



PB-PP|B-922782  
BELGIE(N)-BELGIQUE

# Le Chaînon

LA REVUE DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS ET DE PROCHES

NUMÉRO 65 - TRIMESTRIEL - DÉCEMBRE 2023

FOCUS SUR L'ASSOCIATION  
AL-ANON

DOSSIER  
SANTÉ ET PRÉCARITÉ



**Editeur responsable:** Sophie GUISEN  
Av S. Vrithoff 123 à 5000 Namur  
**Bureau de dépôt:** B 5000 NAMUR  
Masspost - N° d'agrégation P922782

**LUSS asbl :**  
Fédération francophone  
indépendante d'associations  
de patients et de proches

03

04

32

40

## ÉDITO

## DOSSIER : SANTÉ ET PRÉCARITÉ

## À ÉPINGLER

Programme de formation 2024-2025

BelRAI® : un cran plus loin

Agenda : ParoLUSS, Inform'Action Handicap

Matières à réfléchir

Proximité : rendez-vous à Mons !

## RÉSEAU

Focus association : Al-Anon

Réseau en action : Réseau wallon de lutte contre la pauvreté

Avenue Sergent Vrithoff, 123 à 5000 Namur

Tél.: 081 74 44 28 - [www.luss.be](http://www.luss.be)

Compte: BE55 0013 3020 4244

### **Mise en page, relecture**

Catherine GRAAS, Sophie GUISEN

### **Collaboration de l'équipe et du Conseil d'Administration**

Sophie CAUBO, Martine DELCHAMBRE, Cassandre DERMIENCE, Sophie LANOY, Andy LUPANT, Thierry MONIN, Sophie RIPAULT, Sophie WELLENS, Rémi RONDIA

### **Collaborations externes**

Hervé AVALOSSE, Christian CARPENTIER, Marie DAUVIN, Nicolas DESCAMPS, Dominique DOUMONT, Dominique ROBERFROID, Pierre SMITH, Emily VAN COOLPUT, les équipes Al-Anon, Association Anne-Marie Nihoul, Association Muco, BelRAI® (SPF/INAMI), Médimmigrant, Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté

### **Illustratrice** : Prisca JOURDAIN

#### **Antenne Hainaut**

Grand-Rue, 104  
7000 Mons

✉ [luss.hainaut@luss.be](mailto:luss.hainaut@luss.be)

#### **Antenne Liège**

Quai Churchill, 22  
4020 Liège

✉ [luss.liege@luss.be](mailto:luss.liege@luss.be)  
☎ 04.247.30.57

#### **Antenne Bruxelles**

Rue Victor Oudart, 7  
1030 Schaerbeek

✉ [luss.bruxelles@luss.be](mailto:luss.bruxelles@luss.be)  
☎ 02.734.13.30

# ÉDITO



La santé est un trésor inestimable, mais bien souvent, elle est mise à l'épreuve par des défis inattendus et des vulnérabilités qui traversent toutes les strates de notre société. Le dossier de ce Chaînon explore les différents visages de la précarité et ses conséquences sur la santé.

Il serait facile de se contenter uniquement d'exposer les défis. A la LUSS, nous préférons mettre en lumière l'extraordinaire résilience des individus et des communautés qui font face à ces épreuves. Les histoires de courage et d'entraide nous rappellent que, même dans les moments les plus sombres, il y a un espoir qui brille et des solutions qui se dessinent. À travers des initiatives communautaires, des professionnels de la santé et des bénévoles, nous découvrons comment l'empathie et la solidarité peuvent changer des vies et des destinées.

Cette édition du Chaînon aborde également l'impact que les problèmes de santé d'une personne peuvent avoir sur ses proches et son entourage. Les familles et les amis jouent un

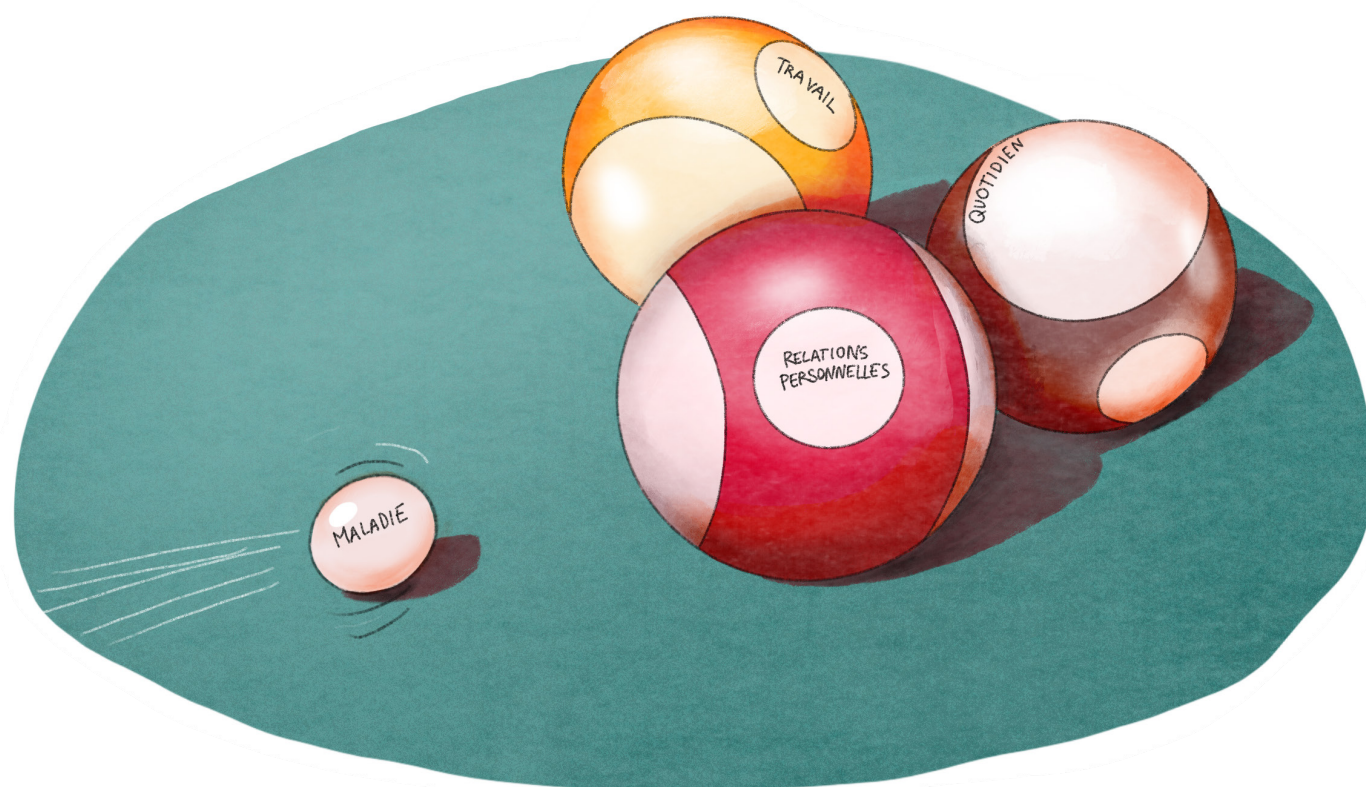
rôle fondamental dans le soutien des personnes malades, et leur propre bien-être est souvent entrelacé avec celui de leur proche. Nous explorons ces liens complexes et les défis qu'ils représentent, tout en mettant en avant les ressources et les conseils pour accompagner au mieux nos proches dans ces moments délicats.

La santé et la précarité sont des maillons indissociables de la chaîne de l'existence humaine. Ensemble, en tant que communauté, nous pouvons renforcer ce «Chaînon» en portant notre attention sur ces enjeux, en partageant nos connaissances, en tendant la main à ceux dans le besoin, et en œuvrant pour un monde où la santé est un droit pour tous.

Continuons à agir pour contribuer à un monde plus équilibré et plus solidaire. Nous sommes le maillon essentiel pour construire un avenir plus sain et plus sûr pour tous.

**Rémi RONDIA**  
Président du Conseil d'Administration de la LUSS

# SANTÉ ET PRÉCARITÉ



## SOMMAIRE DU DOSSIER

	Pages
Santé et précarité, comment sortir du cercle délétère ?	5-6
Les déterminants de la santé	6-10
Comprendre la pauvreté pour mieux la combattre	11
Des soins de qualité sont un droit, même en prison !	12-15
Le statut BIM, définition et enjeux	16-18
Santé mentale et précarité, le prisme de l'exclusion sociale	19-23
Un lien très interpellant entre aide et précarité	23-25
« Pas de place d'accueil pour les hommes seuls » Quelles conséquences pour le patient?	26-28
Témoignages	15, 17, 29-33

# SANTÉ ET PRÉCARITÉ, COMMENT SORTIR DU CERCLE DÉLÉTÈRE ?

Sophie LANOY  
Directrice politique à la LUSS

**P**récarité et santé sont intimement liées. La précarité a un effet préjudiciable sur la santé et les problèmes de santé peuvent mener à la précarité.

Vivre avec une **maladie chronique**, être porteur d'un **handicap**, traverser un problème de santé grave, bouleverse la vie des personnes à tous les niveaux. L'impact est d'autant plus important sur le quotidien lorsque la personne touchée se trouve dans une situation de **vulnérabilité financière, sociale ou intellectuelle**.

La maladie et le taux de mortalité sont augmentés par la précarité pour différentes raisons, dont notamment, des **conditions de vie** plus éprouvantes, un **accès aux soins** et à la **prévention** plus difficile, des dépistages et diagnostics plus tardifs.

L'arrivée de la maladie ou du handicap impacte tous les domaines de l'existence des personnes et se renforcent mutuellement dans une spirale pernicieuse.

## Impact direct

L'impact de la maladie sur l'état général de la personne est d'abord direct ; les **traitements**, la **douleur**, la **fatigue**, ont une incidence forte sur le quotidien.

La **santé mentale** est aussi fortement impactée. Le **choc** du diagnostic, la **peur** du futur, le **deuil** de sa vie d'avant et parfois une vie en sursis mènent alors à la dépression.

La maladie, la situation de handicap ont des répercussions sur la **perception de soi**, des autres. La personne peut ressentir une **stigmatisation**, vivre la discrimination, le jugement.

Lors du diagnostic, la vie sociale et familiale est bouleversée, on assiste à un **repli sur soi**, un arrêt temporaire ou définitif de certaines activités. La structure en place est d'autant plus fortement impactée lorsque la perte d'autonomie est importante. Il peut mener à l'**éclatement familial**, au divorce.

Si la situation professionnelle est touchée, la personne peut se retrouver en période d'**invalidité**, d'**incapacité de travail**, de mi-temps médical, de chômage. Elle peut perdre non seulement son statut mais aussi ses revenus. L'**aidant-proche** pourra aussi être contraint à réduire son temps de travail.

L'**impact financier** est multifactoriel : d'un côté une perte de revenus, de l'autre, des frais supplémentaires : hospitalisation, traitements, médicaments, dispositifs médicaux, recours aux services, aux transports... La facture peut être très élevée et plonger les familles dans la précarité.

## Cercle délétère

Ces différents impacts négatifs se renforcent mutuellement, et plus encore lorsque la personne est en situation de vulnérabilité dès le départ, qu'elle ne dispose pas des ressources financières suffisantes, ne dispose pas d'un réseau social. La vulnérabilité est d'autant plus élevée que c'est justement parmi cette frange de la population que l'on constate des **freins à l'accès** à la bonne information, des difficultés face à la **complexité administrative**, des situations de **fracture numérique**, et in fine de non-recours aux droits.

Au-delà de l'accès à la santé, les personnes en situation de vulnérabilité n'ont pas accès au pouvoir d'agir, à l'**empowerment**.

## Réduire les inégalités

Actuellement, toute une série de mécanismes visent à **réduire l'accès inégal** aux services et soins de santé, tels que le **maximum à facturer**, l'**intervention majorée**, l'application du **tiers payant**. De nombreux services sociaux jouent un rôle essentiel, notamment les CPAS, pour améliorer et soutenir les personnes plus vulnérables à accéder aux soins et aux services. Il reste cependant encore du chemin à parcourir.

La LUSS l'a réaffirmé dans son plan stratégique 2023-27, cela sous-tend le travail quotidien qui converge vers sa mission, qui consiste à

« contribuer à la construction d'un système de santé de qualité et accessible à toutes et tous ».

Le **mémoire** de la LUSS en vue des élections de 2024 vise aussi cet objectif, il aligne des recommandations essentielles et indispensables à prendre en compte pour développer les politiques de santé du futur.

Notre système de soins de santé, notre modèle est en **transition**, cette transition est nécessaire mais elle doit se réaliser dans une visée d'accès aux services et soins de qualité pour toutes et tous, avec une attention particulière aux plus vulnérables, pour les sortir de ce cercle délétère et

permettre à toutes et tous l'accès à la santé et au pouvoir d'agir.

Pour aller plus loin dans cette thématique, le chaînon questionne différents aspects du lien entre la santé et la précarité. Tout d'abord mieux comprendre la précarité pour mieux la combattre. Quels sont les déterminants de la santé ? Qu'en est-il du BIM ? Un focus sera proposé sur les droits à des soins de qualité « même » en prison, aux liens entre santé mentale et précarité, aide et précarité et sur la situation vécue par les migrants.

## LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Dominique DOUMONT

Chargée de projet et coordinatrice du RESO  
Service Universitaire de Promotion de la Santé - RESO

**Les déterminants de la santé constituent un ensemble de facteurs (individuels, sociaux, économiques, environnementaux) qui exercent une influence significative sur la santé tant individuelle que collective des populations. Ces déterminants ne fonctionnent pas de manière isolée ; ils sont interconnectés, interdépendants et interagissent entre eux de manière complexe. Par ailleurs, ces déterminants exercent une influence significative sur les inégalités sociales de santé, en maintenant les disparités déjà existantes, voire en les accentuant/aggravant. L'approche par les déterminants de la santé est devenue un principe essentiel pour les interventions en promotion de la santé.**

### Définir et comprendre les déterminants de la santé

Classiquement et en référence au rapport Lalonde (1974), quatre grandes catégories de déterminants sont distinguées : les **déterminants biologiques**, les **déterminants environnementaux**, les **déterminants comportementaux** et les

déterminants liés à l'**organisation des soins de santé**. (Alla, 2016 ; Raimondeau, 2020).

Cette classification « amorce » l'idée que l'état de santé ne dépend pas uniquement de l'exposition (ou non) à un agent pathogène mais qu'il résulte de l'**interaction entre ces quatre catégories** (Alla, 2016). Au fil des années, cette classification s'est affinée, précisée et a donné lieu à la présentation de différents cadres conceptuels/modèles qui illustrent les liens entre les différents déterminants. Nous prenons le parti de vous présenter le cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé (2009) (voir en infra, FIG 1) et le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (FIG 2) selon le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010) (voir en infra, FIG 2).

Evoquer les déterminants de la santé nous amène à « confronter » ou plutôt à « faire cohabiter » différents concepts liés aux déterminants : celui des déterminants de la santé ; celui des déterminants sociaux de la santé ; celui des déterminants écologiques de la santé et, plus récemment, celui des déterminants commerciaux de la santé.

### Les déterminants de la santé

D'après l'OMS<sup>1</sup> (1998), les **déterminants de la santé** sont caractérisés par des « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux* »

1. NDLR : Organisation Mondiale de la Santé

qui vont ensuite influencer (positivement ou négativement) l'état de santé des individus (OMS, 1998 ; cité par Alla, 2016). Ils constituent l'ensemble des facteurs « *qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladie* ». Ils sont ainsi associés « *aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements* ». (INSPQ<sup>2</sup>, n.d).

Les déterminants de la santé interagissent entre eux et définissent ainsi les conditions de vie qui influent sur l'état de santé (Jourdan, 2021). Ils peuvent agir directement ou indirectement. Selon l'INSPQ (n.d), l'existence de disparités de répartition des déterminants de santé entre les différents échelons sociétaux génère des inégalités de santé.

### Les déterminants sociaux de la santé

L'intérêt pour les **déterminants sociaux de la santé** s'est par la suite développé. Ils constituent quant à eux un sous-ensemble des déterminants de la santé. Ceux-ci incluent tous les éléments/facteurs liés à l'organisation des sociétés. (Lambert et al., 2021). Ils comprennent « *les multiples conditions sociales qui, par leurs interactions, ont une influence sur la santé et le bien-être (...)* » (Breton et al., 2017 : 83 ; cités par Lambert et al., 2021).

Pour mieux comprendre l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé, la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS a élaboré un cadre conceptuel (Pathway Model) (FIG 1) qui distingue deux catégories de

déterminants : les **déterminants structurels** et les **déterminants intermédiaires**. Les premiers renvoient au **contexte socio-économique et politique** ainsi qu'aux **conditions sociales** des individus et sont à l'origine des **inégalités de santé** (Lambert et al., 2021). Selon l'IRES<sup>3</sup> (2023), ces déterminants structurels « *stratifient la population en classes sociales inégales* » (en fonction des degrés d'exposition et de vulnérabilité variables selon le statut social des individus). Les seconds, quant à eux, « *matérialisent ces situations d'inégalité* » (Lambert et al., 2021). Sont inclus dans les déterminants intermédiaires, les **facteurs psychosociaux**, les **facteurs comportementaux** et **biologiques**, les **circonstances matérielles**, la **cohésion sociale**. Selon Raimondeau et al. (2020), ces derniers pèsent plus directement sur l'état de santé des individus et des populations et seraient influencés par les déterminants structurels, plus généraux.

### Les déterminants écologiques de la santé

Les **éco-systèmes naturels** dans lesquels nous évoluons (et nous nous développons) peuvent parfois représenter de réelles menaces pour la santé, tant il arrive qu'ils soient fragilisés (changements climatiques liés à l'activité humaine, surexploitation des ressources, érosion de la biodiversité/épuiement des ressources, pollution des eaux, écotoxicité, etc.) (CPHA-ACSP<sup>4</sup>, 2015).

Les **déterminants écologiques de la santé** se réfèrent aux **facteurs environnementaux et écologiques** qui influencent la santé des individus et des collectivités en créant un contexte environnemental qui peut favoriser ou compromettre notre santé et notre qualité de vie. Ils constituent des « *éléments de l'environnement naturel qui sont essentiels à la santé et au bien-*

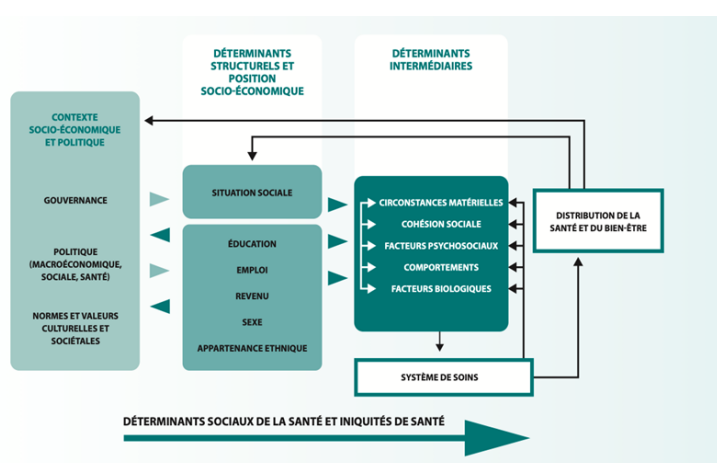


FIG 1 : Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé (2009).

Schéma traduit par Lambert et al. (2021), issu du rapport de la Commission des déterminants Sociaux de la Santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2009 :43.

2. NDLR : Institut national de santé publique du Québec

3. NDLR : Institut de recherches économiques et sociales, en France

4. NDLR : Canadian Public Health Association- Association canadienne de santé publique

être des êtres humains tels que l'oxygène ou la couche d'ozone » et sont un sous-ensemble des déterminants de la santé. (in Lambert et al., 2021).

Il est essentiel de comprendre le rôle crucial que jouent ces déterminants dans la compréhension des inégalités en matière de santé et la manière dont ils interagissent avec les déterminants sociaux de la santé.

Comprendre leur rôle devrait permettre de mieux appréhender les inégalités de santé, d'en identifier les causes sous-jacentes et de proposer des stratégies d'action efficaces et la mise en œuvre de politiques publiques intersectorielles adaptées.

### Les déterminants commerciaux de la santé

Un concept plus récent est également à appréhender et concerne les **déterminants commerciaux de la santé**. L'émergence de ce concept ne fait, à l'heure actuelle, pas encore l'objet de définitions consensuelles. West et Marteau (2013) définissent les déterminants commerciaux de la santé comme étant « des facteurs qui influent sur la santé et qui découlent de la recherche de profit » (cités par Jourdan, 2021 ; Breton et al., 2020). Kickbusch et al. (2016) quant à eux les déclinent comme étant des « stratégies et approches utilisées par le secteur privé pour promouvoir des produits et des choix préjudiciables à la santé » (cités par Jourdan, 2021 ; Breton et al., 2020). Enfin, plus récemment, l'OMS en a proposé une définition plus nuancée: « conditions, actions et omissions commerciales qui affectent la santé et qui surviennent dans le contexte de la fourniture de biens ou de services contre paiement » (OMS, 2017 ; cité par Breton et al., 2020). Buse et al. (2005) se concentrent sur les « risques inhérents à

la consommation ou à l'exposition à des produits commerciaux – comme les aliments et les boissons ultra-transformés, le tabac et l'alcool » (cités par Jourdan, 2021).

Ces propositions de définitions éclairent donc des **pratiques commerciales**, des activités de **lobbying**, des **stratégies de marketing** agressives et parfois peu éthiques aux conséquences préjudiciables pour la santé des individus et populations. Il faut cependant noter, comme le signalent d'ailleurs également Breton et al. (2020), que le concept de déterminants commerciaux de la santé ne concerne pas uniquement des effets négatifs liés aux produits nocifs, aux pratiques mercantiles trompeuses, voire délétères pour la santé mais bien aussi des **effets positifs pour la santé** comme par exemple dans le cadre d'accords commerciaux, de libre échange (accès à des substances médicamenteuses, etc.). Ce dernier constat rejoint la définition que propose Mialon M. (2022) qui souligne que les déterminants commerciaux de la santé couvrent un ensemble d'éléments comme par exemple « des produits, qu'ils soient nocifs ou non ; des pratiques managériales, commerciales et politiques ; des moteurs d'influence mondiaux (néolibéralisme, privatisation, médicalisation de la santé, etc.) ».

Dans une perspective de promotion de la santé et plus largement de santé publique, il est important de s'intéresser aux différents déterminants de la santé (qu'ils appartiennent à la première, seconde, troisième ou quatrième classe présentée dans ce document ; soit respectivement les déterminants de la santé, les déterminants sociaux de la santé, les déterminants écologiques de la santé et les déterminants commerciaux de la santé) sur lesquels on peut espérer pouvoir agir.

Cela nous amène à vous présenter le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (FIG 2) selon le

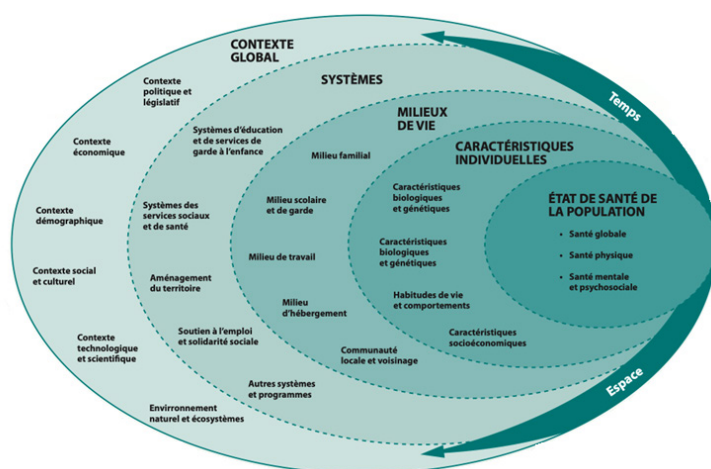
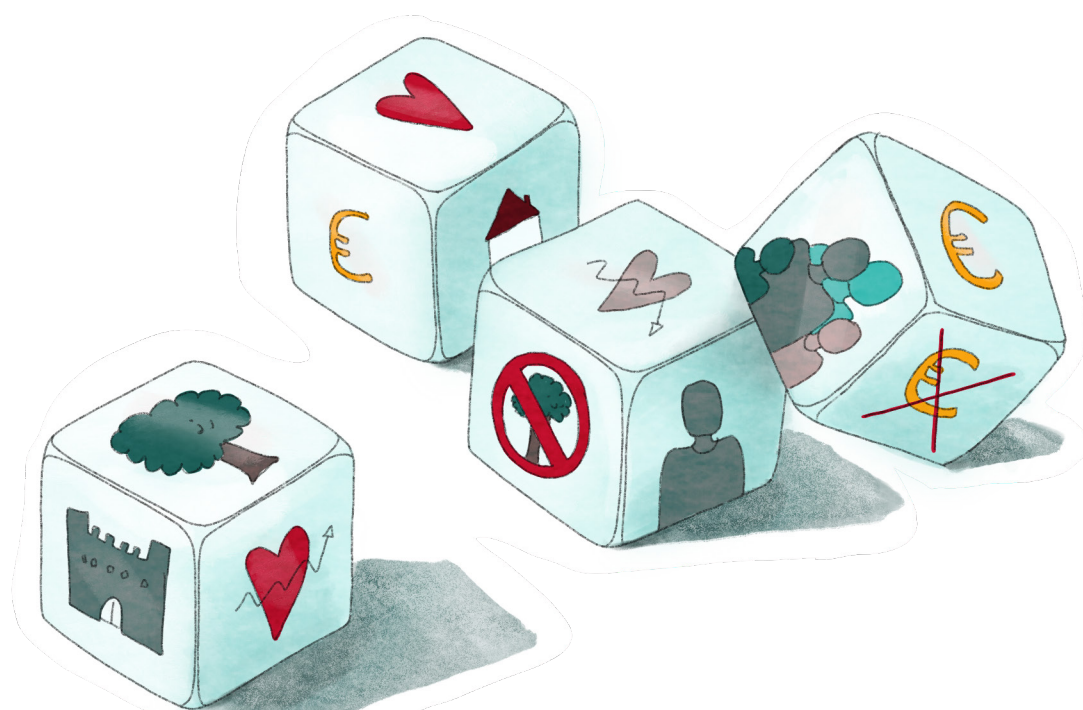


FIG 2 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (FIG 2) selon le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010)

Schéma issu du rapport : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune. 2010 : 17.





Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010) qui présente différents niveaux sur lesquels les interventions de santé publique/ de promotion de la santé (et donc les acteurs de terrain) peuvent agir. Cette classification (dans le temps et dans l'espace) des différents déterminants de santé permet de comprendre que l'état de santé de la population dépend de **caractéristiques individuelles** mais également des **milieux de vie** de celle-ci et des **systèmes** dans lesquels elle s'inscrit. Enfin, le **contexte général** est bien évidemment tout aussi déterminant de l'état de santé de la population. Ces différents niveaux peuvent faire l'objet d'interventions de différentes natures. Les déterminants de santé influencent la santé à l'échelle individuelle et collective de manière différente, et ce tout au long de la vie des individus.

L'approche par les déterminants de santé est une modalité de planification et d'intervention largement adoptée en promotion de la santé. Si le principe semble de prime abord simple à comprendre, l'existence d'**interactions** et de **chaînes de causalité multiples** entre ces déterminants en fait en réalité une approche complexe. On évoque ainsi la **complexité des actions sur les déterminants de santé** en raison de la multitude de **facteurs interconnectés et interdépendants**, des possibles **effets cumulatifs** des déterminants (en exemple, une mauvaise hygiène alimentaire combinée à un manque d'activités physiques et des conditions de logement précaire peuvent avoir, sur le long terme, un impact négatif sur la santé), des **effets**

**en cascade** de ceux-ci qui peuvent déclencher une réaction en chaîne d'autres déterminants (en exemple, le non-accès à l'emploi peut entraîner des situations de stress qui peuvent alors affecter le niveau de bien-être et donc de santé).

## Conclusion

Les **inégalités en matière de santé** sont le plus souvent associées aux déterminants de santé. Dès lors, la compréhension et la prise en compte de ceux-ci sont essentielles pour élaborer et mettre en œuvre des **politiques publiques efficaces** en matière de santé, pour concevoir des **stratégies efficaces et ciblées** permettant l'amélioration de la santé des individus, pour appréhender au mieux les **spécificités contextuelles** et les **besoins des individus et des populations**, et donc in fine pour également **diminuer l'impact des inégalités sociales de santé**.

Mais travailler sur les déterminants de santé permet également de **mieux comprendre** comment ils se construisent, se façonnent, s'imbriquent, se superposent. La compréhension des mécanismes par lesquels notamment les déterminants sociaux de la santé façonnent les inégalités en matière de santé fait l'objet de nombreux travaux. Cependant, les stratégies efficaces d'atténuation des effets néfastes de ces déterminants sociaux ne sont que peu documentées. Thimm-Kaiser et al. (2023) proposent un modèle conceptuel qui synthétise les mécanismes d'influence clés de détérioration de l'état de santé en un cadre organisationnel

et heuristique qui fournit ainsi aux décideurs, aux praticiens et aux chercheurs un outils pour élaborer des stratégies d'atténuation ciblées et efficaces. Les déterminants de la santé peuvent varier d'une personne à une autre, en fonction de caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique, les « moments » de vie mais également en fonction de l'accès aux ressources, des expériences et conditions de vie, etc. La promotion de la santé œuvre à la réduction des inégalités de santé en s'attaquant particulièrement aux déterminants sociaux de la santé comme par exemple l'éducation, le revenu, le logement, les conditions de travail, la sécurité économique, etc. Elle vise à promouvoir un accès équitable aux différentes « ressources » favorisant bien-être et santé ; ce qui pourrait suggérer qu'elle agisse **de manière holistique, voire intégrée**, sur les différents déterminants. Une approche intersectorielle et multi stratégie reste à privilégier.

Cependant, comme le rappellent Lambert et al. (2021), les interventions mises en place visent encore majoritairement les **comportements des individus**. Par ailleurs, il y a finalement peu de déterminants sur lesquels les individus peuvent agir directement par leurs propres moyens, suggérant ainsi que de nombreux déterminants appellent une **action politique**.

Nous voyons également que les déterminants de

santé évoluent dans et avec le temps. La récente crise sanitaire nous l'a bien démontré en accentuant notamment les inégalités déjà existantes mais également en « dévoilant » de nouvelles vulnérabilités (technologiques, de littératie numérique, etc.), qui sont autant de conséquences ou de causes des inégalités sociales de santé qui impactent la santé et le bien-être des populations. D'autres crises climatiques, naturelles, économiques, géo-politiques nous invitent à adapter nos interventions en intégrant de nouveaux déterminants de santé en réponse à des changements sociaux, économiques, politiques et environnementaux. Ce n'est qu'à ces conditions que nous pourrions espérer tendre vers une société plus durable et plus équitable pour tous.

En conclusion, les politiques de promotion de la santé visent à améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés en agissant notamment sur les déterminants de santé. En Belgique francophone, tant le Plan bruxellois de promotion de la santé 2023<sup>5</sup> que la Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention 2023-2027<sup>6</sup> intègrent la compréhension des déterminants de santé dans leur programmation et dans les démarches de promotion de la santé.

## Bibliographie :

- Alla, F. (2016). Les déterminants de la santé. Dans Fr. Bourdillon (dir), *Traité de santé publique* (pp. 36-39). Médecine-Sciences Flammarion.
- Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2020). *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. (2e édition). Presses de l'EHESP.
- CPHA-ACSP. (2015). *Les changements globaux et la santé publique : qu'en est-il des déterminants écologiques de la santé ?* Document de travail de l'association canadienne de santé publique. [https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/edh-discussion\\_f.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/edh-discussion_f.pdf)
- INSPQ. (n.d.). *Déterminants de la santé. Pourquoi agir sur les déterminants de la santé ?* <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
- IRES. (2023). *L'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : vers un nouveau paradigme de développement*. [https://www.ires.ma/sites/default/files/2023-02/mot\\_dintroduction\\_dg\\_dss\\_vf.pdf](https://www.ires.ma/sites/default/files/2023-02/mot_dintroduction_dg_dss_vf.pdf)
- Jourdan, D. (2021). *Les mots pour comprendre la prévention*. (pp. 72-75). Sciences humaines éditions.
- Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont, D., & Ferron C. (2021). *Agir sur les déterminants de la santé. Dans H. Lambert (coord.), Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques* (pp. 21-25). Bruxelles. UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes.
- Mialon, M. (2022). *Les déterminants commerciaux pour mieux appréhender les problèmes de santé, les atteintes à l'environnement et les inégalités sanitaires et sociales*. *Santé publique*, 34 (HS1),18d.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2012). *La santé et ses déterminants – mieux comprendre pour agir*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Raimondeau, J. (2020). *Déterminants de santé. Dans J. Raimondeau (dir), P-H. Bréchat, E. Carmona, G. Huteau, Ph. Marin & Ph. Naty-Daouin. Manuel de santé publique* (pp. 47-71). Presses de l'EHESP.
- Scholz, N. (2020). *Lutter contre les inégalités en matière de santé dans l'Union européenne. Concepts, action, état des lieux. Analyse approfondie*. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2020/646182/EPRS\\_IDA\(2020\)646182\\_FR.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2020/646182/EPRS_IDA(2020)646182_FR.pdf)
- Thimm-Kaiser M., Benzekri A., Guilamo-Ramos V. (2023). *Conceptualizing the mechanisms of social determinants of health : a heuristic framework to inform future directions for mitigation*. *The Milbank Quarterly*, 101(2), 486-526.

5. <https://www.brusselstakecare.be/planpromotionsante/>

6. [https://www.aviq.be/sites/default/files/actualites/2022-09/220817\\_PRW-278\\_Programmation\\_Promotion\\_Prévention\\_Santé\\_23-27.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/actualites/2022-09/220817_PRW-278_Programmation_Promotion_Prévention_Santé_23-27.pdf)

# COMPRENDRE LA PAUVRETÉ POUR MIEUX LA COMBATTRE

Nicolas DESCAMPS  
ATD Quart Monde

**Q**u'est-ce que la pauvreté ? Les idées reçues et les raccourcis sur cette question sont nombreux. Pourtant, une étude menée avec des personnes vivant dans la misère apporte des réponses essentielles.

Lorsqu'on évoque la pauvreté, bien souvent, nous avons l'image d'une personne sans le sou ayant des difficultés à boucler les fins de mois. Bref, nous avons cette tendance à résumer la pauvreté à son aspect monétaire. Il existe d'ailleurs beaucoup d'analyses et de rapports qui ont l'ambition de dresser un portrait (objectif) de la situation à coups de statistiques et de données chiffrées.

La Banque mondiale considère par exemple que vous êtes en situation de pauvreté lorsque vous êtes en dessous du seuil d'un revenu mensuel de 1,90 dollar par jour<sup>7</sup>. Or, la misère est loin d'être aussi monolithique qu'on pourrait le penser.

Dans le cadre des actions de présences locales d'ATD Quart Monde auprès des plus précaires (et certainement dans celui d'autres associations de terrain), de nombreuses personnes recevant un revenu au-dessus de ce seuil ont exprimé leur sentiment de vivre dans une situation de privation et d'exclusions portant atteinte à leur dignité et à l'obtention de leurs droits fondamentaux.

Ces témoignages nous montrent que la pauvreté semble bien plus complexe que son simple aspect monétaire, que ce soit en Belgique ou ailleurs.

Entre 2016 et 2019, ATD Quart Monde International, en collaboration avec des chercheurs et chercheuses de l'Université d'Oxford, a lancé une recherche pour mieux comprendre les dimensions de la pauvreté et ses enjeux. Cette étude se

caractérise par son mode de recherche, à savoir faire réfléchir et débattre ensemble des travailleurs de terrain, des universitaires et des personnes en situation de pauvreté<sup>8</sup> originaires de six pays aux réalités très différentes (Bangladesh, Bolivie, France, Tanzanie, Royaume-Uni et États-Unis).

Ces dimensions essentielles et fortement interdépendantes sont divisées en trois groupes. Le premier est constitué par les **privations** qui sont proches de la conception commune et économique de la pauvreté. Il s'agit du **manque de travail décent**, de l'**insuffisance et de la précarité des revenus** ainsi que des **privations matérielles et sociales**.

Le second groupe est constitué par les **dimensions relationnelles**, qui mettent en avant la manière dont les personnes en situation de pauvreté sont affectées par celles qui ne le sont pas : **maltraitements sociaux**, **maltraitements institutionnels** et **contributions non reconnues**. Enfin, le groupe **cœur de l'expérience** de la pauvreté rend compte de l'importance de la souffrance et de l'action des personnes dans la définition de la pauvreté : la **dépossession du pouvoir d'agir** ; la **souffrance dans le corps**, **l'esprit et le cœur** ; la **lutte** et la **résistance**<sup>9</sup>.

Cette étude nous montre à quel point la pauvreté est complexe et combien nous avons besoin des personnes qui vivent dans la précarité pour comprendre au mieux ce que cela signifie. Cette connaissance est fondamentale pour combattre la pauvreté dans toutes ses dimensions aux côtés de ceux qui la vivent et (re) bâtir avec eux une société qui ne laisse personne de côté.

7. Chiffre tiré du Rapport 2020 de la Banque mondiale sur la pauvreté et la prospérité partagée.

8. Cette méthode de travail croisant les connaissances selon les expériences et formations de chacun en vue d'obtenir un savoir plus complet et inclusif se nomme le « croisement des savoirs » : <https://atd-quartmonde.be/nos-actions/promouvoir-la-participation-des-plus-pauvres/croisement-des-savoirs/>

9. L'étude Les dimensions cachées de la pauvreté est accessible gratuitement ici : [https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2019/05/DimensionsCacheesDeLaPauvrete\\_fr.pdf](https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2019/05/DimensionsCacheesDeLaPauvrete_fr.pdf)

# DES SOINS DE QUALITÉ SONT UN DROIT, MÊME EN PRISON !

Marie DAUVRIN, Dominique ROBERFROID,  
Emily VAN COOLPUT  
Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE)

**A**u risque d'enfoncer une porte ouverte (si on veut bien nous pardonner l'expression dans ce contexte), les personnes qui se retrouvent en prison sont rarement celles dont la vie était, jusque-là, un long fleuve tranquille. Il n'est donc sans doute pas surprenant que certains problèmes soient surreprésentés en milieu carcéral, comme par exemple les troubles psychologiques voire psychiatriques, les assuétudes mais aussi des difficultés sociales de toutes sortes.

La précarité peut déjà compliquer l'accès aux soins et influencer négativement la santé dans la population générale... et malheureusement, un séjour derrière les barreaux ne semble pas fait pour arranger les choses.

Depuis des années, les soins de santé dans les prisons belges sont pointés du doigt par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT), l'Observatoire International des Prisons (OIP) et d'autres organisations (inter)nationales. Le CPT a notamment épinglé, dans les prisons visitées, une **dotation en personnel soignant** et des **temps de présence insuffisants**, des problèmes persistants de respect de la **confidentialité** des consultations et des données médicales et une **insuffisance des soins psychiatriques et psychologiques**<sup>10</sup>.

En Belgique aussi, des voix s'élèvent de longue date pour appeler les autorités à transférer la responsabilité des soins de santé pénitentiaires du ministère de la Justice à celui de la Santé publique,

ce qui doit permettre notamment de veiller à ce que les soins soient dispensés de façon équivalente à ce qui se passe hors de la prison et à ce que les professionnels de santé soient indépendants dans leurs décisions.

En 2015, à la demande des ministres de la Santé et de la Justice, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a été chargé d'analyser l'organisation des soins dans les prisons belges et de formuler des **propositions de réformes**, en tenant compte des caractéristiques spécifiques de l'environnement carcéral et en partant du principe de **l'équivalence des soins avec le monde extérieur**. Cette étude<sup>11</sup> s'est conclue en 2017 par une série de recommandations visant à une amélioration des soins de santé pour les personnes détenues.

## Une population jeune, mais en mauvaise santé

En 2020, les établissements pénitentiaires belges abritaient en moyenne 10 381 personnes (dont 5% de femmes), réparties dans 36 prisons et 2 maisons de transition. Le taux de **surpopulation** était de 10,6%. Certaines personnes détenues ne parlaient aucune des langues nationales, ce qui peut constituer une barrière supplémentaire à l'accès aux soins<sup>12</sup>.

Malgré un âge relativement jeune (moins de quarante ans en moyenne), cette population est aussi en **mauvaise santé**. En 2017<sup>13</sup>, plus de 70% des personnes détenues souffraient de **troubles psychologiques sévères** (vs 25% dans la population générale) et près de 30% avaient un problème d'**addiction**. La prévalence des maladies infectieuses était également plus élevée (sept fois plus pour la tuberculose, par exemple).

10. <https://www.coe.int/fr/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-publishes-the-report-on-its-visit-to-prisons-in-belgium>

11. <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/soins-de-sante-dans-les-prisons-belges>

12. Source: [https://justice.belgium.be/sites/default/files/downloads/Chiffres%20annuels\\_EPI\\_2020\\_.pdf](https://justice.belgium.be/sites/default/files/downloads/Chiffres%20annuels_EPI_2020_.pdf)

13. Nous ne disposons pas de données récentes sur l'état de santé dans l'entièreté des prisons belges. Il est donc possible que ces données ne reflètent qu'imparfaitement la situation actuelle, même si les problématiques de santé mentale et d'addiction restent au cœur des préoccupations des acteurs de la santé pénitentiaire.

<https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/soins-de-sante-dans-les-prisons-belges>

À l'analyse des dossiers médicaux informatisés, près de la moitié des prescriptions médicamenteuses concernaient des médicaments traitant le système nerveux (43,3%).

On dénombrait par ailleurs 554 412 contacts avec un professionnel de santé dans l'enceinte de la prison, 45% avec un médecin (toutes spécialités confondues) et 44% avec un infirmier.

Une personne détenue avait en moyenne seize contacts par an avec un médecin généraliste (hors examen d'admission).

Les psychiatres, eux, représentaient 12% des consultations médicales.

Précisons néanmoins qu'à l'époque, les prisons belges accueillait encore quelque 900 internés (environ 8% de la population carcérale), c'est-à-dire des personnes détenues souffrant de pathologies psychiatriques et tenues pour irresponsables de leurs actes. Ce nombre diminue progressivement depuis plusieurs années (en 2020, ils n'étaient plus « que » 500 à 600), d'autres solutions étant désormais privilégiées pour ces personnes malades qui n'ont pas leur place en prison.

### Des disparités inexpliquées

Ces chiffres généraux recouvrent toutefois d'importantes **disparités** dans la consommation de soins sur le terrain.

Ainsi, à l'époque de l'étude du KCE, près de 11% des détenus de la prison d'Andenne bénéficiaient d'un traitement de substitution aux opiacés ; à Leuven-Centraal, ils n'étaient que 1,7%. À Leuze, on comptait en moyenne 18,5 consultations de médecine générale par détenu par an, à Saint-Hubert 11,2. Le nombre annuel de consultations psychiatriques variait de 0 à plus de 12 par personne.

Les données collectées à l'époque ne permettaient pas d'expliquer ces disparités, notamment parce qu'il n'était pas possible d'avoir un diagnostic à relier à la consultation avec le médecin généraliste. Il était toutefois très clair qu'elles n'étaient pas dues uniquement à des différences dans le profil des détenus, ce qui soulève la question d'une

possible **sous-utilisation des soins** voire d'un **non-recours**, ou encore d'une **offre insuffisante** dans certains domaines. La sous-utilisation peut être due notamment à une **mauvaise information** des personnes détenues quant à leurs droits en matière de santé, à des annulations non-justifiées de certains rendez-vous externes ou encore par le

fait que les personnes incarcérées doivent expliquer le motif de consultation à des agents pénitentiaires, ce qui pose question quant au **respect de la vie privée** et du **secret médical**.

« Personne ne peut prétendre connaître vraiment une nation, à moins d'avoir vu l'intérieur de ses prisons. Une nation ne doit pas être jugée selon la manière dont elle traite ses citoyens les plus éminents, mais ses citoyens les plus faibles. »

Nelson Mandela

### Des obstacles organisationnels et administratifs

Parmi les problèmes relevés en 2017 se trouvait le financement des soins par le SPF Justice, entraînant diverses conséquences : absence de budget spécifique pour la santé, **conflit de loyauté** possible pour les soignants, exclusion des détenus de l'**assurance maladie-invalidité (AMI)**, absence de contrôle des **honoraires** réclamés par certains prestataires et institutions de soins, non-application de règles de l'AMI, démarches administratives supplémentaires à la sortie de prison... En excluant les détenus de l'AMI, on contribue en effet à la création d'un **système d'assurabilité parallèle** pour un tout petit nombre de personnes : c'est à la fois coûteux sur le plan organisationnel et inadéquat car le SPF Justice n'a pas les mêmes outils que les mutualités pour veiller à la bonne gestion des soins de santé.

Au moment de l'étude<sup>14</sup>, l'organisation des soins de santé en prison ne permettait pas d'assurer aux détenus des soins de santé équivalents à ceux prodigués aux patients non incarcérés, de leur apporter des soins adaptés à leurs besoins spécifiques ou même de poursuivre (correctement) des soins débutés avant l'incarcération. À plus forte raison, ils ne permettaient pas de conserver ou d'améliorer leur état de santé physique et psychique, pour ne rien dire encore des lacunes au

14. Les associations actives en prison continuent à dénoncer les conditions dans lesquelles les personnes détenues sont soignées et les déficits chroniques en matière de soins de santé.

niveau de la **prévention**, de la **protection sanitaire** ou d'une contribution à la **réinsertion sociale**. Le **manque de personnel** (formé), l'absence de **travail interdisciplinaire**, le manque de **guidance thérapeutique** et **organisationnelle**, l'absence de triage des demandes, l'attitude négative de certains agents de surveillance, le manque de coordination entre les acteurs internes et externes à la prison... étaient et sont vraisemblablement toujours autant de facteurs contribuant à cette faible accessibilité et qualité des soins.

### Des pistes pour faire bouger les choses

Face à ces constats, le KCE recommandait en priorité de **clarifier la gouvernance** en actant le transfert du service soins de santé en prisons (SSSP) du SPF Justice au SPF Santé publique et l'application des normes du CPT aux soins de santé en milieu carcéral. Il insistait aussi sur la nécessité de garantir l'**assurabilité des personnes détenues**, de repenser le financement en anticipant une augmentation de budget pour couvrir au mieux les besoins et de renforcer les compétences et le leadership du SSSP.

Le KCE préconisait par ailleurs de créer au sein de chaque prison une **fonction de coordination des soins** pour réduire la fragmentation des compétences entre les autorités de tutelle des différents intervenants et le déficit de coordination et de continuité des soins. Il recommandait également d'élargir l'offre de soins de première ligne, en intégrant d'autres profils soignants aux côtés des médecins généralistes et des infirmiers, mais aussi l'offre en santé mentale et psychiatrie (dans et en-dehors de la prison).

Enfin, il était proposé de sortir des prisons la deuxième ligne de soins, soit essentiellement les prestations plus techniques et les hospitalisations, et de transformer les centres médico-chirurgicaux en centres de revalidation / gériatrie / soins continus pour tenir compte du **vieillessement** de la population carcérale et de l'évolution des besoins qui en découle (e.a. plus de maladies chroniques). D'autres recommandations concernaient l'importance d'un **dossier patient informatisé** fonctionnel, le recours à la **télé médecine** (notamment pour les soins de deuxième ligne), la mise à disposition d'**interprètes** et de **médiateurs culturels** et l'obligation d'un service



minimum des gardiens en cas de grève – à l'heure actuelle, ce type de situation entrave en effet gravement l'accès aux soins (e.a. suspension des soins infirmiers, de la distribution de médicaments, de l'accès au service médical ou à la « cantine » pour acheter des produits comme des protections hygiéniques, impossibilité de faire venir des services d'aide externes, annulation des rendez-vous médicaux à l'extérieur...).

### Évolutions récentes

Depuis la parution du rapport du KCE en octobre 2017, le comité de pilotage de la réforme réunissant la Justice et la Santé publique s'est réuni à plusieurs reprises, notamment avec les entités fédérées. À la demande de la Conférence Interministérielle Santé, un groupe de travail a aussi élaboré entre-temps un nouveau modèle pour les soins en prison qui met en avant des soins de qualité, accessibles et coordonnés, équivalents à ceux qui sont dispensés à l'extérieur, mais aussi attentifs aux besoins spécifiques des personnes détenues et à l'identification des problèmes (pré)existants. Depuis, il y a toutefois eu la pandémie de COVID-19, l'accélération du transfert des personnes internées

depuis les prisons vers des établissements de soins appropriés, le retour à la hausse de la surpopulation carcérale et, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023, l'exécution de toutes les peines de prison – autant de facteurs qui vont peser sur la réforme des soins pénitentiaires.

Heureusement, certaines des recommandations du KCE ont aussi été mises en œuvre entre-temps. Depuis janvier 2023, les soins dispensés hors de la prison sont à la charge de la mutualité<sup>15</sup> et non plus du SPF Justice, ce qui constitue un premier pas vers l'**harmonisation de la couverture de santé** dans les prisons et en-dehors, mais aussi vers plus de **transparence** en matière de dépenses de santé.

De même, le SPF Justice a décidé de lancer une

série de projets pilotes basés en grande partie sur les recommandations du KCE : meilleure prise en charge des maladies mentales et des assuétudes, renforcement des soins de santé primaires, meilleure coordination des acteurs de santé.

Ces projets pilotes sont organisés dans dix prisons de juillet 2023 à août 2024, et leur impact sera évalué de façon scientifique.

Améliorer la santé et l'accès aux soins, faire des prisons des milieux de vie favorables à la santé et donc contribuer à une meilleure réinsertion des personnes détenues résonnent comme autant de défis pour la Belgique.

## TÉMOIGNAGE



### **L'Association Muco soutient financièrement les patients atteints de mucoviscidose. Dans quelles situations intervenez-vous ?**

*À l'Association Muco, nous avons à cœur de ne pas laisser les problèmes financiers de nos membres représenter un frein à la prise en charge optimale de leur maladie. Si un membre est dans une situation telle qu'il n'arrive légitimement plus à assumer des frais liés à la muco, il peut alors se tourner vers nous. Après évaluation de sa situation et des autres aides possibles, nous lui proposons un soutien « sur mesure ». Il consistera essentiellement en une prise en charge de certains frais médicaux (médicaments, factures de l'hôpital, etc.).*

*Nous proposons également des soutiens financiers accessibles à tous nos membres, peu importe leur situation, comme un fonds annuel pour leur permettre la pratique régulière d'une activité sportive.*

### **Existe-t-il des limites au soutien financier qu'une association peut fournir ?**

*Nous devons agir en « bons pères de famille » avec les ressources limitées de l'association. Nous ne sommes ni une mutuelle, ni un CPAS. Nous veillons par ailleurs à pouvoir proposer les mêmes aides à tous nos membres dans le besoin. Cela implique dès lors de fixer des critères et limites. Nous ne prenons en charge que les frais réellement liés à la muco, après interventions des autres aides possibles (mutuelle, assurances, etc.). Seuls les traitements prescrits par les médecins muco sont pris en compte.*

### **Concrètement, comment faire appel au soutien financier de l'Association Muco ?**

*Les voies sont nombreuses : par téléphone (02 613 27 15), par mail (nicolas@muco.be), sur rendez-vous à l'association (Bruxelles), lors de nos visites dans les hôpitaux, ou par l'intermédiaire des intervenants (para)médicaux des centres muco.*

15. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/remboursement-soins-personnes-detention.aspx>

# LE STATUT BIM, DÉFINITION ET ENJEUX

Hervé AVALOSSE  
Mutualité chrétienne

**A**vec les crises à répétition (COVID, crise énergétique), les demandes d'informations concernant le statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) ont explosé à la Mutualité chrétienne. C'est le signe indéniable que de plus en plus de familles ont du mal à joindre les deux bouts. Mais le BIM, qu'est-ce que c'est et pourquoi est-ce important ?

Afin d'améliorer l'accès financier aux soins, l'assurance obligatoire soins de santé (AO) prévoit un dispositif particulier pour les ménages ne disposant que de faibles revenus : c'est le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). Grâce à lui, les remboursements de l'AO sont plus élevés, de sorte que les tickets modérateurs à charge des patient·es sont moindres.

De plus, ce statut permet également d'accéder à d'autres aides en dehors de l'assurance obligatoire. Ainsi, pour faire face à la crise énergétique, le droit au tarif social énergie a été ouvert aux BIM (jusque fin juin 2023). De même, les crèches subventionnées par l'ONE sont maintenant gratuites pour les BIM.

En 2022, un peu moins de 20% de la population belge est BIM. Cette proportion était de 15% en 2008. Une telle progression justifie qu'on se penche sur l'évolution de ce statut et sur ses bénéficiaires. En examinant les données de la Mutualité Chrétienne, il apparaît que certaines catégories de la population sont davantage susceptibles de bénéficier de ce statut : les familles unipersonnelles, monoparentales, les femmes, les invalides, les chômeur·euses, les plus âgés mais aussi les plus jeunes.

Il est frappant de constater qu'à Bruxelles et Anvers, respectivement, 37% et 40% des moins



de 18 ans sont BIM. Sur 15 ans, on constate de manière générale un rajeunissement des BIM, bien que les pensionné·es restent prépondérant·es.

Derrière cette progression des BIM au sein de la population, il y a non seulement un appauvrissement de certaines tranches de la population, mais aussi des évolutions législatives : le droit a été progressivement étendu de sorte que tout ménage ayant de faibles revenus peut en faire la demande.

Certaines populations à risque d'être BIM sont en augmentation, comme les invalides et les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS). De plus, pour diminuer le non-take-up (soit le fait que certaines personnes ne demandent ou n'obtiennent pas le droit alors qu'elles y sont bien éligibles), des procédures administratives innovantes ont été développées, en s'appuyant sur des échanges d'informations entre diverses instances :

- Le droit automatique au statut BIM s'applique aux personnes ayant déjà un droit social spécifique délivré par une autre administration ayant procédé à une enquête sur les revenus (par exemple, le RIS), sans démarche supplémentaire.
- Le flux proactif recourt aux données fiscales et permet la détection des ménages ayant un droit



## TÉMOIGNAGE

*Le MAF est certainement une bonne chose, mais c'est quand même dommage que le MAF respecte davantage la situation financière que la situation d'urgence financière des malades qui souffrent de certaines pathologies. Quand je vais chez le médecin j'en ai régulièrement pour 145€ de médicaments, parfois plus, et ça le MAF n'en tient pas compte.*

*Aujourd'hui, le pouvoir public ne rate pas une occasion pour dire qu'on tient compte des gens les plus précaires. Pour ma part, je n'ai pas encore vu d'amélioration pour les gens qui ont besoin de médicaments, rien pour leur assurer la possibilité de se soigner convenablement.*

*J'ai eu une grosse discussion avec mon rhumatologue ; je pars du principe que si on ne me rembourse pas c'est que c'est du pur confort. Donc j'ai dit au médecin que si c'est du pur confort, il me faut une autre solution parce que ma situation... n'est pas confortable. Il faudrait que le remboursement tienne compte de la situation de chacun.*

*Sur l'impulsion de ma participation au programme ETP (éducation thérapeutique du patient), j'ai intégré une pratique sportive*

*légère mais régulière (marche et vélo) à mon quotidien. Mon état de santé s'améliore, et ma consommation de médicaments a considérablement diminué. Tout bénéfice pour le système de santé. Ceci étant dit, lors d'un de mes trajets à vélo, j'ai fait une chute, j'ai été blessé à la jambe, ce qui a occasionné des frais médicaux pour plus de 200€... dont 90% à ma charge. À nouveau, aucune prise en compte dans le BIM.*

*Le BIM est le même pour tout le monde. Que vous soyez malade chronique ou pas. Le BIM ne tient aucunement compte de notre nécessité au niveau de santé. Le BIM n'aide en aucun cas les malades, mais plutôt les petits revenus, ce qui est bien. Mais pour les malades, même chroniques et invalides, il n'y a pas d'aides !*

*Il faut absolument que cela change. Ce n'est pas possible autrement. On donne des aides pour celui qui ne sait pas se chauffer, mais on ne donne pas d'aides à celui qui ne sait pas se chauffer et qui souffre d'une polyarthrite rhumatoïde et qui doit vivre dans une maison à 16°. C'est invraisemblable.*

*-- Témoignage d'un patient*

### Qu'est-ce que le « MAF » ?

Le maximum à facturer (MAF) est une aide financière en matière de santé. Dès que vos dépenses atteignent un montant déterminé, certains de vos frais de santé sont intégralement remboursés.

Grâce au système de sécurité sociale belge, la plus grande partie de vos frais médicaux vous sont remboursés par votre mutualité. Seuls les tickets modérateurs et suppléments éventuels restent à votre charge.

Le système du maximum à facturer (MAF) complète encore cette protection puisqu'il vous garantit de ne pas dépenser plus d'une certaine somme pour vos soins de santé (on parle ici de

soins remboursables et nécessaires).

### Comment bénéficier du MAF ?

Pour bénéficier du MAF, vous ne devez rien faire. La mutualité comptabilise pour vous vos tickets modérateurs. Dès que votre plafond de tickets modérateurs est dépassé, les remboursements auxquels vous avez droit sont effectués automatiquement sur votre compte en banque. A la pharmacie ou à l'hôpital, vous ne devez plus avancer les frais pris en compte dans le cadre du MAF : ils sont directement déduits de votre facture.

Source : <https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/maximum-a-factorer>



potentiel au statut BIM. Ils sont alors contactés par leur mutuelle et invités à introduire une demande.

Réduire le non-take-up est un enjeu collectif. Le flux proactif y contribue certainement mais il présente aussi des limites : les données fiscales ont du retard et il y a encore une démarche à faire par la personne contactée. Or, pour certaines

catégories de la population, des informations plus récentes sur les revenus sont disponibles. En autorisant les mutuelles à y accéder, elles pourraient alors leur ouvrir « d'office » le droit. Utilisation intelligente des données, automaticité et proactivité restent donc à l'agenda.

### Qu'est-ce que le « BIM » ?

Le terme «BIM» concerne en réalité une personne qui est «Bénéficiaire de l'Intervention Majorée» (B I M).

### Qu'est-ce que l'intervention majorée ?

L'intervention majorée permet aux personnes à faibles revenus de bénéficier d'un remboursement plus élevé de leurs soins de santé ainsi que d'autres avantages financiers. Les bénéficiaires de l'intervention majorée, aussi appelés «BIM», profitent d'un certain nombre d'avantages : un meilleur remboursement («intervention majorée») des soins de santé (chez le médecin, dentiste, kiné, à la pharmacie ou encore à l'hôpital), l'application du tiers-payant,... Ils peuvent aussi

recevoir des réductions sur l'énergie et les transports en commun, le téléphone (selon l'opérateur) et parfois d'autres avantages prévus par les communes.

### Ai-je droit à l'intervention majorée ?

Plusieurs conditions de vie peuvent vous donner accès au BIM (revenus du ménage sous un certain plafond, allocations spécifiques - GRAPA, Allocations Familiales Majorées,...). Le plus simple est d'adresser une demande à votre mutuelle, qui vous indiquera les démarches à effectuer.

Source : <https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/intervention-majoree>



# SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ, LE PRISME DE L'EXCLUSION SOCIALE.

Dr Pierre SMITH

Sciensano, département d'épidémiologie et santé publique - UCLouvain, Institut de Recherche Santé et Société

La précarité n'est qu'un déterminant parmi d'autres des problèmes de santé mentale. La précarité peut être considérée comme une dimension d'un concept plus large, l'**inclusion sociale**.

Depuis plusieurs années, de nombreux organismes internationaux (comme l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS<sup>[1]</sup> et l'Association Mondiale de Psychiatrie - World Psychiatric Association - WPA<sup>[2]</sup>) mettent en avant l'importance d'améliorer l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, et de plusieurs pays ont mis en place des politiques et interventions en ce sens. L'inclusion sociale est un concept multidimensionnel qui peut être défini comme la **participation d'un individu aux dimensions clés** de la société dans laquelle il ou elle vit<sup>[3]</sup>. Le Centre pour l'Analyse de l'Exclusion Sociale de la London School of Economics a identifié quatre dimensions principales parmi les différentes définitions existantes de l'inclusion sociale<sup>[3]</sup>: (1) la **consommation**, c'est-à-dire la capacité d'acheter des biens et des services, (2) la **production**, c'est à dire la participation à des activités économiquement ou socialement utiles, (3) l'**interaction sociale** avec la famille, les amis, la communauté et (4) l'**engagement social et politique**, c'est-à-dire la possibilité d'influencer son environnement.

## Exclusion sociale et santé mentale : l'œuf ou la poule ?

La première étude sur l'association entre inclusion sociale et santé mentale était probablement l'étude sociologique d'Emile Durkheim, Suicide, publiée en 1897<sup>[4]</sup>. Dans cette étude, Durkheim a analysé l'association entre le **taux de suicide** dans différents pays et les caractéristiques socio-démographiques des populations de ces pays. Son hypothèse était que certaines

caractéristiques socio-démographiques, telles que le statut marital, influençaient la probabilité de commettre un suicide. Cette étude suggérait que l'exclusion et l'inclusion sociale des individus sont, respectivement, un **facteur de risque et protecteur** des problèmes de santé mentale (en l'occurrence, le suicide). Cependant, l'association entre exclusion sociale et santé mentale est-elle si simple ? L'étude de Durkheim soutient l'hypothèse de la **causalité sociale**, affirmant que l'exclusion sociale augmente le risque de mauvaise santé mentale, de dépendance ou de suicide en raison de conditions sociales et économiques défavorables. Par la suite, le sens de cette causalité a souvent été remis en question : l'exclusion sociale conduit-elle à une mauvaise santé mentale, ou la mauvaise santé mentale mène-t-elle à l'exclusion sociale ? Ces deux hypothèses illustrent respectivement l'hypothèse de causalité sociale et l'hypothèse de sélection sociale<sup>[5]</sup>.

L'hypothèse de la sélection sociale stipule que les personnes ayant des problèmes de santé mentale **dérivent vers l'exclusion sociale** en raison des **incapacités**, de la **discrimination** et de la **stigmatisation**, et de la **baisse de la productivité économique** causées par leur maladie.

Plusieurs études ont soutenu soit l'hypothèse de causalité sociale<sup>[6, 7]</sup> soit l'hypothèse de la sélection sociale<sup>[8, 9]</sup>. Cependant, suite aux nombreuses recherches sur la stigmatisation des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, les politiques de santé de nombreux pays au début des années 2000 se sont concentrées sur la lutte contre l'exclusion sociale comme une conséquence plutôt que comme une cause de problèmes de santé mentale<sup>[10]</sup>. Cette association complexe a conduit à la création de modèles dans lesquels l'association causale entre exclusion sociale et santé mentale se produit dans les deux sens, dans un cercle dynamique<sup>[3]</sup> : être socialement exclu augmente le risque de développer un problème de santé mentale, qui va renforcer l'exclusion sociale...

Quelle est l'étendue de ce phénomène de cycle d'exclusion ? Pour l'étudier, il est important de

distinguer les **troubles modérés** de santé mentale des **troubles sévères**, car ces deux groupes ont des besoins différents mais sont aussi exposés différemment à l'exclusion sociale. Les troubles modérés ont une prévalence plus élevée dans la population (ex : trouble anxieux), tandis que les troubles sévères de santé mentale (ex : troubles psychotiques et de la personnalité) ont une prévalence plus faible (environ 5%) mais avec des **besoins complexes et à long terme**<sup>[11]</sup>. Cet article se focalisera sur deux indicateurs importants de l'inclusion sociale : l'emploi et le réseau de support social.

## Santé mentale et emploi

En termes de capacité de production et de consommation, le risque d'être sans emploi dans les pays de l'OCDE (*NDLR : Organisation de coopération et de développement économiques*) en comparaison à la population générale est **deux à trois fois plus élevé** pour les personnes présentant des troubles modérés de santé mentale, et **six à sept fois plus élevé** pour les personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale<sup>[12]</sup>.

Bien que 70% à 90% des personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale veuillent travailler<sup>[13, 14]</sup>, c'est un des groupes de la population avec le **taux de non-emploi le plus élevé** : seuls 10 à 20% ont une activité professionnelle, rémunérée ou non<sup>[15, 16]</sup>. La principale barrière à l'emploi décrite dans la littérature est la **stigmatisation** et la **discrimination** envers les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, particulièrement les troubles sévères<sup>[15]</sup>. En effet, les personnes atteintes de maladie mentale déclarent souvent être stigmatisées sur leur lieu de travail ou lors de leur recherche d'emploi<sup>[17]</sup>.

Du côté des employeurs, des études ont montré que ceux-ci ont souvent une **mauvaise connaissance ou une mauvaise représentation** de la maladie mentale<sup>[18]</sup>. Les employeurs croient souvent que les personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale ont tendance à être violentes, qu'ils ne peuvent pas réaliser des tâches complexes, et ils sont donc réticents à les embaucher sauf incitant de l'État ou obligation légale<sup>[19]</sup>.

Alors que les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale sont moins susceptibles de trouver et de conserver un emploi, plusieurs études ont également montré que le non-emploi a lui

aussi des effets négatifs sur la santé mentale, en augmentant la dépression et l'anxiété<sup>[20]</sup>.

Le non-emploi peut donc être à la fois une cause et une conséquence des problèmes de santé mentale. L'emploi est une dimension clé de l'inclusion sociale, car en plus d'apporter une **stabilité économique**, aller au travail tous les jours améliore la **confiance en soi** et favorise les **interactions** avec les collègues et l'amélioration des liens sociaux<sup>[19]</sup>.

En Belgique, un rapport de l'OCDE a montré qu'en 2008, par rapport à la population belge sans problème de santé mentale, le taux d'emploi des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale (troubles modérés et sévères confondus) était inférieur de 15% (respectivement 65% et 50%)<sup>[21]</sup>. En 2015, les **coûts indirects** des problèmes de santé mentale sur le marché du travail représentaient **2,30 % du produit intérieur brut (PIB)** de la Belgique, soit le pourcentage le plus élevé parmi les pays de l'OCDE<sup>[22]</sup>. Les problèmes de santé mentale sont une cause majeure d'**absentéisme** au travail en Belgique. En 2016, ils étaient responsables de 35% de l'absentéisme pour maladie des salariés, 22% chez les indépendants, et ces pourcentages augmentent avec le temps<sup>[23, 24]</sup>.

## Santé mentale et support social

En termes de support et interactions sociales, le **réseau de support social (RSS)** des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale diffère de celui de la population générale en termes de taille et de composition. Au début des années 2000 au Royaume-Uni, les proportions de personnes déclarant un manque sévère de soutien social étaient respectivement de 17% chez les personnes souffrant d'un trouble modéré de santé mentale, 33% chez les personnes souffrant d'un trouble sévère, contre 8% dans la population générale<sup>[25]</sup>. En ce qui concerne la taille et la qualité du RSS, bien que les personnes les plus atteintes ne soient pas complètement isolées<sup>[26]</sup>, de nombreuses études ont montré que les personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale ont des **réseaux plus petits et de moindre qualité**, en comparaison à la population générale<sup>[27, 28]</sup>. En effet, une étude a révélé que la taille du RSS des personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale était inférieure de 2,5 fois à la taille du RSS de la population générale<sup>[29]</sup>. Une revue



systematique sur le RSS des personnes atteintes de psychose a estimé que la taille moyenne pondérée de l'ensemble de leur RSS était de 11,7 membres et de 3,4 membres spécifiquement pour leur réseau d'amis<sup>[30]</sup>. Le RSS des personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale diffère également de celui de la population générale en termes de composition car ils ont tendance à inclure une plus grande proportion de membres de la famille ( $\approx 45\%$  de leur RSS), une plus faible proportion d'amis ( $\approx 25\%$ ), et une plus grande proportion de professionnels des soins de santé ( $\approx 15\%$ )<sup>[30]</sup>.

### Evolution de la situation

Ces différents chiffres montrent l'étendue de l'exclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble modéré ou sévère de santé mentale, mais qu'en est-il de l'évolution de la situation sur ces dernières années ? De nombreux pays, y compris le Belgique, ont développé des **interventions** et

des **politiques** destinées à améliorer leur niveau d'inclusion sociale, tels que des **programmes de réinsertion à l'emploi ou au logement**<sup>[31]</sup>.

Nous avons publié récemment une étude visant à évaluer l'évolution en Belgique, entre 1997 et 2018, de l'inclusion sociale des adultes souffrant d'un trouble modérée ou sévère de santé mentale par rapport à la population générale sans trouble de santé mentale<sup>[32]</sup>. Nous avons utilisé les données sur la population adulte générale des enquêtes nationales de santé par interview réalisées par Sciensano en 1997, 2001, 2004, 2008, 2013 et 2018.

L'inclusion sociale a été évaluée avec des indicateurs relatifs au **statut d'emploi**, au **revenu**, aux **contacts sociaux** et au **statut marital**.

Les résultats de cette étude sont cohérents avec ceux d'études antérieures qui ont trouvé un gradient d'inclusion sociale selon la gravité de la maladie mentale<sup>[33]</sup>; les personnes souffrant d'un trouble sévère sont moins incluses socialement

que les personnes souffrant d'un trouble modéré, qui le sont moins que la population générale. Plus important encore, cette étude a montré qu'en Belgique, cette tendance s'est aggravée au fil du temps, malgré les récentes réformes des soins et des politiques de santé mentale. Depuis de 1997, la probabilité d'être sans emploi, d'avoir des contacts sociaux limités et de vivre avec moins de 60% du revenu médian a augmenté pour les personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale. L'écart entre les personnes souffrant d'un trouble sévère et les personnes souffrant d'un trouble modéré ou sans trouble s'est creusé au cours des vingt dernières années : l'inclusion sociale de la population générale et des personnes souffrant d'un trouble modéré de santé mentale s'est améliorée, alors qu'elle a diminué pour les personnes souffrant d'un trouble sévère.

Ces résultats peuvent être expliqués par deux hypothèses principales. Premièrement, les **politiques et les réformes mises en œuvre** entre 1997 et 2018 en Belgique ont peut-être amélioré l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble modéré de santé mentale, mais pas celle des personnes souffrant d'un trouble sévère. Deuxièmement, certains contextes et événements, comme les périodes de récession économique, ont, peut-être, eu un impact négatif plus important sur l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble sévère de santé mentale que chez les personnes souffrant d'un trouble modéré. Ces différents indicateurs d'inclusion sociale devraient faire partie d'un **monitoring systématique** de la santé mentale en Belgique, au niveau de la population générale (l'inclusion sociale est un indicateur important du bien-être) et, plus spécifiquement au niveau des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Il est par exemple probable que la récente pandémie de COVID-19 ait un impact à court et plus long terme

sur l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. De plus, de nouvelles initiatives seront sûrement mises en place dans le futur afin d'améliorer l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Un monitoring adéquat permettrait donc d'**évaluer l'impact** de ces nouvelles interventions et politiques.

En conclusion, l'exclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale est une priorité pour plusieurs raisons. Premièrement, leur exclusion sociale est en conflit avec la **Convention internationale des droits de l'homme**. Deuxièmement, pour améliorer fondamentalement la santé mentale de la population, il est indispensable d'améliorer en parallèle l'inclusion sociale des groupes vulnérables. Enfin, leur exclusion sociale représente aussi un **coût direct** (par exemple sur les soins de santé) **et indirect** (par exemple allocations de chômage et d'incapacité de travail) important pour notre société.

La santé mentale n'est donc pas uniquement la responsabilité du système de soins de santé, elle requiert une **approche globale**, « mental health in all policies », au niveau économique (ex : marché du travail) mais aussi dans les secteurs de l'éducation, du logement, etc. Une amélioration de l'inclusion sociale requiert aussi un changement dans la **perception des troubles de santé mentale** dans notre société, par exemple par le biais de **campagnes de déstigmatisation**.

Plusieurs recommandations pour améliorer l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale en Belgique ont été développées et publiées en 2021 dans le cadre de ma thèse de doctorat (chapitre 8) disponible au lien suivant :

<https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:251279>

## Références :

1. WHO. Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenge, Building Solutions. WHO Europe. 2005.
2. WPA. The WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia - Open the Doors Training Manual. The World Psychiatric Association. 2005.
3. Burchardt T, Le Grand J, Piachaud D. Degrees of exclusion: developing a dynamic, multidimensional measure. Understanding Social Exclusion - Oxford University Press. 2002.
4. Durkheim E. Suicide: A study in sociology. New York: Free Press. 1897/1966.
5. Dohrenwend BP, Levav I, ShROUT PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. Science. 1992;255(5047):946-52. doi: 10.1126/science.1546291.
6. Simmons LA, Braun B, Charnigo R, Havens JR, Wright DW. Depression and poverty among rural women: a relationship of social causation or social selection? J Rural Health. 2008;24(3):292-8. doi: 10.1111/j.1748-0361.2008.00171.x.
7. Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness: a community study. 1958. Am J Public Health. 2007;97(10):1756-7. doi: 10.2105/ajph.97.10.1756.
8. Goldberg EM, Morrison SL. Schizophrenia and Social Class. Br J Psychiatry. 1963;109:785-802. doi: 10.1192/bjp.109.463.785.

9. Hare EH, S. PJ, Slater E. Parental social class in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*. 1972;121, 515-524.
10. Boardman J. Social exclusion and mental health – how people with mental health problems are disadvantaged: an overview. *Mental Health and Social Inclusion*. 2011;5(3), 112-121.
11. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;177:149-55.
12. Hewlett E, Moran V. Making Mental Health Count, The social and economic costs of neglecting mental health care. *OECD Health Policy Studies*. 2014.
13. Mueser KT, McGurk SR. Supported employment for persons with serious mental illness: current status and future directions. *Encephale*. 2014;40 Suppl 2:S45-56. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.008.
14. Rinaldi M, Perkins R. Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual Placement and Support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2007;27, 21-27.
15. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(5):337-49. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4.
16. Kilian R, Becker T. Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health* 2007;Volume 16, 2007 - Issue 2.
17. Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J Psychiatry*. 2003;182:467-8. doi: 10.1192/bjp.182.6.467.
18. Öz CY, Barlas GU, Yildiz M. Opinions and Expectations Related to Job Placement of Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study Including Both Patients and Employers. *Community Mental Health Journal*. 2019;Volume 55, Issue 5, pp 865-872.
19. Marwaha S, Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(4):302-16. doi: 10.1177/0020764005057386.
20. Burgard SA, Brand JE, House JS. Toward a better estimation of the effect of job loss on health. *J Health Soc Behav*. 2007;48(4):369-84. doi: 10.1177/002214650704800403.
21. OECD. *Mental Health and Work*. BELGIUM, Paris, Edition OECD. 2013.
22. OECD. *2018 Health at a Glance: Europe 2018*.
23. INAMI. *Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides Régime des salariés et régime des indépendants. Période 2007 - 2016* Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. 2016.
24. Kittel F, Godin I, Roy E, Arnould C, De Backer G, Clays E, et al. Recherche des déterminants de l'absentéisme pour cause de maladies chez les hommes et chez les femmes Université Libre de Belgique and Universiteit Gent. 2007.
25. Meltzer H, Gill B, Peticrew M. Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders. *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in great Britain Report No 3*. 1995;HMSO.
26. Sokolovsky J, Cohen C, Berger D, Geiger J. Personal networks of ex-mental patients in a Manhattan SRO hotel. *Hum Organ*. 1978;37(1):5-15.
27. Anderson K, Laxhman N, Priebe S. Can mental health interventions change social networks? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015;5:297.
28. Macdonald EM, Hayes RL, Baglioni AJ, Jr. The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophr Res*. 2000;46(1):25-30.
29. Koenders JF, de Mooij LD, Dekker JM, Kikkert M. Social inclusion and relationship satisfaction of patients with a severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(8):773-81. doi: 10.1177/0020764017737572.
30. Palumbo C, Volpe U, Matanov A, Priebe S, Giacco D. Social networks of patients with psychosis: a systematic review. *BMC Res Notes*. 2015;8:560. doi: 10.1186/s13104-015-1528-7.
31. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):313-22. doi: 10.1176/appi.ps.52.3.313.
32. Smith P, Nicaise P, Lorant V. Social integration of people with non-psychotic mental illness over the last 2 decades: the widening gap in the adult population in Belgium. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58(5):723-33. doi: 10.1007/s00127-022-02302-1.
33. Richter D, Hoffmann H. Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(4):427-35. doi: 10.1017/S2045796017000786.

# UN LIEN TRÈS INTERPELLANT ENTRE AIDANCE ET PRÉCARITÉ

**Christian CARPENTIER**

**Responsable communication - ASBL Aidants Proches**

**P**our préparer son mémorandum en vue des élections de l'an prochain, l'ASBL Aidants Proches a longuement donné la parole aux personnes concernées. Un lien indéniable entre aide et précarité y apparaît de manière forte. Combattre cette réalité est au cœur de ses revendications en vue des élections de juin 2024.

Le 21 juin dernier, l'ASBL Aidants Proches remettait son mémorandum aux partis politiques francophones. Il est destiné à nourrir leurs programmes pour les élections de juin 2024, au bénéfice de celles et ceux qui aident régulièrement

un proche - parent, ami, voisin, collègue... - en déficit d'autonomie physique ou psychique.

Ce document, rédigé au terme d'un an de réflexions nourries de focus groups ainsi que d'une enquête en ligne, donne largement la parole aux aidants-proches ainsi qu'aux professionnels concernés.

Ses constats sont sans appel, sur les liens entre **précarité et aide**. Sans appel, et interpellants. Près de 80% des aidants-proches ayant participé aux travaux ont ainsi estimé que leur rôle pourrait les faire glisser vers une situation précaire, sur le plan financier ou relationnel. Et près de 57% ont affirmé avoir déjà eu du mal à joindre les deux bouts en raison de leur situation particulière qu'ils vivent davantage comme un devoir que comme un choix.

Pour s'occuper de leur proche, nombreux sont

ceux qui ont **réduit leur temps de travail**, quand ils ne l'ont pas carrément mis entre parenthèses prolongées. Avec pour conséquence la **baisse drastique de revenus** à la clé que l'on peut imaginer. Près de 43% des répondants ont ainsi renoncé à un emploi, une formation ou une promotion, trop accaparés qu'ils sont par l'aide à fournir. Et, comme très souvent, on dénombre bien davantage de femmes que d'hommes parmi les personnes impactées.

### Des effets en deux temps

Pour ne rien faciliter, plus de 85% des sondés ont vu leurs dépenses augmenter. Traitements, soins médicaux et paramédicaux, aides à domicile, aménagement de celui-ci, frais de transports... Tout cela impacte indéniablement leurs propres **finances**, pourtant déjà devenues précaires. Car ils ne reçoivent que peu ou pas de soutien financier ou d'aide matérielle, ce qui peut les amener dans un **processus de précarité**, quand ce n'est pas tout simplement à la **pauvreté**.

Cela a souvent des effets en deux temps. Dans l'immédiat, bien entendu. Mais également au moment de faire valoir leur **droit à la pension**, dont le montant est impacté au prorata du temps de travail sacrifié. Cela s'aggrave encore avec l'arrêt à 65 ans de la plupart des aides financières aux personnes aidées, obligeant l'aidant-proche à y aller encore davantage de sa poche pour compenser. Car les besoins, eux, ne diminuent pas avec l'âge. C'est même généralement l'inverse.

Calculer certaines aides de la personne aidée en se basant sur les revenus de son conjoint accentue encore ce phénomène. Sans surprise, six sondés sur dix vivent le **statut de cohabitant** comme un frein et une injustice, dans ce cadre. Et près d'un sur deux demande sa suppression.

Mais la précarité n'est pas que financière. Elle est aussi sociale. Neuf aidants-proches sur dix reconnaissent que leur **vie relationnelle** est impactée par leur rôle, avec un **isolement** accru par manque de temps, ou par **culpabilisation** de laisser leur proche seul.

Les professionnels sondés posent les mêmes constats, dans des proportions similaires. Avec

un cercle vicieux qu'ils épinglent : la précarité préexistante à une situation d'aidance s'aggrave avec celle-ci. Les personnes en situation précaire ou issues d'un milieu

socio-économique moins favorisé ont encore moins accès que les autres aux **informations sur leurs droits** ou sur les aides possibles, alors qu'elles dépendent déjà souvent d'allocations de remplacement ou exercent des métiers moins bien rémunérés, dont la plupart ne permettent que peu ou pas de formules souples de travail. Au final, 70% de ces professionnels disent constater que les aidants-proches qu'ils côtoient ont de gros problèmes financiers à la fin du mois. Avec, ici aussi, davantage de femmes que d'hommes impactés. Et lorsque la personne aidée travaille sous un **statut d'indépendant**, ces problèmes financiers s'accroissent encore.

Les dépenses consenties par les aidants-proches pour y remédier également.

### Les jeunes aussi

Ce long travail de dialogue a également donné la parole à des **jeunes aidants-proches**.

Ces enfants, adolescents ou jeunes adultes se trouvent trop souvent plongés bien avant l'âge dans des responsabilités d'adultes. Et dans une **charge mentale** qui les amène à négliger – quand ce n'est pas carrément à arrêter – leurs études. Avec toutes les conséquences que cela entraînera sur le reste de leur vie.

Dans la majorité des cas, ils expliquent ne pas avoir le choix : les ressources de la famille sont concentrées sur les dépenses liées aux soins de l'aidé. Très souvent, ils sont contraints d'eux-mêmes travailler pour aider les leurs à s'en sortir. Frapper aux portes des CPAS, gérer un parent à la personnalité instable, tenir un budget en équilibre, régler des dettes, prendre en charge leur fratrie... Tout cela fait partie de leur lot quotidien. Avec à la clé trop peu d'aides, mais aussi une incompréhension de leur milieu scolaire, peu ou pas conscientisé à la lourdeur de leur quotidien.

Un exemplaire du mémorandum peut être obtenu sur simple demande à [info@aidants.be](mailto:info@aidants.be)



## Solutions

Irrémédiable, tout cela ? Non. Car le mémorandum se veut constructif et consacre une large part de son contenu à **40 demandes de réformes** synthétisées en **10 priorités**, adressées aux gouvernements des différents niveaux de pouvoir concernés. Elles sont le plus souvent issues de propositions des aidants-proches eux-mêmes. Lutter contre cette précarité financière et sociale y occupe une place de choix. La première de ces priorités est d'ailleurs de permettre une **meilleure articulation** entre la vie d'aidant-proche et la vie professionnelle ou scolaire, avec une attention particulière au maintien d'un **revenu suffisant** et à l'impact que cela entraîne sur le montant de la **pension**. Accorder des **compensations financières** et/ou des avantages sociaux pour les aidants-proches afin d'éviter une précarité liée à l'aidance fait également partie de ces revendications.

Les jeunes, eux, demandent plus spécifiquement à bénéficier d'applications GSM donnant accès à de la nourriture à petits prix, aux coordonnées de centres de planning familial, à une liste de restaurants sociaux, à des **formations en gestion de budget** ou à se voir expliquer comment entrer en contact avec des services de médiation de dettes.

Ces revendications, l'ASBL Aidants Proches les a remises aux partis politiques francophones, l'été dernier. Elle vérifiera avant les élections si elles se retrouvent bien dans leurs programmes, et rendra ses constats publics. Elle demandera ensuite à être reçue par les formateurs des prochaines majorités afin de les conscientiser à l'urgence d'agir.

Une étude internationale montre que l'aide apportée par les aidants-proches représente en moyenne **2,5% du PIB** de leur pays. Pour la Belgique, ce sont 12,5 milliards d'euros que la Sécu devrait déboursier s'ils n'étaient pas là, eux et leur formidable générosité à l'égard de ces proches qu'ils aident. Et qu'ils aiment.



# « PAS DE PLACE D'ACCUEIL POUR LES HOMMES SEULS ». QUELLES CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT ?

Medimmigrant  
27 octobre 2023

**F**in août 2023, la Secrétaire d'Etat à l'Asile et à la Migration, Nicole De Moor, faisait une annonce inquiétante : désormais les hommes seuls qui demanderaient la protection internationale en Belgique (= l'asile) ne seraient officiellement plus accueillis dans le réseau d'accueil de Fedasil. Ceci en raison du manque de places et afin de pouvoir donner la priorité aux familles et aux personnes vulnérables. Une liste d'attente était alors créée pour les demandeurs de protection internationale (DPI) lésés. Le 8 septembre dernier, 2.338 personnes figuraient sur cette liste d'attente.

Cette décision a suscité de nombreuses protestations. Selon la « Loi accueil », le demandeur de protection internationale (ci-après DPI) a droit à l'accueil, c'est-à-dire à une aide matérielle sous forme de **nourriture**, de **vêtements**, d'**accompagnement médical, social** et **psychologique**, d'accès à une **aide juridique** et à des services tels que des **interprètes** ou des **formations**. Les constitutionnalistes dénoncent en outre le fait que Nicole De Moor (pouvoir exécutif) ignore la jurisprudence du Conseil d'État (pouvoir judiciaire) qui la condamne à fournir un accueil. Selon les constitutionnalistes, il s'agit d'une violation claire et grave de l'État de droit et du principe de sécurité juridique.

## Mais qu'est-ce que cette décision signifie concrètement pour les hommes DPI seuls ?

Il est possible que certains DPI à qui Nicole De Moor n'a pas octroyé de places d'accueil trouvent refuge chez des particuliers disséminés dans toute la Belgique, mais il va sans dire qu'il est loin d'être évident pour un particulier d'héberger un DPI pour une durée indéterminée. Les DPI ont également accès à l'hébergement de nuit du

système régulier de l'aide aux sans-abris, mais ces centres sont **surpeuplés**. Quiconque s'est rendu récemment à Bruxelles a certainement remarqué le nombre croissant de personnes assises dans la rue. L'absence de domicile et la vie en rue ont des conséquences multiples. Ainsi, l'exclusion de l'accueil prive aussi ces personnes de l'accès à des douches ou à de la nourriture. Sans domicile, il n'est pas possible d'obtenir le **document de séjour** qui accompagne la **procédure de protection internationale** et, sans ce document de séjour, il est également difficile de faire valoir certains droits, comme par exemple celui au travail. Sans adresse, difficile également de rester joignable et donc de recevoir les courriers de l'Office des Etrangers et du Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides. Pour couronner le tout, ajoutons que le fait de vivre en rue ou dans des conditions d'insécurité est source de **stress**, ce qui n'est pas propice à une narration cohérente de l'histoire de son parcours par le DPI lors de l'entretien avec le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides.

## Et qu'en est-il de leur santé ?

Nous pouvons supposer que les DPI qui arrivent en Belgique et qui demandent la protection internationale ne sont pas arrivés sans encombre. La plupart des DPI qui ont introduit une demande en juillet 2023 étaient originaires de Syrie, d'Afghanistan, de Palestine, d'Érythrée,... et avaient fait un long voyage. Non seulement long, mais aussi fatigant, voire épuisant et sans doute aussi dangereux. Souvent, leurs ressources et leurs possibilités d'accéder à une nourriture saine et à des endroits sûrs pour dormir au cours de ces voyages sont limitées. On doit donc s'attendre à leur arrivée à ce que leur **état général** et leur **système humanitaire** soient affaiblis. Il faut également avoir en tête que la plupart de ces personnes proviennent de pays où l'accès aux soins de santé est limité ou défaillant et qu'ils peuvent être porteurs de maladies (graves) encore non prises en charge.



## Comment accèdent-ils aux soins de santé en Belgique ?

À leur arrivée sur le territoire belge, les DPI doivent se présenter à l'Office des Etrangers où ils sont interrogés sur les raisons qui les ont poussés à quitter leur pays d'origine. Normalement, une place d'accueil leur est attribuée, mais depuis l'instruction de la Secrétaire d'État, les hommes seuls sont immédiatement informés qu'il n'y a pas de place d'accueil disponible pour eux.

Pas de place disponible ce jour-là, mais certainement pas non plus le jour ou la semaine suivante. Il leur faudra attendre des mois. Ils sont également informés qu'en cas de problèmes médicaux, ils peuvent s'adresser au « **Refugee Medical Point** » (RMP) géré par la Croix-Rouge et situé juste à côté de l'entrée du bâtiment de l'Office des Etrangers. La Croix-Rouge est fort heureusement disposée à fournir une aide médicale d'urgence, mais demande également des mesures plus importantes qui offriraient une solution plus humaine, conformément à la loi.

Si le DPI ne se rend pas directement après l'introduction de sa demande au «Refugee Medical Point», il repart sans avoir été informé des **démarches** à effectuer s'il souhaite une aide médicale. Il n'est pas non plus informé

du fonctionnement général du système de soins de santé en Belgique, ni des vaccins recommandés. Il serait pourtant utile de disposer de plus d'informations. Pour accéder aux soins, il existe une procédure spécifique pour obtenir un réquisitoire (= engagement de paiement) de Fedasil afin de pouvoir consulter le prestataire de soins de son choix. Cette procédure, prévue pour les personnes qui ne séjournent pas dans une structure d'accueil, se déroule comme suit :

- le DPI, le prestataire de soins ou une tierce personne introduit une demande de réquisitoire pour des soins futurs via une plateforme numérique spécifique : <https://www.fedasil.be/fr/rq-language-select>.
- Le demandeur remplit quelques données personnelles ainsi que le nom du prestataire de soins et la date du rendez-vous médical ou joint la prescription de médicaments.
- Si tout se passe bien, la personne qui a introduit le formulaire de demande recevra par email une décision positive sous la forme d'une réquisitoire le jour même ou le jour suivant.
- Ce réquisitoire doit ensuite être ajouté par le prestataire de soins à sa facture et envoyé à Fedasil pour paiement.

## Quelles sont les améliorations possibles ?

De nombreuses améliorations pourraient être apportées au système d'accès aux soins proposé par Fedasil.

Si l'on prend le point de vue du prestataire de soins, il semblerait que les **délais de paiement** des prestations de santé soient beaucoup trop long. On nous rapporte qu'il faut des mois, voire parfois des années pour voir sa facture prise en charge.

Du point de vue du patient DPI, d'autres améliorations pourraient aussi être apportées. Nous déplorons par exemple que ni la « Loi accueil », ni Fedasil ne prévoient de **délaï de réponse**. Or il arrive que Fedasil tarde à répondre à certaines demandes. Dans ce cas, la personne ne sait pas si elle va pouvoir accéder à la consultation attendue ou au traitement prescrit. Elle ne sait ni quand arrivera la réponse de Fedasil, ni ce qu'elle peut faire si la réponse ne lui parvient pas. Une réponse négative, parce qu'il peut bien entendu y en avoir, a le mérite d'apporter une réponse et avec elle une explication. Un refus présente aussi l'avantage de pouvoir être contesté devant le tribunal du travail si cela semble pertinent.

En outre, si le système de demande de réquisitoire en ligne, combiné aux services médicaux fournis par la Croix-Rouge, permet l'accès aux soins de santé des DPI qui ne sont pas accueillis dans une structure d'accueil, nous regrettons l'absence d'une **communication** efficace de Fedasil sur ce sujet. Un site internet à destination des DPI a bien été mis en place par Fedasil ([www.fedasilinfo.be](http://www.fedasilinfo.be)) mais celui-ci, bien que traduit en de nombreuses

langues utiles et reprenant de nombreuses informations pertinentes, n'est visiblement pas suffisant. Nous sommes encore très régulièrement contactés par et pour des DPI à la rue qui ne disposent d'aucune information.

Il y a aussi un **manque d'information** à l'attention des prestataires de soins du circuit régulier, disposés à recevoir en consultations certains de ces patients, mais mal informés des procédures de paiement et des soins pouvant être délivrés. L'orientation des DPI vers un médecin généraliste est pourtant essentielle pour un diagnostic et une aide appropriée. Les prestataires de soins de santé devraient pouvoir facilement savoir quels sont les soins pris en charge par Fedasil, comment sont-ils remboursés, etc.

En conclusion, le système pourrait fonctionner mais il mériterait d'être mieux connu et doté d'un personnel suffisant pour accomplir ses missions dans des délais raisonnables. Le jeu en vaut la chandelle car il y va de la santé de milliers de personnes (sur)vivant dans des conditions très difficiles. Il est important que ces personnes puissent prendre soin d'elles-mêmes et que les prestataires de soins qui acceptent de les accompagner soient aussi soutenus.

Nous le demandons à Fedasil et au cabinet de la Secrétaire d'Etat, accordez aux hommes seuls DPI une attention particulière afin qu'ils puissent obtenir les soins nécessaires pour mener une vie digne.

*L'Asbl Medimmigrant est une asbl bruxelloise qui délivre principalement des conseils et des informations sur l'accès aux soins de santé des personnes en situation de séjour précaire. D'autres informations peuvent être aussi délivrées sur des sujets divers comme le droit de séjour pour raisons médicales, les droits sociaux des personnes gravement malades...*

*Nous nous adressons aux personnes en situation de séjour précaire ainsi qu'aux personnes et professionnels qui les entourent.*



Plus d'informations sur [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be).

Medimmigrant peut être joint par téléphone au 02/274.14.33 ou au 0800/14.960 (n° gratuit pour les personnes avec revenus limités) ou par email à l'adresse [info@medimmigrant.be](mailto:info@medimmigrant.be).

## TÉMOIGNAGE

### Le soutien financier apporté par une association de patients et de proches

« L'Association Anne-Marie Nihoul » soutient financièrement les patients atteints de leucémie et de cancer. Dans quelles situations intervenez-vous ?

Les bénéficiaires de « L'Association Anne-Marie Nihoul » sont des personnes, adultes, adolescents ou enfants, qui souffrent d'une leucémie ou de tout autre cancer. Ceux-ci s'adressent à notre association lorsqu'ils se retrouvent au bord du précipice financier, conséquence de l'**impact de leur maladie** sur leur **situation budgétaire** devenue précaire.



échelonnement des paiements. Les factures restant impayées, la société de recouvrement menace l'envoi d'un huissier de justice, ce qui engendre des frais supplémentaires et, surtout, un stress aux effets délétères sur la santé du malade. Ce stress compromet l'efficacité des traitements.

En incapacité de travail, ils voient leurs revenus chuter fortement alors que le **budget « santé » explose**. Si elle existe, l'**épargne** est rapidement anéantie par le paiement des premières factures de soins. Le déséquilibre financier est tel qu'ils se retrouvent devant des choix budgétaires compliqués : poursuivre le traitement ou subvenir aux besoins de toute la famille ?

Dans cette situation extrême, la **continuité des soins** est problématique. Si l'hôpital poursuit les traitements, cela engendre une accumulation de factures de soins impayées. Subséquemment et en raison des retards de paiement répétés, s'ajoutent au montant des factures des pénalités correspondant aux **frais de rappels**. Le fossé financier se creuse de plus en plus.

Pour l'éviter, l'hôpital peut proposer un **plan de paiement échelonné** des factures de soins. Après un « ouf » de soulagement, très vite celui-ci est de courte durée. En effet, cette proposition ne prend pas en considération la situation financière du malade et son incapacité à remonter la pente aussi longtemps que ses revenus diminuent et ses dépenses augmentent. Il est donc difficile voire impossible de respecter le plan de paiement proposé. L'hôpital décide ensuite de mandater une **société de recouvrement** afin d'obtenir le paiement de ses factures.

La société de recouvrement propose à son tour le règlement de la dette sous forme d'un

C'est dans ce contexte d'une spirale descendante vers de plus en plus de précarité que les patients et leurs proches se mettent en recherche d'un service social ou d'une association pour leur venir en aide. C'est après avoir épuisé en vain d'autres pistes comme le recours au CPAS de leur commune qu'ils découvrent « L'Association Anne-Marie Nihoul ».

L'urgence est de **stopper l'hémorragie budgétaire** et d'établir un projet d'aides financières diverses afin d'éviter une aggravation de la situation. Les aides offertes sont dédiées aux factures de soins. Elles prennent également en considération l'ensemble des besoins du patient et de ses proches : assurer de conserver leur **logement**, une **alimentation adaptée** aux besoins de chacun, la **mobilité** vers les lieux de traitement, les factures d'**énergie** (électricité, chauffage), etc.

Si certains ont la « chance » de bénéficier d'une assurance soins de santé qui prend à sa charge les factures d'hôpital, il n'en est rien pour d'autres frais médicaux comme l'achat de compléments alimentaires qui ne sont pas remboursés par l'INAMI.

Les aides financières sont octroyées sans conditions. Leur finalité est de favoriser le **retour vers la sérénité** en apportant des solutions concrètes aux difficultés budgétaires qui seraient autrement insurmontables.

## Concrètement, comment faire appel au soutien financier de « L'Association Anne-Marie Nihoul » ?

Pour certains, c'est par le bouche à oreille qu'ils découvrent l'existence de notre association ; pour d'autres, comme Espérance, c'est en surfant sur Internet. Notre site reprend nos moyens de contact, et le patient peut alors nous communiquer son appel à l'aide et comment nous pouvons y répondre.

**Le premier pas est bien souvent le plus difficile à réaliser.** Le recours à une communication virtuelle (l'envoi d'en mail) paraît faciliter ce premier contact.

Dans d'autres situations, c'est une **assistante sociale** qui nous contacte pour nous signaler la situation de précarité dont elle a connaissance. Elle communique ensuite au patient notre proposition de nous rendre chez lui pour une première rencontre. Il lui revient de nous faire savoir s'il accepte de l'organiser, en fixant un rendez-vous à sa meilleure convenance.

Cette première rencontre, comme les suivantes, sont gérées par **deux volontaires** dont la particularité est qu'ils ont tous deux été **confrontés à la leucémie**.

La mise en place et l'accompagnement du projet d'aides financières individualisé s'échafaude progressivement au fil des rencontres. Ensemble, le patient avec ses proches et les volontaires clarifient la situation budgétaire du moment et les difficultés financières à surmonter. La demande ainsi cernée, elle est soumise à un organe d'administration responsable des décisions d'octroi des aides financières de « L'Association

Anne-Marie Nihoul ».

Les aides octroyées tentent de répondre au mieux aux besoins et aux attentes du patient et de ses proches.

Lors des rencontres des deux volontaires avec les patients et leurs proches, la similarité de leurs expériences respectives génère **confiance et compréhension mutuelle**. A travers l'**écoute active** dont ils bénéficient, dans la **bienveillance** et le **non-jugement**, les patients en situation précaire apprécient l'**approche globale et positive** de leurs besoins. Ils nous disent être entendus lorsqu'ils partagent avec nous leur vécu et compris quant à ce que sont leurs besoins tant matériels que psychologiques. Ils prennent ainsi **conscience de leur potentiel** et trouvent la voie pour prendre en charge leurs émotions de manière constructive, voie indispensable pour assurer de reprendre en mains leur parcours de vie.

Ainsi aidés, nombre de malades et leurs proches nous font part de la restauration de leur confiance en eux et de l'espoir de surmonter l'épreuve de la maladie physique qui, comme les fondateurs de « L'Association Anne-Marie Nihoul » l'ont vécu, hypothèque, bien souvent, leur **santé mentale**.

Notre expérience nous l'apprend : prendre en considération simultanément les **besoins biologiques, psycho-sociaux et spirituels** assure aux êtres humains la restauration et le maintien de la santé, condition pour sortir de la précarité de manière responsable.

*L'histoire d'Espérance (prénom d'emprunt) illustre ce processus de précarisation que connaissent les malades auxquels « L'Association Anne-Marie Nihoul » apporte son aide financière.*

*Espérance est une jeune maman qui élève seule ses deux petites filles, âgées de 4 ans et 10 ans.*

*Aide-soignante, elle travaillait dans un service d'urgence pédiatrique lorsque, en 2019, elle doit s'arrêter pour soigner un cancer des ovaires. En 2023, elle connaît une récurrence et doit à nouveau se mettre en congés de maladie pour suivre une chimiothérapie aux effets secondaires dévastateurs. Pour mieux les assumer, il lui a été prescrit des compléments alimentaires très coûteux et non pris en charge par la sécurité sociale. Aussi, elle s'est trouvée*

*forcée de vendre sa télévision et ses meubles, dont le lit des enfants et le sien. Comme cela ne suffisait pas, elle a revendu son ordinateur qui lui servait cependant à préparer sa reprise d'études d'infirmière.*

*A bout de forces et après tant de portes restées fermées à sa demande d'aide financière, Espérance a trouvé « L'Association Anne-Marie Nihoul » via son smartphone.*

*Après avoir reçu l'aide financière devant lui assurer l'achat des compléments alimentaires et une aide en nature pour remplir à nouveau son frigo, elle a tenu à exprimer toute sa gratitude aux généreux donateurs et aux amis de « L'Association Anne-Marie Nihoul ».*

## TÉMOIGNAGE

### Santé et précarité : retours de terrain par des aides-soignants

Si par le passé les aides familiales ont pu être considérées, à tort, comme des alternatives aux aides ménagères, elles sont à présent des partenaires à part entière dans le travail qu'effectue le CPAS avec ses bénéficiaires. Une enquête préalable réalisée par le service social permet d'orienter les demandeurs vers les services adéquats, voire d'identifier des éléments pour lesquels ces personnes ne pensaient pas pouvoir demander une aide au CPAS.

Les aides familiales font partie d'un ensemble d'intervenants, d'un réseau, qui peut agir en faveur des bénéficiaires des services du CPAS. Les aides familiales sont en contact permanent

Ce CPAS constate une augmentation des problèmes liés à la santé mentale.



avec ce qu'on appelle, parfois pudiquement, la «réalité du terrain».

Voici le témoignage d'une assistante sociale dans un service d'aide aux familles d'un CPAS dans la région du Centre. Elle décrit trois situations rapportées par ses équipes. Ces trois personnes vivent des situations dans lesquelles l'intrication de leur santé et de leur niveau de précarité rend difficile l'amélioration de l'une ou l'autre de ces composantes.

#### Situation 1 : Jocelyne (prénom d'emprunt), 53 ans

De plus en plus de bénéficiaires, ou de familles, sollicitent un accompagnement de l'aide familiale pour des rendez-vous médicaux. Que ce soit pour gérer le transport ou pour accompagner le patient et prendre des notes pendant la consultation.



Jocelyne a trois enfants, dont un fils adulte, toxicomane, équipé d'un bracelet électronique, et qui vit avec elle. Jocelyne souffre d'un diabète difficile à maintenir sous contrôle. Et ce, d'autant plus que les quelques revenus dont elle dispose ont tendance à être «réorientés» par son fils, au détriment des soins de santé de sa mère. L'aide familiale, qui visite Jocelyne deux fois par semaine, constate que les médicaments ne sont

pas pris selon le schéma prescrit, voire pas achetés. L'état de santé de Jocelyne se complexifie, des problèmes de mobilité et une cirrhose s'ajoutent. Jocelyne fait une mauvaise chute, elle est hospitalisée et doit être amputée. Un de ses deux autres enfants décide de reprendre en mains les affaires de sa maman, mais il est inquiet au sujet des conséquences de l'endettement de sa maman, et sur le paiement des factures d'hospitalisation et de convalescence. La mesure de mise sous protection judiciaire a été proposée à plusieurs reprises à Jocelyne, mais elle a toujours refusé. Le dossier est en cours, et le CPAS tente de trouver une solution d'hébergement pour Jocelyne, qui, malgré son âge encore relativement jeune, présente des problèmes de santé et de mobilité qui empêcheront, à brève échéance, son maintien à domicile.

#### Situation 2 : Magda (prénom d'emprunt), 66 ans

Magda est divorcée. Elle n'a jamais eu d'enfant. Elle vit seule dans son appartement. Malgré ses cris, Magda est restée au sol après une chute, sans pouvoir alerter ses voisins, pendant deux jours et

deux nuits. Son neveu, qui venait la voir chaque semaine, insiste pour qu'elle vienne habiter plus près de chez lui. Problème: son nouveau logement n'est plus un logement social, et les frais liés au

déménagement, plus l'augmentation du loyer, ont fortement impacté les finances de Magda. Magda fait appel à une aide familiale, aussi souvent que ses moyens le permettent, mais pas aussi souvent qu'elle le souhaiterait. Magda aime cuisiner. Elle souffre de la maladie de Crohn, et elle aime superviser la préparation de ses repas. Mais c'est surtout l'isolement qui est brisé grâce à la présence de l'aide familiale. Ensemble, Magda

et son aide familiale cuisinent, papotent, et même si la contribution de Magda se limite parfois à éplucher une pomme de terre, la vie garde un goût de normal.

Pour Magda, le CPAS a également imposé le système de télévigilance, au cas où une chute se produirait à nouveau.

### Situation 3 : Mélanie, Geoffrey et Anya (prénoms d'emprunt)

Mélanie et Geoffrey pensaient ne pas pouvoir avoir d'enfants. Anya leur a prouvé le contraire. Elle a à présent 18 mois et vit avec ses parents. Mélanie présente un handicap mental. Elle est sous administration «biens et personne». Quant à Geoffrey, il souffre d'une addiction aux stupéfiants, connue du généraliste.

Lors de la première visite après le retour de la maternité, la travailleuse médico-sociale de l'ONE alerte le CPAS sur les conditions de vie d'Anya, et sur les soins insuffisants qui lui sont prodigués. Sur demande de l'ONE, le logement est remis à niveau (hygiène générale, rangement...) par une aide-familiale. Une infirmière passe quotidiennement pour les soins de l'enfant, la baigne, etc. Toujours sur intervention de l'équipe pluridisciplinaire qui se met en place autour d'Anya, il est convenu que celle-ci fréquente tous les jours la crèche du CPAS.

Malgré la présence de cette équipe, la situation de vie d'Anya est telle qu'une réunion est convoquée au Service d'Aide à la Jeunesse avec l'infirmière, un travailleur médico-social de l'ONE, les parents d'Anya, son grand-père, et l'aide familiale. La réunion ne se passe pas sans heurt, le père recevant très mal la proposition de placer temporairement Anya dans un milieu d'accueil. Le dossier est judiciairisé, et le père promet « des efforts ». Geoffrey consent à ce qu'une administration de biens soit mise en place pour lui. Geoffrey peut à présent consacrer plus de temps et d'énergie à s'occuper de sa famille. Mélanie bénéficie d'un accompagnement pour les courses alimentaires, et participe à des ateliers culinaires organisés dans le cadre du plan de cohésion sociale.



# PROGRAMME DE FORMATION 2024-25

**E**n 2024 et 2025, la LUSS organisera huit formations réservées spécifiquement aux membres des associations de patients et de proches. Ces formations ont comme objectifs de renforcer durablement les associations de patients, d'outiller leurs membres à la prise de parole ou encore de développer et mettre à profit leur savoir expérientiel. Des thématiques pratiques, utiles, voire stratégiques !

Les formations prendront place tour à tour dans les quatre sites où est implantée la LUSS (Bruxelles, Liège, Namur et Mons). Celles-ci se déroulent sur deux ou trois jours, généralement espacés d'une semaine, de 9h30 à 16h30.

Retrouvez les descriptions complètes sur [www.luss.be](http://www.luss.be)

**Renseignements auprès de Sophie Caubo,  
Chargée de projets : [s.caubo@luss.be](mailto:s.caubo@luss.be).**

## RECHERCHE DE FINANCEMENTS

Quels liens faire entre la culture et la gouvernance de mon association et la recherche de fonds ?

**Liège 2024**  
22/1, 29/1  
et 5/2

**Namur 2025**  
15/5, 22/5  
et 5/6

## COMPRENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ POUR AGIR

Quelle place pour les associations de patients et de proches dans le système de santé belge ? Où agir en vue des prochaines élections ?

**Hainaut 2024**  
15 et 22/2

**Namur 2025**  
dates à confirmer  
(TBC)

## SAVOIR D'EXPÉRIENCE ET CONCEPTS CLÉS DU PARTENARIAT SOIGNANT-SOIGNÉ

Quelle est l'expertise des patients et des associations de patients ? Quels liens faire avec les concepts clés du partenariat soignant-soigné ?

**Namur 2024**  
12 et 19/3

**Bruxelles 2025**  
21 et 28/3

## GESTION DES VOLONTAIRES

Dans quel contexte évoluent les associations de patients et de proches aujourd'hui ? Comment allier idéal de société et militantisme au quotidien ?

**Bruxelles 2024**  
29/3, 5/4  
et 12/4

**Hainaut 2025**  
23/1, 30/1  
et 6/2

## GROUPE DE PAROLE

Comment préparer et faciliter un groupe de parole ?

**Hainaut 2024**  
30/5, 6/6  
et 20/6

**Liège 2025**  
31/3, 7/4  
et 14/4

## PORTER LA VOIX DES PATIENTS

Représenter les patients, qu'est-ce que ça signifie ? Quels en sont les enjeux ? Comment mon parcours me permet d'y arriver ?

**Namur 2024**  
26/9, 3/10,  
TBC

**Liège 2025**  
21/11, 28/11,  
TBC

## ADAPTER SA PRISE DE PAROLE

Comment mettre en valeur mon association et capter l'attention de mes interlocuteurs ?

**Bruxelles 2024**  
7/10 et 14/10

**Liège 2025**  
10 et 17/6

## COMMUNICATION ASSERTIVE ET RESPECTUEUSE

Comment exprimer mon opinion de manière sereine et constructive ?

**Liège 2024**  
8, 15  
et 22/11

**Bruxelles 2025**  
29/9, 6/10  
et 31/10

# BELRAI<sup>®</sup> : UN CRAN PLUS LOIN

Equipe BelRAI<sup>®</sup> (SPF/INAMI)  
et Sophie Wellens, Chargée de projets à la LUSS

L'outil BelRAI<sup>®</sup>, présenté dans Le Chaînon de septembre 2023, permet une évaluation globale des besoins physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux du patient. Cette évaluation a pour but de soutenir la confection d'un plan de soins pour les patients qui nécessitent des soins complexes. Concrètement, cet outil contient des formulaires d'évaluation électronique qui sont accessibles en ligne aux professionnels de la santé uniquement.

## L'application MyBelRAI

Depuis peu, le SPF Santé Publique et l'INAMI ont finalisé le développement d'une app MyBelRAI. Il s'agit d'une application qui permet au patient de **visualiser et lire les résultats** de son évaluation dans un langage simple et accessible.

Ces résultats sont visibles dans l'application MyBelRAI uniquement si une évaluation a été complétée au préalable par le prestataire de soins avec un instrument BelRAI<sup>®</sup> complet.

## Avantages de l'app MyBelRAI pour le patient

La prise en compte du point de vue du patient et son empowerment sont essentiels dans l'établissement d'un plan de soin. C'est donc tout naturellement que la LUSS s'est impliquée dans ce projet. L'accessibilité aux résultats BelRAI<sup>®</sup> par le patient favorise et **facilite les échanges** avec le prestataire de soins qui a réalisé l'évaluation. Le patient est ainsi davantage impliqué dans l'élaboration de son plan de soins individuel. Il peut exprimer ses préférences, besoins, demandes, ce qui renforce l'empowerment. L'**aidant-proche** peut aussi s'impliquer dans cette démarche.

## Patients testeurs

Il y a un an, lors de la création de l'application, l'équipe BelRAI a constitué un groupe de travail « utilisateurs de l'App MyBelRAI » avec le concours de la LUSS. Objectif : adapter au mieux ce support



en fonction des feed-backs des patients testeurs (accessibilité visuelle, compréhension des textes...).

Des membres d'associations de patients ont participé à cet exercice. Le travail collectif du GT est à présent clôturé ; l'équipe BelRAI<sup>®</sup> reste ouverte pour tout feed-back patient.

## Comment vérifier s'il existe déjà une évaluation BelRAI me concernant ?

Rendez-vous dans la rubrique « MyBelRAI » du portail sécurité MaSanté : [masante.belgique.be](https://masante.belgique.be)

## Pour en savoir plus :

MyBelRAI : un nouvel instrument au service du patient » (édition octobre 2022)  
<https://www.becaremagazine.be/edition-speciale-semaine-du-patient/19-octobre>

# ParoLUSS

## AGENDA JANVIER - MARS 2024

Le deuxième jeudi de chaque mois, quatre ParoLUSS sont organisés simultanément, dans chacun des sites et antennes de la LUSS, entre 10h et 13h.

Chacun des ParoLUSS poursuit un ou plusieurs de ces objectifs :

- réseautage local;
- dynamique inter-associative;
- enjeux des politiques de santé, concertation.

Retrouvez une description plus exhaustive du contenu de la rencontre à venir dans l'agenda, sur le site web de la LUSS : [www.luss.be](http://www.luss.be).

### Réservez déjà vos agendas

Il est dès à présent possible de s'inscrire pour une ou plusieurs de ces dates, seul ou accompagné. Pour ce faire, adressez votre demande d'inscription au secrétariat: [luss@luss.be](mailto:luss@luss.be) ou 081 74 44 28.

Comme toutes les activités de la LUSS, les ParoLUSS sont ouverts à tous les membres des associations de patients et de proches. Vous pouvez ainsi vous répartir les différents sujets et date, pour un réseautage optimal !



JANVIER

11

JEUDI

10h-13h

● Namur

Le parcours de soin idéal ? Entre expertise et proximité

● Liège

Volontaire en association de patients et de proches, un engagement solidaire pour la santé ?

● Bruxelles

ParoLUSS festif ! Venez rencontrer votre nouvelle référente antenne !

● Hainaut

Présentation de la nouvelle antenne et des services aux associations



FÉVRIER

8

JEUDI

10h-13h

● Namur

Les femmes et la santé

● Liège

Quels outils pour sensibiliser le grand public et les professionnels de la santé au vécu du patient ?

● Bruxelles

Plan social santé intégré (PSSI) à Bruxelles

● Hainaut

Rencontre avec les psys de première ligne (réseau Mosaïque)



MARS

14

JEUDI

10h-13h

● Namur

Des repères dans l'impasse – Régime de protection des personnes majeures RAPA – Nouvelle campagne

● Liège

La promotion de la santé, un enjeu de santé publique ?

● Bruxelles

Réforme droits des patients, qu'est ce qui va changer dans la loi ?

● Hainaut

Rencontre avec les maisons médicales de la province de Hainaut

# MATIÈRES À RÉFLÉCHIR

## Des représentants de patients au sein de la nouvelle Agence des données de (soins de) santé (ADS)

La mission de l'ADS est de contribuer à rendre les données sur la santé, les soins de santé et le bien-être plus facilement disponibles dans un environnement sûr, de manière uniforme et transparente.

Le LUSS et la VPP représentent les patients dans cette nouvelle agence à deux niveaux, au sein du comité de gestion qui a déjà débuté ses travaux en octobre et au sein de comité des utilisateurs qui va démarrer très prochainement.

L'ambition du ministre pour 2024 est de faire de l'ADS l'organisme responsable d'optimiser l'accès aux données de santé pour la Belgique et le point de contact pour l'Espace européen des données de Santé – EHDS.

En savoir plus:  
[tinyurl.com/mandatADS](https://tinyurl.com/mandatADS)



En 2020, l'Observatoire des maladies chroniques publiait un avis évoquant les améliorations possibles pour l'**accès aux soins de kinésithérapie**. Cet avis faisait état de certains problèmes rencontrés par les patients malades chroniques ; principalement la difficulté pour trouver un **kinésithérapeute spécialisé**, le manque de **kinésithérapeutes conventionnés** ou encore la dureté des conditions pour obtenir plus de séances remboursées.

Trois ans après la publication de cet avis, et suite aux retours et interpellations de nombreux patients sur le sujet, cet article fait le point sur l'accessibilité aux soins de kinésithérapie :

En savoir plus:  
[tinyurl.com/acceskine](https://tinyurl.com/acceskine)



La LUSS occupe un mandat à la **Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé**.

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (également appelée « Loi Qualité ») s'applique à l'ensemble des professionnels des soins de santé et fixe différentes conditions permettant de garantir la qualité de la pratique des professionnels des soins de santé. Dans le cadre de cette loi a été créée la Commission fédérale de Contrôle, qui sera chargée d'en contrôler l'application.

En savoir plus:  
[tinyurl.com/commissioncontrole](https://tinyurl.com/commissioncontrole)



### Inégalités numériques : quel impact sur l'accès aux soins de santé et aux droits sociaux?

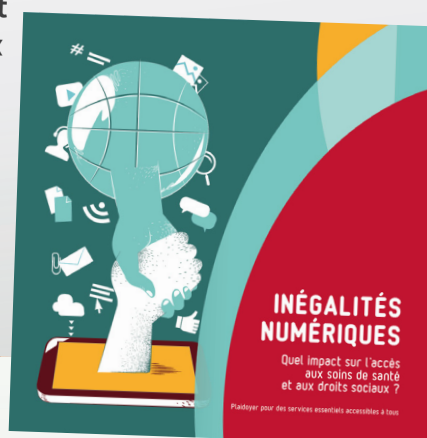
Les évolutions technologiques en santé ne bénéficient pas de manière homogène à la population. Elles sont excluantes, discriminantes et constituent une double peine pour les personnes déjà en situation de vulnérabilité.

La LUSS dénonce un accès aux soins conditionné au numérique, un modèle de santé en transition qui ne prend pas en compte et n'accompagne pas les plus vulnérables et conduit au renforcement des inégalités d'accès aux soins et services de santé de qualité pour tous.

Ce plaidoyer a pour mission d'interpeller et de sensibiliser les acteurs politiques, institutionnels et professionnels de la santé aux questions liées à la fracture numérique sur la nécessité absolue de :

- Défendre l'accessibilité des soins et des droits sociaux à toute la population en assurant la présence d'alternatives au numérique efficaces et efficientes
- Accompagner, soutenir et former les citoyens qui le souhaitent pour que ce changement de paradigme dans les soins se réalise dans une attention de tous les instants à l'ensemble de la population
- Assurer un accès aux services et soins de qualité pour tous !

En savoir plus:  
[tinyurl.com/plaidoyernumerique](https://tinyurl.com/plaidoyernumerique)



# PROXIMITÉ : RENDEZ-VOUS À MONS !

## INAUGURATION DE LA 3<sup>E</sup> ANTENNE DE LA LUSS



### INAUGURATION

FÉVRIER

1<sup>ER</sup>

JEUDI

**E**n décembre 2022, la LUSS et la VPP recevaient l'information de l'octroi de moyens supplémentaires par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandebroucke.

Ce subside témoigne de la confiance du ministre dans le travail effectué, notamment en termes de dynamique locale et de proximité avec le terrain. Participation aux politiques territoriales, extension du réseau local, amélioration de la formation des professionnels de la santé, concourront au renforcement des associations de patients et de proches, et à l'empowerment collectif.

### Une année de travail préparatoire

Afin de répondre au mieux à ces nouveaux défis, la LUSS a co-construit, avec les associations de patients et de proches, une antenne qui leur ressemble et qui répond à leurs besoins.

Trois grandes étapes, en 2023, ont été nécessaires à la mise en œuvre des fondements de ce lieu de proximité :

- une enquête pour identifier les enjeux prioritaires des associations de patients et de proches et établir les moyens concrets par lesquels la LUSS peut les soutenir face à leurs défis<sup>16</sup>

- trois séminaires de rencontres (mars, juin et octobre) afin de faire connaissance avec les associations de patients et de proches existantes sur le territoire, évaluer ensemble leurs besoins et présenter les leviers de la participation des usagers dans les politiques de santé.
- des rencontres et un recensement des acteurs social-santé de la Province afin de mieux les connaître et repérer les projets en santé.

Grâce à ce travail préparatoire, les activités hennuyères de la LUSS bénéficieront d'une belle longueur d'avance avec le réseau local.

### Soutien aux associations

La nouvelle antenne proposera aux associations le même soutien que celui déjà connu des réseaux

16. Consultez les résultats de l'enquête : <https://www.luss.be/actualite/resultats-enquete-soutenir-et-renforcer-les-associations/>

liégeois et bruxellois : outre la mise à disposition des locaux (voir « L'antenne » ci-contre) et du matériel (connexion Internet, impression, matériel de projection...), l'antenne hennuyère accueillera des activités dès le 3 janvier 2024. Que ce soit au travers des formations (voir Programme 2024-25 en page 33), des activités de réseautage ou de dynamique interassociative telles que les ParoLUSS (voir Agenda du premier trimestre 2024 page 35)

ou encore des activités de Soutien com et Soutien sociojuridique, la LUSS affirme sa volonté de soutenir les associations dans l'exercice de leurs missions. Et bien entendu, elle reste à l'écoute des nouveaux besoins ou des bonnes idées !

## L'ÉQUIPE

La LUSS s'agrandit ! Vous serez accueillis par Andy et Charlotte, duo de choc aux compétences multiples.

**Andy**, diplômé en relations internationales et passionné de jeux de rôles, sera votre référent de l'antenne. Curieux et débrouillard, il arbore en permanence son plus beau sourire.

**Charlotte**, diplômée en transitions et innovations sociales et fine claquettiste, complète cette nouvelle équipe avec son grain de folie et son esprit d'aventure.

Ces deux hennuyers mèneront à bien les missions de la LUSS à vos côtés.

Pour les contacter :

**Charlotte Langlois**  
c.langlois@luss.be

**Andy Lupant**  
a.lupant@luss.be - luss.hainaut@luss.be  
0470 04 43 33



## L'ANTENNE

Notez déjà l'adresse de la nouvelle antenne de la LUSS :

**Grand'Rue 104**  
**7000 Mons**

La LUSS occupera le rez-de-chaussée de ce beau bâtiment du XVIII<sup>e</sup> siècle, situé dans l'hypercentre de Mons. 115m<sup>2</sup> de plain-pied, et deux grands espaces dont une salle de réunion qui sera mise à la disposition des associations de patients et de proches dès janvier 2024. Envoyez dès à présent vos demandes de réservation des espaces à Andy (voir coordonnées ci-dessus).

Les bureaux se situent à un kilomètre de la gare SNCB. Le quartier est desservi par la ligne de bus City'R. Trois parkings (payants) sont dans un rayon de 200 mètres.



# AL-ANON

## GROUPES FAMILIAUX FRANCOPHONES DE BELGIQUE ASBL



**Siège social:** Rue de la Poste, 111  
1030 Bruxelles

**Tél.:** 02 216 09 08

**E-mail:** info@alanon.be

**Site Internet:** www.alanon.be

Permanence les 1<sup>ers</sup> et 3<sup>èmes</sup> mardis du mois de 13h à 17h

### Qui sommes-nous ?

**A**l-Anon est un programme de rétablissement basé sur l'entraide et **destiné aux familles, amis, collègues d'un malade alcoolique.** Nous n'avons qu'un but : les aider. Nous y parvenons en accueillant et en réconfortant l'entourage des alcooliques et en apportant notre compréhension à l'alcoolique.

Les groupes familiaux Al-Anon/Alateen forment une fraternité internationale (26.000 groupes présents dans 131 pays) de familles et d'amis d'alcooliques qui se réunissent pour partager leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leurs problèmes communs.

Al-Anon n'est affilié à aucune secte, entité religieuse et politique. Al-Anon ne s'engage dans aucune controverse et n'appuie ni ne condamne aucune cause. Tous les membres sont anonymes. Tout ce qui se dit en réunion et entre membres, est strictement confidentiel.

### Connaissez-vous les groupes familiaux Al-Anon - Alateen ?

Voici l'histoire d'une fraternité unique en son genre dont les membres sont de pays, de dénominations religieuses et de milieux divers. Ils se réunissent dans le but louable de **s'aider eux-mêmes** et d'**aider les autres** à surmonter les sentiments de frustration et d'incapacité causés par le fait de vivre ou d'avoir vécu avec une

personne qui a un problème d'alcool. Ils se tournent vers les groupes Familiaux Al-Anon pour apprendre à mener une vie utile et satisfaisante. Ces parents et amis s'unissent afin de résoudre leurs problèmes communs de peur, d'insécurité et de relations familiales faussées, problèmes reliés à la maladie de l'alcoolisme.

Il existe également des réunions Alateen pour les plus jeunes membres.

**Alateen, c'est Al-Anon pour les membres plus jeunes.** Alateen préconise le même programme et peut être un bien vital dans le rétablissement de la famille. Alateen répond aux besoins des jeunes dont la vie est ou affectée par la consommation d'alcool d'une autre personne.

Ils apprennent que l'alcoolisme est une maladie. Alateen les aide à devenir des individus à part entière.

### Le constat

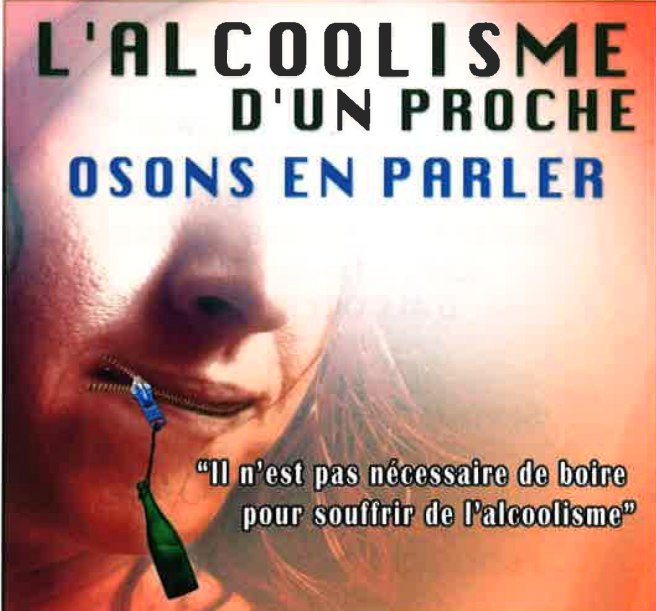
Il n'est pas nécessaire de boire pour souffrir de l'alcoolisme. **Un malade boit, cinq personnes souffrent.** L'alcoolisme est un mal familial.

### La situation

Les conflits, les difficultés croissantes finissent par affecter petit à petit tout l'entourage de l'alcoolique.

■ **L'obsession des proches :** toute leur attention est centrée sur les moyens d'amener l'alcoolique à cesser de boire ;





**L'ALCOOLISME  
D'UN PROCHE  
OSONS EN PARLER**

**"Il n'est pas nécessaire de boire  
pour souffrir de l'alcoolisme"**

**AL-ANON, ALATEEN**  
GROUPES DE SOUTIEN  
POUR LES FAMILLES DES ALCOOLIQUES

**TEL: 02 216 09 08**  
**WWW.AL-ANON.BE**

Y A-T-IL DANS VOTRE ENTOURAGE  
QUELQU'UN DONT LA CONSOMMATION  
D'ALCOOL VOUS BOULEVERSE ?

## DE L'AIDE AUPRES DES GROUPES FAMILIAUX AL-ANON & ALATEEN



- **Leur anxiété** : voir un proche se détruire lentement par l'alcool ;
- **Leur colère** : tôt ou tard, la conduite de l'alcoolique finit par irriter ceux qui l'entourent ;
- **La négation** : les proches croient ou veulent croire que le problème n'existe plus chaque fois que survient une période de sobriété ;
- **Leur sentiment de culpabilité** : ils croient avoir fait (ou pas fait) quelque chose qui a déclenché la maladie.

## Comment Al-Anon peut-il aider ?

### Les réunions de groupe

Les membres Al-Anon se réunissent pour réfléchir et partager leur expérience, leur force et leur espoir autour d'un thème de discussion, dans le but de résoudre leurs problèmes communs. Chacun apporte, selon ses souhaits, son témoignage et son soutien aux autres.

### Les groupes pour les enfants et adolescents

Sur le même principe, les groupes Alateen sont animés par les enfants et adolescents, eux-mêmes, guidés par deux membres Al-Anon choisis et formés.

### Les lectures

Al-Anon propose des publications et ouvrages variés dans lesquels les membres trouvent des réponses possibles à leurs problèmes.

### Les groupes en ligne, le parrainage, le téléphone

### Le programme

Il est basé sur la même approche que celui des Alcooliques Anonymes, lesquelles ont été adaptées aux besoins spécifiques d'Al-Anon. Les membres essayent de les appliquer dans leur vie, un jour à la fois.

### La liberté et l'anonymat.

# RÉSEAU WALLON DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ



Siège social: Rue Marie-Henriette, 12  
5000 Namur

Tél.: 081 31 21 17

E-mail : bureau@rwlp.be

Site Internet : www.rwlp.be

Réseaux sociaux :

 Réseau wallon de lutte contre la pauvreté

 rwlpasbl

 reseauwallondeluttecontrol6046

Pour le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, les inégalités, l'appauvrissement et la vie dans le trop peu de tout ne sont ni légitimes, ni une fatalité. Elles découlent de l'organisation de la société. L'association travaille donc à la **défense de solutions structurelles pour sortir de la pauvreté**. Elle s'attache à interpeller sur les inégalités qui engendrent l'appauvrissement d'un nombre croissant de personnes. Elle interroge et mobilise par l'action collective, par les processus d'éducation permanente, par un dialogue permanent avec toutes les instances, notamment politiques, et par la participation des premières et premiers concernés.

Le RWLP a en effet la particularité d'être un lieu de croisements et de démarches collectives qui réunit des associations, une équipe de permanents et des témoins du vécu militant.e.s, c'est-à-dire des personnes qui connaissent de près ou de loin la pauvreté, l'exclusion, l'appauvrissement. Ces personnes viennent alimenter les travaux du Réseau.

## Voici 20 ans et plus...

Le RWLP a pris ses racines dans une démarche volontariste d'associations, voici 20 ans. Elles sont aujourd'hui 35 à faire partie de l'assemblée générale, et de nombreuses autres à être partenaire du Réseau. Ensemble, elles portent la conviction qu'à plusieurs, on est plus forts dans l'interpellation

et que c'est à travers la participation des personnes appauvries, précarisées ou vivant la pauvreté « durable », à partir de leurs réalités de vie et avec elles que la justice sociale se construit.

Le Réseau conteste le principe selon lequel la pauvreté relève de la responsabilité des personnes qui la subissent. Certes, il peut y avoir des erreurs de parcours mais c'est surtout le coût des logements, de l'énergie, de l'alimentation, de certains soins de santé, etc. qui pèsent sur le budget des ménages ; c'est l'insuffisance des revenus qui permet difficilement d'affronter l'ensemble des dépenses de la vie ; c'est le non-respect des droits fondamentaux qui grève la santé mentale, physique, sociale des personnes en situation de pauvreté.

## Coup d'œil sur deux combats phares

Deux mesures concrètes occupent particulièrement le RWLP aujourd'hui, dans la perspective des élections de 2024. D'abord,

la suppression du statut de cohabitant.e. En diminuant le montant des allocations des personnes - majoritairement des femmes - qui cohabitent, ce statut appauvrit et isole. Il constitue aussi un frein à la solidarité



intrafamiliale et intergénérationnelle, ainsi qu'à l'émergence de nouvelles formes d'habitat. Cette revendication est portée de longue date par le Réseau et soutenue par un grand nombre d'acteurs dont la LUSS. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la plateforme [www.stopstatutcohabitant.be](http://www.stopstatutcohabitant.be).



Le droit au logement est également mis à l'avant-scène, comme levier prioritaire pour combattre la pauvreté.

Un pacte logement-énergie pour les portefeuilles plats vient d'être rédigé et diffusé « pour

toutes celles et tous ceux qui sont «dans le jus » par rapport à leur logement, et par rapport à la qualité de leur logement, et qui n'ont pas la capacité nécessairement de le faire évoluer, de le rénover au regard des enjeux climatiques », comme l'observe Christine Mahy, secrétaire générale du RWLP.

En 2024, le RWLP continuera d'insister sur **l'importance de politiques ambitieuses en matière de logement au regard de son impact sur la santé de toutes et tous**. Si vous souhaitez témoigner à ce sujet, n'hésitez pas à prendre contact avec le Réseau.

Assemblée résidentielle du RWLP avec les témoins du vécu militant - juillet 2023.



## NOUVELLE RUBRIQUE : RÉSEAU EN ACTION

L'idée de cette nouvelle rubrique récurrente est de présenter, à la manière du Focus Association, des partenaires avec lesquels la LUSS collabore régulièrement sur différentes thématiques.

Qu'il s'agisse d'acteurs de la promotion de la santé, de centres de documentation ou de recherche, ou d'organismes publics parfois méconnus du grand public, tous gagnent et ont à gagner à faire partie de votre réseau. Car tous, nous partageons l'idéal d'un monde plus juste, plus inclusif, plus accessible.

Vous souhaitez présenter votre association, votre organisme, dans le cadre des rubriques Focus Association ou Réseau en action ? Prenez contact avec l'équipe de rédaction du Chaînon par mail : [communication@luss.be](mailto:communication@luss.be).

# Sommaire des numéros précédents

<b>Chainon 64</b> Septembre 2023	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> Aide Info Sida
<b>Chainon 63</b> Juin 2023	<b>Le dossier :</b> La participation des usagers à l'hôpital <b>Focus association :</b> PETALES Belgique
<b>Chainon 62</b> Mars 2023	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> Association Anne-Marie Nihoul
<b>Chainon 61</b> Décembre 2022	<b>Le dossier :</b> La littératie en santé <b>Focus association :</b> Association des Patients Sclérodermiques de Belgique
<b>Chainon 60</b> Septembre 2022	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> ABeFAO
<b>Chainon 59</b> Juin 2022	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> Ensemble - Groupe des cérébrolésés de Liège et environs
<b>Chainon 58</b> Mars 2022	<b>Le dossier :</b> La protection des données <b>Focus association :</b> Crohn-RCUH
<b>Chainon 57</b> Décembre 2021	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> Stroke & Go
<b>Chainon 56</b> Septembre 2021	<b>Le dossier :</b> L'expertise du patient <b>Focus association :</b> Diacoach
<b>Chainon 55</b> Juin 2021	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> Ligue Belge de la Sclérose en Plaques
<b>Chainon 54</b> Mars 2021	<b>Le dossier :</b> 2021 : Liberté(s) et responsabilité(s) <b>Focus association :</b> CLAIR
<b>Chainon 53</b> Décembre 2020	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> Plateforme citoyenne pour une naissance respectée
<b>Chainon 52</b> Septembre 2020	<b>Le dossier :</b> Premières approches des maladies rares <b>Focus association :</b> Le petit prince de Montzen
<b>Chainon 51</b> Juin 2020	<b>À épingler</b> <b>Focus association :</b> Association Européenne contre les Leucodystrophies