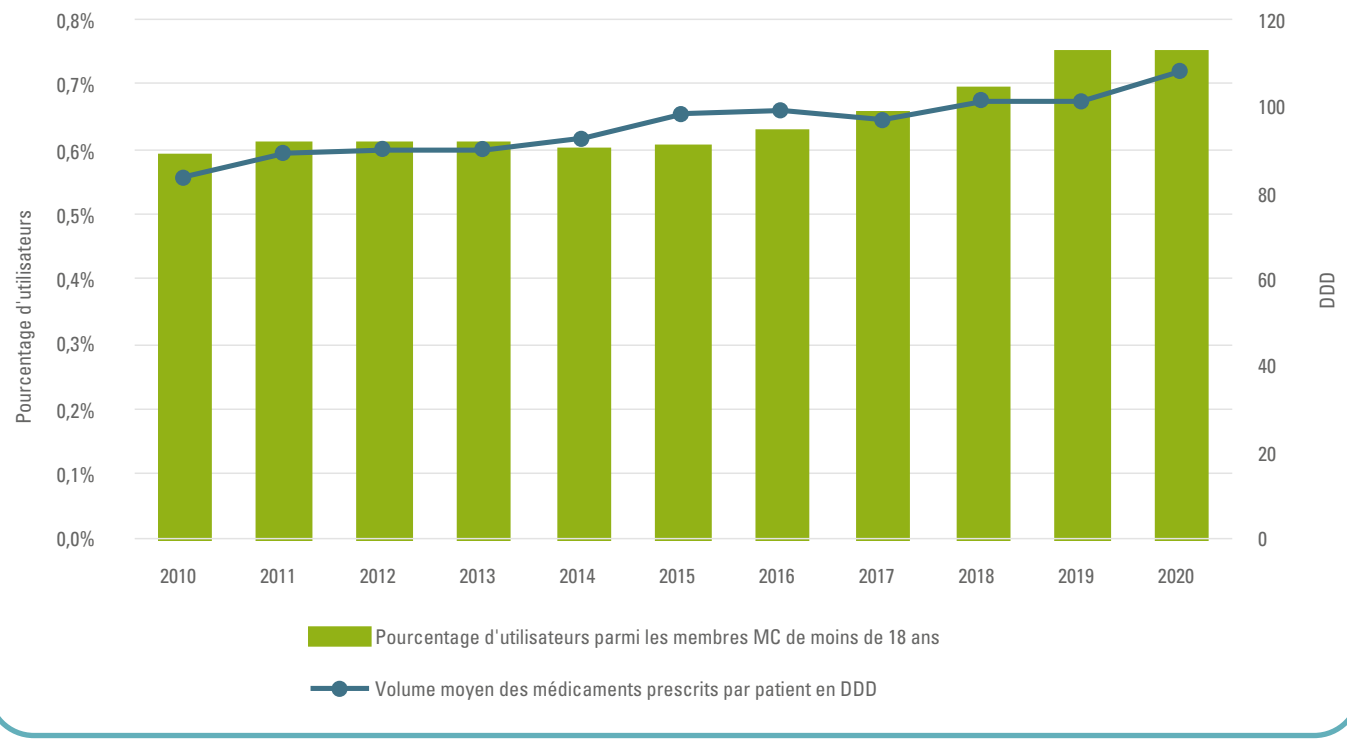
En ce qui concerne les *médicaments psychoanaleptiques*, en 2020, nous pouvons observer une légère augmentation du volume moyen de DDD par patient, surtout pour les antidépresseurs. Or, une augmentation similaire peut être constatée pour les années précédentes. Comme le note par ailleurs le KCE, « on observe une augmentation de la prescription d'antidépresseurs partout en Europe, mais les chiffres belges sont généralement plus élevés que la moyenne des autres pays européens sans que les causes de cette situation soient très claires » (Devos, et al., 2019, p. 71).

Ce sont les *médicaments psycholeptiques* qui sont prescrits plus en 2020 que durant les années précédentes par rapport aux autres médicaments. En 2020, le volume moyen de prescriptions par patient augmente de 37% par rapport à l'année 2019 : tandis que le nombre de patients diminue de 23% par rapport à l'année précédente, le volume global des prescriptions augmente de 6%.

a) Parmi les médicaments psycholeptiques, ce sont en premier lieu *les médicaments hypnotiques et sédatifs* qui sont concernés. On constate une diminution drastique de 33% de nombre de patients à qui ce type de médicament est prescrit en 2020 par rapport à 2019, tandis que le volume moyen des médicaments prescrits par patient au contraire augmente de presque 7%. Selon nos données, ce type de médicaments est délivré par des pharmacies hospitalières aux hospitalisés et aux patients en ambulatoires. Probablement, ces chiffres reflètent la diminution significative des hospitalisations durant l'année 2020. Soulignons que nous ne parlons pas ici des urgences où la situation restait comparable aux années précédentes jusqu'au dernier trimestre de l'année 2020 quand le volume moyen des médicaments hypnotiques et sédatifs prescrits par patient a significativement augmenté.

b) Il nous semble particulièrement important de souligner l'évolution dans la prescription pour l'autre groupe des médicaments psycholeptiques - les *médicaments antipsychotiques*. En principe, ce type de médicaments est prescrit dans le cas des problèmes psychologiques graves comme la schizophrénie, les troubles bipolaires, le syndrome autistique et les troubles envahissants du développement, ainsi que le syndrome de Gilles de la Tourette et les tics moteurs chro-

Figure 8 : Évolution sur les dix dernières années des prescriptions d'antipsychotiques (officine publique et hospitalière ; membres de la MC 0-17 ans)



niques. Les données MC montrent que tandis que le nombre de patients ne change presque pas en 2020, le volume moyen en DDD par patient augmente presque de 7% (voir Figure 8).

Toute évolution dans les prescriptions de médicaments antipsychotiques demande une attention particulière, surtout chez les enfants et adolescents. Ce sont des traitements médicamenteux lourds avec des effets secondaires importants, prescrits dans les cas graves (souvent chronicisant) et dont l'impact sur la santé et sur la vie des personnes en général ne doit pas être sous-estimé. C'est pourquoi l'augmentation du volume moyen des médicaments antipsychotiques prescrits par patient par rapport à l'année précédente est d'autant plus interpellante que, selon un rapport de l'INAMI basé sur les données de 2019, « la tendance à la hausse de la consommation de DDD [tout âge confondu] que l'on observe depuis un certain temps s'est aplatie depuis 2017», et « la consommation d'antipsychotiques n'a pas changé de façon significative au cours des trois dernières années », le nombre de patients et le nombre de DDD restant stables (MORSE, p. 97-100).

L'augmentation du volume moyen des antipsychotiques par patient peut être constatée pour tous les groupes d'âge de 0 à 17 ans, mais c'est pour les enfants moins de 6 ans et les jeunes de 15 à 17 ans que le saut a été le plus grand en 2020. Ainsi nous pouvons observer que sur les dernières trois années le volume moyen a augmenté de presque 50% pour le premier groupe et 30% pour le deuxième.

En ce qui concerne le type de prescripteur, nous ne constatons pas de changements importants durant l'année 2020. De façon générale, 60% des prescripteurs des antipsychotiques en Belgique sont des médecins généralistes et 40% sont des spécialistes. En volume de médicaments prescrits (en DDD), les spécialistes prescrivent toutefois au total 1,5 fois plus de médicaments que les généralistes. Cela s'explique par le fait que les spécialistes suivent plusieurs patients, tandis qu'un médecin généraliste prescrit les antipsychotiques en moyenne à un patient par an. En 2020, ce sont avant tout les spécialistes en neurologie et en psychiatrie qui ont dû prescrire plus qu'avant. En ce qui concerne le lieu de délivrance, la plus grande partie des antipsychotiques est délivrée aux membres de la MC par les officines publiques.

7. Inégalités sociales et utilisation des soins de santé mentale

7.1. Classes de secteurs statistiques

Suivi ambulatoire

L'analyse de la relation entre l'utilisation de toutes les prestations ambulatoires impliquant un suivi par un psychiatre et les données sur les secteurs statistiques pour l'année 2018 mettent en évidence un gradient social : plus le secteur statistique de résidence correspond à une zone où les revenus sont élevés, plus les chances de recourir aux soins sont grandes. Les enfants appartenant à la classe la plus élevée ont ainsi 12% de chances supplémentaires de recourir à ces soins (=[102,1/91,6]-1) par rapport à ceux appartenant à la classe la plus basse (voir Figure 9). La différence s'observe surtout dans les secteurs statistiques où les revenus sont les plus faibles, ce qui indique que l'accès financier est un vrai problème dans les secteurs où les revenus déclarés sont inférieurs à la moyenne. Au-delà d'un certain niveau de revenu, il n'y a plus de différence d'utilisation.

Soulignons qu'il existe également un gradient social dans la prévalence des problèmes de santé mentale, mais qui est exactement inverse : plus la position socio-économique est faible, plus les indicateurs de santé tendent à se détériorer, comme nous l'avons vu au point 2.4. Si les personnes les plus démunies sont celles qui ont le plus besoin de ces soins, elles ont pourtant moins de chances de pouvoir y recourir. La loi inverse des soins qui décrit le manque d'équité du système de soins de santé est dès lors valable également pour les soins de santé mentale pour enfants et adolescents (50 years of the inverse care law, 2021).

Hospitalisations et soins urgents

Comme nous l'avons vu au point 2.4., une étude de l'AIM démontre l'existence d'un gradient social très accentué pour les hospitalisations psychiatriques pour l'ensemble de la population belge en 2016, avec un surrisque de 149% pour les individus appartenant à la classe la plus faible par rapport à ceux de la classe la plus élevée (Avalosse, et al., 2019). Nous avons réitéré l'exercice pour les membres de la MC de moins de 18 ans. Nous constatons que, pour les enfants faisant partie de la classe la plus pauvre, il existe un surrisque de 32% de subir une hospitalisation (=[116,6/88,5]-1) et qu'en outre, ce type de risque est très dépendant des revenus de la population vu le caractère linéaire de la relation de l'indice par rapport à la classe de secteurs statistiques (voir Figure 10).

En revanche, pour les soins psychiatriques urgents, la fréquence de recours aux urgences hospitalières et aux interventions psychiatriques urgentes apparaît plutôt « égalitaire » (absence de gradient).

Prescription de médicaments pour les troubles de santé mentale

Enfin, nous nous sommes penchés sur la prescription des médicaments et en particulier des antidépresseurs et des antipsychotiques. Tandis que le calcul ne révèle pas l'existence en 2018 d'un gradient social pour la prescription d'antidépresseurs aux enfants de moins de 18 ans, nous constatons un impact important des inégalités sociales sur la prescription la prescription d'antipsychotiques.

Figure 9 : Risque relatif d'avoir recours aux soins ambulatoires psychiatriques par classe de secteurs statistiques (membres de la MC 0-17 ans, données 2018)

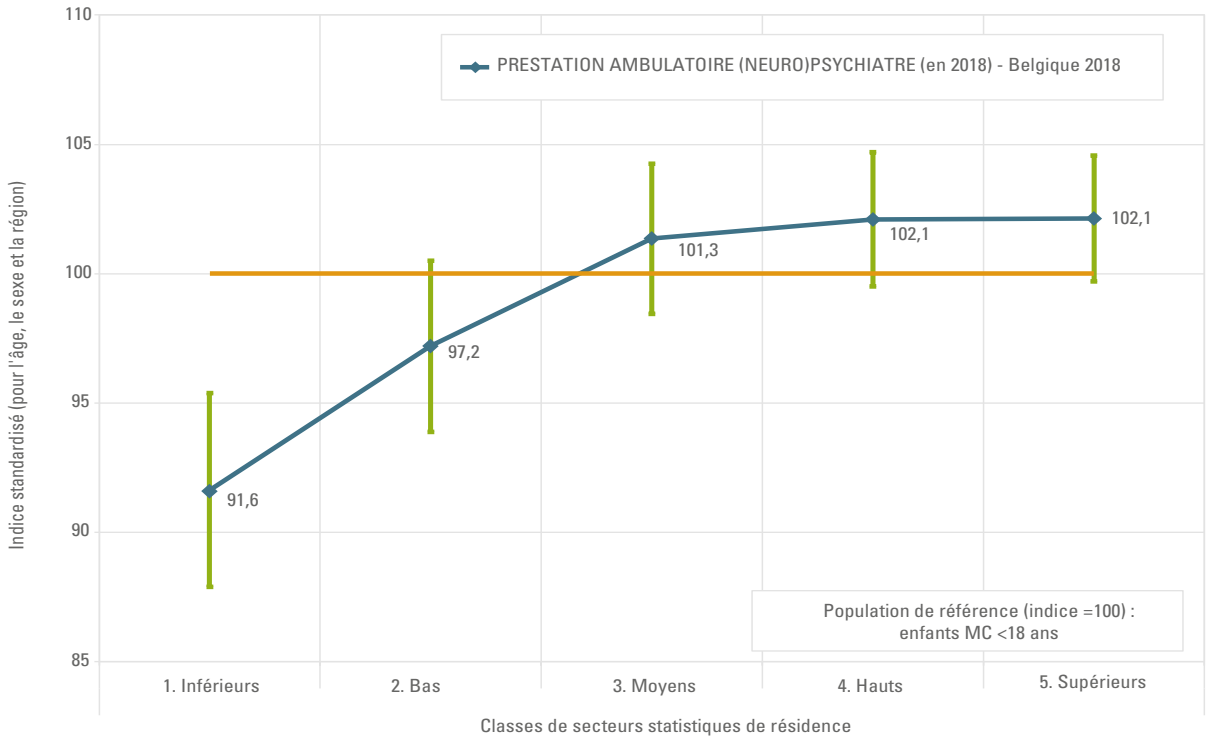
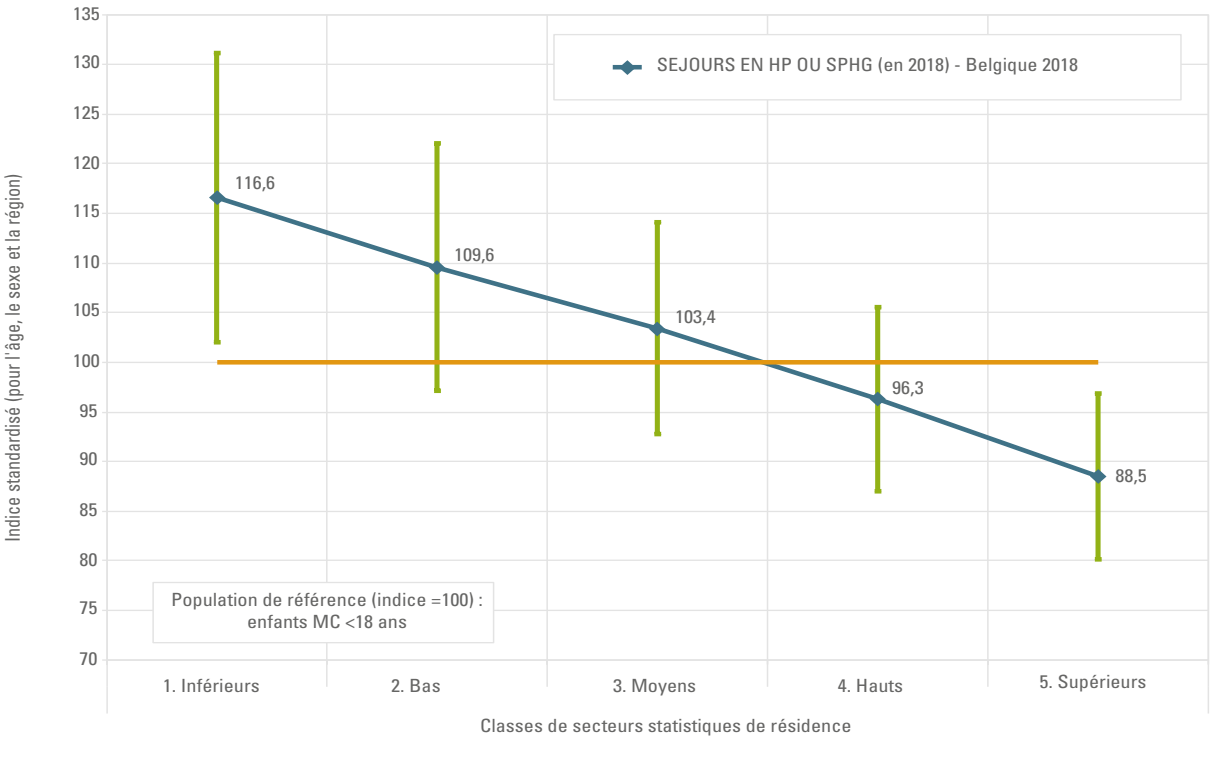


Figure 10 : Risque relatif d'être hospitalisé en HP ou en SPHG par classe de secteurs statistiques (membres de la MC 0-17 ans, données 2018)



En 2018, les enfants appartenant à la classe la plus pauvre ont un surrisque de 37% (=[113,1/82,7]-1) de recourir à ce type de médicament par rapport aux enfants de la classe la plus élevée (voir Figure 11). En 2016, ce surrisque était encore plus grand : 67%.

Tandis qu'il est difficile de prévoir exactement la différence de risque en 2020, il est possible d'émettre l'hypothèse qu'il sera toujours présent, car de façon générale, les gradients sociaux sont très stables au cours du temps : ainsi en 2012, le risque qu'on prescrit à la population belge (tous âges confondus) de la classe la plus pauvre - des antipsychotiques était 114% plus élevé que celui de la classe la plus élevée (Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2015, p. 31) et en 2016 il n'avait presque pas évolué (112%).

7.2. Statut BIM

Le deuxième indicateur qui nous permet d'analyser la relation entre le statut socio-économique et le recours aux soins est le statut « bénéficiaire de l'intervention majorée ». Il s'agit de comparer le nombre d'utilisateurs de soins ambulatoires BIM aux bénéficiaires non-BIM et l'ensemble des membres de la MC BIM aux membres non-BIM : si la proportion des membres BIM est supérieure chez les utilisateurs des soins par rapport à cette proportion dans la population, cela signifie qu'il y a une surreprésentation des BIM chez les utilisateurs et donc une utilisation des soins plus fréquente que pour les membres non BIM.

Les données de la MC montrent que la proportion des membres BIM qui consomment des soins ambulatoires n'est pas beaucoup plus élevée que la proportion de BIM parmi nos membres. Ainsi, en 2020, parmi les bénéficiaires de soins ambulatoires de moins de 18 ans, 18% d'entre eux sont BIM, alors que c'est le cas de 15% des membres de la MC de la même tranche d'âge (voir Tableau 1). Nous le verrons par la suite, cette surreprésentation des membres BIM parmi les utilisateurs des soins ambulatoires est légère par rapport aux autres types de soins (hospitalisations, soins urgents et consommation d'antipsychotiques). Nous observons également que le statut BIM n'est pas un frein aux télé/vidéo-consultations, puisque la proportion de BIM y ayant accès est similaire (19%).

Lorsqu'on examine la proportion de BIM parmi les membres de la MC ayant été hospitalisés en HP ou en SPHG, on voit qu'elle est nettement plus importante que celle de l'ensemble des membres de la MC de moins de 18 ans (en 2020, 29% contre 15%, voir Tableau 1). C'est également le cas pour les soins psychiatriques urgents, avec 25% de BIM parmi les bénéficiaires en 2020. Étant donné que les BIM sont surreprésentés parmi

Figure 11 : Risque relatif de recourir aux antipsychotiques par classe de secteurs statistiques (membres de la MC 0-17 ans, données 2018)

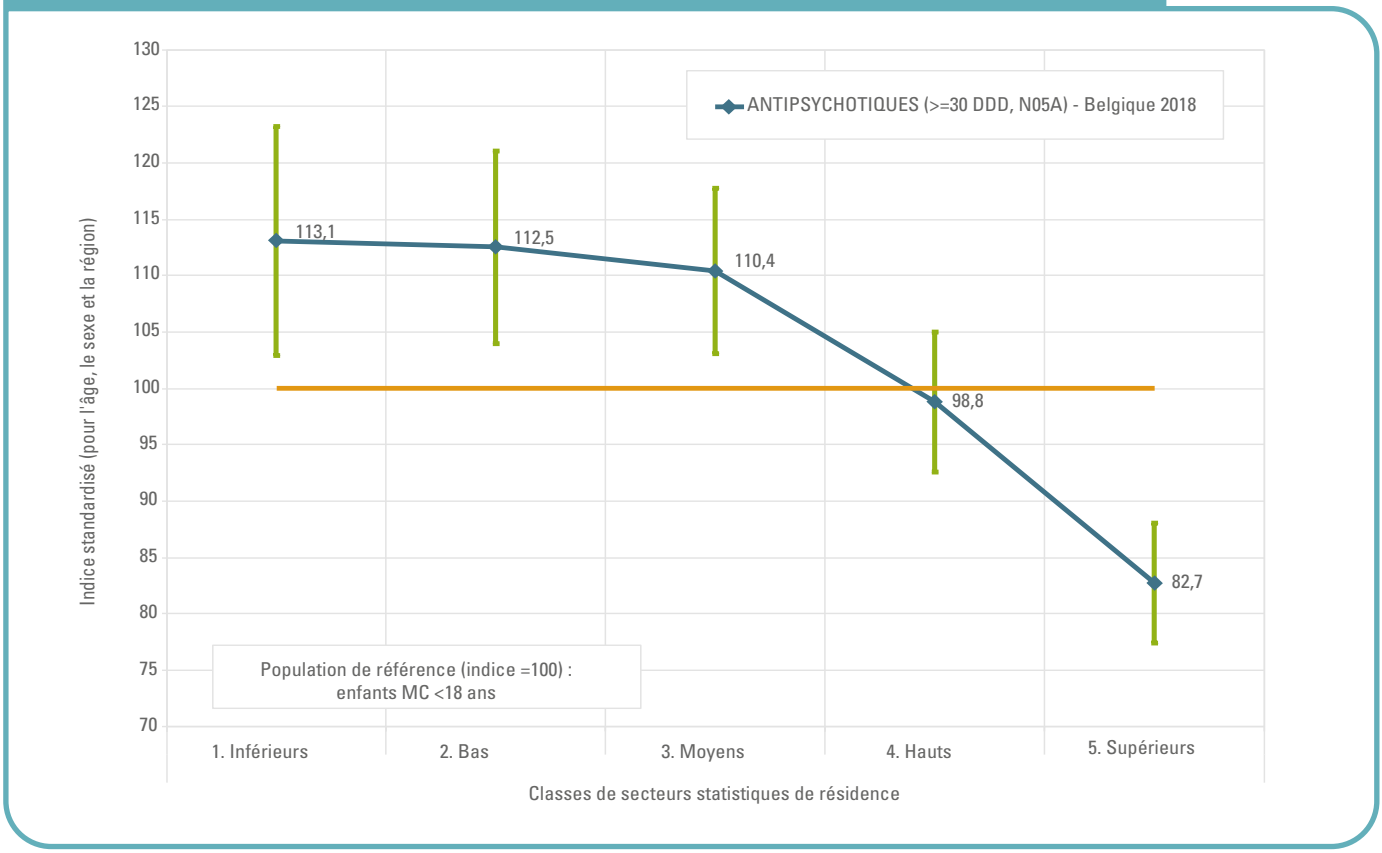


Tableau 1 : Comparaison de la proportion de membres BIM qui utilisent les soins de santé par rapport à la proportion des membres BIM parmi les membres de la MC (membres de la MC 0-17 ans, données 2018, 2019 et 2020)

Année	Type de prestation	Proportion de BIM parmi les utilisateurs des services	Proportion de BIM parmi les membres de la MC
2018	Prestations psychiatre	19%	15%
	Hospitalisation	30%	
	Soins urgents	26%	
	Prescription d'antipsychotiques	34%	
2019	Prestations psychiatre	19%	
	Hospitalisation	30%	
	Soins urgents	26%	
	Prescription d'antipsychotiques	34%	
2020	Prestations psychiatre + psychologue	18%	
	Prestations physiques	*18%*	
	Prestations à distance	*19%*	
	Hospitalisation	29%	
	Soins urgents	25%	
	Prescription d'antipsychotiques	33%	

la population ayant recours aux hospitalisations et aux soins urgents, cela pourrait impliquer une inégalité de risque d'avoir recours à ce type de soins.

En ce qui concerne la prescription de médicaments, nous pouvons alors observer que les membres BIM sont surreprésentés et donc consomment plus fréquemment un médicament antipsychotique que les membres non-BIM et que cette différence reste stable.

8. Points d'attention

8.1. Des données quantitatives insuffisantes

Nous l'avons vu dans cet article, si les données disponibles permettent de mettre en lumière toute une série de constats quant à l'utilisation de l'offre, elles ne permettent toutefois pas de chiffrer de façon exhaustive l'utilisation les soins de santé mentale. Les données dont dispose la MC en tant que gestionnaire de l'assurance obligatoire soins de santé ne comprennent pas d'informations concernant les soins non remboursés[13] et les soins prestés par des services, institutions ou organisations qui ne sont pas financés dans le cadre fédéral de l'assurance obligatoire soins de santé ou pour lesquels l'enregistrement des données n'est pas systématique.

En outre, les données d'utilisation des soins de santé ne permettent pas d'évaluer les besoins en soins de santé mentale. Ceci est valable pour tout type de soins de santé car en règle générale, une fraction de ces besoins reste insatisfaite pour diverses raisons : une partie des besoins peut ne pas être perçue ou, lorsque le besoin est perçu par les patients, il est possible qu'il soit reporté parce qu'il peut être considéré comme non urgent ou pour d'autres raisons (comme l'obstacle financier, par exemple). C'est pourquoi, si une augmentation de l'utilisation des soins de santé mentale est observée, celle-ci n'est pas attribuable de façon univoque à l'augmentation des besoins : elle peut être due à une meilleure accessibilité de certains soins ou une meilleure détection des problèmes

13. À savoir que les données de l'assurance complémentaire font également l'objet d'un enregistrement à la MC, mais qu'elles sont délicates à analyser parce que les avantages évoluent avec le temps et ne sont pas uniformes d'une région à l'autre. Ainsi, depuis janvier 2017, les membres francophones de la MC ont droit à un remboursement des consultations de psychologie sans limites de séances, à raison de 15 euros par prestation, avec un plafond à 180 euros par année. En revanche, en Flandre, pour les enfants et les adolescents, les séances sont remboursées à hauteur de 50% du montant de la consultation (avec un maximum de 30 euros) et 75% pour les BIM (maximum de 45 euros). Au total, 24 séances peuvent être remboursées sur l'ensemble de la vie du membre.

de santé mentale, des formes de prise en charge qui évoluent ou encore des soins inappropriés (voir à ce propos l'article « L'accès aux soins de santé, définition et enjeux » de ce même numéro du MC-Informations).

Les acteurs de terrain des soins de santé mentale interpellent sur le fait que l'offre est insuffisante pour répondre à la demande croissante, mais les données dont nous disposons ne permettent pas de le confirmer définitivement, notamment car il n'existe pas dans nos données d'indicateurs de la détresse psychologique ou de l'état de santé mentale de la population mineure.

Il en ressort dès lors de notre analyse qu'il est nécessaire de prêter l'attention à la nature des données qui alimentent les réflexions sur la santé mentale des enfants et des adolescents en Belgique. Il nous semble nécessaire de rester prudent face aux chiffres disponibles vu leur caractère partiel, non seulement en termes de volume, mais aussi en termes de possibilité de refléter les besoins réels. De ce point de vue, nous appuyons l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur la nécessité de la création d'un baromètre de la santé mentale (Conseil Supérieur de la Santé, 2021b). En 2018, l'enquête de santé de Sciensano a inclus pour la première fois la population mineure dans son étude (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2018). Néanmoins il nous semble important de recueillir non seulement des données quantitatives, mais également des données qualitatives car celles-ci permettraient de mieux aiguiser l'interprétation des statistiques (disponibles ou qu'on espère d'obtenir via un baromètre) ainsi que de compléter ces dernières.

8.2. Les inégalités sociales de santé mentale

Notre étude permet de faire des constats interpellants quant aux inégalités sociales de santé mentale. Nous avons en effet pu observer des disparités importantes en termes d'utilisation des soins. Les populations ayant un statut socio-économique défavorisé (c'est-à-dire les BIM et les patients résidant dans les secteurs statistiques où les revenus sont les plus bas) ont plus de risques d'être touchées par les problèmes de santé mentale, mais aussi d'avoir davantage recours à certains types de soins. Ainsi, les antipsychotiques et les soins hospitaliers (HP et SPHG), c'est-à-dire des soins lourds, ont beaucoup plus de risques d'être utilisés par ceux et celles qui résident dans les secteurs statistiques défavorisés. En outre, les différences constatées entre les groupes socio-économiques seraient encore plus importantes si elles étaient calculées sur base de données individuelles (c'est-à-dire sur les revenus des ménages eux-mêmes et non sur base du revenu médian du secteur statistique de résidence). De même, lorsqu'on observe la proportion de BIM parmi les bénéficiaires de ce type de soins, on voit que les BIM sont largement surreprésentés par rapport à la proportion de BIM dans la population générale. Ainsi, en 2020, 33% des utilisateurs d'antipsychotiques, 29% des patients hospitalisés et 25% des patients ayant recours aux soins urgents sont BIM, alors que les BIM représentent 15% de l'ensemble des membres de la MC de moins de 18 ans.

En revanche, on observe que les soins psychiatriques ambulatoires sont nettement moins utilisés par les enfants et adolescents résidant dans des secteurs statistiques pauvres que par ceux résidant dans des secteurs statistiques plus riches. Il s'agit, ici, des contacts de l'enfant lui-même avec le psychiatre sous la forme de consultations, mais aussi avec les adultes chargés de l'éducation de l'enfant et des prestations remboursées dans le cadre du suivi effectué par le psychiatre, telles que les concertations pluridisciplinaires. Ce fait est d'autant plus alarmant que les classes défavorisées devraient non simplement autant utiliser de soins ambulatoires que les classes favorisées, mais en utiliser davantage que ces dernières. Ceci parce que, la santé étant distribuée de façon inégale dans notre société, les besoins de santé des personnes socialement vulnérables sont plus élevés et demandent donc des actions en prévention et promotion de la santé d'une ampleur et d'une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale (principe d'universalisme proportionné).

Sur base de ces observations, nous pouvons faire l'hypothèse que ce sont les jeunes dont la position socio-économique est plus faible qui, depuis le début de la pandémie, ont dû passer à des traitements plus longs et/ou plus lourds : ce sont eux qui se sont probablement vu prescrire plus d'antipsychotiques que l'année précédente et ont été davantage hospitalisés que les jeunes des classes plus aisées. En d'autres termes, l'impact de la pandémie aurait été plus dur pour les jeunes confrontés à une situation sociale et économique défavorable.

8.3. Importance des quatre dimensions de la prévention

Le fait que les classes les plus défavorisées soient plus à risque d'être hospitalisées ou de consommer des médicaments antipsychotiques et qu'elles aient en même temps moins de chance de consulter un spécialiste en ambulatoire constitue, à notre avis, les deux revers de la même médaille, notamment lorsque l'on analyse ce fait sous l'angle de la prévention : là où il manque de la prévention, plus de pression se fait sur les soins curatifs. Par la prévention, nous entendons donc, ici, non seulement les actions qui peuvent être prises en amont, en détection ou durant une maladie (prévention primaire, secondaire et tertiaire), mais aussi celles qui prennent en compte le cadre non médical de la situation de la personne (prévention quaternaire (Sholokhova, 2020)). Cette définition de la prévention suit la définition large de la santé selon laquelle vivre en bonne santé dépend de multiples facteurs, dont la plupart, de même qu'ils ne sont pas maitrisables par la personne, ne relèvent non pas du biologique, mais du social, de l'économique et de l'environnemental.

De ce point de vue, une consultation chez un professionnel de première ligne ou chez un spécialiste peut être bien considérée comme préventive dans la mesure où, d'une part, elle peut constituer une source de détection précoce d'une souffrance psychologique et permettrait éventuellement d'éviter une hospitalisation dans le futur (prévention secondaire). D'autre part, une consultation laisse plus de possibilités pour intégrer la dimension sociale dans les soins grâce à son dispositif. Étant donné qu'il s'agit d'une rencontre et d'un échange entre le patient et le prestataire, elle permet au dernier de prendre connaissance de la spécificité de la situation du premier et d'en tenir compte par la suite (prévention quaternaire). On pourrait ainsi se demander si un traitement médicamenteux tout comme une hospitalisation ont servi de solution là où un traitement psychothérapeutique aurait pu être suffisant, mais qui n'a pas pu être offert dans les conditions de la crise sanitaire. Cette hypothèse, formulée sur base de données quantitatives, mérite d'être vérifiée qualitativement.

Cela ne vaut néanmoins pas uniquement pour les populations défavorisées. Ainsi, on constate globalement une diminution des consultations et une augmentation des hospitalisations et des prescriptions des médicaments antipsychotiques depuis la 'deuxième vague' de la pandémie. Tandis que l'on soupçonne que cela concerne davantage les personnes vulnérables, il nous semble justifié d'affirmer qu'il s'agirait, ici, du manque de soins préventifs qui provoquerait un risque accru d'utilisation de soins curatifs en général. Or, la tendance vers plus de soins curatifs en résidentiels ou médicamenteux dans les soins de santé mentale n'est pas sans impact sur la qualité de vie des jeunes. Les médicaments antipsychotiques représentent des traitements médicamenteux lourds avec des effets secondaires susceptibles d'affecter la santé des jeunes dans l'avenir (Cohen, et al., 2012). De même, une hospitalisation constitue un événement difficile, mais aussi une charge financière importante pour les personnes et leurs familles.

8.4. Téléconsultations comme une solution limitée

Nous voudrions également attirer l'attention sur l'usage croissant des téléconsultations. Quand bien même les chiffres montrent un recours significatif à ce type de soins depuis le début de la pandémie, il nous parait important de bien souligner la différence entre une téléconsultation et une rencontre thérapeutique face à face. Même s'il est vrai que la téléconsultation peut servir d'outil précieux dans la prise de contact avec certains types de public, comme les jeunes habitués à l'interaction médiée par un écran, le contact et l'entente avec le professionnel de santé qui se développent lors d'une rencontre physique constituent un élément crucial dans le suivi des patients tant sur le plan de thérapie et du rétablissement psychologique que sur le plan du suivi d'un traitement médicamenteux prescrit (Fuchs, 2021). C'est autant le cas des soins de santé mentale que de tout type de soins de santé. Ainsi dans son rapport du juin 2020 le KCE soulignait que « le contact personnel, l'examen physique et la communication humaine et face-à-face restent des éléments fondamentaux des soins de santé » (Mistiaen, Devriese, Pouppez, Roberfroid, & Savoye, 2020, p. 26). Ces aspects sont d'autant plus importants pour un processus diagnostique dans la mesure où le diagnostic repose non seulement sur l'inventorisation des symptômes, mais également sur l'analyse du langage non verbal du patient, du ressenti du professionnel et de l'atmosphère globale de la rencontre (Pallagrosi, Fonzi, Picardi, & Bondi, 2014).

Nous soutenons les recommandations formulées par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) selon qui « il est nécessaire de renforcer une offre de soins à bas seuil, de sorte que l'aide professionnelle soit accessible (notamment financièrement) à tous sans augmenter le risque d'infection » et « cela pourrait inclure une offre en ligne » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021a, p. 10). En même temps, nous appuyons la remarque du CSS selon laquelle « une attention particulière devrait également être accordée aux groupes les plus vulnérables qui n'ont pas toujours l'accès nécessaire à celle-ci [offre en ligne] » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021a, p. 10). En effet, notre analyse montre qu'il existe un gradient social dans l'accès aux consultations chez un (neuro)psychiatre : les enfants appartenant à la classe la plus élevée ont 12% plus de chances de consulter ce type de spécialiste que les enfants des classes les plus basses (voir partie 4.3. et Figure 4). Nous sommes donc d'accord avec l'avis du CSS que « la préférence va donc à une approche mixte, en restant le plus possible en face à face (en particulier avec les groupes vulnérables) et en ligne si c'est nécessaire » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021a, p. 10).

9. Conclusion

Dans cet article, nous avons d'abord fait un état des lieux de l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents en Belgique. À partir d'une série de constats tels que l'orientation difficile des patients dans le système, l'offre trop hospitalo-centrée, le secteur a été soumis à une réforme entamée en 2015 qui avait notamment pour objectifs de défragmenter et de décloisonner les organisations, secteurs et professions, de palier la carence de l'offre de services à domicile et de renforcer la capacité de fournir des soins en situation de crise et d'urgence qui soient accessibles, réactifs et efficaces pour les enfants et les adolescents.

Suite à cette réforme, le secteur était-il prêt pour répondre à la demande croissante en soins de santé mentale des enfants et des adolescents, qui n'a fait que s'aggraver avec la pandémie de COVID-19 ? Un des constats de notre étude est qu'il est difficile de répondre à cette question uniquement avec des chiffres. Premièrement, il nous manque des moyens pour cartographier et quantifier la demande, et encore plus les besoins

réels en soins de santé mentale. La stigmatisation entourant les maladies mentales et le manque de sensibilité aux besoins réels et d'acceptabilité de la part du public constitue un frein important pour chercher à temps un soutien professionnel. Deuxièmement, les données d'utilisation restent partielles, l'offre étant très complexe. En raison de la complexité de son organisation, l'offre risque ainsi d'être moins facilement lisible non seulement pour les patients, mais aussi les professionnels.

Même mesuré à l'aide d'indicateurs d'utilisation partiels, nous avons pu observer des changements qui peuvent être liés aux conséquences directes de la pandémie de COVID-19 sur les soins de santé mentale des enfants et des adolescents en Belgique. Ainsi, la sous-utilisation des soins de santé mentale remboursés particulièrement marquée au deuxième trimestre de 2020 prouve que toute une série de patients n'a pas eu accès aux soins (malgré l'introduction des téléconsultations, solution louable, mais non suffisante). Au vu des signaux d'alarme lancés par les professionnels de terrain quant à l'augmentation de la détresse psychologique des enfants, cette sous-utilisation et le report des soins qu'elle signale pourraient avoir des conséquences désastreuses. Aujourd'hui déjà, nous constatons que si l'utilisation de l'ensemble des soins recommence à suivre la tendance des années précédentes début 2021, on remarque une augmentation importante de l'occupation des lits dans les hôpitaux qui est préoccupante. Or, la crise sociale étant loin d'être terminée, nous pouvons également nous attendre à des effets à retardement sur la santé mentale de la population dans le futur.

Cet exercice de quantification de l'utilisation des soins de santé mentale chez les enfants et adolescents était une première pour le service d'études de la MC et prouve à nouveau à quel point une attention toute particulière doit y être accordée. Afin d'analyser de façon plus complète les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur le recours aux soins de la santé mentale des enfants et des adolescents, il est toutefois indispensable de récolter des données qualitatives, c'est-à-dire d'interroger le terrain et les professionnels qui sont directement en contact avec les enfants (non seulement les psychiatres et les psychologues, mais aussi tous les travailleurs qui encadrent les enfants au niveau parascolaire).

Bibliographie

- 50 years of the inverse care law. (2021). *The Lancet, 397*(10276), 767.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Inégalités sociales en santé.* Bruxelles: Agence intermutualiste.
- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, S. (2015). Les inégalités en santé chez les membres des MC : ne pas avancer, c'est reculer. *MC-Informations*(262), 26-39.
- Azria, E., Sauvegrain, P., Blanc, J., Crenn-Hebert, C., Fresson, J., Gelly, . . . Regnault. (2020). Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 48*, 847-849.
- Benoit, J.-P. (2020). COVID-19. La pédopsychiatrie à l'épreuve du confinement. *Enfance & Psy*, 6-9.
- Catheline, N., Berthaut, E., Bon-Saint-Côme, M., Carretier, E., Coq, J., Delvenne, V., . . . Raynaud, J. (2021). COVID 19 : Comment la pédopsychiatrie s'adapte en ces temps d'adversité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 69*(1), 1-3.
- Cohen, D., Bonnot, O., Bodeau, N., Consoli, A., & Laurent, C. (2012). Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology,* 32(3), 309–316.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021a). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie Covid-19 : révision 2021.* Avis 9610. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021b). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19: enfants et jeunes.* Avis 9662. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Couffinhal, A., Dourgnon, P., Grignon, M., Jusot, F., & Naudin, F. (2004). *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé.* Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Deboutte, D., Smet, M., Walraven, V., Janssens, A., Obyn, C., & Leys, M. (2010). *L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? *Louvain Médical, 139*(5-6), 344-348.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleesschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., et Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge — Rapport 2019.* KCE Reports 313B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14-20.
- Fuchs, T. (2021). Psychothérapie de l'espace vécu : un concept phénoménologique et écologique. *Klesis, 51.*

- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2018). *Santé mentale. Enquête de santé 2018.* Bruxelles: Sciensano. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.
- INAMI. (2018). *La nomenclature des prestations de santé. Chap. II - Article 2 - Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations.* Bruxelles: Coordination officieuse du 01-12-2018.
- INAMI. (2020). *MORSE, Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses*, Rapport 2020, Données 2019.
- Klaric, M. (2020). *Coronavirus en Belgique : les unités psychiatriques surchargées*. RTBF.
- Koener, B., Deschietere, G., & de Becker, E. (2015). Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles : état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 63*(7), 482-489.
- Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., . . . Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59*(11), 1218-1239.e3.
- Lorant, V., Smith, P., Seeber, K., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2021). *La détresse psychologique de la population générale pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 : résultats de mars à novembre 2020.* UClouvain & Universiteit Antwerpen.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Vidéo-consultations dans le suivi des patients atteintsde maladies chroniques somatiques – Synthèse. Health Services Research (HSR).* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Mommerency, G., Van Den Heede, K., Verhaeghe, N., Swartenbroekx, N., Annemans, L., Schoentjes, E., & Eyssen, M. (2011). *Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents: étude de la littérature et description internationale.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Newlove-Delgado, T., McManus, S., Sadler, K., Thandi, S., Vizard, T., Cartwright, C., & Ford, T. (2021). Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *Lancet Psychiatry, 8*(5), 353-354.
- Pallagrosi, M., Fonzi, L., Picardi, A., & Bondi, M. (2014). Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients. *Psychopathology, 47*(2), 111-118.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigall, J., Funk, M., & Flisher, A. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Kurup, *Equity, social determinants and public health programmes* (pp. 115-134). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression : Critical review. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 486-492.
- Sholokhova, S. (2020). Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique. *MC-Informations, 283*, 42-57.
- SPF Santé Publique. (2021). *Données phares dans les soins de santé: soins en santé mentale - Edition 2021.* Bruxelles: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- SPF Santé publique. (2015). *Protocole d'accord du 30 mars 2015 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités fédérées, portant sur l'approbation d'un guide pour la réalisation d'une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.*
- TeJo. (2019). *Jaarverslag Tejo 2019.*
- Un collectif de psychiatres et de pédopsychiatres. (2021). Carte blanche: «Les adolescents sont en souffrance majeure, sans aucune perspective d'amélioration». *Le Soir*, 27 janvier 2021.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Soins de santé mentale pour enfants et adolescents: développement d'un scénario de gouvernance.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Réadmission après un séjour en maternité : un risque croissant ?

Gauthier Vandeleene, Hervé Avalosse – Service d'études

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter une estimation et l'évolution des réadmissions à l'hôpital des mamans et des bébés, dans les 30 jours qui suivent la sortie de la maternité. En effet, depuis la mise en œuvre en 2015 d'une mesure visant à accélérer la diminution de la durée de séjour en maternité, beaucoup d'encre a coulé pour mettre en garde par rapport aux risques potentiels pour la santé du bébé et de sa maman.

À l'aide de nos données, nous explorons donc l'évolution du taux de réadmission des mamans et des bébés sur 10 ans (2010-2019). En ce qui concerne les mamans, le taux de réadmission apparaît faible : de 2010 à 2014, il est de l'ordre de 1,1% ; de 2015 à 2019, il augmente un peu à 1,3%. Par contre, pour les bébés, les taux de réadmission sont plus élevés et augmentent significativement : on passe de 4,8% (période 2010-2014) à 5,9% (période 2015-2019).

Nous explorons également l'association potentielle de certains facteurs (identifiés dans la littérature) avec le risque de réadmission : le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM), les grossesses à risque, le type d'accouchement, la durée de séjour et le suivi postnatal. La présence du statut BIM, d'une grossesse à risque ou d'un accouchement par césarienne sont des facteurs corrélés avec un risque de réadmission plus élevé, pour le bébé ou sa maman. L'analyse de la durée de séjour est plus subtile. Si la littérature parle de réadmissions plus fréquentes lors de courts séjours (un ou deux jours en maternité après l'accouchement), nos données montrent qu'il est intéressant de se pencher aussi sur les moyens et longs séjours, en combinaison avec le type d'accouchement. Enfin, le suivi postnatal joue également un rôle sur la réadmission des mamans et bébés.

La problématique de la réadmission est complexe et nos données ne permettent pas de conclusion définitive quant à l'impact de la mesure instaurée en 2015. Toutefois, les facteurs mis en avant nous semblent cruciaux pour mieux appréhender la croissance des réadmissions de ces dernières années, en tout cas pour les bébés. Les résultats présentés appellent également à la prudence quant au suivi des bébés après leur naissance : de l'ordre de 5,9% de bébés sont réadmis (7,7% lorsqu'ils sont BIM), ce qui est loin d'être négligeable.

***Mots-clés** : Naissance, réadmission, maternité, durée de séjour, suivi postnatal*

1. Introduction

Retourner à l'hôpital pour soigner l'un ou l'autre problème de santé après la sortie de la maternité n'est pas chose facile. Malheureusement, ce risque existe bel et bien. Des professionnels ont d'ailleurs rapporté qu'avec la diminution du séjour en maternité, la proportion de mamans et nouveau-nés réadmis à l'hôpital avait augmenté depuis l'accélération de la diminution du séjour en maternité (RTL INFO, 2016).

En effet, en début de législature précédente, Mme De Block, alors ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, avait décidé d'accélérer la réduction « naturelle » du séjour en maternité (en imposant, en 2015, une diminution d'une demi-journée de la durée du séjour). Cette politique n'a pas tardé de produire ces effets puisque la durée du séjour a drastiquement diminué à partir de 2015. La condition pour que cette politique n'ait pas d'effets négatifs était de renforcer le suivi postnatal, autour principalement de la sage-femme. Pour autant, certains acteurs mettaient en doute la pertinence de cette réduction du séjour en maternité, argumentant que cela allait provoquer, entre autres, une hausse des réadmissions à l'hôpital.

L'objectif de cet article est d'évaluer et de présenter l'évolution de ces réadmissions, tant celles des mamans que celles des bébés, dans un maximum de 30 jours après la sortie de maternité, et ce durant la décennie passée. Ainsi, sur base de constatations, nous pourrons donner des pistes de réflexion sur l'évolution des réadmissions et potentiellement sur l'effet qu'a eu la politique mise en œuvre par Mme De Block.

Pour ce faire, nous verrons, grâce à la littérature, le lien entre durée de séjour en maternité et les réadmissions potentielles, ainsi que les autres causes potentielles de réadmission des nouveau-nés (et, dans une moindre mesure, des mamans). Ensuite, nous étudierons de façon descriptive, en explorant les données de la MC, les facteurs qui influencent les réadmissions, et particulièrement la longueur du séjour en maternité. Nous présenterons enfin, comme c'est l'usage, quelques messages politiques liés à toutes ces discussions.

Nous nous appuyons sur deux articles déjà publiés dans MC-Informations, le premier sur le suivi pré- et postnatal (Vandeleene & Avalosse, 2021a), le second sur la durée de séjour en maternité (Vandeleene & Avalosse, 2021b).

2. Facteurs influençant la réadmission des mamans : revue de littérature

2.1. Réadmission : quid ?

Une réadmission à l'hôpital est définie dans cet article comme la réhospitalisation, planifiée ou non, endéans maximum 30 jours, dans le même hôpital ou non, d'un patient qui est sorti d'une hospitalisation. Si l'on regarde l'ensemble des services hospitaliers, selon la littérature, dans le monde occidental, le problème est assez important : jusqu'à 20% des patients seront réhospitalisés dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital, voire plus. Et en général, une portion plus ou moins importante des réadmissions sont potentiellement évitables ; de 5% à 79% de toutes les réadmissions selon les sources. Elles sont dues généralement à des problèmes de qualité soit durant l'admission initiale, soit durant la transition entre l'hôpital et la maison ou soit au niveau des soins post-hospitaliers (Braet, 2016 ; Van Walraven, et al., 2011).

Ces réadmissions sont coûteuses. Pour la Belgique, une étude menée sur des données de 2008 montre que les réadmissions entre un et trois mois (pour tout type d'hospitalisation) représenteraient 280 millions d'euros de coûts totaux, soit 1,3% des prestations de soins de santé de l'époque (Trybou, et al., 2013). Enfin, il va de soi qu'au-delà des coûts financiers, les conséquences pour la santé du patient sont parfois très importantes, particulièrement pour des patients âgés (Petrou, et al., 2004).

Notre étude se consacre à la réadmission consécutive à un accouchement. Dès lors, une réadmission aura lieu si, après la sortie effective, d'au moins 24 heures, de la maternité de l'hôpital, le bébé ou la maman est réadmise pour une hospitalisation dans un hôpital (peu importe que cela soit le même où l'accouchement a eu lieu). Lorsqu'on parle de réadmission lors d'un accouchement, force est de constater qu'il y a deux groupes cibles visés par celle-ci : les mamans et les enfants. Les unes comme les autres peuvent subir un retour contraint à l'hôpital après l'hospitalisation liée à l'accouchement. La littérature met plutôt en lumière les réadmissions des nouveau-nés : le risque d'être réadmis est, en effet, plus élevé pour eux que pour les mamans.

Nous avons choisi un délai de réadmission dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital, ce délai semble en effet être le standard si l'on veut viser les réadmissions potentiellement évitables. Par exemple, en Suisse, « sont considérées comme évitables les admissions non électives au sein du même établissement, survenant dans les 30 jours suivant la sortie, pour un même motif ou pour un diagnostic présent lors du premier séjour » (Blanc, et al., 2017, p.30). C'est la même chose pour l'institut de statistiques du Canada[1]. Plusieurs pays, comme

1. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-221-x/2013001/def/def3-fra.htm

les États-Unis, l'Angleterre et le Danemark, utilisent l'indicateur de réhospitalisation à 30 jours pour mesurer la qualité des prises en charge. L'Allemagne l'utilise pour suivre les conséquences de l'introduction de la tarification à l'activité (Kristensen, et al., 2015). En France, la volonté est de faire des réhospitalisations à 30 jours un indicateur de la qualité des soins (Ministère de la santé français – Direction de l'offre des soins, 2018). Nous suivons donc leur exemple.

2.2. Facteurs influençant la réadmission des mamans : revue de littérature

La réadmission de mamans dans les semaines/mois après un accouchement est chose plutôt rare. La littérature parle en général de moins de 2% de réadmissions par rapport au nombre d'admissions initiales. Une étude sur 900.000 femmes ayant accouché, entre 15 et 44 ans, entre 1997 et 2001 au Canada a montré que 16.000 d'entre elles ont été réhospitalisées (soit un taux de réadmission de 1,8%, ce taux étant de 1,5% pour les accouchements par voie basse, 2,7% pour les accouchements par césarienne). Une étude faite aux États-Unis sur 6 millions d'accouchements, entre 2004 et 2011, montre que les mamans ayant accouché par césarienne ont plus de chances d'être réadmises (entre beaucoup d'autres facteurs) (Clapp, et al., 2016 ; Herrin, et al., 2015 ; Ophir, et al., 2008).

C'est assez logique vu la complexité accrue d'un accouchement par césarienne, les manipulations médicales et les risques (Liu, et al., 2005). Une probabilité accrue d'accoucher par césarienne accroit donc également la probabilité de réadmission pour un problème de santé (Clapp, et al., 2017). L'hémorragie post-partum, une infection puerpérale majeure et certains troubles hypertensifs étaient associés à un risque élevé de réadmission maternelle et étaient également les principales causes de réadmission (Liu, et al., 2002). L'âge semble aussi jouer un rôle, puisqu'à partir d'un certain âge (variant selon beaucoup de facteurs), une femme a plus de risque d'avoir une grossesse et/ou un accouchement à risque et donc d'être réadmise post-partum (Johnson, et al., 2019). Les grossesses dites « à risque » favorisent également les réadmissions post-partum (Sharvit, et al., 2014). Mais dans tous les cas, les comorbidités semblent prépondérantes (Clapp, et al., 2017).

Une étude montre qu'au plus le séjour est court, au plus le risque de réadmission est plus élevé, de 21%, 18% et 10% respectivement pour des durées de deux jours et moins, trois jours ou quatre jours, comparés à des séjours d'au moins cinq jours (Liu, et al., 2002 ; Belfort, et al., 2010). D'un autre côté, pour les accouchements par voie basse, une méta-étude montre qu'une sortie précoce ne présente pas un risque plus élevé de réadmission, lorsqu'un suivi à domicile était organisé. De plus, 90% des mamans sorties précocement étaient satisfaites de leur expérience (Clapp, et al., 2016). Comme le montrent quasi toutes les études à ce sujet, les mamans plus défavorisées ou d'une minorité ethnique sont plus à risque d'être réadmise post-partum (Clapp, et al., 2016 ; Benahmed, et al., 2017).

En tant que mutuelle, il nous est difficile de connaitre l'état de santé général de la maman et de regarder son influence sur la probabilité de réadmission. Il est vrai que les comorbidités comme l'hypertension ou le diabète sont des causes importantes de réadmission, il en va de même pour les infections. Le fait de fumer a aussi un impact (Clapp, et al., 2016). Bien des facteurs de risque de réadmission ne figurent pas dans les bases de données mutualistes (à quelques exceptions près, grâce à la consommation de médicaments en lien avec certaines affections, comme le diabète). Des facteurs comme la durée d'hospitalisation, le fait d'accoucher par césarienne, l'âge et le statut social (le fait d'être bénéficiaire de l'intervention majorée) sont des informations bien disponibles dont nous ferons usage plus loin dans nos analyses. Néanmoins, les taux de réadmission des mamans étant fort bas, chacun de ses facteurs, aussi significatifs soient-ils, aura un impact mineur.

2.3. Facteurs influençant la réadmission des nouveau-nés : revue de littérature

2.3.1. La durée de séjour

Comme nous l'avons vu, la durée de séjour dans notre pays a diminué relativement fortement en près de 10 ans (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Si ce n'est pas une mauvaise nouvelle en soi, la littérature est assez unanime sur le fait qu'elle a une influence sur le risque de réadmission, quel que soit le motif de l'hospitalisation. En d'autres termes, laisser sortir ou demander à un patient de quitter « trop tôt » son lit d'hôpital augmente le risque que ce patient soit réadmis par rapport à la situation où on le laisserait « plus longtemps ».

Pour ce qui est des accouchements, la littérature étudie aussi les effets potentiels d'une sortie précoce. Encore faut-il s'entendre sur les mots. Il ne semble pas exister de définition stricte de la sortie précoce. Elle dépend, en effet, du système de soins en place et de la durée considérée comme « normale » d'une admission en maternité.

Une étude de 2014 pour la Belgique propose la définition suivante (utilisée également en France à l'époque) : les sorties précoces sont celles survenues avant J3 (J0 étant le jour de l'accouchement, J1 étant le 1er jour qui suit l'accouchement et J2 le second jour qui suit l'accouchement), quel que soit le type d'accouchement (Moreau, et al., 2014). Pour l'époque, c'était une définition assez large des sorties précoces : il est vrai qu'en Belgique, la durée d'hospitalisation en maternité était alors en moyenne de plus de quatre jours. La littérature internationale était, à la même époque, déjà plus restrictive quant au nombre de jours. Certains parlent de 30 heures après la naissance, d'autres de maximum 48 heures après la naissance ou de moins de deux nuits passées à l'hôpital (Liu, et al., 1997 ; Waldenström, et al., 1987 ; Tomashek, et al., 2006).

Les études sur le lien entre durée d'hospitalisation à la maternité et les réadmissions sont nombreuses. En faire l'inventaire ferait l'objet d'un article en lui-même. Nous allons tâcher de donner une vue équilibrée à cette question, en lien avec l'expérience belge. Certains sont favorables à la rentrée rapide à la maison pour la maman et son enfant, entre autres car il promeut le lien et l'attachement familial. Cependant, des inquiétudes ont également été exprimées concernant les inconvénients potentiels de la sortie précoce (Farhat, et al., 2011) :

1) L'allaitement peut potentiellement n'être instauré que le troisième jour post-partum ou plus tard.
2) Un certain nombre de conditions ne se manifestent que deux jours ou plus après l'accouchement.
   Selon une étude, près de la moitié des cas de morbidité majeure aiguë peut être identifiée dans les trois jours suivants la naissance (Heimler, et al., 1998).
3) Il y a moins de temps pour aider la mère à allaiter, à s'occuper de son nouveau-né et à prendre soin de sa propre santé.

Une étude pour le Canada rapporte que « les taux de réadmission néonatale ont augmenté de 27,3 pour 1.000 en 1989/90 à 38,0 pour 1.000 en 1996/97, alors que la durée moyenne du séjour à l'hôpital à la naissance a diminué de 4,2 jours à 2,7 jours pendant la même période. L'augmentation du taux de réadmission était plus évidente pour la déshydratation et la jaunisse. Les provinces et territoires où la durée du séjour à l'hôpital à la naissance a diminué présentaient généralement un taux de réadmission néonatale plus élevé et un âge plus précoce à la réadmission » (Liu, et al., 2000, p. 46, notre traduction).

Une autre étude canadienne sur des nouveau-nés en bonne santé montre que les renvoyer à la maison dans les 30 heures suivants leur naissance augmente les probabilités de réadmission de 22% (Liu, et al., 1997). Une étude en Californie montre quant à elle que des séjours de 24, 36 ou 48 heures ne semblaient pas causer des réadmissions plus fréquentes. Par contre des séjours de plus de 72 heures tendaient à les diminuer (Soskolne, et al., 1996). Une étude pour tous les États-Unis montre que des séjours de moins de 72 heures étaient un facteur de réadmission dans les 10 premiers jours de la vie (Paul, et al., 2006). D'autres études vont dans le même sens (par exemple, Datar, et al.2006). Il va de soi que chacune de ces études prend également en compte d'autres facteurs ayant potentiellement un lien avec les réadmissions, comme nous allons le voir plus bas.

Néanmoins, la littérature n'est pas totalement d'accord. Certains pensent que derrière la durée de séjour se cachent des facteurs non-observables ou d'autres facteurs plus importants. Par exemple, une étude montre que si les soins post-partum et le suivi à la maison sont bien organisés et respectés, la diminution du séjour ne devrait pas poser de problème (Edmonson, et al., 1997). Une autre étude pour le Canada va dans ce sens (Johnson, et al., 2002). Une étude pour l'État de Washington a calculé la probabilité prédite de réadmission pour les nouveau-nés avec séjour de 39 heures (la moyenne parmi les nouveau-nés accouchés par voie vaginale dans l'échantillon) et l'a comparée à la probabilité prédite de réadmission pour les nouveau-nés avec séjour de 51 heures (soit une augmentation de 12 heures). Les résultats des modèles indiquent qu'une augmentation de 12 heures de la durée moyenne du séjour post-partum réduirait le taux de réadmission mais seulement de 0,6 point de pourcentage (Malkin, et al., 2000). Intervenir sur cette seule variable semble dans cette perspective assez peu efficace si l'on veut réduire le nombre de réadmissions. Dans une étude récente, Harron, et al. (2017) montrent qu'en moyenne, des durées de séjours plus importantes n'étaient pas associées à des risques de réadmission plus faibles, pour les deux types d'accouchements, bien que c'était le cas pour les bébés prématurés nés d'un accouchement par voie basse.

Pour conclure, il est important de noter que l'augmentation du risque de réadmission devrait se concentrer, selon la littérature, sur des durées de séjour très faibles (de l'ordre de un ou deux jours en général, parfois trois mais rarement) comme le montre un article pour le Canada, où 83,8% des réadmissions sont survenues chez les nourrissons sortis dans les deux premiers jours suivant un accouchement par voie basse et 81,7% chez les nourrissons sortis dans les 3 premiers jours après une césarienne (Metcalfe, et al., 2016). Il semble donc clair que se concentrer sur ces séjours de un ou deux jours soit pertinent.

2.3.2. Les autres facteurs

a) Le suivi postnatal

Comme le rappelle le Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE) dans son étude sur les soins postnatals en Belgique, il y a différents inconvénients aux soins à domicile vu les évolutions de la famille en Belgique et plus généralement en Europe occidentale, qui limitent généralement les ressources d'aide informelle pour les mamans et leur conjoint (par exemple : la faible disponibilité des grands-parents) (Benahmed, et al., 2014, p. 9).

Une étude réalisée en Suisse montre qu'il n'y a pas de différences significatives entre les taux de réadmission pour deux groupes de patientes ayant eu pour l'un une sortie précoce et des soins postnataux par une sage-femme à la maison et pour l'autre des soins traditionnels durant un séjour en maternité plus important (Petrou, et al., 2004). Une autre étude suisse montre que les patientes ayant été davantage traitées à la maison étaient plus satisfaites de leurs soins. Malheureusement, bien que l'étude conclue que les sorties précoces accompagnées de soins à domicile sont une alternative acceptable aux séjours « prolongés », les taux de réadmission des enfants à 6 mois étaient 2,5 fois plus importants pour les nouveau-nés soignés principalement à la maison (Boulvain, et al., 2004).

Une étude en Espagne montre que si le suivi à domicile est réalisé, il n'y a pas de différences dans les réadmissions des enfants, comme celles des mamans, alors que la satisfaction des mamans est plus importante lorsqu'elles peuvent sortir précocement de la maternité. Cette étude pointe également le coût réduit d'un tel système de soins par rapport à une hospitalisation prolongée (Bueno, et al., 2005). Néanmoins, malgré un suivi postnatal à domicile correct, il y a quand même un risque que les recommandations soient moins bien suivies à la maison qu'à l'hôpital, induisant un risque plus élevé que leur nouveau-né soit réadmis (Cottrell, et al., 1983).

Si on prend en compte ces remarques, les soins postnatals semblent indispensables afin de prévenir tout problème et de familiariser les personnes qui s'occupent de l'enfant avec les soins aux nouveau-nés. Et comme la durée de séjour à la maternité ne fait que diminuer, il est évident que cela devra se faire à la maison.

b) Type d'accouchement

Comme pour les mamans, les césariennes sont potentiellement plus risquées pour le bébé et peuvent provoquer, dans certaines conditions, plus de retours à l'hôpital. Néanmoins, la littérature n'est pas claire à ce sujet (Martens, et al., 2004). Tous rappellent que c'est un facteur de risque parmi beaucoup d'autres et que l'influence de ce facteur, malgré qu'il soit très significatif, n'a qu'un impact mineur : ce sont, en effet, les comorbidités de la maman qui semblent être prépondérantes à cet égard. Une étude au Canada, menée entre 2003 et 2010, montre, par exemple, qu'avec des séjours plus longs observés pour les accouchements par césarienne (trois jours en médiane contre un pour la voie basse), les réadmissions de bébés nés par césarienne sont même plus faibles que ceux nés par voie basse (4,5% contre 2,5% du total des naissances) (Metcalfe, et al., 2016).

c) Les caractéristiques socio-économiques

La précarité, en général, est associée à une moins bonne santé. Toute chose étant égale par ailleurs, il semble logique que les mamans défavorisées aient une probabilité de réadmission plus élevée, peu importe la cause de l'hospitalisation de base. La réalité rejoint malheureusement la logique. En effet, « de nombreuses études confirment que les patients à faible revenu, à faible niveau d'éducation, à faible niveau d'instruction en matière de santé ou à soutien social déficient, ou ceux appartenant à une minorité ethnique, présentent un risque plus élevé de réadmission » (Braet, 2016, p. 6, notre traduction).

Il paraîtrait également logique que les nouveau-nés subissent les conséquences négatives d'être nés dans une famille modeste et que ceux-ci soient plus fréquemment réadmis. Dans une étude dans la province du Manitoba au Canada, 4% des bébés nés entre 1997 et 2001 (N = 60.000) ont été réadmis, généralement pour des problèmes respiratoires, dans les six semaines après la naissance. Le facteur de risque le plus important en termes d'impact était le fait d'être né dans une famille faisant partie des trois derniers quintiles de revenus (Martens, et al., 2004).

d) Les grossesses dites « à risque »

Le KCE recourt à divers critères afin de déterminer les grossesses dites « à risque » : l'âge (moins de 18 ans, plus de 40 ans), la présence de comorbidités préexistantes (diabète, hypertension, maladie de Crohn, etc.), le fait que les mamans ont bénéficié de séances de sage-femme dédiées à la grossesse à risque ou de la présence d'un pédiatre lors de l'accouchement en raison d'une grossesse à risque. En appliquant ces critères, le KCE estime que la proportion de grossesses à risque est de l'ordre de 20% (pour la période 2010 à 2016).

Par rapport au critère d'âge, la littérature rapporte que c'est un facteur qui peut être associé à des réadmissions plus importantes mais indirectement. Par exemple, comme cité plus haut, les politiques de sorties précoces touchent (ou devraient toucher) plus les mamans d'un âge plus avancé, qui soit ont déjà eu un enfant, soit déclarent disposer des capacités ou aides nécessaires à un retour serein pour elles et leur(s) enfant(s) (Oddie, et al., 2005). Renvoyer dans cette perspective précocement une jeune maman sans savoir si elle dispose de l'aide nécessaire à la maison augmentera certainement le risque de réadmission du bébé. D'un autre côté, les grossesses deviennent plus à risque à un âge avancé, ce qui cause, comme vu plus haut, un risque plus grand de réadmission de la maman.

Pour les autres éléments pris en compte par le KCE, il est évident qu'ils dénotent une santé plus précaire. Que ces éléments aient un effet positif sur la probabilité de retour de la maman, c'est à priori une évidence. Qu'ils aient un effet sur les réadmissions des bébés, c'est moins clair.

e) Le prestataire et l'hôpital (et la culture des soins en général)

Il semble évident que la décision du prestataire est centrale dans la décision de faire sortir ou non le patient à une date avancée ou plus tardive. Chaque médecin a une perception propre du risque encouru (ou de l'absence de risque) de faire sortir quelqu'un à une date donnée. Cette décision peut être influencée par l'état de santé (ou, moins souvent, les caractéristiques socio-économiques) du patient ou la présence d'un suivi à domicile. Ainsi, si l'on doit parler de la Belgique, des différences régionales et provinciales existent pour ce qui est des sorties précoces. Cela a été montré avec des données de l'Agence Intermutualiste (AIM-IMA) de 2010 (Moreau, et al., 2014). Des différences régionales existent aussi par exemple aux États-Unis (Margolis, et al., 1997).

De plus, la culture de l'hôpital semble importante et dans ce cas-ci, la culture de la durée de séjour. En effet, de tout temps, tous les hôpitaux en Belgique ont des durées de séjour moyennes ou médianes différentes (pour les accouchements par voie basse ou accouchements par césarienne), bien qu'ils soient tous incités à diminuer la durée de séjour. Chaque hôpital (et prestataire) a également une culture quant à l'opportunité ou non de pratiquer des césariennes. Des différences existent également à ce niveau, depuis toujours, comme le montrent les données de l'Agence Intermutualiste, qui sont difficilement explicables par des différences de profil des patientes, vu l'étendue de ces données dans le temps (voir l'Atlas de l'Agence Intermutualiste ; Stordeur, et al., 2016). En bref, le prestataire et l'hôpital ont une influence sur les sorties précoces, toute chose étant égale par ailleurs. Certains hôpitaux considèrent qu'une sortie est précoce à un jour, d'autres à trois, même si cela n'est pas explicite (et difficile à savoir). Nous reprendrons donc une définition fixe de sortie précoce (deux jours pour accouchement par voie basse, trois jours maximum pour les césariennes).

2.3.3. Facteurs inobservables avec les données mutualistes

S'il fallait encore insister, beaucoup de facteurs (la majorité ?) influençant la réadmission des bébés sont inobservables avec nos données mutualistes. Comme nous avons vu plus haut, une grossesse compliquée donne un risque plus élevé de réadmission des bébés.

Néanmoins, les vrais facteurs de bonne santé des bébés nous sont inconnus et ils sont prépondérants dans le risque de réadmission ou non. En effet, la littérature est unanime (ou presque) pour dire que la jaunisse ou les problèmes de nutrition sont les premières causes de réadmission des enfants (Schiltz, et al., 2014). Par exemple, dans une étude sur les États-Unis, entre 2000 et 2010, quelques 300.000 enfants sont nés à l'hôpital et plus de 5.000 ont été réadmis dans les premiers 28 jours de leur vie (17,9 pour 1.000) : 41% avaient des problèmes de nutrition, 35% avaient la jaunisse et 33% avaient des problèmes respiratoires ; les bébés nés prématurément étaient les plus à risque en général (Young, et al., 2013) et parmi ceux-ci, les bébés nés entre 34 à 38 semaines de gestation sont quant à eux plus à risque d'être réadmis pour une jaunisse ou des problèmes de nutrition (Jones, et al., 2016). Le fait que la maman ait le diabète ou de l'hypertension est un facteur de risque pour la réadmission des nouveau-nés (Paul, et al., 2006).

Ce sont des facteurs parmi beaucoup d'autres, aussi nombreux que sont les problèmes de santé potentiels chez une femme ou un nouveau-né, et propres à chaque individu. Il serait inutile de les lister tous ici. Il convient de garder à l'esprit que ces facteurs sont liés aux réadmissions et qu'ils se cachent derrière les facteurs observables présentés plus haut. Comme expliqué ci-dessus, par exemple, une durée de séjour trop brève empêcherait potentiellement d'observer les problèmes de santé latents dans les premiers jours de la vie d'un enfant (si on avait pu les observer, on aurait gardé l'enfant pour le soigner).

3. Méthode d'analyse et définitions

3.1. Description générale de la population étudiée

Nous étudions le même groupe de 430.000 mamans (c'est-à-dire, entre 41.000 et 45.000 par année) que pour l'article sur la durée de séjour (voir le point 4 de Vandeleene & Avalosse, 2021b). Pour ces mamans, ayant accouché au cours de la période 2010 à 2019, nous recherchons les bébés connus dans nos bases de données[2] (il doit y avoir correspondance sur les critères suivants : bébé et maman vivent à la même adresse, la date de naissance du bébé doit être égale à la date d'accouchement de la maman). Nous trouvons ainsi près de 400.000 bébés (entre 35.000 et 38.000 par année), membres de la MC, auxquels on peut attribuer à chacun sa maman, pour laquelle l'accouchement est bien identifié. C'est par rapport au séjour en maternité relatif à cet accouchement qu'on examinera s'il y a eu ou non réadmission (de la maman et/ou du bébé).

Plusieurs cas de figure sont possibles, tant pour les mamans que pour les bébés.

- **Le Schéma 1 décrit le processus d'analyse pour les mamans et bébés retenus dans notre étude.** En fait, on vise les cas simples, « classiques » où la fin du séjour en maternité correspond à la fin de l'hospitalisation de la maman ; où maman et son enfant retournent à la maison. Cela nous permet de « coller » au bébé les données du séjour de l'accouchement de sa maman.
  On va alors pouvoir examiner dans quelle mesure des soins postnataux ambulatoires ont été délivrés dans le mois qui suit la date de sortie de la maman. Et c'est également à partir de cette date qu'on détecte l'éventuelle réadmission de

2. Tous les bébés issus de ces accouchements ne figurent pas nécessairement dans nos bases de données. Si le bébé est à charge d'un titulaire non membre de la MC alors nous ne le verrons pas apparaître dans les bases de données de la MC.

la maman et/ou de son bébé (dans le mois qui suit la date de sortie de la maternité). Cette réadmission peut se faire dans le même hôpital où la maman a accouché, mais aussi dans un autre hôpital, quel que soit le service d'admission.

- **Le Schéma 2 décrit les cas de figure qui n'ont pas été retenus dans notre étude.** Ce sont les cas plus complexes. Pour la maman, c'est le fait qu'elle est sortie de la maternité et a été transférée ensuite dans un autre service ou dans un autre hôpital. Pour le bébé, c'est le fait d'avoir dans nos bases de données un séjour hospitalier qui lui est propre : il a été transféré dans un autre service de l'hôpital ou vers un autre hôpital, avant ou le jour même où sa maman quitte la maternité (les prématurés, par exemple).

Attention, les cas de figure sont dissociés les uns des autres : le bébé et la maman figurant dans le Schéma 2 ne sont pas forcément associés (ce n'est pas le bébé de la maman du schéma). Nous excluons ces cas « non-classiques » de notre analyse car, d'emblée, on peut avoir un doute sur la santé de la maman et/ou du bébé (très probablement un problème de santé a été détecté durant le séjour en maternité). Ne pas exclure ces situations pourrait alors conduire à une surestimation des taux de réadmission. Nous donnons à l'Annexe 3 les volumes de mamans et bébés ainsi exclus de l'analyse.

Schéma 1 : Accouchements et bébés retenus dans l'analyse

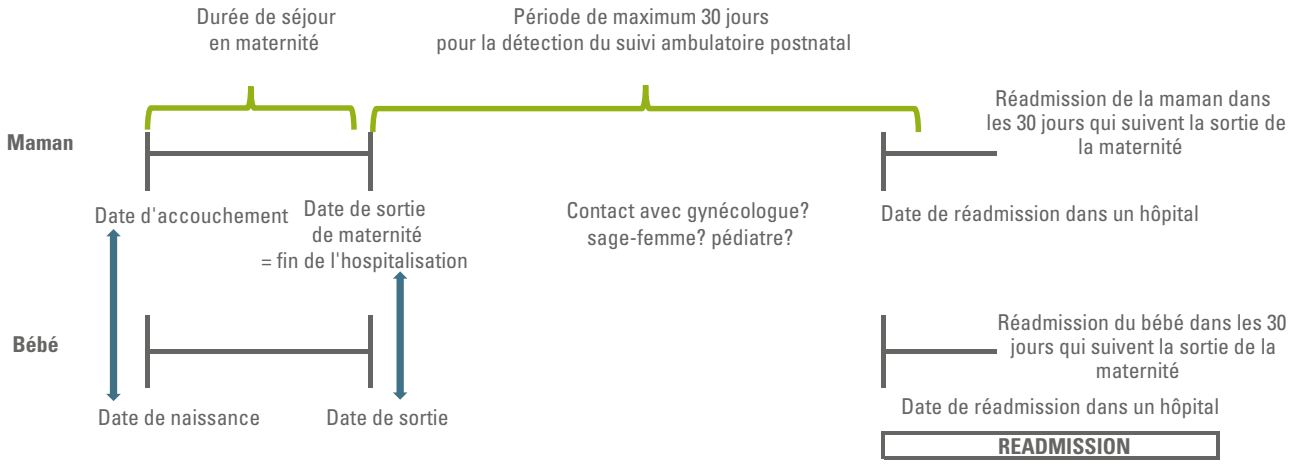
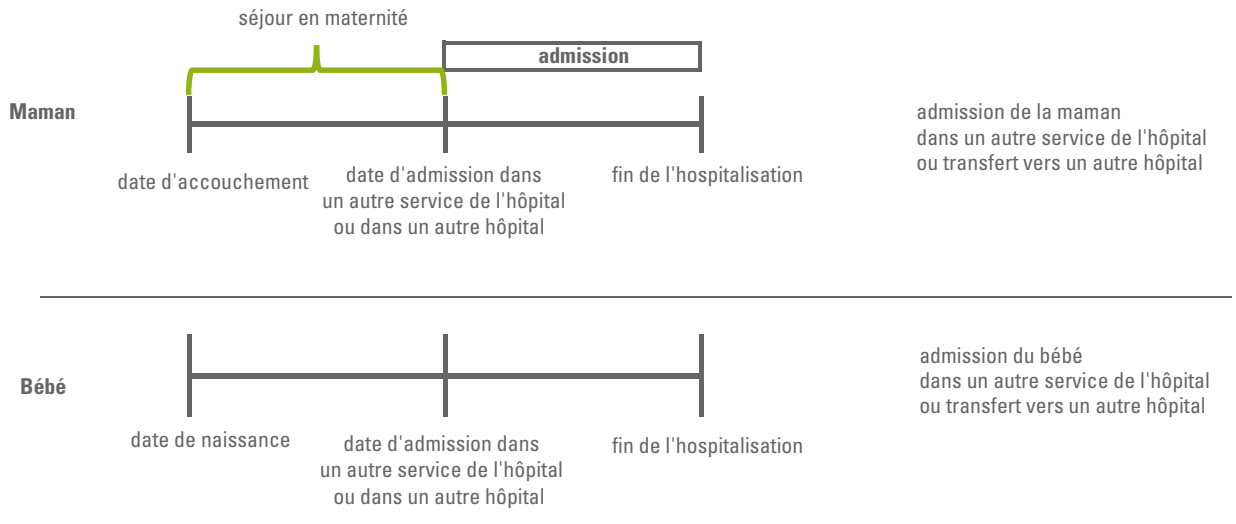


Schéma 2 : Accouchements et bébés non retenus dans l'analyse



3.2. Définitions et variables retenues pour l'analyse

Pour les accouchements retenus (ceux décrits dans le Schéma 1), nous décrivons plus avant les définitions appliquées ainsi que les variables utilisées dans la présente analyse.

3.2.1. Durée du séjour en maternité

La durée de séjour prise en considération couvre la période entre la date du jour de l'accouchement et la date du jour de sortie de la maternité. C'est donc bien la période post-partum que l'on vise. Pour l'expliciter plus clairement, si la date d'accouchement est J0 et que la maman sort de la maternité en J3, alors la durée de séjour est de 3 jours (ce nombre correspond alors exactement au nombre de nuitées passées en maternité). En nous inspirant du projet ADELE (Moreau, et al., 2014), l'information sur la durée de séjour est résumée selon trois modalités : court, moyen et long séjour (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Définition des courts, moyens et longs séjours selon le type d'accouchement

Type de séjour	Voie basse	Césarienne
Court	2 jours et moins	3 jours et moins
Moyen	3 à 4 jours	4 à 5 jours
Long	5 jours et plus	6 jours et plus

3.2.2. Le suivi postnatal

Dans les 30 jours qui suivent la fin du séjour en maternité, nous détectons les contacts qu'on eut les mamans et les bébés avec les prestataires pour des soins postnatals (gynécologues pour les mamans, pédiatres pour les bébés, sages-femmes pour les deux). Sans surprise, les taux de suivi (soit le pourcentage de mamans et bébés ayant eu au moins un contact ambulatoire avec un de ces prestataires dans les 30 jours suivant la sortie de la maternité) sont en augmentation au cours de la période 2010-2019 (voir Tableau 2 et 3) : nous passons pour les mamans d'un taux de suivi de 45% à 88%, pour les bébés de 66% à près de 95%[3]. Nous n'arrivons néanmoins pas au même niveau de suivi que dans nos analyses précédentes (voir : Vandeleene & Avalosse, 2021a) vu que la période analysée est trois fois plus courte (un mois contre trois).

Malheureusement, voir une fois un prestataire semble insuffisant si on regarde ce que d'autres pays proposent. Si on prend une limite basse du nombre de contacts (trois contacts et plus en 30 jours), nous voyons que les taux diminuent sensiblement par rapport au taux de suivi global. En comparant les colonnes 1 et 2 des Tableaux 2 et 3, on peut déduire qu'en 2018-2019 près de 20% des mamans ont eu maximum deux contacts postnataux (avec une sage-femme et/ou avec un gynécologue) dans les 30 jours qui suivent la naissance. Du côté des bébés, pour ces mêmes années, ce sont près de 16 à 18% d'entre eux qui n'ont eu que maximum deux contacts (sage-femme et/ou pédiatre).

Tableau 2 : Suivi des mamans en ambulatoire postnatal dans les 30 jours après la sortie de la maternité

Année	(1) Taux de suivi (pourcentage de mamans) avec au moins un contact	(2) Taux de suivi (pourcentage de mamans) avec trois contacts et plus
2010	44,79%	21,16%
2011	47,11%	23,04%
2012	50,12%	24,91%
2013	51,78%	25,51%
2014	54,78%	27,68%
2015	63,53%	36,14%
2016	77,29%	50,51%
2017	82,27%	58,73%
2018	85,96%	64,03%
2019	88,40%	68,12%

Tableau 3 : Suivi postnatal des bébés en ambulatoire postnatal dans 30 jours après la sortie de la maternité

Année	(1) Taux de suivi (pourcentage de bébés) avec au moins un contact	(2) Taux de suivi (pourcentage de bébés) avec 3 contacts et plus
2010	66,16%	27,41%
2011	67,37%	29,45%
2012	69,56%	31,80%
2013	71,57%	32,93%
2014	73,60%	35,65%
2015	79,62%	45,30%
2016	88,31%	62,43%
2017	91,38%	70,64%
2018	93,48%	75,78%
2019	94,90%	79,37%

3. Nous nous limitons aux mamans et bébés décrits au Schéma 1.

Pour notre analyse des réadmissions en fonction du volume de contacts postnataux, nous aurons recours à trois catégories : aucun contact postnatal, de 1 à 2 contacts, 3 contacts et plus.

3.2.3. Type d'accouchement

Selon le type d'accouchement (par voie basse ou par césarienne), la littérature montre des différences dans les réadmissions des mamans et des enfants. Potentiellement, s'il est certain que l'accouchement par césarienne sera plus risqué pour la maman, c'est moins clair pour le bébé, bien que des études montrent des effets significatifs sur leur réadmission. C'est en tout cas une variable qu'il est important de prendre en compte.

3.2.4. Grossesse à risque

Nous utilisons la méthode du KCE afin de déterminer les grossesses dites « à risque », selon les critères suivants : âge, existence des comorbidités (hypertension, asthme, hépatites …), présence de diabète pré-gestationnel, signal d'un prestataire sur la possibilité d'une grossesse à risque (Benahmed, et al., 2019)[4].

Dans notre échantillon de mamans ayant accouché de 2010 à 2019, nous avons identifié :

- 9.496 femmes plus jeune que 18 ans et âgée d'au moins 41 ans ;
- 66.809 femmes ayant consommé des médicaments liés aux comorbidités listées par le KCE ;
- 295 femmes ayant un passeport diabète ;
- 16.155 femmes diagnostiquées à risque par des prestataires de soins.

Au total, des femmes pouvant se retrouver dans plusieurs groupes, 86.369 couples « maman-date d'accouchement » ont été qualifiés dans nos données comme ayant eu une grossesse « à risque ». Le pourcentage de grossesses à risque par rapport au nombre total de grossesses identifiées dans notre étude est en constante augmentation : on passe de 15,6% en 2010 (7.149 membres MC) à 22,0% en 2016 (9.528) et 25,8% en 2019 (10.668) (voir Tableau 4). Ce n'est pas une surprise vu les chiffres de l'étude du KCE qui présentent aussi une croissance de la proportion des grossesses à risque (de 17,0% en 2010 à 22,0% en 2016). Pour certaines années, les pourcentages de grossesses à risque des mamans MC sont moins élevés que ceux calculés par le KCE (nos mamans MC ayant accouché représentent environ 38% des accouchements identifiés par le KCE).

Tableau 4 : Les grossesses à risque pour les mamans de la MC (selon la définition du KCE)

Année	(1) % de membres MC ayant eu une grossesse à risque et ayant accouché à l'hôpital	(2) % de grossesses à risque selon les chiffres du KCE
2010	15,61%	16,96%
2011	16,26%	17,41%
2012	16,00%	18,26%
2013	16,80%	19,43%
2014	19,22%	20,33%
2015	20,84%	20,79%
2016	21,95%	21,99%
2017	23,24%	Pas de chiffres du KCE
2018	24,23%	
2019	25,83%	

3.2.5. Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée

Nous utiliserons le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) comme indicateur des caractéristiques socio-économiques en général. Ce statut est en effet accordé à des personnes ayant des revenus en-dessous d'un certain seuil. Avec ce statut, nous disposons d'une variable approchant la vulnérabilité socio-économique d'une personne.

Une proportion non négligeable des mamans faisant partie de notre étude sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), ce qui indique des revenus disponibles faibles. De plus, cette proportion augmente : on passe de 7,8% en 2010 à un peu plus de 12,3% en 2019.

3.2.6. Estimation du risque de réadmission

Pour rappel, nous sommes bien dans les cas simples décrits au schéma 1 présenté ci-dessus.

Par réadmission, nous entendons :

- **Pour les mamans** : tout retour à l'hôpital d'une patiente ayant séjourné en maternité, au minimum le lendemain de son départ de la maternité, et maximum dans 30 jours après son départ à la maternité.

4. Les détails de tous les codes de nomenclature utilisés, ainsi que les codes ATC permettant d'identifier les classes de médicaments utilisés pour le traitement des comorbidités retenues, figurent dans les annexes du supplément au rapport du KCE, disponible sur le site web du KCE. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_326_Prenatal_care_Supplement.pdf (à partir de la page 299)

- **Pour les bébés** : tout retour à l'hôpital d'un bébé dont la maman a séjourné en maternité, au minimum le lendemain du départ de la maman et du bébé de la maternité, et maximum 30 jours après le dernier jour du séjour de la maman en maternité.

Pour estimer le risque de réadmission, nous calculons les taux de réadmission de la façon suivante :

- **Pour les mamans** : il s'agit du pourcentage de mamans réadmises au moins une fois (selon la définition donnée plus haut) sur le total des mamans ayant accouché, sans tenir compte des mamans ayant été « admises » (on vise la première situation décrite au Schéma 2). Ceci afin d'éviter de prendre en compte des mamans pour lesquels un problème potentiel de santé a été détecté (d'où l'admission dans un service hospitalier dès la sortie de maternité).

- **Pour les bébés** : c'est le pourcentage de bébés réadmis au moins une fois (selon la définition donnée plus haut) sur le total des bébés nés, mais en excluant les bébés ayant été « admis » et les bébés dont les mamans ont été « admises » (on vise les deux situations décrites au Schéma 2). Ceci afin d'éviter de prendre en compte les bébés pour lesquels un problème potentiel de santé a été détecté (d'où leur admission dans un service hospitalier).

Dans la suite de l'article, nous allons toujours faire une analyse à la fois des nombres absolus de réadmissions et des taux de réadmission. En effet, il est intéressant d'avoir une idée des réadmissions en nombre absolu, pour donner une idée de l'importance du phénomène. Néanmoins, sur 10 ans, toutes les variables évoluent, parfois fortement. Il vaut donc mieux comparer les taux que les nombres absolus afin de ne pas avoir une mauvaise image des réadmissions.

3.2.7. Validité des taux de réadmission

Notre but n'est pas d'expliquer les réadmissions, mais bien d'évaluer leur importance d'une manière globale et de montrer l'influence de certains facteurs, identifiés grâce à la revue de la littérature ci-dessus, sur la réadmission (ainsi que leurs évolutions).

Notre population de base était 430.000 mères et 400.000 bébés. Même après les exclusions (décrites au Schéma 2 : soit environ 200 mamans par année, ± 3.000 bébés par année), les volumes globaux de mamans et de bébés pris en considération sont suffisamment importants pour que nos résultats soient considérés comme robustes.

De plus, nous calculons les intervalles de confiance des taux de réadmission (voir l'Annexe 4 pour l'interprétation de ces intervalles). Plusieurs méthodes ont été développées pour calculer cela[5]. Nous appliquons, ici, la méthode de score de WILSON avec correction de continuité (Wilson,1927 ; Yates, 1934 ; Ghosh, 1979), vu ses avantages (Newcombe, 1998 ; Tobi, et al., 2005 ; Tsai, et al., 2008), pour des intervalles de confiance à 95%.

La validité ou plutôt significativité des taux présentés, ainsi que la significativité des différences entre ces taux, se déduit aisément en examinant dans quelle mesure **les intervalles de confiance se recoupent ou pas :**

1. **Entre les différentes catégories liées à un facteur explicatif (séjours courts-moyens-longs, par exemple).**

2. **Entre deux périodes (période 2010-2014 – période 2015-2019) mais pour une** même **catégorie (séjours courts, par exemple)**

3. **De plus, l'intervalle de confiance du taux considéré ne doit pas intercepter la valeur zéro.** Car, dans ce cas, on ne peut alors affirmer que le taux a une valeur significativement différente de zéro.

Une différence non significative veut simplement dire qu'il n'y a pas de différences significatives entre les périodes ou les catégories analysées. Mais cela indique bien quelque chose des évolutions que nous analysons ici. Imaginons, par exemple, que la différence entre le taux de réadmission pour la période 2010-2014 et celui pour la période 2015-2019 ne soit pas significative. Cela veut tout simplement dire qu'il n'y a pas eu de croissance (ou décroissance) significative, et que probablement, la politique de diminution de la durée de séjour en maternité n'a pas eu, à première vue, d'impact sur les réadmissions.

Dans les tableaux récapitulatifs en annexes (ainsi que les graphiques ci-après), nous présentons les résultats de l'analyse des intervalles de confiance (V si significatif).

5. Pour une présentation résumée et les formules, voir https://joseph.larmarange.net/?Intervalle-de-confiance-bilateral#nb14

4. La réadmission des mamans

4.1. Évolution et description des réadmissions

Pour les mamans, il semble que deux périodes fort distinctes se dessinent. Pour la période 2010 à 2014, les réadmissions sont constantes (voir Tableau 5). Ensuite, de 2015 à 2019, les chiffres montent sur un plateau. Pour les analyses suivantes, nous allons donc appliquer l'analyse sur deux périodes : « Avant » (période 2010-2014) et « Après » (période 2015-2019).

Tableau 5 : Taux de réadmission des mamans par année

Année	% de mamans réadmises parmi les mamans ayant accouché à l'hôpital
2010	1,12%
2011	1,09%
2012	1,14%
2013	1,12%
2014	1,06%
2015	1,20%
2016	1,28%
2017	1,28%
2018	1,31%
2019	1,23%
Croissance 2010-2019	9,63%

Si l'on regarde les évolutions entre les deux périodes, les différences, bien que significatives, sont ténues : le taux de réadmission passe de 1,11% pour la période 2010-2014 à 1,26% pour la période 2015-2019 (environ 500 mamans par année, 465 minimum et 554 maximum). Cela veut dire que 200 mamans supplémentaires ont été réadmises sur 5 ans, soit une différence de 40 mamans par année (sur 40.000 accouchements par année). Nous avons vu qu'il y a une croissance du nombre de grossesses à risque, des mamans avec statut BIM, entre autres. De plus, avec les données mutualistes disponibles, nous ne connaissons pas les causes médicales de ces réadmissions. Nous ne pouvons donc pas déterminer si la diminution de la durée de séjour en maternité est la cause principale de cette augmentation.

Pour information, la grande majorité (près de 95%) des réadmissions des mamans se concentrent dans trois services hospitaliers (chirurgie, maternité et traitement médical), avec des durées de séjour autour de trois jours (voir Tableau 6). Lorsque les séjours se font dans d'autres services, les séjours se rallongent énormément (19 jours en médiane, 34 en moyenne). Certaines mamans ont été réadmises plusieurs fois endéans les 30 jours après la sortie de la maternité ; dans le Tableau 6, nous comptons chaque réadmission comme une observation.

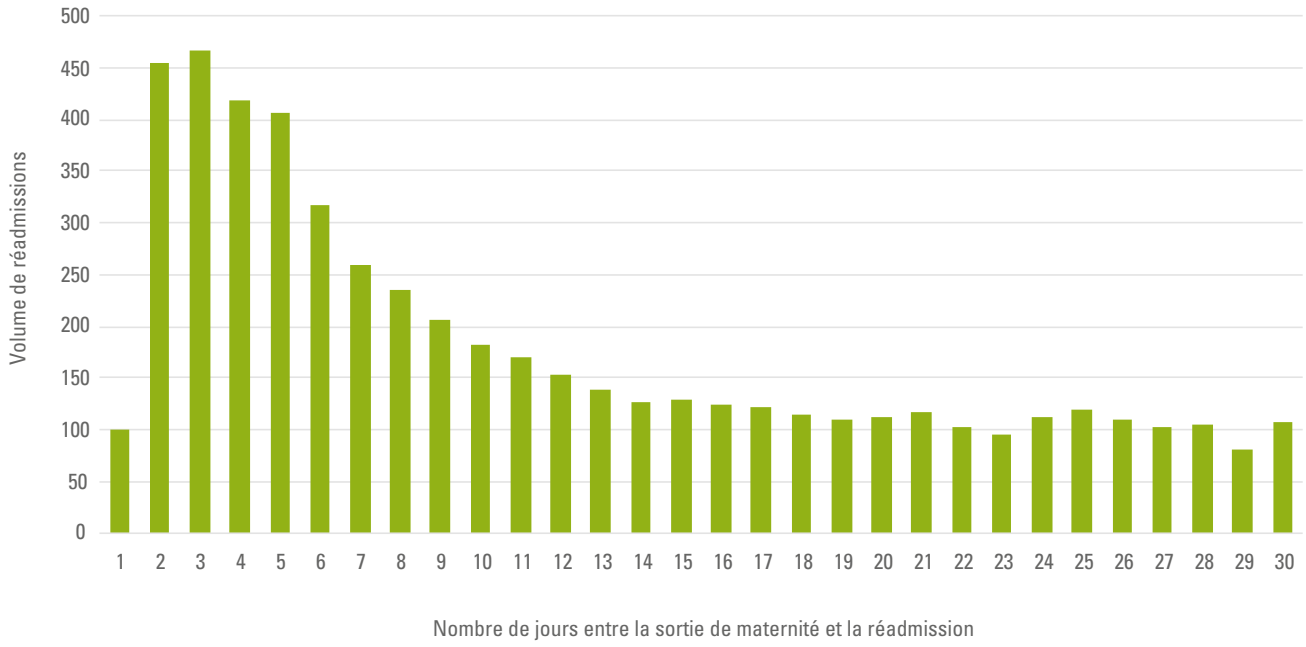
Quant au délai de réadmission (nombre de jours entre la sortie de maternité et la réadmission), nous voyons clairement que les premiers jours (hormis le lendemain de la sortie) sont cruciaux puisque c'est là que les réadmissions se font le plus souvent. Il semble donc important d'avoir un suivi au plus près les premiers jours après la sortie, ce qui est normalement le cas (voir Figure 1). Attention au fait qu'au plus on s'éloigne du jour de la sortie, au plus il y a de chances que la réadmission n'ait pas de lien avec l'accouchement initial.

Tableau 6 : Service de réadmission et durée de séjour de l'hospitalisation de réadmission des mamans (2010-2019)

Service	Nombre de réadmissions[6]	% du total	Médiane durée de séjour	Moyenne durée de séjour
Service de diagnostic et de traitement chirurgical	2.267	42,00%	2	3,1
Service de maternité	1.980	36,68%	3	3,2
Service de diagnostic et de traitement médical	872	16,15%	3	3,9
Autres services	279	5,17%	19	34,0
Total	5.398	100%		

6. Toutes les hospitalisations de réadmission sont prises en compte.

Figure 1 : Volume de réadmissions des mamans (2010-2019), en fonction du nombre de jours entre la sortie de maternité et la réadmission



4.2. Les réadmissions des mamans : analyse descriptive

Nous présentons ci-après les résultats pour les trois critères d'analyse suivants : la durée de séjour en maternité (court-moyen-long séjour[7]), le suivi postnatal, le statut social. D'autres analyses ont été effectuées et les résultats sont mentionnés à l'Annexe 1.

4.2.1. Selon la durée de séjour en maternité

Nous avons vu dans la littérature que la durée de séjour (et spécialement les courts séjours) est suspectée d'avoir un effet sur les réadmissions, spécialement dans le cas où il n'y a pas de suivi postnatal « complet » (même si c'est toujours en débat). Nous avons connu, ces dernières années, une diminution très importante de la durée de séjour en général, avec une croissance très importante des courts séjours (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Nous savons également que les mamans avec statut BIM ont plus de chance d'avoir un court séjour que les non BIM. Tout cela combiné, nous pourrions nous attendre à une croissance des réadmissions après un court séjour.

Ce n'est pas du tout le cas. Pour les courts séjours, on observe une diminution des taux de réadmission d'une période (2010-2014) à l'autre (2015-2019). Par contre, ce sont clairement les taux de réadmission suite à de longs séjours qui augmentent le plus, quel que soit le type d'accouchement. Regardons la Figure 2 relative aux accouchements par césarienne : en cas de séjour long en maternité, d'une période à l'autre, le taux de réadmission des mamans passe de 1,83% à 2,71%. Mais pour les courts séjours, les taux de réadmission passent de 1,95% à 1,62%. Il en va de même pour les accouchements par voie basse (Figure 3) : d'une période à l'autre, les taux de réadmission après un long séjour en maternité passent de 1,28% à 2,51%, tandis qu'en cas de séjour court, ces mêmes taux passent de 1,39% à 0,98%.

Une hypothèse est qu'au cours de la période 2010 à 2019, les courts séjours concentrent davantage des mamans pour lesquelles tout s'est bien passé (motivant leur sortie plus rapide) alors que les longs séjours deviennent l'apanage des mamans dont l'accouchement ou la grossesse furent plus difficiles (nécessitant un séjour plus long). De sorte qu'au final, la durée de séjour semble devenir un marqueur du risque de réadmission.

Tous les taux calculés sont significativement différents de zéro. Est-ce que l'évolution des taux de réadmission d'une période à l'autre est significative ? A la Figure 2, c'est le cas pour

7. Voir le Tableau 1 pour les définitions de court-moyen-long séjour.

les séjours longs et moyens, mais pas pour les séjours courts. A la Figure 3, pour les trois types de durée de séjour, l'évolution des taux de réadmission est significative. Considérant une période, est-ce que les taux de réadmission sont significativement différents d'une catégorie de durée de séjour à l'autre ? Pas forcément. Il faut regarder, au cas par cas, si les

Figure 2 : Taux de réadmission des mamans, selon la durée du séjour, pour les accouchements par césarienne, par période

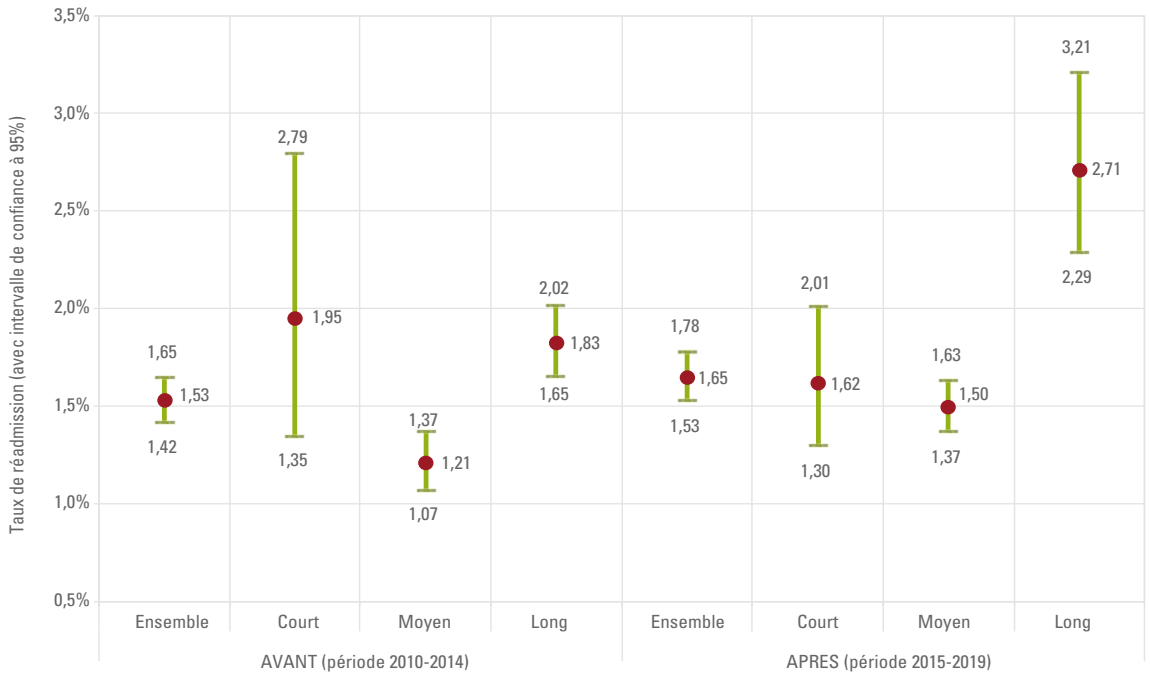
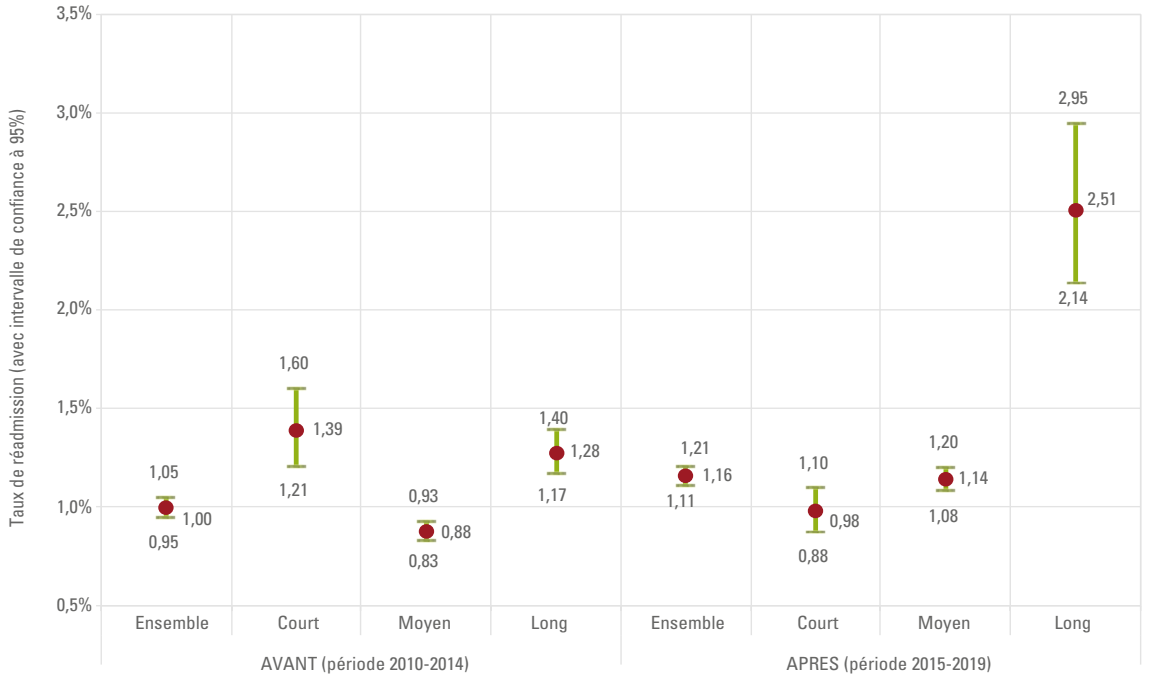


Figure 3 : Taux de réadmission des mamans, selon la durée du séjour, pour les accouchements par voie basse, par période



intervalles de confiance se chevauchent ou pas (voir Annexe 4). Par exemple, à la Figure 2, pour la période 2010 à 2014, les deux taux de réadmission à la suite de séjours courts et moyens en maternité ne sont pas significativement différents l'un par rapport à l'autre. Idem pour la période 2015-2019. Par contre, pour cette dernière période le taux de réadmission suite à des séjours longs est bien significativement différent des deux taux relatifs aux séjours courts et moyens.

4.2.2. Selon le suivi postnatal

Nous avons vu dans un article précédent (Vandeleene & Avalosse, 2021a) la croissance très importante (et très positive) du taux de suivi des mamans après l'accouchement. Nous avions fait l'hypothèse qu'un suivi en ambulatoire permettrait d'éviter une réadmission, vu que les gynécologues pourraient probablement traiter en ambulatoire les problèmes des mamans et les sages-femmes prévenir les problèmes des nouveau-nés et de leur maman (et renvoyer vers le prestataire compétent). Ce n'est pas ce qu'on voit dans nos données (voir Figure 4).

Quelle que soit la période, les mamans qui n'ont pas eu de suivi postnatal ont un taux de réadmission bien plus faible que celles qui ont eu au moins un contact postnatal (avec un gynécologue et/ou une sage-femme). Le volume de contacts postnatals joue également : les taux de réadmission de celles qui ont eu minimum trois contacts sont plus élevés que les taux de celles qui en ont eu seulement un ou deux. Il faudrait une analyse additionnelle, sous forme d'une enquête, auprès des mamans pour savoir pourquoi il en va ainsi.

Notons néanmoins que les taux de réadmission des mamans ayant eu un suivi postnatal, même minimal (un ou deux contacts), diminuent de façon significative d'une période à l'autre. Par contre, le taux de réadmission de celles qui n'ont pas bénéficié d'un tel suivi est en légère augmentation (mais cette dernière n'est pas significative).

4.2.3. Selon le statut social

Si on analyse le taux de réadmission des mamans selon qu'elles bénéficient ou non de l'intervention majorée (statut BIM), on constate plusieurs choses (voir Figure 5) :

- les mamans BIM sont plus souvent réadmises (relativement) que les non BIM ;
- les taux de réadmission croissent entre les deux périodes, plus fortement pour les BIM.

Les taux sont significativement différents de zéro et différents des uns des autres, entre les catégories (BIM versus non BIM) par période, mais pas entre les périodes pour les BIM.

Figure 4 : Taux de réadmission des mamans, selon le suivi postnatal

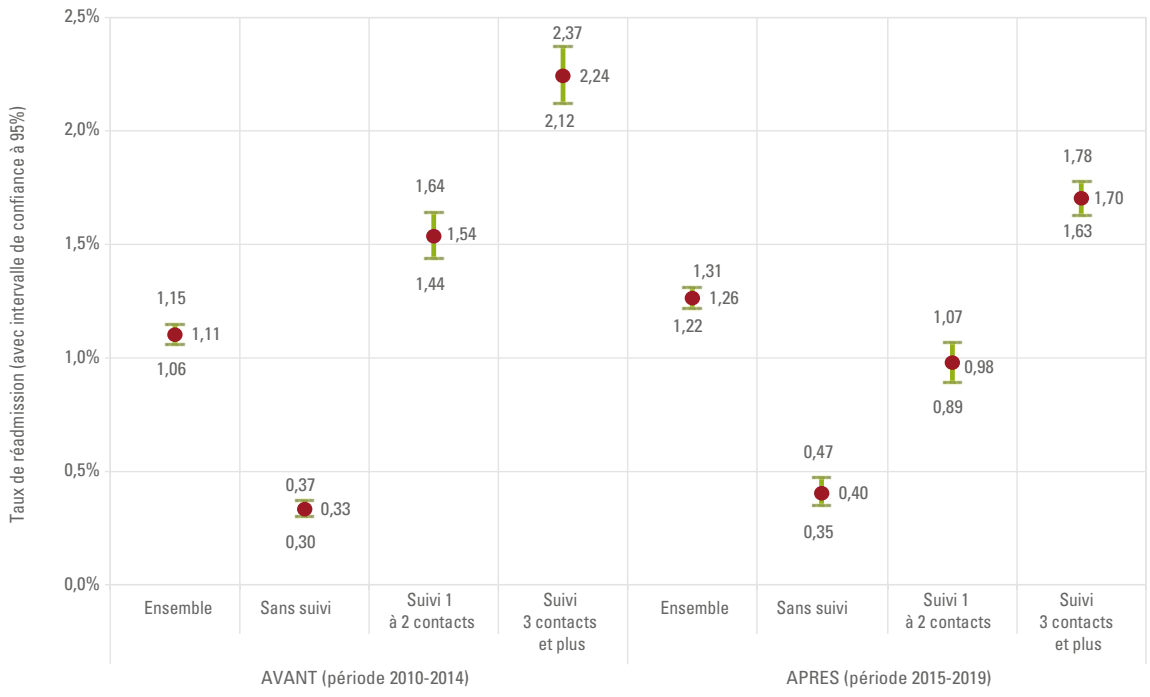
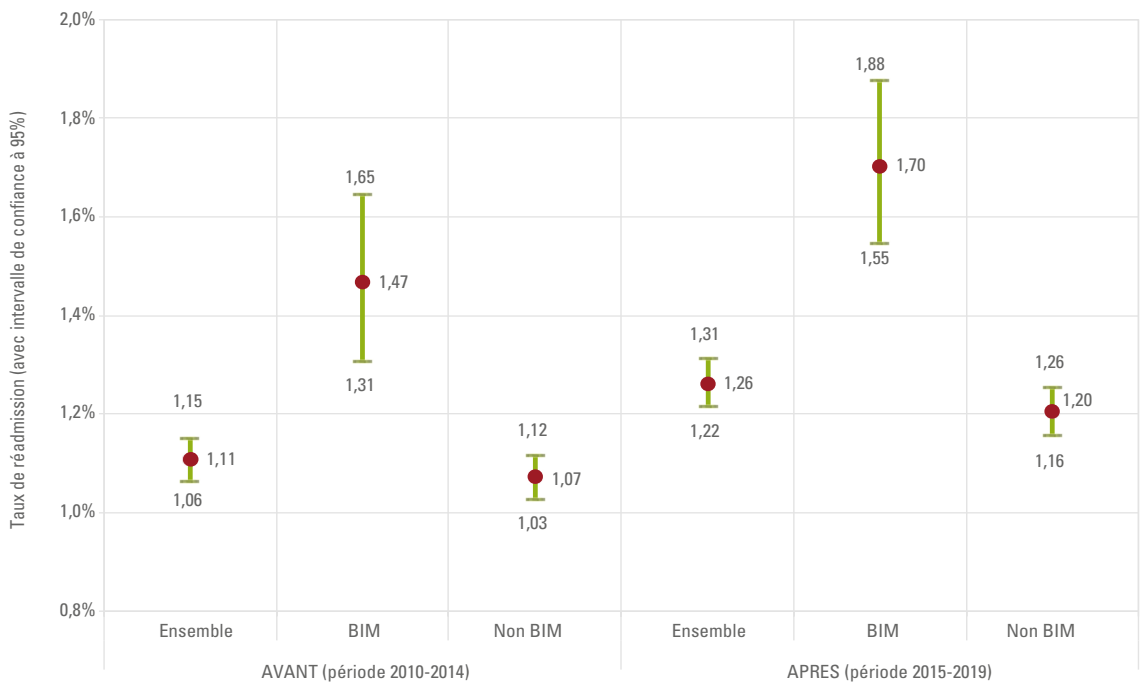


Figure 5 : Taux de réadmission des mamans, selon le statut BIM



4.2.4. Autres résultats

Nous avons produit d'autres résultats (non présentés graphiquement mais repris à l'Annexe 1), que nous résumons ci-après.

- Les mamans ayant eu une grossesse à risque ont un taux de réadmission plus élevé (période 2010-2014 : 1,48%, période 2015-2019 : 1,63%) que celui observé pour les autres mamans (période 2010-2014 : 1,03%, période 2015-2019 : 1,17%). D'une période à l'autre, on remarque que le taux de réadmission augmente de la même façon, que la grossesse soit à risque ou non.

- Si on calcule le taux de réadmission des mamans en fonction du nombre de jours précis passés en maternité, on voit se dessiner une sorte de courbe en « U », quelle que soit la période : on part de taux de réadmission pour les séjours d'une journée plus élevés que pour les 2-3-4 jours, puis les taux remontent pour arriver au maximum lorsque les séjours deviennent très longs (plus de 7 jours). Dans l'annexe, en ce qui concerne l'examen de la significativité de ces taux, on se limite à comparer le taux de réadmission relatif à un nombre de jours précis à celui relatif à la durée immédiatement supérieure : un jour versus deux jours, deux jours versus trois jours, etc.

5. La réadmission des bébés

5.1. Évolution et description des réadmissions

Comme pour les mamans, nous analysons ici la réadmission des bébés. Entre 2010 et 2019, il y a eu une forte croissance du taux de réadmission ainsi que du volume de réadmissions. Mais contrairement aux réadmissions des mamans, cette croissance semble être plus régulière sur toute la période bien qu'elle s'accélère dans la période 2015-2019, après l'introduction de la mesure de la ministre De Block (voir Tableau 7).

D'une façon générale, sur la période 2010 à 2014, le taux de réadmission des bébés est de 4,82%. Pour la période ultérieure, de 2015 à 2019, il s'élève à 5,89%. Cette augmentation est significative. En ce qui concerne le nombre absolu de bébés réadmis, on passe d'une moyenne annuelle de 1.838 bébés réadmis au cours de la période 2010-2014 à 2.109 bébés pour la période ultérieure, soit, en moyenne annuelle, près de 271 bébés supplémentaires qui sont réadmis. On voit également au Tableau 7, qu'il y a une croissance élevée de bébés réadmis entre 2015 et 2016 (plus de 10%). Le taux de réadmission augmente de façon importante entre 2010 et 2019 (33,6%).

Tableau 7 : Taux de réadmission des bébés par année

Année	% de bébés réadmis
2010	4,58%
2011	4,58%
2012	4,80%
2013	5,05%
2014	5,10%
2015	5,19%
2016	5,70%
2017	6,14%
2018	6,33%
2019	6,12%
Croissance 2010-2019	33,60%

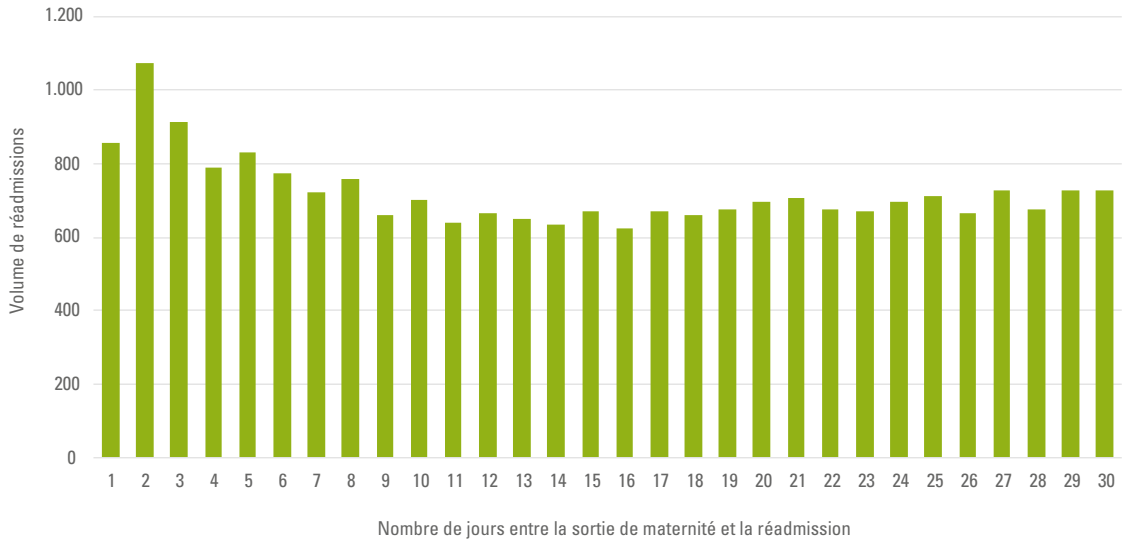
Si on doit parler des séjours lors de ces réadmissions, on constate que plus de 85% des bébés sont réadmis en pédiatrie[8]. Et force est de constater que ces séjours sont relativement longs : 3 jours pour la moitié de ces hospitalisations en pédiatrie et 4 dans un autre service. Les moyennes sont plus élevées (3,6 et 8,0 respectivement). Cela révèle tout de même que ces bébés ont des problèmes de santé sérieux ou, en tout cas, que les équipes médicales sont prudentes et surveillent assez longtemps leurs patients (voir Tableau 8).

Les réadmissions des bébés sont moins concentrées sur les premiers jours après la sortie de la maternité. Ils sont distribués de façon relativement homogène tout au long des 30 jours bien qu'il y ait un peu plus de réadmissions la première semaine. Comme pour les mamans, cela rappelle l'importance du suivi, tout au long de cette période cruciale, et d'autant plus durant les premiers jours qui suivent la naissance (voir Figure 6).

Tableau 8 : Service et durée des séjours lors de réadmissions des bébés (2010-2019)

Service hospitalier	Nombre d'hospitalisations de réadmission[9]	% du total	Médiane durée	Moyenne durée
Pédiatrie	18.753	86,58%	3	3,62
Autres services	2.907	13,42%	4	8,01

Figure 6 : Volume de réadmissions des bébés (2010-2019), en fonction du nombre de jours entre la sortie de maternité et la réadmission



8. Remarque : il y a plus de séjours que de bébés car certains bébés peuvent être réadmis plusieurs fois dans le délai de 30 jours.
9. Toutes les hospitalisations de réadmission sont prises en compte, certains bébés ayant été réadmis plusieurs fois.

5.2. Les réadmissions des bébés : analyse descriptive

Nous présentons les résultats pour les trois critères d'analyse suivants : la durée de séjour en maternité (court-moyen-long séjour), le suivi postnatal, le statut social. D'autres analyses ont été effectuées et les résultats sont mentionnés à l'Annexe 2.

5.2.1. Selon la durée de séjour en maternité

D'une façon générale, sans faire de distinction selon le type d'accouchement (voir Figure 7), les risques de réadmission selon la durée du séjour changent d'une période à l'autre :

- Pour les courts séjours, le taux de réadmission des bébés passe de 6,01% à 6,39%. Toutefois cette augmentation n'apparaît pas statistiquement significative.
- Pour les moyens séjours, le taux passe de 4,65% à 5,72%. Cette hausse est significative.
- Il en va de même pour les longs séjours où le taux passe de 5,08% à 7,42%.
- Remarquons également que pour la période 2010 à 2014, le taux de réadmission des bébés était significativement plus élevé en cas de courts séjours par rapport aux séjours moyens et longs de la même période. Par contre, pour la période ultérieure, ce n'est plus le cas : ce sont les longs séjours pour lesquels on observe un taux de réadmission des bébés significativement plus élevé que ceux relatifs aux courts et moyens séjours. À l'instar des mamans, une hypothèse est qu'au cours de la période 2010 à 2019, les longs séjours concentrent davantage des bébés nés d'un accouchement ou d'une grossesse plus difficiles (nécessitant un séjour plus long).

Les Figures 8 et 9 reprennent les taux de réadmission des bébés, selon la durée du séjour et selon le type d'accouchement (par voie basse, par césarienne). D'une façon générale, quelle que soit la durée de séjour, on observe que :

- Le taux de réadmission des bébés en cas d'accouchement par césarienne passe (significativement) de 5,15% (période 2010-2014) à 5,96% (période 2015-2019), ce qui représente une augmentation de 22% du taux de réadmission.
- Pour les accouchements par voie basse, le taux de réadmission augmente (significativement) un peu plus vite : on passe de 4,74% à 5,87% (soit une augmentation de 24%).
- En 2010-2014, le taux de réadmission observé pour les accouchements par césarienne (5,15%) est bien significativement supérieur à celui observé pour les accouchements

Figure 7 : Taux de réadmission des bébés, selon la durée du séjour, tout type d'accouchement, par période

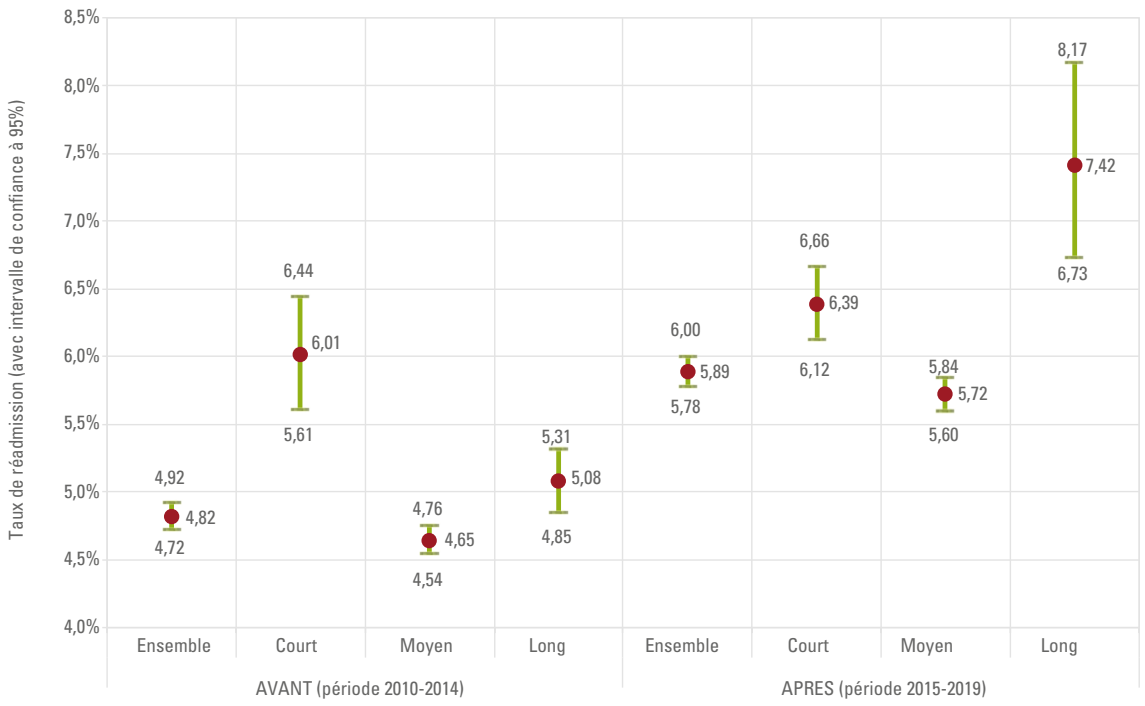


Figure 8 : Taux de réadmission des bébés, selon la durée du séjour, pour les accouchements par césarienne, par période

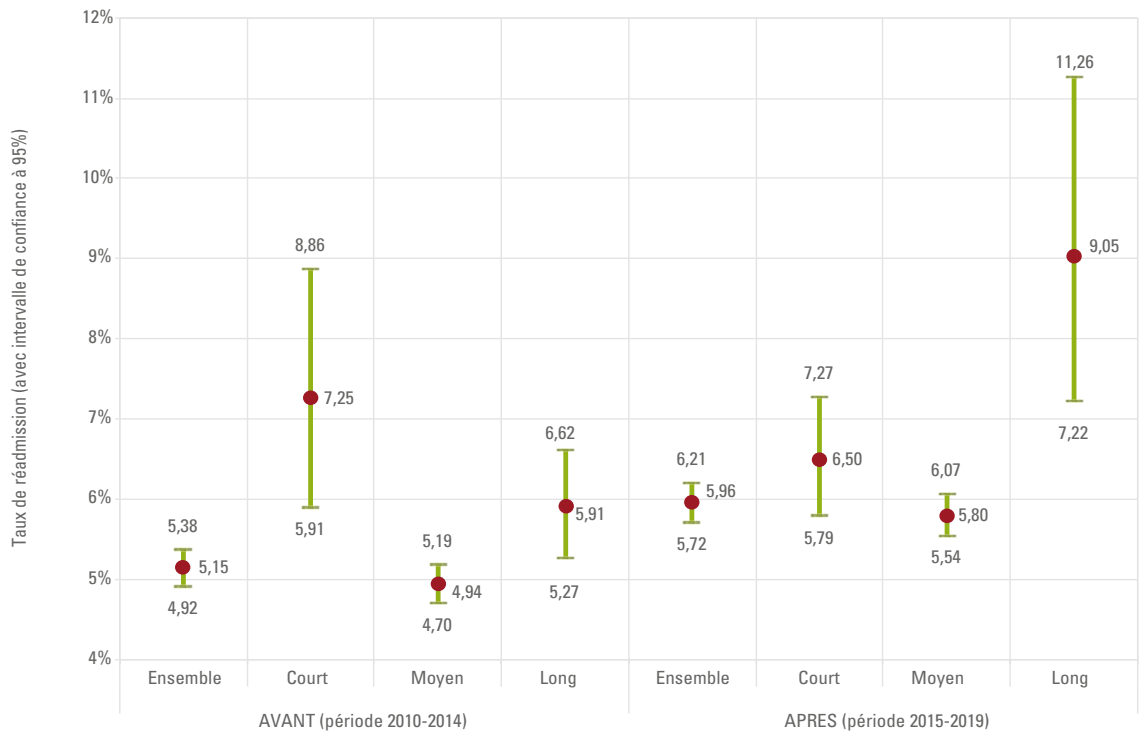
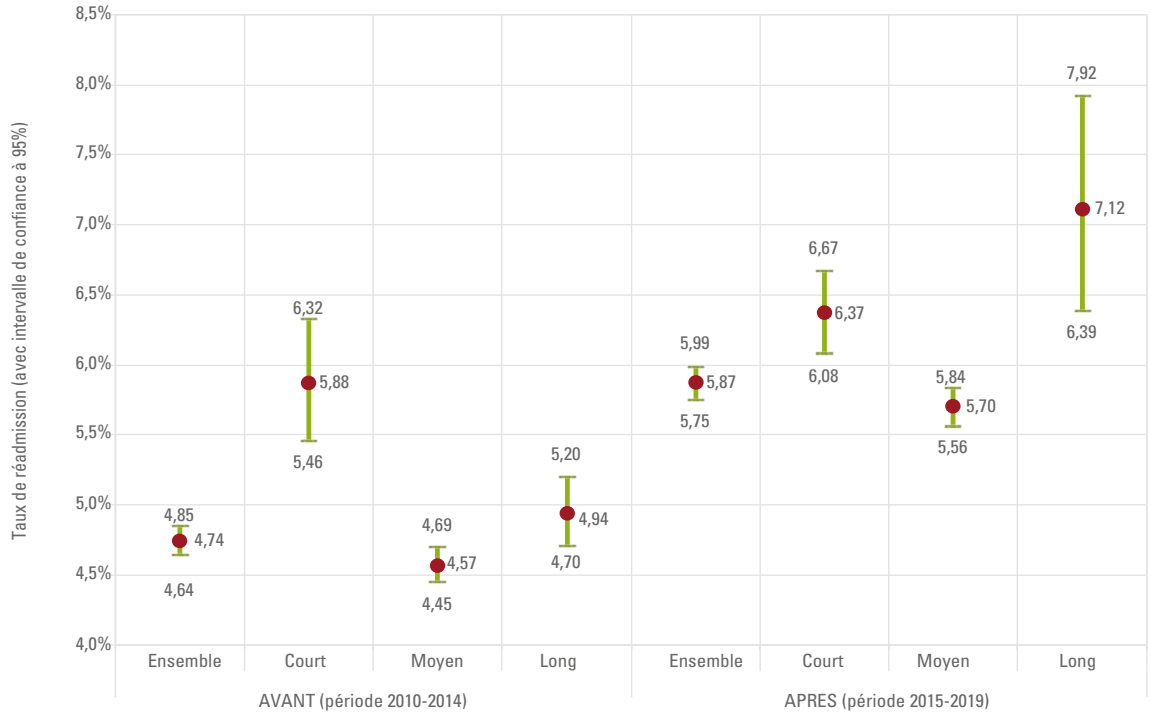


Figure 9 : Taux de réadmission des bébés, selon la durée du séjour, pour les accouchements par voie basse, par période



par voie naturelle (4,74%). Mais ce n'est plus le cas durant la période ultérieure : les taux observés selon que les accouchements se font par césarienne (5,96%) ou par voir basse (5,87%) ne sont pas significativement différents. Comme si, du point de vue du risque de réadmission des bébés, la différence entre type d'accouchement s'estompait.

Si on regarde selon le type d'accouchement, on observe que :

- D'une période à l'autre, les taux de réadmission augmentent de façon significative pour les moyens et longs séjours pour les deux types d'accouchements.

- Par contre, en ce qui concerne les courts séjours, il y a une divergence : en cas d'accouchement par césarienne, la tendance est à la baisse, tandis qu'elle est à la hausse pour les accouchements par voie basse. Toutefois, pas de conclusion hâtive, ces évolutions ne sont pas significatives.

5.2.2. Selon le suivi postnatal

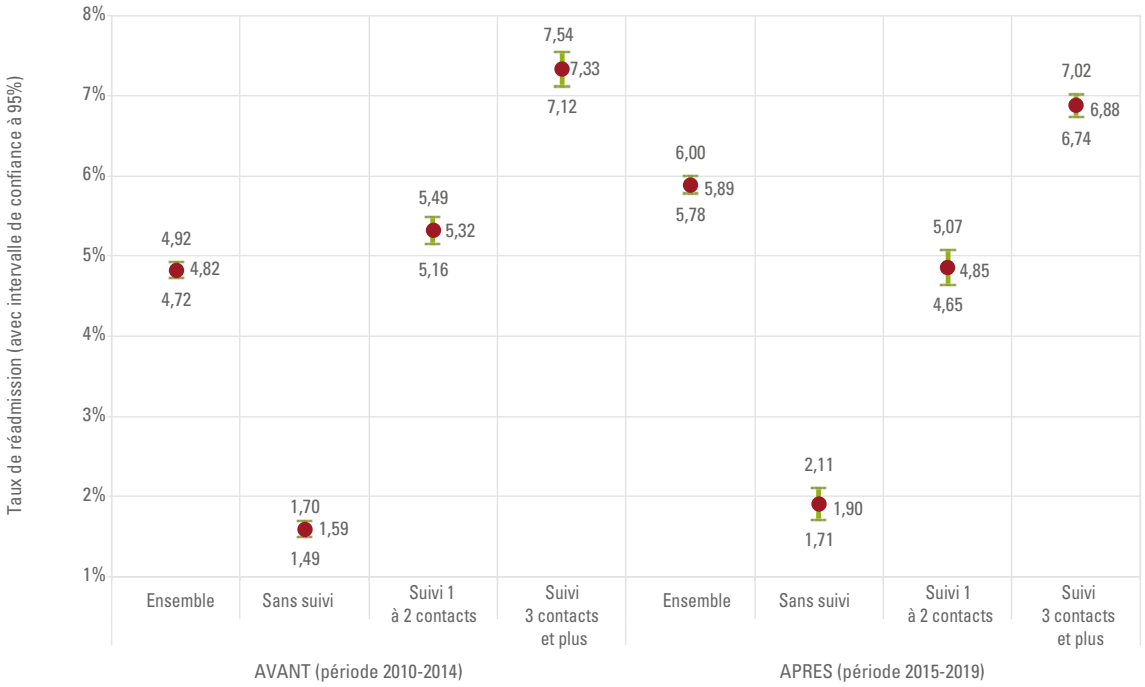
Comme pour les mamans, un résultat surprenant vient des taux de réadmission selon l'absence du suivi post-natal : un bébé dont la maman a été vue par une sage-femme et/ou qui a été vu par un pédiatre a trois fois plus de chance d'être réadmis qu'un bébé qui n'a eu aucun contact (voir Figure 10). C'est contre-intuitif car le fait de ne pas avoir été suivi ne peut pas constituer un facteur de protection contre le risque de réadmission. La différence de taux de réadmission est tellement grande entre bébés suivis et non-suivis qu'elle soulève bien des questions. Malheureusement, nous ne pouvons aller plus loin car nos données ne nous permettent pas d'identifier la cause de la réadmission.

Que peut-on observer encore ?

- Quelle que soit la période, le volume de contacts a également une influence : le taux de réadmission des bébés est significativement plus élevé s'il y a eu au moins 3 contacts par rapport aux bébés ayant eu un à deux contacts dans les 30 jours qui suivent sa naissance.

- D'une période à l'autre, le taux de réadmission des bébés sans suivi postnatal augmente significativement (de 1,59% à 1,90%). Par contre, pour ceux qui ont eu 1 à 2 contacts, 3 contacts et plus, les taux de réadmission sont significativement à la baisse (respectivement : de 5,32% à 4,85% et de 7,33% à 6,88%).

Figure 10 : Taux de réadmission des bébés selon l'absence de suivi postnatal ou non



5.2.3. Selon le statut social

Si l'on regarde l'évolution des réadmissions des bébés, selon le statut BIM de la maman, on arrive à peu de choses près aux mêmes évolutions que pour les mamans (voir Figure 11). Le statut social semble être un marqueur important pour les réadmissions :

- Le taux de réadmission des bébés BIM est significativement plus élevé que celui des bébés non BIM, quelle que soit la période. Grosso modo, les bébés BIM ont un surrisque d'être réadmis de près de 40% par rapport aux bébés non BIM (il y a une différence de 40% entre 6,54% et 4,66%, de 37% entre 7,74% et 5,65%).

- D'une période à l'autre, le taux de réadmission des bébés BIM augmente significativement : il passe de 6,54% à 7,74%, soit une augmentation de près de 18%.

- Pour les bébés non BIM, le taux de réadmission augmente également de façon significative : de 4,66% à 5,65%, soit une augmentation de 24%.

5.2.4. Autres résultats

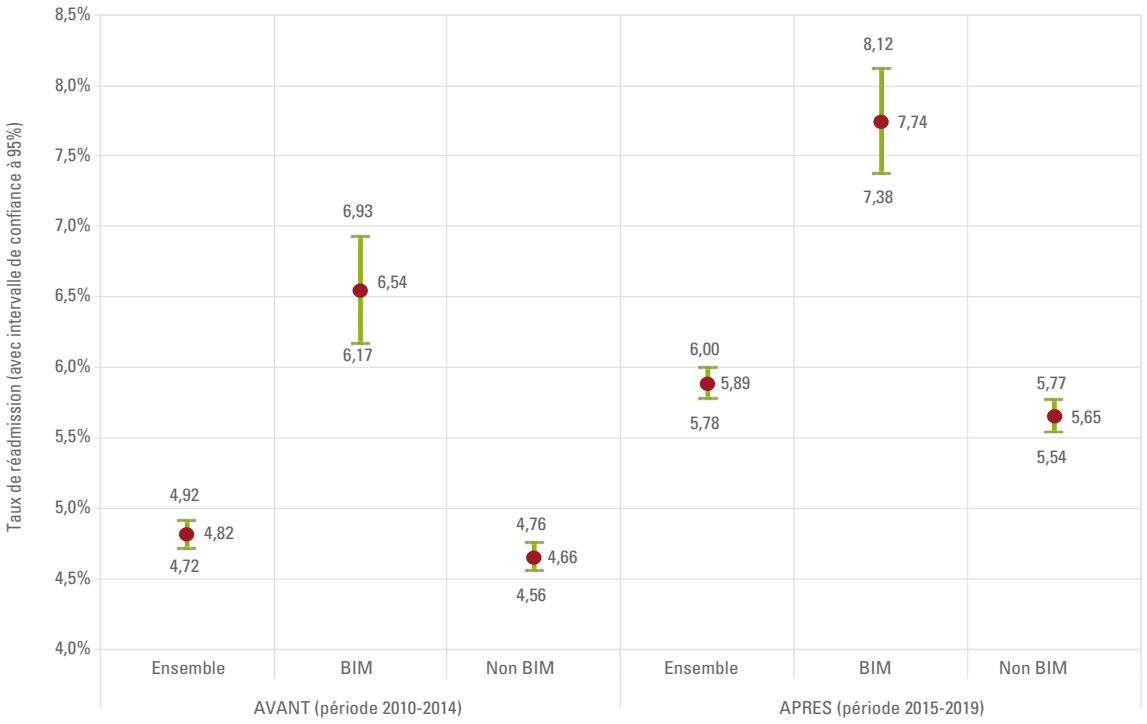
A l'Annexe 2 figurent encore d'autres résultats, non présentés graphiquement, que nous esquissons ci-après.

- Pour les **grossesses à risque** (en augmentation dans notre pays et pour notre population d'étude), le risque d'être réadmis reste toujours plus élevé pour les bébés issus d'une grossesse à risque. Pour la période 2010-2014, le taux de réadmissions des bébés nés suite à une grossesse à risque est de 5,33%, tandis qu'il est de 4,72% pour les bébés nés d'une grossesse « normale ». Pour la période ultérieure, ces mêmes taux s'élèvent respectivement à 6,47% et 5,72%. On remarque aussi que, d'une période à l'autre, ces taux augmentent de façon à peu près égale, que la grossesse soit à risque ou pas.

- Si on calcule le taux de réadmission des bébés en fonction du nombre de jours précis passés en maternité, on voit se dessiner une sorte de courbe en « U », quelle que soit la période : on part de taux de réadmission pour les séjours de 1 ou 2 jours plus élevés que pour les 3-4-5 jours, puis les taux remontent pour arriver à son maximum lorsque les séjours deviennent très longs (plus de 7 jours).
  Dans l'annexe, en ce qui concerne l'examen de la significativité de ces taux, on se limite à comparer le taux de réadmission relatif à un nombre de jours précis à celui relatif à la durée immédiatement supérieure : un jour versus deux jours, deux jours versus trois jours, etc.

- Lorsqu'on regarde les **réadmissions des bébés selon la durée de séjour et le statut BIM**, on voit que le taux de

Figure 11 : Taux de réadmission des bébés selon le statut BIM



réadmission des bébés BIM ayant eu un séjour court reste stable d'une période à l'autre et n'est pas plus élevé que le taux de réadmission pour les bébés BIM avec séjours moyens (et plus faible que les longs séjours).

6. Nombre de réadmissions : où en sommes-nous ?

Force est de constater que les réadmissions après un séjour à la maternité ne sont pas rares, en particulier chez les bébés. Une question reste : est-ce que ces taux sont (trop) élevés, en particulier si on les compare à d'autres pays ?

Pour les mamans, les taux rapportés dans la littérature semblent presque identiques aux nôtres. Comme nous l'avons déjà dit, les taux oscillent entre 1% et 2% pour une population globale de mamans (Clapp, et al., 2016 ; Herrin, et al., 2015 ; Ophir, et al., 2008 ; Liu, et al., 2005).

Nous avons aussi montré que certaines variables influençaient à la hausse les taux de réadmission comme le fait d'avoir une grossesse à risque, d'être BIM ou d'avoir accouché par césarienne. Pour cette dernière variable, nous montrons que les taux de réadmission pour les mamans ayant accouché par césarienne sont plus élevés que pour les accouchements par voie basse : le risque relatif augmente de 50%. C'est tout à fait cohérent avec la littérature ; cette différence étant même plus faible chez nous que dans la littérature qui rapporte souvent des différences proches de 100% (Liu, et al., 2005 ; Ophir, et al., 2008). Pour Clapp, et al. (2017), qui constatent aussi une augmentation des taux de réadmission des mamans dans les hôpitaux analysés, il faut plutôt regarder vers les comorbidités pour en connaître la cause. L'augmentation des grossesses à risque chez nous pourrait donc être une piste.

Pour les bébés, il semble que nous ayons des taux du même ordre de grandeur que ce que rapporte la littérature (en extrapolant par rapport au délai pris en compte pour la réadmission), en particulier pour les dernières années de notre analyse. La comparabilité reste difficile à faire car les études varient beaucoup selon les périodes de réadmission considérées (à partir de la naissance ou de la sortie de l'hôpital) et parfois les chercheurs isolent des populations de bébés bien précises, selon la longueur de la gestation par exemple. Les années d'études sont également différentes. Notre résultat principal est que, pour la période 2015-2019, le taux de réadmission des bébés est de 5,89% (dans les 30 jours après la sortie de maternité). Pour ce qui est de la littérature, Escobar, et al. (2005) ont trouvé des taux allant de 1% à 3,7% dans des délais de deux semaines après la sortie de la maternité. Tomashek, et al. (2006) trouvent des taux de 4,3% pour les bébés prématurés et 2,7% pour les bébés nés à terme pour le même délai qu'Escobar, et al. (2005). Young, et al. (2013) trouvent un taux de 1,8% de réadmission dans la première semaine de vie, Lee, et al. (1995) trouvent un taux de 2% dans les deux premières semaines de vie. Dans une étude récente sur 4,6 millions de bébés au Royaume-Uni, Harron, et al. (2017) indiquent que 5,2% d'entre eux ont été réadmis dans leurs 30 premiers jours de vie. Cette dernière étude présente à la fois un délai de réadmission et des résultats fort proches des nôtres.

7. Conclusion

Nous avons exploré la réadmission des mamans et des bébés, sur une période de 10 ans. Bien que la significativité de certains taux de réadmission ne soit pas établie (en les comparant avec d'une période à l'autre, d'une catégorie à l'autre), beaucoup le sont. Une conclusion claire de cette étude est que « OUI », il y a bien eu une augmentation des réadmissions des mamans et des bébés dans notre pays, entre la période « avant » et la période « après » l'instauration de la politique de la ministre De Block visant à accélérer la réduction du séjour en maternité.

Les choses, comme souvent, sont toutefois plus compliquées qu'il n'y paraît. En effet, en 10 ans, ce secteur d'activités a connu des changements importants. Nous avons vu que la part relative des mamans BIM a augmenté : passant de 7,8% en 2010 à un peu plus de 12,3% en 2019. La proportion de grossesses à risque augmente également : on passe de 15,6% en 2010 à 25,8% en 2019. Et si la diminution du séjour, accéléré volontairement, a pu, éventuellement, jouer un rôle, ce n'est pas vraiment de la façon dont on l'avait anticipé car ce sont les séjours longs qui ont le taux de réadmission le plus élevé (par rapport aux courts et moyens séjours) si on regarde par type de séjour.

A première vue, il existe une corrélation forte entre le suivi postnatal et le risque de réadmission : au plus il y a de contacts postnatals, au plus le risque de réadmission augmente. C'est à la fois une bonne et une mauvaise nouvelle. La bonne nouvelle est que ce suivi postnatal est de plus en plus fréquent. La mauvaise nouvelle est que, probablement, il a pour conséquence de détecter des problèmes de santé qu'on aurait pu prendre en charge à l'hôpital si le séjour en maternité avait été plus long. Mais c'est peut-être justement ce qu'on attend du suivi postnatal.

Pour aller plus loin dans l'analyse de nos données, d'autres méthodes statistiques sont nécessaires, comme une régression multivariée afin de tenir compte de façon simultanée de l'ensemble des facteurs potentiels et de voir ceux qui ont une influence significative sur la réadmission.

Par rapport à la décision de sortie, *l'American Academy of Pediatrics* a rédigé un texte de recommandations, remis à jour en 2010. Ce texte rencontre en grande partie l'idée que nous

avons du séjour en maternité, bien qu'il vise uniquement les bébés en bonne santé nés à terme : « Le séjour à l'hôpital de la mère et de son nouveau-né à terme et en bonne santé doit être suffisamment long pour permettre l'identification des problèmes précoces et pour s'assurer que la famille est capable de s'occuper du nourrisson à la maison et y est préparée. La durée du séjour doit également tenir compte des caractéristiques uniques de chaque dyade mère-nourrisson, notamment la santé de la mère, la santé et la stabilité du nourrisson, la capacité et la confiance de la mère à s'occuper de son nourrisson, l'adéquation des systèmes de soutien à la maison et l'accès à des soins de suivi appropriés. Il faut tenir compte de l'avis de la mère et de son obstétricien avant de décider de la sortie d'un nouveau-né, et tout doit être fait pour que la mère et le nourrisson restent ensemble afin de favoriser une sortie simultanée » (Committee on Fetus and Newborn, 2010, notre traduction).

Que nous inspire tout ceci ? Si nous ne pouvons attester à 100% que la mesure de la ministre De Block a joué un rôle dans l'augmentation des réadmissions, nous en appelons à la prudence. Déjà le KCE avait insisté à l'époque : un séjour écourté en maternité doit s'accompagner d'un suivi postnatal (intégrant une vision globale et coordonnée des soins à délivrer) (Benahmed, et al., 2014). Pour la période 2015-2019, notre étude évalue le taux de réadmission des mamans à 1,26%, des bébés à 5,89%. Si ces pourcentages peuvent apparaître peu élevés aux yeux de certains, ils sont loin d'être négligeables.

La diminution de la durée de séjour en maternité, les courts séjours (1 ou 2 jours), voire l'accouchement à domicile, ne doivent pas être des tabous. Il faut toutefois prendre les précautions adéquates et être attentif à ce que les besoins de santé et la continuité des soins soient correctement assurés, que les familles disposent réellement des moyens requis pour prendre soin de leur nouveau-né. À tout le moins, lors de la décision de sortie de maternité, outre les critères de santé de la mère et de son bébé, les prestataires de soins doivent être particulièrement vigilants aux vulnérabilités sociales. Notre étude montre aussi qu'il n'y a pas égalité des chances en matière de naissance : les mamans BIM ont un risque de réadmission plus élevé que les non BIM (1,70% versus 1,20%). Chez les bébés, l'écart est encore plus grand : le risque de réadmission des bébés BIM est évalué à 7,74% alors qu'il s'élève à 5,65% pour les bébés non BIM. On ne peut vraiment pas prétendre que commencer sa vie avec une hospitalisation d'avance soit un réel avantage !

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est de forcer la tendance aux courts séjours en maternité au-delà du raisonnable dans le but de faire des économies. Si l'on en croit un article célèbre sur l'investissement dans le développement humain précoce, économiser quelques millions sur le dos des nouveau-nés et de leurs mamans ne serait pas un calcul payant à long terme (Doyle, et al., 2009). Dans ce cas-ci, la prudence serait à la fois mère de sûreté … et de bonne santé. Enfin, la situation sociale des familles doit rester un point d'attention. Prendre en compte cette réalité doit faire partie de l'évaluation des politiques menées autour de la naissance, de la santé des mamans et de leurs nouveau-nés.

Bibliographie

- Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques suisse. (2012). *Réadmissions potentiellement évitables*.
- Belfort, M. A., Clark, S. L., Saade, G. R., Kleja, K., Dildy III, G. A., Van Veen, T. R., .. & Kofford, S. (2010). Hospital readmission after delivery: evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(1), 35-41.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn C., Vinck, I., Paulus, D., & Christiaens, W. (2014). Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. *KCE Reports*, 232. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Benahmed, N., San Miguel, L., Devos, C., Fairon, N., & Christiaens, W. (2017). Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC pregnancy and childbirth, 17*(1), 289.
- Benahmed, N., Lefevre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy. *KCE Reports*, 326. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Bjorvatn, A. (2013). Hospital readmission among elderly patients. *The European Journal of Health Economics, 14*(5), 809-820.
- Blanc, A.-N., Fumeaux, T., Stirneman, J., Bonnabry, P., & Schaad, N. (2017). Réadmissions hospitalières : problématique actuelle et perspectives. *Revue Medicale Suisse, 13*, 117-120.
- Boulvain, M., Perneger, T. V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111*(8), 807-813.
- Braet, A. (2016). *Unplanned readmissions in Belgian hospitals: importance of quality of in-hospital care and quality of care transitions*. Phd Thesis. KULeuven.

- Bueno, J. A. S., Romano, M. R., Teruel, R. G., Benjumea, A. G., Palacín, A. F., González, C. A., & Manzano, M. C. (2005). Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *American journal of obstetrics and gynecology, 193*(3), 714-726.
- Clapp, M. A., Little, S. E., Zheng, J., & Robinson, J. N. (2016). A multi-state analysis of postpartum readmissions in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology, 215*(1), 113-121.
- Clapp, M. A., Robinson, J. N., & Little, S. E. (2017). The relationship between the rising cesarean delivery and postpartum readmission rates. *Journal of Perinatology, 37*(4), 355-359.
- Committee on Fetus and Newborn. (2010). Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics, 125*(2), 405-409.
- Cottrell, D. G., Pittala, L. J., & Hey, D. J. (1983). One-day maternity care: a pediatric viewpoint. *The Journal of the American Osteopathic Association, 83*(3), 216.
- Datar, A., & Sood, N. (2006). Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. *Pediatrics, 118*(1), 63-72.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology, 7*(1), 1-6.
- Edmonson, M. B., Stoddard, J. J., & Owens, L. M. (1997). Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. *Jama, 278*(4), 299-303.
- Escobar, G. J., Greene, J. D., Hulac, P., Kincannon, E., Bischoff, K., Gardner, M. N., .. & France, E. K. (2005). Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Archives of Disease in Childhood, 90*(2), 125-131.
- Farhat, R., & Rajab, M. (2011). Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *North American journal of medical sciences, 3*(3), 146.
- Ghosh, B. K. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association, 74*(368), 894-900.
- Harron, K., Gilbert, R., Cromwell, D., Oddie, S., & van der Meulen, J. (2017). Newborn length of stay and risk of readmission. *Paediatric and perinatal epidemiology, 31*(3), 221-232.
- Heimler, R., Shekhawat, P., Hoffman, R. G., Chetty, V. K., & Sasidharan, P. (1998). Hospital readmission and morbidity following early newborn discharge. *Clinical pediatrics, 37*(10), 609-615.
- Herrin, J., St Andre, J., Kenward, K., Joshi, M. S., Audet, A. M. J., & Hines, S. C. (2015). Community factors and hospital readmission rates. *Health services research, 50*(1), 20.
- Johnson, D., Jin, Y., & Truman, C. (2002). Early discharge of Alberta mothers post-delivery and the relationship to potentially preventable newborn readmissions. *Canadian journal of public health, 93*(4), 276-280.
- Johnson, P. D., Duzyj, C. M., Howell, E. A., & Janevic, T. (2019). Patient and hospital characteristics associated with severe maternal morbidity among postpartum readmissions. *Journal of Perinatology, 39*(9), 1204-1212.
- Jones, E., Taylor, B., MacArthur, C., Pritchett, R., & Cummins, C. (2016). The effect of early postnatal discharge from hospital for women and infants: a systematic review protocol. *Systematic reviews, 5*(1), 1-7.
- Kristensen, S. R., Bech, M., & Quentin, W. (2015). A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health policy, 119*(3), 264-273.
- Lee, K. S., Perlman, M., Ballantyne, M., Elliott, I., & To, T. (1995). Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *The Journal of pediatrics, 127*(5), 758-766.
- Liu, L. L., Clemens, C. J., Shay, D. K., Davis, R. L., & Novack, A. H. (1997). The safety of newborn early discharge: the Washington State experience. *JAMA, 278*(4), 293-298.
- Liu, S., Heaman, M., Joseph, K. S., Liston, R. M., Huang, L., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2005). Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstetrics & Gynecology, 105*(4), 836-842.
- Liu, S., Heaman, M., Kramer, M. S., Demissie, K., Wen, S. W., Marcoux, S., & Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2002). Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *American journal of obstetrics and gynecology, 187*(3), 681-687.
- Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Cmaj, 176*(4), 455-460.
- Liu, S., Wen, S. W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D., & McCourt, C. (2000). Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Canadian journal of public health, 91*(1), 46-50.
- Malkin, J. D., Broder, M. S., & Keeler, E. (2000). Do longer postpartum stays reduce newborn readmissions? Analysis using instrumental variables. *Health services research, 35*(5 Pt 2), 1071-1083.
- Margolis, L. H., Kotelchuck, M., & Chang, H. Y. (1997). Factors associated with early maternal postpartum discharge from the hospital. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 151*(5), 466-472.
- Martens, P. J., Derksen, S., & Gupta, S. (2004). Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics, 114*(3), 708-713.
- Meara, E., Kotagal, U. R., Atherton, H. D., & Lieu, T. A. (2004). Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics*, *113*(6), 1619-1627.
- Metcalfe, A., Mathai, M., Liu, S., Leon, J. A., & Joseph, K. S. (2016). Proportion of neonatal readmission attributed to length of stay for childbirth: a population-based cohort study. *BMJ open, 6*(9).
- Ministère de la santé français – Direction de l'offre des soins. (2018). *Guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats*.
- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., & Humblet, C. P. (2014). *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer* : ADELE.
- Newcombe, R. G. (1998). Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Statistics in medicine, 17*(8), 857-872.
- Oddie, S. J., Hammal, D., Richmond, S., & Parker, L. (2005). Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Archives of disease in childhood, 90*(2), 119-124.

- Ophir, E., Strulov, A., Solt, I., Michlin, R., Buryanov, I., & Bornstein, J. (2008). Delivery mode and maternal rehospitalization. *Archives of gynecology and obstetrics, 277*(5), 401-404.
- Paul, I. M., Lehman, E. B., Hollenbeak, C. S., & Maisels, M. J. (2006). Preventable newborn readmissions since passage of the Newborns' and Mothers' *Health Protection Act. Pediatrics, 118*(6), 2349-2358.
- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111*(8), 800-806.
- RTL INFO. (2016). *Explosion des réadmissions de mères et de nouveau-nés à l'hôpital :* « Ça nous arrive de récupérer des bébés déshydratés ». *Disponible sur* https://www.rtl.be/info/magazine/sante/explosion-des-readmissions-de-meres-et-de-nouveau-nes-a-l-hopital-ca-nous-arrive-de-recuperer-des-bebes-deshydrates--870879.aspx
- Schiltz, N. K., Finkelstein Rosenthal, B., Crowley, M. A., Koroukian, S. M., Nevar, A., Meropol, S. B., & Cuttler, L. (2014). Rehospitalization during the first year of life by insurance status. *Clinical pediatrics, 53*(9), 845-853.
- Sharvit, M., Rubinstein, T., Ravid, D., Shechter-Maor, G., Fishman, A., & Biron-Shental, T. (2014). Patients with high-risk pregnancies and complicated deliveries have an increased risk of maternal postpartum readmissions. *Archives of gynecology and obstetrics, 290*(4), 629-633.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., .. & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health, 25*(6), 1053-1058.
- Soskolne, E. I., Schumacher, R., Fyock, C., Young, M. L., & Schork, A. (1996). The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 150*(4), 373-379.
- Stordeur, S., Jonckheer, P., Fairon, N., & De Laet, C. (2016). Elective caesarean section in low-risk women at term: consequences for mother and offspring - Health technology assessment. *KCE Reports, 275*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Tobi, H., van den Berg, P. B., & de Jong van den Berg, L. T. (2005). Small proportions : what to report for confidence intervals?. *Pharmacoepidemiology and drug safety, 14*(4), 239-247.
- Tomashek, K. M., Shapiro-Mendoza, C. K., Weiss, J., Kotelchuck, M., Barfield, W., Evans, S., .. & Declercq, E. (2006). Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. *Seminars in perinatology, 30* (2), 61-68.
- Trybou, J., Spaepen, E., Vermeulen, B., Porrez, L., & Annemans, L. (2013). Costs associated with readmissions in Belgian acute-care hospitals. *Acta Clinica Belgica, 68*(4), 263-267.
- Tsai, W. Y., Chi, Y., & Chen, C. M. (2008). Interval estimation of binomial proportion in clinical trials with a two-stage design. *Statistics in medicine, 27*(1), 15-35.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021a). Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s), *MC-Informations, 283*, 23-41.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021b). La durée du séjour en maternité de 2010 à 2019, *MC-Informations, 284*, 21-38.
- Van Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P. C., & Forster, A. J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Cmaj, 183*(7), 391-402.
- Waldenström, U., Sundelin, C., & Lindmark, G. (1987). Early and late discharge after hospital birth: breastfeeding. *Acta Paediatrica, 76*(5), 727-732.
- Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association, 22*(158), 209-212.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the x 2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society, 1(*2), 217-235.
- Young, P. C., Korgenski, K., & Buchi, K. F. (2013). Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics, 131*(5), 1538-1544.

Annexe 1 : Réadmission des mamans selon divers critères d'analyse

Mamans		Taux de réadmission			Volume de réadmissions			Significativité des taux		
Critère d'analyse		Avant 2010-2014	Après 2015-2019	*Croissance*	Avant 2010-2014	Après 2015-2019	*Croissance*	Entre les catégories		Entre les périodes
-		1,11%	1,26%	14,10%	2.467	2.643	7,13%	-		V
Statut BIM	avec	1,47%	1,70%	16,09%	292	412	41,10%	V	V	F
	sans	1,07%	1,20%	12,48%	2.175	2.231	2,57%			V
Type d'accouchement	césarienne	1,53%	1,65%	7,85%	681	716	5,14%	V	V	V
	voie basse	1,00%	1,16%	16,01%	1.786	1.927	7,89%			V
Grossesse à risque	avec	1,48%	1,63%	10,26%	551	757	37,39%	V	V	V
	sans	1,03%	1,17%	13,57%	1.916	1.886	-1,57%			V
Durée de séjour	court	1,45%	1,07%	-26,03%	229	397	73,36%	F	V	V
	moyen	1,48%	2,60%	76,22%	1.375	1.960	42,55%			V
	long	0,92%	1,21%	31,44%	863	286	-66,86%			V
Durée de séjour	1 jour	1,87%	1,31%	-29,91%	99	83	-16,16%	-	-	F
	2 jours	1,21%	0,93%	-22,75%	111	243	118,9%	V	F	F
	3 jours	0,80%	1,12%	39,74%	317	1.106	248,9%	V	F	V
	4 jours	0,94%	1,31%	39,20%	898	694	-22,72%	F	V	V
	5 jours	1,17%	1,68%	44,00%	532	313	-41,17%	V	V	V
	6 jours	1,55%	2,23%	43,86%	293	103	-64,85%	V	F	V
	7 jours	1,98%	4,11%	107,4%	117	43	-63,25%	F	V	V
	>7 jours	3,40%	5,58%	64,29%	100	58	-42,00%	V	F	V
Accouchement par césarienne	court	1,95%	1,62%	-17,17%	31	84	171,0%	V	V	V
	moyen	1,21%	1,50%	23,58%	262	496	89,31%			
	long	1,83%	2,71%	48,57%	388	136	-64,95%			
Accouchement par voie basse	court	1,39%	0,98%	-29,43%	198	313	58,08%	F	F	
	moyen	0,88%	1,14%	30,44%	1.113	1.464	31,54%	V	V	
	long	1,28%	2,51%	96,50%	475	150	-68,42%	V	V	
Suivi postnatal	sans suivi	0,33%	0,40%	22,05%	372	175	-52,96%	V	V	V
	1 à 2 contacts	1,54%	0,98%	-36,37%	874	496	-43,25%			V
	3 contacts et plus	2,24%	1,70%	-24,02%	1.221	1.972	61,51%			V

Remarque : Pour la durée par jour, la significativité des taux est examinée d'un nombre de jours à l'autre. Par exemple, pour la période 2010-2014, le taux de réadmission afférent à une durée d'un jour en maternité (1,87%) est comparé à celui où la durée est de deux jours (1,21%). La différence est significative, d'où V à la ligne relative aux deux journées. Quand la différence n'est pas significative, on le note avec la lettre F.

Annexe 2 : Réadmission des bébés selon divers critères d'analyse

Bébés		Taux de réadmission			Volume de réadmissions			Significativité des taux		
Critère d'analyse		Avant 2010-2014	Après 2015-2019	*Croissance*	Avant 2010-2014	Après 2015-2019	*Croissance*	Entre les catégories		Entre les périodes
-		4,82%	5,89%	22,18%	9.188	10.543	14,75%	-		V
Statut BIM	avec	6,54%	7,74%	18,34%	1.078	1.572	45,83%	V	V	V
	sans	4,66%	5,65%	21,36%	8.110	8.971	10,62%			V
Type d'accouchement	césarienne	5,15%	5,96%	15,80%	1.905	2.163	13,54%	V	F	V
	voie basse	4,74%	5,87%	23,83%	7.283	8.380	15,06%			V
Grossesse à risque	avec	5,33%	6,47%	21,37%	1.665	2.634	58,20%	V	V	V
	sans	4,72%	5,72%	21,15%	7.523	7.909	5,13%			V
Durée de séjour	court	6,01%	6,39%	6,29%	771	2.021	162,1%	V	V	F
	moyen	4,65%	5,72%	23,04%	1.777	390	-78,05%			V
	loing	5,08%	7,42%	46,14%	6.640	8.132	22,47%			V
Durée de séjour	1 jour	5,53%	6,33%	14,40%	222	315	41,89%	-	-	F
	2 jours	6,21%	6,41%	3,15%	480	1.450	202,1%	F	F	F
	3 jours	4,57%	5,87%	28,40%	1.588	5.054	218,3%	V	V	V
	4 jours	4,60%	5,41%	17,57%	3.867	2.455	-36,51%	F	V	V
	5 jours	4,80%	6,03%	25,56%	1.836	923	-49,73%	F	V	V
	6 jours	5,18%	6,91%	33,33%	797	233	-70,77%	F	F	V
	7 jours	5,53%	8,31%	50,17%	252	55	-78,17%	F	F	V
	>7 jours	7,49%	8,73%	16,67%	146	58	-60,27%	V	F	V
Accouchement par césarienne	court	7,25%	6,50%	-10,42%	91	286	214,3%	F	F	F
	moyen	4,94%	5,80%	17,42%	1.526	1.802	18,09%	V	F	V
	long	5,91%	9,05%	53,11%	288	75	-73,96%	F	V	V
Accouchement par voie basse	court	5,88%	6,37%	8,43%	680	1.735	155,2%	V	F	F
	moyen	4,57%	5,70%	24,71%	5.114	6.330	23,78%	V	V	V
	long	4,94%	7,12%	43,96%	1.489	315	-78,84%	V	F	V
BIM	court	7,72%	7,55%	-2,20%	178	470	164,0%	F	V	F
	moyen	6,11%	7,72%	26,35%	738	1.032	39,84%	F	V	F
	long	7,77%	9,68%	24,58%	162	70	-56,79%	V	V	V
Non BIM	court	5,64%	6,10%	8,16%	593	1.551	161,6%	V	V	F
	moyen	4,51%	5,51%	22,17%	5.902	7.100	20,30%	V	V	V
	long	4,91%	7,06%	43,79%	1.615	320	-80,19%	V	V	V
Suivi postnatal	sans suivi	1,59%	1,90%	19,20%	923	359	-61,11%	V	V	V
	1 à 2 contacts	5,32%	4,85%	-8,78%	3.875	1.995	-48,52%			V
	3 contacts et plus	7,33%	6,88%	-6,14%	4.390	8.189	86,54%			V

Remarque : Pour la durée par jour, la significativité des taux est examinée d'un nombre de jours à l'autre. Par exemple, pour la période 2010-2014, le taux de réadmission afférent à une durée d'un jour en maternité (5,53%) est comparé à celui où la durée est de deux jours (6,21%). La différence n'est pas significative, d'où F à la ligne relative aux deux journées. Quand la différence est significative, on le note par la lettre V.

Annexe 3 : Les situations exclues de l'analyse

Les mamans et bébés exclus de l'analyse dénotent des situations « non classiques » (décrites au Schéma 2, point 3.1.) et sont un sujet adjacent à celui de la réadmission. Ces deux sujets ne se recoupent que très peu. En effet, il y a probablement peu de considérations non-médicales qui influencent la décision d'admettre un bébé à hôpital après sa naissance ou de transférer une maman vers un autre service de l'hôpital dans lequel elle a été admise pour son accouchement (ou un autre hôpital). Ces décisions devraient normalement se baser sur des considérations uniquement médicales. Nous présentons seulement ci-après les taux d'admission, afin de donner une idée de l'ampleur du phénomène.

En se référant au Schéma 2, qu'entend-on par admission ?

- **Pour les mamans** : tout transfert d'une patiente de la maternité vers un autre service du même hôpital ou vers autre hôpital, le jour-même de la fin de son hospitalisation en maternité.
- **Pour les bébés** : tout transfert d'un bébé de la maternité vers un autre service du même hôpital ou vers autre hôpital, avant ou le jour même où sa maman quitte la maternité.

Les taux d'admission sont alors calculés de la façon suivante :

- **Pour les mamans** : pourcentage de mamans « admises » au moins une fois (selon la définition de l'admission donnée plus haut) sur le total des mamans ayant accouché.
- **Pour les bébés** : pourcentage de bébés « admis » au moins une fois (selon la définition de l'admission donnée plus haut) sur le total des bébés, en excluant ceux dont les mamans ont été « admises » (on vise la première situation décrite au Schéma 2).

Nous voyons que le taux d'admission des mamans (soit un transfert vers un autre service dans ce cas-ci) reste stable et bas tout au long de la période (Voir Tableau A3.1). Comme à la fois le nombre absolu et le taux sont constants ou presque, nous n'explorerons pas plus ce point. Par contre, il semble y avoir une croissance, assez importante, des taux d'admission de bébés depuis 10 ans. En effet, nous passons de 6,05% en 2010 à 8,64% en 2019. En nombre, on passe de 2.486 bébés admis en 2010 à 3.347 en 2019. Le taux d'admission des bébés augmente de plus de 42%, alors que le nombre absolu de bébés admis augmente de plus de 34%.

Tableau A3.1 : Taux d'admission des mamans et bébés

Année	(1) % de mamans admises = (2)/(3)	(2) Nombre de mamans admises	(3) Nombre total de mamans	(4) % de bébés admis = (5)/(6)	(5) Nombre de bébés admis	(6) Nombre total de bébés
2010	0,48%	219	45.795	6,05%	2.486	41.088
2011	0,48%	217	45.562	6,05%	2.487	41.086
2012	0,53%	240	44.981	6,11%	2.495	40.839
2013	0,54%	238	43.712	6,33%	2.516	39.733
2014	0,52%	228	44.091	6,19%	2.498	40.383
2015	0,51%	221	43.043	7,32%	2.900	39.609
2016	0,51%	222	43.406	8,13%	3.253	40.031
2017	0,51%	213	41.604	8,44%	3.241	38.419
2018	0,47%	194	41.104	8,52%	3.260	38.255
2019	0,50%	207	41.294	8,64%	3.347	38.742
Croissance 2010-2019	4,82%	-5,48%	-9,83%	42,79%	34,63%	-5,71%

Le moment d'admission (différence entre le jour de sortie de la maman et admission du bébé) ne change pas au cours de la période : la moitié des bébés admis sont admis le jour de la sortie de la maman. Par contre, la durée d'hospitalisation pour ces bébés admis tend à diminuer : en comparant la période de 2010 à 2014 et celle de 2015 à 2019, les médianes passent de 9 à 6 jours, et 25% des bébés ont une durée de 2 jours maximum pour la seconde période, alors que pour la première, c'était 4 jours.

Dans le Tableau A3.2 ci-dessous, nous présentons les taux d'admission des bébés selon trois critères d'analyse : le statut BIM (de la maman), le type d'accouchement (césarienne versus voie basse) et la qualification de grossesse « à risque ». Nous faisons cela pour deux périodes d'intérêt (2010 à 2014 et 2015 à 2019), se situant « avant » et « après » l'introduction de la politique d'accélération de la diminution de la durée de séjour en maternité. Nous voyons qu'à la fois les bébés nés d'une césarienne, d'une maman ayant le statut BIM et issus d'une grossesse à risque présentent un risque plus grand d'être admis. Cela semble logique vu l'impact théorique de ces facteurs sur la santé des bébés. Mais bizarrement, les taux d'admission des bébés n'ayant pas ce facteur de risque (BIM-césarienne-grossesse à risque) croissent davantage entre les périodes « avant » et « après » que les bébés ayant ces facteurs de risque. Par exemple, le taux d'admission de bébés nés d'une césarienne croît de 8% alors que pour les voies basses, cela croît de près de 50%.

Tous les taux d'admission sont significatifs selon méthode présentée plus haut (au point 3.2.6).

Tableau A3.2 : Admission des bébés selon plusieurs critères d'analyse

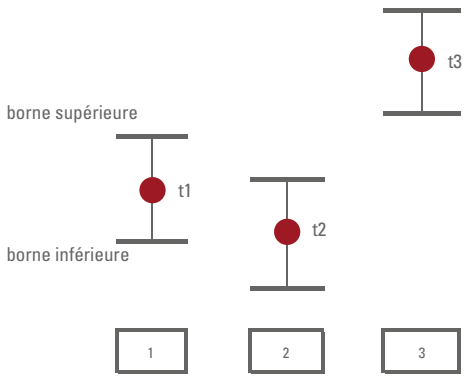
Bébés		Taux d'admission			Volume d'admissions			Significativité des taux	
Critère d'analyse		Avant 2010-2014	Après 2015-2019	*Croissance*	Avant 2010-2014	Après 2015-2019	*Croissance*	Entre les catégories	Entre les périodes
-		6,14%	8,20%	33,55%	12.482	16.001	28,19%	-	V
Statut BIM	avec	7,53%	9,57%	27,03%	1.342	2.148	60,06%	V	
	sans	6,01%	8,03%	33,52%	11.139	13.853	24,36%		
Type d'accouchement	césarienne	12,17%	13,19%	8,38%	5.131	5.517	7,52%	V	
	voie basse	4,57%	6,84%	49,84%	7.350	10.484	42,64%		
Grossesse à risque	avec	8,23%	10,36%	25,94%	2.802	4.709	68,06%	V	
	sans	5,72%	7,55%	31,84%	9.679	11.292	16,66%		

Annexe 4 : Comment interpréter les intervalles de confiance ?

Comme tout calcul statistique, le calcul des taux de réadmission est affecté d'une certaine imprécision (qui est fonction du nombre d'observations). C'est ce que reflète l'intervalle de confiance qui encadre la valeur du taux calculé. Par exemple, pour le cas 1 du Schéma 3 ci-après, t1 est la valeur du taux de réadmission observé à partir des données MC pour une année donnée. L'intervalle de confiance à 95% nous fournit les bornes inférieures et supérieures autour de cette valeur t1. L'interprétation de l'intervalle est alors la suivante : il y a 95% de chances que la valeur du taux se situe entre la borne inférieure et supérieure. Au plus l'intervalle est grand, au moins le calcul du taux t1 est précis. Au plus l'intervalle est petit, au plus ce calcul est précis.

Quand peut-on affirmer que deux taux sont bien différents ? Il suffit de regarder si les intervalles de confiance de ces taux se recouvrent (partiellement) ou pas. Par exemple, au Schéma 3, comparons les taux pour les cas 1 et 2. Est-ce que t2 est bien inférieur à t1 ? L'intervalle de confiance autour de t2 couvre partiellement l'intervalle autour de t1. Bien que la valeur de t1 soit supérieure à celle de t2, on ne peut alors pas affirmer que cette différence soit significative. Par contre si on compare le cas 3 aux deux autres, il n'y a pas de chevauchement de l'intervalle de confiance de t3 par rapport aux deux autres intervalles (autour de t1 et t2). Donc, ici, le taux t3 est bien significativement supérieur à la fois à t1 et t2.

Schéma 3 : Intervalles de confiance



Action MC droits du patient 2021 : planification anticipée des soins

Michèle Morel – Service d'études
Karen Mullié – Public Affairs

Résumé

Depuis 2012, la MC mène chaque année une campagne nationale de sensibilisation aux droits du patient. Le thème choisi pour l'année 2021 est « la planification anticipée des soins ».

La planification anticipée des soins est un processus de réflexion et de dialogue entre le (futur) patient, ses proches et le(s) prestataire(s) de soins, au cours duquel les objectifs de soins futurs sont discutés et planifiés. Elle permet aux personnes capables d'exprimer leur volonté d'évoquer les valeurs qui sont importantes pour elles, de réfléchir à la signification et aux conséquences d'une éventuelle maladie grave, de formuler des objectifs et des préférences pour les traitements médicaux et les soins futurs, et d'en discuter avec les proches et les soignants.

Malgré les beaux efforts déployés ces dernières années au niveau des politiques, de la recherche et des pratiques, il reste encore beaucoup à faire pour renforcer l'adhésion de la population générale et des prestataires de soins en faveur de la planification anticipée des soins.

En se positionnant comme mutualité santé, la MC se concentre en 2021 sur les (futurs) patients et leurs proches. L'objectif de la campagne est, d'une part, d'informer la population de l'importance et de l'utilité de la planification anticipée des soins et, d'autre part, de les encourager à entreprendre des actions concrètes.

La campagne comporte plusieurs volets, dont des séances d'information, l'élaboration et la distribution d'un set de cartes « Mes souhaits de vie » pour réfléchir à ses volontés, et une pièce de théâtre. Plusieurs de ces composants ont été réalisés en collaboration avec des partenaires externes.

***Mots-clés** : Droits des patients, planification anticipée des soins, communication, fin de vie, soins palliatifs, déclarations de volonté préalables*

1. Introduction

En tant que partenaire de santé, la MC s'engage fermement à construire de manière proactive une société solidaire avec une meilleure qualité de vie pour tous. Plus que jamais, nous voulons assumer notre rôle de coach en matière de santé. Rien d'étonnant donc à ce que les droits du patient constituent également un thème important pour la MC. Depuis 2012, la MC mène chaque année une campagne nationale de sensibilisation aux droits du patient. Elle le fait en étroite collaboration avec les mouvements Okra, Samana, Altéo et Enéo.

Pour l'année 2021, le thème de la planification anticipée des soins a été retenu[1], un sujet qui a reçu une attention croissante ces dernières années. Et à juste titre, car la planification anticipée des soins peut apporter une grande valeur ajoutée dans la dernière phase de la vie. Pourtant, aujourd'hui, elle n'est pas encore suffisamment connue du public, et une grande partie des prestataires de soins pourraient s'y investir davantage (voir partie 3).

Dans cet article, nous abordons tout d'abord l'importance de la planification anticipée des soins et l'attention croissante qu'elle suscite. Nous ferons ensuite le lien avec les droits des patients et discuterons de l'objectif et des différentes composantes de l'action de la MC en 2021.

2. Qu'est-ce que la planification anticipée des soins ?

La planification anticipée des soins est « un processus de réflexion et de dialogue entre le (futur) patient, ses proches et un ou plusieurs prestataires de soins (dont un médecin) au cours duquel les objectifs de soins futurs sont discutés et planifiés » (Van Mechelen, Piers, Van den Eynde, & De Lepeleire, 2015). Ces trois parties peuvent ou non être présentes ensemble à chaque réunion. La planification anticipée des soins peut être utile à tous, qu'on soit malade ou en bonne santé.

Qu'est-ce qui compte pour une personne dans sa vie ? Que signifie une vie de qualité pour le (futur) patient ? Qu'est-ce qui donne un sens à sa vie ? Quelles informations souhaite-t-il obtenir sur son état de santé et son espérance de vie ? Quels traitements possibles la personne souhaite-t-elle ou non, en fonction de la maladie et du contexte ? Par exemple, souhaite-t-elle encore un traitement lourd s'il ne prolonge sa vie que de quelques mois ? Ou privilégie-t-elle au contraire des soins de confort et une qualité de vie aussi élevée que possible ? Que pense la personne de l'euthanasie ? Aimerait-elle recevoir un soutien émotionnel ou une aide pratique ? Où la personne souhaite-t-elle être soignée et mourir ? Veut-elle être réanimée en cas d'arrêt cardiaque ?

La planification anticipée des soins permet aux personnes qui sont capables d'exprimer leur volonté, de réfléchir à la signification et aux conséquences d'une éventuelle maladie grave, de formuler des objectifs et des préférences pour les traitements médicaux et les soins futurs, et d'en discuter avec les proches et les soignants. La planification anticipée des soins encourage les personnes à désigner un représentant personnel et à consigner leurs préférences par écrit, et à les modifier si nécessaire. De cette façon, les préférences d'une personne peuvent être prises en compte au moment où elle n'est plus en mesure d'exprimer sa propre volonté et de prendre des décisions (Rietjens, et al., 2018). Par exemple, quels traitements et examens souhaiterait-elle ou non si elle tombait dans un coma irréversible, ou dans le cas d'une démence avancée ? La planification anticipée des soins peut également être judicieuse pour les personnes jeunes et en bonne santé, car n'importe qui peut être confronté à une situation d'incapacité soudaine (comme une lésion cérébrale permanente après un accident de la route). Les souhaits en matière de soins dans une telle situation peuvent être consignés dans des déclarations de volonté anticipées, afin que les prestataires de soins et les proches sachent ce qui compte pour la personne à ce moment-là. Il est très important de réévaluer les souhaits écrits à intervalles réguliers, lorsque l'état de santé évolue ou lorsque tout autre événement important se produit, car les préférences peuvent changer.

La planification anticipée des soins ne se limite pas au domaine physique. Elle peut également inclure des aspects psychologiques, sociaux et spirituels-existentiels. Les préférences après le décès peuvent également être enregistrées, par exemple le type de funérailles (inhumation ou crémation), les souhaits particuliers pour la cérémonie funéraire, le don d'organes ou le traitement du corps selon les règles de la religion de la personne. La planification anticipée des soins permet aux personnes de contrôler autant que possible leurs propres soins : la personne choisit, en association et en concertation avec son entourage, comment organiser sa vie et sa fin de vie. Elle peut apporter la tranquillité d'esprit à la personne concernée et à ses proches, et elle permet aux soignants d'adapter autant que possible les soins aux besoins et aux souhaits du patient. Grâce à une planification anticipée des soins, le patient améliore la qualité de sa vie et de sa fin de vie. Pour la MC, la recherche de la meilleure qualité de vie possible pour chacun, qu'il soit malade ou en bonne santé, est une valeur essentielle.

Afin de soutenir les personnes dans leur planification anticipée des soins et les aider à la concrétiser, la MC a élaboré une brochure contenant des informations détaillées et un plan étape par étape (CM, 2021). Nous y mettons l'accent sur l'importance de la réflexion et de la discussion (communication), qui ensuite peuvent avoir comme résultat les déclarations écrites, qui peuvent être modifiées à tout moment tant que l'on est capable d'exprimer sa volonté.

1. www.mc.be/la-mc/droits-patients/planification-anticipee-des-soins

3. Une attention toujours plus grande pour la planification anticipée des soins

Une directive de 2015 sur la planification anticipée des soins (Van Mechelen, Piers, Van den Eynde, & De Lepeleire, 2015), établie dans le cadre d'une collaboration entre *Palliatieve Zorg Vlaanderen* (« Organisation flamande des soins palliatifs »), le centre académique de médecine générale de la KU Leuven et le service de gériatrie de l'UZ Gent, comporte les recommandations suivantes :

- Les patients, les proches et les prestataires de soins devraient être mieux informés du concept de planification anticipée des soins ;
- Il existe un besoin de formation sur la planification anticipée des soins ;
- La communication entre les prestataires de soins doit s'améliorer.

En 2016, la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs a rendu un avis au ministre fédéral de la Santé publique, dans lequel la planification anticipée des soins occupe une place de choix (Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs, 2017, pp. 81-84). L'avis aborde notamment les modalités de la planification anticipée des soins, l'importance de la communication et les éléments nécessaires à sa mise en œuvre systématique dans les soins de santé.

Un rapport 2017 du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) sur les « soins de fin de vie appropriés » souligne également l'importance de la planification anticipée des soins (Mistiaen, et al., 2017, p. 11) : « Une réflexion et une prise de décision anticipée autour des soins de fin de vie est souvent (y compris dans notre enquête) considérée comme un moyen efficace d'éviter des soins inappropriés, ce que confirme la recherche ». L'une des recommandations du rapport du KCE porte sur la nécessité de mettre en place des initiatives de sensibilisation du grand public concernant la planification anticipée des soins. Le SPF Santé publique a commencé à préparer en 2019 une vaste campagne destinée à la fois au grand public et aux prestataires de soins. Cette campagne, « Parlons de nos vieux jours », a été déployée en 2021[2].

En 2020, une mesure a été approuvée, qui permettra bientôt aux médecins généralistes de s'engager davantage dans la planification anticipée des soins pour leurs patients en situation palliative (situation palliative basée sur l'outil PICT, *Palliative Care Indicator Tool*)[3]. Les médecins généralistes pourront facturer un honoraire spécifique pour les discussions et les conseils sur la planification anticipée des soins (90 €, montant applicable en 2021). Il n'y a pas de part personnelle pour le patient et les frais peuvent être facturés par le biais du système de tiers payant. Cette mesure prévoit également une formation des généralistes à la planification anticipée des soins.

Malgré les efforts passés, les rapports et recommandations cités montrent qu'il reste encore beaucoup à faire pour que le grand public et les prestataires de soins s'engagent dans la planification anticipée des soins.

4. Le lien entre la planification anticipée des soins et les droits du patient

La loi sur les droits du patient prévoit que tout patient a droit à des services de qualité qui répondent à ses besoins (art. 5)[4]. De plus, tout patient a le droit d'obtenir toutes les informations qui le concernent et qui peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable (art. 7). En outre, tout patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable (art. 8). De même, la désignation d'un représentant, qui agit au nom du patient si ce dernier n'est plus en mesure d'exercer ses droits, est régie par la loi sur les droits du patient.

La planification anticipée des soins concerne également ces éléments : discuter des soins et traitements possibles (futurs) et les relier aux besoins du patient en matière de soins et de traitements. Il s'agit de faire des choix de traitement anticipés en concertation, en tenant compte des objectifs de santé du patient et de son interprétation personnelle de la qualité des soins.

La planification anticipée des soins consiste également à désigner à temps un représentant et à discuter avec cette personne de ses préférences et de ses souhaits en matière de soins. En 2019, la MC a mené une action sur l'importance du représentant et de la personne de confiance, en organisant des séances d'information, des formations, des débats, etc. (CM, 2019).

2. www.health.belgium.be/fr/news/parlons-de-nos-vieux-jours
3. Pour plus d'informations sur le PICT, voir www.palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/pict/.
4. Loi sur les droits du patient, 22 août 2002, entrée en vigueur le 6 octobre 2002.

5. Campagne de la MC 2021

5.1. Objectif et groupe cible de la campagne 2021

Comme indiqué plus haut, il est absolument nécessaire de sensibiliser la population, les patients, les proches et les prestataires de soins au concept de planification anticipée des soins. La MC veut y contribuer activement et se concentre en 2021 sur les (futurs) patients et leurs proches. Nous avons délibérément choisi d'inclure dans notre groupe cible non seulement les patients en soins palliatifs ou gravement malades, mais aussi la population en bonne santé, pour laquelle une planification anticipée des soins est également judicieuse. L'objectif de la campagne est double :

- informer la population de l'importance et de l'utilité de la planification anticipée des soins ;
- encourager la population à s'engager dans la planification anticipée des soins.

Nous considérons également nos propres collaborateurs comme un groupe cible de l'action. Ils ont été informés à l'avance de l'action et de son contenu afin de pouvoir soutenir les membres de la MC par des informations et des conseils judicieux.

5.2. Les composantes de la campagne 2021

5.2.1. Séances d'information et de sensibilisation

L'information est la base de notre campagne. Pour une grande partie de la population, la planification anticipée des soins, et son importance, ne sont pas encore suffisamment connues. C'est pourquoi nous organisons des sessions d'information et de sensibilisation en divers endroits du pays, notamment en collaboration avec des experts de *Palliatieve Zorg Vlaanderen* (pour les sessions flamandes).

5.2.2. Le set de cartes « Mes souhaits de vie »

Réfléchir et parler de la fin de vie en temps utile n'est pas évident pour tout le monde. L'étude susmentionnée du KCE sur la planification anticipée des soins confirme que les patients ont du mal à parler des décisions de fin de vie et de la planification anticipée des soins. Il existe un tabou à ce sujet.

Pour aider à briser ce tabou, la MC s'est associée au groupe de recherche *End-of-Life Care* de la VUB pour développer un set de cartes « Mes souhaits de vie ». Ces cartes, initialement conçues aux États-Unis puis adaptées au contexte belge grâce à la collaboration précitée, offrent à chacun quelques outils pour réfléchir à la vie et à la fin de vie de manière accessible, à ce qui vous semble important, et pour entamer la conversation à ce sujet.

Le processus de développement a été encadré par un groupe de référence composé de partenaires externes. Pour la version néerlandophone, il s'agissait de *Palliatieve zorg Vlaanderen*, *Kom Op Tegen Kanker*, LEIF (*LevensEinde InformatieForum*), *Alzheimer Liga*, *Vlaams Expertisecentrum Mantelzorg* et Okra. Pour les versions francophone et germanophone, nous avons pu compter sur l'aide de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, de la Ligue Alzheimer, des Aidants Proches et d'Infor-Homes.

Afin de s'assurer que les cartes puissent être utilisées par tous, quel que soit le bagage culturel et social, elles ont également été présentées, entre autres, au Forum des organisations juives, à la Conférence épiscopale, au Forum des minorités et à *Welzijnsschakels* (une organisation travaillant sur la pauvreté et l'exclusion sociale). Enfin, les cartes ont été testées de manière approfondie par le biais de plusieurs focus groups constitués des personnes d'un centre de soins résidentiel et d'un centre communautaire, ainsi que des personnes de *Welzijnsschakels*.

À partir de 2022, la MC, Okra et Samana organiseront des ateliers autour du set de cartes, au cours desquels les participants expérimenteront par eux-mêmes ce que les cartes peuvent signifier pour eux, et comment elles peuvent aider à organiser et éventuellement à élargir les pensées, souhaits et convictions personnels en s'écoutant les uns les autres. Les ateliers aideront les participants à discuter de la planification anticipée des soins dans leur propre environnement.

5.2.3. Sensibilisation à travers l'art : une pièce de théâtre

Dans le *one-man-show* en néerlandais « *De dag die komt* » (Le jour qui arrive), l'inévitable se produit. Une femme parle de sa vie, de son amant. Il est en train de mourir et elle va s'occuper de lui. Une histoire sur le lâcher-prise et les adieux. Sur quelqu'un qui est toujours là mais qui sera bientôt parti pour toujours. Une histoire sur la recherche de la vérité, l'amour passionné et le désir. Mais surtout, sur le non-dit.

« Il ne parle pas beaucoup, Antonio. Il ne le faisait pas non plus au début. Ça ne me dérange pas, vraiment. Après-demain, cela fera trois ans que nous sommes ensemble. Trois ans. C'est peu et beaucoup à la fois. C'est rien et c'est tout. » (extrait de « *De dag die komt* »).

La pièce veut montrer ce que l'on peut ressentir si l'on n'a jamais parlé à ses proches de ce à quoi tout le monde est confronté à un moment donné de sa vie : la mort.

L'actrice Elise Bundervoet a travaillé dans une unité de soins palliatifs pendant cinq ans. Elle y a constaté, à chaque fois, que la mort reste le plus grand tabou de la vie. À travers des créations artistiques telles que ce spectacle - une collaboration entre l'actrice et la MC - elle souhaite contribuer à développer un langage pour la dernière phase de la vie, la fin de vie, la mort.

Après la représentation, un temps de discussion est prévu en présence de l'actrice.

5.2.4. N'oublions pas nos propres collaborateurs

Afin de préparer le personnel de la MC au lancement de la campagne et pour qu'il soit prêt à aider les membres ayant des questions, des outils d'information ont été développés tels qu'un webinaire, une FAQ, une page de présentation en ligne et des conférences de midi.

Les conseillers ont reçu des indications claires sur la manière de traiter les questions standard et d'effectuer des renvois ciblés pour les questions plus complexes. Une attention particulière a été accordée au personnel du « Vlaamse CM-Zorglijn » et aux travailleurs sociaux, pour qui la planification anticipée des soins fait partie intégrante de leur travail quotidien depuis des années.

Grâce à cette préparation, la MC peut garantir à ses membres un service de qualité en ce qui concerne cette thématique.

Bibliographie

- CM. (2019). *Met twee naar de arts? Je hebt er recht op.* Disponible sur www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/met-twee-naar-de-arts
- CM. (2021). *Vroegtijdige zorgplanning.* Récupéré sur www.cm.be/mijn-zorgwensen.
- Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs (2017). *Rapport d'évaluation des soins palliatifs.* Bruxelles: SPF Santé publique.
- Mistiaen, P., Van den Broeck, K., Aujoulat, I., Schmitz, O., Friedel, M., Genet, M., et al. (2017). Soins appropriés dans la phase finale de la vie - *Synthèse.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Rietjens, J., Sudore, R., Deliens, L., Ott, B., Connolly, M., & Van Delden, J. (2018). Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts en Wetenschap*, 22-29.
- Van Mechelen, W., Piers, R., Van den Eynde, J., & De Lepeleire, J. (2015). *Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning.* Vilvoorde: Palliatieve Zorg Vlaanderen.
  Disponible sur www.pallialine.be.

Résumé du rapport de l'Agence intermutualiste « Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement » (2020)

1. Introduction

En 2020, l'Agence Intermutualiste (AIM) a publié un rapport qui se penche sur la façon dont l'INAMI mesure le taux de conventionnement les prestataires de soins. Les auteurs de ce rapport dégagent les points faibles de ce calcul officiel et proposent une nouvelle manière de rendre compte de ce taux. Cette nouvelle approche permet de voir que la réalité vécue par le patient en termes de disponibilité de prestataires conventionnés est bien différente que celle présentée par l'INAMI. On pourrait alors en déduire que ce dernier surestime l'accessibilité des soins ambulatoires dans notre pays.

En effet, chaque année ou tous les deux ans, les prestataires de soins ont la possibilité d'adhérer à la convention nationale relative à leur secteur d'activités et ils s'engagent ainsi à respecter les tarifs officiels fixés par l'INAMI. Ces accords ont pour objectif d'assurer une sécurité tarifaire pour les patients. L'INAMI comptabilise les prestataires de soins qui adhèrent à l'accord et publie les résultats sur son site internet. Le nombre d'adhésions détermine si un accord entre en vigueur dans le pays ou par arrondissement. Un taux d'adhésion national de 60% à la convention (et 50% par arrondissement) est considéré comme garantissant une accessibilité financière (et physique) suffisante.

Il est à noter que l'INAMI comptabilise tous les prestataires disposant d'un numéro d'agrément INAMI tant que ces prestataires n'ont pas mis l'INAMI au courant de leur cessation d'activité, ce qui, comme le démontre le rapport, constitue un problème.

La sécurité tarifaire jusqu'aujourd'hui maintenue se voit actuellement menacée : difficulté de signer des accords, entre autres dans le cadre du contexte budgétaire difficile actuel, augmentation des suppléments pour les prestations non remboursables mais aussi pour des prestations remboursables (dans le cas des soins dentaires). De plus, il y a une augmentation du déplacement d'activités hospitalières spécialisées vers le secteur ambulatoire ; ce phénomène est caractérisé par des règles de tarification moins contraignantes en particulier au niveau des suppléments d'honoraires et des prestations non remboursables.

Le rapport présente la façon de calculer le taux de conventionnement actuellement, une nouvelle méthode de calcul du taux, des résultats pour les médecins généralistes, spécialistes et dentistes, avec une comparaison de différentes méthodes, et invite enfin à un changement de perspective. Nous en présentons les grandes lignes.

2. Méthode

Afin de mieux prendre en compte la réalité de l'accessibilité de soins, dans le sens où tous les prestataires comptabilisés ne pratiquent pas avec la même intensité (certains ne pratiquent même plus), l'AIM a proposé une nouvelle méthode qui permet de déterminer les taux « réels » de conventionnement. Ces taux « réels » correspondent à la réalité du terrain, ce sont ceux que les patients découvrent lorsqu'ils cherchent à avoir un rendez-vous (en ambulatoire) avec un prestataire (médecins et dentistes dans cette étude).

Avec une définition des « contacts en ambulatoire » propre à chaque secteur de soins (médecins généralistes/spécialistes/dentistes) et un seuil de 500 contacts ambulatoires minimum pour être considéré comme participant à l'offre de soins, l'AIM construit une nouvelle carte des prestataires actifs en ambulatoire (pages 4 et 5 du rapport). Ces prestataires « actifs en ambulatoire » cumulent 98,6% des contacts ambulatoires. Ainsi, 71,8% des médecins généralistes attestent 99,4% des consultations, 55,8% des médecins spécialistes attestent 97,6% des consultations, et 75,7% des dentistes réalisent 98% des contacts ambulatoires. Seul 1,4% des contacts ambulatoires ne sont dès lors pas pris en compte dans les analyses de ce rapport.

3. Résultats

Avec cette nouvelle méthode, les taux de conventionnement s'en voient être bouleversés : la proportion de prestataires conventionnés diminue, à l'opposé des non-conventionnés (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Taux de conventionnement : comparaison du volume d'activité ambulatoire au taux de conventionnement des prestataires (source : De Wolf, et al., 2020, p.23)

	% conventionnement prestataires	% conventionnement prestataires **actifs**	% conventionnement prestataires **actifs en ambulatoire**	**Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement**
	(Statistiques INAMI)	(Atlas AIM) (*)	(≥ 500 consult-contacts/an)	(Prestataires ≥ 500 consult-contacts/an)
Médecins généralistes (**)				
Conventionné	86%	83%	84%	**85%**
Partiellement conventionné	1%	1%	1%	**1%**
Non conventionné	13%	16%	15%	**14%**
Médecins spécialistes (***)				
Conventionné	71%	64%	57%	**44%**
Partiellement conventionné	6%	8%	9%	**11%**
Non conventionné	23%	28%	35%	**45%**
Dentistes				
Conventionné	43%	29%	29%	**27%**
Partiellement conventionné	16%	22%	22%	**24%**
Non conventionné	40%	49%	49%	**49%**

(*) Dans l'Atlas AIM, les prestataires sont considérés comme « actifs » lorsque leurs honoraires INAMI dépassent un certain seuil (5.000 d'euros pour les médecins généralistes, 10.000 d'euros pour les médecins spécialistes ou 15.000 d'euros pour les dentistes) au cours de l'année.
(**) Les trois dernières colonnes sont basées sur les codes spécialités 003 et 004. La première colonne (stats INAMI) est basée sur les codes spécialités 003, 004, 007 et 008.
(***) Médecins spécialistes hors médecins spécialistes en formation, spécialistes en biologie clinique et anatomopathologues.

Les prestataires qui ne sont plus ou peu actifs sont en effet principalement des prestataires conventionnés. Et à l'opposé, le taux de conventionnement est plus faible chez les médecins spécialistes qui ont une activité ambulatoire élevée.

Les différences entre spécialités sont criantes. Alors que moins d'un prestataire sur six actif en ambulatoire est conventionné parmi les dermatologues, les chirurgiens plastiques et les ophtalmologues par exemple, cette proportion atteint presque les quatre prestataires sur six parmi les cardiologues et les chirurgiens. Le taux de conventionnement reste néanmoins nettement inférieur au taux officiel de l'INAMI pour la majorité des spécialités. On constate que chez les médecins (généralistes ou spécialistes), le non-conventionnement augmente avec l'âge : pour l'année 2018, on passe de 5% de non conventionnés au début de la carrière des médecins généralistes à 20% en fin de carrière, et de 23% à 42% pour les spécialistes. C'est le contraire chez les dentistes puisqu'on passe de 52% en début à 37% en fin de carrière.

Le nombre de contacts ambulatoires donne une image plus représentative de l'offre médicale ambulatoire que le nombre de prestataires. L'analyse met en évidence que la proportion de contacts selon le conventionnement peut fortement s'écarter du taux de conventionnement des prestataires pour certaines spécialités. La proportion de consultations attestées par des spécialistes totalement conventionnés va par exemple de 11% pour les dermatologues à 61% pour les car-

diologues. Pour plusieurs spécialités, seule une minorité de consultations sont attestées par des prestataires totalement conventionnés, notamment en chirurgie plastique (16%), ophtalmologie (18%), gynécologie (20%), orthopédie (23%), urologie (40%), neurochirurgie (40%), ORL (43%), médecine physique (46%) et stomatologie (46%). La proportion de l'activité ambulatoire réalisée par des prestataires conventionnés est donc inférieure au taux de conventionnement.

Chez les dentistes, alors que 27% des contacts en dentisterie générale sont attestés par des prestataires totalement conventionnés, ce pourcentage tombe à 2% chez les orthodontistes, et 6% chez les parodontologues. C'est chez les médecins stomatologues que les prestataires conventionnés ont la plus grande part de l'activité ambulatoire.

Il y a aussi des différences selon la région d'habitation du prestataire (qui n'est peut-être pas sa région principale de pratique). Pour les médecins généralistes, alors qu'en Flandre et en Wallonie, le pourcentage de contacts chez un prestataire totalement conventionné est proche de la moyenne belge (85%), la situation à Bruxelles attire l'attention : les affiliés bruxellois n'ont que deux tiers de leurs consultations de médecine générale chez des prestataires conventionnés. Pour les médecins spécialistes, les affiliés bruxellois ont le même taux de recours à des consultations de spécialistes totalement conventionnés que la moyenne nationale de 44%. On remarque que les affilés wallons consultent plus souvent des spécialistes conventionnés, tandis que les affiliés flamands ont plus recours aux médecins non conventionnés ou partiellement conventionnés, ce qui peut engendrer des suppléments d'honoraires facturés. Quant aux dentistes, au niveau national, le pourcentage de contacts avec des prestataires conventionnés est de 27% mais cette moyenne cache des différences très importantes entre les différentes régions : en Flandre, ce pourcentage n'est que de 16%, alors qu'en Wallonie ou à Bruxelles, il atteint les 40%.

Et si on regarde les arrondissements, les différences sont parfois encore plus criantes. Par exemple, la proportion de consultations de médecine générale chez des prestataires non conventionnés va de moins de 1% pour les domiciliés de l'arrondissement d'Ypres à plus de 47% pour les domiciliés de l'arrondissement de Neufchâteau. Autre exemple, les domiciliés de l'arrondissement d'Arlon ont plus de 96% de leurs consultations chez des gynécologues non-conventionnés. Les domiciliés de l'arrondissement de Tournai ont moins de 21% de leurs consultations chez des non-conventionnés. En bref, le taux de conventionnement total varie fortement selon la localisation, au sein d'une même spécialité.

Lorsqu'on regarde l'évolution entre 2012 et 2018 de la répartition de l'activité ambulatoire selon le conventionnement, on voit que la situation reste quasiment stable pour les médecins généralistes et spécialistes : le volume d'activité pour les prestataires non-conventionnés diminue un peu pour les généralistes et augmente un peu pour les spécialistes. Par contre, pour les dentistes, l'augmentation du volume d'activité pour les prestataires non-conventionnés augmente drastiquement : on passe de 36,6% en 2012 à 49,2% du volume de l'activité ambulatoire qui est attestée par des prestataires non-conventionnés. Avec la propension des jeunes dentistes à se déconventionner, l'avenir de l'accessibilité dans ce secteur est compromis.

4. Conclusion

Au vu de ces résultats, il semble clair que le taux officiel de conventionnement des prestataires (tel que présenté par l'INAMI) n'est pas un indicateur fiable de la réalité. Un indicateur basé sur le volume d'activités ambulatoires ou l'exclusion des prestataires peu ou pas actifs en ambulatoire serait dès lors plus approprié pour évaluer l'accessibilité en ambulatoire. La situation est très différente pour les spécialistes avec de grandes disparités au sein des différentes spécialisations. Pour beaucoup d'entre elles (et selon la région ou l'arrondissement d'habitation du patient), le taux de consultations/contacts conventionnés est largement en dessous des 60% au niveau national (taux considéré comme garantissant une accessibilité financière suffisante). Il convient enfin d'évoquer le manque de transparence concernant les pratiques des prestataires partiellement conventionnés. Cela engendre une incertitude de taille quant à l'accessibilité financière des prestations réalisées par ceux-ci, et plus globalement une incertitude quant à l'accessibilité financière de toute la spécialité lorsque ces prestataires représentent près d'un cas sur quatre pour les dentistes notamment.

Nous espérons que cette nouvelle façon de évaluer l'accessibilité des soins dans notre pays inspirera les décideurs, afin que cette interpellante réalité soit également l'objet de débats et de décisions pour combattre la grandissante inaccessibilité des soins dans notre pays.

Bibliographie

De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement.* Bruxelles: Agence Intermutualiste (AIM).

MC-informations est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.
Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la diffusion des productions du service d'études et la gestion de la revue. Ce fichier n'est accessible qu'aux collaborateurs et aux fournisseurs de l'ANMC impliqués dans la gestion de la revue. Il est par ailleurs stocké dans un espace informatique sécurisé.

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez toujours demander à consulter gratuitement vos données à caractère personnel et, le cas échéant, demander la correction de toutes les données à caractère personnel incorrectes et/ou incomplètes vous concernant. Dans ce cadre, vous pouvez également demander que vos données à caractère personnel ne soient temporairement pas traitées (sauf dans plusieurs cas définis par la loi) jusqu'à ce que leur exactitude ait été contrôlée.

Vous pouvez également demander à recevoir une copie de vos données à caractère personnel et/ou qu'elle soit transmise à un autre établissement ou personnel de votre choix dans un format permettant de transférer facilement ces données à caractère personnel.

Vos données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins énoncées dans le présent document. Si vous estimez que la Mutualité Chrétienne ne peut plus traiter vos données à caractère personnel dans le cadre de la revue MC-Informations, vous pouvez alors également demander, dans certains cas déterminés, que vos données à caractère personnel soient définitivement supprimées. En lieu et place de la suppression, vous pouvez demander que vos données soient conservées, mais qu'elles ne soient plus traitées (sauf dans certains cas prescrits par la loi).

Si vous deviez estimer que la Mutualité Chrétienne ne traite pas légitimement et légalement vos données à caractère personnel, vous pouvez introduire une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (données de contact disponibles à l'adresse : www.autoriteprotectiondonnees.be). Dans une telle situation, nous recommandons toutefois de contacter d'abord notre délégué à la protection des données. Les éventuels problèmes ou incompréhensions seront souvent facilement résolus.

Si vous vous êtes abonné à la revue MC-informations, mais que vous changez d'opinion par la suite, vous pourrez toujours révoquer votre accord. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Aux fins de l'exercice des droits susmentionnés, si vous ne souhaitez plus recevoir MC-Informations, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études
Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à mcinfos@mc.be

Si vous souhaitez des informations plus générales sur le traitement des données personnelles par la MC, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité général sur notre site web : www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc

Sommaire

Édito 2

Accès aux soins de santé 4

L'accès aux soins de santé, définition et enjeux

Santé mentale 23

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale

Soins de santé 46

Réadmission après un séjour en maternité : un risque croissant ?

Droits du patient 75

Action MC droits du patient 2021 : planification anticipée des soins

En bref 80

Résumé du rapport de l'Agence intermutualiste « Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement » (2020)

MC-Informations

paraît quatre fois par an (mars, juin, septembre, décembre) en français et en néerlandais, et est consultable gratuitement sur : http://www.mc.be/MC-Informations.

A cette adresse, vous pouvez vous inscrire sur un « mail-alert » et serez ainsi averti lors de la parution d'un nouveau numéro.

Colophon

Editeur responsable	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Rédactrice en chef	Élise Derroitte
Rédaction finale	Rebekka Verniest et Svetlana Sholokhova
Gestion des abonnements	Mieke Hofman
Layout Service	cellule graphique
Impression	Albe De Coker
Adresse de retour	ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles