

Health Forum

Septembre 2017 · N° 31

Le magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres · trimestriel



Dossier

Les inégalités de santé, de génération en génération

Faites connaissance avec les Mutualités Libres !

Avec plus de 2.000.000 d'affiliés, les Mutualités Libres constituent le troisième organisme assureur du pays.

Les Mutualités Libres regroupent 5 mutualités :



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Partenamut

Boulevard Louis Mettewie 74/76
1080 Bruxelles
www.partenamut.be



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Partena Ziekenfonds

Sluisweg 2 bus 1
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be

Inégalités : en finir avec le "moyennement" correct

Notre vision du monde a une fâcheuse tendance à être biaisée. Par toute une série d'empreintes culturelles, sociales, idéologiques... Mais au-delà des différences qui nous caractérisent, nous avons tous tendance à regarder les choses au travers du 'prisme de la moyenne'. En moyenne, les Belges sont heureux, en bonne santé, prospères, éduqués,... Mais ils sont loin d'être égaux. En tout cas, certains sont beaucoup plus égaux que d'autres !

Bien que notre société soit une des plus égalitaires au monde - peu de systèmes sociaux sont aussi redistributifs -, les inégalités sont bien présentes chez nous malgré les mesures correctrices prévues par nos filets sociaux. Toutes les études pointent les mêmes constats: nous ne sommes pas égaux et ce, dans toutes les dimensions touchant à la santé. L'état de santé, l'hygiène de vie, l'accès aux soins, la participation aux programmes de prévention, le niveau de littératie en santé, et de manière générale, l'exposition aux déterminants de la santé. Tous ces éléments sont directement corrélés avec le niveau d'éducation et de revenus. Même dans une société relativement égalitaire comme la nôtre, les différences sont flagrantes quand on compare le groupe le plus favorisé avec le groupe le moins favorisé : 7,5 années d'espérance de vie séparent en effet ces deux populations, 18 années même quand on parle d'années de vie en bonne santé ! Sans surprise, les reports de soins pour raisons



“ En moyenne, les Belges sont heureux, en bonne santé, prospères, éduqués,... Mais ils sont loin d'être égaux. ”

financières touchent 19% de la population du groupe le moins favorisé et 3% de l'autre. Par contre, l'OCDE a démontré dans une étude comparative* que, **pour la Belgique, les inégalités d'accès aux soins ne concernaient pas la première ligne mais**

les soins spécialisés, dentaires et préventifs. De quoi faire réfléchir ceux qui, dans certains milieux politiques ou mutualistes, martèlent qu'il faut absolument rendre la première ligne de soins gratuite... Ceci démontre une nouvelle fois qu'il faut être prudent et éviter de verser dans des solutions faciles. Les inégalités ne se résument pas à un problème de remboursement des soins. L'analyse des soins dentaires chez les moins de 18 ans, pourtant gratuits, indique qu'il faut mobiliser d'autres instruments politiques. La prévention, l'éducation, la vulgarisation sont les parents pauvres de notre système

institutionnel morcelé. Mieux coordonnées autour d'objectifs de santé prioritaires, ces politiques pourraient contribuer plus activement à la réduction du fossé social. Un impératif qui, comme l'ont démontré de nombreux économistes, participe à la prospérité d'une nation au-delà de toute considération morale.

Xavier Brenez

Directeur général
de l'Union Nationale des Mutualités Libres

* Inequalities in Healthcare services utilisation in OECD countries, Marion Devaux, 2014.

Rédactrice en chef

Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33

Coordination

Steven Vervaeke

Comité de rédaction

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Aude Clève · Lies Dobbelaere · Christian Horemans · Claire Huyghebaert · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Murielle Lona · Evelyn Macken · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Photos

Shutterstock

Traduction

Annemie Mathues · Gisèle Henrotte · Julie Van Nieuwenhove · Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht · Barbara Van Ransbeeck

Editeur responsable

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Vous voulez recevoir le magazine régulièrement ou abonner vos collègues ?

Ecrivez-nous !
Union Nationale des Mutualités Libres
Health Forum
Rue Saint-Hubert 19
1150 Bruxelles
T 02 778 92 11

Ou envoyez-nous un mail à health-forum@mloz.be



Suivez-nous sur Twitter !
@MutLibres

Sommaire

N° 31 septembre 2017

3 Edito

5 Le saviez-vous ?

6 Dossier

Les inégalités de santé,
de génération en génération

18 Espace prestataires

Au plus près de la réalité des
patients

Les robots humanoïdes,
de précieux outils de soins

"J'ai pu suivre les cours chez moi
sans être trop fatiguée"

24 Events

Santé mentale : favoriser
l'accessibilité, la prévention et la
collaboration

26 Kiosque

Dossier

Les inégalités de santé, de génération en génération

Des enfants au faible poids de naissance aux personnes âgées isolées socialement... notre pays n'échappe pas aux inégalités de santé. La position sur l'échelle sociale est directement proportionnelle au nombre d'années de vie en bonne santé, à l'espérance de vie et à l'accès aux soins de santé. Comment naissent ces inégalités de santé et comment les réduire ? Analyse selon les différentes périodes de la vie.



6

Espace prestataires

Les robots humanoïdes, de précieux outils de soins

Comment réagiriez-vous si, en vous rendant au guichet de l'hôpital, vous vous retrouvez nez à nez avec un robot ? De plus en plus d'établissements de soins utilisent des robots sociaux pour exécuter une partie du travail. Les collaborateurs et patients de l'UZ Bruxelles et des centres Armonea les ont déjà adoptés.



20

Events

Santé mentale : favoriser l'accessibilité, la prévention et la collaboration

La 3^e édition de notre série de débats "La parole aux professionnels de la santé" fut à nouveau l'occasion d'échanges enrichissants et de points de vue éclairants. Cette fois, ce sont les psychologues qui ont mené les discussions sur la santé mentale, point faible du système de santé belge. Retour sur cet événement !



24

www.mloz.be

Un nouveau magazine consacré aux aidants



Aider n'est pas facile. Comment être juste dans sa relation à l'autre ? Comment répondre à ses besoins sans s'épuiser ? Comment résister à l'isolement ? Comment mieux vivre cet

engagement et lui donner toute sa valeur ? Autant de thèmes qu'aborde la nouvelle revue 'Aider' : psychologie, reportages, histoire, sophrologie, réflexions de fond et informations pratiques... Trimestriel, le magazine compte une centaine de pages, avec un graphisme attrayant et de grandes illustrations. Une rubrique « Respirer » invite le lecteur aidant à prendre du temps pour lui et propose petits trucs, astuces et exercices. Il est possible de feuilleter le premier numéro de la revue et de le commander via le site suivant :

<https://aider-larevue.fr/boutique>

40,7 milliards d'euros...

En 2016, la Belgique a exporté pour 40,7 milliards d'euros de médicaments et vaccins. Ce chiffre élevé s'explique notamment par **la position géographique unique de notre pays et l'accès aisé aux marchés étrangers.**

Par ailleurs, la Belgique compte également 32 sites de production pour médicaments innovants et 10 centres de distribution mondiaux ou européens spécifiques au secteur pharmaceutique. Un cinquième des exportations étaient destinées au marché américain et un huitième au marché asiatique. Près de la moitié est restée au sein de l'Union européenne.

www.pharma.be

1 enfant bruxellois sur 3...

... vit dans une pauvreté financière relative. La moyenne dans les pays industrialisés est de 1 enfant sur 5. C'est ce que révèle un rapport de l'UNICEF, l'organisation des droits de l'enfant des Nations Unies, qui classe 41 pays industrialisés selon le bien-être des enfants par rapport aux objectifs de développement durable. **La Belgique occupe la 26^e place, un score relativement médiocre.** L'UNICEF veut inciter les politiques à utiliser leur classement lors de l'élaboration de mesures de politique nationales.

www.unicef.be

Handicap : encourager l'inclusion sur le marché de l'emploi



Encourager les personnes handicapées à trouver leur place au sein de la société grâce à l'emploi et faciliter l'accessibilité au travail. Aider les entreprises à engager une personne porteuse d'un handicap. Voilà les objectifs de Wheelit. Conçue comme une plateforme de recrutement en ligne, Wheelit propose aussi des services spécialement conçus pour les personnes handicapées. Comme par exemple, des **séances de coaching gratuites pour aider le candidat handicapé à définir son projet professionnel ou pour l'assister dans la rédaction de son curriculum vitae et de sa lettre de motivation.** Des services d'accompagnement ou d'information sont aussi prévus pour les entreprises souhaitant recruter du personnel handicapé. La plateforme existe depuis plus de 7 ans et est disponible en français et en néerlandais.

www.wheelit.be



Les inégalités de santé, de génération en génération

Comment combler le fossé social en matière de santé ?

p.7

“Lutter contre la pauvreté des enfants,
c’est avant tout lutter contre la pauvreté des parents”

p.10

Et les ados, comment vont-ils ?

p.12

“Abordez un migrant ou réfugié comme n’importe quel autre patient”

p.14

Vieillesse et pauvreté, c’est dépassé ?

p.16



Comment combler le fossé social en matière de santé ?

Selon le dernier indice publié par Health Consumer Powerhouse, les soins de santé belges figurent parmi les meilleurs d'Europe. Toutefois, notre pays n'échappe pas à un phénomène qui touche de nombreux Etats : l'écart social en matière de santé. Chez nous aussi, la position sur l'échelle sociale influence directement le nombre d'années de vie en bonne santé, l'espérance de vie et l'accès aux soins. Comment ce fossé se creuse-t-il et que faire pour le résorber ?

À l'âge de 50 ans, les hommes qui ont fait des études supérieures bénéficient de 8,3 années en bonne santé de plus que ceux qui ont un diplôme de l'enseignement secondaire ou inférieur. 23% d'entre eux sont confrontés à une ou plusieurs maladies de longue durée, contre 36% pour les moins diplômés*. Sans oublier le nombre croissant de Belges issus des classes sociales moins aisées qui reportent des soins pour des raisons financières. La pauvreté entraîne donc la maladie et la maladie entraîne la pauvreté. "En matière d'inégalités de santé, la Belgique ne se débrouille pas si mal en comparaison avec d'autres pays européens, mais il reste du pain sur la planche", déclare **Pol Gerits, coordinateur d'un ancien groupe de travail consacré aux inégalités en soins de santé auprès de la Commission Interdépartementale pour le Développement Durable (CIDD)**. "Ces différences d'état de santé peuvent s'expliquer par le statut socio-économique : la formation, l'emploi et les revenus sont des facteurs déterminants. La problématique est extrêmement complexe, mais en adoptant une approche intégrale impliquant différents secteurs, on pourrait la prendre à bras-le-corps. Les actions menées par le secteur des soins de santé n'influencent en effet les inégalités que de 20% maximum. Les 80% restants sont du ressort de l'enseignement, du logement, de l'emploi, etc."

Inégalités absolues et relatives

Certaines mesures politiques peuvent donc réduire les inégalités de santé, mais portent-elles leurs fruits ? "C'est difficile à dire, car il faut toujours avoir une vision à long terme. Les résultats de la prochaine enquête de santé seront connus en 2019 et nous permettront d'y voir plus clair", explique Pol Gerits. "Il faut aussi faire la distinction entre les chiffres absolus et relatifs. Les chiffres absolus nous indiquent que l'espérance de vie de la population générale continue d'augmenter. Cela semble être une bonne nouvelle, mais les chiffres relatifs nous racontent une autre histoire. **Les deux dernières enquêtes de santé montrent que les inégalités relatives de santé ne font qu'augmenter dans notre pays.** Il est vrai que ce sont des chiffres collectés entre 2008 et 2012, en pleine période de crise économique."

Stratégies globales et spécifiques

Comment inverser cette tendance ? Les campagnes d'information globales adressées à l'ensemble de la population n'apportent pas grand-chose. "Au contraire, **se focaliser sur des approches globales a même l'effet inverse et creuse les inégalités de santé.** Il faut combiner les campagnes grand public à des cam-

pagnes spécifiques, centrées sur différents groupes cibles. Par ailleurs, toutes les mesures qui visent un meilleur accès aux soins de santé auront évidemment un impact positif sur les inégalités en ce domaine." Les résultats du groupe de travail sur les inégalités de santé, dirigé par Pol Gerits, l'ont confirmé. "Le groupe a été lancé à l'occasion d'une action orchestrée par la Commission européenne. Tant les autorités fédérales que les trois régions y ont participé. Nous avons commencé en 2013 et nos efforts étaient concentrés sur deux objectifs : mettre les inégalités en soins de santé à l'agenda politique et faire collaborer des personnes issues de différents secteurs afin de parvenir à des solutions durables."

Une politique autour de 5 piliers

Les activités du groupe de travail ont donné lieu à un plan d'action, présenté à la Conférence interministérielle Santé publique. "Près de la moitié de nos propositions ont déjà été implémentées, mais pour les autres, il n'y a pas de budget", regrette Pol Gerits. Les mesures introduites tournent autour de 5 piliers : le choix d'une politique inclusive, l'assurance d'un accès universel aux soins de santé, davantage d'investissements dans la prévention, des soins sur mesure et une meilleure information délivrée aux patients. Quelques exemples concrets : l'intégration des détenus et des bénéficiaires d'une allocation du CPAS dans le circuit classique de l'assurance maladie, la prévention et l'accompagnement des grossesses à risques en collaboration avec l'ONE, des soins personnalisés pour certains groupes cibles tels que les sans-abris et les travailleurs du sexe ou encore des médiateurs interculturels qui assistent les médecins généralistes dans leur cabinet par vidéoconférence. Quelles sont les mesures délaissées ? "Il s'agit principalement de la sensibilisation des professionnels de la santé à cette problématique. Il reste encore du chemin à faire. Nous devons aussi indiquer encore plus clairement aux autres secteurs (emploi, enseignement, logement,...) comment leurs politiques respectives peuvent aider à réduire les inégalités de santé. Par exemple en limitant le nombre d'enfants qui quittent l'école trop tôt ou en organisant plus d'actions sur le bien-être au travail, destinées aux personnes moins formées."

Intervenir le plus tôt possible

Une approche efficace des inégalités de santé ne doit pas se focaliser uniquement sur les groupes au statut socio-économique plus faible. "Il faut tenir compte du gradient social. Et donc, de la totalité du spectre, du bas au sommet de l'échelle. Sinon, les inégalités reculent légèrement, mais continuent à exister", poursuit Pol Gerits. "Il est important de prendre des mesures universelles mais qui sont proportionnelles aux besoins de soins de chacun. Comparons la situation à une course sportive: tout le monde ne prend pas la ligne de départ au même niveau d'entraînement. Certains groupes de personnes auront besoin d'un ou plusieurs coups de pouce supplémentaires sans lesquels ils ne rejoindront jamais le peloton. C'est pourquoi nous devons intervenir le plus tôt possible. C'est l'investissement le moins cher à long terme."

Une mise en pratique complexe

Les groupes vulnérables ont été étudiés, mais les mesures spécifiques pour les soutenir ne sont pas encore assez nombreuses. Quelle en est la raison ? "N'oubliez pas à quel point cet exercice est difficile !", rappelle Pol Gerits. "Prenez l'exemple d'une communication sur mesure : afin d'être certain que tout le monde a bien compris votre message, vous aurez besoin de différentes versions d'une même campagne d'information, adaptées aux

divers groupes cibles. Mais comment procéder en pratique ? On peut difficilement créer quatre versions d'un site web sur le dépistage du cancer du sein ! Ou envoyer des courriers différents sur l'arrêt du tabac en fonction des revenus ou de la formation du destinataire. Et ne parlons même pas des notices des médicaments. Bien souvent, même les plus diplômés d'entre nous ne les comprennent pas ! Ce n'est que lorsqu'on réfléchit de manière concrète et pratique au problème des inégalités de santé qu'on se rend compte à quel point tout cela est compliqué. Les preuves scientifiques dont nous disposons pour savoir ce qui fonctionne ou pas en pratique sont insuffisantes. C'est le Royaume-Uni qui, le premier, a mis en place des plans d'action pour combler le fossé des inégalités sociales, mais nulle part ailleurs les inégalités ne sont aussi frappantes."

Les actions menées par le secteur des soins de santé n'influencent les inégalités que de 20%. Les 80% restants sont du ressort de l'enseignement, du logement ou de l'emploi.



Pour certains groupes de personnes, des coups de pouce supplémentaires sont nécessaires pour rejoindre le peloton.

Vers des objectifs de santé

Dans cette lutte contre les inégalités sociales en matière de santé, Pol Gerits souligne également l'importance des objectifs de santé. La Belgique n'a pas d'objectifs de santé "nationaux" à ce jour. **"Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) est en train de développer une méthodologie pour définir de tels objectifs au niveau national.** Lorsqu'ils auront été fixés, nous disposerons d'un levier pour diminuer les inégalités de santé dans notre pays", explique Pol Gerits. D'autres signaux permettent-ils d'envisager l'avenir avec optimisme ? "La Commission européenne a lancé un nouvel appel pour travailler sur les inégalités de santé et un nouveau groupe de travail se mettra au boulot dès début 2018. Les préparations sont déjà bien entamées. La volonté est de mettre l'accent sur l'organisation d'actions concrètes. De plus, les inégalités de santé sont explicitement reprises dans la note de politique générale de la ministre Maggie De Block, c'est une grande première. A nous maintenant de faire en sorte que ce thème reste à l'agenda politique."

Qui sont les groupes les plus fragiles ?

Les inégalités de santé touchent toutes les personnes qui ne se trouvent pas dans le haut de l'échelle sociale. Les revenus et le niveau d'éducation constituent deux facteurs importants. Selon une étude d'EuroHealthNet, les groupes vulnérables qui méritent une attention particulière sont les suivants :

- familles monoparentales
- minorités ethnico-culturelles
- personnes âgées
- enfants dans la pauvreté
- enfants dont les parents sont fragiles (financièrement, psychologiquement...)
- détenus
- sans-abris

www.health-inequalities.eu

*Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et bien-être WIV-ISP, Bruxelles, 2014



“Lutter contre la pauvreté des enfants, c’est avant tout lutter contre la pauvreté des parents”

Naître dans la précarité a des conséquences négatives sur la santé des enfants. Une étude réalisée par l’école de santé publique de l’ULB et soutenue par la Fondation Roi Baudouin a récemment permis de quantifier ce constat. Pour le Professeur Myriam De Spiegelaere qui a mené cette recherche, les inégalités risquent de s’accroître au fil du temps.

Vous vous êtes intéressée à l’impact de la pauvreté sur la naissance, mais aussi à l’influence de la trajectoire migratoire. Quels ont été les résultats ?

Myriam De Spiegelaere : Que la pauvreté ait un impact sur la santé des jeunes enfants, c’est évident. Cela avait déjà été démontré auparavant. Mais ce que nous avons mis en évidence, c’est que l’impact des situations économiques difficiles sur la santé des nourrissons diffère selon la trajectoire migratoire des parents. Certaines populations, en particulier les mamans qui viennent du Maghreb, sont plutôt protégées par rapport au faible poids de naissance, à la prématurité ou au retard intra-utérin. Quand on compare les enfants qui naissent dans un ménage sans revenus du travail, on

constate que tous les enfants dont la maman est d’origine immigrée, qu’elle soit naturalisée ou pas, sont davantage protégés par rapport aux enfants belges. **Au sein des milieux pauvres, ce sont donc les mamans d’origine belge qui sont les plus vulnérables.**

D’où vient cette “protection” ?

M. D. S : Les chiffres ne donnent jamais d’explications... Nous pouvons néanmoins avancer différentes hypothèses, par exemple issues de données sur le tabagisme et qui montrent que la consommation de tabac est moins importante chez les femmes marocaines ou subsahariennes. Or, on sait que le tabac peut avoir un impact sur le poids de naissance. D’autres hypothèses concernent l’environnement de la femme enceinte, son milieu,

sa communauté, sa famille. Et puis, bien entendu, il y a moins de femmes qui travaillent.

L’instruction de la mère a-t-elle aussi un impact ?

M. D. S : Le niveau d’instruction de la mère a un impact évident pour les Belges, comme pour les mamans issues des pays de l’Union européenne. C’est-à-dire tous les pays où la scolarité est très liée au statut social et où la hiérarchie sociale se construit au travers du diplôme. Les femmes qui viennent du Maroc ou de Turquie par exemple, sont les moins instruites. Un tiers des mamans turques ont au maximum un diplôme d’enseignement primaire. Mais sur le plan social, cela a une autre signification. Une femme peu instruite peut avoir

un statut social élevé (posséder plusieurs biens, des maisons...). Chez nous, où l'enseignement est obligatoire jusqu'à 18 ans, le fait de ne pas avoir un diplôme plus élevé que celui du primaire signifie que la précarité est très importante, qu'il y a des difficultés majeures, un handicap. Et c'est très péjoratif pour la santé de l'enfant. En termes de chiffres, il s'agit d'une population très restreinte, mais extrêmement vulnérable. **Bien qu'elles soient plus éduquées et qu'elles aient été plus longtemps à l'école que les mamans maghrébines ou turques, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne sont plus fréquemment en situation de pauvreté. Leurs enfants ont des risques très élevés au niveau de leur santé.** Près de 39% de ces mamans sont seules avec leur(s) enfant(s). L'insertion sur le marché du travail est très difficile et la discrimination très forte. C'est pour cette raison qu'il est essentiel, quand on est face à une maman d'Afrique subsaharienne enceinte, de s'intéresser également au fait qu'elle ait un logement, un emploi, ... Ces femmes ont un risque élevé lié à leurs conditions de vie.

Comment peut-on agir en faveur des enfants présentant des risques importants dès leur naissance ?

M. D. S : Pour améliorer la santé des nourrissons, il faut s'attaquer aux inégalités sociales en général, surtout à Bruxelles. Lutter contre la pauvreté des enfants, cela signifie aussi lutter contre la pauvreté des parents. Prenons l'exemple des allocations familiales qui sont un soutien indispensable aux familles, elles ne viennent qu'après la naissance de l'enfant. Les mamans qui sont en situation précaire n'ont aucune aide spécifique pendant la grossesse. Or, nos données ont démontré que la grossesse est un

facteur de précarisation élevé chez les femmes. **Près d'1 femme sur 2 a un emploi avant la grossesse et progressivement, jusqu'au premier anniversaire de l'enfant, leur nombre diminue. Que deviennent ces femmes ?** Une partie devient demandeuse d'emploi et une autre va au CPAS. La grossesse et la période autour de la naissance sont des périodes de précarité sociale pour les femmes. Il est donc nécessaire de penser des politiques qui protègent les futures mamans au bas de l'échelle sociale.

Et pour les bébés plus spécifiquement ?

M. D. S : Il faut insister sur la nécessité d'avoir des milieux d'accueil et un encadrement très précoces des enfants. L'impact que

Les mamans en situation précaire n'ont aucune aide spécifique pendant la grossesse. Or, la grossesse est un facteur de précarisation élevé.

l'on constate déjà sur les enfants avec un petit poids de naissance ou au niveau de la mortalité, ce n'est que la pointe de l'iceberg. À côté de cela, d'autres impacts sur la santé, que l'on ne mesure pas, vont avoir des répercussions sur les apprentissages et sont liés au milieu de vie. À Bruxelles, plus de 40% des enfants naissent dans une situation de pauvreté. Il est donc essentiel de disposer de milieux

d'accueil de très bonne qualité pour ces enfants-là.

Ces enfants fréquentent-ils vraiment les milieux d'accueil ?

M. D. S : Justement non, parce qu'il n'y a pas de places... et le peu de places qui existent sont "réservées" aux personnes qui travaillent. Les gens qui travaillent et qui ont des revenus bas ne disposent pas de places en fonction de leurs revenus.

Vous parliez de mortalité. Le risque est-il plus élevé pour les enfants nés dans la précarité ?

M. D. S : La mortalité périnatale est heureusement rare. Pour l'ensemble de la période foeto-infantile, elle se situe à 7 pour 1.000. Toutefois, les chiffres révèlent quand même que le risque de mourir avant l'âge d'un an est deux fois plus important chez un enfant vivant dans un ménage sans revenus du travail que dans un ménage qui a deux revenus. C'est rare, mais c'est un phénomène tragique, bien entendu. **Avoir deux fois plus de risques de perdre son enfant avant l'âge d'1 an, c'est quand même une inégalité extrêmement importante !** Nous avons tenu compte de cet indicateur pour notre étude, car derrière ce phénomène se cachent d'autres problèmes de santé qui ne causent pas de décès, mais qui vont fragiliser l'enfant tels que les malformations congénitales ou la prématurité. Ces enfants partent avec un handicap de développement qui va être croissant et qui sera renforcé par d'autres facteurs venant de l'alimentation, du stress, de la pollution atmosphérique, ... Ce qui ne va faire qu'accroître les inégalités.



Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be

Et les ados, comment vont-ils ?

Grâce à l'étude internationale Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), organisée sous le patronage de l'Organisation Mondiale de la Santé, cette question n'a rien de rhétorique. La Fédération Wallonie-Bruxelles et la Flandre comptent parmi les 44 régions ou pays qui y ont participé. Et les résultats* ne nous réservent pas que de mauvaises surprises.



Katia Castetbon

Plus de 8 adolescents sur 10, tant en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB, 85%) qu'en Flandre (86,8%), se déclarent satisfaits de leur vie, même s'ils s'avouent stressés par le travail qui leur est demandé à l'école et l'ambiance scolaire en général. Et ils sont également plus de 80% à se considérer en bonne, voire en excellente santé,

bien que les filles soient moins enthousiastes que les garçons (en FWB, elles sont 26,7% à avoir une perception plutôt négative de leur santé contre 17,4% des garçons, et il en va de même en Flandre, avec 24,3% des filles contre 16,8% des garçons).

Paradoxe

Pour **Katia Castetbon, docteur en Santé publique et directrice du SIPES (Service d'Information Promotion Éducation Santé - ULB)**, "c'est un des paradoxes de l'adolescence : en cette période de transition et de prise de distance par rapport à leurs familles, les jeunes affichent volontiers un mal-être qui ne correspond pas à leur perception réelle. La différence entre les garçons et les filles s'explique par le fait que, globalement, les filles sont plus attentives à leur santé que les garçons et adoptent plus volontiers des comportements favorables à la santé -à l'exception de l'activité physique, moins pratiquée au féminin-, mais

que le corollaire de cette attention est une certaine anxiété."

Petits bobos

Même en forme, toutefois, les ados s'observent. Les symptômes qu'ils rapportent le plus fréquemment sont les difficultés d'endormissement, mentionnées par 31% des jeunes francophones, garçons et filles, tandis que, côté flamand, 26,4% des filles et 20,5% des garçons s'en plaignent. Difficultés auxquelles s'ajoutent nervosité, mauvaise humeur, maux de tête, de dos, de ventre, impression d'être 'à plat' et vertiges. Si les filles sont proportionnellement plus nombreuses à présenter au moins deux de ces symptômes plusieurs fois par semaine, les 'symptômes multiples fréquents' sont également associés au niveau d'aisance matérielle des jeunes. Leur fréquence étant d'autant plus élevée que ce niveau est faible.

À risque

"En fait, et c'est un des messages principaux de l'étude, les enfants vivant dans des familles défavorisées sont plus à risque", souligne Katia Castetbon. "Ainsi, le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale est doublé dans les familles les plus défavorisées : 25%, contre 12,5% en moyenne dans les familles bénéficiant d'une aisance matérielle élevée. Ce phénomène, qui se retrouve dans les autres pays européens, est

évidemment multifactoriel : il est influencé par le coût des aliments nutritionnellement intéressants et les préférences pour certains aliments plaisir, malheureusement de mauvaise qualité nutritionnelle, mais aussi par le manque d'accès aux activités sportives. Beaucoup d'écoles ne consacrent que peu de temps au sport ou ne disposent pas des infrastructures nécessaires pour permettre aux jeunes de pratiquer des sports variés qui les dynamisent. En outre, les abonnements annuels dans certains clubs sont hors de prix pour certaines familles."

Le temps des écrans

Quoi qu'il en soit, 15% seulement des adolescents respectent une des recommandations-clés de l'OMS : pratiquer au moins une heure d'activité physique tous les jours pour rester en bonne santé. Les écrans, par contre, se révèlent particulièrement chronophages : près de 6 jeunes sur 10 regardent la télévision au moins deux heures par jour, 52% passent au moins deux heures quotidiennement sur internet, et 43,8% des ados francophones (contre 42% des Flamands) jouent à des jeux vidéo au moins deux heures par jour. **"Là encore, le temps passé devant les écrans est beaucoup plus important chez les ados de familles défavorisées"**, insiste Katia Castetbon. "C'est une question d'organisation des loisirs : plus l'aisance matérielle est faible, plus les difficultés vis-à-vis du travail, du logement, etc. s'accumulent, et plus il est difficile pour les parents de proposer à leurs enfants des sorties susceptibles de les détourner des écrans."

Informers, pas suffisant

Comment agir sur les disparités socio-économiques qui impactent la santé des ados ? "Les campagnes d'information - sur la consommation de fruits et légumes, par exemple - ne suffisent pas", précise Katia Castetbon. "Nous constatons en effet qu'elles améliorent la connaissance du sujet traité dans l'ensemble de la population... mais davantage dans les catégories bénéficiant d'une aisance matérielle moyenne ou élevée que dans les milieux socialement défavorisés. **Si contradictoire que cela puisse paraître, l'information à elle seule aggrave donc les inégalités.** C'est pourquoi elle doit être complétée par une série d'actions visant par exemple à encourager le rôle de la grande distribution et des petits commerçants dans la promotion des comportements favorables à la santé - en

les invitant notamment à mettre en évidence, dans leurs rayons, les fruits et légumes de saison - mais aussi à donner aux consommateurs des astuces pour acheter leurs fruits et légumes aux meilleurs prix, les conserver dans de bonnes conditions, les préparer correctement. Autrement dit, il faut développer des interventions à plusieurs niveaux."

Chips, cola & Cie

Élément positif : la consommation de tabac et d'alcool chez les jeunes est en diminution, même si le 'binge drinking' continue à interpeller (consommation très importante d'alcool en peu de temps). Par contre, des habitudes problématiques comme la consommation de boissons sucrées (plus d'un tiers des ados en boivent quotidiennement) ou de frites et de chips (15% en mangent chaque jour) sont en hausse, parti-

culièrement chez les ados issus des milieux moins favorisés. "À cet égard, la Belgique aurait intérêt à s'inspirer de certains pays voisins, qui ont suffisamment augmenté les taxes sur les boissons sucrées pour que l'eau reprenne le dessus, ou qui ont interdit la publicité pour les aliments gras, sucrés ou salés dans les programmes destinés

aux enfants et aux ados", commente Katia Castetbon. "Car, là encore, il ne suffit pas d'informer pour obtenir une modification des comportements."

Eh bien, bougez maintenant !

Enfin, pour booster le taux d'activité physique des ados indépendamment de leurs origines socio-économiques, il faudrait commencer par miser sur le transport actif, c'est-à-dire permettre aux ados de se rendre à l'école à vélo, trottinette, rollers ou gyropode. "Cela implique évidemment de sécuriser les rues et les croisements, d'assurer l'apprentissage des jeunes, mais aussi de sensibiliser les automobilistes, d'organiser éventuellement des déplacements en groupe avec accompagnateurs, et bien entendu de prévoir, dans les écoles, des lieux où abriter ces moyens de transport pendant la journée. C'est indispensable si nous voulons généraliser ces pratiques, favorables tant à la santé qu'à l'environnement."



Marie-Françoise Dispa



“Abordez un migrant ou un réfugié comme n’importe quel autre patient”

Soigner des patients d’une origine culturelle lointaine, migrants ou réfugiés, vous fait peur ? A Bruxelles, une association spécialisée dans les questions de santé et culture reçoit régulièrement des questions de professionnels de la santé sur la manière dont ils devraient s’adresser à ces patients. “Même les professionnels de la santé les plus aguerris bloquent face à une histoire de migration”, affirme Stefaan Plysier, psychologue.

“En fait, c’est simple : en tant que prestataire de soins, vous devez aborder tous vos patients de la même manière”, explique **Stefaan Plysier, psychologue au CSZ**, une organisation unique en son genre en Belgique, dont la vocation est d’être un point de contact des professionnels confrontés aux patients issus de minorités ethniques. Avec son collègue Redouane Ben Driss, il reçoit régulièrement des questions de médecins. “Les professionnels de la santé les plus aguerris bloquent face à une histoire de migration.” Ils craignent de ne pas pouvoir exercer leur métier comme il se doit. Ils ont alors la possibilité de prendre contact avec nous et d’être conseillés pour savoir comment aborder au mieux ce type de situation.” La réponse de Stefaan Plysier est claire : faites comme d’habitude. “Il n’est pas nécessaire d’en savoir plus sur une culture bien précise pour être un bon médecin. Nous devons réfuter le raisonnement selon lequel ‘un spécialiste dans une culture bien précise’ peut nous aider à mieux appréhender d’autres cultures. Non ! Communiquez avec votre patient. En tant que professionnel de la santé, vous en savez déjà suffisamment pour pouvoir travailler avec des patients issus d’une autre culture.”

Tenir compte du passé migratoire

Avec la crise des réfugiés, de plus en plus de migrants cherchent leur place dans notre société. Cela signifie également que de plus en plus de prestataires de soins demandent de l’aide. “Ces derniers considèrent souvent la médecine comme une discipline ‘culturellement neutre’ : c’est scientifique, donc ce n’est pas

lié à une culture. Mais c’est faux. Pourquoi décidons-nous de faire un scanner de la tête d’un patient plutôt que de s’asseoir autour de la table avec toute la famille de ce patient afin de discuter de sa tête ? C’est une décision culturelle.” La crise des réfugiés met cette différence culturelle en évidence. “Et c’est également la raison pour laquelle davantage de médecins posent à présent la question. **A l’heure actuelle, il est important, en tant que professionnel de la santé, de ne pas oublier de tenir compte de l’éventualité d’une histoire ou d’un passé migratoire.** Si votre patient est un migrant de première, deuxième ou troisième génération, un traumatisme reste possible. Les réfugiés et demandeurs d’asile doivent accepter le fait qu’ils ont reçu une autre position dans la société.”

Interviews culturelles

Le CSZ organise différentes formations pour les prestataires de soins. “Nous donnons actuellement une introduction aux soins sensibles aux différences culturelles. Elle s’adresse essentiellement aux personnes qui travaillent dans le secteur des soins de santé mentale et du bien-être, mais nous l’avons également organisée pour des sages-femmes”, explique Stefaan Plysier. De plus, l’organisation travaille, en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin, à une formation de quatre jours sur le traumatisme dans le contexte d’asile. Stefaan Plysier souligne qu’après ce type de formation, les différences ethniques et cultu-

relles n'ont pratiquement plus aucun secret pour les prestataires de soins. "Notre objectif est qu'après ce type de journée, ils soient capables de comprendre comment organiser le suivi lorsqu'ils sont confrontés à un patient avec un passé migratoire. Nous parlons ainsi par exemple d'interviews culturelles. Il s'agit de questions que vous pouvez poser au patient en tenant compte de sa culture. Ces questions ne se limitent pas uniquement au problème. Imaginez un patient dépressif en face de vous. Plutôt que de vous concentrer uniquement sur la maladie, vous pouvez lui demander comment il voit cette dépression. La voit-il comme une punition divine ? Souhaite-t-il recevoir des médicaments ou croit-il plutôt qu'un esprit hante sa maison et le rend dépressif ? Ces questions vont bien au-delà des symptômes de la dépression."

“ Il est normal d’avoir peur, mais un médecin ne peut jamais utiliser le prétexte de la langue pour ne pas aider un patient. ”

Interprétation en ligne

La différence culturelle la plus frappante est la langue. Pour aider les patients, en tant que médecin, vous devez pouvoir communiquer avec eux. C'est pourquoi les interprètes médicaux sont de plus en plus sollicités. "Certains médecins s'y habituent plus facilement que d'autres. **C'est surtout l'idée de la présence d'une tierce personne pendant la consultation que certains trouvent étrange**", précise Stefaan Plysier. "Un médecin est normalement celui qui parle au patient. Il s'agit d'une relation en tête-à-tête. L'interprétation en ligne fonctionne dès lors parfois mieux : **un visage à l'écran est parfois moins gênant que la présence physique d'une personne supplémentaire**. Une interprétation en ligne est moins onéreuse, car l'interprète ne doit pas se déplacer. Aussi, nous espérons que les autorités dégageront des moyens à cet effet." Stefaan Plysier trouve important que le médecin et le patient puissent trouver un langage commun. "Avec ou sans interprète. Si aucun interprète n'est disponible, les médecins doivent quand même essayer de trouver le moyen de comprendre leur patient. Ce n'est pas parce que vous ne parlez pas l'ourdou que vous ne pouvez pas communiquer avec une connaissance commune du français." La langue peut toutefois s'avérer être un obstacle pour certains prestataires de soins. "Il est normal d'avoir peur, mais un médecin ne peut jamais utiliser le prétexte de la langue pour ne pas aider un patient."

Echanger des conseils et expériences

La crise des réfugiés n'est pas encore terminée et les interactions avec des cultures différentes vont

continuer à augmenter. "Mais ce n'est pas négatif", insiste Stefaan Plysier. "Nous devons considérer cette évolution comme une opportunité. Cette diversité culturelle peut nous aider à devenir de meilleurs médecins. Il est important que nous échangions des bonnes pratiques, pour apprendre à trouver l'approche adéquate. C'est dans cette optique qu'après l'une de nos formations, nous avons créé un groupe Facebook avec les différents participants, qui pouvaient ainsi rester en contact et partager leurs expériences. Arrêtons de penser que des circuits distincts sont nécessaires pour les différentes cultures ou langues. C'est ainsi que vous allez justement stigmatiser les personnes dont la culture est différente. Laissez-les simplement s'acclimater à notre manière de travailler. Vous trouvez-vous face à un patient avec un passé migratoire ?

Abordez cette personne exactement de la même manière que n'importe quel autre patient et utilisez vos connaissances et expériences, mais tentez toujours de comprendre comment ce patient voit sa propre situation."

Lies Dobbelaere

lies.dobbelaere@mloz.be

Médiation interculturelle pour médecins généralistes

La barrière de la langue et les différences culturelles rendent parfois la communication difficile entre le patient et le médecin. Pour les assister, le SPF santé publique et l'INAMI ont lancé en mai 2017, un projet de médiation interculturelle permettant de mettre en contact les médecins généralistes avec une équipe de médiateurs interculturels par vidéoconférence. La communication s'effectue depuis le cabinet du médecin, à l'aide d'une connexion sécurisée et est entièrement gratuite tant pour le médecin que pour le patient. Ce service avait d'abord été proposé dans une quinzaine de maisons médicales ainsi que dans les services médicaux de FEDASIL. Dans un souci de professionnalisation de la médiation interculturelle, un "Guide pour la Médiation Interculturelle dans les Soins de Santé" a également été édité. Il reprend notamment les tâches du médiateur, les standards pour l'exécution de ces tâches ainsi que les aspects déontologiques.

Infos : www.intercult.be

Vieillesse et pauvreté, c'est dépassé ?

La visite d'un parent, une papote avec l'infirmière à domicile, un coup de main des voisins,... Pour beaucoup de personnes âgées, les contacts avec l'entourage ne sont pas fréquents. Près d'1 personne âgée sur 5 est vulnérable socialement, un risque qui ne fait qu'augmenter quand on vit dans la pauvreté. Quelles sont les conséquences sur la santé et la qualité de vie de ces personnes? Comment prévenir leur exclusion sociale et empêcher leur isolement? Voici les pistes de D-SCOPE, un groupe de recherche international qui analyse la fragilité des personnes âgées.



Liesbeth De Donder

Commençons par une bonne nouvelle : grâce à l'augmentation des pensions minimum et du nombre plus élevé de femmes au travail, le risque de pauvreté chez les + 65 ans est en recul. Il est passé de 23% en 2006 à 15% en 2016*. Néanmoins, ce groupe-cible mérite une attention particulière, car il court un risque élevé de vulnérabilité. "Lorsque l'on parle de personnes âgées fragilisées, on pense bien souvent aux maladies physiques. Mais la vulnérabilité, c'est bien plus que ça", explique **Liesbeth De Donder, Professeur en Sciences Agogiques à la VUB et co-coordinatrice de D-SCOPE**. "Notre enquête montre qu'1 personne âgée sur 5 est socialement vulnérable à Bruxelles et en Flandre. Elle est seule, isolée et ne possède pas de réseau social. Ce risque est encore plus élevé chez les personnes âgées vivant dans la pauvreté : il concerne 1 personne sur 3 lorsque le revenu mensuel du ménage est inférieur à 1.000 euros. De plus, il existe aussi une vulnérabilité psychique, cognitive et environnementale. Cette dernière frappe les seniors vivant dans des habitations inadaptées."

Mesurer tous les aspects

Tant en Belgique qu'à l'étranger, les instruments de mesure tiennent surtout compte de la vulnérabilité physique, tandis que l'enquête de D-SCOPE se

penche également sur les autres aspects. "Lorsque vous examinez certains questionnaires, vous y trouvez 10 questions physiques, 1 sociale et 1 psychique. L'aspect physique et fonctionnel est certes important, mais les autres éléments le sont aussi", insiste Liesbeth De Donder. "Parce que ces différents aspects peuvent se renforcer mutuellement, et les uns peuvent compenser les autres. C'est la raison pour laquelle il faut tenir compte de **l'ensemble de la situation de la personne âgée et vérifier ce qu'elle peut encore faire**. Cette analyse permet d'aider les personnes vulnérables de manière ciblée afin qu'elles puissent vivre encore confortablement le plus longtemps possible chez elles."

Peu visibles

Reste encore à savoir comment il est possible de détecter efficacement les personnes âgées fragiles qui vivent dans la pauvreté. Car, justement, elles ont moins de contacts sociaux, ne bénéficient pas toujours de soins à domicile,... "C'est un groupe qui échappe souvent au radar", constate Liesbeth De Donder. "**Les visites préventives à domicile réalisées par les CPAS, mutualités ou services communaux sont importantes, mais elles doivent être ciblées**. Nous voulons améliorer ce système et avons dès lors établi des profils de risques pour les personnes âgées qui ont besoin de ces visites.

Des projets pilotes sont actuellement en cours pour organiser des passages chez les personnes âgées, en fonction de certains critères. Nous nous basons sur les données du registre de population. Cette méthode de détection nous permet de gagner en efficacité et de réaliser plus rapidement des interventions préventives afin que les personnes âgées en difficulté ne passent pas à travers les mailles du filet.”

Un entourage attentif

Certaines personnes, qui ne font pas directement partie des équipes de détection, peuvent aussi jouer un rôle déterminant. “Boulangers, bouchers et autres voisins du quartier détectent régulièrement des signaux d’alarme. Nous sommes aujourd’hui en train de mener des entretiens dans certaines communes pour identifier le rôle qu’ils souhaitent jouer et ce dont ils ont besoin pour y arriver. **Nous ne voulons certainement pas encourager la délation, mais les informations qu’ils peuvent transmettre seraient très utiles pour repérer les personnes âgées dans le besoin et leur proposer un soutien adapté**”, explique Liesbeth De Donder. “Les pharmaciens sont aussi demandeurs. Ils constatent souvent des problèmes, notamment sur le plan financier.”

“**Le risque de pauvreté chez les + 65 ans est en recul, passant de 23% en 2006 à 15% en 2016.**”

qu’elles aillent aussi à la rencontre des plus faibles qui se tiennent à l’écart de ces activités collectives.”

Participer à la société

“Nous avons demandé aux personnes âgées vivant dans la pauvreté ce qu’elles feraient si elles avaient plus d’argent. Un quart achèterait plus de nourriture, mais 4 sur 10 voudraient surtout participer à des activités sociales. **Certaines avaient à peine de quoi se rendre une fois par semaine au restaurant social.** Cela ren-

force encore leur vulnérabilité, tant psychique que sociale”, remarque Liesbeth De Donder. “Et sur le plan physique, ce groupe cible est plus vite confronté à des problèmes fonctionnels et aux maladies chroniques. Mais encore une fois, nous ne pouvons pas nous limiter à l’aspect physique. Il faut également se

focaliser sur les forces de ces personnes et étudier comment on peut les développer. C’est une donnée essentielle pour permettre à un plus grand nombre de personnes âgées de mener une vie de qualité, dans leur environnement familial.”

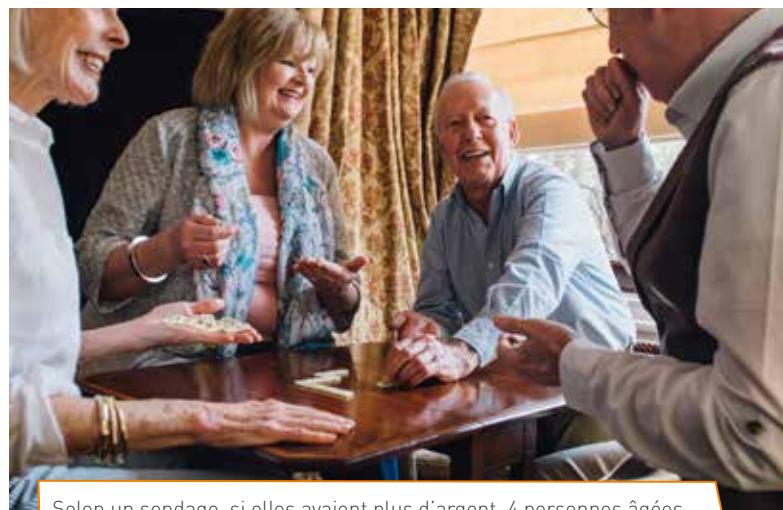


Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mlz.be

Le soutien, un travail de longue haleine

Détecter les personnes âgées vulnérables, c’est une chose, mais les soutenir et les accompagner en est une autre. “Il ne suffit pas de leur laisser un dépliant pour les orienter vers les services d’aide adaptés”, souligne Liesbeth De Donder. “Il faut d’abord gagner leur confiance afin qu’elles vous racontent leur histoire et que vous puissiez chercher ensemble la solution appropriée. La personne chargée d’entreprendre cette démarche est un **‘case manager’**, qui ne doit pas rester assis derrière son bureau, mais qui doit aller sur le terrain pour aider ces personnes de façon personnalisée. Un entourage attentif et des initiatives locales sont également importants. J’applaudis par exemple les projets qui invitent les seniors à participer à la vie communautaire, mais ce sont bien souvent les plus vaillants qui s’y rendent. Il faut davantage sensibiliser les communes pour



Selon un sondage, si elles avaient plus d’argent, 4 personnes âgées sur 10 voudraient surtout participer à des activités sociales.

Au plus près de la réalité des patients

Pour la plupart des services de soins, la tendance est à la réduction des hospitalisations et des séjours en institution. La psychiatrie n'y échappe pas. Plusieurs années après l'application de la réforme des soins en santé mentale, les équipes mobiles sont sur le terrain et ont démontré leur plus-value dans le suivi à domicile des patients. Premier bilan avec Bernard Jacob, coordinateur de la réforme.

Les problèmes de santé mentale ne cessent d'augmenter dans notre pays. Selon la dernière enquête nationale de santé (2013), 1 personne de plus de 15 ans sur 3 manifeste des difficultés psychologiques alors qu'en 2008, 1 sur 4 était concernée. Jusqu'il y a peu, la Belgique avait encore l'un des ratios les plus élevés de lits psychiatriques par nombre d'habitants : 152 lits par 100.000 habitants. De tous les pays européens, seule Malte avait un ratio plus élevé, avec plus de 180 lits par 100.000 habitants. La même année, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a constaté dans une étude que 4.730 patients psychiatriques adultes ont résidé en 2003 pendant plus d'un an dans un hôpital psychiatrique afin de garantir leur réadaptation sociale (dans ce qu'on appelle un service T).

Un tiers de cette population avait même déjà séjourné plus de 6 ans dans un service similaire. L'étude concluait notamment que les hôpitaux psychiatriques

“ Avant la création des équipes mobiles, à la sortie d'un séjour en institution psychiatrique, il était compliqué pour certains patients de gérer le quotidien. ”

ne fournissaient pas suffisamment d'efforts pour réintégrer ces patients dans la société.

Changement de paradigme

C'est donc dans ce contexte qu'est née la réforme 107 (voir encadré) qui régit à présent l'organisation des soins psychiatriques dans tout le pays. “Nous avons complètement changé la culture de travail”, explique Bernard Jacob, coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale, au SPF Santé publique. “Plutôt que de partir de l'institution comme cela s'était toujours fait auparavant, nous sommes partis des besoins de la personne et de son entourage. Nous avons utilisé la méthode de travail en réseaux, avec un coordinateur dont la mission, avec ses collaborateurs, est de reconstruire l'offre de soins en santé mentale et de la coordonner. On s'inscrit donc dans la

complémentarité et non plus dans le travail en silos.”

Les équipes mobiles font partie de ce dispositif. Il en existe deux sortes : les équipes de crise qui interviennent au domicile des personnes présentant des difficultés psychiatriques aiguës et les équipes de plus longue durée qui s'adressent aux personnes présentant des difficultés psychiatriques chroniques et dont la situation clinique est telle que la mobilité d'une équipe est nécessaire. Chaque équipe a ses spécificités et sa zone d'action. Financées par le SPF Santé publique, ces équipes sont généralement reliées à des hôpitaux psychiatriques ou généraux.

Limitier les séjours en institution

Les équipes mobiles de longue durée permettent de suivre le patient dans son milieu de vie et d'éviter autant que possible l'hospitalisation et la stigmatisation. “Nous ne cherchons pas à ce qu'il n'y ait plus de séjour en institution, mais que les structures résidentielles soient réservées aux personnes qui en ont vraiment besoin”, poursuit Bernard Jacob. “Nous poursuivons un double objectif : d'une part, permettre à des personnes de sortir des institutions pour autant qu'elles le souhaitent et qu'elles en aient les capacités, et d'autre part, éviter les recours aux soins spécialisés par un travail rapide avec les équipes mobiles, au départ du milieu de vie.”

Les personnes qui font appel aux équipes mobiles de longue durée souffrent généralement de pathologies relativement lourdes qui ont pour conséquence qu'elles ne sont jamais à l'abri d'une rechute. Avant la cré-

ation des équipes mobiles, à la sortie d'un séjour en institution psychiatrique, il était difficile, voire impossible, pour certains patients livrés à eux-mêmes de se prendre en charge, de gérer le quotidien. Dorénavant, après une hospitalisation, les équipes mobiles peuvent prendre le relais, à la demande du patient, de ses proches ou de son médecin traitant.

Un travail de longue haleine...

En quelques années, le service a fait ses preuves et a gagné ses galons auprès de la première ligne de soins. “En 2014, 32,5% des interventions des équipes mobiles de crise étaient envoyées par des médecins de famille”, précise Bernard Jacob. “En 2015, on est passé à plus de 35%. Et pour les équipes mobiles de longue

durée, c'est le même constat : en 2014, 8,3% des patients ont été envoyés par le médecin généraliste contre 14,45% et en 2015.” Les premières évaluations de ce nouveau mode de fonctionnement ont montré la plus-value des équipes mobiles, autant pour les usagers et leurs proches que pour l'équipe elle-même. “C'est un travail de longue haleine...”, conclut Bernard Jacob. “Réunir tous les acteurs autour de la table, parvenir à parler le même langage, aboutir à une vision commune... C'est très difficile au début, mais cela permet de travailler de manière beaucoup plus efficace”.

La réforme 107 en quelques mots

La réforme des soins de santé mentale, appelée également “réforme 107”, du nom de l'article de loi qui permet le financement des réseaux de soins, est entrée en application en 2011. L'objectif de cette réforme est d'associer, avec une vision globale, les institutions hospitalières et les services développés dans les différents réseaux. “Notre idée a été de ne pas créer quelque chose de nouveau et d'ajouter cette couche au-dessus de tout ce qui existait déjà, mais de compléter l'existant par une offre peu développée chez nous, à savoir les équipes mobiles”, précise Bernard Jacob. “Ces équipes mobiles sont le résultat d'un gel de lits dans les hôpitaux psychiatriques et dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux.” **La prise en charge s'effectue en réseaux et est axée sur les besoins des patients et de leurs proches.** Chaque réseau couvre un territoire précis et doit comprendre 5 fonctions ou secteurs d'activité (les 4 premières fonctions existaient déjà avant la réforme) :

- **La première ligne** : la prévention, la détection, la promotion des soins en santé mentale. Cette fonction regroupe notamment les centres de santé mentale, les maisons médicales et les médecins généralistes
- **La réhabilitation psycho-sociale** : c'est-à-dire la réinsertion socio-professionnelle, mais aussi de loisirs
- **Les hôpitaux**
- **Le logement** : cela va des logements adaptés aux hébergements protégés, aux maisons de soins psychiatriques,...
- **Les équipes mobiles** de crise et de longue durée.



Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be



Photo: Dieter Hautman

Les robots humanoïdes, de précieux outils de soins

Comment réagiriez-vous si, en vous rendant au guichet de l'hôpital, vous vous retrouvez nez à nez avec un robot ? De plus en plus d'établissements de soins utilisent des robots sociaux pour exécuter une partie du travail. Les collaborateurs et patients de l'UZ Bruxelles et des centres Armonea les ont déjà adoptés.

Les premiers robots ont fait leur apparition dans le secteur des soins dans les années nonante. Les chirurgiens recouraient surtout aux accessoires mécaniques pour opérer avec une précision extrême. Entre-temps, la science a fait un pas en avant et le robot humanoïde a fait son entrée dans les institutions de soins. Prenons l'exemple de Zora et Pepper, deux robots de soins développés par l'entreprise Zora Robotics. Contrairement aux robots connus en chirurgie, ces nouveaux robots présentent des traits humains, les rendant plus accessibles. A l'heure actuelle, plusieurs hôpitaux et résidences-services font déjà appel à eux.

C'est le cas d'Armonea, l'un des principaux prestataires de soins aux seniors en Belgique. Le groupe dispose d'un Zora qui se rend dans toutes les résidences-services. Cet aimable robot suscite déjà l'enthousiasme des résidents de la résidence-service bruxelloise Pagode à Neder-Over-Heembeek. Ils rencontrent Zora à l'occasion de la séance de gymnastique hebdomadaire. Le robot aide le kinésithérapeute à présenter les exercices et les résidents participent assidûment.

Epanouissement des résidents

"Au début, je doutais de l'utilité du robot, mais après quelques minutes, nos résidents réagissaient positivement au Zora dansant", explique la **kinésithérapeute Charlotte Guilmot**. "Ils participaient de manière enthousiaste. Le robot est surtout parfait pour briser la glace lors de l'animation pendant les exercices. Zora me semble également idéal pour travailler en petits groupes avec des personnes qui ont des faiblesses cognitives. A cet égard, le robot peut apporter une aide supplémentaire".

Solange Legon, Head Care de Pagode, est aussi positive par rapport à Zora. "Le robot ne remplacera jamais le personnel, mais c'est un complément utile. Quand Zora est arrivé ici, nous avons directement vu plusieurs résidents s'épanouir. Plusieurs personnes souffrant de démence vivent ici et il est très difficile d'entrer en contact avec l'une d'entre elles. Mais quand elle a vu Zora danser lors d'une première rencontre, elle s'est directement levée et a participé joyeusement. C'est une bonne manière de voir comment un robot peut apporter son aide dans les soins", ajoute Solange Legon.

Enquête chez les jeunes patients diabétiques

Les départements de rééducation des hôpitaux utilisent eux aussi de plus en plus les robots. Ils sont surtout très populaires chez les enfants. L'hôpital pour enfants de l'UZ Bruxelles va même un peu plus loin : il collabore à une étude sur l'aide que les robots peuvent offrir lors du traitement de jeunes patients diabétiques.

Le projet de recherche ROBO-CURE a été lancé en avril. Il examine l'aide que pourrait apporter le robot de soins Pepper lors du traitement et du suivi des enfants souffrant de diabète de type 1. "Lorsque nous constatons un diabète de type 1 chez un enfant, il séjourne quelques jours à l'hôpital", explique **Inge**

Gies, endocrinologue-diabétologue pédiatrique à l'hôpital pour enfants de l'UZ Bruxelles. "Après le diagnostic, les jeunes patients et les parents doivent assimiler énormément d'informations. Ils apprennent comment réagir face à la maladie, comment adapter leur style de vie,... Ce n'est pas évident, compte tenu des émotions ressenties après un tel diagnostic. C'est à ce moment qu'un robot comme Pepper peut vraiment aider. Il est équipé d'une tablette sur le torse permettant de diffuser des messages et des films."

Reconnaître la situation et communiquer

Identifier comment donner à Pepper l'intelligence adéquate pour communiquer de manière personnalisée avec les enfants et leurs parents : telle est l'ambition de l'hôpital. "Nous pourrions ainsi avoir recours au robot pour l'éducation thérapeutique des jeunes patients et leurs parents. Nous voulons savoir comment utiliser les robots pour apprendre aux enfants à gérer leur maladie. Avec un suivi sur mesure pour le patient, car chaque patient est différent", précise le Dr Gies. "Par exemple, plus tard, en les laissant reprendre le robot quelques jours à la maison, pour assurer un accompagnement à domicile en prolongement de l'accompagnement médical à l'hôpital."

Lors d'une phase ultérieure, les chercheurs espèrent doter le robot de l'intelligence nécessaire à la reconnaissance de situations. "Ainsi, Pepper pourrait mesurer certaines données des jeunes patients et, à l'aide de ces informations, indiquer la marche à suivre et expliquer pourquoi une adaptation est nécessaire

pour permettre au patient de mieux comprendre son traitement", ajoute le Dr Gies. "Nous travaillons actuellement déjà au projet 'Mobile Health' de la ministre Maggie De Block, permettant de suivre à distance, à l'aide de capteurs, des enfants souffrant de diabète de type 1. Grâce à la téléconsultation, nous pouvons plus rapidement adapter la thérapie et mieux accompagner les patients. En cas d'anomalie ou de problème, un signal va se déclencher à l'hôpital, pour que nous contactions le jeune patient et lui donnions des directives à distance pour remédier à la situation. Le suivi des patients est ainsi amélioré, mais ils apprennent également à gérer leur situation personnellement et de manière adéquate. Si nous pouvons améliorer ceci à l'aide d'un robot, nous franchirons encore une étape de plus."

Si le robot est capable de reprendre des tâches techniques comme la sauvegarde de données, les médecins peuvent libérer du temps pour remplir leur fonction sociale.

Comme un lave-vaisselle

Il est surtout important que les robots communiquent spontanément et personnellement. "Un film montré par le robot sur la tablette fonctionne bien au début, mais l'expérience nous montre que cela ne dure pas", précise le Dr Gies. "Nous voulons examiner avec les ingénieurs comment rendre ce processus plus interactif et personnalisé." Le robot tient par exemple compte du taux de glucose actuel et de l'activité du patient, mais aussi de plusieurs paramètres comme

l'âge, le sexe et la langue pour raconter la bonne histoire, au bon moment, et ce de manière convaincante. Les robots ne risquent-ils pas de prendre la place des infirmières à long terme ? "Je les vois davantage comme un instrument utile", répond le Dr Gies. "Les robots peuvent observer et divertir les patients, traiter leurs données et les guider lors d'une thérapie complexe. Les médecins et infirmiers peuvent de leur côté se consacrer aux points nécessitant des explications supplémentaires. C'est comme un lave-vaisselle : il y a quarante ans, cette invention était considérée comme superflue. Mais une fois que les gens ont découvert les facilités qu'il offrait, ils ont pris conscience du temps gagné pour les plaisirs simples de la vie. C'est pareil avec les robots : si la machine est capable de reprendre des tâches techniques comme la sauvegarde de données, les médecins peuvent libérer du temps pour remplir leur fonction sociale."



Dieter Hautman



“J’ai pu suivre les cours chez moi sans être trop fatiguée”

Photo: Reporters

Les jeunes sont souvent rivés à leurs écrans, mais dans le cas de Romy, c’est pour des raisons médicales. Tout au long de l’année scolaire, elle a pu suivre ses cours sur son ordinateur depuis son lit grâce au système Bednet. “Je n’ai manqué aucun jour de classe, je n’étais pas trop fatiguée et en plus, je pouvais continuer à voir mes amis.”

Un ordinateur équipé du programme de cours, un casque avec micro intégré, une imprimante avec un scanner, une photocopieuse et une bonne connexion internet. Voilà à quoi ressemblent les fournitures scolaires de Romy Verschuren. A 19 ans, Romy a terminé ses études en option Sciences médicales et bien-être. “N’imaginez pas que j’ai passé un an à me tourner les pouces. J’ai suivi mon 3^e degré, donc la 5^e et la 6^e secondaire, en trois ans”, souligne-t-elle. Elle n’aurait pas pu faire autrement, car suivre les cours à temps plein était trop difficile pour elle. “Depuis l’âge de 9 ans, je souffre de sclérodémie, une maladie auto-immune qui atteint la peau, les organes et les articulations. Ce sont surtout mes muscles et articulations qui me font mal. Et je me fatigue très rapidement.”

Des demi-journées de cours

Aller chaque jour à l’école n’était donc pas possible pour Romy. “Je l’ai pourtant fait longtemps”, témoigne la jeune fille. “Ce n’est que

pendant les trois dernières années de ma scolarité que j’ai alterné les cours à l’école et les leçons via Bednet. Au total, je suivais 14 heures de cours par semaine, des

“J’aimerais un jour travailler dans l’enseignement spécial. J’espère que mon expérience m’aidera à persuader les enfants et professeurs sceptiques de l’utilité de l’enseignement synchrone.”

demi-journées donc.” Romy a elle-même demandé à utiliser Bednet. “Mon école précédente n’était pas partante pour autoriser ce système. A cette époque, l’enseignement

synchrone par internet n’était pas encore un droit accordé à chaque enfant.” En septembre 2015, c’est devenu officiel et Romy a changé d’école et d’option. “A l’Athénée Royal où j’étudiais, ils ont proposé eux-mêmes de recourir à l’enseignement à distance. Ils l’avaient déjà testé avec un élève durant quelques mois.”

Atchoum !

Dans le cas de Romy, il ne s’agissait pas de mois, mais d’années. “J’organisais un planning avec l’école. J’avais mon horaire personnalisé avec des leçons en classe alternées avec les cours à distance. Par exemple, j’allais deux heures à l’école le matin, puis je rentrais chez moi et je suivais ensuite les cours de l’après-midi à la maison.” Romy devait suivre une thérapie qui nécessitait de rester parfois une journée entière à l’hôpital. “Grâce à l’enseignement synchrone à la maison, je n’ai manqué aucun jour de classe, je n’étais pas trop fatiguée et en plus, je pouvais continuer à voir mes amis. Après les cours, je pouvais

encore discuter avec eux ou avec le professeur via une messagerie instantanée. Le matin, lorsque je me sentais trop faible pour aller à l'école, je pouvais les prévenir que j'allais suivre les cours à distance. De plus, je pouvais aussi désactiver le micro et la caméra, de sorte que je pouvais voir et entendre ce qu'il se passait dans la classe, mais pas l'inverse." Au début, il a fallu s'habituer, reconnaît Romy. "Dès que je faisais du bruit, tout le monde se retournait vers mon écran. Lorsque je devais éternuer, j'essayais de couper le micro, mais je n'y parvenais pas toujours. C'était assez effrayant de voir 25 têtes se retourner d'un coup parce que j'avais éternué." (rires)

Conclure de bons accords...

Tous les professeurs étaient-ils d'accord pour travailler avec ce système ? "Evidemment, cela représente un effort supplémentaire. J'ai remarqué qu'au début, certains professeurs avaient un peu peur", raconte Romy. "Chaque élève Bednet dispose d'un consultant. Il passe aussi bien au domicile qu'à l'école pour expliquer comment fonctionne le programme. Vous devez savoir comment scanner, copier ou transférer vos documents." Dans la classe de Romy, ils avaient aussi préparé un planning. "La plupart du temps, un élève était responsable de l'outil", explique Oshin Ghiotto, une ex-camarade de classe de Romy. "Notre titulaire avait fait une liste pour savoir qui devait le lancer et le couper à quel moment. Le même élève était chargé de scanner ou copier les documents. Il y a aussi un service d'aide chez Bednet que nous pouvions appeler en cas d'urgence." "Cela demande toute une organisation, mais avec de bons accords, il n'y a vraiment aucun problème", ajoute Romy. "Romy pouvait aussi participer aux travaux de groupe", raconte Oshin. "Nous nous plaçons autour de l'or-

Bednet, c'est quoi au juste ?

Depuis septembre 2015, l'enseignement synchrone par internet est un droit pour chaque enfant flamand (les habitants de Bruxelles aussi). Lors de la précédente année scolaire, 511 élèves ont suivi des cours via Bednet. Concrètement, cela signifie que dès l'âge de 5 ans, les enfants qui ne peuvent fréquenter l'école pendant au moins 4 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident peuvent ainsi suivre les cours depuis leur domicile. Le matériel et l'accompagnement sont entièrement gratuits pour l'école et la famille. Neuf enfants sur dix ayant suivi ces cours ont réussi leurs examens et sont passés sans problème à l'année supérieure.

<https://bednet.be>

En Wallonie, l'asbl Take Off propose le même service. "Nous sommes principalement aidés par les hôpitaux", précise Sabine Verhelst, directrice de Take off. "Ils nous mettent en contact avec des enfants malades, dont beaucoup sont atteints de cancer. Actuellement, une centaine d'enfants suivent des cours grâce à notre système." L'objectif de Take Off est le même que Bednet: sortir les enfants malades de l'isolement et empêcher leur retard scolaire. "Nous utilisons Skype pour communiquer ainsi que le matériel déjà sur place, à l'école ou chez les enfants." Jusqu'à présent, Take Off ne reçoit pas de subsides des autorités et fonctionne essentiellement grâce à l'aide de ses sponsors et aux dons.

www.takeoff-asbl.be

dinateur et communiquions avec elle au moyen d'un casque. Elle ne ratait rien." "J'ai même pu passer des tests via ce système, même si certains professeurs me faisaient plus confiance que d'autres...", sourit Romy.

"Pour les tout-petits aussi, l'outil est facile à utiliser", confirme Sophie Reyntens de Bednet. "Il est destiné aux enfants à partir de 5 ans. Pour les plus petits, il existe des ordinateurs avec des écrans tactiles et un casque adapté. Maman et papa donnent souvent un coup de main au début, mais les enfants comprennent vite comment ça fonctionne et peuvent rapidement se débrouiller eux-mêmes avec l'ordinateur."

Poursuivre ses études

Romy ne peut que conseiller l'enseignement à distance. "J'aimerais un jour travailler comme assistante sociale dans l'enseignement spé-

cial. Si l'enseignement synchrone à domicile est envisagé dans certaines situations, j'espère que mon expérience m'aidera à persuader les enfants et professeurs sceptiques." Romy a donc l'intention de poursuivre ses études ! "J'aimerais suivre l'option Assistante sociale et je suis en train de me préparer un planning adapté. Je devrai malheureusement me passer de Bednet. Heureusement, les horaires dans l'enseignement supérieur sont plus flexibles et je pourrai adapter le mien de façon à ce que les cours ne soient pas trop fatigants pour moi. La formation dure 3 ans, mais je devrais pouvoir l'étaler sur 4 ou 5 ans."



Lies Dobbelaere

lies.dobbelaere@mloz.be



DÉBAT "LES PSYCHOLOGUES ONT LA PAROLE"

Santé mentale : favoriser l'accessibilité, la prévention et la collaboration



Petit retour sur notre débat consacré au métier de psychologue. Des échanges très riches sur le sujet de la santé mentale, parent pauvre du système de santé belge. Résumé des interventions.

Pour **Xavier Brenez, directeur général des Mutualités Libres**, la prise en charge des soins de santé mentale restait un débat ouvert. "Comment la multidisciplinarité peut-elle prendre place dans le domaine de la santé mentale ?", a-t-il lancé. La Belgique score mal en termes de santé mentale : 1 Belge sur 4 déclare avoir un problème psychique, le taux de suicide dans notre pays est très élevé, un tiers des incapacités de travail sont liées à un problème psychologique, la consommation d'antidépresseurs est élevée. "Il faut une détection précoce et des initiatives de prévention dans tous les milieux : scolaire, professionnel, sanitaire, communautaire, etc.", ajoute Xavier Brenez.



Xavier Brenez

Trouver le bon accompagnement

Le témoignage de Geert Ramaut illustre bien cette problématique. "Toute ma vie j'ai été dépressif". Geert a cherché pendant 7 ans de l'aide pour enfin arriver à stabiliser son état. "Ma dépression prend racine dans mon enfance." Le chemin de Geert a été long. Il a d'abord cherché une aide psycho-analytique de qualité, sans succès. Il a ensuite été dirigé vers un psychiatre. "Quand enfin est venu le jour de mon rendez-vous, je me suis rendu compte que le médecin consacrait 15 minutes par patient..." Geert décide alors d'aller voir un autre psychiatre qui fait des consultations de 45 minutes, mais donne trop de médicaments. Il passe ensuite un an dans un centre de jour psychiatrique. "Ça m'a vraiment aidé, notamment les séances thérapeutiques de groupe". Enfin, Geert entame une psychanalyse deux fois par semaine. **"Parler m'a permis de me retrouver. Mais c'est un suivi qui coûte cher."**



Geert Ramaut

Accessibilité en première ligne

Un témoignage suivi par l'intervention du docteur **Olivier Mariage, médecin généraliste dans une maison médicale**. Selon lui, le médecin généraliste n'est pas assez formé à la santé mentale. Le docteur Mariage dénonce un système de santé trop cloisonné au sein duquel les professionnels ne se connaissent pas. Sauf en maison médicale où les équipes sont réunies dans une logique multidisciplinaire : intervenants médicaux, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux. "C'est la logique de la santé communautaire. Qui permet aussi au patient d'accéder à des soins dans son



Martine Vermeylen

environnement et en première ligne, ce qui est très important.”

Cadre légal et enseignement

Les soins de santé mentale ont un nouveau cadre légal depuis 2016. “L’objectif de cette législation est d’améliorer l’accès aux soins de santé mentale”, explique **Koen Lowet, Administrateur délégué de la Fédération belge des psychologues**. “Un cadre global a été défini, mais il reste à savoir comment le financer, avec quels remboursements pour le patient”. Pour **Thierry Lottin, Président de l’Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones** “Cette loi ne va pas assez loin”.

Pour **Martine Vermeylen, psychologue et membre de l’Union professionnelle des psychologues**, le problème est que cette loi ne tient pas compte des bonnes pratiques existantes. “Si on rembourse une prestation, cela ne doit pas se faire uniquement pour les prestations réalisées par des praticiens universitaires. Ce n’est pas parce qu’on sort de l’université que l’on est un bon psychologue. Les jeunes licenciés peuvent manquer d’expérience et le patient pourrait en faire les frais”. **Tine Daeseleire, psychologue clinicienne**

et **thérapeute comportementaliste, prof à la KU Leuven**, rejoint sa consœur sur ce point. “Il faut laisser la place à d’autres types d’enseignement de la santé mentale. Les étudiants ont besoin d’un cadre théorique et professionnel, mais aussi d’expérience. Il faut aussi bien les accompagner et oser leur dire quand leur attitude dans la relation de soins n’est pas adéquate”, affirme la psychologue.

Accessibilité et qualité

L’accès aux soins de santé mentale de qualité pour la population est une question cruciale. “C’est un problème de société”, explique Koen Lowet. “C’est donc d’une manière collective qu’il faut considérer la prise en charge. Différentes options existent et en tant que professionnel, il faut les envisager dès que c’est nécessaire. Il existe de nombreuses recommandations en la matière, mais elles ne sont pas toujours suivies sur le terrain.” En attendant une accessibilité optimale, existe-t-il des publics prioritaires qui se verraient rembourser leurs soins de santé mentale ? Pour Tine Daeseleire, il faut être plus nuancé. “Il existe plusieurs modèles de suivi psychologique dans notre pays. Plutôt que de regarder

ces systèmes de soins, il faut se pencher sur les personnes qui les utilisent. Et ne pas juste rembourser les soins de première ligne, mais aussi ceux de deuxième ligne”, explique la professeure de Louvain. “Il faut aussi arrêter d’envisager seulement l’accompagnement individuel. Les thérapies de groupe fonctionnent très bien, par exemple.”

Investir dans la prévention !

Koen Lowet insiste sur la nécessité de mieux financer la prévention. La prévention, c’est aussi s’inté-



Tine Daeseleire

resser à l’environnement du patient pointe Martine Vermeylen et notamment à la famille. “Je pense que la prévention peut aller très loin”, dit Tine Daeseleire. “Pour reconnaître le problème plus rapidement et donc rendre les gens plus conscients. Il est temps aussi de changer les mentalités. Il faut pouvoir oser s’exprimer lorsque l’on sent que ça ne va plus. Il faudrait pouvoir parler de santé mentale dès l’école et stimuler le recours à l’aide, sans tabou.”



Koen Lowet

Lies Dobbelaere
& Stéphanie Brisson

Bande-dessinée

Le blues du médecin

Raconter dans une BD son quotidien de médecin, avec ses hauts et ses bas, c'est inédit. Ian Williams, médecin britannique, s'est lancé comme dans une sorte de journal intime de sa pratique. "Un recueil plutôt original, qui a le mérite de désacraliser la profession avec un personnage central qui manie l'autodérision mieux que le stéthoscope", peut-on lire sur un site de critique littéraire. Case après case, on suit les pérégrinations intérieures, professionnelles et familiales du Dr James. On voit défiler dans son cabinet toutes sortes de patients atteints de divers maux : de la vieille dame incontinente à l'homme tatoué mal dans sa peau. Ce qui l'amène à se pencher sur son cas aussi... Un livre plein d'humour, à découvrir.



"Le blues du médecin. Les démons intérieurs du Dr Iwan James" de Ian Williams, Marabulles, Editions Marabout

Livre

La douleur ne me lâche pas

Une personne sur quatre fait face à un moment de sa vie à une douleur chronique. Comment comprendre sa douleur, l'accepter, vivre avec et l'expliquer aux autres ? En partant de récits de vie, le livre donne des pistes aux personnes concernées (et leurs proches) pour "vivre avec" la douleur et se remettre en mouvement dans l'existence. Les deux auteurs, Anne Berquin, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Jacques Grisart, psychologue et psychothérapeute formé à la thérapie cognitive et comportementale, ont écrit cet ouvrage en imaginant un dialogue direct avec leurs patients, avec franchise et sincérité. Ce qui donne un livre accessible, complet et illustré de cas vécus.



"La douleur ne me lâche pas. Comprendre l'emprise de la douleur chronique pour s'en détacher", de Anne Berquin et Jacques Grisart, Collection 'Santé en Soi', Editions Mardaga.

Guide

Faire dodo rend-il beau ?

Les maniaques dorment-ils mieux que les désordonnés ? Faut-il éviter de s'endormir fâché ? Le sommeil léger vous rend-il grossier ? En 60 questions rigolotes, cet ouvrage passe en revue une partie des recherches scientifiques consacrées au sommeil, ce qui l'influence et ses conséquences sur notre organisme. Chaque question est illustrée par son contexte et les interrogations qui y sont liées, par une recherche sur le sujet, les résultats de l'étude et enfin une conclusion qui permet de répondre à la question. Un guide abordable, ludique et instructif.



"Faire dodo rend-il beau ? 60 questions étonnantes sur le sommeil", de Rinaldi Romina, Collection 'In psycho veritas', Editions Mardaga

Dossier

Un bébé ! Et après ?

L'arrivée de bébé, que du bonheur ? Un enfant : quel beau projet, quelle belle aventure ! Mais la réalité n'est pas toujours aussi rose. Comment combiner cette nouvelle aventure avec la relation de couple, la famille, la vie professionnelle et l'environnement social ? Des parents, des grands-parents, des travailleurs sociaux et des psychologues proposent différents points de vue : le premier enfant d'une famille recomposée, la mobilisation des mamans solos, la capacité à rester amants autour de la naissance, les difficultés financières, etc. Le tout complété d'une liste de lectures et de films utiles !



"Un bébé ! Et après ?", Dossier n°119, Editions Feuilles Familiales

Health Forum*

Le magazine des professionnels de la santé

Suivez-nous
aussi sur notre
compte Twitter
 @MutLibres

Vous voulez être au courant des derniers débats qui agitent le monde des soins de santé ? Vous êtes friand de dossiers thématiques, d'études, de sujets inédits liés au monde des professionnels de soins ?

Abonnez-vous gratuitement ou abonnez vos collègues !
Rendez-vous sur **www.mloz.be/abonnement**

Une plainte à formuler ? Faites appel à notre ombudsman !

Vous êtes un prestataire de soins, une institution, un assuré ou un simple citoyen ? Vous n'êtes pas satisfait d'un acte, d'une prestation ou d'un service presté par l'Union Nationale des Mutualités Libres ou par une de ses mutualités ? Vous pouvez faire appel à notre service d'ombudsman (gestion des plaintes).

Qui peut s'adresser à l'ombudsman ?

Toute personne, qu'elle soit membre d'une mutualité libre ou pas.

Dans quels types de situation pouvez-vous faire appel à lui ?

Lorsque vous n'êtes pas satisfait d'un acte, d'une prestation ou d'un service presté par l'Union Nationale ou une de ses mutualités.

Important : adressez-vous d'abord à votre propre mutualité

Avant d'introduire une plainte, adressez-vous d'abord au service ou au gestionnaire qui est en charge de votre dossier. Dans la plupart des cas, une solution à votre problème pourra certainement être trouvée sans devoir activer une procédure de plaintes. Si vous n'êtes toujours pas satisfait du service rendu, introduisez alors une plainte par écrit à l'ombudsman.

Comment introduire une plainte ?

Vous trouverez tous les détails de la procédure à suivre ainsi qu'un formulaire électronique sur le site www.mloz.be/ombudsman

Plus d'infos ?

N'hésitez pas à nous contacter au 02 778 92 11 !

