

Health Forum

Mars 2017 · N° 29

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



Dossier

Et vous, docteur, comment allez-vous ?



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 Mettwie 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

Un nouveau rôle pour le pharmacien

Explosion du nombre de malades chroniques, hausse de la consommation de médicaments due au vieillissement, patients de plus en plus "responsabilisés" par rapport à leur santé... Le secteur des soins est en pleine (r)évolution. Il importe dès lors de réfléchir à l'organisation du système et au rôle des différents acteurs. Prenez le pharmacien. Auparavant, son rôle était clairement défini : il préparait les traitements prescrits par le médecin et délivrait en toute sécurité les médicaments au patient. Mais en raison des évolutions sociales et technologiques, la mission du pharmacien a évolué : désormais, ce qui est attendu, c'est **l'accompagnement et le suivi du patient**. Mais tous les pharmaciens sont-ils prêts à relever ces nouveaux défis ?

Un récente enquête du journal *Le Pharmacien* a livré des résultats éclairants à ce sujet: parmi toutes les évolutions possibles du métier, c'est le rôle de **coach-santé** qui recueille le plus de suffrages, 6 pharmaciens du 10 lui accordant une note maximale. Le temps que les pharmaciens sont prêts à consacrer à cette mission de conseils et de coaching est de... 30%. Non négligeable pour une profession qui ne se reconnaît plus dans le rôle de "dispensateur de pilules" !*

Le métier de pharmacien est donc à un point de basculement. En tant qu'experts des médicaments, ils sont bien placés pour accompagner le patient. Dans la pratique toutefois, tout ne fonctionne pas

de manière optimale et il y a encore un gouffre entre les attentes et la réalité. Les pharmaciens doivent à présent prendre leur destin en mains et développer leur rôle de prestataire de soins de première ligne, afin de ne pas être à la traîne et perdre ainsi leur position en faveur d'autres acteurs. Il s'agira également de démontrer, chiffres à l'appui, que l'investissement

dans ces nouvelles missions apporte les résultats attendus en termes d'adhérence thérapeutique et d'efficacité. Cette évolution n'est évidemment pas simple. Il s'agit d'un **changement de mentalité qui prendra du temps et qui requiert de gros efforts individuels et collectifs** dans les méthodes de travail, le développement de compétences, les adaptations organisationnelles et fonctionnelles...

L'évolution vers le nouveau rôle du pharmacien ne se fera pas sans embûches et certains s'adapteront peut-être plus vite que d'autres. Mais, à long terme,

l'objectif principal sera atteint : un patient mieux accompagné, et en meilleure santé.

* Si ces questions vous intéressent, inscrivez-vous à notre débat "Les Pharmaciens ont la parole" du 30 mars (détails p. 24).



Les pharmaciens doivent à présent prendre leur destin en mains et développer leur rôle de prestataire de soins de première ligne.

Xavier Brenez

Directeur général

de l'Union Nationale des Mutualités Libres

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 · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Photos

Shutterstock

Traduction

Annamie Mathues · Gisèle Henrotte · Emilie Van Isterdael · 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](https://twitter.com/MutLibres)

Sommaire

N° 29

mars 2017

3 Edito

5 Le saviez-vous ?

6 Dossier

Et vous, docteur, comment allez-vous ?

17 Espace prestataires

Traçabilité des implants : encore un peu de patience...

Art et handicap : une alliance magique

20 Etude

Prescriptions de médicaments bon marché : peut mieux faire

23 Partenariats

3 jours de formation pour les mutualités africaines

Les pharmaciens ont la parole aux Mutualités Libres

26 Kiosque

www.mloz.be

Dossier

Et vous, docteur, comment allez-vous ?

Les médecins soignent leurs patients, mais oublient parfois de prendre soin d'eux. Ce comportement n'est pas sans conséquences : environ 20% des médecins sont épuisés émotionnellement et 1 spécialiste sur 10 en formation souffre de burnout. Pourquoi le corps soignant est-il plus exposé au stress lié au travail ? Quels sont les symptômes de ce poison insidieux ? Et quelles en sont les conséquences ?



6

Etude

Prescriptions de médicaments bon marché : peut mieux faire

En 2012, le gouvernement a pris diverses mesures pour encourager la prescription de médicaments bon marché. L'analyse des Mutualités Libres montre qu'il y a eu de beaux progrès dans notre pays mais encore largement insuffisants par rapport à nos voisins. Si les médicaments de marque avec alternative étaient substitués par des copies ou des génériques, l'économie potentielle serait de 150 millions d'euros pour l'assurance maladie !



20

Partenariats

Les pharmaciens ont la parole aux Mutualités Libres

Après le succès du premier débat consacré aux sages-femmes, les Mutualités Libres donnent à nouveau la parole aux professionnels de la santé ! Cette fois, ce sont les pharmaciens qui s'exprimeront sur ce qui peut être amélioré et de quelle manière. L'image de la pharmacie comme un lieu de distribution de pilules a laissé la place à celle d'un point de contact santé incontournable pour les patients.



24

8 généralistes sur 10...

... ont déjà utilisé la **prescription électronique de médicaments**. Il est encore possible de faire des prescriptions sur papier cette année, mais à partir de 2018, seule la prescription électronique sera utilisée.

www.inami.fgov.be

Cancer : remboursement plus rapide de l'immunothérapie

L'immunothérapie est généralement plus efficace que la chimiothérapie classique. Les effets secondaires sont beaucoup moins nombreux, ce qui permet au patient une meilleure qualité de vie.

Depuis le début 2017, l'assurance maladie rembourse l'immunothérapie pour le **cancer du poumon, le cancer du rein et la maladie de Hodgkin, une forme de lymphome**. Jusqu'à présent, ce traitement était remboursé à environ 500 patients souffrant de cancer de la peau. Plus de 10.000 patients en bénéficieront dorénavant. Une procédure accélérée est également prévue pour ces immunothérapies afin de démarrer **le remboursement un an plus tôt que le trajet classique**, à savoir immédiatement après l'enregistrement auprès de l'Agence européenne des médicaments.

www.maggiedeblock.be

10.000

En 2015, **10.000 sages-femmes étaient actives dans notre pays, surtout dans les hôpitaux : 80% en maternité, 10% en néonatalogie et 10% dans d'autres services**. Cette année, la Commission de planification de l'offre médicale publiera un cadastre des sages-femmes actives et une analyse de leurs besoins futurs.

www.kce.fgov.be

95%



Chez les enfants et les adolescents âgés de 12 à 17 ans, la **consommation d'antipsychotiques a augmenté de près de 95% ces 10 dernières années**, pour atteindre une moyenne de 992.328 doses d'entretien par jour. **L'augmentation est de 30% pour les antidépresseurs**. Ce phénomène touche aussi les jeunes de 6 à 11 ans. Selon les experts, la médication n'est pourtant indiquée que dans un nombre très limité de cas. Un soutien supplémentaire de leur entourage et de la psychothérapie suffisent pour la plupart des enfants.

Source : INAMI

Des vêtements adaptés aux enfants handicapés

T-shirts et robes faciles à enfiler, pantalons adaptés pour fauteuils roulants... La marque française Kiabi consacre une ligne de vêtements adaptés pour les enfants handicapés. Ces vêtements sont conçus pour faciliter l'habillage et l'autonomie des enfants. Cette collection, intitulée "fiers d'être différents", est disponible sur le site de la marque. La collection a été imaginée en collaboration avec Cécile Pouleur, créatrice d'une marque spécialisée dans les vêtements adaptés. Cette collection renforce la volonté de la marque de s'impliquer dans l'intégration des travailleurs handicapés, puisque Kiabi emploie 5,3% de personnel handicapé.

<http://blog.kiabi.com/non-classe/kiabi-x-loups-bleus/>



Et vous, docteur, comment allez-vous ?

Quand le temps est à l'orage

p.7

"Un médecin ne craque pas !"

p.10

Les médecins contre la violence

p.12

Quelle aide pour les médecins en difficulté ?

p.14

Les soignants, "secondes victimes" de leurs erreurs

p.16

Quand le temps est à l'orage

Les médecins soignent leurs patients, mais oublient parfois de prendre soin d'eux. Ce comportement n'est pas sans conséquences : environ 20% des médecins sont épuisés émotionnellement et 1 spécialiste sur 10 en formation souffre de burnout. Pourquoi le corps soignant est-il plus exposé au stress lié au travail ? Quels sont les symptômes de ce poison insidieux ? Et quelles en sont les conséquences ?



Gwendolyn Portzky



Lode Godderis

Une personne qui pense souffrir d'un épuisement professionnel commence par consulter son généraliste. Mais qu'en est-il si le médecin est lui-même exténué, au bout du rouleau ? Le tabou autour des médecins et de leurs problèmes de santé mentale commence doucement à se fissurer. Plusieurs études soulignent qu'environ **2 médecins sur 10 luttent contre un épuisement émotionnel**, l'une des caractéristiques du burnout. Selon **Gwendolyn Portzky, Professeure en Psychologie médicale à l'Université de Gand**, les professionnels de la santé sont plus susceptibles qu'avant de souffrir de difficultés psychologiques. "Cela est dû à un **mélange de facteurs liés au travail et de caractéristiques personnelles**. L'énorme charge de travail complique évidemment l'équilibre travail-vie privée. De plus, les médecins sont la plupart du temps

des personnes très enthousiastes et passionnées, qui placent très haut la barre des exigences personnelles. Ils ne parviennent pas à dire 'non' et restent souvent plus longtemps dans le rouge." **Lode Godderis, Professeur au sein de l'unité "Environnement et santé" de la KU Leuven**, le reconnaît. "Le risque est en effet plus grand pour les médecins très disponibles pour leurs patients, qui cherchent à être les meilleurs de leur spécialité et veulent tout faire du mieux possible."

Avez-vous mangé aujourd'hui, docteur ?

Les médecins sont la plupart du temps des personnes qui placent très haut la barre des exigences personnelles. Ils ne parviennent pas à dire 'non' et restent plus longtemps dans le rouge.

Ce perfectionnisme a pour conséquence que les médecins s'occupent bien plus de leurs patients que d'eux-mêmes. "Je vois souvent des médecins qui **ne prennent pas le temps de manger ni de boire**. Ils arrêtent de travailler pour avaler rapidement un biscuit et reprennent le travail. Le soir, ils ont également à peine le temps de se reposer. De nombreux médecins ne se vident donc jamais la tête", ajoute le Professeur Portzky. C'est notamment lié à leur engagement dans le métier et à leur personnalité, mais Lode Godderis fait également allusion à la **pression sociale croissante**. "Nous attendons de plus en plus les uns des autres et nous sommes très exigeants à l'égard de nos médecins. De plus, **les programmes de**



Les programmes de formation des futurs médecins consacrent très peu d'attention à la gestion de l'échec, de la souffrance et de la perte.

formation des futurs médecins consacrent très peu d'attention à la gestion de l'échec, de la souffrance et de la perte.

De nombreux soignants peuvent donc éprouver des difficultés en la matière. L'accent n'est pas tellement mis sur la nécessité de pouvoir prendre soin de soi."

La politique de l'autruche

Après un certain temps, cette pression entraîne inévitablement des problèmes de santé. Et les médecins ont leur propre manière d'y faire face. "Ils ignorent tout simplement leurs problèmes", explique le Lode Godderis. "C'est particulièrement efficace à court terme, mais au final le boomerang leur revient au visage." En outre, **de nombreux médecins n'ont pas de médecin généraliste**, ce qui les incite encore moins à franchir le pas vers une aide professionnelle. "Un médecin

“ La pression sociale est croissante. Nous attendons de plus en plus les uns des autres et nous sommes très exigeants à l'égard de nos médecins. ”

qui se rend chez un autre médecin, cela fait toujours l'objet d'une stigmatisation. **Ils ont honte de chercher de l'aide**, n'ont pas le temps de se faire soigner et ils s'inquiètent aussi de la confidentialité", ajoute le Professeur Portzky.

Prendre soin les uns des autres

La féminisation du métier et les générations plus jeunes de médecins ont aussi entraîné une plus grande attention à la vie privée. Les médecins veulent être présents pour leur famille et consacrer du temps à leurs hobbies. C'est un pas dans la bonne direction, mais il y a encore du chemin à parcourir selon Lode Godderis. "**Il faut à la fois prendre soin de soi et s'occuper les uns des autres**. En cas de grippe, les gens disent vite : 'Tu n'as pas l'air bien, rentre chez toi'. Mais nous montrons beaucoup moins notre inquiétude envers les personnes

souffrant de difficultés psychologiques. Ceci est extrêmement important, car l'entourage proche est souvent le premier à remarquer les problèmes. Le patient lui-même les niera." Pour briser le tabou autour de ce sujet, Lode Godderis plaide pour **davantage de travail en équipe**. "Le soutien des collègues est important. Vous devez **pouvoir partager vos succès, mais aussi vos doutes et vos frustrations**. Une atmosphère de confiance et de sécurité doit régner entre les médecins, leur permettant de s'aider plus rapidement et d'être des piliers les uns pour les autres. Il reste cependant beaucoup de chemin à parcourir pour parvenir à ce travail d'équipe..."

Une situation plus aiguë encore dans la solitude des campagnes, là où le médecin est un pilier du village. "C'est en effet très difficile", admet le Professeur

Portzky. "C'est en effet très difficile", admet le Professeur

Spécialistes en formation : un groupe à risque

Selon un test basé sur les 3 grandes caractéristiques du burnout, près de 5% des médecins de l'hôpital universitaire de Gand souffrent de burnout. Chez les médecins-spécialistes en formation, il sont près de 9% ! "C'est un groupe à risque spécifique que nous sensibilisons tout particulièrement", explique le Professeur Portzky. "Ils ont les mêmes facteurs de risque que les autres médecins, mais d'autres éléments interviennent. Ils sont **encore en formation tout en fréquentant déjà leur lieu de travail, ce qui peut entraîner**

des conflits de rôle. Certains tireront la sonnette d'alarme chez leur superviseur, mais les indécis continueront et craqueront face à cette grande responsabilité. Par ailleurs, il s'agit souvent de personnes âgées de 25 à 30 ans avec une vie privée chargée : ils vivent seuls, ont des enfants..."

Les superviseurs ont bien entendu également une responsabilité. "Les accompagnants s'occupent bien du transfert de connaissances et d'expertise, mais en matière de coaching, il y a encore du pain sur la planche", relève Gwendolyn Portzky.



3 grandes caractéristiques du burnout

Si les médecins laissent traîner leurs problèmes trop longtemps, ceux-ci peuvent entraîner un burnout. Mais comment définit-on le burnout ? Il ne s'agit pas d'une affection psychiatrique et il ne figure donc pas dans le DSM-5, le manuel classique du diagnostic psychiatrique. Pour diagnostiquer un burnout, les experts internationaux consultent surtout le "Maslach burnout inventory", un questionnaire posant les 3 symptômes suivants :

- **Epuisement émotionnel** : être exténué, éreinté, surtout au niveau mental
- **Dépersonnalisation** : se distancier de son travail, être moins impliqué émotionnellement, faire preuve de cynisme...
- **Accomplissement personnel diminué** : avoir le sentiment d'être moins bon dans son travail qu'auparavant, douter de soi...



Une atmosphère de confiance et de sécurité doit régner entre les médecins, leur permettant d'être des piliers les uns pour les autres.

Portzky. "En général, les médecins de campagne ne travaillent pas dans une pratique de groupe et ont donc peu de contacts avec leurs collègues. Il existe des groupes locaux d'évaluation médicale ('glems') au sein desquels les médecins jugent leurs pairs et collaborent à une meilleure qualité des soins. Mais soyons clairs, c'est tout sauf suffisant."

Quand on craque, on est tous égaux

Un médecin n'est pas un patient ordinaire. Faut-il dès lors le traiter différemment s'il craque ? "Absolument pas. En général, les personnes qui craquent n'en peuvent plus. Sur ce point, tout le monde est égal", insiste le Professeur Godderis. "Il faut agir sur deux niveaux : la personne elle-même et le travail. C'est surtout ce dernier qui représente un grand défi. Une carrière dans le secteur des soins est plutôt plate. Un oncologue ne va pas soudain se reconvertir en anesthésiste. En fin de compte, il exercera donc à nouveau le même métier. C'est pourquoi il est important de **diminuer le nombre d'heures de travail et de conclure des accords avec**

les collègues et les responsables. Cela dépend de la personne et de la situation bien sûr, mais je conseille presque toujours à nos collaborateurs de **recommander à mi-temps après un congé-maladie de longue**

durée. Nous construisons graduellement les premiers mois, nous voyons comment cela se passe et adaptons si besoin", explique Gwendolyn Portzky.

Tomber pour mieux se relever ?

A la question de savoir si les médecins ont un déclic après une maladie de longue durée, le Professeur Portzky acquiesce. "Ils en sortent presque tous plus forts. **Ils restent les mêmes bosseurs, mais ils prennent mieux soin d'eux.** Selon moi, ils sont alors

de meilleurs médecins, car ils sont frais et dispos et plein d'énergie pour leurs patients."

Il faut agir sur deux niveaux : la personne elle-même et le travail. Mais une carrière dans le secteur des soins est plutôt plate. Un oncologue ne va pas soudain se reconvertir en anesthésiste.

Steven Vervaeet
steven.vervaeet@mloz.be



“Un médecin ne craque pas !”

Quand un médecin devient patient, il doit accepter d'enlever son costume de “surhomme” ou “surfemme”. Une étape délicate à traverser sur le chemin du mieux-être. Alain Luts, psychiatre à l'Unité de psychopathologie adulte des Cliniques universitaires Saint-Luc, décrit les causes du mal-être et donne des pistes pour aider le médecin à devenir un patient... qui se soigne.

Quels sont les troubles et maladies spécifiques aux médecins ?

Alain Luts – Au niveau des cancers et des maladies cardiovasculaires, la santé des médecins est meilleure que celle de la population globale. Ce sont les résultats d'une étude canadienne de 1998, la première qui attire l'attention sur le mal-être des médecins. Par contre, quand les chercheurs ont investigué la santé mentale, ils ont constaté que la prévalence de dépression, de troubles anxieux, d'alcoolisme, de dépendance aux benzodiazépines ou aux morphiniques est beaucoup plus élevée chez les médecins que dans la population générale. On a également constaté que le taux de suicides réussis est beaucoup plus élevé chez les médecins. En Europe, il y a **3 fois plus de suicides réussis chez les médecins que dans la population générale**.



Alain Luts

Observe-t-on de nouveaux facteurs qui expliquent cette prévalence en hausse ?

A. L. - Oui et ils sont nombreux. Il y a d'abord le fait que les **connaissances médicales ont pris une ampleur considérable** : pour rester au courant des évolutions dans son domaine, chaque médecin doit lire ou participer à

“ Certains médecins ont des connaissances erronées de la psychiatrie. Ils pensent que la dépression ne se soigne pas et que la psychiatrie ne sert à rien. ”

des congrès. Cela exige du temps et de l'implication. Deuxième chose : les **nouvelles technologies**. Si on est dans une spécialité très technique, il faut apprendre à manipuler les instruments. Ensuite, il faut les acheter. Ce

qui nous amène à une troisième source de stress très tue en Belgique parce que taboue : pas mal de médecins **doivent faire face à des difficultés financières**. On voit ça chez des jeunes médecins qui finissent leurs études ou un assistantat et qui souhaitent ouvrir des consultations dans un ou deux cabinets. Mais ils doivent équiper leur cabinet. Pour ce faire, ils empruntent, ce qui peut entraîner le remboursement de traites parfois exorbitantes. Enfin, quatrième difficulté : les **fusions hospitalières**. Des médecins autrefois en situation de concurrence se retrouvent à travailler dans la même équipe avec parfois l'un qui devient le chef de service de l'autre. Ce sont des situations parfois difficiles à accepter. Un facteur supplémentaire avancé est l'**esprit de compétition** qui règne dans les milieux universitaires et qui aurait nettement augmenté.

Quelles sont les résistances du médecin face aux questions liées à sa santé ?

A. L. - Une grosse source de résistance pour les médecins prend racine lors des études : dès le

début, **on dit aux futurs médecins qu'ils n'ont pas droit à l'erreur, qu'ils doivent tout connaître, tout maîtriser.** Et que même s'ils ont eu une journée épouvantable et qu'ils sont de garde la nuit et qu'à 5h du matin, un problème dans la biologie leur échappe, c'est inacceptable. Au fil du temps, les étudiants en médecine, puis les assistants, puis les médecins spécialistes commencent à se persuader qu'ils sont soit un surhomme soit une surfemme. Donc ils ne se donnent pas le droit de craquer non plus.

C'est ce qui explique leur rapport complexe à la psychiatrie ?

A. L. - En effet, s'il y a autant de suicides réussis chez les médecins, c'est parce qu'ils ne consultent pas. Dans la population générale, on va plus facilement voir un psychiatre qu'on ne le fait dans la population médicale. Donc forcément, le mal n'est pas traité, les complications apparaissent et la complication majeure de la dépression, c'est le suicide. De plus, la psychiatrie est une spécialité peu reconnue dans les facultés de médecine, souvent avec un coefficient très bas. Le jour où le médecin va mal, si on lui recommande d'aller voir un psychiatre, la tentation est grande de se dire que ce n'est pas utile. **Certains médecins ont des connaissances erronées de la psychiatrie. Ils pensent par exemple que la dépression ne se soigne pas et que la psychiatrie ne sert à rien.** Donc le jour où un médecin en détresse devrait aller consulter, il ne va pas le faire puisqu'il pense que ça ne sert à rien. Voilà la situation dans laquelle se trouve le médecin.

Quelle prise en charge pour les médecins en difficulté ?

A. L. - La première chose à ne pas négliger, c'est que le médecin a les mêmes préjugés que la population générale : 'Je ne veux pas aller voir un psychiatre, je ne

suis pas fou'. Puis, il a aussi ce **sentiment de honte, de culpabilité. Un médecin ne craque pas !** Quand le psychiatre reçoit le médecin, il doit tenir compte du fait que ce patient-là pense être face à un surhomme, c'est-à-dire un médecin qui assure, ce qui lui donne un sentiment d'infériorité. De plus, quand on impose un **arrêt de travail au médecin, c'est très compliqué de le lui faire accepter.** Il va trouver un tas d'excuses : 'c'est pas le moment', 'ma collègue est en congé de maternité', 'le service est plein, je dois m'occuper de ma consultation'. Il faut pouvoir lui expliquer qu'il est tellement mal qu'il n'est plus en état de soigner les autres. Ce qui est très difficile à entendre pour lui.

Les médecins qui consultent ont aussi toujours **la crainte de ce que leur psychiatre pourrait aller répéter à l'ordre des médecins ou à la direction de l'hôpital.** 'Si je lui dis que le matin je bois deux whiskies avant d'aller opérer, est-ce qu'il va aller me balancer ou pas ?' Donc, dès le premier entretien, il est très important de **lui garantir le respect strict du secret professionnel.** Si on n'instaure pas ce climat de confiance dès le début, on court le risque que le médecin arrête les séances avec les conséquences que cela entraîne.

Il faut aussi que le médecin accepte de devenir patient...

A. L. - Oui, il s'agit d'un problème important de la profession : les médecins se soignent souvent très mal. Le médecin doit accepter de prendre le rôle du patient et lâcher le contrôle et ce, alors que toute sa vie, on lui a appris l'inverse. Il y a des détails auxquels le psychiatre devra être attentif : **le recevoir dans son cabinet de consultation, à une heure précise et durant 45 min, comme pour un patient "classique".** En fin de consultation, c'est le psychiatre qui doit prescrire l'antidépresseur. Parce que dans cette situation précise, le médecin qui consulte est patient et non médecin, c'est donc à son médecin de prescrire le traitement. Ces points d'attention permettent de **fixer le cadre et de permettre au médecin d'accepter le rôle de patient.** Parce que tant que l'on ne se reconnaît pas malade, on ne se soigne pas ! Lors du second rendez-vous, il est aussi utile que le patient-médecin vienne accompagné d'une personne ressource (conjointe, enfant, ami, etc.) avec qui travailler au processus de reconstruction.



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Burnout et dépression : même combat ?

Pour Alain Luts, il faut appréhender les deux problématiques de manière différente.

"Le burn-out est vraiment lié au travail. Aujourd'hui, c'est même plutôt chic d'être en burnout. Cela montre que vous êtes un battant, que vous en avez trop fait. Les autres médecins saluent ça en disant 'il a donné beaucoup à l'institution, peut-être trop et il s'est épuisé...' Tandis que parler de dépression, ça donne une autre image : 'quelle chiffe molle', 'il n'est pas solide', etc. C'est très important de faire la différence entre les deux parce que le pronostic de la dépression est bon quand elle est prise en charge. Alors que le pronostic du burnout est plutôt mauvais. Dans le meilleur des cas, on change d'employeur, dans le pire, on change de métier."



Les médecins contre la violence

“Un médecin tué par son patient...” Personne n’a oublié le docteur Patrick Roelandt, poignardé en pleine journée lors d’une visite à domicile, le 1^{er} décembre 2015, dans la commune flamande d’Izegem. Mais, plus d’un an après les faits, où en est la sécurité des médecins généralistes ?



Thierry Van der Schueren

Même si elle ne fait la une qu’en cas de drame, la violence envers les médecins n’est pas un phénomène marginal : en 2014, une mini-enquête de Mediplanet révélait que **66% des généralistes francophones et 77% des néerlandophones** y avaient déjà été confrontés. Et, le 21 mai dernier, en créant un point de contact

national pour les

agressions commises à l’encontre des médecins, le Conseil National de l’Ordre remarquait que la violence “verbale, psychologique ou physique” prenait “des proportions inquiétantes”

Violence verbale...

“La plupart du temps, heureusement, les incidents ne dépassent pas le stade de la violence verbale”, remarque le docteur **Thierry Van der Schueren, secrétaire général de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)**. “Des injures, voire des menaces, qui découlent généralement du refus du médecin de prescrire un médicament ou d’accorder une incapacité de travail. Cette évolution n’est pas propre à la médecine générale : beaucoup de professions en contact avec le public y sont exposées, nos contemporains ayant de plus en plus de mal à gérer leurs frustrations. Mais, pour les médecins généralistes, qui ont l’habitude d’entretenir avec leurs patients des rapports de bienveillance et de confiance mutuelle, c’est particulièrement difficile à vivre.”

... mais pas uniquement !

D’autant que les passages à la violence physique ne sont pas rares : le docteur Van der Schueren en a lui-même été victime tout récemment, pour la première fois de sa carrière. “Et avec un patient que je connaissais depuis quinze ans : je n’avais rien vu venir ! Comme sa sœur, avec laquelle il vivait, s’était plainte auprès de moi de son agressivité, j’ai voulu profiter d’une visite à domicile pour lui proposer mon aide afin de régler ce problème. Résultat : **il m’a jeté sa boîte de médicaments au visage et, comme j’esquivais, il m’a sauté dessus**. J’ai dû me battre avec lui pour le plaquer au sol et le maîtriser. Si une relation patient-médecin ancienne et approfondie peut dégénérer de façon aussi inattendue, le danger est évidemment beaucoup plus grand dans le cadre de la garde et des permanences, où le patient n’a pas le choix du médecin, ni le médecin le choix du patient !”

“Je ruminais, je me demandais ce que j’aurais pu faire d’autre... C’est important d’agir en amont de la violence !”

“Ne jamais laisser passer un incident”

En sortant de chez son patient, Thierry Van der Schueren est allé faire une déclaration à la police. “J’ai expliqué que j’avais moi-même eu recours à la violence, mais en légitime défense, et **je conseille à mes consœurs et confrères de ne jamais laisser passer un incident de ce genre sans le signaler à une autorité judiciaire ou ordinale**. Toute agression physique doit laisser une trace.” Même quand une histoire finit ‘bien’, en effet, les médecins impliqués n’en sortent pas indemnes. “**Certains se démotivent**

ou deviennent si anxieux qu'ils laissent tomber. Moi-même, j'ai eu besoin d'en parler à des confrères. Je ruminais, je me demandais ce que j'aurais pu faire d'autre... C'est pourquoi il est si important d'agir en amont de la violence !"

Savoir qui entre dans le cabinet

Même si les solutions institutionnelles se font attendre (lire encadré), des mesures simples peuvent réduire les risques. "À mon cabinet, lorsque mes deux collègues féminines ont demandé l'installation d'une **porte électrique que nous ne déverrouillons qu'après identification du patient**, j'ai d'abord été un peu sceptique. Mais, aujourd'hui, j'admets que je suis content de savoir qui entre ! Parlophone, caméras, système de surveillance dans la salle d'attente, bouton d'alarme relié à une centrale... Autant d'investissements qui améliorent la sécurité de nos locaux professionnels et pour lesquels nous bénéficions de surcroît d'une déduction majorée. **Quant aux patients, ils sont assez conscients du problème pour ne pas se vexer.**"

Accompagnement d'un chauffeur

Pour les permanences, la formule des postes médicaux de garde, où le médecin n'est jamais seul, a fait la preuve de son efficacité. "Même si les subsides destinés à en créer de nouveaux ont été momentanément bloqués par la ministre de la Santé publique, la **combinaison infrastructure sécurisée et chauffeur accompagnant est la meilleure solution au problème de la garde**", affirme Thierry Van der Schueren. "Puisque l'Ordre des Médecins a toujours refusé de lever l'obligation inconditionnelle de déplacement en garde, le seul moyen de rassurer les médecins, même lorsqu'ils sont appelés dans des quartiers connus pour être peu sûrs, c'est de leur adjoindre un chauffeur. C'est pourquoi les honoraires de disponibilité prévus pour les médecins de garde sont en partie rétrocédés aux cercles, afin qu'ils organisent la garde dans cette optique."

Marie-Françoise Dispa

Des solutions à portée de main

Interrogée sur les mesures envisagées au sein de la Direction générale Sécurité et Prévention du SPF Intérieur pour améliorer la sécurité des médecins généralistes, le Dr Catherine Sucs, en charge de ce dossier, annonce qu'une brochure digitale sera disponible dès le printemps 2017 ("Une pratique médicale sûre"). Le médecin généraliste y trouvera non seulement des conseils généraux sur la prévention des conflits et les bonnes réactions en cas d'agressivité ou d'agression, mais aussi des mesures spécifiques pour les visites à domicile et la garde.



Paul De Munck (GBO)

Tiers payant généralisé et terminal de paiement

"En fait, il s'agit d'une actualisation de la brochure 'Sécurisation pour médecins' (www.securitedesmedecins.be), qui existe déjà depuis plusieurs années, remarque le **Dr Paul De Munck, président du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO)**. Nous y avons d'ailleurs participé, et je me félicite que les pouvoirs publics aient pris cette initiative, car la brochure donne d'excellentes pistes. Sas d'entrée, consultations sur rendez-vous, suppression des transactions financières en consultation – ce n'est pas pour rien que le GBO est un grand défenseur du tiers payant généralisé – recours à un terminal de paiement bancontact, établissement de certificats par voie électronique, permettant de faire opposition par la même voie s'il y a eu contrainte... Et aussi des formations à la gestion de la violence et de l'agressivité. **Mais, à elle seule, la brochure ne suffira pas, et il serait dommage d'en rester là !**"

Tri médical

Bien qu'il soit à l'ordre du jour depuis une dizaine

d'années, le problème de la sécurité des médecins généralistes est loin d'être résolu. "Ainsi, le **numéro d'appel 1733 'tri médical' n'est toujours pas opérationnel** dans l'ensemble du pays. Chaque fois que nous revenons à la charge, on nous oppose 'des problèmes de bâtiment, d'informatique et d'opérateurs' ! Pourtant, un numéro unique avec traçabilité des appels est indispensable !", rappelle Paul De Munck.

Jamais seul

Dans un but de sécurité, le GBO recommande également la pratique de groupe et, plus largement, tout ce qui peut éviter la solitude du médecin. "**En médecine générale, moins on est seul, mieux c'est !** Les policiers, les pompiers, ne sont jamais seuls. Alors, qu'on ne nous dise pas qu'un chauffeur pour chaque médecin de garde, ça coûte trop cher ! Si on veut que le médecin généraliste puisse assumer son rôle de garde, même dans des plages horaires ou des endroits plus dangereux, ou avec des patients plus à risque de passage à l'acte, il faut s'en donner les moyens."



Quelle aide pour les médecins en difficulté ?

Si les cordonniers sont les plus mal chaussés, les médecins seraient-ils les plus mal soignés ? Tout porte à le croire, car de l'aide, les médecins n'ont pas pour habitude d'en demander... Quant à leur santé mentale, c'est tout simplement un sujet tabou. Fort heureusement, des initiatives voient le jour pour venir en aide aux professionnels de la santé.

Bien qu'ils soient tabous, souvent niés par les médecins concernés et méconnus de leurs patients, les problèmes de santé mentale sont une réalité pour de très nombreux professionnels de la santé. Burnout, dépression, assuétudes... Les conséquences pour la santé des médecins peuvent être importantes, mais indirectement, la santé de leurs patients peut aussi être impactée. **Les pathologies de santé mentale entraînent en effet un plus grand risque d'erreur médicale ou de diagnostic non approprié, replongeant le médecin dans un état mental encore plus préoccupant.** Un cercle vicieux dont il est presque impossible de sortir sans aide.

Médecins de confiance

Et de l'aide, les médecins n'ont pas pour habitude d'en demander. À moins d'être atteint d'un cancer ou d'être victime d'une crise cardiaque, rares sont les médecins qui sont indisponibles "pour cause de maladie" et encore moins pour une maladie d'ordre psychique. C'est dans ce cadre qu'est née la pla-

teforme "Médecins en difficulté". Une initiative de l'Ordre des Médecins, mais dont la structure d'aide fonctionne de manière indépendante pour assister et soutenir les médecins qui souffrent de détresse psychique.

"Les appels qui entrent via notre call-center arrivent directement chez moi", explique **Koen Matton, chargé de mission pour la plate-forme Médecins en difficulté.** "Nous voyons ensemble s'il est nécessaire de mettre le médecin appelant en contact avec un médecin de confiance. Etonnamment, **sur la vingtaine d'appels reçus depuis 2 mois, seuls 20% ont fait la demande d'être mis en contact avec un médecin de confiance. Une simple discussion a suffi à rassurer ou aider le médecin.**"

Les médecins de confiance sélectionnés sont généralistes ou spécialistes, souvent familiarisés, sensibilisés ou particulièrement intéressés par la problématique des troubles psychiques. Il est prévu que chacun suive une formation en fonction de ses besoins.

“ La plate-forme “Médecins en difficulté” est une initiative de l'Ordre des Médecins, mais fonctionne de manière indépendante pour assister et soutenir les médecins en détresse psychique. ”

Changement de mentalité

La prévention et la sensibilisation font également partie des missions de la plate-forme "Médecins en difficulté". Ce sont d'ailleurs deux domaines où beaucoup de travail reste à faire. L'image du médecin sans failles ni faiblesses, qui preste un grand nombre d'heures, toujours disponible et à la pointe des connaissances est toujours bien ancrée tant chez les médecins, que les patients et les étudiants. "Le système se crée dès l'université selon la perception que les étudiants se font de la profession", souligne Koen Matton. "Quand ils commencent leur stage, ils travaillent de nombreuses heures et doivent encore terminer leurs travaux. Puis, lorsqu'ils deviennent assistants, ils craignent d'être mal vus s'ils ne travaillent pas plus que les autres. C'est pourquoi il est nécessaire d'aller vers une autre culture, une mentalité plus ouverte. Ce n'est bien sûr pas le genre d'évolution qui se fera en une année..."

D'autant plus que cette problématique n'est pas neuve, elle existe depuis plus de 100 ans. Des études démontrent en effet que, déjà en 1890, les problèmes



étaient les mêmes... Aujourd'hui se sont ajoutées **des connaissances et technologies toujours plus élaborées, des tâches administratives plus lourdes et des exigences toujours plus grandes de la part des patients**. "Ce que je crains c'est qu'on ne parvienne pas à atteindre toute une partie de la population des médecins, plus âgée, qui potentiellement pourrait être celle qui en a le plus besoin," ajoute Koen Matton. L'arrivée des femmes et des jeunes générations représente toutefois l'espoir de voir les choses évoluer vers un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée du médecin.



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

"On est plusieurs à avoir besoin d'aide, mais on n'osait pas appeler..."

Cette phrase, **Aude Boeyen** l'a déjà entendue plusieurs fois depuis la création, il y a un an et demi, de la Commission Professionnelle et Sociale (CP&S), une initiative du Conseil provincial de Bruxelles et du Brabant wallon de l'Ordre des Médecins. Cette structure est chargée d'aider les médecins à gérer leurs problèmes : professionnels, personnels, juridiques, administratifs, financiers...

Assistante sociale, formée notamment au coaching et à la médiation, Aude Boeyen est entourée d'un réseau de spécialistes afin de traiter chaque demande de manière adaptée. "Parmi les dossiers, on compte des problèmes financiers, des cas de harcèlement, des problèmes administratifs, des conflits interpersonnels... Nous n'octroyons aucune aide financière, mais un spécialiste financier peut informer un médecin par rapport à son bilan, par exemple. Nous recevons également des appels d'étudiants en médecine. Ils subissent une compétition énorme entre eux, ce qui provoque

beaucoup de stress et même du burnout. Dernièrement, j'ai reçu l'appel d'une étudiante qui avait à peine terminé ses études, mais avait déjà perdu le goût de la pratique de la médecine... Petit à petit, nous avons cherché ensemble comment l'aider à se reconstruire, à obtenir une aide financière et à réorienter sa carrière. Nous avons également **aidé un médecin généraliste hyper investi qui travaillait de 6h du matin à 22h et recevait plusieurs centaines d'appels par jour...** De manière pratique, il a mis en place une charte dans son cabinet avec ses propres règles de fonctionnement, une déviation sur son téléphone à partir d'une certaine heure, il a pris une secrétaire. Si derrière chaque médecin se trouve un vécu, une histoire différente, ils sont nombreux à ressentir une certaine honte à demander de l'aide, alors que ça ne change en rien au fait qu'ils soient très compétents dans leur domaine. Par contre, une fois qu'ils ont franchi le pas, ils ne le regrettent pas."

Les soignants, “secondes victimes” de leurs erreurs

Personne n'est à l'abri d'une erreur professionnelle, même pas un médecin. À côté du drame personnel vécu par le patient et sa famille, les professionnels de la santé, eux aussi, peuvent être ébranlés psychologiquement. Culpabilité, sentiment d'impuissance, peur d'être considéré comme incompetent... Ils sont les “secondes victimes” de leur erreur médicale.



Kris Vanhaecht

Selon une étude effectuée en Belgique, 1 professionnel de la santé sur 10 a été confronté à un incident médical dans les 6 derniers mois. La littérature internationale mentionne quant à elle qu'1 soignant sur 2 est confronté à une erreur médicale au cours de sa carrière. “Ce qui nous permet de conclure que ce chiffre de 50% est probablement sous-estimé et qu'un plus grand nombre de personnes sont concernées”, précise Kris Vanhaecht, Professeur et coordinateur de recherche à l'institut de santé publique de Louvain. “En effet, lorsqu'on en parle ouvertement avec des médecins ou des infirmières, ils confirment que tout le monde est un jour confronté à une erreur médicale, sans qu'elle implique pour autant des dommages pour le patient.”

Pas seulement une victime

En cas d'incident médical, le patient et sa famille doivent bien entendu être placés au centre de toutes les préoccupations. Ce sont les premières victimes de la situation. Toutefois, on considère également que le médecin ou soignant directement impliqué dans l'incident est lui aussi une victime et peut également subir un traumatisme. C'est ce qu'on appelle la seconde victime (‘second victim’). “On distingue généralement les symptômes professionnels et les symptômes personnels”, précise le Professeur Vanhaecht. “A l'intérieur de l'équipe

médicale, le soignant impliqué se sent mal à l'aise et commence à avoir des doutes sur ses connaissances, ses compétences. Et ce que l'on constate, c'est que **lorsqu'un soignant commence à avoir de tels doutes, la probabilité qu'il commette une nouvelle erreur augmente**. C'est donc un cercle vicieux. Au niveau personnel, les secondes victimes souffrent de symptômes similaires à ceux du syndrome de stress post-traumatique : insomnies, flashbacks,... ce qui peut mener à la dépression, voire même au suicide.” L'incident peut également avoir des conséquences négatives sur la réputation de l'organisation, de l'hôpital ou encore entraîner des pertes financières faisant de la direction médicale une troisième victime (‘third victim’).

Discussion ouverte avec le patient

Traditionnellement en Belgique, en cas d'erreur médicale, le médecin ou le soignant est plutôt

encouragé à garder le silence, à faire profil bas et à contacter son assurance au plus vite afin qu'elle gère le problème... “Pour l'instant, les patients ne reçoivent presque aucune information. Il faut dire que tout n'est pas clair d'un point de vue juridique pour les soignants... Dans ce domaine, il y a encore du pain sur la planche. C'est pourquoi nous avons mis au point des formations pour les hôpitaux qui traitent notamment de la communication des renseignements vers le patient et de l'établissement d'un système de soutien par les pairs.” Mais comment réagir lorsqu'on est impliqué dans un incident médical ? “La première action, et la plus importante, c'est d'en parler”, insiste le Professeur Vanhaecht. “La problématique des secondes victimes est bien connue du monde médical, mais elle est taboue. Et pourtant, il s'agit d'une réaction tout à fait normale à une situation anormale.”

 **Nathalie Renna**
nathalie.renna@mloz.be

Comment réagir en cas d'incident médical ?

- Informez-en vos collègues et parlez-en avec eux. Veillez également à ce que le patient et sa famille reçoivent le soutien dont ils ont besoin.
- Occupez-vous de vous. Parlez avec une personne de confiance de ce qui s'est passé et de ce que vous ressentez. Dites-vous que ce que vous ressentez (angoisse, doutes, insomnies,...) est tout à fait normal et humain.
- Si ces symptômes persistent, demandez de l'aide. Tous les hôpitaux disposent en principe d'un service de soutien psychologique.
- Avec votre équipe, cherchez à comprendre comment un tel incident a pu arriver. Réfléchissez ensemble à la manière d'en parler au patient ou à la famille.

Traçabilité des implants : encore un peu de patience...

Il était prévu qu'un nouveau système de traçabilité des implants soit opérationnel et obligatoire pour l'ensemble des hôpitaux en 2016, mais la mise en place d'un standard international a quelque peu modifié le calendrier... Résultat : il faudra encore attendre pour la mise en place concrète de la traçabilité des implants et pour que les patients qui le souhaitent reçoivent la carte implant.

Un nouveau système de traçabilité des implants a été testé avec succès lors d'une phase pilote d'un an auprès d'un panel d'hôpitaux qui ont expérimenté les éventuelles imperfections concernant la collecte des données. Dans un premier temps, cette traçabilité devait concerner les prothèses de hanche et de genou, les tuteurs coronaires, les pacemakers, les valves cardiaques, les défibrillateurs, les endoprothèses, les cœurs artificiels, les prothèses de disque, les prothèses de cheville, les moniteurs cardiaques, les implants cochléaires et mammaires.

Mais avant que ce système ne soit mis en œuvre, il a été décidé d'attendre la mise en place effective du standard international UDI ('Unique Device Identification') qui identifie chaque implant grâce à un code unique international. Cette codification est déjà utilisée dans certains pays... mais pas encore chez nous. Alors que la Belgique avait été particulièrement active et pionnière au niveau européen après le scandale des prothèses mammaires, attendre de passer au standard UDI retarde l'implémentation uniforme et obligatoire dans notre pays d'un système de

traçabilité du fabricant au patient. Pour healthdata.be, le site internet belge qui centralise les collectes de données, il s'agit d'une décision politique rationnelle qui facilitera l'organisation de la plateforme.

Standardisation et documentation à jour

Le standard UDI représente une (r)évolution dans la traçabilité des implants. Ce code unique va permettre de surveiller le marché (pas seulement belge) par une identification univoque des produits, mais aussi de mettre en œuvre des actions correctives en cas d'incidents (dont les rappels de produit), de mieux gérer des stocks et la sécurité des approvisionnements ou encore, de combattre la contrefaçon. Ce standard permet l'utilisation d'un réseau interconnecté de bases de données interopérables avec un registre mondial tel que GDSN (Global Data Synchronisation Network). Les entreprises du monde entier peuvent ainsi échanger des données avec leurs partenaires commerciaux à l'aide d'une classification de produits standardisée. Il est intéressant de mentionner que la standar-

disation et l'approvisionnement permanent de la documentation liée aux implants sont les points forts de ce système. Healthdata.be a tout intérêt à utiliser directement ce système afin d'éviter un changement après 3 ans parce qu'un nouveau standard est adopté. Il s'agit d'une décision cohérente qui, à terme, économisera beaucoup de temps, d'énergie, de ressources humaines et financières tant pour l'industrie que pour l'administration et les pharmaciens hospitaliers. Dans un contexte général de simplification administrative, cela mérite d'être souligné.

Le public, les médias et le monde politique avaient en effet été ébranlés par la tempête causée par l'affaire des prothèses mammaires défectueuses. Hélas, actuellement, nous n'avons plus de calendrier très clair sur l'implémentation effective du nouveau système. C'est dommage, car la population est en droit d'attendre le respect des engagements pris autour de la traçabilité des implants et de la carte implant pour le patient.



Rudy Van Tienen

rudy.vantielen@mloz.be



Art et handicap : une alliance magique

Interrogé sur les rapports entre l'art et le handicap, le réalisateur français Marcel Julian avait répondu que, dans l'art plus qu'ailleurs, le handicap pouvait constituer une chance. Car, "dans le domaine très vaste de la création, il n'y a justement que la différence qui compte". Une différence qui se donne libre cours à Bruxelles, dans les ateliers créatifs du Créahm. Trois artistes ont accepté de témoigner de ce que l'art fait pour eux et de ce qu'ils font pour l'art.

Virginie : "L'art me permet d'exprimer ce que j'ai dans la tête..."

À 36 ans, Virginie est une véritable femme-orchestre. Danseuse, comédienne, elle a joué dans le film *Les Poissons Marteaux*, avec Michèle Bernier. Artiste de cirque, elle s'est distinguée dans *Complicités*, spectacle où elle faisait du cerceau aérien et de la boule d'équilibre. Elle joue aussi de la batterie, chante dans une chorale, fait des claquettes, écrit des poèmes et se consacre avec passion au dessin et à la peinture !

"Je suis trisomique"

"Je suis curieuse de tout, et c'est grâce à ma maman", affirme la jeune femme, qui précise en souriant "Je suis trisomique". "Depuis que je suis toute petite, elle m'a encouragée à m'épanouir par tous les moyens possibles. Chaque fois que j'avais envie de découvrir une activité artistique, elle me trouvait un stage ou un atelier." Résultat : pour Virginie, l'art et la vie se confondent. À la fois pratique et rêveuse, sensible et jusqu'aboutiste, cette fan de l'Égypte et de Harry Potter **convertit volontiers ses idées en mots et en images**. Dans ses dessins, au milieu de ses animaux favoris, dont le hibou, le chat et le chien de prairie

et aussi d'étranges girafes aux yeux tragiques, elle aime s'évoquer elle-même, dans des couleurs, des vêtements et des chapeaux différents, avec de brefs commentaires griffonnés, comme 'Tout le monde me regarde. Je suis belle'.

"Les enfants et moi, nous pourrions nous comprendre..."

Malgré le décès de ses parents, Virginie reste positive. "Depuis 2005, j'habite au Chaînon (hébergement de type familial pour des jeunes femmes en situation de handicap physique ou mental léger, mais autonomes dans les actes de la vie quotidienne). Ma maman a tout arrangé pour quand elle ne serait plus là. Elle me manque beaucoup. Mais, quand je me sens trop triste, je fais des mandalas : ça m'apaise..." Le week-end, elle rejoint Philippe, son fiancé, qui partage ses rêves de voyages lointains et son amour de la musique. **Ses projets d'avenir ? "Illustrer des livres pour enfants**. L'art me permet d'exprimer ce que j'ai dans la tête. Et je crois que les enfants et moi, nous pourrions nous comprendre."

Danièle : “J’ai demandé de pouvoir venir toute la journée...”

À 64 ans, Danièle vit en toute indépendance dans une petite maison qu’elle loue au Centre d’hébergement pour handicapés adultes Les Bolets, à Watermael-Boitsfort. Jusqu’il y a peu, l’art ne tenait que peu de place dans sa vie. Elle avait depuis longtemps cessé de jouer du piano et les quelques airs de flûte appris dans le centre de jour qu’elle fréquentait ne suffisaient pas à la combler. “En septembre dernier, je me suis inscrite au Créahm, une demi-journée par semaine.

Les moniteurs m’ont proposé de dessiner et de peindre et j’ai découvert que j’adorais ça. D’ailleurs, j’ai déjà demandé de pouvoir venir toute la journée le mercredi, parce que je n’ai pas envie d’arrêter...” Portraits, paysages, nus, œuvres non figuratives constellées de mini-tourbillons noirs... L’influence de sa maman, aujourd’hui décédée, se fait-elle sentir ? “Ma mère peignait à l’huile et à l’aquarelle. J’ai gardé tous ses tableaux. Elle avait appris ces techniques dans une école, et elle me les aurait sûrement enseignées si j’avais voulu, mais, à l’époque ça ne me disait rien... Je n’aurais jamais cru que ça me prendrait comme ça, sur le tard !” L’inspiration, elle



Danièle avec un de ses tableaux

la cherche dans des revues, dans la vie, dans sa tête... “Même quand je ne peins pas, je pense à ce que je vais peindre, et ça me rend heureuse...” Un bonheur apparemment partagé par les visiteurs de la dernière exposition collective organisée par le Créahm. “**J’ai vendu 4 tableaux. Je n’en suis pas encore revenue !** Je n’aurais jamais cru que quelqu’un s’intéresserait suffisamment à une de mes œuvres pour avoir envie de l’acheter. Alors 4 ! Ça me fait plaisir...”

Philippe : “Ça m’apporte beaucoup !”

Petit homme doux et discret, qui a d’énormes difficultés à s’exprimer, Philippe accepte cependant sans hésiter de parler – ou plutôt d’essayer de parler - de ses dessins. **Des dessins joyeux, éclatants de couleurs où dominent l’orange et le rose.** Il a appris le dessin et la peinture quand il était jeune – “il y a très longtemps”, précise-t-il, avec une lueur d’humour dans le regard. Mais, aux pinceaux, il préfère les feutres, qui lui permettent un travail plus précis. Il en

possède d’ailleurs une superbe boîte à deux niveaux, dont il fait un usage aussi inventif qu’attrayant. Les bateaux, plus spécialement les péniches, sont un de ses sujets favoris. Il les aménage selon sa fantaisie, installant une baignoire sur le pont ou un être mi-singe mi-homme à la proue. A-t-il déjà voyagé sur des péniches ? Il répond par l’affirmative, insistant tant bien que mal sur le bonheur que lui procurent les couleurs. “Ça m’apporte beaucoup, vous savez...”



Marie-Françoise Dispa

Le Créahm, c’est quoi ?

Le Créahm-Bruxelles (Créativité et handicap mental) est un projet socio-artistique et citoyen, qui mise sur l’alliance magique entre l’art et le handicap. **L’asbl a pour but la reconnaissance des personnes handicapées mentales comme artistes et acteurs à part entière de la vie culturelle.** Le Créahm ne se contente pas de proposer des

ateliers d’arts plastiques, de musique, de danse, de théâtre ou de cirque : **il tient aussi à diffuser ses productions artistiques dans le circuit professionnel (théâtres, galeries d’art, événements culturels...)**



www.creahm-bruxelles.be
www.facebook.com/creahm.bruxelles

Prescriptions de médicaments bon marché : peut mieux faire

En 2012, le gouvernement a pris diverses mesures pour encourager la prescription de médicaments bon marché. L'analyse des Mutualités Libres montre que des progrès ont bien été enregistrés dans notre pays, mais encore largement insuffisants par rapport à nos voisins. Si les médicaments de marque avec alternative étaient substitués par des copies ou des génériques, l'économie potentielle serait de 150 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Plusieurs pays ont pris des mesures pour encourager l'utilisation de médicaments génériques et promouvoir la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) : recommandations, quotas minimum, prescription en DCI à l'initiation de traitements chroniques ou substitution obligatoire. **En Belgique, le nombre de prescriptions en DCI et l'utilisation de médicaments bon marché sont cependant encore faibles, en comparaison avec d'autres pays.** En 2012, dans le cadre des mesures budgétaires, le gouvernement a pris un certain nombre de mesures pour stimuler l'utilisation de médicaments bon marché. Lors d'une prescription en DCI, un remboursement n'est ainsi prévu que si le pharmacien délivre un médicament appartenant au groupe des médicaments les moins chers. Cette règle est aussi automatiquement appliquée pour certains médicaments (antibiotiques, antimycotiques), sauf en cas de circonstances exceptionnelles. Comment ces mesures ont-elles influencé le comportement de prescription ?

Dans cette étude, nous avons analysé l'évolution du comportement de prescription en matière de médicaments bon marché et estimé les économies potentielles pouvant être dégagées en cas de substitution des médicaments de marque par des médicaments génériques ou copies, sur base des données de facturation.

Prescriptions en DCI

Entre 2008 et 2015, le volume total de médicaments a augmenté à un rythme annuel moyen de 3,7% (graphique 1). Pendant la même période, la **prescription en DCI est passée de 3,6% à 9%** (mesurée en DDD - Defined Daily Dose). Mais bien que l'évolution soit importante, la prescription en DCI reste encore très faible comparée à celle des pays voisins : plus de 80% au Royaume-Uni, 35% en Allemagne. En France et en Italie, la prescription en DCI est à présent une obligation. Ceci ne signifie cependant pas automatiquement la délivrance d'un

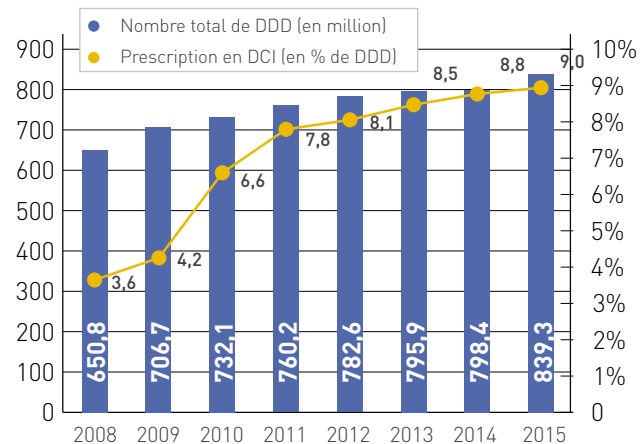
générique : le pharmacien exécute la prescription en choisissant le médicament, en tenant compte des besoins du patient sur le plan de la continuité du traitement, du prix et de la disponibilité.

Part des médicaments génériques et originaux

L'étude montre une **hausse significative de la proportion de prescriptions de médicaments génériques ou copies entre 2008 et 2015**. En 2015, ils représentaient 30% de l'ensemble des prescriptions exprimées en DDD. La part des génériques reste cependant toujours très faible comparée à la plupart des pays voisins : 83% au Royaume-Uni, 80% en Allemagne, 70% aux Pays-Bas (OCDE, 2015). Par contre, en ce qui concerne les médicaments de marque, tant les originaux ayant une alternative générique ou copie (dit "référents") que ceux sans alternative (dits "originaux") ont vu leur proportion diminuer tout au long de la période étudiée.

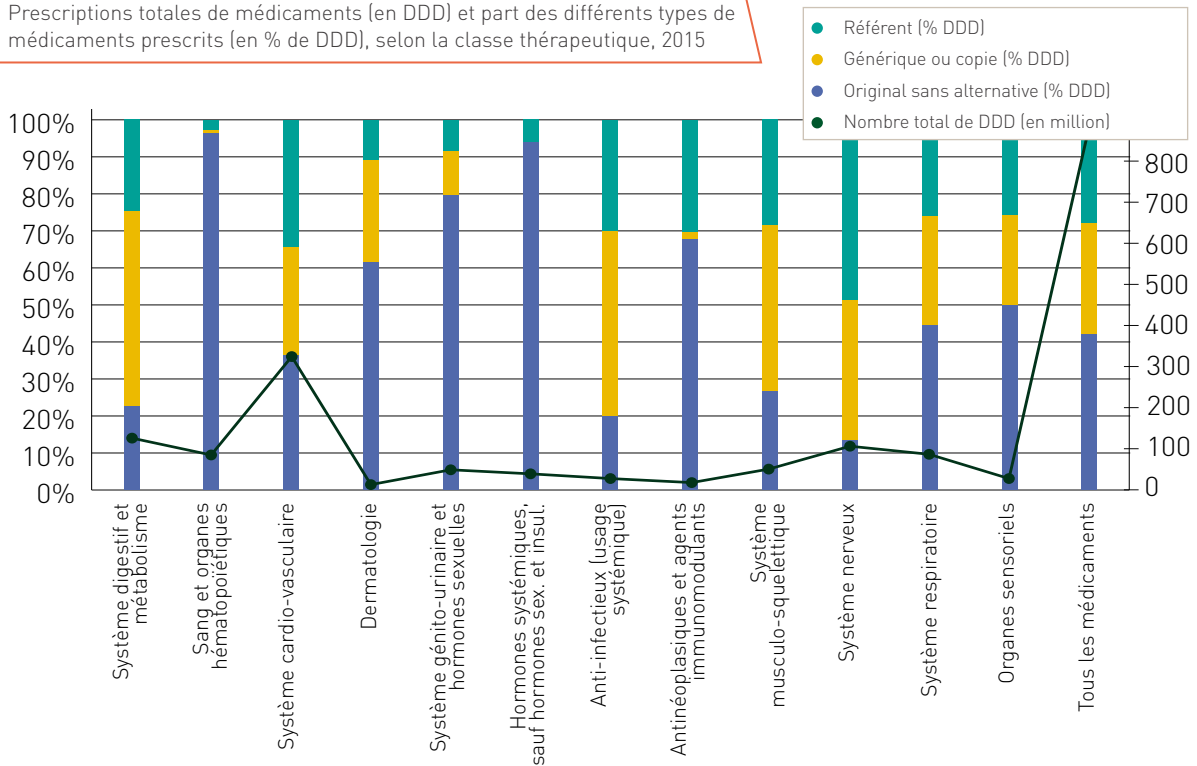
Graphique 1

Evolution des prescriptions totales de médicaments (en DDD) et des prescriptions en DCI (en % de DDD), 2008-2015



Graphique 2

Prescriptions totales de médicaments (en DDD) et part des différents types de médicaments prescrits (en % de DDD), selon la classe thérapeutique, 2015



Médicaments les plus prescrits

En 2015, les médicaments les plus prescrits sont ceux qui agissent sur le système cardio-vasculaire (308 millions de DDD sur un total de 839 millions, soit 37%), le système digestif et métabolisme (14%) et le système nerveux (12%) (graphique 2).

Les médicaments génériques ou copies sont plus souvent prescrits parmi les anti-infectieux à usage systémique (50% pour l'ensemble du groupe), les médicaments agissant sur le système digestif et métabolisme (53%), le système musculo-squelettique (45%) et le système nerveux (38%). A l'inverse, la prescription de génériques ou copies est plus faible dans les groupes de médicaments pour lesquels les alternatives aux originaux sont plus limitées : médicaments agissant sur le sang et les organes hématopoïétiques, le système génito-urinaire, les hormones sexuelles et systémiques, les antinéoplasiques et les immunomodulateurs.

La prescription de médicaments originaux alors qu'il existe une alternative sur le marché reste une pratique courante en Belgique. C'est le cas des médicaments agissant sur le système nerveux (1 prescription sur 2) et le système cardio-vasculaire (1 prescription sur 3). Dans la plupart des autres groupes de médicaments pour lesquels de nombreuses alternatives existent, la prescription de médicaments originaux sur le marché représente 1 cas sur 4.

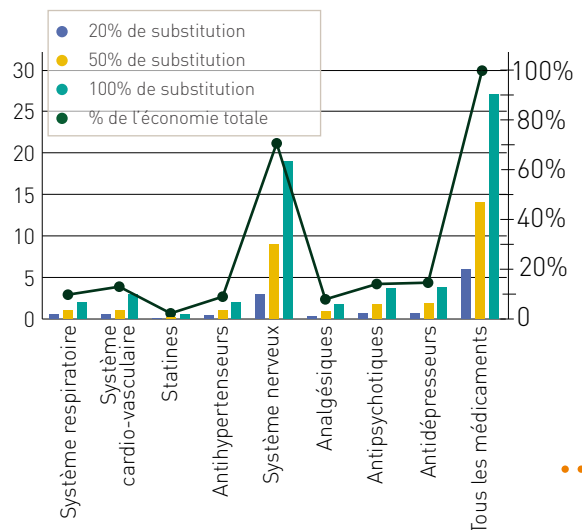
Ce constat montre qu'il y a des efforts à faire pour stimuler la prescription de génériques ou copies, même si ces médicaments ne sont pas par définition moins chers que les référents (ceux-ci pouvant diminuer leur prix au niveau du moins cher).

Médicaments "les moins chers"

L'étude montre une évolution positive de la proportion de délivrances de médicaments "les moins chers" (exprimées en DDD), tels que définis par l'INAMI. **En 2015, 8 médicaments délivrés sur 10 appartenaient aux médicaments "les moins chers"**. La hausse de la proportion de médicaments les moins chers a été observée pour pratiquement chaque classe thérapeutique. Cependant, la plus forte augmentation concerne les médicaments agissant sur les organes sensoriels (allant de 60% à 89% entre 2012 et 2015, lié principalement à la progression des médicaments génériques pour les gouttes ophtalmiques), les statines (de 52% à 77%) et les médicaments agissant sur le système respiratoire (de 75% à 87%).

Graphique 3

Economies potentielles en cas de substitution des référents par des génériques, selon la classe thérapeutique, 2015



Si l'on regarde les médicaments les plus prescrits (en DDD), nous constatons une légère hausse de la proportion de délivrances de médicaments "les moins chers" parmi les médicaments agissant sur le système cardio-vasculaire (de 61% à 68%) et le système digestif et métabolisme (de 93% à 94%), alors que pour les médicaments agissant sur le système nerveux (antidépresseurs...), nous assistons à une baisse de la proportion des médicaments "les moins chers" (de 82% à 76%). La délivrance de médicaments "les moins chers" est moins fréquente parmi les médicaments du système cardio-vasculaire.

Economie potentielle

Le graphique 3 calcule l'économie qui aurait pu être dégagée pour l'assurance maladie si les médicaments originaux pour lesquels il existe une alternative étaient substitués par des génériques ou des copies (en 2015). Plusieurs scénarios ont été réalisés pour évaluer l'économie annuelle potentielle sachant que les génériques/copies peuvent être moins chers que les originaux pour lesquels il existe une alternative. Seul l'effet prix est calculé en supposant le volume total des médicaments déli-

vrés inchangé (exprimé en DDD). Dans le graphique, nous n'avons repris que les classes thérapeutiques pour lesquelles les économies potentielles sont les plus importantes, à savoir les médicaments des systèmes respiratoire, cardio-vasculaire et nerveux.

Comme nous pouvons le constater, **l'économie annuelle potentielle totale aurait été de 27,4 millions en cas de substitution totale des originaux par des génériques/copies** sur base des données des Mutualités Libres. En extrapolant ce chiffre au niveau national, nous arrivons à une **économie annuelle pour l'assurance maladie de 150 millions d'euros**. 71% de cette économie potentielle proviendraient des médicaments agissant sur le système nerveux (essentiellement les antidépresseurs et antipsychotiques), 12% des médicaments agissant sur le système cardio-vasculaire (essentiellement les antihypertenseurs) et 9% des médicaments agissant sur le système respiratoire. A eux seuls, ces trois groupes de médicaments représenteraient plus de 90% de l'économie potentielle totale.

Güngör Karakaya, Claire Huyghebaert & Evelyn Macken
Service Etudes et Représentation des Mutualités Libres

L'opinion des Mutualités Libres

Encourager les prescriptions bon marché

- **La part des médicaments prescrits en DCI augmente en Belgique, mais elle est encore très faible par rapport aux pays voisins.** Ceci est en partie lié à l'attitude de certains médecins par rapport à la prescription en DCI : ils s'interrogent sur la continuité du traitement et les conséquences possibles sur la sécurité. Consulter et informer les différentes parties (médecin, pharmacien et patient) est donc important. D'autres mesures ont démontré leur efficacité à l'étranger, comme par exemple **l'utilisation de systèmes électroniques facilitant la prescription en génériques ou en DCI**, ou imposer un pourcentage minimum obligatoire de DCI. Pour assurer la continuité du traitement, les pharmaciens peuvent, lors de la délivrance d'un médicament prescrit en DCI, **tenir compte des préférences du patient**, de l'utilisation précédente d'un même médicament, d'éventuelles allergies... La prescription en DCI peut aussi avoir d'autres avantages comme une meilleure connaissance du traitement par le patient, ce qui peut aider à éviter une double médication.
- **Le pourcentage de médicaments bon marché augmente aussi, mais reste toujours inférieur à ce qui est observé dans d'autres pays.** Des améliorations sont également possibles à ce

niveau. L'utilisation et la prescription de génériques doivent certainement être encouragées. **Les médecins pourraient ainsi davantage être incités à initier un traitement chronique par un médicament bon marché**, le pourcentage de prescriptions bon marché pourrait être augmenté, ou **la substitution par le pharmacien devrait pouvoir être permise pour certaines classes**, comme c'est actuellement le cas pour les antibiotiques et les antimycotiques. Pour 2017, une augmentation du pourcentage de prescription bon marché a été fixée pour les médecins généralistes : ce pourcentage est porté à **60%** (à la place de 50%).

- Le pharmacien a un rôle à jouer en **informant correctement le patient sur le coût de son traitement et sur les possibles alternatives meilleur marché**. Il contribue ainsi à la viabilité financière du système. (Pour plus d'infos sur le rôle du pharmacien, participez au débat des Mutualités Libres "La parole aux pharmaciens" (page 24).)
- Enfin, pour stimuler les médicaments bon marché, les Mutualités Libres proposent sur leur site internet un **outil permettant de calculer rapidement le coût d'un médicament (www.mloz.be - produits meilleur marché)**.

3 jours de formation pour les mutualités africaines

Les mutualités au Bénin et au Togo éprouvent des difficultés à conserver leurs membres et à en attirer de nouveaux. Même avec une campagne de recrutement adaptée à leur public cible et une meilleure utilisation de leurs données, elles ne parviennent pas à convaincre de leurs atouts. Pour les épauler, les Mutualités Libres ont organisé une formation de 3 jours pour les représentants des mutualités de ces pays.

Une bonne connaissance des aspects techniques, juridiques et financiers du monde mutualiste est essentielle au développement des mutualités africaines. C'est la raison pour laquelle, avec l'aide de l'ONG Louvain Coopération et de l'Université de Versailles, les Mutualités Libres ont organisé une formation de 3 jours pour les représentants des mutualités du Togo et du Bénin dans le cadre du Programme MASMUT. "La formation s'adressait aux représentants des mutualités du Togo et du Bénin, mais aussi des Unions et des plateformes nationales. Ce sont les instances qui représentent les intérêts des mutualités vis-à-vis des autorités", explique **Christian Horemans, expert Affaires internationales des Mutualités Libres**. "En comptant les différents orateurs, il y avait 55 participants. Ils

étaient très enthousiastes et nous avons reçu de nombreuses réactions positives".

Quels sujets ?

Pendant trois jours, les "mutualistes" africains ont discuté de sujets tels que **la gestion financière et le cadre juridique des mutualités, le rôle des Unions, la qualité des soins, l'utilisation des données et le marketing social**. "Ce dernier point s'est avéré très intéressant, car les mutualités du Bénin et Togo éprouvent des difficultés à conserver leurs membres et à en convaincre de nouveaux", ajoute Christian Horemans. "Lors de cette formation, les participants ont appris **comment organiser une campagne de recrutement adaptée à leur public cible**. Il a aussi été question d'un meilleur calendrier pour l'affiliation et la période

de couverture. Tout le monde est d'accord sur le fait qu'il est temps de revoir l'entièreté du système."

Journée spéciale pour les fonctionnaires

La formation pour les représentants des mutualités était suivie d'une journée d'information supplémentaire pour les fonctionnaires togolais. Cette journée s'est révélée particulièrement enrichissante. "Nous avons remarqué que les ministères togolais ne connaissent pas suffisamment le monde mutualiste. Et ce, alors que les mutualités font pression sur les autorités pour leur intégration dans la protection sociale. Plus les fonctionnaires en savent, mieux c'est !", conclut Christian Horemans.

Steven Vervaeet
steven.vervaeet@mloz.be

"Il faut à présent appliquer ce qu'on a appris sur le terrain"

Les participants à la formation étaient très satisfaits des nombreuses discussions et des échanges d'informations lors de ces trois jours. Ils avaient également conscience que les mesures et actions discutées ne pouvaient pas rester lettre morte. "Nous veillerons à ce que nos mutualités et Unions mettent en pratique les principales recommandations théoriques. Nous pouvons également compter sur l'accompagnement de Louvain Coopération et des ONG locales", explique Koto-Yerima Aboubakar, président de la plateforme nationale des mutualités au Bénin.

Tous les participants ont reçu un syllabus de 140 pages, une clé USB comprenant tous les documents et un certificat de l'Université de Versailles. "Toute la formation s'est bien déroulée. J'ai pu parfaire mes connaissances du monde mutualiste lors de discussions avec différents acteurs sur le terrain. J'espère qu'il y aura une suite pour développer davantage l'évolution des mutualités africaines", conclut Jean de la Croix Yangnenam, secrétaire-général de la plateforme nationale des mutualités togolaises.



Lieven Zwaenepoel



Les pharmaciens ont la parole aux Mutualités Libres

Après le succès du premier débat consacré aux sages-femmes, les Mutualités Libres donnent à nouveau la parole aux prestataires de soins ! Cette fois, ce sont les pharmaciens qui s'exprimeront sur ce qui peut être amélioré et de quelle manière. L'image du pharmacien "distributeur de pilules" est en effet révolue et a laissé la place à celle d'une personne de contact très accessible pour les patients.

Demander un peu plus d'informations sur un médicament spécifique, se renseigner sur les précautions d'emploi... Le pharmacien d'aujourd'hui n'est plus un simple fournisseur de pilules, mais un prestataire de soins à part entière, à qui demander conseil à tout moment et sans rendez-vous. Il est donc l'un des professionnels de la santé les plus accessibles. L'évolution de sa profession constitue une opportunité idéale pour lancer la 2^e édition de la série de débats "Les professionnels de la santé ont la parole", organisée par les Mutualités Libres.

Vers des soins pharmaceutiques

"Les soins pharmaceutiques gagnent en importance", précise Lieven Zwaenepoel, président de l'Association Pharmaceutique Belge (APB). "Nous savons que certains patients ne prennent pas toujours leurs médicaments correctement. Si les malades chroniques avaient un pharmacien qui contrôle de manière proactive leur médication et la corrige si nécessaire, ce serait une bonne chose, tant pour leur santé que pour leur portefeuille. Le pharmacien peut en effet vérifier si les patients peuvent

prendre en même temps différents médicaments prescrits par plusieurs médecins. Nous pouvons également veiller à l'adhérence au traitement, éviter la double médication, etc. Les pharmaciens d'officine sont très bien placés pour s'occuper de cette tâche."


Collaborer intensivement

Les soins pharmaceutiques impliquent de nouveaux rôles dans l'exercice de la profession de pharmacien. Un débat avec les prestataires de soins et les travailleurs sociaux, à tous les niveaux de pouvoir, permettrait donc de déterminer les actions à mener dès aujourd'hui. Le pharmacien est en effet un prestataire essentiel, qui collabore intensivement avec d'autres professionnels des soins de santé. Il n'est pas rare qu'un pharmacien appelle un médecin généraliste ou une infirmière au

sujet d'un patient ou se rende au domicile de patients plus âgés ne pouvant plus se déplacer.

Une rémunération pour le service fourni

Le pharmacien d'aujourd'hui travaille davantage, mais pour la même rémunération, un honoraire par dose délivrée. Toutefois, rien n'est prévu pour les services tels que la sensibilisation et la prévention, l'échange de données et la collaboration avec d'autres prestataires de soins. Les pharmaciens demandent dès lors à obtenir la garantie qu'ils ne perdront pas de salaire tout en étant payés pour le travail fourni. Une situation qui constitue un grand défi pour les différentes autorités.

 **Lies Dobbelaere**
lies.dobbelaere@mloz.be

Où et quand ?

Le débat "Les pharmaciens ont la parole" se déroulera le jeudi 30 mars à partir de 10 h dans les bâtiments de l'Union Nationale des Mutualités Libres : Rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles. Inscrivez-vous vite !



Toutes les informations pratiques sur www.mloz.be



Notre étude sur l'épilepsie en quelques chiffres

Les Mutualités Libres publient plusieurs fois par an des études et analyses sur la consommation de soins de santé. Objectif : suivre l'évolution du secteur, ainsi que son impact sur le système des soins de santé, les prestataires de soins et le patient. Voici quelques chiffres marquants de notre étude sur l'épilepsie.

1%

... des Belges souffrent d'épilepsie. Cette prévalence est 2 fois plus élevée chez les patients de plus de 65 ans que chez les plus jeunes. Entre 2010 et 2014, le rythme de croissance de la population épileptique a été 7 fois plus important que celui de la population totale.

1 épileptique sur 3...



... a eu recours aux services d'urgence d'un hôpital et ce, en moyenne 1,8 fois en 2014. A titre de comparaison : c'est 2 fois plus que nos affiliés qui ne souffrent pas d'épilepsie.

Quelles comorbidités ?

7 épileptiques sur 10 souffrent d'au moins une autre maladie chronique, en plus de leur épilepsie. C'est 2 fois plus que pour les autres maladies chroniques. Les principales comorbidités sont l'**hypertension** (4 épileptiques sur 10), la **dépression** (3 sur 10) et la **psychose** (1 sur 10).

9.992 euros



Les dépenses en soins de santé des personnes souffrant d'épilepsie sont nettement supérieures à celles de la population générale. En 2014, les frais de santé remboursés d'un patient épileptique étaient de 9.992

euros (moyenne), soit **5 fois plus que le coût moyen de l'ensemble des membres des Mutualités Libres (1.951 euros)**. Les dépenses totales en soins de santé des épileptiques représentent également 5% de l'ensemble des dépenses en soins de santé, alors que les épileptiques ne représentent que 1% de la population générale.

28%



... des dépenses en soins de santé des épileptiques à charge de l'assurance obligatoire se composent des **frais de séjour à l'hôpital**. Les autres principaux postes de

dépenses sont les médicaments délivrés par les pharmacies (11 %), les frais de séjour en maisons de repos et de soins et maisons de repos pour personnes âgées (9 %), les honoraires des infirmiers (7 %) et les consultations, visites et avis du médecin (4 %).



Découvrez toutes nos études sur www.mloz.be !

Par Steven Vervaeet - steven.vervaeet@mloz.be

Livre

Sophrologie et adolescence

Pour les adolescents, la vie est pleine de rebondissements, parfois recherchés, parfois subis. Une période de la vie marquée par des transformations physiques, psychiques et psychologiques. La sophrologie peut aider les ados à retrouver leur équilibre au quotidien et leur offre des outils pour construire leur identité ou s'affirmer. Ce manuel propose des clés pour pratiquer une sophrologie adaptée aux adolescents et à ce qu'ils ressentent. Illustré de nombreux exemples, il décrit étape après étape, des déroulés de séance. A destination des ados et de leurs parents.



“Sophrologie et adolescence” - Manuel pratique, Catherine Aliotta, InterEditions

Site web

“C’est ma vie ! Je la choisis”

Toute personne handicapée a la liberté de faire ses propres choix. Ce droit a permis l'élaboration d'un outil web d'aide à la décision pour les personnes atteintes de trisomie 21. Le site est composé de différents modules de questions/



réponses destinés à aider les utilisateurs à construire leur projet de vie. Divers livrets sont aussi disponibles à destination des professionnels, des familles et proches des personnes handicapées. Ils proposent des témoignages de personnes porteuses de trisomie 21 et de leurs familles, une synthèse des connaissances du domaine de l'autodétermination ou encore une présentation des technologies de soutien existantes.

www.monprojetdevie.trisomie21-france.org
Livrets disponibles gratuitement en ligne via le site www.firah.org/centre-ressources

Guide

La littératie en santé

Renforcer les capacités des personnes à s'approprier des informations liées à la santé et leur transmettre les façons de les appliquer en tenant compte de leur contexte de vie. Tel est l'enjeu de la littératie en santé. Pour que ce concept n'en reste pas un et passe à la pratique, l'asbl Culture & Santé a élaboré un guide d'animation à destination des professionnels, des acteurs institutionnels ou encore des politiques. L'objectif est de donner des repères pour savoir comment soutenir les personnes dans la prise de décisions de santé éclairées, comment mettre en place un accès optimal à l'information ou savoir lever les freins à l'application des informations transmises. Le guide se base sur un travail de recherche de deux ans et est illustré d'exemples concrets et de schémas.

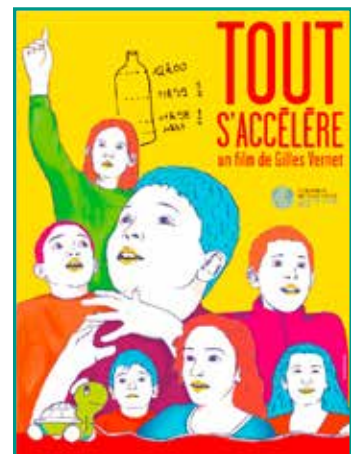


“La littératie en santé : d'un concept à la pratique (guide d'animation)”, Cultures&Santé asbl
Disponible online : www.cultures-sante.be

DVD

Tout s'accélère

“ Dans une course, si on va très vite, on va gagner ? Ca dépend...Parce que si on commence à accélérer, on va perdre de l'énergie donc on va commencer à ralentir...”. Voilà les paroles lucides d'un petit garçon d'une dizaine d'années dans le film “Tout s'accélère”. Le ton est donné : dans ce documentaire, le réalisateur, Gilles Vernet, ancien trader devenu enseignant, s'interroge sur l'accélération du monde. Et surtout : il donne la parole à ses élèves de 10 ans sur cette question. Il filme les enfants et leurs réflexions et va ensuite à la rencontre d'experts. Le film est accompagné d'un dossier pédagogique disponible online.



Infos sur le site www.toutsaccelere.com et sur www.facebook.com/toutsaccelere.lefilm

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 Pharmaciens

DÉBAT

30 mars 2017



Que pensent les prestataires de soins des défis auxquels est confronté le secteur de la santé ? Quelles sont les réformes prévues pour eux ? Comment envisagent-ils l'avenir de leur métier ? Les Mutualités Libres donnent la parole aux différentes professions des soins de santé lors d'une nouvelle série de débats. Après le succès de la première édition consacrée aux sages-femmes, c'est à présent le tour des pharmaciens. Ils expliqueront leur vision de la profession et échangeront à ce sujet avec les autres acteurs de la santé.

Le pharmacien d'aujourd'hui n'est plus un simple fournisseur de médicaments, mais un prestataire de soins à part entière et **le premier point de contact en cas de problèmes de santé**. Le rôle des pharmaciens évolue de plus en plus vers une mission de "soin pharmaceutique", mais qu'est-ce que cela signifie concrètement dans l'exercice de la profession ? Quel rôle veulent-ils jouer et quelle est **la valeur ajoutée qu'ils apportent au patient** ? Comment sont-ils **rémunérés pour des services tels que la sensibilisation et la prévention, l'échange de données** et la collaboration avec d'autres prestataires de soins ? Enfin, comment se positionnent-ils face aux **pharmacies actives sur internet** ?

Les Mutualités Libres invitent les pharmaciens, mais aussi les autres prestataires de soins (médecins généralistes, infirmiers, directeurs d'hôpital, ...), les enseignants, les autorités et les médias à un débat qui s'annonce passionnant.

PROGRAMME

10h00 Accueil

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

10h20 **Présentation de la profession**

10h45 Les pharmaciens ont la parole, avec entre autres :

- **Alain Chaspierre**, AUP
- **Marc-Henry Cornély**, OPHACO
- **Hilde Deneyer**, VAN
- **Lieven Zwaenepoel**, APB

Modératrice : Marlène de Wouters

DÉBAT BILINGUE AVEC TRADUCTION SIMULTANÉE

12h30 Buffet

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

ACCREDITATION
DEMANDÉE



Inscriptions :
www.mloz.be

**Mutualités
Libres**

#pharmacien17