

# Médecins : concilier le professionnel et le privé

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens

.....  
*Syndicaliste, médecin généraliste, femme... Autant de facettes chez Anne Gillet-Verhaegen qui ont forgé son regard sur la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée des médecins. Harmonie, cohérence, équilibre sont des termes qui jalonnent sa pratique de tous les jours en tant que médecin généraliste et en tant que syndicaliste. Des termes qui supplantent de loin les mots guérison, médicaments ou imagerie médicale.*

.....  
*Mots clefs : conditions de travail, financement des soins, genre, médecin généraliste, médecine générale.*

L'harmonie, la cohérence et l'équilibre sont indispensables dans l'exercice de nos professions soignantes. Je suis convaincue que c'est dans un système de soins de santé cohérent, avec des prestataires en équilibre de vie et en harmonie avec leurs valeurs humanistes que nous pourrions espérer promouvoir le travail de « mise en cohérence » que nous réalisons avec nos patients pour leur permettre de retrouver, eux-mêmes, équilibre et harmonie dans leur vie personnelle.

Se pose donc la question : comment assurer l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale dans la profession de médecin ? Cet équilibre n'est-il qu'une revendication typiquement féminine ou est-elle portée plus largement par les médecins, hommes et femmes, les plus jeunes certainement et, peut-être bien, par toute la profession ? Cet équilibre est-il une nécessité « de santé publique » pour promouvoir avec crédibilité l'indispensable équilibre de vie des patients qui se confient au corps médical et plus largement concernant toute notre société ?

Les écologistes parlent aujourd'hui d'une société de l'épuisement... Qu'en faisons-nous ?

L'équilibre individuel des médecins est en forte interaction avec d'autres équilibres plus collectifs :

- l'équilibre dans l'organisation du système des soins de santé ;
- l'équilibre dans les modes de financements des prestataires ;
- l'équilibre dans l'organisation des pratiques.

Or, nous héritons d'un système de soins de santé ayant valorisé fortement :

- l'usage de la technologie au détriment de la réflexion intellectuelle ;
- l'hôpital comme lieu privilégié des soins au détriment de la pratique généraliste ;
- la spécialisation des praticiens par un enseignement hospitalo-universitaire dont on ne conteste pas la pertinence, mais au détriment des visions holistiques, globales spécifiques à la première ligne de soins assurant les soins primaires ;
- l'acte curatif au détriment de l'acte préventif ;
- un système de soins insuffisamment structuré, dans lequel a été négligée l'organisation de la collaboration entre prestataires des différentes lignes de soins.

Dans ce contexte, nous sommes contraints de constater l'apparition sur le terrain de pénuries de certaines professions médicales, en particulier la médecine de famille. Les candidats médecins se détournent de la formation spécifique de médecin généraliste, plus particulièrement les candidats masculins ; la pénurie menace dans certains quartiers difficiles urbains ainsi que dans certaines régions rurales ; certaines tâches comme la garde sont désertées, provoquant des pénuries de nuit dans un contexte parfois de pléthore de jour.

L'installation progressive des femmes médecins se fait dans ce contexte-là. Le Dr Ghislaine De Smet relève judicieusement que « les pénuries dans les professions d'infirmiers,

Exposé lors d'un colloque  
des Mutualités libres du  
18 septembre 2012.

*d'enseignants et maintenant de médecins, en particulier généralistes... ont été précédées par leur féminisation... Hasard ? Preuve que les femmes sont plus nombreuses sur le marché du travail et préfèrent ce type de profession ? Peut-être ! Mais ce qui est certain, c'est que les difficultés et l'exigence du travail dans ces secteurs se combinent à l'insuffisance des revenus ; et que les femmes, habituées à des salaires inférieurs, les acceptent encore, alors que les hommes s'en détournent déjà. ».*

•••••  
**Médecin : un boulot exigeant...**

Revenons sur ces deux concepts : la pénibilité du travail et l'insuffisance des revenus.

La pénibilité du travail de ces professions et en particulier des généralistes, tant pour les femmes que pour les hommes est insuffisamment reconnue. Les difficultés des généralistes vont de manière croissante. La confrontation à la maladie a toujours été chose difficile. Mais aujourd'hui certaines inadéquations rendent l'exercice de leur profession plus difficile encore humainement.

En effet, il y a inadéquation entre le savoir technoscientifique médical enseigné et la réalité individuelle de chaque patient, de plus en plus diversifiée vu le brassage des populations. Les études de médecine sont encore trop centrées sur l'approche technique et hospitalière. Or, c'est bien à la sortie de l'hôpital

que l'on prend la mesure de l'impact de la maladie sur la vie familiale, relationnelle, sociale, professionnelle. Et là, le job des généralistes prend tout son sens.

Certaines études relèvent que les femmes se focalisent plus que leurs confrères masculins sur la prévention, l'information et l'éducation à la santé... Mais les études universitaires ont peu développé la formation à ces trois pôles. Ces mêmes études révèlent aussi que le mode de relation patient/soignant développant la « participation » est plus typiquement féminin. Or nous ne sommes pas sans savoir qu'ouvrir la porte à la participation demande une maîtrise plus approfondie de la relation : les études universitaires ont là aussi trop peu développé l'apprentissage à cette relation. Et sans formation suffisante, spécifique au *counselling* et à l'interaction participative, ce mode de relation est plus difficile à assumer et la souffrance du soignant menace plus volontiers. Est-ce une des raisons du nombre plus important de départs prématurés de la profession chez les femmes ?

L'hebdomadaire *Knack* titrait : « De geneesheren zijn de gijzelaars van de patienten » (« Les médecins sont les otages des patients »). Les polémiques concernant la sur-prescription d'antibiotiques et les certificats suspects de complaisance dans les écoles pourraient faire craindre que le journaliste de *Knack* soulève une problématique bien réelle. Ces polémiques révèlent la difficulté dans la négociation de rester ferme, capable de résister aux pressions, quelles qu'elles soient, d'où qu'elles viennent. C'est ici que trouver un équilibre entre

la féminité et la masculinité dans nos attitudes a toute sa pertinence : entre interaction participative et fermeté directive, entre souci de l'individu et souci du collectif.

Les généralistes sont confrontés à un monde de plus en plus consumériste, manipulé médiatiquement, séduit par les nouvelles technologies présentées comme progrès universels. Ils se trouvent alors face aux exigences des patients que la médecine leur résolve tout et les préserve de tout échec et tout risque.

D'autre part, « les médecins sont confrontés à la société qui leur délègue la gestion des conséquences médicales et sanitaires des drames environnementaux, des drames sociaux suite aux choix économiques d'hyper compétitivité et de dérégulation engendrant stress, chômage, précarité..., des drames humains que sont les guerres, l'immigration, l'éclatement des familles... et cette même société, via les pouvoirs publics, qui exige d'eux de gérer ces conséquences au moindre coût. »<sup>1</sup>.

La question se pose alors : comment soutenir ces travailleurs de première ligne qui « font front », pour leur éviter un burn-out si répandu ?

Comment combattre aussi les excès de la régulation étatique, aujourd'hui trop bureaucratique et essentiellement à visée économique qui cadennassent le travail médical sur le terrain (contrôles intempestifs, prescriptions sous contraintes rigides, recours obligé à la médecine spécialisée) et qui mènent parfois à la mise en danger de patients (retards de traitement vitaux pour raisons administratives

### Proposition de financements ciblés pour la médecine générale : les 5P

#### 1. Le financement à la prestation :

80% du financement global de la médecine générale, avec une modulation selon la taille de la pratique individuelle.

#### 2. Le financement à la patientèle :

- Dossier médical global, symbole de la place centrale de la médecine générale ;
- Dossier médical global plus, qui inclut la prévention dès 45 ans ;
- Trajets de soins : projet de faire reconnaître le patient atteint de maladie complexe et d'en augmenter la valeur du Dossier médical global. Le risque étant de nier le rôle central du médecin généraliste et son rôle d'approche globale en mettant toutes les lignes de soins au même niveau et par l'organisation d'une approche par pathologie.

#### 3. Le financement au prestataire :

- Dossier médical informatisé (DMI) ;
- Forfait accréditation ;
- Forfait à la pratique : € 1650 si le médecin participe à la garde du Cercle (versus honoraires de permanence de €2) ;
- Honoraires de disponibilité ;
- Statut social : €4325 (€2127).

#### 4. Le financement à la pratique : Impulseo, le Fonds d'impulsion pour la médecine générale, intervient :

- À l'installation ;
- En tant que soutien administratif lié à l'engagement de personnel administratif pour tous styles de pratique (délégation des tâches - création d'emplois) (versus forfait lié au nombre de Dossier médical global, favorisant les grandes pratiques) ;
- À l'installation d'un réseau informatique pour le partage des dossiers de médecins généralistes solo en réseau ou de médecins généralistes en association ou en maisons médicales (en élaboration) ;
- Pour soutenir l'engagement d'une aide à la pratique (exemple : infirmier) : en élaboration.

#### 5 Le financement de la profession :

- Les postes de garde ;
- Les réseaux multidisciplinaires locaux (RML).

par exemple)... Un phénomène extrêmement éprouvant pour le prestataire.

Dans un système de soins de santé trop peu organisé, trop peu structuré, où le patient a accès aux soins les plus sophistiqués même si cela n'est pas strictement nécessaire, comment combattre aussi les excès de la dérégulation ? La liberté diagnostique et thérapeutique est en effet parfois brandie comme alibi désorganisant le système des soins, développant l'acharnement thérapeutique et les soins et examens inutiles.

Dans ce contexte, nous prônons un échelonnement des soins non contraignant avec un passage optimal de l'information entre prestataires pour réduire au maximum la iatrogénicité des soins et permettre la cohérence des buts thérapeutiques poursuivis... Voilà une autre arme contre le burn-out des médecins et contre la maltraitance induite des patients. C'est dans ces conditions que les prestataires généralistes, hommes et femmes pourront se réapproprier leur métier avec bonheur.

### •••• ... et mal financé

Le mode de financement actuel, essentiellement à l'acte ne reconnaît pas les différences dans la pénibilité du travail. Il ne soutient pas non plus le côté qualitatif apporté par l'écoute, l'accompagnement, le *counseling*, la guidance, la prévention, l'éducation à la santé. Comment valoriser ce mode de travail ? Nous plaillons depuis les premières élections syndicales, en plus du paiement à l'acte, pour le développement d'autres modes

de financement : les financements à la patientèle, au prestataire et à la pratique (voir encadré).

Les avantages de ces formes de financement peuvent être listés :

- un soutien identique à toutes les pratiques, assurant un socle financier stable ;
- une solidarité avec les pratiques débutantes (jeunes) et finissantes (fin de carrière) ;
- une prise en compte de la féminisation de la profession et de ses difficultés (grossesses, temps partiels) ;
- une prise en compte du travail non rémunéré par l'acte ;
- une sortie de la dynamique « course à l'acte » ;
- la mise en place d'une politique de santé (de la population et des médecins généralistes) et d'installation ;
- un encouragement au regroupement des pratiques (lutte contre le burn-out) ;
- une revalorisation des médecins généralistes sans réduire l'accessibilité aux soins de la population. Le centre d'expertise - KCE a confirmé en 2008 le bien-fondé de ces financements alternatifs : « *Les conditions de travail des médecins généralistes pourraient être améliorées entre autres par la mise en place de possibilités d'interruption de carrière, de temps partiels et de services de garde bien organisés. Le travail en collaboration, au sein de réseaux ou de pratiques de groupe devrait être encouragé : il contribue à rompre l'isolement et permet la délégation de tâches*

*administratives et le travail en équipe multidisciplinaire.* ».

Si ces financements alternatifs ne posent dans leur majorité plus grand problème, malgré leur mise en route dans la douleur parce qu'à « contre-courant », il reste trois modes de financements à défendre dans nos instances de concertation, ne faisant pas encore l'unanimité :

• **Le soutien financier à la pratique de groupe**

Forme de financement permettant un partage plus solidaire entre hommes et femmes du temps de travail et des charges familiales tout en préservant la continuité des soins. Ceci est indispensable si l'on veut donner des chances aux atouts féminins

d'imprimer leurs influences sur la pratique médicale.

• **Le soutien financier de la garde**  
Comment concrétiser une indispensable reconnaissance du service public rendu par les médecins dans l'exercice de leur profession indépendante ? Ce point est essentiel pour soutenir efficacement l'organisation de la garde en médecine générale, menacée de disparaître à moyen terme. Les médecins, hommes comme femmes revendiquent légitimement un équilibre entre leur vie de famille et leur vie professionnelle, pour conserver leur propre santé, physique et mentale. Il est de la responsabilité des politiques d'en tenir compte. Le concept de



## ● Médecins : concilier le professionnel et le privé

l'honoraire de disponibilité a été pensé pour permettre financièrement le développement, entre autres, d'appuis domestiques nécessaires à la réalisation de cette tâche professionnelle. Il est indispensable de reconnaître la nécessité de financer correctement les postes de garde, concept qui répond adéquatement aux devoirs et droits des médecins généralistes. Les alternatives aux postes de garde doivent aussi être prises en compte. Les principes de l'abrogation du caractère inconditionnel de l'obligation de se déplacer et du tri des appels sous la responsabilité de l'Etat doivent être coulés en termes de loi

### ● **Le soutien financier à une réelle protection sociale**

Par ailleurs, les femmes ont été habituées à être considérées comme apportant « un deuxième » revenu. Or, il faut le constater, de plus en plus souvent les femmes médecins assurent le premier revenu du ménage : perte d'emploi du conjoint, famille mono parentale, revenu moindre du conjoint... Quelles conditions sociales sont mises en place pour permettre à la femme de déployer toute son activité, pour s'assurer d'un revenu plein ? Entre autres :

- protection particulière des grossesses ;
- protection des maternités (depuis le 01-01-03 elles ont droit à 6 semaines de congé de maternité rémunérées... de façon trop modeste) ;
- récupération rémunérée après un week-end de garde ? ;
- organisation des gardes des enfants en dehors des heures de bureau (la femme médecin effectuant des journées plus longues que le 8-18h) ;

- extension de la déductibilité fiscale des frais de garde après l'âge de 3 ans (reconnus actuellement jusque 3 ans).

### ● ● ● ● **Vers un nouvel équilibre entre hommes et femmes**

Par ailleurs, pointons la quasi absence de la présence féminine dans les différents niveaux de décision : au sujet du syndicalisme médical, peut-on penser que la sous-représentation féminine est un des facteurs expliquant la persistance de la suprématie de la technicité sur l'acte intellectuel ? On a pu penser qu'un financement du syndicalisme médical mènerait les femmes à s'y investir en plus grand nombre et y imprimer leur manière de voir. Ceci ne s'est pas confirmé. La présence féminine massive dans les formations continues exprime peut-être ici le choix des femmes - contraintes à établir des priorités - à peaufiner l'« œuvre » thérapeutique entamée individuellement avec les patients... plutôt que l'approche organisationnelle de leur métier.

Très certainement, l'évolution des rapports entre médecins et patients s'est effectuée par leur mise en question philosophique, politique, sociale et éthique. Les médecins tentent aujourd'hui de se positionner plus volontiers en tant que partenaires par rapport à leurs patients. Ce changement d'attitude n'est certes pas un apanage féminin. Certains hommes ont aussi contribué à cette évolution des rapports. C'est pourquoi si j'ai des revendications féministes à formuler, c'est celle de réhabiliter les hommes dans tous les métiers d'éducation et

de soins d'où ils disparaissent, parce que la société a besoin d'eux. C'est une question d'équilibre. Et c'est celle de promouvoir la participation des femmes à l'organisation collective de leur métier.

Aussi, pour atteindre cet équilibre, tant professionnel que privé, il nous faut développer encore les différents financements alternatifs et permettre la mise en place des moyens indispensables à l'exercice d'une solidarité entre tous les membres de la profession, hommes comme femmes, pour que l'apport spécifique des femmes, indispensable n'en devienne pas une fragilité et que leurs revendications légitimes ne finissent par affaiblir la qualité et l'organisation des soins de santé au lieu de l'enrichir. N'est-ce pas faire là le choix d'une société plus juste, plus humaine, plus solidaire ?

---

1. Jean-Michel Melis dans Santé conjugulée n°14, « Ce « cher » médicament » paru en octobre 2000.