Des soignants en nombre suffisant et bien dans leur peau

Le nombre et la répartition des médecins, infirmiers et autres soignants sur le territoire, la qualité de leur formation ou encore l'articulation entre les métiers sont autant de facteurs qui pèsent sur l'accès à des services de santé de qualité pour tous. Hélène Dispas nous fait part de ses réflexions.

Hélène Dispas, médecin généraliste et permanente politique de la Fédération des maisons médicales.
Interview réalisée par Marinette Mormont, journaliste à Alter Echo.

11,2, c'est le nombre de médecins généralistes en Belgique par tranche de 10.000 habitants (donnée INAMI, 2013)[1]. « Ce nombre est probablement surestimé et les comparaisons sur le plan international sont périlleuses[2] et à prendre avec beaucoup de nuances, commente Hélène Dispas. On sait toutefois que la Belgique n'est pas la plus mal lotie. Pourtant, à l'échelle de notre pays, la pénurie de médecins généralistes est annoncée. »

Le problème réside surtout dans la pyramide des âges des médecins : avec moins d'un tiers de médecins généralistes de moins de quarante-cinq ans, « d'ici cinq à dix ans, il n'y aura plus du tout assez de jeunes pour remplacer la génération actuelle, analyse Hélène Dispas. Alors que les besoins augmentent car la population vieillit et que le nombre de pathologies chroniques complexes (diabète, bronchites chroniques, pathologies mentales) explose. Il faut aussi faire le lien avec la dégradation actuelle des conditions économiques et sociales. Les patients bien souvent ne présentent pas une seule maladie, mais un ensemble de pathologies plus ou moins liées entre elles et surtout liées à leurs conditions de vie (alimentation, logement, stress au travail...). »

Outre une diminution de la proportion de médecins généralistes par rapport aux spécialistes[3], on observe d'importantes variations dans le pays, entre les provinces et les arrondissements. Les zones rurales, le Luxembourg particulièrement, se transforment en « déserts » médicaux.

Pour résoudre le problème, certains pays ont opté pour la planification. Celle-ci peut prendre des formes différentes, comme par exemple l'obligation pour tous les jeunes médecins de réaliser un stage en zone rurale. « Je ne crois pas qu'obliger les gens soit la meilleure solution, confie Hélène Dispas. En Belgique, les médecins sont culturellement très indépendants, ils n'aiment pas recevoir de directives de l'État[4]. C'est donc difficile

1. http ://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistique_ss_proff_tableau1.pdf

2. Le concept de « généraliste » n'est pas forcément le même partout ; les chiffres peuvent diverger selon les organismes internationaux qui les collectent.

3. L'évolution montre, de 2004 à 2012, une stagnation du nombre de médecins généralistes (en équivalent temps plein) et une augmentation du nombre de spécialistes de 14.5% (+ 11,9% en en équivalent temps plein) Source : Rapport de synthèse « Médecins sur le marché du travail, Disponible sur : http ://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19103341_fr.pdf).

4. NDLR : à ce sujet : voir le reportage sur la première grève des médecins : http ://www.maisonmedicale.org/-1964-.html - lire « Bouleverser l'Ordre établi », de Marianne Prévost dans le *Santé conjuguée* 68, à propos de cette première grève : « Mais il y a des dissidents au sein de la profession : certains médecins, aux orientations sociales et progressistes ont refusé de suivre cette grève qu'ils jugeaient corporatiste. Ils critiquent les « nombreux abus de pouvoir (commis par l'Ordre [des médecins]) reflétant le plus souvent le « souci de préserver le statut de la médecine libérale et le monopole de décision du médecin privé » ». http ://www.maisonmedicale.org/Bouleverser-l-Ordre-etabli.html

à imaginer et pourrait même produire l'effet inverse : décourager les jeunes à se lancer en médecine générale » La solution ? « Si l'on veut des médecins dans les campagnes, il faut peut-être recruter des personnes issues de ces coins-là à l'entrée des études en médecine », avance la docteure.

Supprimer les barrières d'accès aux études de médecine ?

Face à ces constats, c'est toute la question de la limitation d'accès à la profession et de ses modalités qui se pose une nouvelle fois.

Il y a plus de dix ans, un numerus clausus était mis en place au seuil des études de médecines. Depuis lors, l'idée de faire disparaître le contingentement pour les spécialités en pénurie fait son chemin. En décembre 2013, le Conseil des ministres approuve un projet d'arrêté réformant le système de planification de l'offre médicale et prévoit, pour l'année 2020, des quotas maximum pour l'ensemble des spécialités et des quotas minimums pour la médecine générale et les spécialités en pénurie.

Le débat n'est pas clôt pour autant. Il y a un an, la ministre fédérale exige à nouveau la mise sur pied d'une sélection au début des études de médecine. Conséquence, le 9 juillet 2015, le Parlement de la Communauté française vote le projet de décret instaurant dès la rentrée 2015-2016 un concours à la fin de la première année du premier cycle en médecine et en médecine dentaire.

Plus récemment, Maggie De Block aurait évoqué la possibilité d'augmenter le quota de médecins pouvant exercer la profession chaque année et de supprimer la clé de répartition territoriale qui régit le nombre de médecins pouvant exercer dans chaque communauté (aujourd'hui de 60/40 respectivement pour la Communauté flamande et la Communauté française). Elle relancerait par contre l'idée d'une limitation des inscriptions dans les facultés de médecine dès l'entame de la première année d'études (*La Libre Belgique*, 10 juin 2016).

Alors, faut-il ou non supprimer les barrières d'accès aux études de médecine ? Pour Hélène Dispas, la question n'est pas simple. Il faudrait un système de sélection plus juste, moins élitiste : « Sélectionner dès l'entrée donne peu de chances aux étudiants qui n'ont pas une solide formation préalable et un soutien parental fort. La sélection se fait exclusivement sur des capacités intellectuelles, dans des matières parfois éloignées du métier en lui-même (physique, chimie, statistiques…). Un système idéal tiendrait également compte des compétences humaines et de la motivation pour le métier. »

L'enjeu consiste surtout à inciter les étudiants à s'orienter vers la médecine générale plutôt que vers la médecine spécialisée, mieux rémunérée et plus valorisée. Même type de constat à l'égard de la profession infirmière. La densité des infirmiers en activité en Belgique (9,51/1.000 habitants, chiffres 2012) est inférieure à la moyenne européenne (10,77/1.000 habitants dans l'Union européenne). Et c'est surtout en première ligne que ces professionnels de la santé sont très peu nombreux (53% des infirmiers sont salariés dans un hôpital, 14% dans les soins résidentiels aux personnes âgées et 7% dans les soins infirmiers à domicile)[6]. Encore une fois, observe Hélène Dispas, le métier de première ligne est moins valorisé, alors qu'il est particulièrement ardu.

Valoriser les métiers de première ligne. L'idée est bonne, mais comment la concrétiser ? Certains proposent une élévation des rémunérations (un généraliste est payé entre deux et six fois moins qu'un spécialiste, selon Hélène Dispas), mais cela ne suffira sans doute pas. Dès l'université, le métier de généraliste est affublé d'une étiquette négative. Même si c'est en train de changer, tempère la docteure : de plus en plus de généralistes investissent aujourd'hui les universités et contribuent à redorer le blason de la profession. Du côté de la Fédération des maisons médicales, précise Hélène Dispas, « la valorisation passe par une meilleure visibilité et représentation de ces métiers, l'élargissement des champs de compétences des soignants, et l'amélioration du travail pluridisciplinaire. Des conditions de travail plus attractives peuvent également aider ».

C'est aussi le regard de la population qu'il faut changer. Par des campagnes de sensibilisation ou par un système politique qui incite à voir son médecin généraliste avant de consulter un spécialiste, il s'agit de trouver le moyen le plus adéquat d'organiser un échelonnement des soins en Belgique, y compris à l'échelon « zéro »

5. Lire à ce sujet : « La saga du numerus clausus », *Santé conjuguée* n°70, avril 2015

6. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. *La performance du système de santé Belge* - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02. Disponible sur : https ://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259B_rapportperformance2015.pdf

(voir l'article page 59). « Car théoriquement, 90% des problèmes de santé de la population peuvent être résolus sans la deuxième ligne[7]. Nous pouvons donc répondre à la plupart des demandes de la population, et ce, à bien moindre coût que ne le font les hôpitaux », justifie Hélène Dispas qui ajoute : « Les patients ont en général une grande confiance envers les intervenants de première ligne, mais malheureusement beaucoup ignorent encore la possibilité d'y recourir, surtout dans de grandes villes comme Bruxelles où un très haut pourcentage de gens s'adresse aux urgences pour des problèmes courants. »

Des métiers complémentaires pour une santé globale

Proposer une offre de soins de qualité accessible à tous repose aussi sur une meilleure complémentarité entre les métiers. Comment l'organiser ? En délestant les médecins généralistes des tâches administratives et bureaucratiques via un soutien administratif, mais aussi en améliorant la collaboration entre les métiers de première ligne, notamment entre médecins et infirmières : « Nous avons intérêt à mieux travailler ensemble pour une meilleure vision globale du patient, explique Hèlène Dispas. Les infirmières peuvent accomplir toute une série d'actes préventifs ou techniques dans les domaines de la vaccination, de la prévention du cancer ou du suivi du traitement de l'asthme par exemple. À domicile, une alternance médecin / infirmier peut aussi être organisée. Les infirmières peuvent offrir des choses qu'on ne fait pas et qui peuvent améliorer la qualité des soins : leur diagnostic offre un autre regard qui enrichit le soin. Elles pourraient aussi devenir les référentes du suivi de certains patients, des patients psychotiques, des personnes âgées, ou des personnes présentant des situations de santé complexes par exemple. » Un partage des tâches qui devrait s'organiser non pas dans une logique de subsidiarité, mais bien dans un but de complémentarité[8].

La complémentarité, cela s'apprend. Ça et là, des formations interdisciplinaires se mettent en place pour apprendre le travail en équipe. Les défis à relever sont de mieux articuler les compétences de chacun, mieux communiquer surtout. « Actuellement, le système est centré sur les maladies. Mais les patients, ce qu'ils veulent, c'est vivre bien, vivre longtemps, en bonne santé. Les deux sont importants. Il faut apprendre à définir avec les patients quels sont leurs objectifs de santé, et à construire une vision globale qui allie les compétences médicales des soignants et les compétences des patients eux-mêmes. »

Autres enjeux dans la formation des soignants ? Davantage former dans les domaines de la santé mentale, de la communication et des relations humaines (voir l'article page 72), de la gestion de la multimorbidité (le fait d'avoir plusieurs maladies et plusieurs traitements en même temps), mais aussi outiller les professionnels pour répondre aux problèmes liés au mal-être au travail et tout simplement, leur dispenser une formation de base en alimentation, probablement le premier facteur de maladie à l'heure actuelle. Une meilleure formation en santé publique aiderait aussi les médecins à comprendre le système dans lequel ils évoluent et les conséquences des gestes qu'ils posent au quotidien avec chaque patient.

« Si on veut une bonne couverture universelle, conclut Hélène Dispas, on a besoin de bons soignants. Et la clé de voute, c'est la relation humaine soignant-soigné. Pour cela, il faut des gens en nombre suffisant, bien formés et bien dans leur peau. C'est ça qui fait qu'un système de santé fonctionne. » ■

La réflexion autour du programme psychosocial...

L'épidémie mondiale en matière de problèmes psychiques amène tous les acteurs à s'interroger sur les systèmes de soins en santé mentale, mais aussi sur les professions qui les assurent. Chez nous, la pénurie de psychiatres, la pléthore de psychologues, les pratiques empiriques en médecine générale, la place, le rôle et les compétences des infimier-ière-s sont autant de problématiques qui déclinent cette réflexion. La publication récente du rapport du Centre fédéral d'expertise KCE[9], et les débats virulents autour de la révision de la loi sur les professions de la santé mentale[10] montrent que les pouvoirs publics sont mobilisés. Et la détermination(!) de la ministre de la Santé à réorienter la loi Muyle, pourtant adoptée fin 2014, indique que la vision est politique et culturelle avant tout.

7. Cf le « carré de White » : lire à ce sujet D. Giet, « Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale », *Revue médicale de liège*, mai 2006.
8. Lire à ce sujet « Transdisciplinarité : formules », *Santé conjuguée* n°74, mars 2016 (dossier).
9. Laurence Kohn, Caroline Obyn, Jef Adriaenssens, Wendy Christiaens, Xavier van Cauter, Marijke Eyssen, *modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques* ; kce report 265bs ; avril 2016
10. http ://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/professions-de-la-sante-mentale

Prendre soin de la campagne

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux

« Docteur, j'ai mal aux jambes ».
Je connais bien Georgette, 62 ans, mon âge. Elle est arrivée dans ce village d'Ardenne avec sa petite-fille Françoise, récemment divorcée.

Georgette est inscrite au chômage. Françoise n'a pas de revenu, elle espère une pension alimentaire.

Le seul bus du village est celui des écoliers, à 8 h et 17 h, en semaine. Sur demande, il y aussi le PROXIBUS et la Loco-Mobile, taxi social mis en place par plusieurs communes. Ces services sont payants et nettement insuffisants quand il faut aller à la pharmacie, chez le médecin, à la gare ou aux magasins, à 8 km. Il faut réserver à l'avance. La mobilité est citée par tous les intervenants professionnels de la santé et du social comme un obstacle majeur pour l'accès aux soins et aux services. Les communes font ce qu'elles peuvent avec des moyens nettement insuffisants. Il y a souvent une camionnette de la commune qui fait le tour des villages pour des démarches administratives et des services qui se rendent à domicile, comme par exemple les équipes mobiles d'intervention de la réforme des soins psychiatriques, dite 107. Les communes et les associations informent le public de ces maigres possibilités.

Débordés par les demandes d'aide, les curés de trois paroisses se sont regroupés et 4 paroissiennes ont rassemblé des travailleurs sociaux, des services communaux et des associations citoyennes autour d'une Table Ronde sur la Pauvreté en milieu rural. C'était à Erezée, le 20 novembre 2015. Sur les 100 participants, un seul mandataire politique communal a discrètement entendu les divers témoignages des participants. Nous ignorons si un relais a été assuré envers ses collègues, il n'y a eu aucun écho des mandataires politiques. Le constat est partagé : la pauvreté galope, les ruraux ont de plus en plus de difficultés d'accès aux services de santé et aux services sociaux. Les difficultés de mobilité sont majeures et les factures impayées de plus en plus nombreuses. Le stress des frais d'huissier et de reporter le paiement du loyer deviennent habituels, aggravant les problèmes de santé.

Cette table ronde sur la Pauvreté et la Ruralité éclaire les besoins majeurs des habitants et est possible grâce aux services et associations qui se mobilisent pour tenter d'endiguer les catastrophes annoncées : paroisses, Plans de cohésion sociale, Réseau de lutte contre la pauvreté en Wallonie, CPAS, maisons médicales...

Georgette est convoquée à l'ONEM, à Arlon. Il faut aller à la gare, à 8 km et changer deux fois de train. La durée du trajet pour aller à Arlon est de deux heures pour un trajet d'environ 100 km. Georgette ne connaît pas Arlon, elle n'y est jamais allée.

Invoquant ses réels problèmes de santé, elle me demande un certificat pour reporter le rendez-vous à Arlon au printemps. A terme, elle risque une exclusion du chômage et l'ONEM proposera qu'elle demande une reconnaissance d'invalidité à la mutuelle ou à la Vierge Noire. Ce n'est pas certain que ces démarches aboutiront et elle se tournera alors vers le CPAS, lui-même complètement débordé.
Quel gâchis ! Que de démarches inutiles et de sources d'épuisement tant pour les citoyens que pour les professionnels de santé et des services sociaux. Les professionnels aussi ont besoin d'être reconnus et structurellement soutenus. La Province de Luxembourg l'a compris et crée actuellement une cellule d'accompagnement de pratiques de groupe pour ces professionnels.

La situation de Georgette est malheureusement banale et fréquente. L'accès aux services publics, aux services sociaux et aux services de santé (médecins généralistes, pharmacies, hôpitaux...) devient de plus en plus problématique en régions rurales. Les difficultés d'accès aux médecins généralistes vont s'aggraver dans les prochaines années, car la plupart des communes rurales sont en pénurie de généralistes et d'infirmières. Une majorité de médecins généralistes en activité ont plus de 55 ans, et la relève n'est pas assurée. Les associations professionnelles des généralistes se mobilisent pour que tous les généralistes actuellement en activité puissent accueillir des étudiants en stage et leur faire connaître la richesse de la pratique médicale rurale, afin qu'ils puissent aussi venir travailler à la campagne. Le Plan wallon de développement rural propose des incitants financiers aux maisons médicales rurales pour leur permettre d'avoir des locaux équipés pour travailler en équipes pluridisciplinaires. Des initiatives de regroupement de généralistes et d'infirmières voient le jour, invitant leurs jeunes collègues à les rejoindre, rencontrant en cela l'aspiration d'une majorité de ces jeunes[10].

10. Lire entre autres : « Se regrouper et plus si affinités », dans *Santé conjuguée* 66.

Thaïlande : les régions rurales au cœur des réformes

En Thaïlande, les avancées vers la couverture universelle ont été rapides et sont issues d'un processus endogène. En 2002, le projet de loi sur l'assurance santé nationale (*National Health insurance Bill*) entre en vigueur et amène la création du « plan de couverture universelle des soins de santé ». L'objectif ? Fournir un service de soins de santé primaires à tous les Thaïlandais auparavant exclus du système de santé. Résultat de l'opération : la plus grande partie de la population est aujourd'hui couverte.

Cette réforme de 2002 s'est appuyée sur une amélioration notable de l'infrastructure publique pour les soins de santé au cours de la décennie précédente. La « Décennie de la politique de développement des centres de santé » (*Decade of Health Centre Development Policy*, 1986-1996) avait en effet permis l'établissement de nombreux centres de santé en région rurale et ainsi, la quasi disparition des barrières géographiques pour accéder aux soins de santé.
D'autres instruments politiques ont accompagné ces réformes et amélioré les services offerts à la population : le service obligatoire de trois ans dans les régions rurales pour les médecins et infirmiers et le transfert des fonds des hôpitaux urbains vers les soins primaires dans le pays par exemple.

Un bémol, de taille, entache le tableau. Le contexte fortement néolibéral dans lequel évolue le pays ainsi que le faible financement public du système de santé pourraient, à terme, miner la viabilité de ces tentatives d'ouverture de l'accès aux soins de santé.

Source : Amit Sengupta, Couverture universelle : par-delà la rhétorique, *Municipal services project, Occasional paper no 20, novembre 2013.*