

Health Forum

Décembre 2016 · N°28

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



Dossier

La santé de nos enfants à la loupe

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 6 mutualités :



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Mutualité Libre Securex

Avenue de Tervueren 43 | Verenigde-Natieslaan 1
1040 Bruxelles | 9000 Gent
www.securex-mutualite.be



Partenamut

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



OZ

Boomssteenweg 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

Place à un nouveau modèle de concertation

Le modèle de concertation actuel entre les mutualités et les prestataires de soins a-t-il atteint sa date de péremption? Cette question se pose de plus en plus après les difficiles discussions budgétaires relatives au budget des soins de santé 2017.

Depuis le milieu des années 60, ce modèle de concertation entre les mutualités et les prestataires de soins garantit la sécurité tarifaire aux patients. Mais cette ère semble toucher à sa fin. L'évolution des taux de conventionnement et l'augmentation des suppléments d'honoraires ne garantissent plus l'accessibilité du patient, et illustrent l'écueil du système.

La tendance est forte de faire primer l'intérêt propre sur l'intérêt collectif, celui du patient et de l'assurance maladie. Rien de surprenant, puisque le système actuel fonctionne en "silos", par groupes d'intérêts, alors qu'une approche transversale s'impose. Les discussions ne portent en outre généralement que sur les questions tarifaires (honoraires, remboursements...), ce qui ne laisse plus de place à un débat sur

notre vision d'un système de soins de santé moderne et de qualité, et sur les priorités que le contexte budgétaire nous impose de fixer.

En 2012, les Mutualités Libres avaient déjà souligné que ce modèle devait être revu dans leurs "10 clés pour l'avenir des soins de santé"*. Dans ce manifeste, nous plaitions pour un fonctionnement transversal, axé sur les patients et les maladies. Les négociations

* A consulter sur www.mloz.be

relatives aux tarifs et les réflexions sur l'organisation du système de soins doivent être menées distinctement. **Un nouveau modèle de concertation doit également être représentatif des acteurs des soins de santé en place.** Dans ce cadre, il faudra tenir compte de la réorganisation des services fédéraux dans le domaine des

soins de santé (KCE, INAMI, SPF, Santé publique...) que la ministre Maggie de Block prépare.

Une fois les acteurs choisis au sein du nouveau modèle de concertation, ces derniers devront avoir la **possibilité de traduire en actions concrètes les objectifs de santé fixés.** Les mécanismes décisionnels devront également être professionnalisés à l'avenir, par exemple par le recours à une évaluation médicale et économique de l'offre de soins (Health Technology Assessment).

Les prochains mois seront décisifs pour notre assurance maladie. Nous sommes curieux

de voir si les différents acteurs garderont à l'œil l'intérêt du patient et de l'assurance maladie. Nous espérons profondément que ce sera le cas. Une fois que le calme sera revenu, il sera temps de préparer le modèle de concertation de demain.

Xavier Brenez

Directeur Général

de l'Union Nationale des Mutualités Libres



Les négociations relatives aux tarifs et les réflexions sur l'organisation du système de soins doivent être menées distinctement

Rédactrice en chef

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

Relecture finale

Stéphanie Brisson · Nathalie Renna

Comité de rédaction

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Aude Clève · Annemie Coëme · 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 · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Photos

Reporters & Shutterstock

Traduction

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · 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](https://twitter.com/MutLibres)

Sommaire

N°28 décembre 2016

3 Edito

5 Le saviez-vous ?

6 Dossier

La santé de nos enfants
à la loupe

16 Espace prestataires

Les études cliniques pourront
bientôt comparer des thérapies
"Traitez-moi comme une dame"

À tout moment, être là pour un
instant

Vers une Europe enfin plus
sociale ?

23 L'actu des Mutualités Libres

24 Partenariats

Une appli pour conserver son
dossier médical sur smartphone

Les sages-femmes ont la parole
aux Mutualités Libres

26 Kiosque

www.mloz.be

Dossier

La santé de nos enfants à la loupe

1 bébé sur 7 n'est suivi ni par un généraliste ni par un pédiatre, 1 jeune belge sur 4 qualifie son état de santé de "mauvais" ou "juste passable", 4 consultations aux urgences pédiatriques sur 10 sont inappropriées... Comment expliquer ces chiffres ? Et surtout, que pouvons-nous en faire ? Ce dossier propose quelques pistes pour une politique de santé sur mesure pour les enfants.



6

Espace prestataires

Les études cliniques pourront bientôt comparer des thérapies

La Belgique est la bonne élève européenne en matière d'essais cliniques de médicaments innovants. Mais les principales préoccupations liées aux soins de santé y trouvent-elles une réponse ? La recherche se concentre-t-elle toujours sur les alternatives les moins onéreuses ? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en doute et propose un programme d'études cliniques soutenu financièrement par les autorités.



16

Partenariats

Les sages-femmes ont la parole aux Mutualités Libres

Que pensent les professionnels de la santé des défis du secteur ? Comment voient-ils leur profession évoluer dans le futur ? Quelles réformes sont essentielles pour eux ? Les Mutualités Libres donnent la parole aux différentes catégories de soignants à l'occasion d'une série inédite de débats. Ce sont les sages-femmes qui ouvrent le bal !



25

30.200...

Demandes ont déjà été introduites via My Handicap. Ce portail en ligne permet aux personnes de faire reconnaître elles-mêmes leur handicap avec leur carte eID et leur code pin. My Handicap permet aussi de diminuer la paperasse pour les médecins et le SPF Sécurité sociale.

www.socialsecurity.belgium.be

La salle de bain intelligente au service de votre santé



Google s'affirme sur le marché des applications santé digitales. La société américaine a breveté différentes innovations faisant partie de la "salle de bain intelligente". **Tous les éléments de cet espace intelligent fonctionneraient sur base de capteurs mesurant les paramètres cardiovasculaires, neurologiques, musculaires et autres du patient et transmettraient les discordances éventuelles au médecin généraliste.** Pensez par exemple à un tapis de douche mesurant les pulsations cardiaques ou à un siège de toilette contrôlant la tension artérielle. Un long chemin reste toutefois à parcourir avant que la salle de bain intelligente ne devienne une réalité. Le prix et la protection des données de santé de l'utilisateur font notamment encore partie des questions à débattre.

www.thinkwithgoogle.com

Une fleur pour les soins de santé



Dans le futur, nos soins de santé ne seront plus représentés selon le modèle pyramidal (avec le médecin au sommet), mais bien selon le modèle "fleur". **Le patient en est le cœur et les prestataires de soins les pétales qui l'entourent.** Moins hiérarchique donc, mais les médecins occupent toujours une place centrale. Ils établissent le diagnostic et rédigent la prescription. C'est là l'esprit de la réforme de l'Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Renvoi des patients au moyen d'une prescription de groupe, accès direct des patients à une série de métiers de soins,... Ces quelques mesures s'inscrivent dans le cadre de la réforme. Après un tour de consultation public, tout sera rédigé en textes de loi. Les discussions parlementaires sur la réforme suivront ensuite en 2017 et 2018.

www.ar78.be

10 milliards d'euros

Chaque année, le secteur pharmaceutique européen perd près de 10,2 milliards d'euros de chiffre d'affaires à cause des médicaments contrefaits. Cette perte représente 4,4% des ventes légales de médicaments en Europe. L'Italie semble particulièrement touchée, avec un coût économique de 1,59 milliard d'euros par an. Les dommages en Belgique sont estimés à 597 millions d'euros.

Selon le rapport de l'Office de l'Union européenne pour la Propriété intellectuelle (EUIPO).

www.euipo.europa.eu

A child's hand is holding a magnifying glass with a teal handle over a silver stethoscope. The background is a soft, pink, textured surface. The magnifying glass is positioned over the top part of the stethoscope, symbolizing a close look at children's health.

La santé de nos enfants à la loupe

1 bébé sur 7 n'est pas suivi par un pédiatre ou un généraliste

p.7

La vie devant soi, c'est pas toujours la joie !

p.10

Les urgences pédiatriques, l'unique recours des parents inquiets ?

p.12

Les troubles de l'apprentissage sont-ils surmédicalisés ?

p.14

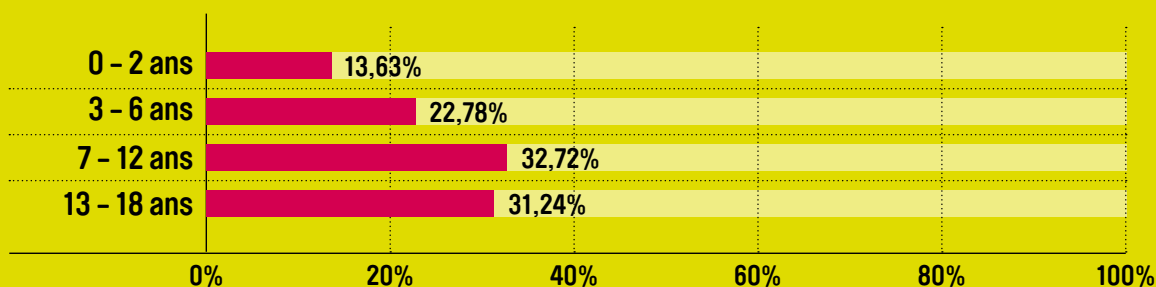
Kidoscope

Baromètre de la santé des enfants

1 bébé sur 7 n'est pas suivi par un pédiatre ou un généraliste

Pour le deuxième volet du KidOscope, le baromètre de la santé des enfants, les Mutualités Libres se sont intéressées aux prestataires de soins actifs dans la prise en charge des enfants. Durant les deux premières années de vie, le pédiatre l'emporte sur le généraliste, mais on constate que 1 bébé sur 7 n'a pas de médecin de référence, pédiatre ou généraliste, ce qui peut impacter l'évolution de l'enfant. Pour les bébés issus de familles à faibles revenus (BIM) ou monoparentales, c'est pire : 1 sur 5 est concerné.

Pourcentage d'enfants qui n'ont consulté ni un pédiatre ni un généraliste en 2014



A quels prestataires de soins confions-nous la santé de nos enfants ? Les Mutualités Libres ont analysé les dépenses de santé comptabilisées en 2014 afin d'identifier les prestataires consultés par les parents pour le suivi de leur enfant.

Quel est le prestataire de référence de nos enfants ?

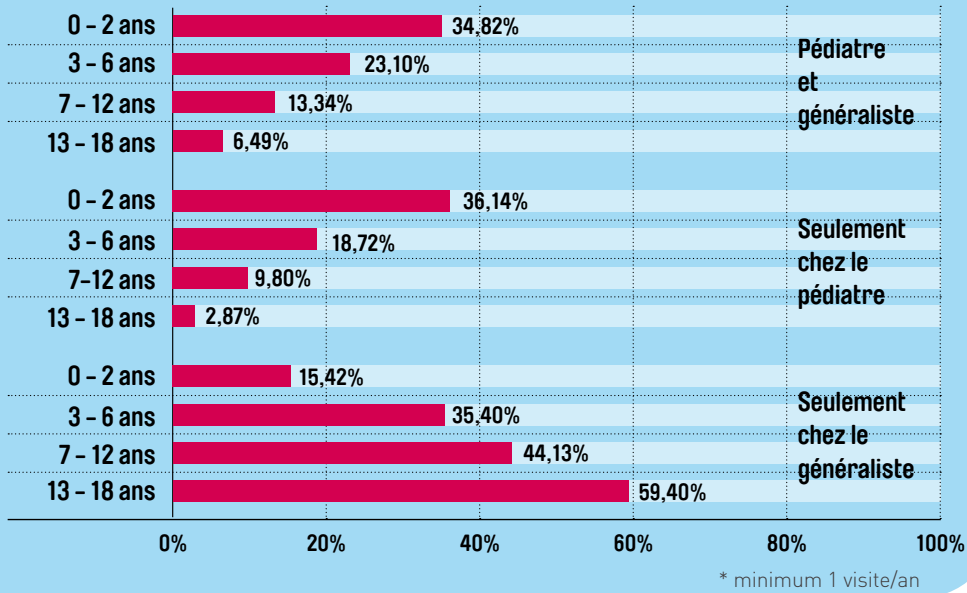
- **Jusqu'à l'entrée en maternelle, les enfants sont essentiellement suivis par un pédiatre.** De 0 à 2 ans, 36% des bébés consultent en effet régulièrement un pédiatre, tandis que 15% ne voient qu'un médecin généraliste et 35% sont suivis par les 2 prestataires de soins. La prise en charge de ces enfants semble donc correctement assurée.
- Sans trop de surprises, **le suivi par un pédiatre diminue avec l'âge** de l'enfant. Dès 3 ans, la proportion d'enfants suivis uniquement par un généraliste s'élève à 35% et grimpe ensuite à près de 60% parmi les adolescents (13-18 ans).

- En grandissant, les enfants sont moins suivis : en maternelle, **1 enfant sur 4 (23%) ne consulte pas de pédiatre ou de généraliste dans l'année**. A partir de 7 ans, c'est 1 enfant sur 3.
- Très interpellant, on remarque que **1 bébé sur 7 (14%) n'est suivi ni par un pédiatre, ni par un médecin généraliste**. Cette proportion augmente à 19% chez les bébés issus de familles économiquement défavorisées (BIM) et à 18% chez les bébés de familles monoparentales, soit 1 bébé sur 5. Ce pourcentage élevé de bébés sans médecin de référence est inquiétant pour le suivi de la santé des enfants.

Les enfants sans médecin de référence sont-ils pris en charge médicalement ?

43% des bébés concernés n'ont eu aucune prestation en soins de santé remboursée sur l'année. Une hypothèse optimiste pourrait être que ces enfants sont en bonne santé... Mais n'existe-t-il pas un risque de sous-consommation de soins ?

Analyse des consultations* chez les enfants par tranches d'âge de 0 à 18 ans



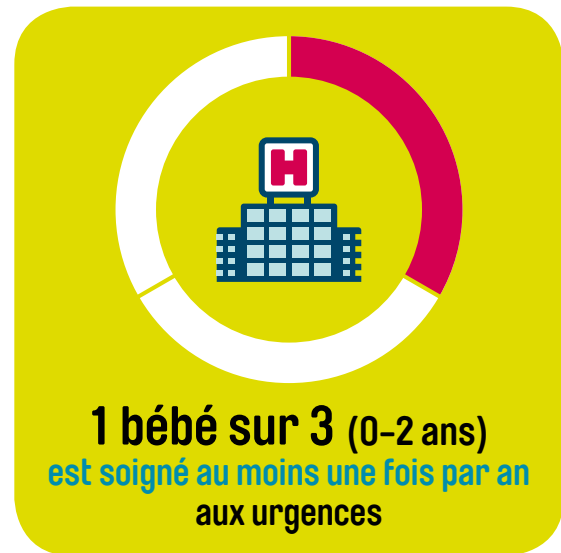
Pour avoir une idée plus claire de leur prise en charge, nous avons examiné si les bébés non suivis avaient été vaccinés contre le rotavirus. Ce vaccin est utilisé pour protéger les nourrissons des gastro-entérites dues à une infection au rotavirus. Résultat : **66% des bébés sans médecin de référence ont été vaccinés alors qu'ils sont 87% parmi les enfants qui consultent régulièrement un pédiatre ou généraliste. On observe donc une différence significative dans le nombre de bébés vaccinés, ce qui pourrait être le résultat d'un moins bon suivi.**

Pour que l'enfant soit vacciné, il est nécessaire d'obtenir une prescription médicale pour acheter le vaccin en pharmacie. Vu les pourcentages, une partie des enfants non suivis par un généraliste ou un pédiatre ont quand même eu un contact médical. On peut raisonnablement supposer que ces enfants ont été examinés par des organismes tels que l'ONE ou Kind en Gezin (en Flandre). Toutefois, la couverture de la population infantile par ces institutions n'est pas totale.

Quels sont les autres prestataires de soins de l'enfant ?

En dehors du pédiatre et du généraliste, les enfants consultent d'autres prestataires de soins.

- **1 enfant sur 2 (54%) seulement consulte un dentiste.** Mais les visites chez ce dernier ne commencent réellement qu'à partir de 3 ans. Entre 7 et 18 ans, la situation s'améliore avec 7 enfants sur 10 qui vont chez le dentiste. Sachant qu'il est recommandé de faire au moins une visite de contrôle par an chez le dentiste et que les soins préventifs et curatifs sont entièrement remboursés pour les enfants, il est étonnant que ces visites ne soient pas plus généralisées.
- La fréquentation des urgences est trop importante dans notre pays. **1 enfant sur 5 est soigné au moins une fois sur l'année aux urgences.** Chez les tout-

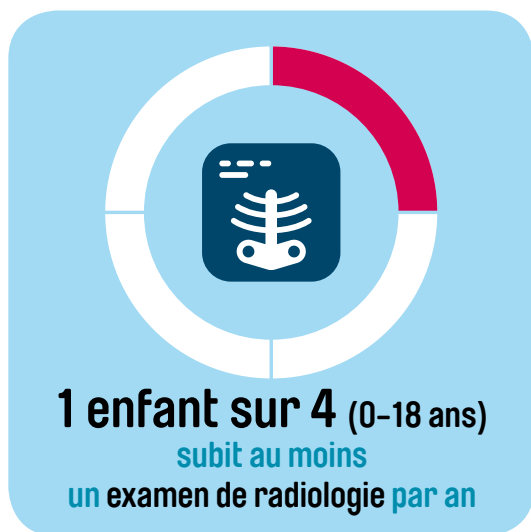


petits (0-2 ans), c'est pire avec près d'1 bébé sur 3 concerné.

- **Plus d'1 enfant sur 7 (16%)** consulte au moins une fois par an un **ophtalmologue**. Ce pourcentage varie fort en fonction de l'âge : faible chez les bébés (6%), il progresse dès l'entrée en maternelle jusqu'à l'adolescence (19% parmi les 7-12 ans). Les problèmes de vision sont en effet détectés à ce moment-là, mais peut-être étaient-ils présents avant.
- Chez le **dermatologue** aussi, les consultations augmentent au fur et à mesure de la croissance de l'enfant. On passe de 5% chez les bébés à 17% chez les adolescents. L'adolescence et ses bouleversements hormonaux est en effet une période propice à l'apparition de problèmes de peau (acné...).
- **L'ORL est consulté par 20% des jeunes enfants (3-6 ans).** Les bébés et les enfants du primaire (7-12 ans) y ont recours plus occasionnellement (12%). Un pourcentage qui baisse à 7% chez les adolescents.



- **1 enfant du primaire sur 10** recourt aux services d'un logopède au moins une fois dans l'année.
- Le **psychiatre** est quant à lui peu consulté par les enfants : 4% des enfants du primaire et du secondaire ont au moins une consultation par an.
- Enfin, notons que 18 % des jeunes filles entre 15 et 18 ans consultent un **gynécologue**. Ce pourcentage est probablement inférieur au nombre de jeunes filles sexuellement actives, peut-être suivies dans des plannings familiaux (pour lesquels les mutualités n'ont aucune donnée).



Méthodologie

- Pour analyser les soins les plus fréquemment utilisés par les enfants, les Mutualités Libres ont récolté les données de remboursement des prestations de soins attribuables à cette population. L'analyse porte sur les **enfants (0-18 ans) affiliés aux Mutualités Libres de manière ininterrompue entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014**, y compris les décédés et les nouveau-nés en cours d'année. Les affiliés qui ont changé de mutualité, se sont affiliés en cours d'année (excepté les nouveau-nés), ou résidant à l'étranger sont exclus de l'étude. Il faut noter que les soins donnés à la maternité après la naissance sont tarifés via le nom de la maman. Certains soins du début de vie de l'enfant ne sont donc pas repris dans les dépenses des bébés.
- Tous les résultats relatifs aux consultations excluent les enfants inscrits en maison médicale (4,3%). Les maisons médicales étant financées par forfaits, nos données administratives ne permettent pas d'identifier si un enfant a eu des consultations généralistes.

Quels actes techniques ?

Quels sont les examens et actes de santé les plus souvent réalisés sur nos enfants ? Sans surprise, ce sont les examens de biologie clinique (bilan sanguin, urinaire...) et de radiologie diagnostique (radiographie, échographie...) qui sont les plus courants.

- **Quel que soit son âge, plus de 1 enfant sur 4 subit au moins un examen de radiologie dans l'année.** Les bébés ne font pas exception puisqu'un quart d'entre eux passent au moins un examen dans l'année. Mais ce sont les adolescents qui y ont le plus recours : 1 ado sur 3 (32%).
- **Près d'1 enfant sur 3 fait un examen de biologie clinique dans l'année, tous âges confondus.** 4 bébés sur 10 sont dans ce cas. Il faut noter que les tests diagnostiques réalisés à la maternité (dont les tests de dépistage) ne sont pas pris en compte, car ils sont remboursés au nom de la maman. Chez les adolescents, ce pourcentage s'élève à 31%. Les enfants du primaire y ont le moins recours (24%).

Vanessa Vanrillaer, Wouter Gelade
et Dominique De Temmerman
Service Etudes des Mutualités Libres

L'avis des Mutualités Libres

Un médecin pour chaque enfant

Cette étude confirme l'importance d'institutions telles que l'ONE ou Kind en Gezin. Elles offrent gratuitement au plus grand nombre de familles un accompagnement protecteur au cours des premiers mois de vie de l'enfant.

Mais ce suivi - établi sur une base volontaire - n'est probablement pas suffisant dans les situations pathologiques ou à risque. **Des enfants peuvent en effet échapper à cette surveillance, or on sait qu'un suivi adéquat lors de la prime enfance permet de s'assurer du bon développement physique et affectif de l'enfant.** La détection tardive des problèmes est en effet souvent synonyme de pronostic moins favorable.

Pour les Mutualités Libres, **tous les enfants de moins de 2 ans devraient avoir un médecin de référence**, pédiatre ou généraliste. Les populations les plus vulnérables (BIM et familles monoparentales) doivent être plus particulièrement soutenues dans cette démarche.



La vie devant soi, ce n'est pas toujours la joie !

En Belgique, un jeune sur quatre (25%) décrit son état de santé comme "mauvais" ou tout juste "passable". Soit une différence de 7% par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE* qui est de 18%. Les seuls jeunes à se sentir plus mal que les nôtres sont les Hongrois, les Britanniques et les Américains. Pourquoi de tels chiffres ? Nous avons posé la question au Pr Jan De Mol, psychologue clinicien de l'enfant et de l'adolescent et chercheur à la Faculté de Psychologie de l'UCL.



Jan De Mol

Cet état de santé autodéclaré par les adolescents belges apparaît dans le rapport *Comment va la vie? 2015*, qui décrit les facteurs déterminants du bien-être dans les pays

membres et partenaires de l'OCDE. "C'est un bon indicateur du ressenti des sondés par rapport à leur état général, tant physique que mental", reconnaît le Professeur De Mol. "Il correspond d'ailleurs à ce que nous constatons dans le cadre de nos recherches : **dans les trois régions du pays, la dépression gagne du terrain chez les adolescents.**"

Dépression, quand tu nous tiens

Constatation confirmée dans un ouvrage à paraître prochainement aux Éditions De Boeck, où la psychologue **Aurore Boulard, maître de conférences à l'Université de Liège**, avance des chiffres impressionnants : **7% environ des adolescents, dont deux fois plus de filles que de garçons, seraient atteints de dépression ou d'un "épisode dépressif majeur" et**

20 à 30% des jeunes souffrent d'humeur dépressive.

Pour Jan De Mol, qui a réalisé une étude qualitative sur ce thème, cette évolution s'explique par la combinaison des caractéristiques propres à l'adolescence et de la confrontation avec les complexités du monde extérieur.

Trois représentations sociales envahissantes

Tendance croissante à l'introspection, bouleversements hormono-neuro-physiologiques, rejet des modèles parentaux, influence des pairs, harcèlement et brimades, expériences positives et négatives sur les réseaux sociaux, comportements à risque, difficulté de se projeter dans l'avenir et de se focaliser sur des objectifs à long terme... L'adolescence n'est pas un jardin de roses. "Mais, dans le contexte actuel, **le passage de l'enfance à l'âge adulte se complique encore davantage avec trois représentations sociales envahissantes**", remarque le Professeur De Mol.

* Organisation de Coopération et de Développement économique
<http://www.oecd.org/fr/statistiques/comment-va-la-vie-23089695.htm>

1. "Tu peux le faire !"

Ces représentations sociales, que Jan De Mol définit comme "des évidences véhiculées par la société", pèsent lourd sur le comportement des ados et contribuent, de leur propre aveu, à leur mal-être. **"La première et la plus puissante tient en une phrase : 'Tu peux le faire !'",** explique Jan De Mol. "Notre société individualiste, où chacun doit résoudre ses propres problèmes, ne tolère pas l'échec. Elle estime qu'une gestion appropriée de la situation mène infailliblement au succès, le corollaire étant évidemment que, si vous échouez, c'est votre faute. Un ado ne s'intègre pas à l'école, il n'a pas d'amis intimes ? C'est sa faute : il ne sait pas 'construire' une relation. Il ne parvient pas à suivre, il a de mauvais résultats ? C'est sa faute : il ne sait pas organiser son travail. Même s'il a subi des choses graves, comme des abus sexuels ou de la maltraitance, il doit pouvoir retrouver son équilibre avec une thérapie ad hoc. Il n'y réussit pas ? C'est encore sa faute : il ne sait pas gérer ses émotions. **En lui donnant l'illusion que tout peut être contrôlé, même si personne ne lui explique comment – ça fait partie des choses qu'il est censé savoir -, la société lui met une pression qu'il a beaucoup de mal à supporter.** Car, en cas d'échec, la seule conclusion possible pour l'ado est : 'Je suis nul !'"

7% des adolescents seraient atteints de dépression ou d'un "épisode dépressif majeur" et 20 à 30% des jeunes souffrent d'humeur dépressive.

2. Une relation intime

Deuxième représentation sociale, particulièrement inconfortable pour les ados : l'obligation d'avoir une relation intime. **"Si je ne 'suis' pas avec quelqu'un dès l'âge de 14 ou 15 ans, voire plus tôt, je ne suis pas normal",** commente Jan De Mol. "Du coup, garçons et filles se précipitent dans des relations basées non sur les sentiments, mais sur le désir de faire 'comme tout le monde' et, quand la relation échoue, la conviction de leur anormalité les rattrape, avec sa conséquence incontournable : 'Je suis nul !'"

3. Larmes interdites

Quant à la troisième représentation sociale, elle est encore plus contraignante moralement, puisqu'elle consiste à rejeter les émotions négatives. "Aujourd'hui, on n'a plus le droit d'être mal dans sa peau, triste ou en colère", explique Jan De Mol. "Les émotions négatives doivent être immédiatement transformées en énergie positive. Or, dans un monde qui nous impose une confrontation quotidienne avec

des événements tragiques et des images violentes, il est parfois impossible de positiver, surtout quand on est un adolescent doté d'une sensibilité à fleur de peau. Là encore, la pression de la société est telle que, chez les plus fragiles, l'alternance de hauts et de bas propre à l'adolescence fait place à une succession de bas. C'est la porte ouverte à la dépression, couplée à la même certitude dévastatrice : 'Je suis nul !'"

Complexe d'infériorité

Pour échapper à ce cercle vicieux, les ados consomment de l'alcool : 25% des jeunes Belges de 15 ans admettent avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie. Mais aussi du cannabis. "Ils me disent : 'Grâce au shit, je suis calme, je parviens à prendre de la distance par rapport à ma vie'. **Malheureusement, beaucoup passent ensuite à des drogues plus dures, et là, il n'est plus question de se distancier...**", remarque le Professeur De Mol. Mal dans leur tête, ils sont aussi mal dans leur corps, la somatisation étant le seul mode d'expression accessible à leurs émotions réprimées. "Quand on est dominé par les représentations sociales, on ne trouve pas ses mots. Alors, c'est le corps qui prend le relais." Reste à savoir pourquoi les ados belges se sentent plus mal que leurs voisins français, allemands ou

néerlandais ? "Les problèmes des ados sont exactement les mêmes ailleurs", affirme Jan De Mol. **"Mais, en Belgique, une pression supplémentaire s'y ajoute, due à la condescendance, injustifiée, mais tenace, que les autres nous témoignent – même lors des attentats de mars, les réactions de l'étranger ont été révélatrices – et qui suscite chez nous un complexe d'infériorité, auquel nous réagissons par un esprit de compétition exacerbé.** Aux Pays-Bas, en Allemagne ou en France, il existe une identité nationale stable, qui n'est pas perpétuellement remise en question. En Belgique, par contre, à tous les niveaux de la société, nous essayons constamment de prouver quelque chose, aux autres et à nous-mêmes, et il en résulte une contrainte et même une agressivité ambiantes qui contribuent au mal-être des ados, eux-mêmes en quête d'identité. C'est en tout cas ma théorie." Une théorie sans doute difficile à objectiver, mais qui ne manque pas de logique...



Marie-Françoise Dispa



Les urgences pédiatriques, l'unique recours des parents inquiets ?

L'engorgement des services d'urgences est sans conteste une préoccupation toujours d'actualité tant pour le monde médical que pour la santé publique. Différentes mesures ont déjà été mises en place, sans réels effets. Quant à la problématique spécifique des urgences pédiatriques, elle est rarement évoquée. La tendance est pourtant similaire : les urgences pédiatriques sont, elles aussi, saturées et particulièrement après 17 h et le week-end.

Typiquement, après leur journée de travail, les parents récupèrent leur enfant à la crèche et apprennent qu'il a eu un peu de fièvre, qu'il n'était pas en forme... Pendant la soirée, la situation empire, l'enfant pleure beaucoup, la fièvre persiste et augmente et s'accompagne d'autres symptômes... Les parents désespérés ne savent à qui s'adresser. Il est 21 h et le pédiatre ou le médecin généraliste ne consulte plus et ne répond plus au téléphone. Le choix est simple : attendre demain matin ou... se rendre aux urgences où l'enfant sera pris en charge immédiatement ou du moins, le soir-même.

Ce cas de figure, un peu réducteur, se présente pourtant régulièrement aux urgences pédiatriques. **Plus de la moitié des consultations d'urgence ont en effet lieu après 17 h ou le week-end et parmi ces consultations, près de 4 sur 10 sont considérées comme inappropriées**, selon les résultats de l'étude BePASSTA*.

La perception d'une urgence

Mais qu'est-ce qu'une urgence exactement ? En 2011, l'étude BePASSTA définissait **une urgence comme "appropriée" lorsqu'elle impliquait un usage obligatoire de l'infrastructure hospitalière**, avec notamment comme condition le fait que l'enfant ait été envoyé par un médecin extérieur à l'hôpital, qu'il soit arrivé en ambulance ou que la visite ait été suivie d'une hospitalisation, etc.

"En réalité, la notion d'urgence n'est pas la même si on tient compte de la définition médicale ou de la perception des familles", précise le **Dr Thierry Bertrand, responsable du service pédiatrie à l'hôpital**

de Nivelles et directeur médical adjoint. "Quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, les parents considèrent qu'il s'agit d'une urgence si leur enfant a une forte fièvre et une vilaine toux. Ils veulent voir un médecin rapidement. C'est difficile pour eux de faire la part des choses entre l'urgence relative et l'urgence au sens médical telle que les situations infectieuses, traumatiques,..."

L'éducation du patient, une piste essentielle

Mais peut-on vraiment reprocher aux patients leur manque de discernement ? Dans le cas particulier des jeunes parents, disposent-ils des connaissances suffisantes pour évaluer de manière éclairée l'urgence de la situation médicale de leur enfant ? "De manière générale, nous avons quand même l'impression que, par rapport à avant, le patient a tendance à avoir plus vite recours au médecin", explique le **Dr Paulette Debacker, pédiatre au CHU Saint-Pierre (Bruxelles)**. "On ressent comme une perte de confiance dans leur capacité à gérer les symptômes."

"L'éducation du patient est, pour moi, un élément très important", ajoute le Dr Thierry Bertrand. **"Il faut bien expliquer ce qu'est une urgence, dans quelles situations il faut vraiment s'inquiéter, ce qui peut être banalisé, ce qui peut attendre quelques heures, voire quelques jours**. C'est au médecin qui suit l'enfant à effectuer cette éducation que ce soit lors d'une consultation d'urgence ou d'une consultation de suivi. Il faut profiter de chaque situation particulière pour donner des explications afin de permettre au patient de devenir un meilleur juge de la situation."

*BePASSTA, Belgian Paediatric Short Stay Study, 2011

Et la première ligne ?

Est-ce alors parce qu'ils ne trouvent pas ailleurs de réponses appropriées à leur besoin que les patients se rendent aux urgences ? "La véritable question, c'est comment organiser les services pour répondre à ce besoin-là tout en allégeant les urgences", ajoute Thierry Bertrand. "La loi prévoit que les enfants soient vus dans un environnement pédiatrique, par des personnes compétentes et sans que l'enfant ne soit confronté à la pathologie adulte, ce qui est normal. Légalement, cela doit être sur le territoire des urgences pour obtenir un financement. Donc, lorsqu'un enfant se présente aux urgences pour un motif non urgent et que nous le redirigeons vers les consultations sans rendez-vous, nous ne bénéficions d'aucun financement. C'est donc un peu contradictoire... **On veut faire passer le message auprès de la population de ne pas aller aux urgences si ce n'est pas nécessaire, mais sans le financement, les petits hôpitaux peuvent difficilement avoir des urgences pédiatriques telles que la loi le prévoit. Une revalorisation des consultations sans rendez-vous devrait être envisagée.**"

La première ligne de soins est une autre piste fréquemment avancée. Les pédiatres voient d'ailleurs généralement d'un bon œil la collaboration avec les

médecins généralistes, bien que différents obstacles empêchent, dans la pratique, cette collaboration de se concrétiser. Rares sont les pédiatres qui, pendant leur absence renvoient vers un médecin généraliste... **"Certains médecins traitants n'ont plus l'habitude de voir beaucoup d'enfants, surtout certaines tranches d'âge"**, précise le Dr Debacker. "Très vite, ils vont conseiller eux-mêmes de se rendre aux urgences." Or, **près de la moitié des enfants qui se rendent aux urgences du CHU Saint-Pierre ont moins de 2 ans.**

C'est pourquoi d'aucuns ont déjà évoqué la possibilité d'une formation pédiatrique plus approfondie pour les futurs généralistes. "L'organisation même des gardes de médecine pose problème", ajoute le Dr Bertrand. "Le nombre de médecins, la charge de travail, l'insécurité,... pour le généraliste, les gardes sont déjà de plus en plus difficiles..."

On le voit, l'engorgement des urgences pédiatriques est une problématique spécifique, parce que liée aux enfants, des patients pas comme les autres.

Elle dépasse l'aspect purement médical, touche une évolution générale de la société et nécessite une réorganisation plus globale de la médecine actuelle.

 **Nathalie Renna**

nathalie.renna@mloz.be

Plus de la moitié des consultations d'urgence ont lieu après 17 h ou le week-end et parmi ces consultations, près de 4 sur 10 sont considérées comme inappropriées.

Manque de suivi médical

Pour les enfants, ce recours inadéquat et parfois répété aux services d'urgence a pour conséquence un manque de suivi au niveau médical. L'urgentiste ou le pédiatre présent aux urgences n'a pas le temps de s'occuper d'un problème de constipation, d'une vaccination ou d'un asthme. **Selon une étude des Mutualités Libres, 1 bébé sur 7 ne se rend ni chez le médecin généraliste, ni chez le pédiatre (voir page 7).** Au CHU Saint-Pierre, une étude réalisée en 2013-2014 révélait que 17% des enfants qui s'étaient rendus aux services d'urgences n'avaient pas de médecin traitant ou pédiatre. "La population très spécifique de notre hôpital est relativement paupérisée et n'a pas

d'accès direct à un médecin traitant", explique le Dr Paulette Debacker. "On se rend souvent compte aux urgences que des patients qui ont besoin d'un suivi, d'un traitement de fond ou d'une mise au point, n'ont pas de médecin-traitant ou de pédiatre de référence. **La médecine préventive n'a pas sa place aux urgences, nous sommes là pour traiter l'aigu.** On essaie alors de les référer à quelqu'un d'autre, mais on constate également qu'ils ont parfois déjà consulté plusieurs fois pour le même problème. En conséquence, l'identification de maladies chroniques telle que l'asthme, l'hyperactivité bronchique,... est hélas postposée, tout comme le traitement."

Les troubles de l'apprentissage sont-ils surmédicalisés ?

Ces dernières années, les remboursements pour le suivi de la dyslexie et autres troubles de l'apprentissage ont explosé. Ceux-ci sont-ils exagérés ? L'école joue-t-elle toujours bien son rôle dans l'accompagnement de l'apprentissage ? Comment améliorer la vie scolaire des enfants atteints de ces troubles ? Enseignants, logopèdes et parents ont un rôle à jouer dans l'intérêt premier de l'enfant.



Catherine Vanham

Chaque enfant a son propre rythme d'apprentissage. Mais pour certains d'entre eux, apprendre est un parcours parsemé de difficultés persistantes. "Un trouble de l'apprentissage est très énergivore, l'enfant étant sans arrêt en double tâche. C'est-à-dire à gérer des choses que les autres enfants ne doivent plus gérer", explique **Catherine Vanham, logopède et chargée de mission à la Fondation Dyslexie**. "Imaginez l'enfant dyspraxique qui doit suivre une journée d'école, jour après jour comme s'il devait tout faire avec des moufles aux mains, le dyslexique comme s'il voyait les mots à l'envers et mal segmentés, le dysphasique comme s'il était dans une langue totalement inconnue et qu'il en changeait toutes les semaines, le TDAH (trouble de l'attention) comme s'il devait se concentrer en entendant quelqu'un lui chantonner à l'oreille tout en lui montrant des photos de vacances..."

1 à 2 enfant(s) par classe

Entre 3 et 7 % des enfants souffrent de ce qu'on appelle les "troubles de l'apprentissage". Dyslexie, dysphasie, dyspraxie ou dyscalculie (voir encadré) sont entrés dans le vocabulaire courant. Et cela s'est traduit par une croissance du recours aux

“**Les Mutualités Libres plaident pour un suivi de l'enfant dans un environnement optimal : le cabinet du logopède.**”

soins de logopédie : en 2015, les dépenses de l'assurance maladie se sont élevées à 96,5 millions d'euros, soit une augmentation de près de 8 % par rapport à 2014 et surtout **un dépassement de l'objectif budgétaire de 5 millions**

d'euros. Comment expliquer cette augmentation ?

Pour les Mutualités Libres, il est difficile de cerner la cause de cette augmentation. "Une des pistes avancées est que les séances de logopédie sont utilisées pour aider des enfants qui ont des problèmes de rattrapage scolaire et non qui souffrent d'une pathologie", explique **Aude Clève, experte aux Mutualités Libres**.

Les professionnels du secteur voient les choses autrement : le nombre d'enfants atteints d'un trouble "dys" n'a pas changé ces dernières années. Ce qui a évolué, c'est la prise de conscience de l'existence de ces troubles. "Les enseignants sont mieux informés et s'y intéressent davantage, les parents se renseignent sur internet. Les cabinets de logopédie sont donc appelés plus vite, par le centre PMS, par les parents, par les médecins, car **les troubles de l'apprentissage sont identifiés plus tôt qu'auparavant**", explique Catherine Vanham. Selon la logopède, on observe aussi l'arrivée de jeunes adultes en études supérieures dans les cabinets de logopédie pour des bilans ou

remise à niveau du bilan pour l'organisation d'aménagements scolaires.

L'école, premier lieu d'alerte ?

Dans la plupart des cas, ce sont en effet les enseignants qui remarquent les difficultés d'un enfant en classe. "Lorsque l'enseignant constate des difficultés persistantes chez un de ses élèves, il prend contact avec les parents", explique **Christine Defawe, enseignante et logopède dans une école bruxelloise**. "C'est à ceux-ci de faire la démarche auprès d'un logopède. Idéalement, il faudrait qu'ensuite il y ait des échanges entre l'institut et le logopède. Mais c'est un peu aléatoire : tous les parents ne donnent pas suite et tous les enseignants ne font pas la démarche de contacter le logopède de l'enfant." **Cette détection à l'école dépend donc de l'expérience de l'institutrice et de son niveau de connaissance des troubles de l'apprentissage.** Des modules de formation continue existent même si leur nombre est limité.

Pourtant, les autorités scolaires tiennent compte de cette nouvelle réalité des écoles. Le "Pass Inclusion" de la Communauté française, par exemple, prévoit que les élèves à besoins spécifiques (dyslexiques, dyspraxiques, dyscalculiques, TDA/H ou encore présentant un handicap physique ou sensoriel) bénéficient d'adaptations pédagogiques pour leurs apprentissages et leurs évaluations. En Flandre, le "M-decreet" propose le même genre de soutien, afin de maintenir ces enfants dans l'enseignement ordinaire.

Le bilan comme barrière

"Les enseignants ne sont pas là pour poser un diagnostic que seul un médecin pourra poser suite au bilan", ajoute Catherine Vanham.

Les troubles de l'apprentissage : définitions

- **Dyslexie, lecture et acquisition du langage écrit** : trouble spécifique de la lecture. Il s'agit également d'un trouble persistant de l'acquisition du langage écrit.
- **Dysphasie, langage oral** : c'est une pathologie sévère, un trouble profond du développement du langage qui persiste avec l'âge. L'enfant a du mal à composer les phrases ou à prononcer les mots, son stock de vocabulaire est faible ou il a des difficultés de compréhension.
- **Dyscalculie, activités numériques** : les enfants dyscalculiques ne se représentent pas les nombres ni les proportions ou les grandeurs. Le comptage des mains, par exemple, n'est pas stable.
- **Dyspraxie, développement moteur et de l'écriture** : il s'agit d'un problème de l'organisation du mouvement et des gestes. Cela se répercute donc sur l'écriture.
- **Troubles de l'attention** : comme leur nom l'indique, les troubles de l'attention empêchent l'enfant atteint de se concentrer sur des tâches spécifiques. Or, apprendre la lecture ou à compter demande à l'enfant des ressources et une concentration énormes.

Donc, même si l'école et les instituteurs ont un rôle à jouer, il ne faut pas en exagérer l'impact sur la croissance des suivis en logopédie. En effet, dès que la situation est exposée au logopède, une procédure extrêmement stricte se met en place. Le logopède fait passer un bilan à l'enfant sur base de la demande initiale. Ce bilan est excluant : soit l'enfant présente un trouble à suivre, soit pas. "Les séances de logopédie ne sont pas accordées à la légère", affirme **Julie Cano-CherVEL, logopède à l'HUDERF**. "Si le bilan n'a pas mis en évidence un déficit, il n'y a pas de remboursement." "Pour nous, il ne faut en effet accorder le remboursement du suivi logopédique qu'aux enfants souffrant d'un trouble détecté", ajoute Aude Clève. "La nomenclature est d'ailleurs basée sur des troubles et pathologies ayant besoin de traitement logopédique." De plus, diagnostiquer un trouble "dys" ne se fait que lorsque l'on constate des difficultés persistantes, après une expérience scolaire de un ou deux ans. C'est la raison pour laquelle la plupart des troubles sont diagnostiqués de manière certaine vers 7 ou 8 ans.

La logopédie au cabinet

On ne peut donc pas affirmer qu'il y ait une surmédicalisation des troubles de l'apprentissage. Mais une meilleure coordination entre les écoles et les prestataires permettrait de mieux suivre et accompagner les enfants atteints de troubles de l'apprentissage. "L'idéal serait de permettre des prises en charge logopédiques très intensives au sein des écoles, pendant une année scolaire avec 5 séances de 15 minutes par semaine", explique Catherine Vanham. Un point de vue qui n'est pas du tout partagé par les Mutualités Libres. "Idéalement, il faut que le traitement de l'enfant se fasse au cabinet du prestataire", affirme Aude Clève. "Sortir l'enfant de la classe, interrompre ses leçons pour suivre un traitement nous semblent aller à l'encontre d'un rattrapage de difficultés scolaires. En outre, il ne faut pas sous-estimer l'aspect 'stigmatisant'. Nous soutenons donc une prise en charge de l'enfant dans le meilleur milieu de soins, c'est-à-dire, le cabinet du logopède et hors contexte scolaire."



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be



KCE Trials : Les études cliniques pourront bientôt comparer des thérapies

La Belgique est la bonne élève européenne en matière d'essais cliniques sur des médicaments innovants. Mais les recherches répondent-elles aux principales préoccupations de santé publique? Les alternatives thérapeutiques moins onéreuses sont-elles systématiquement étudiées ? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ne le pense pas. C'est pourquoi, à la demande de la ministre de la Santé publique, le KCE a élaboré un programme d'études cliniques soutenu financièrement par les autorités.

En 2015, 1.578 études cliniques ont été réalisées en Belgique. Et la demande d'en organiser d'autres a augmenté de 6%. Ces chiffres nous placent en tête du peloton européen. La ministre de la

Santé publique Maggie De Block a confié au KCE la mission de créer son propre programme d'études cliniques et d'en assurer le suivi.



Frank Hulstaert

Ce projet, baptisé "KCE Trials", bénéficie d'un budget de 5 millions d'euros par an. A partir de 2018, KCE Trials recevra même 10 millions chaque année. Frank Hulstaert et Leen Verleye, chercheurs au KCE, répondent à nos questions.

Les autorités souhaitent-elles rompre le monopole des sociétés pharmaceutiques ?

Frank Hulstaert – Non. Les sujets de nos études sont justement ceux pour lesquels le financement n'a pas d'intérêt pour le secteur pharmaceutique.

De quels sujets s'agit-il alors ?

F.H. – Tout d'abord, il y a les domaines de recherche qui n'impliquent aucune firme pharmaceutique : la psychothérapie, la kinésithérapie ou les dépistages, par exemple. Ces études cliniques sont souvent réalisées à petite échelle, faute de moyens. Nous pourrions les mener à plus grande échelle et les professionnaliser afin que l'INAMI puisse prendre une décision de remboursement fondée scientifiquement. D'autres sujets ne font pas l'objet d'études

cliniques classiques : la pédiatrie, la gériatrie et les dispositifs médicaux. Ces derniers arrivent souvent sur le marché sans avoir réellement été examinés et testés en profondeur. Enfin, je peux encore vous citer la comparaison entre deux thérapies déjà utilisées. Le secteur pharmaceutique ne se préoccupe pas de ce genre d'étude, car en comparant les thérapies, le risque est évidemment d'aboutir sur un gagnant et un perdant. Et personne ne veut faire partie des perdants.

Pour les soins de santé par contre, une telle comparaison peut-elle entraîner un gain d'efficacité ?

F.H. – Evidemment ! C'est pour cela que le projet KCE Trials se concentrera surtout sur ce type d'études, du moins au début. Les

autorités investissent dans ce projet et veulent, bien entendu, obtenir aussi **des résultats à court terme**. De telles comparaisons sont une excellente façon de créer plus d'efficacité dans les soins de santé, car elles indiquent clairement quelle option est la meilleure et la moins chère.

Leen Verleye - Il ne s'agit pas seulement de comparer deux médicaments. Prenons l'exemple du côlon irritable : on peut comparer la médication actuelle aux résultats d'une approche diététique. Si nous confrontons les résultats et le coût des deux options, l'INAMI peut prendre une décision éclairée au sujet du remboursement.



Leen Verleye

Un tout nouveau traitement ne permet pas de telles comparaisons...

F.H. - C'est vrai, mais c'est toujours possible. Si l'une de nos études devait aboutir sur un produit commercialement intéressant, nous exigerions d'**avoir notre mot à dire sur les conditions de commercialisation**. Je pense notamment à un prix raisonnable. Sinon, les autorités paient la note deux fois : pour le financement de l'étude et pour la facture salée du remboursement.

Comment choisissez-vous les sujets d'étude de KCE Trials ?

L.V. - Tous les acteurs du secteur des soins de santé peuvent faire des propositions, y compris les patients. **Nous avons lancé un appel à ce sujet début 2016 et avons récolté 160 suggestions.** Nous les avons ensuite examinées à la loupe avec un panel de médecins et d'économistes de la santé pour n'en retenir que 11. Elles doivent maintenant être détaillées dans une proposition d'étude précisant le modus operandi, la sélection des chercheurs,

etc. Les personnes qui réalisent l'étude peuvent y ajouter leurs accents personnels.

Vous ne vous chargez donc pas vous-mêmes des études...

L.V. - Non, nous finançons les études cliniques et les suivons de près. Ce sont des organisations non commerciales, souvent des hôpitaux universitaires ou des centres de médecine générale, qui décident de se pencher sur un sujet bien précis. Elles établissent un protocole élargi et réalisent l'étude. **Nous exigeons toutefois que plusieurs hôpitaux ou centres participent à la même étude. Ils doivent donc collaborer.** De cette manière, ils

“ Au début, nous nous concentrerons sur la comparaison de deux thérapies existantes. C'est une excellente manière de créer plus d'efficacité dans nos soins de santé. ”

parviennent plus rapidement à réunir les patients nécessaires et cette dimension à grande échelle renforce l'intérêt de l'étude. Plus les hôpitaux qui participent à une étude sont nombreux, plus il y a de chances que les résultats de celle-ci soient mis en pratique.

Les hôpitaux sont-ils prêts à sauter sur l'occasion ?

F.H. - Nous allons à la rencontre des hôpitaux pour les inciter à participer et ça marche plutôt bien. Il ne s'agit pas seulement de cette collaboration. Les entreprises pharmaceutiques possèdent un département spécifique dédié aux études cliniques, mais cela n'existe pas, ou presque pas, dans les hôpitaux universitaires. Nous examinons s'il est possible

d'y organiser aussi ce genre de départements. Nous vérifions avec les hôpitaux ce qui existe actuellement, quelles sont les lacunes et comment nous pouvons y remédier. **Nous voulons être prêts pour début 2017 afin de pouvoir lancer les premières études.**

Et tout se passe de manière aussi professionnelle que dans les entreprises pharmaceutiques ?

F.H. - En effet, **la réglementation est stricte et tout doit se dérouler dans les règles de l'art.** Nous y veillons de près. Nous nous sommes d'ailleurs réunis à ce sujet avec l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de santé (AFMPS). Cette instance envoie des inspecteurs sur place pour vérifier si les hôpitaux respectent bien les règles du jeu.

Les départements que nous souhaitons mettre en place au sein des hôpitaux doivent soutenir les chercheurs en matière de data management, monitoring, reporting des mises à jour, etc. Les hôpitaux ne doivent pas tous nécessairement disposer de toute l'infrastructure. L'important, c'est qu'ils collaborent pleinement.

Dans quelle mesure impliquez-vous le patient dans tout ce processus ?

L.V. - Nous aimerions avoir son apport tout au long de la procédure. **Tant pour les suggestions de sujets d'études que pour l'établissement des protocoles.** Le hic, c'est que la Belgique n'a pas vraiment de tradition établie en ce domaine. Les représentants des patients sont, je pense, un peu réservés à l'idée de s'asseoir à table avec des médecins. D'autre part, les associations de patients ont énormément de choses à gérer et elles ne peuvent pas tout faire. Nous impliquons donc le patient avec parcimonie, mais voulons encore renforcer les efforts.



Steven Vervae
steven.vervaet@mloz.be



“Traitez-moi comme une dame”

Tel est le slogan avec lequel le réseau néerlandais Women Inc. entend conscientiser les professionnels de la santé, les patients et les autorités publiques à la problématique des différences de genre. Les soins médicaux reposent en effet principalement sur le corps masculin. Hommes et femmes ne sont pourtant pas semblables en matière de santé...



Yolande Appelman

La science pensait jadis que la seule différence entre les hommes et les femmes était de nature biologique. De nombreuses études ont depuis lors démontré qu'il existe des tas d'autres différences liées au genre. Il ne s'agit **pas seulement de caractéristiques biologiques (organes sexuels), mais aussi de facteurs socio-culturels comme le comportement ou le schéma traditionnel de répartition des rôles**. Quand des soins médicaux intègrent cette dimension spécifique, ils sont parfaitement adaptés au genre du/de la patient(e).

Pas assez de recherches ni de méthodes de test

Pourquoi le secteur de la santé range-t-il systématiquement les hommes et les femmes dans le même panier ? En cause : **la relative méconnaissance de cette problématique au sein de la profession et le faible nombre de recherches et méthodes de test tenant compte du sexe**. Comme les prestataires de soins ne gardent pas toujours à l'esprit la dimension

du genre, ils n'y pensent pas non plus au moment du diagnostic. Les méthodes de test différenciant les sexes étant par ailleurs rares, le risque de diagnostic tardif ou erroné est réel.

Aux Pays-Bas, cette thématique fait l'objet de plus d'attention que dans notre pays. La ministre néerlandaise de la Santé publique a libéré 12 millions d'euros pour les recherches sur la santé des femmes et la **cardiologue Yolande Appelman, pionnière en matière de soins adaptés au genre**, a reçu en 2016 la mission de fonder un groupe de réflexion dédié à cette problématique. Ses objectifs ? Sensibiliser les chercheurs, les professionnels de la santé, les patients et les formateurs à ce sujet, formuler des recommandations et défendre un rapport plus réaliste entre hommes et femmes dans les recherches sur les médicaments.

Encore un long chemin à parcourir

“Lorsqu'un homme se plaint d'une douleur à la poitrine”, relève Yolande Appelman, “le médecin dispose d'excellents appareils pour détecter un rétrécissement des grands vaisseaux sanguins et poser le diagnostic d'une défaillance cardiaque. Chez les femmes, la défaillance naît le plus souvent d'un

rétrécissement des petits vaisseaux sanguins, difficile à constater à l'aide des méthodes actuelles. C'est pour cette raison que des analyses supplémentaires sont nécessaires."

Par ailleurs, les femmes sont sous-représentées dans la recherche scientifique et les études cliniques consacrées aux nouveaux médicaments. Souvent parce que leurs hormones sont susceptibles d'influencer les résultats ou parce que la recherche pourrait impacter leur fertilité. Pourtant, les hormones font partie intégrante de la physiologie des femmes et les femmes malades tombent aussi enceintes.

Le schéma traditionnel des rôles dans la société occidentale a un impact important sur les affections constatées. "Si la dépression est plus souvent diagnostiquée chez les femmes, est-ce parce que les femmes y sont davantage prédisposées ou parce que la maladie est sous-estimée chez les hommes ?", se demande Yolande Appelman. "Et si les femmes sont réellement plus sensibles, ne devrions-nous pas appliquer une thérapie différenciée ?"

Les femmes sont sous-représentées dans la recherche scientifique et les études cliniques consacrées aux nouveaux médicaments.

précise Yolande Appelman. "Prendre en compte la dimension du genre n'est pas seulement utile pour les maladies cardiovasculaires. En réalité, on devrait vérifier pour toutes les disciplines médicales si des recherches et traitements tenant compte des différences entre genres sont possibles."

Les avantages de soins de santé intégrant la dimension du genre semblent dépasser largement l'intérêt du patient. Le bureau d'études Ecorys a réalisé en 2015 une analyse sur les éventuels effets positifs de "soins genrés" pour les maladies cardiovasculaires. Ces maladies touchent aussi souvent les hommes que les femmes, engloutissent une grande partie des dépenses en soins de santé et offrent pas mal de matières fiables pour les recherches.

D'après les résultats de l'analyse, des soins adaptés au genre permettraient un **diagnostic plus rapide et correct, une réduction**

de la consommation de médicaments, des soins de santé moins coûteux pour la société et une amélioration de la qualité de vie des patient(e)s. Les résultats de cette enquête peuvent de surcroît s'appliquer à d'autres affections comme le diabète, les rhumatismes ou la dépression.

Des avantages pour le système de santé

Le terrain de recherche sur le genre est immense et de nombreuses questions restent sans réponse. Les connaissances sont pourtant déjà assez vastes. "Il faut à présent identifier et combler nos lacunes",



Geertje Vandecappelle
geertje.vandecappelle@mloz.be

Quelles sont les différences spécifiques entre hommes et femmes ?

- **Les hommes et les femmes ne souffrent pas toujours des mêmes maladies, ou en tout cas, pas dans la même mesure.** Les cancers du sein et de la prostate sont des exemples évidents. Les hernies inguinales ou le TDA/H surviennent bien plus souvent chez les hommes. Les femmes, quant à elles, sont plus souvent sujettes aux maladies auto-immunes et à la décalcification osseuse.
- **En ce qui concerne les maladies mentales, il existe des différences frappantes :** 95% des Européens souffrant de troubles alimentaires sont des femmes. Ces dernières sont aussi deux fois plus souvent confrontées à des névroses d'angoisse. L'abus d'alcool semble par contre concerner 3 à 5 fois plus souvent les hommes que les femmes, l'abus de drogue 2 à 3 fois plus souvent.
- Il y a **des différences en matière de facteurs de risque, causes, symptômes et formulation des plaintes.** Pour les maladies cardiovasculaires par exemple, les hommes signalent une douleur à la poitrine. Les femmes parlent de fatigue, palpitations et sueurs nocturnes, typiques aussi de la ménopause...
- **Les femmes prennent plus de médicaments et réagissent différemment à ces derniers.** Les femmes auraient ainsi 60% plus de risques que les hommes de souffrir d'effets secondaires. La composition du corps influence en effet la façon dont le médicament se diffuse. Les notices ne mentionnent pourtant que rarement un dosage différent pour les hommes et les femmes...

À tout moment, être là pour un instant

Parler est vital pour l'être humain. Non seulement bavarder, discuter, mais aussi s'exprimer personnellement, dire ce qu'on vit, ce qu'on ressent et recherche. Cela ne peut se faire qu'en "présence" de quelqu'un qui écoute d'une manière particulière. Le but de Télé-Accueil est de donner à toute personne qui le demande, la possibilité d'un dialogue, dans l'anonymat, sans intervention concrète, sans suivi, dans le respect de la personne, de ses convictions et dans la confidentialité.

"C'est à Londres, dans les années 50, qu'est né ce type d'écoute", nous explique Pascal Kayaert, directeur du centre Télé-Accueil Bruxelles. "À l'occasion de l'Exposition 58, l'idée a fait son chemin en Belgique. Et en 1959 naissait le premier centre Télé-Accueil. Il y a **6 centres du côté francophone, 6 centres néerlandophones et 1 centre germanophone**. C'est un projet global. Nous fonctionnons tous sur le même modèle : un service d'écoute, ouvert à tous, sans distinction d'âge, de culture, de sexe ou de religion."

Quelqu'un à qui parler

L'écoute à Télé-Accueil ouvre un espace de parole pour permettre à celui qui appelle de s'exprimer sur ses difficultés. Faire l'expérience de parler à quelqu'un qui écoute montre à l'appelant que le dialogue est possible. Cela contribue à lui rendre confiance dans ses possibilités, à (re)nouer avec son entourage, à se sentir capable de relation. Car c'est au travers de la relation avec l'autre que pourront être réactivées ses ressources personnelles.

Télé-Accueil n'a pas directement de visée thérapeutique, même si l'écoute peut avoir des effets curatifs. Le centre n'a pas non plus pour but de

changer les appelants, mais peut participer à un processus de changement. En prenant l'initiative de téléphoner, l'appelant mobilise aussi ses compétences de communication. C'est grâce à la solidarité humaine qu'il aura la possibilité de se réapproprier ses capacités. L'écoute offre l'expérience d'une possible rencontre qui permet ensuite de bouger dans la vie, d'inventer pas à pas des manières de vivre.

Téléphone et internet

"Depuis 2005, Télé-Accueil Bruxelles propose une deuxième option d'écoute : la discussion instantanée sur internet (chat). Il s'agit d'un échange écrit et immédiat avec un écoutant, au travers d'un site sécurisé. Comme au téléphone, les échanges sont anonymes et confidentiels. **Le Chat-Accueil permet d'augmenter notre accessibilité, notamment auprès des jeunes, utilisateurs familiers de ce mode de communication.** Il donne aussi aux personnes qui ont du mal à s'exprimer oralement ou des

problèmes d'audition l'occasion d'échanger avec quelqu'un par écrit. Les permanences sur internet se font en soirée, chaque jour de la semaine, en

“**Le bénévolat est un engagement. Chaque écoutant signe une convention avec Télé-Accueil.**”

partenariat avec SOS Amitié France”, précise Pascal Kayaert.

Observatoire social

Télé-Accueil a une fonction complémentaire à son activité d'écoute : elle est en quelque sorte témoin de la société. En effet, il se dit à Télé-Accueil des choses qui ne se disent pas forcément ailleurs en raison d'une écoute anonyme et confidentielle. Ces témoignages méritent d'être analysés et communiqués tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution. Ceci, dans le but de mieux cerner et comprendre les phénomènes sociaux actuels.

“En tant que service d'écoute, Télé-Accueil se trouve à la **croisée des chemins entre la sphère publique et la sphère privée et peut être un révélateur des tendances sociales**, des changements dans la société”, confie Pascal Kayaert. “Tout en garantissant le secret aux personnes, Télé-Accueil renvoie ses observations vers la presse et les responsables politiques par le biais de ses publications.”

Des bénévoles et des professionnels

“À Télé-Accueil, l'activité d'écoute est depuis toujours assurée par des bénévoles”, précise Pascal Kayaert. “Notre conviction est qu'écouter et parler, c'est l'affaire de tous. **Chacun peut, s'il le souhaite, développer des aptitudes qui lui permettent de se mettre à l'écoute des autres.** Néanmoins, l'écoute à Télé-Accueil exige une sélection rigoureuse des bénévoles. Le travail des bénévoles est rendu possible par le cadre institutionnel mis en place et soutenu par des professionnels. Ils reçoivent une formation préalable à l'écoute active et continuent à se former et à être supervisés tout au long de leur engagement”, poursuit le directeur de Télé-Accueil. Huit salariés assurent l'infrastructure nécessaire et l'accompagnement des écoutants, et des superviseurs indépendants animent mensuellement les groupes de supervision. Le travail des bénévoles est exigeant. Le bénévolat est un engagement. **Chaque écoutant signe une convention avec Télé-Accueil. Elle stipule les engagements et les droits de chaque partie.** “L'activité d'écouter implique un engagement contractuel d'un an au minimum durant lequel le bénévole assurera une permanence d'écoute par semaine (quatre ou cinq heures) et s'engagera à suivre un processus de formation continue (supervision de groupe chaque mois, journée d'étude annuelle,...)”, explique Pascal Kayaert. “L'apprentissage de l'écoute est un cheminement continu et personnel nourri par les échanges avec les formateurs et les autres écoutants.” Télé-Accueil cherche toujours des bénévoles... alors pourquoi pas vous ?



Pascale Janssens
pascale.janssens@mloz.be



Comment joindre Télé-Accueil ?

Le numéro de **téléphone gratuit est le 107.**

Pour vous inscrire comme bénévole :

02 538 49 21 ou www.chat-accueil.org

Quelques chiffres

- Répartition des appels par sexe :
70 % de femmes – 30 % d'hommes
- Trois thématiques majeures :
 - **les relations interpersonnelles** (amis, voisins, collègues, couple, divorce-rupture, famille, parents-enfants)
 - **la santé mentale** (angoisse, dépression, mal-être, troubles psychiques)
 - **le lien social** (ennui, isolement, recherche de lien, solitude)
- **Les femmes entre 40 et 59 ans** : les tranches d'âge les plus représentées sont les 40-49 ans et les 50-59 ans. Elles constituent un cinquième des appels.
- **Les hommes entre 30 et 39 ans** : c'est la tranche d'âge la plus fréquente chez les hommes. Entre 40 et 49 ans, ils sont proportionnellement presque aussi nombreux que les femmes. Au-delà de 70 ans, les hommes sont très peu nombreux.
- **Moins d'un appelant sur dix exerce une activité professionnelle.** Le statut des autres appelants, lorsqu'il est connu, est souvent précaire. Quatre appelants sur dix dépendent de la mutuelle, d'une allocation d'handicapé, du chômage ou du revenu d'intégration.
- Importance de la **gratuité**. Le 107 est un service gratuit et reste donc accessible même en cas de non-paiement de sa facture.

Fonctionnant sur le même modèle, **Tele-Onthaal** est le pendant néerlandophone de Télé-Accueil pour Bruxelles et la Flandre. Le numéro d'appel est le **106.**

Vers une Europe enfin plus sociale ?

La politique sociale européenne est-elle adaptée au 21^e siècle ? Quelles sont les grandes priorités sur le plan social et en termes d'emploi ? Vous pouvez répondre à ces questions, et à bien d'autres, jusqu'à la fin de l'année 2016 via la consultation publique sur le socle européen des droits sociaux. L'occasion d'apporter votre contribution personnelle à ce débat. "Notre protection sociale doit évoluer en même temps que notre nouvelle manière de vivre et de travailler", explique Marianne Thyssen, commissaire européen pour l'Emploi et les Affaires Sociales.

Jean-Claude Juncker, le président de la Commission européenne, le mentionnait en 2015 : le "socle européen des droits sociaux" devra permettre de monitorer, améliorer et aligner les acquis sociaux et économiques des Etats membres.



Marianne Thyssen

Jusqu'au 31 décembre 2016, les citoyens sont invités à contribuer à ce cadre de référence via une consultation publique. "Notre législation sociale, et la protection qu'elle apporte, doivent évoluer au rythme des changements qui surviennent dans nos manières de vivre et de travailler", explique Marianne Thyssen.

"Pas question pour nous de prendre des décisions depuis notre tour d'ivoire. Nous voulons réfléchir avec les citoyens européens, les partenaires sociaux et les autorités nationales."

Pourquoi cette révision de la politique sociale et économique est-elle devenue une nécessité ?

Marianne Thyssen - La relation traditionnelle entre l'employeur et le travailleur ne cesse de changer. Pensez, par exemple, au nombre croissant de contrats temporaires, au travail en freelance ou à d'autres formes de travail flexibles. Cette évolution n'est pas mauvaise en soi, mais elle doit reposer sur une protection sociale solide. Ce qui n'est pas toujours le cas actuellement. **Le degré de protection sociale varie fortement d'un type de contrat à l'autre dans de nombreux pays européens.** Nous voulons mettre un terme à cette situation disparate grâce à ce projet. Les gens doivent pouvoir continuer à compter sur une bonne protection sociale lorsqu'ils changent de métier.

Le socle constitue un cadre théorique. La Commission peut-elle obliger les Etats membres à appliquer ces mesures ?

M. T. - Si une nouvelle législation européenne naît de ce socle, les Etats membres sont tenus de l'appliquer. Par exemple, pour des thèmes tels que les conditions de travail minimales ou la santé et la sécurité sur le

lieu de travail. Pour les thèmes pour lesquels les Etats membres sont eux-mêmes compétents, par exemple, la fixation des niveaux de salaire ou la sécurité sociale, le socle pourra examiner leurs prestations et inciter ces Etats à entreprendre des réformes nationales.

Que se passera-t-il si un pays ne participe pas ?

M. T. - Si un Etat membre n'applique pas une législation européenne, la Commission européenne peut lancer des **procédures d'infraction, avec de possibles amendes à la clé.** Pour les compétences nationales, nous sommes évidemment dépendants de la volonté politique des Etats membres, mais nous avons en réserve une carotte pour les faire avancer. Nous déterminons des objectifs communs et les Etats membres s'engagent librement à les atteindre. S'ils ne suivent pas ces recommandations, nous pouvons éventuellement mettre un terme à leur financement européen, via le Fonds Social Européen par exemple.

Propos recueillis par **Steven Vervaeet**
steven.vervaeet@mlmz.be

Quels droits sociaux ?

Le socle européen des droits sociaux se concentre principalement sur 3 catégories de droits sociaux :

- 1. L'égalité des chances sur le marché du travail :** tout le monde doit pouvoir accéder au marché du travail, sans discrimination et avec les compétences nécessaires.
- 2. Les conditions de travail équitables :** chaque travailleur reçoit la garantie d'un environnement de travail sain et sécurisé.
- 3. La protection sociale durable et efficace pour chacun :** par exemple, la garantie d'un congé de maladie rémunéré pour chaque travailleur et l'accès à des solutions qualitatives et abordables pour la garde des enfants.

Des soins dentaires pour tous



Médecins du Monde sillonne le pays avec un cabinet dentaire mobile pour offrir des soins dentaires aux personnes qui n'y ont pas accès. Les Mutualités Libres soutiennent cette initiative.

Chaque jour, grâce à l'investissement de dentistes volontaires, 10 à 20 patients reçoivent les soins dentaires nécessaires. Tout comme un cabinet dentaire classique, cette clinique mobile dispose d'une salle d'attente, d'un fauteuil de dentiste et de l'outillage technique. Ostende et Zeebrugge ont déjà accueilli l'unité de soins dentaires mobile et durant le second semestre 2017, ce sera notamment au tour de La Louvière. **“Avec ce projet, nous souhaitons supprimer les besoins aigus chez les personnes qui n'ont pas accès aux soins de santé. Grâce au soutien des Mutualités Libres, cette action sera un succès”,** déclare **Nel Vandevannet, Directrice des projets belges de Médecins du Monde.**

www.mobileclinic.be

MSD Health Literacy Awards : et les gagnants sont...



MSD Health Literacy Awards

Comme chaque année, les Mutualités Libres ont fait partie du jury des Well Done – MSD Health Literacy Awards. Cette année, le jury a sélectionné 3 projets qui expliquent nos soins de santé de manière accessible. Le projet **Zanzu de Sensoa** présente le corps en mots et en images dans 12 langues. **L'asbl Chronicare** informe les diabétiques sur l'importance d'un bon suivi par un oculiste et organise un examen des yeux pour les patients intéressés. Enfin, dans la catégorie “Specialty Care”, c'est **moveUP** qui a remporté la victoire. Ce trajet de soins accompagne les patients dans leur rééducation du genou à domicile grâce à un bracelet intelligent et une application pour tablette. Ils peuvent ainsi se rétablir à domicile à leur propre rythme grâce à des exercices sur mesure.

www.welldoneawards.be

Securex, Partenamut et Partena Ziekenfonds unissent leurs forces



Dès le 1^{er} janvier 2017, les Mutualités Libres Securex, Partenamut et Partena Ziekenfonds se prêteront main forte. Concrètement, la Mutualité Libre Securex cessera d'exister. Les membres wallons et les Bruxellois francophones passeront chez Partenamut. Les membres flamands et les Bruxellois néerlandophones rejoindront quant à eux Partena Ziekenfonds. Les changements seront minimes pour les affiliés de la Mutualité

Libre Securex. Ils conserveront leurs droits existants au sein de l'assurance maladie obligatoire et bénéficieront dès le 1^{er} janvier 2017 d'un large éventail d'avantages et de services chez Partenamut ou Partena Ziekenfonds.

“La politique de santé se régionalise de plus en plus”, constate **Xavier Brenez, Directeur général de l'Union Nationale des Mutualités Libres.** **“Avec cette alliance stratégique, nous souhaitons mieux encadrer nos membres au niveau régional et disposer d'une meilleure portée opérationnelle et financière. Notamment en prévision du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de malades chroniques qui requièrent ce type d'agrandissement d'échelle.”**



Andaman7

Connecting doctors and patients

Une appli pour conserver son dossier médical sur smartphone

Vincent Keunen a fondé la start up et l'application Andaman7 suite à une maladie et aux ennuis administratifs qui y étaient liés. L'objectif : partager ses données de santé de façon sécurisée et volontaire et améliorer la communication avec le médecin. Un projet prometteur auquel les Mutualités Libres ont décidé de s'associer.

Pendant plus de 2.200 ans, les habitants des îles Andaman (un archipel du Golfe du Bengale situé entre l'Inde et la Birmanie), endroit paradisiaque et difficilement accessible, vivaient totalement isolés du reste du monde. Aujourd'hui, certains habitants de l'archipel refusent encore tout contact avec les étrangers. Pour Vincent Keunen, qui s'en est inspiré pour baptiser son application, c'est une belle métaphore qui illustre le problème de communication bien réel dans le secteur de la santé.



Vincent Keunen

Peu d'échanges

En dépit des avancées technologiques, le domaine de la santé reste en retard sur le plan des échanges entre les différents acteurs, selon le CEO d'Andaman7. Ingénieur en informatique et entrepreneur, il sait de quoi il parle. En 2007, Vincent et son fils Pierre, alors âgé de 10 ans, se voient tous deux diagnostiqués un cancer. Le père et le fils ont heureusement surmonté cette épreuve. Ayant expérimenté de nombreuses difficultés administratives lors de cette période, Vincent a alors imaginé **une application gratuite permettant à l'utilisateur de gérer son dossier médical personnel sur son smartphone**. "Le but ultime de ce projet est de contribuer à la bonne santé de chaque être humain dans le monde entier", explique l'entrepreneur.

Le patient au centre

L'objectif de l'application est double : d'une part, partager des données de façon sécurisée et volontaire et d'autre part, optimiser la communication médecin/patient et le diagnostic médical. **Le principe est simple. L'utilisateur crée son propre dossier de santé et il y intègre, à sa guise, tous les éléments qui le concernent : taille, poids, antécédents médicaux, résultats d'analyse sanguine, allergie, consultations,**

médicaments,... Il a la possibilité de partager ses informations avec un cercle de confiance qu'il définit : des proches, ses médecins, un centre médical, sa mutualité, etc.

Andaman7 est une application qui met le patient au centre du trajet, puisqu'elle **réunit différentes informations éparpillées provenant de multiples systèmes de soins dans une application unique, rassemblées par et pour le patient, facile à utiliser et surtout, sécurisée**. Afin de garantir la protection des données privées et médicales, celles-ci sont stockées uniquement sur le smartphone de l'utilisateur.

Un partenariat innovant

Les Mutualités Libres ont été séduites par cette approche innovante qui responsabilise le patient et ont décidé de **collaborer avec Andaman7 pour le suivi des soins dentaires**. Mis en œuvre en 2015 pour les personnes de plus de 18 ans, le trajet de soins buccaux implique que les patients qui se rendent régulièrement chez le dentiste seront mieux remboursés que ceux qui ne le font pas. Avoir été "régulièrement" chez le dentiste signifie qu'un patient a reçu des soins dentaires au cours de l'année civile précédente, pour lesquels il a obtenu une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

Concrètement, l'application Andaman7 prévoira un espace de communication pour les membres des Mutualités Libres. Ceux-ci pourront donner leur consentement afin de participer à ce projet. Un rappel leur sera envoyé automatiquement, les incitant à se rendre chez le dentiste afin de conserver leurs droits et de garder un sourire éclatant. Pour les Mutualités Libres, cette collaboration s'inscrit complètement dans le rôle que doit jouer une mutualité, c'est-à-dire informer l'affilié sur ses droits.



Murielle Lona

murielle.lona@mlz.be



www.andaman7.com



Marlene Reyns et Vanessa Wittvrouw

Les sages-femmes ont la parole aux Mutualités Libres

Que pensent les professionnels de la santé des défis du secteur ? Comment voient-ils leur profession évoluer dans le futur ? Quelles réformes sont essentielles pour eux ? Les Mutualités Libres donnent la parole aux différentes catégories de soignants à l'occasion d'une série inédite de débats. Ce sont les sages-femmes qui ouvrent le bal !

Fin 2015, les Mutualités Libres publiaient 6 propositions de réformes visant à redéfinir le rôle des mutualités dans un environnement qui évolue rapidement. Mais qu'en est-il des prestataires de soins ? Quelles réformes attendent-ils ? Avec la **série de débats "Les prestataires de soins ont la parole"**, les Mutualités Libres veulent offrir un forum aux professionnels de la santé et permettre à ces derniers de dialoguer avec d'autres acteurs de la santé (autorités publiques, chercheurs, mutualités...).

Les sages-femmes ouvrent le débat

Pour cette première édition, les Mutualités Libres ont invité les associations professionnelles de sages-femmes. Elles fixeront les priorités du débat, expliqueront leur point de vue sur la profession et dialogueront à ce sujet avec les autres acteurs des soins de santé. "Les sages-femmes s'occupent des nouveau-nés, c'est donc aussi symbolique que la série de débats s'ouvre avec notre profession", explique **Marlene Reyns, présidente de la Belgian Midwives Association**. "Se soucier de notre

profession, c'est aussi se soucier de la vie."

Changement important dans le métier

Pendant longtemps, les sages-femmes ont été traitées en parent pauvre du secteur des soins de santé. Un revirement est toutefois en cours ces dernières décennies. "La sage-femme d'aujourd'hui n'est plus seulement l'assistante du médecin, c'est une professionnelle de la santé à la recherche d'**autonomie et de soins de qualité**, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital", précise Marlene Reyns.

De plus, le **séjour écourté à l'hôpital après un accouchement** est l'occasion rêvée de mettre en valeur le rôle des sages-femmes et de **réorganiser les soins relatifs à l'accouchement**. "On

attend des sages-femmes qu'elles soient disponibles 24h sur 24, 7 jours sur 7, et qu'elles traitent et partagent les données de santé de manière électronique. Une évolution positive vers davantage de professionnalisme, mais en échange d'une rémunération correcte. Une **prime télématique et un financement de cabinet** sont également à l'ordre du jour. Sans parler de la formation belge des sages-femmes. Une réflexion et un plan d'approche sont également nécessaires à ce niveau", rappelle **Vanessa Wittvrouw, présidente de l'UpSfb (Union professionnelle des sages-femmes belges)**. Tous ces thèmes, et d'autres encore, seront abordés lors de la première édition de notre série de débats.



Piet Van Eenoooghe
piet.vaneenoooghe@mloz.be

Où et quand ?

Le débat se déroulera le **jeudi 8 décembre à 10 h**, à l'**Union Nationale des Mutualités Libres : rue Saint-Hubert 19 à 1150 Bruxelles**.



Vous trouverez toutes les infos pratiques sur www.mloz.be.

Livres

L'alcoolisme est-il une fatalité ?

Comment déjouer les pièges de l'alcool ? Que peut faire la famille face à l'alcoolisme ? Quels sont les traitements à envisager ?

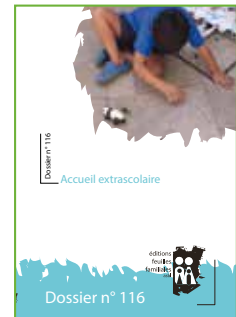


Abstinence ou modération ? Quel est le rôle de la société face à ce fléau ? Exemples à l'appui, ce livre répond à toutes ces questions. L'auteur explique les logiques biologique, affective, neurologique et sociale qui peuvent conduire une personne à développer une problématique alcoolique. Il insiste sur le lien fréquent entre une émotion insupportable et le recours à l'alcool. Il décrit aussi les effets de l'alcool sur l'humeur, les processus de pensée et le rapport aux autres.

“L'alcoolisme est-il une fatalité ? Comprendre et inverser une spirale infernale” de Timary Philippe aux Editions Mardaga.

Accueil extrascolaire

Entre la vie professionnelle, l'école et la vie de famille, les agendas sont parfois compliqués à concilier. Les horaires professionnels des parents ne correspondent pas toujours aux horaires scolaires des enfants. Les congés des parents ne sont pas toujours assez nombreux pour couvrir les vacances scolaires. Sport, musique, théâtre, mouvement de jeunesse... la palette d'activités extrascolaires est large, mais faut-il que les enfants pratiquent de tout ? Equipements, cotisations, frais d'inscription... quel est le poids des loisirs dans les dépenses familiales ? Vacances en famille, stages, camps, plaines, séjours chez papy et mamy... quelles solutions pour occuper les périodes de vacances scolaires ? Cette étude propose d'entrer dans le quotidien des parents et des enfants, entre le travail, l'école et la maison.



Editions Feuilles Familiales. Rue du Fond, 127 - 5020 Malonne Tél : 081 45 02 99
E-mail : info@couplefamilles.be

Etude

L'accès aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier

Les personnes en séjour irrégulier, encore couramment appelées sans-papiers, sont des personnes qui ne disposent pas d'un titre de séjour les autorisant à résider sur le territoire. La Belgique, en accord avec les traités internationaux qu'elle a ratifiés, leur accorde l'accès aux soins de santé, via une "Aide Médicale Urgente" (AMU). Le KCE propose une réforme qui vise à simplifier et harmoniser les procédures administratives.

Sans papiers, mais pas sans droits

Les personnes en séjour irrégulier ne disposent pas d'un titre de séjour. Ce qui les distingue des demandeurs d'asile et des réfugiés, qui disposent d'un titre de séjour (temporaire ou définitif). Elles ont le droit de bénéficier de soins de santé, car il s'agit d'un droit fondamental de tout être humain. La Belgique a d'ailleurs ratifié plusieurs traités internationaux en ce sens. L'accès de ces personnes aux soins de santé est donc organisé depuis bien plus longtemps que l'actuelle crise migratoire.

Combien de personnes sont-elles concernées ?

On estime que les personnes en séjour irrégulier seraient entre 85.000 et 160.000, soit 0,8 à 1,4% de la population globale. Seules 10 à 20% d'entre elles ont eu recours à l'AMU en 2013. Ce nombre global est resté stable depuis 2011. Toutefois, étant donné la

crise migratoire actuelle, on observera vraisemblablement une augmentation de leur nombre dans les chiffres de 2014 et 2015. Les coûts de l'AMU sont pris en charge par l'État. En 2013, cette aide médicale a coûté 44,6 millions d'euros, ce qui représente moins de 0,2% du coût des soins de santé.

Harmonisation et simplification

Le KCE propose une réforme qui devrait permettre de trouver un nouveau point d'équilibre entre le respect du droit à accéder aux soins de santé et une utilisation rationnelle des ressources publiques. La réforme proposée suit deux grandes lignes directrices : simplifier et harmoniser les procédures administratives et rationaliser l'organisation et le suivi des pratiques de soins et monitorer les coûts.

www.kce.be KCE Reports 257B

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



La parole aux Sages-femmes

DÉBAT

8 décembre 2016



Comment les professionnels de la santé envisagent-ils les défis du secteur ? Quelles réformes sont essentielles pour eux ? Quelles évolutions voient-ils pour leur profession ? Lors d'une série de débats inédits, les Mutualités Libres donnent la parole aux différentes professions médicales. Ce sont les sages-femmes qui ouvriront le bal. Elles donneront leur vision de la profession et débattront avec d'autres acteurs de la santé.

La diminution du séjour à la maternité après un accouchement offre une occasion unique de réorganiser les soins relatifs à l'accouchement et de **mettre à l'honneur le rôle essentiel des sages-femmes**. Comment répondre à ces défis en assurant des soins de qualité dans et en dehors de l'hôpital ? Une évolution vers davantage de reconnaissance de la mission des sages-femmes et de leurs responsabilités impliquera-t-elle une rémunération correcte ? Qu'en sera-t-il de la prime télématique et du financement de cabinet ? Comment la formation des sages-femmes doit-elle évoluer pour faire face aux défis multiples ?

Les Mutualités Libres invitent les sages-femmes, mais aussi les autres prestataires de soins (gynécologues, gestionnaires d'hôpital...), les professeurs, les autorités de la santé et les médias à se joindre à ce débat qui s'annonce d'ores et déjà captivant !

PROGRAMME

10h00 Accueil

10h15 Introduction par **Xavier Brenez**, directeur général des Mutualités Libres

10h20 **La profession : présentation et témoignages**

10h45 La parole aux sages-femmes, avec la participation de :

- **Anne Niset**, Association sages-femmes catholiques (ASFC)
- **Vanessa Wittvrouw**, Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UpSfb)
- **Marlene Reyms**, Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV)
- **Dominique De Temmerman**, médecin-expert des Mutualités Libres

Modératrice : Marlène de Wouters

DÉBAT BILINGUE AVEC TRADUCTION SIMULTANÉE

12h30 Buffet

ADRESSE

Union des Mutualités Libres
19, rue Saint-Hubert
1150 Bruxelles.

ACCREDITATION
DEMANDÉE



**Mutualités
Libres**

Inscriptions :

www.mloz.be

#debatsagefemme16