

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 416 / DÉCEMBRE 2024



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE
CHARLEROI X | P401139



Urbanisme
et santé:
le poids du politique

Sommaire



3

POLITIQUES
**Urbanisme
et santé:**

le poids du politique



9

POLITIQUES
Naissance:

dépistage systématique
des vulnérabilités
psychosociales



6

INITIATIVES
Suicide:

des solutions
pour endiguer l'effet
de contagion



12

DONNÉES
Endométriose:

un parcours
de combattantes



educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.

Retrouvez-nous aussi sur :  facebook.com/revueeducationsante

 linkedin.com/company/education-sante

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **Abonnement**: gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **Réalisation et diffusion**: Mutualité chrétienne (MC). **Ont collaboré ce mois-ci**: Julie Luong, Tsolair Meguerditchian, Clotilde de Gastines, Clara Noirhomme. **Rédactrice en chef**: France Gerard (education.sante@mc.be). **Équipe**: Clotilde de Gastines, Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege. **Contact abonnés**: education.sante@mc.be. **Comité d'accompagnement**: Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers. **Comité opérationnel**: Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **Éditeur responsable**: Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **Mise en page**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **Pour tous renseignements complémentaires**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **Internet**: educationsante.be. **Courriel**: education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme **promosante.net**. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément: P401139. Crédit photos: AdobeStock.



Évaluer pour évoluer!

L'équipe d'Éducation Santé lance une **évaluation de la revue**. Vous souhaitez participer? Complétez notre questionnaire en ligne, cela vous prendra environ **8 minutes** et cela nous sera très précieux pour que la revue réponde au mieux à vos besoins et vos attentes.

Rendez-vous sur notre site educationsante.be/vous-nous-lisez-un-peu-beaucoup-a-la-folie

Ou scannez ce QR code :



Merci d'avance pour votre participation !

Urbanisme et santé : le poids du politique

POLITIQUES

Piétonnisation, ville sans voiture, végétalisation, création de pistes cyclables. Certaines tentatives pour créer des villes santé sont réussies, quand d'autres restent inabouties. Alors qu'en Belgique, les élections bruxelloises de l'année 2024 se sont en partie jouées sur le rejet du plan Good Moove, Charlotte Marchandise, directrice exécutive de l'European Health Association (EUPHA), rappelle que les politiques publiques sont un levier incontournable pour créer des villes plus respectueuses de la santé, de l'environnement, plus agréables à vivre et plus inclusives. À condition toutefois que deux impératifs servent de boussole : le bien-être des habitants et l'équité. Interview

► DES PROPOS RECUEILLIS PAR JULIE LUONG



ES: Depuis quand les liens entre urbanisme et santé sont-ils étudiés?

C'est un débat ancien, qui date des débuts de la santé publique et plus précisément de la déclaration d'Alma-Ata de 1978 de l'OMS. La présidence finlandaise de l'Union Européenne de 2006 a marqué également un tournant important. Les pays nordiques et les Pays-Bas avaient déjà lancé le mouvement dans les années 80 en décidant de limiter la voiture et de promouvoir le vélo. Le Canada et certaines communes françaises, notamment Rennes, dont j'ai été maire adjointe, leur avaient emboîté le pas. Dans toutes les expériences réussies, c'est la politique qui rencontre la science. Et là,

l'évidence saute aux yeux, on se dit « *bon sang, mais c'est bien sûr!* »

ES: Un urbanisme favorable à la santé est aussi favorable à d'autres enjeux comme l'environnement, la qualité des interactions...

Tout à fait. Un urbanisme favorable à la santé, ce sont aussi des villes où il y a moins de bruit, où l'on a une attention aux paysages, où les interactions sociales sont importantes, alors que l'isolement est aujourd'hui identifié comme l'une des causes de mortalité par l'OMS. Mais l'enjeu est de bien le faire : il ne suffit pas de mettre une piste cyclable pour avoir une ville favorable à la santé ! Au



Une vue de Copenhague

contraire, l'approche de l'urbanisme favorable à la santé, c'est de dire « *le vélo c'est super, mais il ne faut pas oublier les piétons.* » La question des plus vulnérables est fondamentale : quand on mise trop sur l'attractivité, on perd le concept de base de la santé publique qui est l'équité. Par exemple, les espaces verts, c'est bon pour la santé, c'est attractif, ça protège le climat, ça capte la pollution, mais si je plante les mauvaises espèces, je peux me retrouver avec des essences extrêmement allergènes. Quand la Métropole de Lyon a choisi de planter 980 bouleaux en 2011 dans le nouveau quartier Confluence, tout le monde est devenu allergique... Donc oui, dans l'urbanisme favorable à la santé, se cumulent la question des espaces verts, du bruit, avec celle des mobilités actives, mais aussi par exemple celle de l'ombre – les cancers de la peau étant en augmentation. C'est pourquoi aujourd'hui, on ne parle plus de santé *dans* toutes les politiques, mais de santé *pour* toutes les politiques.

ES : Un enjeu de l'urbanisme favorable à la santé consiste aussi à limiter le poids de certains déterminants défavorables, comme les déterminants commerciaux de la santé et notamment l'affichage publicitaire.

Souvent les décideurs, les architectes, les urbanistes ne vivent pas dans les quartiers défavorisés où ces affichages sont omniprésents. Or l'enjeu de santé permet de rappeler aux acteurs locaux qu'ils ont du pouvoir et qu'au niveau local. On peut par exemple choisir de ne pas mettre de publicité sur les abribus aux abords d'une école. À l'échelle d'une ville, il existe aussi des leviers réglementaires très forts qui permettent par exemple de refuser l'implantation de *fast food*. Cela n'est pas seulement vrai pour l'urbain, mais aussi pour le rural. Je me souviens d'avoir donné une formation pour des directeurs d'hôpitaux dans laquelle je rappelais, au sujet de l'obésité, qu'elle n'était pas seulement liée au comportement individuel mais que les causes étaient multifactorielles. Certains avaient fait remarquer que n'importe qui pouvait quand même aller faire un tour le soir pour accomplir ses 10 000 pas... Mais si vous habitez à côté d'une route départementale où il n'y a pas d'éclairage, pas de trottoir, en fait, non, vous ne pouvez pas !

ES : Quels sont les facteurs qui amènent les décideurs politiques à s'engager dans un urbanisme favorable à la santé ?

Ça peut être une idéologie politique, en particulier l'écologie. Néanmoins, si on mise trop sur ce critère, on risque de perdre des gens. Ça peut aussi être une décision personnelle et une expérience : vivre sensoriellement ce qu'est une ville cyclable comme Copenhague ou Amsterdam, visiter Barcelone. Et enfin, c'est la formation. Or, nous, acteurs de la santé publique, nous ne sommes souvent pas assez clairs dans nos explications, alors que les promoteurs des déterminants commerciaux de la santé sont au contraire hyper bons en *storytelling* (NDLR : une technique de narration qui permet de mettre en avant un produit ou une entreprise).

ES : L'urbanisme favorable à la santé peut-il, au-delà des métropoles, s'appliquer aux petites villes, aux villages, à la ruralité ?

Absolument, c'est essentiel. Souvent, les exemples qu'on donne concernent des grandes villes ou alors des cas un peu exceptionnels comme Pontevedra (Espagne). Pourtant la question, c'est « *qu'est-ce que je peux faire maintenant ?* » Parfois, il suffit d'ajouter un passage piéton entre la sortie d'un lotissement et le parc, un banc quelque part. Cela peut faire toute la différence ! Ce sont des investissements peu coûteux, qui ne nécessitent pas d'avoir toute une équipe universitaire à ses côtés...

ES : Si l'on prend le cas de Pontevedra, qui en bannissant les voitures de son centre est devenu une référence internationale en matière de piétonnisation, d'accessibilité et d'urbanisation durable, quels sont les facteurs qui ont présidé au changement ?

Tout a commencé par une décision politique. Le maire Miguel Anxo Fernández Lores constatait que l'usage de la voiture coûtait trop cher en entretien des routes, en places de parking... C'était coûteux en termes d'espace et de nettoyage des bâtiments. La ville perdait ses habitants. Et puis s'ajoutait évidemment la question du climat. On demande très souvent au maire de Pontevedra, comment il a eu les

moyens de faire ça, et il répond toujours qu'il n'avait pas les moyens de NE PAS faire ça.

Les responsables ont assumé le choix d'une ville sans voiture, avec des solutions hyper adaptées, comme le Metrominuto (ndlr : une carte piétonne schématique basée sur l'esthétique des plans des lignes du métro, qui marque les distances entre les points les plus importants de la ville et le temps qu'une personne prendrait en moyenne pour les parcourir), de manière très inclusive, en n'oubliant jamais les personnes âgées ou les personnes handicapées. Car si presque tout le monde marche, tout le monde ne peut pas faire de vélo ! Une ville comme Paris a par exemple développé une vision du vélo qui permet d'aller vite, une bataille de puissance, cheveux au vent, dans l'esprit « *on est beau sur nos vélos* ». Mais si je suis un peu âgé, en fauteuil roulant, ce n'est pas accessible...

ES : L'urbanisme favorable à la santé exige-t-il une planification sur le très long terme ?

Justement, je crois qu'on peut avoir très vite de petites victoires. On se ment quand on se dit que cela peut seulement se produire sur le long terme... Regardez Barcelone. Avec l'arrivée de la nouvelle maire en 2016, grâce à des alliances politiques et à la société civile, la ville a créé les superblocks, des îlots à l'intérieur desquels les voitures n'accèdent pas. En un mandat, la ville avait déjà complètement changé. Sur les grandes artères, les feux de signalisation qui étaient placés très en hauteur, ont été abaissés : cela permet aux conducteurs de porter différemment leur regard au moment de démarrer. Toutes ces petites « bidouilles » font aussi beaucoup. Il y a 17 ans, Séville a aussi connu une véritable transformation, simplement par la construction d'une vraie belle piste cyclable autour de la ville : du coup, tout le monde s'est mis à faire du vélo parce que c'était beaucoup plus pratique. Mais pour que cela marche, il faut partir du bassin de vie, du vécu des gens. La santé publique, c'est accompagner les gens là où ils sont et comme ils sont : toutes les études du comportement des populations montrent en effet que, au départ, personne n'a vraiment envie de changement. Mais si les aménagements sont adaptés, personne ne veut revenir en arrière.

ES : Possède-t-on aujourd'hui assez de données scientifiques concernant l'urbanisme favorable à la santé ?

Des données scientifiques, on en a beaucoup, beaucoup ! Le gros problème, c'est qu'on est très mauvais sur les data, qui permettent de voir les effets d'une politique publique par rapport à des indicateurs choisis. C'est un boulot qu'on devrait faire au niveau européen. Car les choix politiques basés sur la science fonctionnent. L'Islande, par exemple, était auparavant le pays de l'OCDE avec le plus de jeunes qui fumaient, se droguaient, prenaient de l'alcool. Les autorités ont donc regardé ce que la science disait : premièrement que les interdictions marchent, deuxièmement qu'il fallait accompagner la parentalité, troisièmement qu'il fallait créer des espaces de sport et des espaces culturels. Résultat, c'est aujourd'hui un pays exemplaire en la matière.



À voir, à lire :

- ▶ Le webinaire **L'urbanisme favorable à la santé** du 12 septembre 2024, organisé par l'association française Elu, santé publique & territoires : [espt.asso.fr/webinaire-lurbanisme-favorable-a-la-sante/https://www.espt.asso.fr/webinaire-lurbanisme-favorable-a-la-sante](https://www.espt.asso.fr/webinaire-lurbanisme-favorable-a-la-sante/)
- ▶ La santé, un argument plus porteur que l'écologie pour verdir les villes ? Sur The Conversation, Ariane Roza retrace les efforts mis en place dans plusieurs villes françaises pour développer l'Urbanisme favorable à la santé. theconversation.com/la-sante-un-argument-plus-porteur-que-lecologie-pour-verdir-les-villes-234738
- ▶ En septembre 2023, Santé conjugulée (n°104) publiait **Lutter pour une ville hospitalière**, un article de Marion Alecian sur les projets de rénovation urbaine à Bruxelles.

maisonmedicale.org/lutter-pour-une-ville-hospitaliere

L'autrice y rappelle que « *le droit à vivre en ville pour toutes et tous présuppose et encourage un pouvoir d'attraction ainsi qu'une certaine idéalisation politique du cadre de vie urbain, comme lieu d'émancipation sociale.* » Et conclut sur la responsabilité politique dans le projet urbain : « *La ville n'est pas un organisme vivant qui suivrait une évolution déterministe ou non régulable. La ville est le fruit d'une construction sociale et d'un projet politique qui implique l'engagement de ses habitants, mais aussi des plans contraignants volontaristes visant à atteindre un confort de vie : faire du milieu urbain un véritable lieu de vie volontaire, partout et tout le temps !* ».



La ville de Pontevedra

Suicide :

des solutions pour endiguer l'effet de contagion



La prévention du suicide est l'affaire de tous. Le Centre de Prévention du Suicide (CPS) appelle à renforcer les actions de santé publique. L'augmentation des demandes venant des jeunes, a notamment conduit le CPS à structurer des principes d'interventions post crise suicidaire pour éviter l'effet de contagion.

► **TSOLAIR MEGUERDITCHIAN**, psychologue, formatrice et responsable de projets postventions au Centre de Prévention du Suicide

« Tu as des idées suicidaires ? », « Ne reste pas seul-e ! Des ressources existent ! » Ligne d'écoute, consultations psychologiques, forum en ligne gratuit et anonyme, ces dernières années, le Centre de Prévention du Suicide a développé de nombreux outils pour accompagner les personnes en crise et leurs proches, que l'acte suicidaire soit abouti ou non.

Un problème de santé publique

Le suicide revêt une ampleur significative en Belgique, qui figure au 4^e rang des pays de l'Union Européenne. En 2021, 1641 suicides aboutis ont été déclarés en Belgique (contre 1736 en 2020). La Flandre est plus touchée que la Wallonie et Bruxelles. Il faut toutefois manier les chiffres avec prudence étant donné que tous les suicides ne sont pas répertoriés ou reconnus comme tels : certains accidents mortels de la route (suicides maquillés), les équivalents suicidaires (liés aux assuétudes).

Le suicide et les idéations suicidaires concernent l'ensemble de la population. En 2018, 4,3 % de la population

l'avait ainsi sérieusement envisagé et 0,2 % avait tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

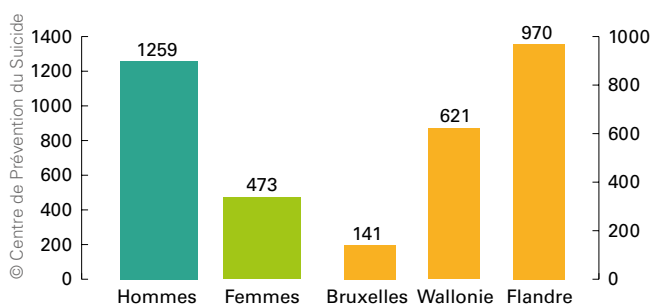
Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, les personnes d'âge moyen (45-64 ans) et dans le groupe avec un niveau d'éducation plus faible. Cependant, en 2021, 1174 hommes avaient mis fin à leurs jours, contre 467 femmes.

Les jeunes adultes, en particulier ceux âgés de 18 à 29 ans, présentent le taux d'idéation suicidaire le plus élevé. En novembre 2023, 23,4 % des femmes de cette tranche d'âge ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, un chiffre en hausse par rapport à 18 % en février 2023. Pour les hommes, ce taux était de 13,4 % en novembre 2023, en légère baisse par rapport à 14 % en février 2023. Dans la tranche d'âge 15-24 ans, plus d'un décès sur quatre est dû à un suicide.

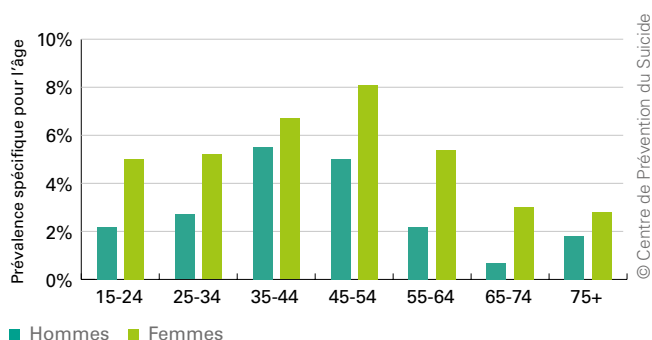
Au Centre de Prévention du Suicide, la proportion d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes qui utilisent la ligne

Le suicide : quelques chiffres

En 2020, il y a eu 1732 suicides aboutis en Belgique.



Source : Sciensano (2023) Comportements suicidaires. Vers Une Belgique En Bonne Santé



d'écoute et requièrent des consultations psychologiques a augmenté de 15 % depuis 2020. Chez certain-es psychologues du centre, plus de 40 % des patient-es sont des jeunes. Certain-es ont élaboré un plan suicidaire dès leur plus jeune âge. Ces chiffres soulèvent une priorité absolue concernant la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes.



Par ailleurs, il est crucial de souligner que le suicide peut toucher n'importe qui, sans distinction d'âge, de genre, d'origine, de religion ou de classe sociale. Ainsi la tranche d'âge des seniors, les plus de 85 ans, est la tranche d'âge la plus touchée par le suicide abouti. Cette universalité du phénomène souligne l'importance de l'aborder sous divers angles, à travers la prévention, le soutien, la sensibilisation, et la postvention – l'intervention en collectivités après un passage à l'acte suicidaire abouti ou non.

Détecter les signaux d'alerte

La prévention du suicide est un défi de société qui nécessite des approches tant individuelles que collectives. La clé de la prévention réside dans la capacité à détecter les signaux d'alerte, à offrir un soutien émotionnel et à promouvoir des espaces ouverts de dialogue. Le fait d'intervenir tôt et d'offrir des ressources adéquates permet de créer un climat de confiance et de compréhension pour que les personnes en détresse se sentent écoutées et soutenues. Professionnel-le-s de la santé, personnels éducatifs, amis et famille ont tout intérêt à savoir reconnaître les signes de détresse, tels que :

- ▶ l'isolement social : perte d'intérêt et de plaisir pour les activités, retrait, recherche de solitude, coupure des contacts, mutisme, repli sur soi, absence d'émotion...
- ▶ les signes de dépression : trouble du sommeil, trouble de l'appétit, manque d'énergie, fatigue, agitation, tristesse, colère, rage, faible estime de soi, anxiété accrue...
- ▶ certains comportements : décrochage à l'école ou au travail, désintérêt général, manque d'attention, négligence physique, consommation excessive d'alcool, de drogue et de médicaments, comportements auto-mutilants et dangereux...
- ▶ les messages directs : « *Je veux mourir* », « *Cela ne vaut plus la peine de continuer de vivre* »...
- ▶ les messages indirects : « *Vous seriez mieux sans moi* », « *Bientôt je vais avoir la paix* »...

Le suicide reste stigmatisé, ce qui rend difficile d'en parler, tant pour les personnes ayant des idées suicidaires (ou endeuillées par suicide) que pour celles qui les soutiennent. Le tabou conduit à une absence de conversation. Ne pas aborder le sujet ouvertement va ensuite entraîner un sentiment d'isolement, des silences gênants et à l'enfermement des émotions.

Pour ouvrir le dialogue sur la question du suicide, le CPS a notamment développé un jeu de cartes pour sensibiliser autour des idées reçues sur le suicide (voir la page les mythes et les réalités sur le site du CPS). Il est utilisé lors des sessions d'information pour ouvrir le dialogue.

Écouter et orienter

Se préparer à entendre qu'une personne envisage le suicide est important. Cette révélation peut être très déstabilisante. Il est crucial de prendre la situation au sérieux, d'écouter activement la personne sans la juger, et de lui faire sentir qu'elle n'est pas seule face à ses difficultés. Le calme et la bienveillance sont essentiels pour l'aider à se sentir soutenue, pour faire savoir aux personnes en détresse qu'elles ne sont pas seules.

Vous pouvez également être une source de soutien, dans les limites de votre rôle et de vos capacités. Après avoir accordé une première écoute, il est conseillé d'informer et de réorienter vers des ressources externes où les personnes en souffrance peuvent obtenir de l'aide, que ce soit par le biais de professionnel-les de la santé mentale, de lignes d'assistance téléphonique comme la ligne d'écoute du Centre de Prévention du Suicide 0800 32 123 ou de groupes de soutien. Il est important de se rappeler que chaque personne possède ses propres ressources. En posant les bonnes questions, nous vous encourageons à les aider à les identifier et à les mobiliser.

Pour celles et ceux qui sont vulnérables, qui ont déjà exprimé des idées suicidaires ou qui ont des antécédents de comportements suicidaires, un suivi régulier et un soutien peuvent aider à prévenir une situation de crise.

La postvention, une méthode d'intervention en collectivité

En 2023, le CPS a structuré son service de postvention. Cette intervention joue un rôle déterminant dans la prévention du suicide.

Elle a pour but de diminuer la souffrance individuelle, de prévenir un effet de contagion éventuel, d'augmenter le

sentiment de sécurité du milieu et ainsi favoriser un retour au fonctionnement habituel dans le secteur concerné.

Elle se décline avec différentes actions :

- ▶ en accompagnant les personnes en charge pour la gestion de la crise suicidaire institutionnelle comme, pour annoncer le décès par suicide, rendre hommage ;
- ▶ en épaulant les personnes directement touchées par le passage à l'acte à travers les groupes de paroles ;
- ▶ en repérant les personnes vulnérables ;
- ▶ en faisant connaître les ressources disponibles ;
- ▶ en cocréant un protocole institutionnel d'intervention et de prévention du suicide.

En 2023, le CPS a

- ▶ dispensé huit séances d'informations postventions gratuites (les modules sont en accès libre sur le site web depuis septembre 2023) ;
- ▶ sensibilisé et informé 415 professionnel-le-s. à travers les séances d'information. Entre autres des centres de prévention et d'intervention addiction et dépendance, des mouvements de jeunesse, des fédérations de maisons de jeunes, des écoles et internats, les pôles académiques de Bruxelles (hautes écoles et universités), des services d'aide aux victimes, des organismes d'insertion socioprofessionnelles, les services de lutte contre la pauvreté, les SPF Emploi, Santé, Intérieur, les centres d'hébergement et les prisons ;
- ▶ accompagné 15 institutions dans la gestion des crises (suicidaires). Notamment des écoles secondaires, mouvement de jeunesse, institutions publiques ;
- ▶ créé 15 espaces de libre parole, pour un total de plus d'une centaine de personnes touchées par l'acte suicidaire. Plus de la moitié de ces sessions a eu lieu dans des écoles secondaires après des décès par suicide. Les participant-es étaient soit des professionnel-le-s de l'école, soit les élèves eux-mêmes ;
- ▶ créé trois protocoles institutionnels d'intervention et de prévention du suicide sur mesure.

Il est important de considérer tous les aspects d'une situation et évaluer si elle est critique et demanderait une action urgente. Dans certains cas, une aide immédiate peut être nécessaire.

Les protocoles institutionnels d'intervention et de prévention du suicide

Face à la détresse d'une personne qui fait part de ses idées suicidaires ou que l'on soupçonne suicidaire, il est normal de se sentir démuni et impuissant et de ne pas savoir ni quoi faire ni quoi dire.

Ce protocole fournit des directives claires et des outils pratiques pour une meilleure gestion des crises suicidaires, couvrant les phases avant, pendant et après l'incident.

Il permet d'adopter des attitudes spécifiques : l'écoute active, la bienveillance et l'absence de jugement pour éviter d'être submergé par l'anxiété ou de rejeter les émotions de l'autre.

Le protocole a pour objectif d'apporter l'aide, les informations et les outils nécessaires aux personnes en charge ainsi qu'à tout-e professionnel-le dans le but de minimiser les risques au sein de l'institution.

Il s'agit d'une cocréation sur mesure qui se déroule comme suit.

- ▶ Une première rencontre avec l'équipe. Le but est de savoir dans quels contextes et à quelle fréquence, celle-ci est confrontée à des situations de crise suicidaire (pensées suicidaires, tentative, suicide abouti) ? Comment ces crises suicidaires ont-elles été gérées ? Qu'est-ce qui a été bien fait ? Qu'est-ce qu'on peut faire autrement ? Qu'est-ce qui serait à éviter ?
- ▶ Sur base de ces réflexions et informations, le CPS formule une proposition pour que ce protocole s'approche au plus à leur réalité du terrain. Les participants seront donc invités à apporter les modifications nécessaires pour que la procédure soit aussi réaliste et applicable que possible. Il est également important de confier chaque tâche à l'avance aux personnes qui en seront chargées, afin que les employés ne se retrouvent pas perdus et désarmés lorsqu'ils sont confrontés à une crise suicidaire. Cela garantira un fonctionnement harmonieux où chacun sait ce qu'il a à faire.
- ▶ Une fois le protocole finalisé et les outils sur mesure développés, l'intégralité sera présentée à l'équipe. Ceci peut être considéré comme une sorte de formation. Des éléments liés à la prévention du suicide, à la postvention ainsi que les outils et ressources seront présentés.

Ainsi, la mise en place du protocole institutionnel d'intervention et de prévention du suicide aide non seulement à prévenir le suicide, mais contribue également à construire un environnement plus vigilant et solidaire face à cette problématique majeure.

Une intervention rapide peut faire la différence, et il est crucial de connaître les étapes à suivre dans ces situations délicates.

Références

- ▶ *Statistics, Eurostat* (2024). ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00122
- ▶ *Bulletin n° 2 - BELHEALTH - FR.* (2023). sciensano.be/fr/biblio/bulletin-ndeg-2-belhealth-fr
- ▶ *Sciensano.* (2024). *Comportements suicidaires – Vers une Belgique en bonne santé.* belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/comportements-suicidaires

En outre, le protocole inclut des directives sur la manière d'annoncer le décès par suicide, de rendre hommage et dans certains cas, de répondre aux médias, qui jouent un rôle significatif dans la sensibilisation et la prévention d'un éventuel phénomène de contagion.



Pour trouver plus d'informations:

- ▶ Guide général pour les professionnels de première ligne
- ▶ Ressources pour les parents et proches de jeunes

Centre de Prévention du Suicide

Ligne d'écoute (gratuite et anonyme):

0800 32 123

Secrétariat (prise de rdv auprès des psychologues): 0476 53 00 84

Formation et Postventions: 0471 85 10 13

preventionsuicide.be

Cps@preventionsuicide.be

postventions@preventionsuicide.be

Le CPS peut aussi assurer certaines interventions en anglais.

Les interventions en néerlandais, sont menées par leur homologue le CPZ

preventiezelfdoding.be

Naissance : dépistage systématique des vulnérabilités psychosociales

POLITIQUES

Améliorer l'accessibilité aux soins des femmes enceintes vulnérables. C'était l'ambition d'un projet pilote mené au sein de la maternité du centre hospitalo-universitaire de Jette (UZ Brussel). Le dispositif, qui a fait ses preuves localement, est en train d'être mis en œuvre dans toute la Belgique sous la forme d'une plateforme numérique baptisée Born in Belgium Professionals.

▶ CLOTILDE DE GASTINES

Jusqu'alors les soins périnataux étaient fragmentés et complexes. Si bien, que les équipes de soins « *constataient des vulnérabilités tardivement, le plus souvent au moment de l'accouchement*, raconte Katrien Beeckman, sage-femme à la maternité de l'UZ Brussel. *Certaines femmes ne pouvaient pas rentrer chez elles après la naissance parce qu'elles avaient des problèmes de logement, de santé mentale ou de violences intrafamiliales* ».

Le centre hospitalo-universitaire de Jette, situé en région Bruxelles Capitale (UZ Brussel) disposait bien d'un proto-

cole sur l'alcool et les drogues, mais n'avait pas d'outil plus large pour dépister les autres vulnérabilités psychosociales des mères au cours de la grossesse.

Or dans le cadre de sa thèse sur les inégalités dans les parcours de soins à Bruxelles soutenue en 2011, Katrien Beeckman avait pu constater de nombreuses barrières dans l'accès aux soins: manque de temps dédié au





suivi, manque de financement, manque de transparence sur l'offre, listes d'attente, manque d'expertise. Elle y relevait la nécessité de mettre au point un accompagnement spécifique pour les femmes enceintes vulnérables.

Pourquoi? Parce que la vulnérabilité psycho-sociale affecte l'accès aux soins et peut générer des difficultés à la naissance aussi bien chez la mère (prise de poids excessif, morbidité, dépression ou anxiété, allant parfois jusqu'au suicide) que chez l'enfant (faible poids du nourrisson, naissance prématurée).

Les statistiques sur la santé psychosociale périnatale à Bruxelles sont sans appel : une mère sur cinq a ou développe des problèmes de santé mentale au cours de la grossesse ou après la naissance. De surcroît : un enfant sur cinq naît dans la précarité (alors qu'elle concerne un nouveau-né sur six en Wallonie, un sur douze en Flandre).

La mise au point d'indicateurs de vulnérabilités

Entre 2017 et 2019, l'UZ Brussel soutient l'initiative de ses équipes dans la création d'un outil de dépistage des vulnérabilités. Sage-femmes et gynécologues font une recherche approfondie sur la littérature scientifique et les bonnes pratiques autour de la santé périnatale existant en Belgique et en Europe.

Elles dégagent 15 indicateurs pertinents sur le niveau d'éducation, le pays de naissance, le statut de résidence, la profession de la mère, la profession de son ou sa partenaire, sa situation financière, la situation de logement, la communication, le soutien social, l'anxiété, la dépression, les antécédents psychologiques, la violence, la consommation de médicaments et la consommation de substances psychoactives.

Le prototype de la plateforme est baptisé « Born in Brussels Screening Tool (ST) ». Il favorise l'approche et l'accompagnement pluridisciplinaire. Très rapidement, l'expérimentation se fait connaître dans le cadre des travaux autour du livre blanc sur l'accès aux soins. L'Inami et le SPF Santé Publique s'y impliquent et l'équipe de l'UZ Brussel choisit d'abriter l'expérimentation au sein d'une asbl « Together We Care » pour notamment assurer le respect du droit des patientes

en matière de traitement des données personnelles (RGPD).

Un outil d'aide à la décision et à l'action

La plateforme numérique est formalisée avec l'aide d'un groupe d'experts hébergé par l'Inami. Elle comporte désormais deux volets : le premier permet toujours de réaliser le screening/dépistage, le second de mettre en place des soins et un soutien spécifique personnalisé.

L'ambition est « d'agir le plus tôt possible lors du premier trimestre pour tenter de régler les problèmes en amont de la naissance, pour que l'enfant à naître ait les meilleures chances dans la vie » précise Sabine Verschelde, qui participe à la mise en œuvre au sein de l'équipe qui compte désormais huit personnes.

L'année 2021 marque un tournant. L'évaluation du dispositif conforte l'Inami sur sa pertinence. La Flandre s'y intéresse aussi. Le projet est alors repris dans le cadre du protocole d'accord soins intégrés (8 novembre 2023) et devient un volet dédié du projet fédéral sur les 1000 premiers jours de l'enfant. L'Inami finance la plateforme BiB et propose de généraliser la mise en place de la plateforme dans toute la Belgique.

Systématiser le dépistage en interrogeant toutes les mères

« L'objectif est de dépister dès l'anamnèse de début de grossesse les fragilités psycho-sociales en interrogeant toutes les mères à l'aide d'un questionnaire », explique Sabine Verschelde. Pourquoi toutes les mères? Parce que les traumatismes, les violences conjugales ou l'anxiété n'ont pas de couleur sociale et aussi pour éviter la stigmatisation.

« On stimule le fait de poser les questions : peut-être qu'une dame se sent seule, peut-être qu'elle a du mal à payer ses factures en fin de mois. Si on ne lui demande pas, elle ne le dira peut-être pas spontanément. Il faut parler de bien-être psychosocial avec chaque femme enceinte », ajoute Manon Moulin, sage-femme de formation, désormais chargée de l'implémentation de BiB en Wallonie.

Accord préalable et formalisé

Ces questions ne sont posées qu'avec l'accord formel préalable de la patiente. Cette dernière est d'abord informée qu'il existe la possibilité d'ouvrir un dossier BiB. L'ouverture peut se faire lors de la consultation de confirmation de grossesse qui a lieu avec le médecin généraliste ou la sage-femme. Il n'est ouvert qu'après signature d'un formulaire officiel de consentement éclairé.

Le questionnaire, disponible en dix langues, comporte aujourd'hui 24 questions. La personne qui conduit l'entretien ne doit pas nécessairement poser toutes les questions. « Quoiqu'il en soit, le questionnaire a été conçu pour être

faisable en 20 minutes, dit Katrien Beeckman. Si la patiente a beaucoup de vulnérabilités, cela peut prendre plus de temps, mais une consultation prénatale dure en principe une heure. Quoiqu'il en soit, le plan interfédéral prévoit une intervention financière pour s'assurer que les prestataires de soins ont assez de temps pour écouter la femme enceinte».

Secret professionnel partagé

Le recueil des informations sur la situation psychosociale de la femme enceinte n'est pas nécessairement exhaustif. La plateforme BiB permet de remplir les champs au fur et à mesure des entretiens. Les données personnelles de la femme enceinte sont conservées de manière sécurisée et ne sont visibles que par les professionnels de santé avec lesquels elle a une relation thérapeutique. Ce système à l'avantage d'éviter que la femme enceinte soit obligée de répéter son histoire à chaque fois qu'elle rencontre un nouvel interlocuteur. Le dossier est relié au numéro de registre national, au n° BIS¹, ou au n° BIP qui a été mis en place pour les femmes sans papier.

L'Inami dispense actuellement des formations d'une journée autour des techniques d'entretien pour les prestataires de soins. « Ils se familiarisent avec des sujets qu'ils connaissent peu, ils s'entraînent à poser des questions délicates de manière adaptée, à réagir aux réponses et à conclure l'entretien afin que la patiente reparte en se sentant vraiment bien prise en charge » précise Sabine Verschelde.

Quand un seul indicateur de vulnérabilité est identifié, la future maman a droit à deux consultations prénatales personnalisées. Ces informations permettent d'orienter vers le service social de l'hôpital, ou de mobiliser le psychologue de l'équipe périnatale si la patiente est d'accord. Si une aide d'urgence est nécessaire pour des problèmes de santé mentale, l'outil permet également de voir immédiatement à qui la patiente peut s'adresser dans son quartier et le ou la praticien-ne peut appeler immédiatement pour voir s'il est possible de prendre un rendez-vous en urgence.



Pour les situations de très grande vulnérabilité, dès qu'une femme enceinte cumule plus de deux indicateurs, il est aussi possible de désigner un coordinateur des soins au sein de l'équipe périnatale. « Cette personne-clé va développer un plan en concertation étroite avec la femme enceinte pour que toutes les questions et préoccupations de la mère et du ménage soient prises en compte, et ce, potentiellement sur une période de 1000 jours ».

L'équipe de BiB travaille actuellement au déploiement sur les territoires au sein des maternités. « Grâce à la mise en place du plan interfédéral, de plus en plus de portes s'ouvrent, constate Manon Moulin. De la première présentation, à la signature d'une convention avec les hôpitaux et la mise en place opérationnelle, il faut compter au moins 6 mois ». Gestionnaires et prestataires peuvent aussi compter sur l'aide de la plateforme pour identifier et créer un réseau de soutien prénatal avec les services sociaux et de santé environnants.



Plus d'information :

Born in Belgium Professionals :
borninbelgiumpro.be/fr

La liste des partenaires à ce jour : borninbelgiumpro.be/fr/partners-in-de-perinatale-period

Retrouvez les témoignages de professionnel·les :
borninbelgiumpro.be/fr/getuigenissen

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur la plateforme, Born in Belgium Professionals organise des webinaires.

Au sujet du plan interfédéral des soins intégrés et des 1000 premiers jours de l'enfant :

› inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres#programme-pour-les-femmes-enceintes-les-enfants-et-la-famille-qui-les-entoure-lors-des-premiers-1000-jours

› vandenbroucke.belgium.be/fr/autorit-s-f-d-ales-et-entit-s-f-d-r-es-unissent-leurs-forces-pour-assurer-un-meilleur-suivi-des-m

Publication de l'étude sur le prototype de la plateforme BiB « Born in Brussels Screening Tool (ST) » dans la revue BMC (en anglais) : bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11463-8

¹ Ce numéro d'identification unique est attribué aux personnes qui ne sont pas enregistrées dans le registre national, mais qui entretiennent tout de même des relations avec les autorités belges.

Endométriose :

un parcours de combattantes

DONNÉES

Sous-diagnostic, errance, mauvaise organisation des trajets de soins, inégalités sociales. Pour les 280 000 femmes souffrant d'endométriose en Belgique, c'est la double peine. Malgré des initiatives politiques récentes, l'endométriose est aujourd'hui encore insuffisamment connue et reconnue. La MC a mené une étude pour objectiver l'impact sur la santé et sur d'autres aspects de la vie quotidienne des femmes, le reste à charge pour les patientes et constate que le recours aux soins est plus difficile pour les femmes dont les conditions socio-économiques sont défavorables.

► CLARA NOIRHOMME – Service d'études de la MC

En Belgique, une femme en âge de procréer sur dix serait atteinte d'endométriose, soit potentiellement plus de 280 000 femmes. L'endométriose est une maladie complexe et multifactorielle et son origine exacte reste encore partiellement incomprise, notamment en raison du sous-financement de la recherche. S'il existe des cliniques dans plusieurs hôpitaux belges proposant un suivi multidisciplinaire, ces cliniques ne sont pas reconnues ni organisées à l'échelle territoriale pour répondre aux besoins des patientes.

Cette maladie invalidante est causée par la présence d'endomètre en dehors de l'utérus. L'endomètre est une muqueuse qui tapisse normalement uniquement l'intérieur de l'utérus. Elle se gorge de sang au cours du cycle menstruel qui est éliminé en période de règles. Quand l'endomètre s'étend en dehors de l'utérus, il peut former des lésions sur les ovaires, les trompes, les intestins, la vessie, etc...

Les symptômes principaux sont des douleurs invalidantes pendant les règles, pendant et après les rapports sexuels, des douleurs pelviennes chroniques et la stérilité, ainsi que des douleurs dorsales et des problèmes vésicaux ou intestinaux. Bien qu'elle diminue drastiquement la qualité de vie de nombreuses femmes, l'endométriose est sous-diagnostiquée en raison de la normalisation sociétale de la douleur des femmes.

La normalisation sociétale de la douleur des femmes fait référence à la manière dont la société tend à minimiser ou à banaliser la douleur ressentie par les femmes, souvent en raison de stéréotypes de genre et de biais culturels. Cela peut se manifester par une prise en charge médicale inadéquate, où les plaintes des femmes sont moins prises au sérieux, ou par des attentes sociales qui considèrent certaines douleurs comme « normales » pour les femmes, comme les douleurs menstruelles. Cette normalisation peut avoir des conséquences importantes sur la santé des femmes, car elle peut mener à un retard dans le diagnostic et le traitement de conditions médicales sérieuses.

Errance diagnostique et thérapeutique

Toutes les études internationales s'accordent pour dire que le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la pose du diagnostic est très long. Ces délais sont d'autant plus longs que les premiers symptômes apparaissent tôt. Cela est à mettre en lien avec la minimisation et la décredibilisation de la douleur des femmes, le manque d'écoute et de prise en considération qu'elles subissent, surtout lorsqu'elles sont jeunes. Le délai est également beaucoup plus long pour les femmes dont les douleurs pelviennes constituent le symptôme principal, par rapport à celles dont le symptôme principal est l'infertilité¹. Le fait qu'il soit plus

1 Arruda, M., Petta, C., Abrao, M., & Benetti-Pinto, C. (2003). *Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometrioses in a cohort study of Brazilian women. Human reproduction*, 18(4), 756-759.

facile d'obtenir un diagnostic lorsqu'un désir d'enfant est inassouvi que lorsque l'origine de la recherche de soins est la douleur pose également la question de la prise en charge de la douleur des femmes... à qui on a trop souvent répété qu'il était normal d'avoir mal. La minimisation de la douleur empêche de poser un diagnostic rapide parce que ce symptôme n'est pas reconnu par les prestataires de soins, pour procéder à des investigations diagnostiques, proposer un traitement anti-douleur et référer vers les spécialistes compétents.

Dans l'étude de la MC, l'âge médian de détection des femmes atteintes d'endométriose est de 34 ans. Cela confirme donc que les soins sont plus difficilement accessibles pour les femmes jeunes. En Belgique, le délai de diagnostic moyen est de cinq ans pour des patientes suivies à la clinique de l'endométriose de Louvain², qui est un des centres les plus spécialisés en Belgique... ce qui pose la question du délai de diagnostic effectif pour les patientes qui ne trouvent pas leur chemin jusqu'à ces soins spécialisés.

L'étude met également en lumière cette errance, qui n'est pas seulement diagnostique mais aussi thérapeutique : sur une période de 3 ans, les femmes ayant été hospitalisées ou en incapacité de travail en raison de l'endométriose en 2022 ont rencontré en moyenne cinq gynécologues différents. Certaines d'entre elles, soit 5 %, rencontrent même plus de 12 gynécologues, alors que la majorité des autres femmes voient toujours le-la même gynécologue sur cette période.

État de santé dégradé et recours aux soins accru

Cette errance diagnostique et thérapeutique a un coût pour les patientes en termes d'état de santé, de qualité de vie mais également de santé mentale. La maladie en elle-même a également de lourdes conséquences pour les patientes : les symptômes de l'endométriose affectent négativement la qualité de vie, les activités quotidiennes, la vitalité et la socialisation ; mais aussi tous les aspects de la vie quotidienne des patientes, en ce compris les relations sexuelles, l'appétit, l'exercice physique, le sommeil,

le bien-être émotionnel, les activités sociales, le soin aux enfants et la productivité (tant à la maison qu'au travail).

L'étude démontre que la maladie a un impact sur la vie professionnelle des patientes : parmi les femmes atteintes d'endométriose, 25 % d'entre elles ont été en incapacité pendant au moins un jour en 2022, contre 12 % des autres femmes.

Elles sont également beaucoup plus nombreuses à être hospitalisées (24 % sont hospitalisées avec au moins une nuitée en 2022, contre 5 % des autres femmes) et à bénéficier du statut affection chronique (30 % contre 13 % des autres femmes). Ces indicateurs démontrent que leur état de santé est significativement dégradé par rapport aux autres femmes.

La consommation de médicaments par les femmes atteintes d'endométriose est également préoccupante. En 2022, 34 % des femmes atteintes d'endométriose ont eu recours aux opioïdes (une forme puissante et addictive d'analgésique). C'est presque 2,5 fois plus que chez les autres femmes. L'utilisation d'anti-inflammatoires et d'autres analgésiques est également sensiblement plus élevée.

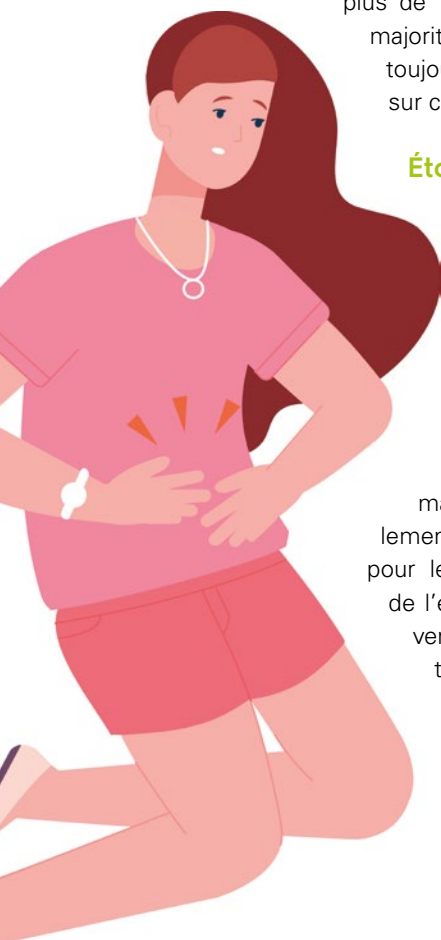
L'endométriose est en outre source d'infertilité dans de nombreux cas. Les données de la MC montrent en effet que 19 % des patientes atteintes d'endométriose ont eu recours à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro entre 2017 et 2023, contre 3 % des autres femmes.

Coûts importants à charge des patientes et barrières pour accéder aux soins

En moyenne, les femmes atteintes d'endométriose paient 641 euros par an de soins de santé, contre 267 euros par an pour les autres femmes. Pour les femmes ayant été hospitalisées ou en incapacité de travail en raison de l'endométriose en 2022, la moyenne est de 1 495 euros cette année-là, des coûts près de six fois plus élevés que ceux des autres femmes. Pour 5 % d'entre elles, ils dépassent même 4 695 euros.

Certains mécanismes permettent en principe de limiter la facture des patientes : le statut « bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM) qui pour objectif de protéger les patientes ayant de faibles revenus de dépenses importantes en santé), le conventionnement des prestataires, et le « maximum à facturer » (MàF) qui permet le remboursement des tickets modérateurs au-delà d'un certain plafond.

Les coûts à charge des patientes présentés sont composés des tickets modérateurs nets (après application du MàF) et des éventuels suppléments facturés par les médecins non



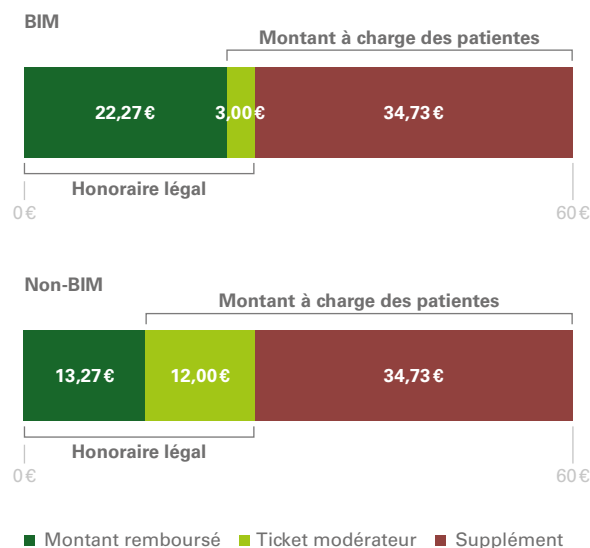
² Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., . . . Zondervan, K. T. (2011). *Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertility and Sterility*, 96(2), 366-373.



Montants remboursés, tickets modérateurs et suppléments

Les coûts des soins de santé sont composés de l'honoraire légal, qui comprend le montant remboursé par la sécurité sociale et le ticket modérateur restant à charge des patient-es, et des éventuels suppléments facturés par les médecins non conventionné-es. Les médecins conventionné-es, quant à elles-eux s'engagent à ne facturer que les honoraires légaux.

Par exemple, si une patiente paie 60 euros pour une consultation gynécologique classique, l'honoraire légal étant de 25,27 euros, cela signifie qu'un supplément de 34,73 euros lui est facturé. En fonction de son statut (bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) ou non), le ticket modérateur est de 3 ou de 12 euros. Cette consultation coûtera ainsi 37,73 euros à une patiente BIM, et 46,73 euros aux autres patientes.



conventionné-es. Si ces coûts sont particulièrement élevés, c'est notamment en raison des suppléments : ils sont près de trois fois plus élevés pour les femmes atteintes d'endométriose par rapport aux autres femmes. Cela peut être lié au fait que plus de la moitié des gynécologues actif-ves ne sont pas conventionné-es, et que les femmes n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers des gynécologues non-conventionné-es pour assurer leur suivi, ce qui augmente les coûts à leur charge.

Par ailleurs, pour les patientes BIM, les coûts moyens restent élevés : 497 euros par an contre 664 euros pour celles qui n'ont pas ce statut. Force est donc de constater

que les mécanismes qui sont censés améliorer l'accès aux soins et limiter les contributions financières des patientes sont trop peu opérants.

Vu qu'il n'existe actuellement aucun traitement capable de guérir définitivement l'endométriose et que cette maladie est donc chronique, de nombreux coûts tels que les médicaments, l'hospitalisation et les soins gynécologiques sont récurrents. Par ailleurs, un grand nombre de médicaments ne sont pas remboursés comme certains traitements hormonaux. Les données relatives aux coûts sans remboursement ne sont pas connues de la MC et ne peuvent donc pas être reprises dans l'analyse. Les coûts à charge des patientes peuvent ainsi être sous-estimés.

En outre, les femmes vivant dans des conditions économiques précaires sont sous-représentées dans l'échantillon de patientes de l'étude de la MC, car elles ont beaucoup plus de difficultés à trouver leur chemin vers les soins en raison des freins rencontrés. Ces freins sont notamment de nature financière, mais ils sont aussi liés au parcours à mener pour obtenir les soins adéquats, difficile sans une haute littératie en santé et un système de soutien fort pour franchir la barrière de l'information et avoir la force de contrer les avis de certains médecins qui répètent aux femmes qu'il est normal d'avoir des douleurs au lieu de leur proposer d'aller consulter d'autres spécialistes et de les référer vers les centres d'expertises compétents.

Amélioration de l'accessibilité des soins

Le retard de diagnostic et la prise en charge inadéquate peuvent gravement altérer la qualité de vie des patientes. La faible efficacité du système de santé engendre des coûts évitables, en particulier en raison de l'errance thérapeutique, qui engendre un risque de multiplication d'exams ou des actes chirurgicaux.

Cette maladie constitue donc un problème de santé publique important auquel le système de santé doit répondre en garantissant un accès rapide à des soins de qualité et abordables, indépendamment de la situation socioéconomique de chaque femme. Pour assurer l'accès aux soins aux personnes souffrant d'endométriose, des évolutions profondes doivent être envisagées autour des quatre dimensions de l'accessibilité³ :

- 1 La sensibilisation à cette pathologie doit être accrue, pour améliorer la **sensibilité aux besoins en soins**, c'est-à-dire la capacité à établir un diagnostic le plus rapidement possible afin de procurer une prise en charge adéquate. Pour ce faire, il est notamment nécessaire d'améliorer la formation des prestataires de soins. Améliorer la sensibilisation du grand public et du public cible permettrait également aux patientes et à leurs proches de repérer leurs symptômes.

3 CÉS, S. (2021) *L'accès aux soins de santé, définition et enjeux*, MC-Informations, 286, 4-22.

- 2 Du point de vue de la **disponibilité des soins**, la prise en charge de patientes souffrant d'endométriose est complexe et n'est pas du tout règlementée à l'heure actuelle. Le Centre d'expertise fédéral des soins de santé (KCE) propose toutefois une réorganisation des soins⁴ qui permettrait de lutter contre l'errance médicale, d'éviter la multiplication des actes invasifs et d'élaborer des plans de soins individuels.
- 3 L'**accessibilité financière** doit être renforcée en limitant les contributions personnelles des patientes, en particulier pour les patientes vulnérables.
- 4 L'**acceptabilité des soins** dépend du seuil de perception de la qualité des soins, décisif pour que les personnes acceptent de recourir aux soins. Dans le cas de l'endométriose, la perception d'un manque de qualité des soins peut entraîner le renoncement aux soins, par exemple, à cause du manque d'écoute dans le chef des prestataires de santé ou du problème d'une communication insuffisante ou inadaptée à la situation individuelle notamment par rapport aux stratégies de traitement et à la balance bénéfique/risque. Il est donc essentiel d'améliorer la sensibilisation des prestataires de soins pour permettre d'assurer l'écoute et la non-minimisation des symptômes des patientes. Il importe aussi que les informations concernant l'expertise disponible soient facilement accessibles.

À la suite de cette étude, le site de la MC a été enrichi d'une page sur l'endométriose, qui reprend notamment une liste (non-exhaustive) des centres d'expertise et des spécialistes de l'endométriose sur tout le territoire. Découvrez la ici: mc.be/fr/avantages-remboursements/endometriose.

L'étude complète « *Les trajets de soins de l'endométriose: un parcours de combattantes. Recours, coûts des soins et situation de femmes atteintes d'endométriose en Belgique* » de Clara Noirhomme, chercheuse au service d'études de la Mutualité chrétienne, est publiée dans le numéro 11 de Santé & Société: mc.be/fr/services-projets/sante-et-societe. L'étude repose sur une analyse des données administratives et de recours aux soins de 4 175 patientes atteintes d'endométriose (confirmée ou suspectée) détectées entre 2017 et 2022.



À lire, à voir :

- ▶ Endométriose la douleur c'est pas dans la tête (questionsante.org)
- ▶ L'association **Toi Mon Endo** (toimonendo.com)



⁴ Leroy, R., Desimpel, F., Ombelet, S., De Jaeger, M., Benahmed, N., Cemberlin, C., & Christiaens, W. (2024). *Comment améliorer la prise en charge de l'endométriose en Belgique ?* – Synthèse. KCE Reports 378Bs. D/2024/10.273/11. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be



Avec le soutien de :

