

Éthique et pratiques médicales et sociales

Il y a dans le champ sanitaire des situations où le recours à une réflexion sur les pratiques s'impose : assurer une égalité par rapport aux besoins de santé et pas seulement aux demandes, annoncer une maladie grave, accompagner la fin de vie, interrompre des soins...

Inégalités d'accès aux soins : le besoin et la demande

Guy Darcourt
Professeur émérite
de psychiatrie,
université de Nice
Sophia-Antipolis,
membre de l'Espace
éthique azuréen

On ne peut que souscrire à l'objectif de l'égalité d'accès aux soins. C'est une question de justice sociale. Mais on se doit d'ajouter une question complémentaire : de quelle égalité s'agit-il ? Est-ce une égalité par rapport à la demande ou par rapport aux besoins ?

Il tombe sous le sens que l'objectif le plus juste est la recherche de l'égalité par rapport aux besoins. La difficulté vient de ce qu'il n'y a pas toujours parallélisme entre le besoin et la demande des patients : certains revendiquent au-delà de leurs besoins tandis que d'autres ne demandent rien alors qu'ils ont des besoins. Or, ce qui est présenté aux équipes soignantes, ce sont des demandes et elles ne savent pas toujours à quels besoins elles correspondent. Envisageons quelques situations.

Les demandes supérieures aux besoins

Les demandes supérieures aux besoins relèvent de mécanismes divers.

Il y a les sujets anxieux (voire hypochondriaques) qui se croient malades. Certes ils le sont, mais ce n'est

pas de la pathologie qu'ils imaginent, c'est de leur problème psychique. La prise en charge doit s'orienter vers ce malaise et non pas se déterminer à partir des demandes exprimées.

Il y a les « vérificateurs » qui multiplient les demandes de bilans, de contrôles, d'examens coûteux, de soins préventifs...

Il y a les revendiquant. On a tous entendu des phrases comme « *j'ai droit à de nouvelles lunettes* » (sans qu'on sache quel est le besoin) ou « *je n'ai pas pris tous les congés de maladie auxquels j'ai droit* ». Il y a les demandes de transport en ambulance injustifiées, les demandes de faire passer pour un soin une demande esthétique...

Tout cela est connu et banal. Ce qui l'est moins, car il y a peu de réflexion critique sur ce sujet, c'est sa dimension éthique. Elle concerne d'abord la motivation du soignant dans sa réponse : son intérêt personnel intervient-il dans sa réponse à ces demandes, les satisfait-il pour ne pas perdre son client ou pour ne pas perdre le bénéfice qu'il peut retirer de son acte ? Elle concerne aussi le respect de l'autre : a-t-on le droit



de le frustrer ? N'est-ce pas « vouloir son bien » que de lui donner satisfaction ? Elle concerne enfin les devoirs du soignant envers la société : n'a-t-il pas une responsabilité dans la bonne gestion du système de santé ?

Les demandes inférieures aux besoins

Les demandes inférieures aux besoins sont moins connues car souvent les soignants ne voient pas ces malades puisqu'ils ne consultent pas.

Il y a une première situation, celle des optimistes, des négligents, des mal informés, des craintifs, des timides... C'est pour eux que les campagnes de dépistage ou de vaccination ont tout leur intérêt. Le problème éthique pour le soignant est celui de son attitude face à ces campagnes : ses conseils et ses incitations envers la population ou sa participation.

Une deuxième situation est celle des patients qui se soignent mal. Ceux-là, les soignants les connaissent puisqu'ils les voient (de temps en temps). Ils ne prennent pas leurs médicaments, ne suivent pas les régimes qu'on leur prescrit, ne font pas les exercices qu'on leur conseille, ne viennent pas aux rendez-vous qu'on leur fixe... Leurs motivations sont diverses et on ne les comprend pas toutes car elles sont plus ou moins profondes. En se référant à la psychologie élémentaire, on attribue leurs difficultés à la gourmandise pour les régimes, à la dépendance de l'alcool, à la paresse pour les activités physiques... Il est beaucoup plus difficile de découvrir des tendances inconscientes d'autodestruction ou des problèmes névrotiques sous-jacents mais le somaticien n'a ni la formation ni la possibilité d'une action psychothérapeutique sur une telle organisation psychique et d'ailleurs elle n'est pas indispensable. En revanche, il a une mission d'éducation. Il n'est pas un simple prescripteur, il doit aussi enseigner à son patient les données scientifiques qui lui permettront de se soigner le mieux possible.

Il y a des situations plus extrêmes dans lesquelles il n'y a aucune demande malgré des besoins. Elles sont souvent méconnues puisque les équipes soignantes n'y sont pas confrontées. Or cela pose un problème éthique majeur. Dans un esprit de santé publique, on ne peut négliger une telle situation. Il faut l'étudier pour essayer ensuite de la corriger.

Des études psychologiques récentes ont analysé ces comportements. Ils se voient surtout dans les situations de précarité. Ils peuvent se voir aussi dans d'autres circonstances, mais c'est dans celles-ci qu'elles ont été le mieux étudiées.

Je me référerai aux travaux de Jean Furtos. Dans ces situations de précarité, se crée un syndrome d'auto-exclusion : ces sujets se replient sur eux-mêmes, rompent leurs liens affectifs, ont une inhibition intellectuelle et un émoussement affectif (avec même hypoesthésie corporelle), ne font aucune demande de soins et même les refusent ou pratiquent une « inversion des demandes », c'est-à-dire qu'ils parlent de leur santé à des travailleurs sociaux qui ne sont pas en mesure de les prendre en

charge et de leurs problèmes sociaux aux médecins qui ne peuvent les résoudre.

Ce syndrome repose sur un manque de confiance en soi, dans les autres, dans l'avenir. Pour ne pas en souffrir, ces sujets se replient sur eux-mêmes et s'auto-excluent de la société. On sait que la société a déjà tendance à exclure ces sujets ; ce phénomène renforce l'exclusion.

Cette analyse psychologique rencontre celle de sociologues sur le malaise dans notre société : Alain Ehrenberg, par exemple, met en évidence le fait qu'il y a dans notre société un conflit entre un « *devoir d'autonomie* » (chaque sujet étant enjoint à s'assumer) et un « *besoin de protection* » (chacun voudrait que la société lui garantisse la santé et les moyens de vivre confortablement). Les exclus correspondent aux cas extrêmes de ces états de malaise : incapables de cette autonomie et ayant abandonné tout espoir de protection, ils s'auto-excluent de la société.

Pour sortir ces sujets de leur exclusion et pour les faire bénéficier des soins dont ils ont besoin, il faut trouver un équilibre entre deux excès : l'indifférence et l'obligation de soin, il faut « aller vers » sans imposer, manifester disponibilité et patience, coordonner l'action des équipes sociales et celle des institutions de soins, élaborer des méthodes d'accueil, former les soignants à la relation avec ces sujets... C'est complexe, mais nécessaire.

Conclusion

Assurer une égalité par rapport aux besoins de santé est donc plus difficile que d'assurer une égalité par rapport aux demandes. Cela complique la relation avec le patient, qui peut se sentir frustré. Cela nécessite que le médecin ne se limite pas à être un prescripteur, mais soit aussi un éducateur. Et cela conduit à organiser l'accueil et les soins au-delà de la simple attente de la demande, en inventant des moyens d'« aller vers » les besoins. ■