



DOSSIER

## Inégalités en soins de santé

INFO PRÉVENTION

Service de transport pour PMR de Verviers



## Un travail en réseau par épisode de soins

Brice MANY, Directeur général de la FASD

Le monde de la santé a commencé une importante mutation. Dans la première ligne, un seul mot d'ordre : travailler ensemble. Les différents prestataires entendent qu'ils devront collaborer autour du patient. Les hôpitaux sont bousculés, ils doivent concentrer leurs expertises et leurs ressources. Il y aura moins d'hôpitaux dans le futur. Les séjours hospitaliers seront centrés sur l'acte technique, sur l'opération qui nécessite l'environnement hospitalier. Très vite, les bénéficiaires retourneront chez eux.

Dans ce monde-là, l'offre de service intégré d'Aide & Soins à Domicile est plus pertinente que jamais. La coordination assure les liens nécessaires entre les prestataires qu'ils travaillent pour Aide & Soins à Domicile ou non. Les infirmiers, et leurs compétences pointues développées tout au long de la carrière, peuvent assurer les soins techniques les plus experts. Et du côté des métiers de l'aide à la vie journalière, nous pouvons grâce aux aides familiales, aux gardes à domicile et aux aides ménagères, faire face aux différents besoins.

Cette pertinence, cette qualité, il revient à chacune et chacun d'entre nous d'en montrer la plus-value tout à la fois à nos bénéficiaires et à tous les prestataires partenaires avec lesquels nous travaillons auprès des patients. Si nous leur partageons la qualité de notre communication concernant les informations importantes pour une prise en charge de qualité, si nous les associons à notre sens de la relation, au respect de la personne et de sa famille, nous deviendrons des partenaires privilégiés. Nous apprendrons à fonctionner de mieux en mieux avec ces prestataires d'autres métiers, médecins en tête. Nous devons aussi fonctionner au mieux avec les professionnels, infirmier, aide familial extérieurs à Aide & Soins à Domicile. Saurons-nous les convaincre de

notre qualité? Personnellement, j'en suis convaincu. Je pense toutefois qu'il nous reste à travailler sur notre communication vers l'extérieur. La première image que l'on se fait de nous, c'est celle que nous donnons, tout simplement. Nous gagnons donc à travailler cette image de professionnels des soins et de la collaboration. Réfléchissons en équipe à la façon dont nous pouvons augmenter notre impact, améliorer cette qualité. Dans cette évolution, les outils électroniques seront présents tout le temps. Chaque patient aura un dossier avec toutes les informations sur son parcours de santé, c'est-à-dire son parcours de vie. Ce que nous ajouterons comme information devra constituer un plus, respectueux tant de sa personne que du travail des autres professionnels de la santé. Le fil qui nous relie tous autour du patient sera visible, ce sera ce dossier. Et les patients, les bénéficiaires seront aussi, surtout quand ils sont dépendants, évalués avec des outils accessibles à d'autres. Bien sûr, ces accès sont limités et encadrés. Il nous revient dès aujourd'hui de réfléchir à la façon dont nous prendrons nos responsabilités pour communiquer avec justice, respect et qualité, au bénéfice de la prise en charge globale de la santé de chaque personne. Si nous parvenons à faire passer cette attitude-là dans le travail avec chacun des professionnels partenaires de soins autour de nous, nous aurons réussi à faire passer notre projet de transversalité des métiers, de travail en équipe autour du patient. Notre réputation ne pourra qu'être au top et notre réputation, c'est d'abord et avant tout, le discours positif et valorisant que peuvent nourrir les bénéficiaires et les partenaires à propos de votre travail quotidien. Merci pour la qualité que vous y mettez et, vous l'avez compris, dans le système de santé qui se construit, cela deviendra encore plus important.

## contact

37<sup>e</sup> année • n°149 • mars-juin 2017  
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • [secretariat@fasd.be](mailto:secretariat@fasd.be)

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

> **Editeur responsable** : Brice Many > **Rédactrice en chef** : Guillaîne Goosse > **Comité scientifique** : Elisabeth Darras, Serge Jacquinet, Dominique Lamy, Brice Many, Alexandra Tasiaux > **Correspondants régionaux** : Paul Curvers (ASD Verviers), Christine Magnien (ASD Liège), Josyane Vervaeke (ASD Mouscron) > **Contribution** : Brice Many, Guillaîne Goosse, Paul Curvers, Thérèse Van Durme, Hervé Avalosse, Gaëlle Peters, Philippe Defeyt, Dr Dutilleux, Marie Davrin, Jean-François Bodarwé, Christine Magnien, Josyane Vervaeke > **Photos** : Fotolia, Shutterstock, [Grapher&Co] > **Relecture** : Elisabeth Darras, Serge Jacquinet > **Lectorat** : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > **Conception et mise en page** : Olagil - Tél : 02 375 65 15 - [www.olagil.be](http://www.olagil.be) > **Abonnement** : 12€ par an (20€ pour l'étranger) ou 3€ par numéro > **A verser au compte** : IBAN BE45 7995 7162 0089 (mention : abonnement Contact + mail et n° de tél). Les articles sont publiés sous la responsabilité de leur auteur. La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des articles publiés dans Contact est autorisée à la seule condition d'indiquer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication.

# Manipuler sans se blesser

Guillaume GOOSSE, sur base des fiches "prévention" ASD-CESI

## RISQUES ET DOMMAGES :

Une mauvaise manutention peut entraîner des risques et dommages graves, autant pour le soignant que chez le patient : risques de lésions dorsolombaires graves, risques de chutes pour le patient (ex : lésions graves types fractures).

## MESURES DE PRÉVENTION :

Quelques mesures de prévention peuvent cependant être prises mais...

### ATTENTION

Ces quelques consignes ne remplacent pas une formation à la manutention de patients !

Vous n'avez pas reçu cette formation ou vous avez besoin d'un rappel ? Adressez-vous sans plus tarder à votre responsable !

1. Dans un premier temps, évaluez la situation :
  - Quel transfert dois-je réaliser ?
  - Quelles sont les capacités du patient ?
  - Quel est son poids ?
  - Suis-je capable de le faire seul(e) ?
  - N'y a-t-il rien dans le chemin ?
  - Ai-je organisé les équipements pour réduire la longueur et la hauteur du transfert ?
  - Ai-je bloqué les roues des équipements roulants ?

2. Informez le patient du transfert et de ce qu'il peut faire pour vous aider.

3. Respectez les principes suivants :
  - Utilisez les moyens d'aide disponibles (**lève-personne, tapis de transfert, plateaux,...**)
  - Rapprochez-vous **au plus près du patient** (en longueur et en hauteur) ;
  - Gardez le **dos droit**, placez-vous **face au patient et sortez les fesses** ;
  - **Prenez appui** sur une surface ou sur vos cuisses, **écartez vos pieds** pour augmen-

- ter votre base d'appui ;
- Utilisez et **pliez vos jambes** ;
- Évitez les torsions, rotations et inclinaisons du tronc.

4. Des équipements peuvent être mis à disposition pour faciliter la manutention et le transfert de patients. Parlez-en avec votre responsable ! Les domiciles peuvent être aménagés en fonction de la mobilité et des besoins en soins du patient.



© Fotolia



## Sécurité sociale: la solidarité en action



© Shutterstock

Nous bénéficions du remboursement de certains médicaments et des soins médicaux (consultations chez le médecin, soins de kinésithérapie ou infirmiers, hospitalisations, etc), ... Lorsque nous sommes en incapacité de travailler, nous percevons notre salaire pendant un certain temps, puis des indemnités. Tout ceci est rendu possible par l'organisation via l'Etat d'un **système de sécurité sociale**.

Sans celle-ci, que ferions-nous pour assumer nos soins de santé, les frais liés à la naissance puis à la présence d'un enfant, les périodes de chômage, d'incapacité de travail, les accidents ou les maladies liés au travail, les handicaps ou la retraite ? Actuellement, tous ces domaines sont pris en charge par la sécurité sociale.

### 1. SOLIDARITÉ ENTRE TOUS

La sécurité sociale est principalement financée au départ des salaires des travailleurs auxquels se sont ajoutés progressivement des interventions de l'Etat dues pour partie à l'extension des bénéficiaires non-travailleurs de la "sécu".

La sécurité sociale est l'un des deux dispositifs caractérisant en Belgique notre système de protection sociale. A côté de la sécurité sociale, existe donc un système résiduaire financé totalement par l'Etat: l'aide sociale.

La sécurité sociale distribue des **revenus de remplacement** (par exemple en cas de chômage, de pension ou d'incapacité de travail et de maladie), **des revenus de complément** (pour les frais occasionnés par l'éducation des enfants ou en cas de maladie) et l'aide sociale fournit quant à elle des **prestations d'aide sociale en faveur de personnes n'ayant pas ouvert de droits par leur travail ou pour lesquelles les prestations de sécurité sociales sont insuffisantes pour vivre dignement**. L'aide sociale fournit donc des revenus de base lorsque ceux-ci font défaut: revenu d'intégration sociale (RIS), garantie de ressources

aux personnes âgées (GRAPA), allocations aux personnes handicapées et les allocations familiales garanties en font partie.

La sécurité sociale englobe les travailleurs, les chômeurs, les actifs, les pensionnés, les personnes en bonne santé, les malades et les invalides, les familles avec ou sans enfants, et ce pour les 3 Régions du pays.

On distingue 7 branches à la sécurité sociale :

1. les **pensions** de retraite
2. le **chômage**
3. l'assurance contre les **accidents du travail**
4. les **maladies professionnelles**
5. les **allocations familiales bientôt régionalisées**
6. l'**assurance maladie-invalidité**
7. les **vacances annuelles**.

En Belgique, tous les citoyens ont donc droit à une sécurité sociale qui les protège contre les risques de l'existence: la sécurité sociale et/ou l'aide sociale.

### 2. ET LA SANTÉ? GROS PLAN SUR LES SOINS DE SANTÉ, EN 4 QUESTIONS

L'assurance en soins de santé couvre quasiment toute la population belge (99%): les salariés, les indépendants, les fonctionnaires, les chômeurs, les pensionnés, les bénéficiaires du revenu d'intégration, les handicapés, les personnes à charge de toutes ces catégories de citoyens (conjoint, cohabitants, enfants et petits-enfants), tout comme les orphelins ou les mineurs étrangers non accompagnés. Pour en bénéficier, il faut s'affilier ou s'inscrire auprès d'un organisme assureur (une mutuelle) ou à la CAAMI (Caisse auxiliaire d'assurance maladie). La très grande majorité des belges ont choisi de s'affilier à une mutualité.

#### QUESTION 1 : QUE REMBOURSE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Parmi les 27 catégories de remboursement prévues, on compte les soins médicaux courants (comme les visites chez le médecin ou le spécialiste, ou les prestations de kinésithérapie), les soins dentaires, les accouchements, les fournitures médicales, les médicaments, les

soins d'hospitalisation, ceux nécessaires à une rééducation...

Les prestations médicales qui bénéficient d'un remboursement font partie d'une liste, appelée nomenclature. Selon les cas, leur remboursement est complet ou partiel.

#### QUESTION 2 : COMMENT SE DÉROULE LE REMBOURSEMENT ?

- Pour les frais de santé relativement modiques, la personne avance les frais médicaux. Le "dispensateur de soins" donne une attestation de soins : elle doit être remise à la mutuelle, qui assure alors le paiement. Pour les gros frais de santé - une hospitalisation par exemple - la mutualité intervient directement dans la facture. C'est ce que l'on appelle en langage technique le tiers-payant. Dans ce cas, le patient ne paye plus que sa quote-part à sa charge, ce qu'on appelle en langage technique le ticket modérateur, c'est-à-dire la somme non remboursée par la sécurité sociale.
- Certaines catégories de personnes ont droit à un remboursement supérieur aux autres. On parle alors d'intervention majorée. Il s'agit du statut BIM (Bénéficiaire d'Intervention Majorée, anciennement VIPO) ou de statut OMNIO, destinés aux ménages à faibles revenus.

#### QUESTION 3 : ET POUR LA BOÎTE DE MÉDICAMENTS ?

Parmi les médicaments prescrits par le médecin, figurent généralement des molécules remboursées par l'Inami. Cela signifie que ces produits ne doivent pas être payés dans leur totalité lors de l'achat et qu'il ne faut pas avancer l'argent correspondant à leur prix réel : c'est le régime du tiers payant. Ce système permet de ne payer au pharmacien que le montant du ticket modérateur, c'est-à-dire la somme non remboursée par la sécurité sociale.

#### QUESTION 4 : QU'EST-CE QUE LE MAXIMUM À FACTURER (MAF) ?

Lorsque survient une maladie grave, chronique, de longue durée, les frais restant à charge du malade peuvent être importants ou même très importants, surtout en cas d'hospitalisation.

Le Maximum à facturer protège les familles contre ce type d'aléas. En effet, ce système permet de plafonner automatiquement les dépenses lorsqu'elles atteignent un certain seuil au cours d'une même année. Cela signifie que toutes les sommes supérieures à ce montant sont automatiquement remboursées par la mutuelle. Il existe plusieurs types de MAF, en fonction des revenus des familles, de leur statut ou de l'âge des personnes concernées par les soins.



© Shutterstock

### VRAI OU FAUX ?

- **Les personnes qui résident illégalement en Belgique ne bénéficient pas de la sécurité sociale.**

Réponse : C'est vrai. Elles bénéficient cependant de l'aide médicale urgente si elles s'adressent au CPAS de leur commune ce qui est difficile pour elles car elles craignent dans ce cas de sortir de leur anonymat...

- **Les indépendants ne bénéficient pas des "petits risques" en soins de santé.**

Réponse : C'est faux. Depuis 2008, ils ont accès aux remboursements concernant ce type de soins tout comme les salariés. Il n'y a plus depuis cette date de différence entre ces deux types de travailleurs....

- **Si je m'installe dans un autre pays européen, je perds mes droits à la sécu.**

Réponse : C'est faux. Dans l'Europe des 27, un système de coordination permet de se déplacer sans perdre ses droits à la sécurité sociale, ou ceux de sa famille. Ce système est étendu à d'autres pays dans le monde au travers d'accords bilatéraux...

PREMIER  
ÉCHELON



## Service de transport pour PMR

Paul Curvers, Responsable  
Service Transport Social

### Le service de transport pour personnes à mobilité réduite d'Aide et Soins à Domicile de Verviers

Créé au début des années 90, le service de transport de l'ASD de Verviers propose des véhicules adaptés pour les personnes à mobilité réduite qui résident dans l'arrondissement. Le service est accessible à toutes les personnes qui ne sont pas en mesure de prendre les transports en commun parce qu'elles connaissent des difficultés liées à leur santé physique ou mentale. Le service s'appuie sur un partenariat avec le TEC et pratique une tarification identique : 3 euros maximum par transport. Les bus roulent du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30. L'ASD de Verviers, avec le soutien de CAP 48, a investi depuis plusieurs années dans des véhicules adaptés. Il s'agit de minibus d'une capacité de 5 à 8 personnes qui sont tous équipés d'un élévateur permettant aussi la prise en charge de chaises roulantes.

### Rencontre avec différents acteurs du service et des usagers.

#### Paul Curvers, responsable du service.

"L'accès à un moyen de transport pour chaque citoyen qui rencontre des problèmes de mobilité liés à son âge ou sa santé doit constituer un droit pour tous. Notre activité s'inscrit dans cette approche."

"Les transports sont principalement d'ordre médical. Ils représentent plus de 50% de notre activité. De manière pratique, l'utilisateur ou un proche réserve un transport lorsqu'il a un rendez-vous médical. Un véhicule adapté, conduit par un de nos chauffeurs, se rend alors au domicile de la personne pour le transporter au lieu du rendez-vous et assurer ensuite le trajet retour."

"Les usagers font aussi appel au service pour rendre visite à un membre de leur famille, se rendre à leur travail, participer à des activités de loisirs ou encore faire des courses. Plusieurs transports sont aussi réalisés sur base de synergies développées avec les centres hospitaliers de la région, les maisons de repos ainsi qu'avec plusieurs associations locales dont les bénéficiaires ne sont pas autonomes."

"L'intégration de notre service de transport PMR au sein de l'ASD nous permet, lorsque cela s'avère utile, de donner des informations aux bénéficiaires sur les autres possibilités d'aide ou de soins proposés par nos collègues"

#### Savvidis Madisson, secrétaire du service

"Actuellement, 5 véhicules sillonnent la région de Verviers. L'année 2016 a engendré des résultats très positifs à plusieurs niveaux : 11.000 transports réalisés, plus de 160.000 kilomètres parcourus et près de 600 usagers différents transportés pendant l'exercice."

"Nous traitons une vingtaine de demandes quotidiennes en collaboration avec le service de téléphonie de l'ASD. Le premier accueil est primordial, les personnes ont peu de ressources relationnelles ou financières pour trouver un moyen de transport. Elles sont souvent désespérées et ne savent pas vers qui se tourner. Nous sommes là pour apporter une solution."

"Signalons également que le service a mené une enquête de satisfaction auprès de ses usagers en vue d'améliorer la qualité du service. L'expérience sera prolongée sous l'égide d'ASTA. (Association de Services de Transport Adapté en Région Wallonne)."



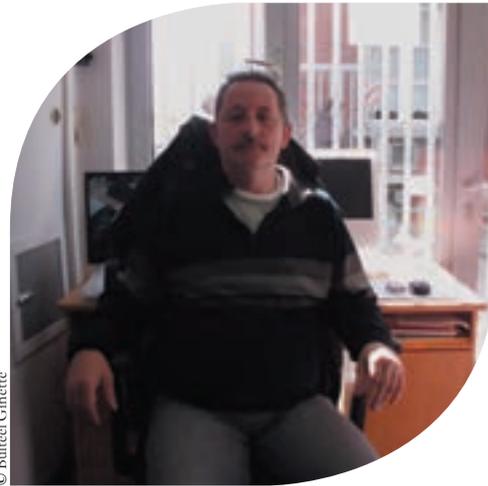
© Bulteel Ginette

### Jonathan Boskin, 24 ans, Chauffeur

*"J'apprécie le contact humain. Nous transportons des personnes qui vivent souvent seules. Pendant la durée du transport, elles nous parlent de leur quotidien, cela leur fait du bien d'avoir quelqu'un qui est à leur écoute."*

*"Il y a une part de souffrance aussi chez certains usagers. Ils ont parfois des soins lourds à supporter, une radiothérapie ou une dialyse...ils ont besoin de se confier. Ces rencontres humaines nous apportent beaucoup et les usagers nous témoignent souvent leurs reconnaissances."*

*"Le métier de chauffeur, c'est un tout : il y a la relation avec l'utilisateur et puis il y a l'aspect sécurité qui est lié à la fonction. Le chauffeur doit d'abord placer la personne dans de bonnes conditions de transport ; pour les moins valides qui utilisent des chaises roulantes, nous stabilisons celles-ci à l'aide de sangles. Ensuite, la conduite doit être adaptée : ne pas freiner brusquement, éviter au maximum les dos d'âne sur la route, avoir une conduite très souple..."*

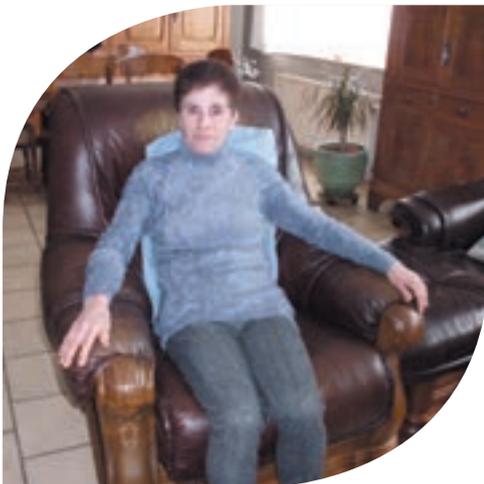


© Bulteel Ginette

### Robert Jean, 52 ans, Utilisateur

*"Je travaille comme surveillant dans un établissement scolaire à Verviers. Souffrant d'une maladie orpheline, mes jambes et mes bras subissent une paralysie progressive. J'utilise une chaise électrique pour me rendre au travail. Quand la météo n'est pas clémente, cela devient compliqué."*

*"En surfant sur Internet, j'ai pris connaissance de l'existence du service. En hiver, je réserve un véhicule pour qu'il me transporte sur mon lieu de travail. J'apprécie particulièrement la disponibilité et l'accompagnement réalisé par les chauffeurs, on ne me laisse jamais seul, dès la porte d'entrée de mon habitation on me prend en charge...les tarifs sont aussi très abordables."*



© Bulteel Ginette

### Boscarino Antonia, 67 ans, Utilisatrice

*"Suite à plusieurs problèmes de santé, je n'étais plus capable de prendre le bus pour aller faire mes courses ou aller à des rendez-vous médicaux. Je vis seule depuis le décès de mon époux. J'ai la chance d'avoir mes enfants et petits-enfants mais je ne veux pas être une charge pour eux et qu'ils prennent congé pour me conduire."*

*"C'est très pratique, il y a moins de stress. On me prend en charge à mon domicile et puis on me reconduit devant chez moi. Les chauffeurs sont très ponctuels ce qui est important pour les consultations médicales."*



© Bulteel Ginette

### Bulteel Ginette, 63 ans, Utilisatrice

*"J'ai eu un grave accident, il y a quelques années. Depuis, je dois suivre plusieurs fois par semaine des soins de rééducation. Sans ce service, je ne sais pas comment je ferais pour me rendre à l'hôpital. Il n'y a personne dans mon entourage qui peut assurer les transports. Je n'ai pas de moyens financiers suffisants pour prendre à chaque fois un transport privé ou un taxi."*

*"Je fais appel aussi au service de transport pour me conduire à des activités de loisirs. C'est important que je puisse continuer à rencontrer des gens, je participe à des retraites religieuses et à des ateliers d'échanges culturels. Cela me permet de maintenir un lien avec la société."*

DOSSIER

## Les inégalités sociales en matière de soins de santé



Ce dossier d'ouverture à propos des inégalités en matière d'accès aux soins de santé a pour vocation de présenter les différents aspects de ses inégalités qu'une tranche importante de la population belge vit au quotidien.

Il se veut également exploratoire. En effet, tous les points présentés de manière sommaire et introductive dans ce présent numéro seront ensuite développés et approfondis dans les numéros suivants : nouvelles technologies, e-santé, pénurie de médecins,...

## SOMMAIRE DU DOSSIER

<b>1. LES CONCEPTS :</b>	
- EVALUATION DES PROJETS DE SOINS INTÉGRÉS	10
- SANTÉ : SOMMES-NOUS TOUS ÉGAUX ?	12
<b>2. LES IMPACTS DU FINANCIER</b>	
- LE REPORT DES SOINS: LA RÉALITÉ DE LA POPULATION APPAUVRIE	14
- SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES	16
<b>3. L'ASPECT GÉOGRAPHIQUE</b>	
LA PÉNURIE DE MÉDECINS EN ZONE RURALE	18
<b>4. L'IMPACT DU CULTUREL</b>	
INÉGALITÉS SOCIALE EN SANTÉ ET MIGRATION	20
<b>5. TECHNOLOGIES ET FUTUR</b>	
- LA TECHNOLOGIE, PERSPECTIVES ET LIMITES	22
- L'E-SANTE, LE PARTAGE SÉCURISÉ DES INFORMATIONS EN SANTÉ	24

## Evaluation des projets de soins intégrés

### 1. LES CONCEPTS

Thérèse Van Durme, 'Infirmière spécialisée, Ph.D, chercheur à l'IRSS de l'UCL'

#### Vers l'accès équitable en matière de soins de santé ?

Au moment d'évaluer les projets de Soins Intégrés<sup>1</sup>, cet article propose quelques pistes de réflexion à partir d'une revue systématique de littérature concernant l'accès équitable en matière de soins de santé<sup>2</sup>.

Selon un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) paru en 2016, trois questions basiques devraient être posées dans le cadre d'un accès équitable aux soins:

- Qui bénéficie d'une couverture de soins?
- Quels sont les soins couverts?
- Quelle proportion de ces soins sont couverts?

Toujours selon ce rapport, un des buts premiers des systèmes de soins de s'assurer que tout citoyen bénéficie d'une couverture de soins et de s'assurer que ces accès soient équitables<sup>3</sup>.

#### Le concept d'équité

La revue systématique de Goddard et Smith parue en 2001<sup>4</sup> interroge la pertinence du concept d'équité en matière d'accès aux soins dans la littérature, vu la diversité avec lequel ce concept est traité. Pour cette raison, les auteurs proposent d'utiliser une grille d'analyse pour évaluer l'équité de l'accès aux soins, notamment parmi les groupes

de citoyens présentant des caractéristiques socio-économiques différentes.

Comme l'indique le titre, il s'agit bien ici de **l'équité en matière d'accès égal aux soins** qu'il est question ici, pour des citoyens ayant des besoins égaux (on parle parfois d'équité *horizontale*). Il est important de souligner que ce n'est pas la même chose que l'égalité de traitement (pour des besoins égaux) ou l'égalité des *résultats* de santé. L'équité en matière d'accès aux soins est vue ici à partir de l'offre, dans le sens que des services égaux sont mis à disposition à des citoyens (patients) ayant des besoins égaux. Par opposition, les variations de traitement peuvent survenir à la suite de l'interaction entre l'offre et la demande et peuvent dépendre des préférences et des perceptions des patients et des prestataires.

1 20 projets-candidats 'Integreo' sont actuellement financés par le SPF Santé Publique et l'INAMI, voir aussi [www.integreo.be/fr](http://www.integreo.be/fr)

2 Dans le cadre de cet article, le terme 'soins couvre aussi bien les services de santé (soins médicaux, infirmiers, ...) que les services d'aide (repas à domicile, aide-ménagère, ...).

3 OECD, Measuring Health Coverage, OECD Health Coverage Characteristics Survey, 2012. Accédé le 07.05.2017 via <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/measuring-health-coverage.htm>

4 Goddard, M. & Smith, P., Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK, *Social Science & Medicine* 53 (2001) 1149-1162



Les variations des résultats de santé, de leur côté, vont dépendre de facteurs supplémentaires, en plus de ceux liés à la délivrance des soins<sup>5</sup>.

Lorsqu'on examine un système de santé, il est important de relever surtout les inégalités d'accès *systematiques*, qu'ont à subir certains groupes de citoyens (selon l'appartenance sociale, d'âge, de sexe, de groupe ethnique ou d'aire géographique).

### La notion de besoin

Pour pouvoir étudier dans quelle mesure l'accès aux soins est équitable pour des besoins égaux, il est intéressant de se pencher sur ce qu'est un besoin. En effet, ce terme est loin d'être simple. Les questions suivantes peuvent se poser :

- Ce besoin est-il lié à un niveau de maladie d'une personne ou à sa capacité de bénéficier d'un traitement ?
- Dans quelle mesure les contributions non-médicales à ce besoin doivent-elles être prises en compte, telles les conditions sociales ?
- Comment mesurer l'état de santé de manière pertinente ?

Par exemple, plusieurs études se basent sur l'auto-rapportage de la santé. Or, on sait que la perception de la santé peut varier fortement entre certains groupes de personnes et entre personnes elles-mêmes. Autrement dit, on peut se sentir bien alors qu'on est objectivement atteint d'une maladie chronique ou on peut se sentir mal dans sa peau alors que médicalement on n'est pas vraiment malade... C'est ce qu'on appelle la perception subjective de sa santé !

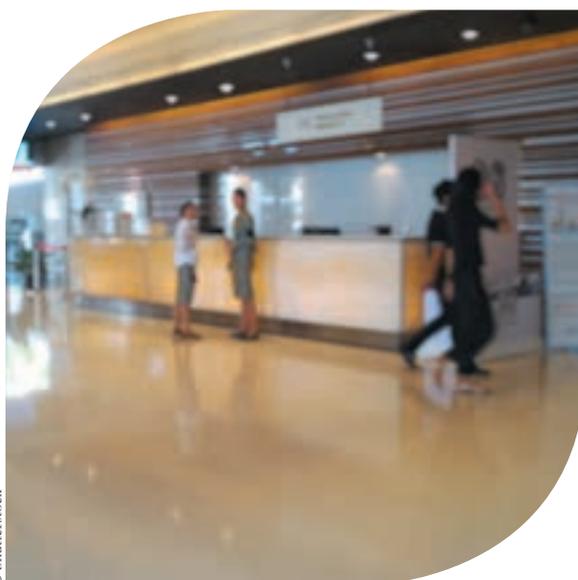
- A quel stade ce besoin doit-il être mesuré ? Par exemple, deux individus ayant un groupe de problèmes de santé identiques auront des besoins en soins différents en fonction notamment de leurs expériences antérieures avec les systèmes de santé. Il est donc important de pouvoir utiliser un concept opérationnel pour refléter ce besoin. Une possibilité est d'envisager un individu 'représentatif' parmi chaque groupe de populations, qui présenterait un niveau de circonstances cliniques et

sociales, qui pourraient se traduire en besoins. Le but est ensuite d'évaluer en quoi l'accès aux soins, l'utilisation des soins, la qualité et les résultats des soins varient en fonction du groupe auquel appartient un individu.

### Le concept d'accès aux soins

La prochaine étape consiste à formuler un concept utile de l'accès aux soins. Bien sûr, le contexte dans lequel ces soins sont délivrés est important et cela dépendra, entre d'autres de la couverture d'assurance en soins de santé, mais aussi des éléments suivants :

- de la disponibilité (certains soins de santé ne sont pas disponibles à certains groupes de patients, p.ex. les chirurgiens seraient moins enclins à proposer des reconstructions du sein après une ablation chez des patientes âgées) ;
- de la qualité (la qualité de certains services à des patients similaires peut varier entre les groupes) ;
- des coûts (les services de santé peuvent imposer des coûts qui peuvent varier entre les groupes) ;
- l'information (les services de santé peuvent ne pas s'assurer que la disponibilité de certains services est connue avec la même clarté par tous les groupes). Les éléments décrits ci-dessus sont difficiles à observer directement et l'accès aux soins est plus généralement mesuré par des indicateurs tels que la disponibilité de l'offre, le temps d'attente, la part à payer par le patient et l'identification d'autres barrières aux soins : culturelle, économique,...



© Shutterstock

### Pour l'évaluation des projets de Soins Intégrés

Par conséquent, plusieurs mesures seront effectuées pour aborder l'équité en matière de soins de santé auprès des personnes incluses dans les projets 'Integreo'.

- Premièrement, la question de l'accès financier sera posée directement aux bénéficiaires des projets, sous la forme de la question du renoncement aux soins ou traitements pour des motifs financiers au cours des 12 mois écoulés.
- Deuxièmement, la population étudiée sera stratifiée selon le statut socio-économique (ex. via les revenus d'intégration et l'habitat) et géographique, afin d'investiguer des différences d'utilisation de soins éventuelles.
- Troisièmement, des focus group seront organisés avec des bénéficiaires issus de groupes vulnérables en matière de santé, afin de récolter leur perception par rapport à l'accès aux soins (la disponibilité, la qualité, les coûts et l'accès à l'information).

Une grosse question de l'équipe de recherche à ce stade est la disponibilité des données. Néanmoins, si l'égalité d'accès est réellement une priorité sur l'agenda de nos politiques, nous espérons qu'ils mettront tout en œuvre pour rendre possible la mise à disposition de ces données, une partie vitale de la progression vers un système de santé plus équitable. ■

<sup>5</sup> Institut National de Santé Publique Québec, Centre de collaboration nationale des politiques de santé, Les approches politiques de réduction des inégalités de santé, Note documentaire pour des politiques favorables à la santé, 2016. Accédé le 07.05.2017 via [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca)

## Santé : sommes-nous tous égaux ?

Hervé Avalosse - ANMC - Département R&D

La santé est vue par beaucoup comme un bien précieux. D'ailleurs, en fin d'année, nous nous souhaitons tous 'une bonne santé'. Pourtant, malgré les progrès de la médecine et les 25 milliards de dépenses de l'assurance soins de santé de notre sécurité sociale, la 'bonne santé' est loin d'être une réalité égale pour tous. En fait, face à la mort et à la maladie, nous ne sommes pas égaux, les inégalités s'accroissant au détriment des populations moins favorisées.

### Qu'entend-on par inégalité sociale de santé ?

Les inégalités sociales de santé apparaissent lorsque l'on confronte un indicateur de santé avec une échelle sociale. Cette dernière peut être obtenue en recourant à diverses dimensions : niveau de revenus, niveau de formation, occupation socioprofessionnelle. Les études menées en la matière (tant à l'étranger qu'en Belgique) sont sans appel et convergent vers le même constat : toutes choses étant égales par ailleurs, à position socioéconomique décroissante, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer.

### Quelle est l'ampleur de ces inégalités en Belgique ? L'exemple de la mortalité

Au niveau de l'espérance de vie, on constate déjà d'importantes différences régionales. Ainsi, un nouveau-né de l'arrondissement de Charleroi peut espérer vivre 75 ans<sup>6</sup> si c'est un garçon, 80 ans si c'est une fille. Mais un bébé brabançon a une bien meilleure espérance de vie : 79 ans pour un garçon, 83 ans pour une fille. Et si on considère certains arrondissements flamands, les écarts s'accroissent encore... Ce n'est en rien le fruit du hasard : ces écarts reflètent un état de santé plus dégradé, dû aux conditions de vie, sociales et économiques plus dures en Hainaut qu'ailleurs.

A plusieurs reprises, à l'aide de ses bases de données, la MC a mesuré les inégalités sociales en santé. Comment avons-nous procédé<sup>7</sup> ?

- Nous avons construit une échelle sociale comprenant 5 classes de 'valeur' croissante (construites d'après les revenus fiscaux déclarés au niveau des quartiers où tout un chacun réside) parmi lesquelles les 4,5 millions\* d'affiliés de la MC ont été répartis (\*donnée nationale).
- Les données administratives et de consommation en soins de santé permettent de faire état de divers événements liés à la santé dont on mesure la fréquence d'une classe à l'autre.
- La comparaison des fréquences entre la classe la plus faible et la plus élevée donne alors une idée de l'ampleur des inégalités sociales de santé.

Pour 2012, nous mesurons une surmortalité de 51 % au détriment de la classe la plus faible par rapport à la plus élevée. En d'autres mots : les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres du Royaume ont un risque accru de 51% de décéder dans l'année par rapport à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches. Ce n'est pas un phénomène transitoire mais bien stable. En effet, en 2006, le risque de mortalité de la classe la plus faible était de 45% supérieur à celui de la classe la plus favorisée.

### Les inégalités sociales de santé s'observent dès la naissance et l'enfance

Divers indicateurs le montrent. Ainsi, l'Observatoire bruxellois de la santé et du social estime que 'les enfants vivants dans un



<sup>6</sup> Chiffres de 2015, source : SPF Economie. [http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/indicateurs\\_demographique\\_2016-2060.jsp](http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/indicateurs_demographique_2016-2060.jsp)

<sup>7</sup> Plus de détails dans : [www.mc.be/binaries/mc-informations\\_262\\_decembre\\_2015\\_tcm377-167646.pdf](http://www.mc.be/binaries/mc-informations_262_decembre_2015_tcm377-167646.pdf) (p. 26-39)

ménage sans revenu du travail ont 1,7 fois plus de risques de décéder dans la première année de vie par rapport aux enfants qui naissent dans un ménage à deux revenus<sup>8</sup>. De son côté, l'ONE rappelle que la 'prématurité, qui est responsable de nombreuses complications, est largement associée à des facteurs sociaux<sup>9</sup>. En effet, 'le pourcentage de prématurés augmente en fonction du niveau de pauvreté des communes'. Et il est tout à craindre que 'cette inégalité de départ se prolonge voire s'accroisse tout au long de l'existence'.

Les données de la MC confirment également la sensibilité de la santé des enfants aux conditions sociales d'existence. On a pu le montrer en analysant les admissions en pédiatrie ou néonatalogie (soins des nourrissons malades ou prématurés). En 2012, un enfant ou un jeune de moins de 15 ans issu de la classe la plus faible avait 29% de risques supplémentaires d'être admis dans un service de pédiatrie ou de néonatalogie par rapport à un enfant ou un jeune de la classe la plus élevée. En 2006, ce surrisque s'élevait à 19%.

### La santé mentale comme marqueur d'inégalités sociales

Outre en santé physique, les inégalités sociales se révèlent également en santé mentale. C'est ce que montrent les données de la MC : le risque qu'une personne de la classe sociale la plus faible utilise des antidépresseurs est 14% plus élevé que si elle provient de la classe la plus favorisée. En ce qui concerne les antipsychotiques, ce surrisque s'élève à 53%. La détérioration de la santé mentale au sein de la classe la moins favorisée se traduit également par un surrisque massif (+62%) d'être admis en hôpital psychiatrique.

Ceci ne devrait guère étonner. Vivre ou survivre dans des conditions précaires génère tensions et stress permanents auxquels il n'y a pas beaucoup d'issues. Le contexte social actuel ne va pas arranger les choses. Ce sont bien les groupes vulnérables qui subissent la crise économique de plein fouet.

### La prévention est moins opérante chez les personnes moins favorisées

C'est que l'analyse des données de la MC révèle. Par exemple : les soins dentaires préventifs (détartrage, examen buccal, ...). En 2012, les jeunes de moins de 18 ans issus de la classe sociale inférieure avaient 34% de chances en moins d'y recourir que les jeunes de la classe sociale supérieure. Ce gradient social est resté stable par rapport à 2006. Pourtant, entre 2006 et 2012, des efforts ont été consentis pour rendre les soins dentaires préventifs financièrement accessibles. Ils sont en réalité gratuits pour les jeunes jusque 18 ans depuis 2009.

Pour le dépistage du cancer du sein, on observe quelque chose de comparable. Le programme de dépistage propose, tous les deux ans, une mammographie de dépistage gratuite aux femmes de 50 à 69 ans. Que constate-t-on ? Les femmes de la classe sociale inférieure ont 17% de chances en moins de procéder à un dépistage que celles issues de la classe sociale supérieure.

Que la prévention soit moins effective quand on descend l'échelle sociale, même quand c'est gratuit, comment s'en étonner ? Vu leur situation quotidienne difficile, la prévention n'est pas la première priorité de ces populations. On peut s'interroger également sur la compréhension des messages de prévention. Ce sont aussi ces populations qui ont le niveau le plus faible de 'littératie' en santé<sup>10</sup>.

### Réduire les inégalités sociales de santé ?

Ces inégalités sont particulièrement injustes et les réduire devrait être l'objectif de tous. Cela passe certainement par l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins. Mais le système de santé n'est pas seul en cause. Les inégalités en santé sont la résultante de toutes les inégalités sociales présentes au sein de notre société. Il faut dès lors questionner les conditions générales de vie, de logement, l'accès à l'emploi, à l'éducation... ■



© Shutterstock

<sup>8</sup> [http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre\\_social\\_2016\\_tmaokprot.pdf](http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre_social_2016_tmaokprot.pdf) (p. 42)

<sup>9</sup> [http://www.one.be/uploads/tx\\_ttproducts/datasheet/RA\\_BDMS\\_partie3\\_0607.pdf](http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/RA_BDMS_partie3_0607.pdf) (p. 130)

<sup>10</sup> <http://educationsante.be/article/bilan-des-connaissances-des-belges-en-matiere-de-sante/>

## Le report des soins : la réalité de la population appauvrie.

## 2. IMPACTS DU FINANCIER

Gaëlle Peters, animatrice politique en matière de réduction des inégalités et lutte contre la pauvreté

Article à partir du travail du groupe permanent santé au sein du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP).

Les personnes appauvries sont confrontées à nombre d'obstacles discriminants qui empêchent un accès véritable à la santé. La volonté du Réseau Santé Wallon de Lutte contre la Pauvreté est de voir se renforcer le système de santé grâce à des mesures ouvrant les portes à plus d'égalité d'accès au travers d'une approche transversale, tenant compte de tous les éléments du parcours de la personne.

### La question du report des soins

Le report des soins est un problème majeur rencontré par de nombreuses personnes et familles appauvries. Il nous est expliqué comme une évidence une fois le budget

d'un petit revenu plombé par le coût du logement, de l'énergie, des transports,...

*"Chez certains spécialistes comme les orthodontistes, on n'y pense même pas, c'est un report automatique."*

La vue a un coût, le prix des lunettes est prohibitif. Pourtant, c'est un élément crucial pour s'informer et plus largement nécessaire dans nos liens sociaux, dont nombre de personnes appauvries sont privées.

Une personne isolée reconnue comme invalide à la mutuelle touchant autour des 1000 euros par mois, nous raconte : *"Je me prive de kinésithérapie. J'ai plusieurs maladies dont une bronchopneumopathie, du diabète et de l'hypertension. Cela me*

*coûte 130 euros par mois en médicaments."*

Par coût des soins, il faut entendre aussi le coût du transport pour se rendre chez le médecin, l'alimentation comme par exemple un régime pour diabétique, le coût du traitement et en particulier le coût de certains médicaments.

### A la question centrale du coût, il faut aussi penser aux conditions de vie des personnes.

Plus la mobilité est compliquée, plus l'accès sera compliqué : l'accès est plus aisé pour un habitant en ville proche d'un centre médical que pour une personne habitant des quartiers éloignés ou en milieu rural. Les déterminants sociaux de la santé sont aussi importants et jouent de façon cruciale sur l'accès aux soins. L'impact d'un logement délabré ou trop petit est aussi une réalité. *"Quand on a un mal de dos, qu'on vit dans un 12m<sup>2</sup> et dort sur un divan, on sait pourquoi on a mal et le médecin ne va rien y changer."*

**Les personnes éloignées du système de santé (notamment à cause d'un long report de soins faute de moyens) à nouveau en lien avec un professionnel de santé, ont besoin d'une attention particulière, d'un accueil de qualité et un respect inconditionnel. A défaut de cela, il y a risque d'un nouvel éloignement des soins et donc aussi d'aggravation de l'état de santé. Un homme de 20 ans dans un lieu d'accueil pour sans-abris n'avait pas été soigné depuis des années. C'est au moment des soins des pieds pour cause de plaies par un infirmier**





© Shutterstock

de rue qu'il est entré en confiance avec le travailleur social et a raconté son parcours. Il lui a alors dévoilé tous ses soucis de santé. Depuis, il voit un médecin, avec une reprise petit à petit de la confiance vers le corps médical grâce à un accompagnement nécessaire au début.

### Les inégalités d'accès à l'information due à la fracture numérique et à la complexité des informations écrites freinent l'accès à la santé.

*“Quand on n'a pas les mêmes moyens pour accéder à l'information ou activer nos droits, on ne les a pas. On ne veut pas d'une société à deux niveaux, le niveau rapide, numérisé, technologique, le réseau des forts et un niveau lent où trop dépend du bon vouloir de l'autre mais aussi de l'arbitraire.”*

### Les revendications du RWLP pour remédier au report des soins

> **Elargir le tiers-payant obligatoire à toutes les disciplines médicales et ce compris en dentisterie.**

**Rendre le tiers-payant applicable à toute la population.** Le rendre obligatoire, c'est aussi le rendre possible administrativement pour les praticiens pour ne pas impacter sur la qualité des soins, il s'agit d'un effet pervers à écarter structurellement.

### > Diminuer le coût des traitements

**La gratuité des médicaments** dans certaines circonstances sur base du calcul du “solde net restant pour vivre” tenant compte de la réalité de vie de la personne et de ses besoins spécifiques. Nous pensons ici particulièrement aux personnes malades chroniques et aux personnes âgées à petits revenus.

**Organiser structurellement les transports en commun gratuits** pour les personnes malades disposant d'un petit revenu. Avec une attention particulière aux hôpitaux qui disparaissent ou fusionnent notamment en milieu rural. *“Les personnes sans véhicule n'ont plus accès ou parfois difficilement via les transports trop onéreux.”*

### > Organiser la transparence des coûts et la visibilité des aides possibles pour l'ensemble d'un traitement.

**Être bien informé pour mieux gérer les coûts et mieux se faire aider** *“Quand on doit aller chez le spécialiste, cela crée un stress, une pression car on ne sait pas si on va pouvoir gérer la dépense.”*

Le RWLP pense qu'il serait judicieux d'afficher les tarifs à l'entrée et salles d'attente des cabinets, des hôpitaux et de bien voir si le médecin est conventionné ou non. Certainement avec en complément une explication du tiers payant et des autres possibilités de réduction des coûts (BIM notamment).

### > Renforcer la première ligne

**Investir dans la médecine de proximité, au plus proche des besoins du patient** : il s'agit de promouvoir le développement des maisons médicales y compris en milieu rural et de garantir aussi la présence de cabinets de médecine dans la proximité.

**Améliorer la formation des professionnels** : organiser des modules de formation aux professionnels de la santé et métiers à domicile, y compris aux médecins, sur les réalités de vie des personnes appauvries. **Il est important de renforcer la fonction d'information de la première ligne** : en prévoyant des moyens et des formations à destination des professionnels de la santé.

**Garantir le temps et la qualité de l'accompagnement du patient par différents services des praticiens au moment de l'accueil, des soins, pendant le suivi surtout en ce qui concerne le respect, l'intimité, l'écoute des besoins des patients** : prévoir cet aspect dans la formation des soignants mais aussi au niveau de l'organisation et des moyens des services. ■

**On ne veut pas d'une société à deux niveaux, le niveau rapide, numérisé, le réseau des forts et un niveau lent où trop dépend du bon vouloir de l'autre mais aussi de l'arbitraire.”**

## Santé et inégalités socio-économiques

par Philippe DEFEYT, économiste

La première image qui vient à l'esprit quand on évoque les liens entre santé et inégalités socio-économiques c'est la famille pauvre qui vit dans de mauvaises conditions de vie, de logement, de travail... et qui renonce à des soins de santé pour des raisons financières.

Les membres de la famille ont plus de risques d'être ou de devenir en mauvaise santé et moins de possibilités (financières) d'être bien soignés et accompagnés.

Un indicateur plus que d'autres résume les inégalités en matière de santé : les écarts dans l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé en fonction du niveau socio-économique.<sup>11</sup>

Les tableaux suivants sont une bonne illustration de multiples tableaux que l'on trouve sur cette problématique. Ils montrent que des indicateurs de santé utilisés pour repérer des inégalités peuvent être subjectifs (ressentis) ou objectifs (financiers ou autres : fréquence de tel type de maladie ou de tel indicateur

indirect de santé : obésité, tabagisme, prématurité...).

NB : Pour les personnes peu habituées, précisons que les quintiles vont des 20% les plus pauvres (Quintile 1) aux 20% les plus riches (Quintile 5) ; les quartiles des 25% les plus pauvres aux 25% les plus riches.

Dans la réalité, les choses sont, comme toujours, un peu plus complexes.

Rappelons que les sources dont nous disposons sont souvent des enquêtes. Les données sont donc à interpréter avec une grande prudence et il faut être sûr que les écarts soient statistiquement significatifs avant de tirer trop vite des conclusions.



### Pourcentage de personnes qui se sentent en bonne santé - Premier et 5<sup>ème</sup> quintiles

	1997	2001	2004	2008	2013
Quintile 1	60,3	87,9	68	67,9	70,8
Quintile 5	90,2	86,7	87,5	86,1	88,1

### Quelques indicateurs "santé" à partir de l'Enquête sur le budget des ménages - 2014

	Quartiles				Total
	1	2	3	4	
Dépenses moyennes de santé	1.330	1.911	1.978	2.569	1.980
En % du total de la consommation	6,7%	6,3%	5,0%	4,8%	5,5%
dont médicaments	447	543	545	568	529
% de ménages qui ont eu des dépenses de santé	73,9%	82,3%	86,9%	91,3%	83,6%

<sup>11</sup> Voir, par exemple : Gilles Van Hamme, Isaline Wertz, Taïs Grippa, "Les inégalités d'espérance de vie", Observatoire belge des inégalités, 3 août 2015 (voir : <http://inegalites.be/Les-inegalites-d-esperance-de-vie>)

D'abord, il n'y a pas de situations binaires : tous les pauvres ne sont pas malades et tous les riches en bonne santé. Il y a, par exemple, des personnes obèses dans toutes les catégories de revenus mais il y en a proportionnellement plus dans les ménages pauvres et jeunes. Ce genre d'observations vaut aussi pour le tabagisme, la dépression,

etc. Il faut donc parler de probabilités différenciées en fonction du revenu du ménage. Ensuite, on oublie trop souvent de tenir compte de l'âge. Une approche plus pertinente des inégalités en matière de santé doit combiner deux dimensions d'analyse : revenus et âge.

Illustration avec le tableau suivant :

### Pourcentage de personnes qui se sentent en bonne santé - Premier et 5<sup>ème</sup> quintiles - par catégorie d'âge - 2013

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +
Quintile 1	94,2	85,4	69,4	56,8	63,3	61,1	60,4
Quintile 5	95,9	94,2	89,6	85,0	83,4	87,8	63,1
Total	93,4	88,8	82,7	76,0	72,0	70,6	57,4
<b>Ecart Q5-Q1</b>	<b>1,7</b>	<b>8,8</b>	<b>20,2</b>	<b>28,2</b>	<b>20,1</b>	<b>26,7</b>	<b>2,7</b>

On observe que l'importance des écarts entre le 5<sup>ème</sup> quintile (les gens les plus aisés) et le 1<sup>er</sup> quintile (les gens les plus pauvres) varie fortement en fonction de l'âge.

Autre élément d'analyse très important et pourtant moins connu : les causalités peuvent être bi-directionnelles. Il y a d'un côté des personnes pauvres dont les problèmes de santé surgissent ou s'aggravent de par leur situation. Mais il y a aussi de plus en plus de personnes/ménages qui s'appauvrissent suite à des problèmes de santé. Sans tomber dans la caricature, on voit des situations de ce type dans les CPAS : une grave dépression débouche sur un retrait de l'emploi et donc des difficultés économiques qui ont pour conséquence que le ménage se sépare avec un emprunt hypothécaire qui ne peut plus être assumé ; la vente du logement s'impose ; in fine (au moins) un des deux membres du ménage se retrouve au CPAS.

Il faut en permanence distinguer l'état de santé en lien avec les inégalités socio-économiques de la capacité et la volonté de notre système de santé de soigner dans de bonnes conditions toutes les personnes en

mauvaise santé. Certes, le mieux serait de prévenir des problèmes de santé quand ils sont liés à des inégalités, mais on pourrait au moins espérer que le système de santé essaie de réparer le mal une fois fait.

Enfin, les inégalités à l'œuvre ne peuvent plus se lire qu'avec la grille de lecture pauvres / non pauvres. Il y a des inégalités qui découlent des différences de politiques entre CPAS, des inégalités liées aux conditions de travail ou liées à la lourdeur de certaines dépenses de santé ou de soins.

A partir de cette grille de lecture plus large, plus globale, on peut identifier plusieurs enjeux :

#### 1. La capacité économique et la volonté politique de lutter contre l'austérité budgétaire en matière de santé.

L'augmentation des tickets modérateurs touche proportionnellement plus les petits revenus (voir premier tableau ci-dessus). Les assurances-santé privées sont réservées aux travailleurs relativement favorisés dans notre société. Ceci est également valable pour les pensions : ne faut-il pas revenir à des cotisations

Une approche plus pertinente des inégalités en matière de santé doit combiner deux dimensions d'analyse : revenus et âge.

générales et collectives plutôt que de laisser se développer des assurances privées qui vont encore augmenter les inégalités ?

2. **L'accès à des traitements innovants, technologies de pointe ou même tout simplement des dépenses de "confort".** On est ici bien au-delà des seules personnes précaires. Sans intervention publique, cette santé de pointe risque (est déjà?) de facto réservée à la classe moyenne supérieure.

3. **L'accès à des soins et services pour les personnes âgées en grande perte d'autonomie.** Comme c'est parti, un accès à des soins et services à la hauteur de la perte d'autonomie et permettant une vie de qualité, au domicile ou dans une structure d'accueil, sera de plus en plus compliquée pour les bas revenus voire même les revenus moyens.

4. **La capacité et la volonté de prévenir des maladies dites de "civilisation".** Burn-out, dépressions, obésité, troubles du squelette... touchent plus certains publics que d'autres. Y répondre préventivement passe par des emplois de grande qualité pour tous et une lutte déterminée contre les "mauvaises habitudes".

5. **La volonté politique d'harmoniser les interventions des CPAS dans les dépenses de santé des plus précaires.** Les différences de traitement d'un CPAS à l'autre mettent à mal l'égalité des citoyens. ■

## La pénurie de médecins en zone rurale

### 3. L'ASPECT GEOGRAPHIQUE

Dr Dutilleux, médecin généraliste dans la région de Malmedy. Propos recueillis et mis en forme par Guillaîne Goosse, rédactrice en chef

#### Profil des médecins généralistes

Pour être généraliste, il faut avoir une bonne santé physique et mentale ainsi qu'une capacité d'absorption du stress et d'empathie. A cela s'ajoutent des compétences intellectuelles afin de maîtriser tous les domaines dans lesquels des connaissances techniques et scientifiques sont nécessaires. En effet, les médecins généralistes connaissent peu dans beaucoup de choses, au contraire du spécialiste qui connaît beaucoup de choses dans peu de domaines. Un généraliste a un vrai rôle social : il doit aussi aimer le contact avec les gens et écouter leur histoire, et non pas uniquement s'attacher au fonctionnement des organes et au suivi des maladies.

Si les médecins négligent l'écoute de leurs patients, ils n'adapteront pas leurs conseils à la réalité de vie de ceux-ci et le résultat de leur action ne sera que partiel...

#### Causes de la pénurie

La pénurie de médecins généralistes, surtout en zones rurales, s'expliquent par différents facteurs que le Dr Dutilleux tente de nous expliquer dans ces quelques lignes. Tout d'abord, il a été établi qu'il doit y avoir un médecin généraliste pour 1000 habitants. Dans beaucoup de zones rurales, cette règle n'est pas respectée.

**1. Dénigrement de la profession :** Au fil des années, la médecine générale a

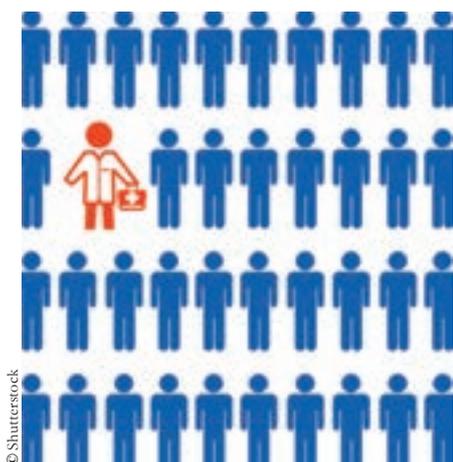
été de plus en plus négligée et dénigrée à l'instar de la médecine spécialisée. Les vocations vers la médecine générale ont beaucoup diminuée car la profession était considérée comme une sous-profession : les médecins généralistes sont considérés comme des médecins qui n'ont pas fait de spécialisation.

**2. Difficultés du travail en solo :** Les étudiants préfèrent aller vers une médecine plus glorieuse, mieux équipée, plus sensationnelle, spectaculaire et avec des honoraires nettement supérieurs à ceux des médecins généralistes, des facilités de travail (secrétariat, assistant, des équipes pour déléguer,...) alors que le généraliste doit tout faire seul. Au fur et à mesure, la médecine générale est devenue une spécialité et pour chaque spécialité, les universités imposent des quotas. Signe de la détérioration du statut du généraliste: le quota de médecins généralistes pendant des années n'était pas du tout rempli.

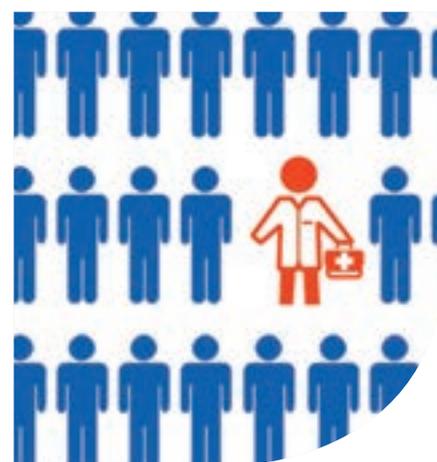
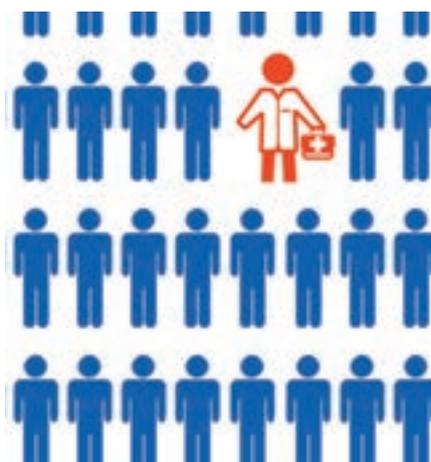
**3. Activités complémentaires :** Est-ce que le médecin généraliste de cette zone travaille à temps plein ? En effet, pas mal de généralistes ont une autre activité à côté : médecin conseil, assurances, services d'urgence,...

**4. Féminisation du métier :** Le médecin généraliste est-il une femme ? Aujourd'hui, ce sont 80% de femmes qui sortent des études de médecine. Ces dernières, pour une bonne partie d'entre elles, ne travaillent pas à temps plein : elles gardent du temps pour leurs enfants, les grossesses, la vie de famille,...





© Shutterstock



**5. Délocalisation :** Avant, souvent les épouses des médecins travaillaient avec leur mari médecin et prenait les RDV, un travail en binôme qui existait avant que les épouses commencent à travailler. Le problème dans les zones rurales, c'est que l'autre époux ne trouve pas toujours du boulot là où le médecin s'installe et donc beaucoup préfèrent rester dans les périphéries des grandes villes.

**6. Essai/erreur :** Après 5 ans d'activités, un tiers des jeunes généralistes arrêtent leur activité de généraliste pour recommencer une spécialité, rentrer dans un service d'urgence, s'orientent vers la médecine du travail qui est moins stressant, ou arrêtent complètement pour une autre activité...

**7. Médecins vieillissants :** A Stavelot, trois médecins prennent leur pension cette année, un autre travaille à temps très partiel et un dernier est âgé de 55 ans. Il n'y a personne pour prendre la relève à l'heure actuelle.

**8. Individualisme :** A l'époque, les consultations coûtaient 200 FB. Donc il fallait beaucoup travailler pour boucler les fins de mois. Aujourd'hui, les jeunes ont envie d'autre chose que de se jeter

corps et âme pour sa profession (besoin de faire des activités, prendre du temps avec sa famille, amis,...)

### Pistes de solutions à la pénurie

Une des réponses à cette pénurie est le rassemblement de généralistes : travailler ensemble pour prévenir le futur. A Malmedy, il y a une culture de la bonne entente entre les différents médecins installés depuis les années 80. Ils se rencontrent fréquemment pour créer des projets ensemble, échanger leurs bonnes pratiques, organiser la garde, établir un carnet de suivi à domicile, organiser la coordination des soins à domicile,...

*"Quand on s'est rendu compte qu'il fallait anticiper, on s'est réuni pendant un an pour réfléchir à un système qui convenait et qui permettrait d'être attractif et rassurant pour les jeunes"*

Ils ont donc créé une **permanence d'accès à la médecine générale :**

L'idée ici est qu'il faut satisfaire

3 choses :

1. Permettre aux médecins qui souhaitent lever le pied de le faire tout en assurant une prise en charge de leur patientèle ;
2. Permettre à celui qui est débordé de renvoyer des patients pour être un peu soulagé, même pour une seule consultation ;
3. Créer une notoriété de bonnes pratiques.

Le groupe a présenté ce projet au pouvoir public communal en leur faisant prendre conscience des risques que la pénurie allait entraîner. La commune a donc trouvé un local où chaque médecin tient une perma-

nence de 2h par semaine à tour de rôle. Cette mise en place a permis d'accueillir des assistants, qui pourraient prendre goût au métier en zone rurale et reprendraient la main par la suite. Par contre, aucune infrastructure n'est prévue : pas de téléphone, de prise de rdv, pas de secrétaire, mais il y a toujours un médecin de Malmedy présent aux heures de permanence.

*"C'est une réponse qui va perdurer et permet l'installation plus définitive de certains jeunes médecins pas encore décidés jusqu'alors."*

**Système de garde :** deux numéros de téléphone sont mis à la disposition de la population de l'entité :

1. Le 1733 qui est le système de garde de week-end (pour l'arrondissement).
2. Ainsi qu'un numéro d'appel unique dévié vers les gsm des médecins à tour de rôle pour les gardes de semaine.

**Autre réponse à la pénurie :** travailler de manière plus collaborative avec les infirmiers dans la délégation de certaines tâches.

Sur la place principale de Malmedy se situe une Maison de 1ère ligne de soins qui existe depuis deux ans. Sont présents dans cette maison : 2 ASD, 2 coordinations de soins à domicile, la plateforme des soins palliatifs, un cabinet d'infirmiers indépendants (qui réalisent entre autres les prises de sang).

*"Cette maison devient un lieu où les patients vont spontanément et où ils s'habituent à changer de médecins. Il n'y a bien-sûr pas de captage de patientèle !"* ■

**Autre réponse à la pénurie : travailler de manière plus collaborative avec les infirmiers dans la délégation de certaines tâches.**

## Inégalités sociales de santé et migration : un défi pour les professionnels de l'aide et des soins

Cependant, à l'échelle de la Belgique : c'est seulement 11% de la population vivant en Belgique qui est étrangère de par sa nationalité. Parmi ces 11%, 68% sont des Européens de l'UE28, avec en trio de tête les Français, les Italiens et les Néerlandais<sup>12</sup>. Mais ces chiffres cachent une réalité plus complexe car être migrant, c'est bien plus qu'une question de nationalité. C'est aussi une question de culture, de langue, de sentiment d'appartenance, de statut légal... Il n'existe pas un groupe uniforme de migrants mais une variété de profils de vulnérabilité et donc des besoins d'aide et de soins hétérogènes.

En Belgique, comme dans d'autres pays européens, les personnes migrantes, en ce y compris les Belges issus de l'immigration, se perçoivent en moins bonne santé que les Belges. D'autres études font état d'un plus grand nombre de problèmes de santé mentale, de maladies transmissibles ou encore de maladies chroniques. Par exemple, le risque de diabète de type 2 est trois fois plus élevé chez les femmes belges d'origine turque que les femmes belges. Ce qui est important, ce n'est pas tant que les femmes ont plus de risque d'avoir un diabète de type 2 mais que ce risque ne s'explique pas par leur alimentation ou l'activité physique. De plus, même si leur état de santé est moins bon, les personnes migrantes consomment moins de soins que les Belges : seuls 13% des personnes à risque issues de l'immigration se font vacciner pour la grippe saisonnière et 14% des femmes participent au dépistage du cancer du sein alors que ces activités sont gratuites. Paradoxalement,

les personnes marocaines et turques ont une mortalité inférieure à celles des Belges alors que les Français de Belgique ont la plus haute mortalité, à statut économique égal.

Différents facteurs vont contribuer à ces différences et s'influencer les uns les autres. Au niveau du migrant, il peut s'agir de barrières linguistiques ou culturelles : le patient se représente différemment la santé et la maladie que son soignant. Le migrant peut aussi avoir des difficultés à s'orienter dans le système de santé ou avoir une faible littératie<sup>13</sup> en santé. Au contraire, le migrant peut avoir un mode de vie plus favorable, bénéficier de l'effet "Migrant en bonne santé", c'est-à-dire avoir un meilleur état de santé que la population de son pays d'accueil bien que cet avantage tende à disparaître au cours du temps et à aboutir à un état de santé moins bon.

## 4. L'IMPACT DU CULTUREL

Marie Dauvrin, infirmière en santé communautaire et docteure en santé publique, chargée de cours à la Faculté de santé publique, UCL, et au Parnasse-ISEI, Haute Ecole Léonard de Vinci

Que ce soit à cause des changements climatiques, les conflits globaux ou encore les nécessités économiques, les flux migratoires n'ont jamais été aussi importants qu'en 2017.



© Shutterstock

Au niveau des professionnels de l'aide et du soin, les barrières linguistiques et culturelles sont également présentes ainsi que le manque de connaissance du patient et de son univers culturel. Un exemple est l'inadéquation des messages de prévention ou de promotion de la santé, qui explique en partie la faible participation des patients migrants au dépistage organisé.

Au niveau du système, ne pas prendre en compte les spécificités du migrant, se positionner de façon "neutre" face à la différence est tout aussi discriminant qu'un refus de soin direct. Refuser de reconnaître la différence du migrant, c'est aussi le discriminer.

Aux facteurs de vulnérabilité liés à la migration, tels la langue et le culturel, peuvent s'ajouter d'autres facteurs de vulnérabilité

<sup>12</sup> Données issues du rapport annuel de MYRIA, 2016 : <http://www.myria.be>

<sup>13</sup> La littératie est d'après l'OCDE "l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités"

## Aux facteurs de vulnérabilité liés à la migration, tels la langue et le culturel, peuvent s'ajouter d'autres facteurs de vulnérabilité comme le genre, le niveau d'éducation ou le revenu...

comme le genre, le niveau d'éducation ou le revenu : une femme migrante sans éducation sera beaucoup plus vulnérable qu'un médecin libanais. Cet effet cumulatif des vulnérabilités amène le professionnel à aborder la personne migrante dans une approche holistique, incluant à la fois ses aspects biologiques mais aussi sociaux et psychologiques.

Améliorer la santé des personnes migrantes nécessite dès lors de développer les compétences culturelles. Les compétences culturelles recouvrent l'ensemble des comportements, attitudes et politiques qui, ensemble, dans un système, une institution ou parmi des professionnels de santé permettent de délivrer des soins de qualité dans des situations interculturelles<sup>14</sup> (Cross et al 1989). En fait, il est important de ne pas tomber dans le piège de se focaliser sur la culture ou la langue mais d'approcher la personne migrante dans son entièreté avec ses ressources et ses capacités. C'est pourquoi toute l'approche des compétences culturelles repose sur les soins centrés sur le patient. L'idée n'est pas de donner la même chose à tout le monde mais plutôt de donner à la personne ce dont elle a besoin en fonction de ses spécificités, **c'est prôner l'équité plutôt que l'égalité.**

Concrètement, que pouvons-nous faire ? Premièrement, s'engager dans le dialogue avec la personne migrante, si nécessaire avec l'aide d'un interprète professionnel ou d'un médiateur interculturel. Le SETIS à Bruxelles et en Wallonie, Foyer à Bruxelles et les médiateurs interculturels du Service Public Fédéral Santé Publique sont autant de ressources accessibles aux professionnels. Cela nécessite de préparer la rencontre à l'avance, de prévoir du temps supplémentaire et de débriefing la situation. Dans certaines circonstances, il n'est pas possible de faire appel à un interprète professionnel et il faut faire appel à un collègue, un membre de la famille ou un inconnu. Si cela ne peut être évité, il est conseillé de préparer la personne qui va traduire à ce qui va être dit. Après la traduction, il est également recommandé de faire ce débriefing avec l'in-

terprète informel<sup>15</sup>. D'autres outils peuvent aider à la communication comme des pictogrammes ou d'autres aides visuelles. Les centres régionaux d'intégration et les associations actives dans l'alphabétisation sont également des ressources vers lesquelles les personnes migrantes peuvent être orientées, le cas échéant.

Une deuxième piste d'action consiste à travailler sur la réactivité des services, c'est-à-dire veiller à l'adéquation des services de santé en lien avec les besoins des personnes migrantes, qui couvrent à la fois les aspects structurels/organisationnels et la formation des professionnels de santé. Les standards d'équité, les hôpitaux *Migrant-Friendly*, les recommandations du groupe CARE d'UNIA ou les recommandations du groupe ETHEALTH sont autant de pistes d'action, adaptées au contexte belge, pour aider les professionnels et organisations à améliorer l'accessibilité et la qualité de leurs services. De nombreuses associations offrent un appui aux professionnels de l'aide et du soin qui souhaiteraient se former ou

développer un projet visant une meilleure santé pour les personnes migrantes. Citons notamment le travail de l'ASBL Cultures&Santé (développant des projets de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), le GAMS (spécialisé dans l'accompagnement des femmes victimes de mutilations génitales), ou MedImmigrant (offrant une aide aux professionnels pour tout ce qui concerne l'accès aux soins au niveau légal et administratif).

Réduire le fossé entre les personnes migrantes et les professionnels est un processus dynamique et partagé : s'adapter pour atteindre une meilleure santé ne repose pas uniquement sur les épaules des personnes migrantes mais également sur celles des professionnels de l'aide et des soins. ■



14 Cross et al (1989). Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed. Rockville: Georgetown University

15 Dix conseils pour travailler avec un interprète (dessin animé) : [http://www.youtube.com/watch?v=cX\\_krmqsWJO](http://www.youtube.com/watch?v=cX_krmqsWJO)

## La technologie, perspectives et limites

## 5. TECHNOLOGIES ET FUTUR

Jean-François Bodarwé, MC Alliance  
Responsable presse - Chargé de communication  
Service Marketing Internet Communication (MIC)  
Département PRISME

Jean, 72 ans, se déplace en chaise roulante. Il vit seul. Sa nouvelle maison de plain-pied a été pensée en fonction de ses déplacements. Du salon, il se fait couler un bain grâce à son assistant personnel vocal branché sur le système domotique. Et puis tiens... un petit CD en prime pour se détendre complètement pendant ses ablutions... une commande vocale, choix de l'album...

*C'est parti. Les détecteurs d'activité lui ouvrent les portes jusqu'à la salle de bain. Son nouveau système de lavage automatisé hyper compacte le dépose dans la baignoire... Détente, bonheur... Jean prend son temps au point que son service de télévigilance se met en contact avec lui. Aucun détecteur d'activité n'a enregistré de mouvement depuis plus de 40 minutes dans son living. Inhabituel à cette heure. Jean les rassure. Tout est sous contrôle. A la sortie de son bain, Jean utilisera son tensiomètre connecté pour envoyer ses paramètres directement à son médecin.*

Science-fiction? Non! Toutes les technologies ci-dessus existent aujourd'hui. Des entreprises spécialisées les intègrent pour proposer des solutions complètes de soutien à l'autonomie à domicile. De vraies merveilles mais hors de prix pour la plupart des personnes qui pourraient, voire devraient, en bénéficier. Jean a de la chance. Une chance que tout le monde n'a pas.

### Inégalité ou inégalités ?

Alors oui, des allocations, des prêts, des subsides... existent. Et c'est très bien. Ce sont des aides irremplaçables pour leurs bénéficiaires. Mais sans une mise de fonds de départ, elles sont loin de couvrir les investissements nécessaires pour garantir le bien-être et les soins complets des personnes à domicile. Nous ne sommes pas égaux face au coût du développement technologique.

Or, le monde des entreprises et des services privés investit de plus en plus massivement dans la "Silver économie", entre



autres, dans les technologies favorisant le maintien et les soins à domicile. Le danger est dès lors grand de voir surgir une deuxième inégalité : celle du décrochage technologique. L'innovation est une des clés de la croissance de l'économie libérale. Elle s'accélère et, au passage, laisse de côté celles et ceux qui n'ont pas pu (ou pas su) s'adapter. Petit bémol à ce constat : l'innovation s'adapte à son public, il est vrai. Mais cette adaptation, si elle ne débouche pas sur des produits ou des services de très grande distribution, s'accompagne encore souvent d'une majoration de prix.

**“Sans une mise de départ, les allocations sont loin de couvrir les investissements nécessaires pour garantir le bien-être complets des personnes à domicile. Nous ne sommes pas égaux face au coût du développement technologique.”**

## Foisonnement créatif

Attardons-nous néanmoins sur les perspectives positives de ce développement technologique. En se limitant au seul champ des applications "au domicile", les horizons sont vastes.

Internet est une source quasi intarissable de potentialités technologiques pour faciliter l'autonomie et les soins à domicile. Pensons aux objets connectés ou pouvant l'être : balances, tensiomètres, cardiofréquencemètres... ou encore aux vêtements connectés ; des paramètres médicaux de base peuvent être mesurés quasi en temps réels et transmis vers une centrale de veille médicale par exemple. On pense même à des systèmes pouvant détecter une crise cardiaque des jours à l'avance, grâce à des nano-capteurs au niveau des artères.

Si les cabines de consultation médicale à distance sont testées un peu partout, consulter un généraliste à partir d'un smartphone ou d'une tablette est devenu réalité. En Grande-Bretagne, Babylon Health s'est engouffré dans le concept en proposant une "app" pour contacter, par appel classique ou appel vidéo, un médecin pour une consultation à distance de première ligne. Un "triage" en quelque sorte qui fait la différence entre un problème bénin ne nécessitant pas de suivi médical particulier et les cas plus préoccupants. Un service payant bien entendu. L'innovation peut être tout aussi "high-tech", mais dans des domaines autres qu'électroniques. Les systèmes de levage de personne, par exemple, évoluent en permanence dans leur automatisation ou encore par l'utilisation

## LA "SILVER ÉCONOMIE" EN CHIFFRES

Les "Papy boomers" vont rapporter gros, très gros... Le privé l'a très vite et très bien compris. Les perspectives de croissance sont alléchantes, en rapport direct avec le vieillissement de la population. Eurostat estimait à 19% la population des 65 ans et plus en Europe en 2015, soit 96,5 millions de personnes. Chez nous, plus de 2 millions de personnes ont 65 ans et plus, chacune avec des besoins plus ou moins spécifiques liés à son degré d'autonomie à domicile, son accueil en MR ou MRS... On atteindra les 3 millions en 2050 (il y aura alors entre 12 et 13 millions d'habitants dans notre pays).

Chez nos voisins français, la Banque publique d'investissement estime que la Silver économie devrait générer un chiffre d'affaires de 130 milliards d'euros en 2020 dans l'Hexagone. Actuellement, on tourne autour des 94 milliards. De quoi aiguiser les appétits, même sur notre territoire. La Belgique faisant figure de petit poucet, nous allons certainement assister à une accélération du développement d'initiatives privées de services de maintien et de soins à domicile, au départ de structures à capitaux français, surtout dans la partie francophone du pays.

L'Europe ne s'y trompe d'ailleurs pas et a lancé un partenariat pour le "vieillessement actif et en bonne santé" ([https://ec.europa.eu/eip/ageing/home\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en)) qui vise le développement d'initiatives (soins intégrés, maintien à domicile, prévention de chutes...) dans ce domaine. Le programme "SEAS to grow" (Silver Economy Accelerating Strategies), auquel notre pays est associé, est financé à concurrence de près de 3,3 millions d'euros par des fonds européens. Son but quant à lui est de favoriser le développement d'initiatives d'entreprises privées dans la Silver économie.

Si l'innovation technologique en matière de santé vise bien l'amélioration du bien-être des personnes, elle est globalement guidée par la recherche du profit. Le défi pour les organisations sans but lucratif sera d'exister au travers d'une offre originale, centrée sur les besoins des bénéficiaires et abordable financièrement.

de nouveaux matériaux pour les alléger et en faciliter l'utilisation. La mobilité personnelle évolue également de jours en jours. Les rollators d'aujourd'hui ne sont plus les "tribunes" d'hier, lourdes et encombrantes. En Suisse, des étudiants ont mis au point un fauteuil roulant capable de monter (et descendre) des escaliers. Les exemples pourraient encore être nombreux.

Beaucoup plus proche des ASD, PSD-Vital a développé et continue de développer des solutions de télé-assistance actives (bouton d'alerte, pilulier intelligent) et passives

(détection de chute, détecteur d'activités, contacteur de porte...). Un plus certain pour le maintien et les soins à domicile des personnes en perte d'autonomie et rassurant pour leurs proches.

On le voit, les (nouvelles) technologies offrent un potentiel formidable dans le développement des soins et du maintien à domicile. Dans le meilleur des mondes, elles devraient être proposées au plus grand nombre à des prix abordables. Ce n'est pas encore le cas, la route est encore longue. ■

## TECHNOLOGIES ET ÉTHIQUE

Partager des données médicales via une app de smartphone, installer chez soi des capteurs d'ouverture de porte... Tout cela n'est pas anodin en terme de respect de la vie privée. Les personnes qui s'en inquiètent ont raison de soulever ces questions : les bénéficiaires ont-ils toujours bien conscience de ce que leurs choix supposent ? Sont-ils correctement informés ?... Ces questions éthiques doivent trouver réponse. Ceci étant, si une forme de prudence s'impose, ne faut-il pas également examiner les avancées technologiques en comparant les avantages et les inconvénients des solutions proposées ? Ainsi, malgré des risques de piratage et d'utilisations criminelles, les données médicales sont de plus en plus largement informatisées. Sous format électronique, ces données se partagent et s'analysent plus rapidement et autorisent donc une plus grande proactivité. Il faut donc plaider pour une utilisation raisonnée des nouvelles technologies, mais s'en méfier d'emblée serait rétrograde.

## L'e-santé, le partage sécurisé des informations de santé

Guillaine Goosse, rédactrice en chef

L'e-santé est l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le secteur des soins de santé pour optimiser les soins au patient. C'est avant tout un outil au service des patients et des soignants. Elle permet d'avoir accès à une information correcte. De plus, l'e-santé améliore la collaboration entre les prestataires en passant par les réseaux informatiques.

A Bruxelles, le Réseau Santé Bruxellois, géré par Abrumet, est en charge du partage de données électroniques et du stockage sécurisé des informations patients. En Wallonie, c'est le Réseau Santé Wallon initié par la FRATEM (Fédération Régionale des Associations de Télématique Médicales). L'e-santé est plurielle et prend plusieurs formes :

- L'échange sécurisé de données médicales entre prestataires de soins : la transmission d'images médicales (radiographies,...) ; le dossier médical informatisé (DMI) ; le dossier santé partagé (DMP) ; les résultats d'examens ; rapports médicaux ; courriers ;...
- L'utilisation d'applications mobiles liées à la santé (glucomètre, tracteur d'activités, dossier patient,...).

Bien entendu, le consentement du patient est requis pour partager ses données. Ce consentement est valable partout en Belgique car les Réseaux des 3 régions sont associés.

Les accès aux données de santé sont exclusivement réservés aux prestataires de soins pouvant justifier d'un lien thérapeutique avec le patient et sont interdits aux médecins des assurances, mutuelles, employeurs, etc. Comme garantie de confidentialité, le système mémorise les échanges et les accès aux données de santé.

Pour mieux se protéger contre le piratage informatique, le système e-santé belge a une particularité : il est décentralisé c'est-à-dire que les données sont stockées par l'institution qui les produit (par ex. l'hôpital,...) et mises à disposition des prestataires par un système de reconnaissance et de mise en relation du prestataire avec la donnée décentralisée.

**Aujourd'hui, près de 40% des Bruxellois sont inscrits au Réseau Santé Bruxellois. En Wallonie, ce sont un peu plus de 30% de la population.**

Pour pouvoir se connecter au Réseau Santé Wallon tout comme au Réseau Santé Bruxellois, le patient doit tout simplement s'inscrire via une application en ligne logée sur les sites de ces deux réseaux.

### Les avantages

Grâce à ces Réseaux Santé, les patients permettent aux médecins (généralistes et spécialistes) d'avoir un accès immédiat à leurs données médicales. Un gain de temps et d'efficacité qui peut, dans certaines situations graves, sauver des vies. Outre le gain de temps, ce partage d'informations entre professionnels permet au patient d'éviter de passer plusieurs fois le même examen (analyse, radiographie, IRM,...). Il génère ainsi des économies pour le budget des soins de santé. Les médecins ont également une vue globale de la santé de leurs patients. Ils peuvent consulter immédiatement et de façon sécurisée les données de santé provenant de leurs confrères et les hôpitaux concernant les patients qu'ils soignent. ■



ARRÊT  
SUR IMAGE



**“Les grandes choses peuvent se  
manifester par des petits signes”,**  
Sigmund FREUD

Christine Magnien, Responsable Coordination et Communication à l'ASD de Liège



Ce jeudi 30 mars 2017, une soixantaine de conseillers mutuellistes de la MC de Liège se sont retrouvés au Centre de Séjour et Santé de Nivezé pour une journée de formation-information ayant pour thème le domicile...

### Pourquoi cette rencontre ?

- Renforcer la connaissance des conseillers, sur les aides à domicile.  
Ils sont quotidiennement en contact avec les personnes qui doivent subir une hospitalisation ou dont un membre de la famille perd de l'autonomie, ... La MC souhaite mieux les outiller pour répondre ou orienter les affiliés qui posent régulièrement des questions liées au domicile.
- Informer sur le fonctionnement de la "Ligne Unique"

Depuis plus d'un an, le service social de la MC a mis en place une ligne dédiée uniquement au domicile afin d'orienter avec précision chaque personne (affilié ou non et professionnel) vers le bon service. Une pratique qui a démontré son efficacité puisque ce numéro reçoit de plus en plus d'appels (De 625 demandes en 2015 à 795 demandes en 2016).

Les conseillers trouvent ainsi un relai rapide pour répondre aux demandes des personnes en difficulté.

- Découvrir et exploiter l'outil de détection des besoins

Mieux détecter et plus rapidement les besoins des personnes permet de renforcer le rôle de mutualité-conseil.

Après une présentation de la problématique, des enjeux, des réalités (volume d'aide, développement de celles-ci,...) liés à la maladie ou à une hospitalisation et une approche de la problématique du vieillissement de la population par Olivier LOESEN-BORGH, la journée a débuté par

### Un duo d'impro (Cortex) qui a mis en scène l'histoire suivante...

En fin de journée, après une belle partie de tennis, Arnaud reprend sa voiture. Durant le trajet, sur l'autoroute, il est victime d'une collision frontale avec une voiture fantôme. Arnaud doit être désincarcéré et à l'arrivée de l'ambulance, il fait un arrêt cardiaque. Après réanimation, il est transporté à l'hôpital le plus proche.

Dès stabilisation de son état, il pourra être opéré de ses nombreuses fractures aux jambes.

Pendant la période d'hospitalisation, il récupère

petit à petit mais malheureusement, les tendons du pied gauche ont été complètement sectionnés. Il ne pourra probablement plus marcher.

Son hospitalisation se termine. Son appartement est inadéquat, car sans ascenseur.

- Quelle suite devra-t-il envisager ?
- Quelles informations (en dehors des services administratifs) pourrions-nous lui communiquer ?
- Quels acteurs du domicile seront sollicités et, pour chacun d'eux, à quel moment ?

Alain Langer et son équipe nous ont ensuite présenté les spécificités du Domaine de Nivezé qui fut suivie de la visite de 2 types de chambres et des nouvelles installations inaugurées en 2016. L'organisation et la prise en charge par l'équipe de kiné (les spécialisations proposées permettent tous les types de suivi après une hospitalisation), le suivi diététique fonctionne bien grâce aux échanges pluridisciplinaires. Le cadre redessiné avec des espaces de différentes tailles permet à chaque convalescent de recevoir la visite ou d'occuper un lieu plus intime comme la bibliothèque, la salle de détente,... Les ateliers de l'après-midi :

Les conseillers répartis en 4 groupes ont participé à 4 ateliers. Ils ont exprimé les questions les plus fréquentes, leur vision des services du domicile, les critiques formulées par les bénéficiaires, ...

### Les partenaires invités pour animer les ateliers étaient :

L'A.S.D. : Christine MAGNIEN

QUALIAS : Vente et location :

J.P. MAILLEUX et Véronique ALEN

Aidants proches : Anne REMACLE

Le service social (Ligne unique,

vitatel et Solival) : Lidvine SACRE,

Juliana BURGIO et Ludovic GRODENT.

Chaque rencontre dans les ateliers a duré 40min et la dynamique était au rendez-vous...

Le travail final demandé était de placer sur une ligne du temps tous les acteurs du domicile dans un ordre chronologique (les 3 temps en rapport

avec le scénario de départ : l'hospitalisation, la convalescence /revalidation et le retour au domicile) La journée s'est terminée par la présentation de l'outil de détection des besoins soit sous forme électronique (mc.be), soit de feuillets détachables du carnet "Accompagnement à domicile".

Cet outil de détection permet d'identifier les besoins, de centraliser l'information à un interlocuteur unique pour le bénéficiaire, d'en assurer le suivi et de dispatcher les demandes aux professionnels concernés.

### L'évaluation de cette journée est positive ... parole de conseillers !!

- Découvrir le domaine de Nivezé, connaître les acteurs autour du domicile, les rencontrer, mettre un visage, développer la connaissance de la ligne unique et de l'outil de détection des besoins, la coordination de tous ces éléments tant humains que logistiques.
- La structure de la formation : présentation trop chiffrée pour certains mais avec une ouverture sur le futur et les implications de "autour du domicile" (personnel, qualité, quantité, ...), la mise en scène souvent appréciée, la présentation de Nivezé (découverte d'un domaine rénové et aux multiples possibilités), le passage en atelier (présentation diversifiée selon l'atelier, claire et pertinente, en adéquation avec le métier - petits groupes facilitant les échanges - dynamique de déplacement entre les ateliers, même si le temps était compté et donc parfois trop court, mais en appréciant les partenaires qui parlent des réalités de terrain et des échanges d'information ainsi que le fait d'être tous réunis dans un même lieu.
- Ils ont aussi apprécié la disponibilité des formateurs, l'ambiance positive, les supports distribués.
- Pour tous : des découvertes et des redites (tout le monde n'a pas le même niveau de connaissance et pas non plus la même approche du métier et/ou du membre - on évolue petit à petit).

# Portes ouvertes à l'ASD de Mouscron

ÉCHOS

Josyane Vervaeke, Responsable Aide Familiale à l'ASD de Mouscron  
Propos recueillis par Guillaîne Goosse, rédactrice en chef

Le vendredi 31 mars dernier, l'ASD de Mouscron a organisé une super initiative : une journée portes ouvertes afin de découvrir les différents métiers de l'ASD.

Beaucoup succès pour cette journée car l'ASD a accueilli plus de 150 personnes qui se sont intéressés aux différentes activités proposées lors de la journée : glycémie, masse musculaire,... ainsi qu'aux différents métiers de l'ASD tout cela dans une ambiance détendue autour de jus de fruits de saison, de soupes maison avec et sans sel, et autres mets. Toute une série de recettes adaptées aux différents régimes ont également été présentées. Tout le personnel disponible a été invité à s'investir : Aide-Familiale, Aide-Ménagère, Garde Enfant Malade, Infirmière, staff administratif, infirmière adjointe, comptable, direction ... ainsi que différents partenaires comme Solival, Espace Santé, une diététicienne ,...

Cette journée a été l'occasion pour le personnel de se rencontrer et de créer des liens...

La direction remercie tous ceux et celles qui ont contribué à cette belle réussite, qui ont été créatifs, qui ont donné de leur temps ; leur bonne humeur et leurs éclats de rire communicatifs !



Cette journée a été l'occasion pour le personnel de se rencontrer et de créer des liens...



### ASD MOUSCRON-COMINES

#### Mouscron

Rue Saint-Joseph, 8  
7700 Mouscron  
056/85.92.92

#### Comines

14, rue de Wervicq  
7780 Comines  
056/55.51.19

### ASD TALE

#### Tournai

192, chaussée de Renaix  
7500 Tournai  
069/25.30.00

**068/28.79.79 :**  
**(numéro unique) :**

#### Ath - Lessines - Enghien

36, chemin des Primevères  
7800 Ath

### ASD MONS

#### Mons-Borinage

1, rue des Canoniers  
1<sup>er</sup> étage  
7000 Mons  
065/40.31.31

### ASD HAINAUT-ORIENTAL

#### Lobbes

Rue Albert 1<sup>er</sup>, 28  
6540 Lobbes

#### Charleroi

Boulevard Tirou, 163/7  
6000 Charleroi

#### La Louvière

Rue du Marché 2  
7100 La Louvière

#### Anderlues

Rue du Douaire, 40/1  
6150 Anderlues

### ASD BRABANT WALLON

#### Jodoigne

Place Major Boine, 3  
1370 Jodoigne  
010/81.21.98

#### Braine l'Alleud

Avenue Albert 1<sup>er</sup>, 24  
1420 Braine l'Alleud  
023/84.43.73

#### Nivelles

Chaussée de Namur,  
52C  
1400 Nivelles  
067/89.39.49

### ASD BRUXELLES

#### Bruxelles

Rue Malbran, 53  
1050 Bruxelles  
026/47.03.66

### ASD NAMUR

#### Namur-Eghezée

Avenue de la Dame, 93  
5100 Jambes  
081/25.74.57

#### Dinant-Ciney

Rue Edouard Dinot, 21  
5590 Ciney  
083/21.41.08

#### Gedinne

Rue Raymond Gridlet, 8  
5575 Gedinne  
061/58.95.08

#### Philippeville

Rue de l'Arsenal, 7 bte2  
5600 Philippeville  
071/61.10.88

### ASD LUXEMBOURG

#### Arlon

Rue de Rédange, 8  
6700 Arlon  
063/23.04.04

#### Etalle

Rue de la Gare, 86  
6740 Etalle  
063/45.00.75

#### Libramont-Bertrix

Rue des Alliés, 2  
6800 Libramont  
061/23.04.10

#### Bastogne

Rue Pierre Thomas, 10  
6600 Bastogne  
061/28.02.10

#### Marche-Hotton

Allée du Monument, 8A  
bte3  
6900 Marche-en-Famenne  
084/46.02.10

### ASD COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

#### Eupen

Aachenerstraße, 11-13  
4700 Eupen  
087/59.07.80

### ASD LIÈGE-HUY-WAREMME

**043/42.84.28 :**  
**(numéro unique) :**

#### Liège

Rue d'Americoeur, 55  
4020 Liège

#### Aywaille

Avenue de la République Française, 11  
4920 Aywaille

#### Huy

Quai de Compiègne, 75  
4500 Huy

### ASD Verviers

#### Verviers

Rue de la Banque, 8  
4800 Verviers  
087/32.90.90