

FORUM WALLON QUEL MEDECIN GENERALISTE POUR DEMAIN ?

DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE . LA MEDECINE GENERALE A LA CROISEE DES CHEMINS .

DIA 1

Au delà des formules d'usage, je remercie les organisateurs de cette matinée de nous avoir invités pour nous permettre de donner notre avis concernant l'avenir de la MG dans le paysage des soins de santé et d'une société en changement. En effet, comme l'a dit Allan Kay, le meilleur moyen de prédire l'avenir est de l'inventer... c'est ce à quoi notre action syndicale s'est attelée depuis 50ans, c'est ce pour quoi notre syndicat s'associe aujourd'hui à toute la représentation généraliste présente ici.

DIA2

La régionalisation ? une opportunité pour faire mieux :

DIA 3

2 constats :

- l'étude du Professeur Barbara Starfield (John Hopkins University, School of Hygiene and Public Health in Baltimore) réactualisé en 2004 comprend l'évaluation de 10 systèmes de soins de santé, dont le belge et conclut qu'un système de soins basé sur le principe d'échelonnement des soins se trouve directement lié à de faibles coûts, un sentiment de satisfaction accru de la population, une meilleure qualité des soins, un usage plus modéré des médicaments, un taux inférieur d'interventions superflues. L'échelonnement est le système le plus équitable et le plus efficient , l'OCDE en atteste également.

DIA 4

- Notre système de soins a, par le passé, négligé la spécificité de sa première ligne et en particulier celle de la médecine générale. En effet la médecine générale a été et est encore trop souvent malmenée dans sa dimension globalisante, par une valorisation de l'usage de la technologie, une valorisation de l'hôpital comme lieu privilégié de soins, une formation hospitalo-universitaire encore trop influencée par le courant dominant spécialisé malgré les efforts remarquables des CUMG, diffusant un savoir très parcellisé, dont on ne conteste pas la pertinence, mais au détriment d'une vue transversale et globale, et de santé publique,

nécessaire aux soins primaires (de primary= essentiel). Ainsi qu'une valorisation de l'acte curatif au détriment de la prévention
Soulevons l'insuffisance du financement étatique des CUMG et de la SSMG.

DIA 5

Conséquences

Le refus d'organiser notre système de soins nous mène à un état quelque peu chaotique : en négligeant l'articulation intelligente entre les lignes de soins, elles sont devenues concurrentielles au lieu d'être complémentaires. Ce qui a provoqué l'encombrement des 2^{ème} et 3^{ème} lignes de soins avec les coûts que cela génère . Sans parler des effets iatrogènes suite au recours aux structures lourdes de l'hôpital même si le besoin n'y est pas et suite au manque de collaboration et d'information entre les prestataires de soins.

Utilisation chaotique de la garde.

Fuite des MS de l'hôpital pour une pratique privée, manque de MS dans les salles d'urgences et hospitalières, engagement de MG pour les remplacer et appauvrissement de facto de la MG ambulatoire.

Prostamobiles et autres dépistages de la FA sans fondements scientifiques et sans collaboration avec les MG.

Rapport de formation de 25% de MG pour 75% de MS en 2013, alors que le ratio officiel est de 43MG/57MS. Nous pensons bien que le même ratio MG/MS parmi les professeurs d'université serait nécessaire pour garantir la promotion de la MG pendant les études.

DIA 6

Diapositive empruntée au Professeur Giet que je remercie

La première colonne représente ce qui aurait pu être : un passage organisé par la première ligne médicale qui réfère à la seconde qui elle même réfère à la troisième.

La 2^{ème} colonne est ce qui est actuellement : un bypass de la première ligne au profit des seconde et 3^{ème} ligne. Avec le fléau de la référence horizontale au sein de la 2^{ème} ligne faisant fi des compétences et du rôle des généralistes.

La 3^{ème} colonne est ce qui doit être : une première ligne forte, interdisciplinaire, qui gère le maximum des problèmes et réfère quand nécessaire.

DIA 7

Un plan stratégique de développement sanitaire.

Comment faire mieux aujourd'hui pour optimaliser nos réponses aux défis posés par la santé de notre population ?

Les MG revendiquent, au lieu de la politique budgétaire des soins de santé, l'instauration d'une réelle politique de santé avec **un plan stratégique de développement sanitaire** pour assurer l'établissement de ce que j'appelle « **une démocratie sanitaire** ».

Notre système de soins a augmenté ses dépenses, ses moyens, son personnel, sa diversité... dans un système non structuré dans lequel les dysfonctionnements sont nombreux. L'Etat n'a pu réellement développer une vraie politique de santé et la régulation étatique se réduit malheureusement aujourd'hui à une gestion bureaucratique des moyens, avec toutes les dérives bien connues cadennassant notre pratique au quotidien : les prescriptions sous « contraintes » parfois éloignée de la réalité du terrain (exemple de la prescription de l'O2) sont exemplatives.

On a bien sûr augmenté l'accessibilité aux soins pour tous, en particulier aux plus démunis. Mais l'inégalité sociale face aux maladies n'a pas changé. Le phénomène de la « malbouffe » prend allure de catastrophe, les détresses psychologiques et sociales sont en augmentation, la désinsertion sociale des vieux s'aggrave... il n'y a pas de chauffage dans certaines écoles le 5 janvier, à la rentrée des classes...

Un plan stratégique se doit de contenir un volet concernant la **promotion de la santé, la prévention, les soins curatifs**... dans le court, le moyen et le long terme.

Un plan stratégique qui tienne compte de l'apport de **toutes** les professions en soins de santé et d'une organisation intelligente entre elles.

Un plan stratégique qui puisse évaluer intelligemment la qualité des processus mis en place grâce à des indicateurs de qualité élaborés avec les prestataires.

DIA 8

Liste non exhaustive des défis à rencontrer de toute urgence :

- l'accompagnement des **personnes en déficit d'autonomie**, entre autres, les personnes âgées avec le maintien de leur mobilité, leur autonomie, la promotion du vieillissement en bonne santé, le maintien à domicile qui est une alternative prioritaire au placement en institution, l'alternative non médicamenteuse
- l'accompagnement des malades atteints de **maladies chroniques et/ou complexes**
- la gestion des **inégalités en santé**, avec un regard particulier quant aux différences entre les déterminants médicaux et non médicaux de la santé en région urbaine et rurale : la précarité ne se décline pas de la même façon en région rurale où l'isolement de la population et des prestataires de soins est plus grand, par, entre autres, déficit ou difficulté de transport, par dispersion sur le territoire... quelle est l'accessibilité aux **soins**

d'urgences à BXL, quelle est l'accessibilité aux soins d'urgence à Chimay... ?

- la **santé mentale** au sens large du terme
- la nutrition, les soins bucco-dentaires... trop souvent oubliés dans les soins primaires

DIA 9

Mettons nous donc ensemble autour de la table pour repenser la première ligne de soins, en peaufinant ses rapports avec les autres lignes de soins. Ce chantier est d'un intérêt majeur. Profitons de l'occasion de la réforme de l'Etat pour oser cette réflexion en profondeur qui organisera les arbitrages nécessaires entre lignes de soins, entre soins curatifs et soins préventifs, toutes les préventions (primaire, secondaire, tertiaire et la plus pointue la quaternaire, celle qui combat l'hyper-médicalisation et la iatrogénicité des soins ...)

((Notre intérêt syndical est de situer la MG dans une organisation de prise de décision tout au bénéfice des besoins de santé de la population... pour assurer à la MG un outil performant pour réaliser sa mission de soin, intégrée avec pertinence dans le paysage global.))

Sans négliger le cinquième niveau de la prévention : celle qui concerne la qualité des conditions de vie et de travail des prestataires eux mêmes : prévention essentielle, elle aussi au service de la population. Nous avons des récits de plus en plus fréquents de souffrance d'aides soignantes due aux mauvaises conditions de travail... menant irrémédiablement à une forme de maltraitance des personnes âgées !

Nous proposons donc :

DIA 10

Au niveau macro

l'organisation d'un **organisme d'intérêt public** où se retrouveraient tous les prestataires : infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes, médecins et les services de coordinations. Une sorte d'**IWAMI** qui se doit d'être décisionnel. Les médecins y méritent une représentation importante via leurs **syndicats**, vu leur expertise et leur expérience en la matière. Les gouvernements, régional et communautaire, pourront prendre appui sur ses avis et décisions.

Cet organisme gagnerait en efficacité et en rationalité en prenant lui même appui sur une sorte de **CRPQ** régional concernant les soins primaires où seraient présents, entre autres, la **SSMG** et les **CAMG** pour les médecins... un CRPQ qui serait donc une commission scientifique, une aide à la réflexion et à la décision.

En aval de l'OIP proposé, nous imaginons une **plate forme** réunissant les représentants des **bassins de soins** où seraient présentes toutes les lignes de soins dont les hôpitaux. Le **FAG** y serait là un partenaire nécessaire pour y représenter les cercles ... indispensables pour l'étude des besoins en soins, pour l'élaboration des conceptions des soins, pour l'élaboration d'une planification des soins.

DIA 11

Au niveau méso

Il faut penser une **planification quantitative et qualitative à l'installation** des prestataires pour tâcher de répartir les installations là où elles sont utiles : cela concerne tous les prestataires de soins et les services à la population (enfance, santé mentale, soins à domicile)

Les bassins de soins devraient correspondre à un **découpage fonctionnel du territoire**, plutôt que à un découpage démographique.

((Et pourquoi pas en prenant exemple sur les zones des cercles de médecins généralistes qui constituent un découpage naturel et fonctionnel. De plus, les MG connaissent « au jour le jour » les besoins de terrain en médecins généralistes et ont également une perception intéressante, à questionner et à entendre, des lacunes et excès en offre spécialisée ou hospitalière ainsi qu'en services à la population (enfance, santé mentale, soins à domicile etc).

Les RML sont aussi des partenaires de choix concernant ces connaissances : à BXL et à Charleroi par exemple, le RML a élaboré un cadastre de tous les partenaires de première ligne, disponible rapidement, en temps réel pour les professionnels qui en ont besoin au lit du patient.))

La régionalisation doit être une opportunité pour intégrer toutes les coordinations de soins (SISD, RML, CCSSD) sous une coupole neutraliste.

DIA 12

Au niveau micro

Nous pensons important de développer les concepts d'Impulseo

- I(a) pour promouvoir l'installation en MG par rapport à la MS
- I(b) pour promouvoir l'installation de MG dans les régions les plus nécessiteuses (rural et quartiers pauvres des grandes villes)

- I(c) pour promouvoir l'installation en équipe, mono ou pluridisciplinaire (en projet)
- Impulseo II et III pour la délégation des tâches administratives
- Impulseo IV à développer pour financer le développement des réseaux informatiques entre médecins, solistes en réseau, MG en association ou en MM
- Impulseo V ou Assistéo pour la délégation de tâches soignantes (projet des SSMG-CAMG-FMM)

DIA 13

La question se pose aussi quant à la réalisation du travail en commun, **interdisciplinaire** (et même transdisciplinaire)

((L'organisation du travail s'élabore aujourd'hui plus fréquemment en équipe mono ou pluridisciplinaire, ajoutant la nécessaire gestion des relations interpersonnelles professionnelles. Ouvrir la porte à l'interaction participative avec les patients et leurs aidants proches exige une plus grande maîtrise de la relation, et du temps, temps qui est singulièrement encore tant négligé par les tarifs de la CNMM. Ouvrir la porte à l'interaction participative entre travailleurs de la santé demande une plus grande cohérence entre eux et aussi de ce temps plus que précieux.))

Pour réussir le maintien des personnes fragilisées à domicile, la gestion des maladies complexes et/ou chroniques, il nous faut bien un **case manager des services**...

Mais il nous faut absolument aujourd'hui la garantie que le **MG sera le case manager des soins. Si le patient est bien au centre des soins, le MG est au centre de l'organisation des soins.** Attention ! Place centrale ne veut pas dire place principale. Dans une problématique sociale, l'assistant social sera la personne prépondérante... c'est évident ! Mais le MG restera toutefois au centre du processus.

DIA 14

- Dans la gestion interdisciplinaire, il faut trouver l'équilibre entre la préservation de la **relation** de soins et l'instauration d'une **situation** de soins.
- Il faut trouver l'équilibre entre la rencontre du patient avec la **personne** du prestataire et l'efficacité de la **fonction** du prestataire qui peut se faire remplacer à tout moment.
- Il faut trouver l'équilibre entre le respect du secret professionnel garant de **l'intimité** du patient et le **partage** des données médico-sociales pertinente pour assurer l'efficacité des soins. Le risque est grand de l'« auto-formatage » des patients. Oseront-ils encore les confidences difficiles ? Le Dossier Médical Partagé doit bien mesurer cette difficulté et être a-

symétriquement disponible pour les différents prestataires et être bien séparé du DMG. Le DMP doit être géré par le MG.

DIA 15

- Il faut trouver l'équilibre entre la nécessaire collaboration du patient, son **empowerment** et son droit à **ne pas savoir** ni vouloir. "S'en remettre à quelqu'un d'autre... ce n'est pas un désistement, c'est une stratégie: en faisant de lui votre destin, vous en tirez l'énergie la plus subtile." (Baudrillard - 1990).
- Il faut trouver l'équilibre entre la **performance** et la **rencontre** de la personne en souffrance qui est, de nature, hors performance. Le risque est grand de l' « auto-formatage » du prestataire. Le risque est grand aussi de son « désengagement » vis à vis de patients moins en phase... si l'exigence de la performance est trop insistante .

Bref un défi passionnant et difficile

Conclusion

DIA 16

Les arbitrages que nous revendiquons doivent être pensés et organisés en collaboration avec les prestataires des soins de santé pour qu'ils ne soit pas vécus comme arbitraires.

Ces arbitrages se feront à coups sûrs, à contre-courant. Il n'est pas difficile de réaliser que les rapports de forces ne sont pas favorables à cette dynamique. Et il faudra pour cela des décisions politiques courageuses.

Mais, je suis convaincue que créer un modèle cohérent entre professionnels est favorable au bien-faire et au bien-être de chacun des soignants... Et je suis convaincue qu'un système cohérent est favorable au travail de « mise en cohérence » que nous faisons avec nos patients. Parce qu'on peut penser que la qualité de nos relations confraternelles a des répercussions directes sur la qualité de nos relations thérapeutiques.

Dialogue et cohérence des buts poursuivis aident à vivre plus sereinement les rencontres thérapeutiques... pour éviter ce qu'on nomme la souffrance des soignants. La sérénité du prestataire n'est-elle pas le meilleur précurseur de la sérénité des patients face à la maladie ?

Et si en plus on a pu répondre aux besoins en santé, intelligemment détectés, de la population... nous aurons vraiment saisi l'opportunité d'une réforme assumée.

DIA17

Assurer les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le meilleur acteur, au moment le plus opportun

Dans un système **solidaire** qui tienne compte de l'apport spécifique de la première ligne en santé publique, où la MG revendique la place centrale.

Dans un système **solidaire** qui tienne compte de la qualité de vie des prestataires, indispensable revendication de santé publique.

je vous remercie pour votre attention

DIA 18

Docteur Anne Gillet-Verhaegen

Présidente du GBO 18/01/2014