

LE MEDECIN GENERALISTE, PARTENAIRE DANS LES SOINS POUR MALADES CHRONIQUES OU ROUE DE SECOURS ?

Simplement et au-delà des formules d'usage, je remercie les organisateurs de cette journée d'étude d'avoir accepté de donner place à la parole généraliste restée trop souvent dans l'ombre de la médecine spécialisée, technique et hospitalière.

Mesdames et messieurs, bonjour,

Je veux commencer aujourd'hui par faire trois constats :

Le premier : l'étude du Professeur Barbara Starfield (John Hopkins University, School of Hygiene and Public Health in Baltimore) qui a été publiée en 1994 et qui comprend l'évaluation de 10 systèmes de soins de santé, dont le belge, 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.

Le deuxième constat : au fil des congrès médicaux nous entendons reconnu le rôle du généraliste: « dans la lutte contre l'alcoolisme, contre la BPCO, l'insuffisance rénale, le généraliste est au centre du processus de soins, dans la détection des maltraitements vis à vis des personnes âgées, des enfants, le généraliste est l'acteur de choix ... ».

Par ailleurs, troisième constat : un patient diabétique sur deux s'ignore, un patient souffrant de BPCO sur deux est sous traité, de même pour l'hypertension artérielle, les patients se sentent mal écoutés... la presse regorge de critiques par rapport à l'offre médicale et à ses performances. Le budget des médicaments explose, un généraliste sur deux est atteint de burn out...

Que s'est-il donc passé qui explique cette piètre adéquation de notre système de soins aux besoins de notre population et d'une partie de ses prestataires?

En Belgique, notre système de soins néglige la spécificité de sa première ligne et en particulier celle de la médecine générale. En effet la médecine générale est malmenée dans sa dimension globalisante, par une formation universitaire encore trop influencée par le courant dominant spécialisé malgré les efforts remarquables des CUMG. Elle est financièrement défavorisée par une commission nationale médico-mutuelliste qui a choisi, pendant de trop longues années, d'investir préférentiellement dans la médecine technique, spécialisée, la mettant, elle, en première ligne et au hit parade de l'offre de soins, « en

LE MEDECIN GENERALISTE, PARTENAIRE DANS LES SOINS POUR MALADES CHRONIQUES OU ROUE DE SECOURS ?

réduisant -de facto- les missions de la médecine générale à des rôles subalternes : soins de dépannage, tâches administratives, médecine de pauvres, médecine économique... ».

Dans le domaine des maladies chroniques, les pouvoirs publics subsidient des centres multidisciplinaires accessibles en première ligne, et exclusifs dans certains de leurs avantages (certains remboursements leurs sont exclusivement réservés). Des équipes hospitalières sont déléguées à domicile, poussant peu à peu du pied les soignants naturels du domicile : les généralistes, les infirmiers et kinésithérapeutes indépendants, parfois soignant de longue date les patients concernés.

Ce système de réseaux de soins équivaut, à notre avis, à une négation du rôle central du généraliste, avec une sorte d'échelonnement à l'envers, une négation du principe de subsidiarité des soins, une négation de l'approche holistique, généraliste, nécessaire à l'approche centrée sur le patient. Que faire des patientes diabétiques, atteintes en même temps de BPCO et ménopausées ? Dans quel centre de référence doivent-elles consulter ? Aujourd'hui c'est le généraliste qui est consulté, en fin de parcours !

« Au centre de la douleur ils me disent qu'ils ne peuvent plus rien pour moi ! Je m'en remets à vous alors, mon généraliste ! »

Or pour répondre aux défis posés par la santé de notre population il est indispensable de structurer le réseau des soins de santé. Positionner le patient au centre du processus thérapeutique est idéal. C'est bien notre soucis à tous !

Et pour réaliser cela, chacun des travailleurs de la santé doit trouver son "territoire", son rôle, son autonomie, sa responsabilité dans le réseau de soins. De par leurs spécificités propres, nous pouvons penser que les généralistes y sont le maillon central. Ils allient compétences médicales, approche holistique, globalisante et transversale des problèmes de santé, connaissance de l'environnement et prise en compte de l'importance des déterminants non médicaux de la santé, soins curatifs et préventifs, accessibilité, continuité des soins, déplacement à domicile, réponse rapide à l'évènement, travail dans la durée, coordination des interventions spécialisées, collaborations avec les différents professionnels de la santé, gestion des interactions médicamenteuses et des examens complémentaires, service de garde.

Leur indépendance intellectuelle et financière par rapport à toute structure est un atout majeur dans l'aide fournie aux patients. Le pouvoir médical qu'ils détiennent, grâce à leur indépendance, ils peuvent en faire un service pour tenter de protéger les plus vulnérables ...une recommandation à un service médical...une négociation entre confrères... un accord avec la coordination des soins à domicile...peuvent solutionner des situations difficiles, éviter des décisions malheureuses...une hospitalisation inutile...

LE MEDECIN GENERALISTE, PARTENAIRE DANS LES SOINS POUR MALADES CHRONIQUES OU ROUE DE SECOURS ?

Quels partenariats possibles ?

Le généraliste revendique une collaboration où il tient le rôle central. Dans le cas du diabète non compliqué, le généraliste sera bien l'acteur principal et central... Dans le cas d'un cancer, l'oncologue tiendra plus adéquatement le rôle principal. Le généraliste tient dans ce cas un rôle tout à fait particulier, central, de soutien au spécialiste, filet de sécurité indispensable au domicile : ce rôle-là est fait de compétence médicale, de disponibilité, offrant un regard particulier, un temps privilégié pour soigner, dire, écouter, interpréter, donner sens à ce qui se passe, gérer, conseiller, réexpliquer les informations spécialisées, éviter les erreurs de compréhension...

Par contre, dans le cas des maladies rares, neurologiques, génétiques, ou par exemple, dans le cas des maladies psychotiques, lorsque le réseau de soins spécialisés instauré autour du patient fonctionne de façon optimale, le partenariat avec le médecin généraliste est d'un autre ordre, plus occasionnel, ponctuel. Dans certains cas, il nous arrive même de ne pas connaître le patient. Ceci est remarquable avec les toxicomanes qui consultent plus facilement les centres thérapeutiques spécialisés en toxicomanie. Nous, nous rencontrons les familles inquiètes, désemparées et nos savoir-faire et savoir-être sont alors utilisés à leur soutien. C'est peut-être là que l'appellation « médecin de famille » prend tout son sens. Même dans ces cas-là, c'est bien encore d'un rôle central dont nous parlons. Et pour pouvoir remplir ce rôle, le généraliste doit être membre à part entière de l'équipe soignante et être tenu au courant des évolutions des symptômes et des traitements pour pouvoir réagir quand nécessaire de façon la plus juste possible. (lors des urgences par exemple, au domicile).

Mais il est remarquable que dans l'organisation actuelle des soins de santé, les généralistes tiennent actuellement trop souvent uniquement le rôle de roue de secours, intervenant, certes de plus en plus difficilement, après 18.H. le soir ou le W.E., lorsque les autres services ont fermé leurs portes, ou lors d'une situation trop complexe pour qu'elle puisse entrer dans les normes de ces mêmes services.

On peut penser que l'organisation des soins de santé avec multiplication des centres de référence améliorent l'efficacité des soins pour certains publics cibles dans le cas des maladies rares. Mais nous pouvons penser que cette stratégie répond moins bien aux besoins plus généraux, plus courants de la population, vu le mauvais soutien accordé à la première ligne et le recours moins pertinent aux différentes démarches médicales..

LE MEDECIN GENERALISTE, PARTENAIRE DANS LES SOINS POUR MALADES CHRONIQUES OU ROUE DE SECOURS ?

Propositions:

-Reconnaître la complémentarité entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes. Attention, le travail du généraliste ne consiste pas à « juxtaposer des savoirs de différentes disciplines scientifiques (spécialités médicales, épidémiologiques, psychologiques, sociales) », comme c'est plutôt le cas dans les centres de référence. C'est un travail d'interprétation de la souffrance qui s'approche plus du vécu individuel, tenant compte des répercussions de la maladie sur la vie affective, familiale, professionnelle, sociale.

Est-ce à dire qu'utiliser un généraliste dans les centres multidisciplinaires résoudrait le problème ? certainement non ! Ce généraliste-là n'aurait pas cette position particulière qui en fait un généraliste dans le sens plein du terme, ne connaissant pas l'environnement médico-psycho-social des patients. A l'instar de ce qui se passe dans les hôpitaux. Les généralistes hospitaliers n'ont pas intégré la médecine générale dans les hôpitaux. Ils se doivent de travailler selon le schéma de pensée hospitalier. La médecine générale n'est décidément pas soluble dans ces structures.

-Enseigner cette complémentarité entre spécialistes et généralistes dès la formation de base et pendant toute la formation continue, tant spécialiste que généraliste. Et pourquoi pas un stage obligatoire en médecine générale pour tous les candidats spécialistes.

-Tirer parti de cette complémentarité en mettant en place une réelle articulation entre la médecine générale polyvalente et la médecine spécialisée avec un échelonnement des soins, non contraignant, incité financièrement . Pour cela, il faut renforcer l'accès à la première ligne, efficace et peu coûteuse, et rendre moins attractif le recours aux autres niveaux de soins si la pertinence n'en est pas avérée : par exemple rendre accessible par les généralistes le matériel utilisé dans les centres multidisciplinaires (comme la tige pour la mesure de la glycémie) . Autre exemple : rendre vraiment accessible le système du Tiers-Payant pour les généralistes.

-Soutenir les généralistes pour qu'ils initient, eux-mêmes, lors des cas complexes, les recours aux centres multidisciplinaires, reconnaissant l'apport majeur de ces centres. Les centres, eux, doivent garder un contact privilégié avec les généralistes et constituer un véritable soutien à la médecine générale.

-Soutenir les généralistes pour qu'ils initient les hospitalisations : création d'un dossier de liaison (extension au DMG). Pendant l'hospitalisation, honorer la communication entre le généraliste et le spécialiste pour améliorer

LE MEDECIN GENERALISTE, PARTENAIRE DANS LES SOINS POUR MALADES CHRONIQUES OU ROUE DE SECOURS ?

l'adéquation des soins hospitaliers. Restaurer la spécialité de médecin interniste général. Restaurer l'honoraire à l'assistance opératoire dans le cadre du DMG, honorer une visite hebdomadaire à l'hôpital (aussi dans le cadre du DMG)...

-A la sortie de l'hôpital, concertation, honorée, entre le généraliste et le spécialiste. Dans ce cadre-là nous pouvons envisager la mise sur pied, concertée, de « plans de soins » pour favoriser le meilleur retour du patient au meilleur endroit (domicile, MR, MRS) (à l'instar du projet gériatrique en cours).

-A domicile, travail privilégié avec les équipes spécialisées de deuxième ligne dans le respect du travail de première ligne, à l'instar de ce qui se fait en soins palliatifs où la collaboration se fait particulièrement bien. Reconnaître la complémentarité des différents travailleurs au domicile. Dans une organisation structurée des soins, avec le généraliste comme maillon central, la hiérarchie de responsabilité est nécessaire (c'est le médecin qui prescrit). Gageons par contre d'en faire disparaître la hiérarchie de valeur: le dialogue entre les différents intervenants dans les soins, la cohérence des buts poursuivis aident à parfaire l'adéquation aux soins. Cela aide aussi chacun à vivre mieux, plus sereinement, les rencontres thérapeutiques, pour éviter ce qu'on nomme la souffrance des soignants. Parce que cette souffrance mène, à l'extrême, à une certaine maltraitance infligée aux patients par les soignants. Là aussi le généraliste a un rôle particulier. Il nous arrive parfois, lors de nos visites, de prendre autant de temps avec les soignants et travailleurs de proximité qu'avec le patient lui-même.

Mesdames et messieurs,

je suis convaincue que créer un modèle cohérent entre professionnels est favorable au bien-faire et au bien-être de chacun des soignants, arme principale contre le burn out professionnel. 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.

Pour terminer, je tiens tout particulièrement à cadrer notre travail dans un système assurant le maintien de la sécurité sociale solidaire et fédérale. Et pour y assurer les meilleurs soins par le prestataire le plus adéquat au meilleur endroit, il nous semble indispensable d'avoir un chef d'orchestre, au plus proche de la personne dans sa dimension globale. Alors, vous ayant éclairés sur l'apport spécifique de la médecine générale, nous ne pouvons que vous encourager à conseiller aux patients de se choisir un médecin de famille, et cela avant l'urgence. Il nous est, en effet, pour nous généralistes, beaucoup plus difficile de devenir d'urgence médecin traitant.

DOCTEUR ANNE GILLET-VERHAEGEN, médecin généraliste. 06-05-2004.