

Regards sur la médecine générale en Wallonie

JeanLuc Belche

MG-PhD- CC Département de Médecine Générale ULiège



Charleroi
14 juin 2018

C'est quoi la médecine générale?

- Quelle formation pour les MG wallons en 2018?
- Quelle est la place de la prévention et de la promotion de la santé?
- Comment est envisagé le « task shift »?
- La MG évolue-t-elle vers une pratique de groupe?
- Quel impact de technologie sur la médecine générale?
- Quelle place pour le MG dans le paysage de la santé mentale?
- Quel échelonnement entre 1^{ère} et 2^{ème} ligne de soins?
- Défis...



La formation de MG en Wallonie

La formation en MG en Wallonie: cursus de base

- Bac en 3 ans dans 5 universités francophones
 - 1 stage d'initiation à la MG; +/- cours théorique d'initiation
- Master en 3 ans dans 3 universités
 - 1 stage obligatoire en MG pour tout futur médecin
 - Stages optionnels supplémentaires en fonction des conditions d'accès
 - ULiège-ULB: 2 stages MG nécessaires; UCL: 1 stage MG nécessaire

Diagramme de la formation des internes en médecine générale

Structure de la formation :

- bac 3 :** cardio-pneumo, ARC, cours introductif à la MG (4x 1h30), Q6.
- master 1 :** hémato endocr, dermato, gynéco - uro, gestat° néonata, digestif, MeGe1, RETOUR, Q7, Q8.
- master 2 :** neuro, ortho, MeGe2, dans les 10 mois obligatoires, Q9, Q10.
- master 3 :** pré-ESB 2, MG choix unique, MG ou MH, MH choix unique, Q11, Q12.

Processus de sélection et de validation :

- Sélection :** MS MG1, MS MG2, MS MG3.
- ESB (Enseignement Spécifique de Base) :** ESB fin, ESB (WE ? 15 jours?), ESB.
- Conditions d'inscription :** 3 mois stages de MG (été possible).
- Validation ESB :** validation ESB ECOS EMS.

Modules et Stages :

- MeGe1 :** 15 jours, journées de retour avec enseignements cliniques, réflexion système de soins, débriefing stage.
- MeGe2 :** 1 mois, journées de retour avec enseignements cliniques, réflexion système de soins, débriefing stage.
- Stages :** MG choix unique, MG ou MH, MH choix unique.

ESB = enseignement spécifiques de base = 200h

La formation en MG en Wallonie: Master de Spécialisation

- 3 universités francophones; Masters de Spécialisation séparés
- CCFFMG: employeur unique des assistants en MG
 - Statuts salariés
 - Contrats
- En pratique accompagnée 1/1
 - Choix pratique de groupe, en périphérie des centres urbains universitaires
 - Formation hospitalière possible (Max 6 mois)
- Séminaires loco-régionaux ou 1/15
 - 1x/15j; 15 participants (ou plus en fonction des effectifs des Mstage 1/15)
- 200h de cours
- Travail de fin d'études

La formation en MG en Wallonie: 6+3 et double cohorte

- Le respect des quotas MG/MS
 - Ex: Uliège: 40% >>>48,5%?; UCL (2017-2018: 60% MG)
 - De gré...ou de force
- Année académique 2017-2018
 - M₄ en 7 ans
 - M₃ en 6 ans
- Encadrement à organiser
 - Lieux de stage à trouver pour cette vague
 - Encadrement de cette cohorte sur 3 ans!
 - Réponse positive actuellement de la part des MdStgs 1/1



Quelle est la place de la
prévention et de la
promotion de la santé?

Prévention- promotion santé et MG

Au niveau de la formation

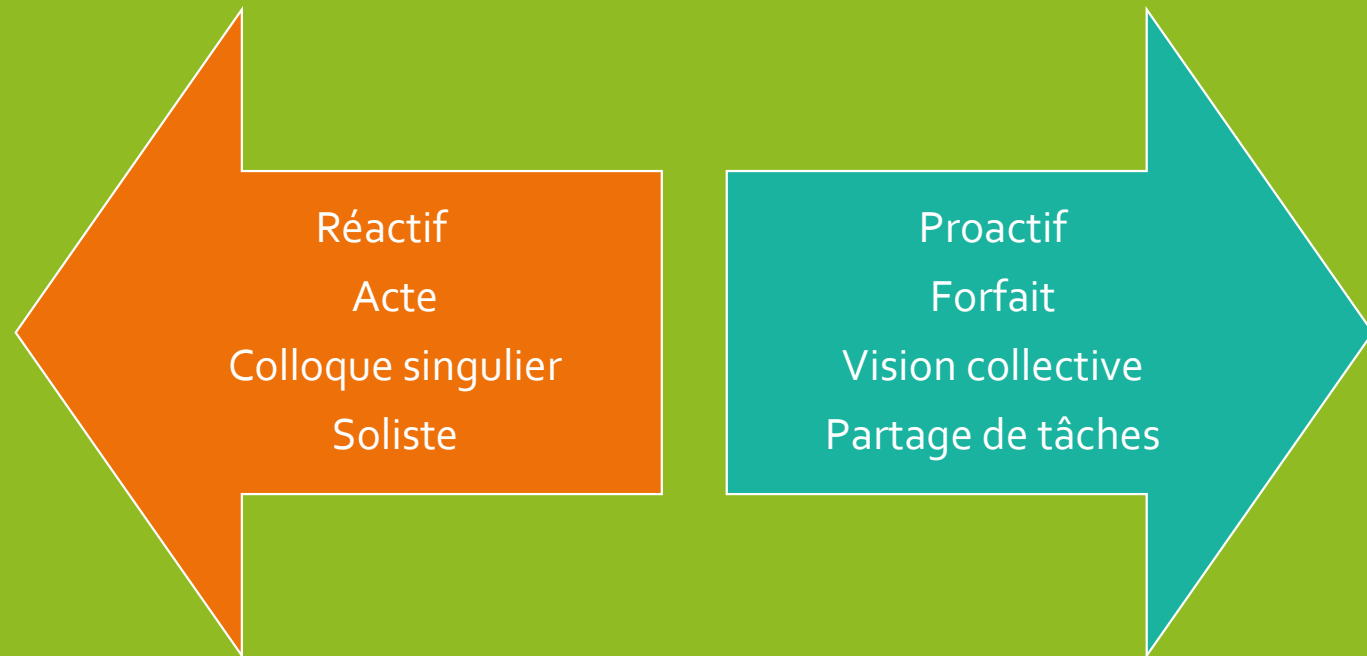
- Compétences reconnues du médecin de famille
 - CanMEDS 2017
- Investissement dans le MS en MG
 - Propre à chaque université

En pratique

- Constat: mauvais indicateurs de couverture
- Constat de fragmentation des services:
 - ONE, PF, PMS
 - Manpower: MG...
- Initiative DMG+: de 2011-2015
- Critères de reconnaissance/financement ASI:
 - santé communautaire et observatoire de santé
- Évaluation des pratiques forfaitaires
 - Plus performantes en prévention
- ABSL Promosanté MG: SSMG+FMM-CSF

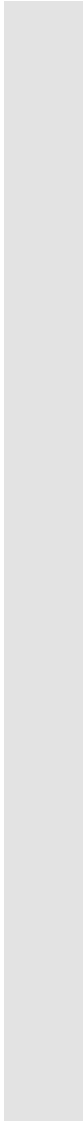
Prévention- promotion santé et MG

Changement de paradigme





Task-shift



Pourquoi optimaliser la collaboration MG-Inf 1^{ère} ligne

Substitution

- Réponse à la pénurie de médecin
 - Le remplacer
 - L'assister

Recul vaccination grippe 65+
Taux de dépistage cancer dans
les populations cibles en-deçà
des objectifs
Suivi patients diabétiques sous
insuline sub-optimal
Prévalence
obésité/tabac/alcool...

Diversification

- Compléter la prise en charge de maladies chroniques au niveau d'un individu : éducation thérapeutique, monitoring de paramètres, etc.
 - Diabète, BPCO, IC, IRC, etc.
- Permettre une prise en charge de situations complexes à domicile de qualité p.ex. dans le décours d'hospitalisation (HAD, retour précoce maternité, etc.)
- Prévention/promotion santé au niveau d'une collectivité
 - Vaccination
 - Dépistage cancer
 - Promotion alimentation saine
 - Etc.

Différence infirmier.e 1^{er} ligne & Assistant de pratique

- Aux Pays-Bas (*praktijk assistant ou medical management assistent*):
 - encadrement & formation,
 - réponse à une pénurie infirmière
 - Statut intermédiaire entre secretaire médical et infirmier
 - Cohexistence avec infirmière 1^{ère} ligne de soins

Tabel: Competenties medical management assistant en verpleegkundige.^{4,14}

Medical management assistant	Verpleegkundige
• Interne en externe communicatie in het Nederlands, Frans, Engels en het Duits al of niet in de multiculturele context met diverse (internationale) stakeholders • Adequaat toepassen van kennis van het Nederlands, Frans en Engels • Sociale en communicatieve vaardigheden • Efficiënte en constructieve samenwerking met collega's • Draagt bij tot kwaliteitsverbetering en efficiëntie van de organisatie door controleren en bij te sturen op afwijkingen en problemen • Opvolging van ontwikkelingen in het (internationale) beroep en neemt initiatieven tot verdere professionalisering • Organisatie en beheer van de administratie waardoor recht-hebbenden over informatie kunnen beschikken • Vlot en creatief gebruik van ICT-tools • Neemt verantwoordelijkheid voor het conceptueel ontwerp, de planning, organisatie, logistieke ondersteuning en coördinatie van activiteiten/projecten • Bevorderen van het doelgericht handelen van anderen • Evalueren, synthetiseren, rapporteren en presenteren van relevante gegevens vanuit concrete vraagstelling • Uitwerken en uitvoeren van het beleid rekening houdend met de visie en strategie van de organisatie • Projectmanagement organiseren, rapporteren, opvolgen • Managementbeslissing mee voorbereiden, implementeren en opvolgen • Klantgerichte service in functie van imago organisatie	• Beoogt in een multiculturele omgeving het somatisch, sociaal, psychisch en existentieel welbevinden van de zorgvrager zowel in vertrouwde, als in niet-vertrouwde en/of complexe zorgsituaties • Evidence based en theoretisch onderbouwde verpleegkundige zorg cf. beroepsgerelateerde wetgeving • Verpleegkundige zorg op maat mits gebruik van gepaste technologie en met oog voor veiligheid van de zorgvrager • Initiatieven en organisatie gezondheidszorg • Onderend gedrag bij de zorgvrager • Voorbeeldfunctie voor andere medewerkers • Bouwt intramurale professionele relaties op en werkt efficiënt samen in kader van gemeenschappelijke zorgdoelstellingen • Communiceert in vakterminologie over de zorgrelatie, de zorg-inhoud en het zorgproces op een efficiënte en gestructureerde manier aangepast aan de gesprekspartner • Organiseert en coördineert intra-, trans- en extramurale zorg • Bewaakt en bevordert de kwaliteit van de individuele en globale zorgverlening binnen de eigen organisatie • Instrueert, coacht en geeft leiding aan een team • Raadpleegt vak- en wetenschappelijke literatuur en beoordeelt de relevantie en bruikbaarheid ervan. Integreert nieuwe inzichten en participeert aan praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek • Zorgt voor profilering van het beroep en staat kritisch ten opzichte van economisch, sociaal en ethisch beleid • Reflecteert op eigen verpleegkundig handelen • Analyseert leerbehoeften die leiden naar initiatieven tot professionalisering en evenwichtig functioneren

Gestion/management
>>
Soins

Différence infirmier.e 1^{er} ligne & Assistant de pratique

- En Wallonie
 - Impulséo II-III/ reconnaissance ASI
 - Financement fonction support administrative/télésecrétariat
 - Décision politique de privilégier la profession infirmière pour le renforcement de la 1^{ère} ligne
 - Assistant de pratique+impulséo= Assisteo
 - De Assisteo à Coming
- >>Recherche-action COMING
Septembre 2017-Février
2019



Wallonie



Recherche-
Action
Collaboration
Médecin
Infirmier
Généralistes

Recherche- action COMING



Objectifs de la recherche

Par rapport à la collaboration médecin généraliste et infirmier, dans le contexte wallon:

- identifier les besoins sur le terrain
 - de tester les modèles de collaboration dans différents contextes
 - d'évaluer et d'ajuster les solutions potentielles
-
- par le biais d'un processus participatif.

Résultats attendus

- **Dynamique de réflexion (bottom-up/top-down)** autour de la collaboration entre infirmiers généralistes (Infi G) et médecin généralistes (MG) pour renforcer la première ligne généraliste
- **Documentation**, au travers de 6 études de cas, de **différents dispositifs possibles** de relations entre InfiG et MG, en fonction de différents contextes de la région wallonne
- La méthode utilisée permettra la **transférabilité** des résultats par généralisation analytique et théorique

RA COMING

Axes de travail





Vers la pratique de
groupe en 1^{ère} ligne de
soins en Wallonie?

Vers la pratique de groupe en 1^{ère} ligne de soins en Wallonie?

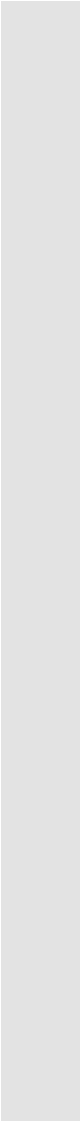
- Le MG solo agit déjà dans une logique de réseau local, le plus souvent autour de sa pratique (logique « solo »)
- Degré de formalisation variable
- Vagues de pratiques de groupe:
 - Pratique forfaitaire pluridisciplinaire depuis les années 70; extension urbaine, modèle « maisons médicales », au sein de la FMM-CSF
 - Association de Santé Intégrée (ASI) en Wallonie
 - Pratique forfaitaire non FMM-CSF
 - Pratique monodisciplinaire en progression
 - Impulséo 2-3
- Choix massif comme lieux de formation (MS)

Pratique de 1^{ère} ligne de soins





Influence de la technologie



Influence de la technologie

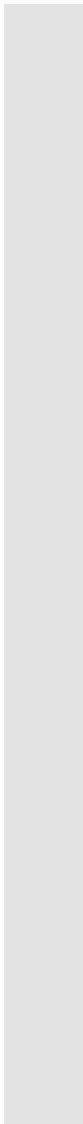
- TIC et partage/transfert d'informations
 - Réseau Santé Wallon
 - Logiciels métiers: mouvement MEDISPRING
 - Services e-health
- Augmentation du plateau technique disponible en 1^{ère} ligne de soins
 - Spirométrie, échographie, dépistage des apnées du sommeil, etc.
 - Nécessite un volume suffisant pour maintenir la compétence; incitant au regroupement
- Renforcement de la fonction de soutien de la 2^{ème} ligne
 - Télédermatoscopie, téléconsultation, e-COM, télé-FO, etc.
- Aide au diagnostic, à l'analyse des interactions médicamenteuses, au choix thérapeutiques
 - Intégration dans les logiciels métiers

...vers une redistribution des tâches 1^{ère}-2^{ème} ligne
... vers une décentralisation
...vers une valorisation de la 1^{ère} ligne
...vers une informatisation (forcée?) de la profession

Influence de la technologie: et le patient?

- Opportunité de placer le patient au centre du jeu
- Impact sur la relation médecin-patient
- Risque de by-pass de la 1^{ère} ligne
- Risque d'instrumentalisation





Quelle place pour le patient?

La place du patient dans la 1^{ère} ligne

Dans la formation



Organisation

Système de santé « biomédical » où le corps médical est le leader d'opinion et de valeur le plus influent

Modèle basé sur la maladie, l'organe et la causalité biologique

Acteur principal : le médecin car lui seul détient le pouvoir acquis du fait de sa possession de l'information et de la connaissance pour pouvoir donner les réponses

Ce modèle n'est pas ou peu remis en question; il reste le principal axe de formation des médecins ²²

Introduction timide de patients experts dans les formations des soignants
Faible formation à la communication professionnelle en santé

Dans la pratique

- Comités de patients au sein des MM (FMM-CSF)
- Droit à la protection de la vie privée
- LUSS et associations de patients (centrées sur une maladie)
- Comités de patients dans les structures hospitalières
 - élan ou mise en conformité?
- Violence des soignants <> « bashing » médical



Quelle place du MG
dans le paysage de la
santé mentale?

La santé mentale

OUI

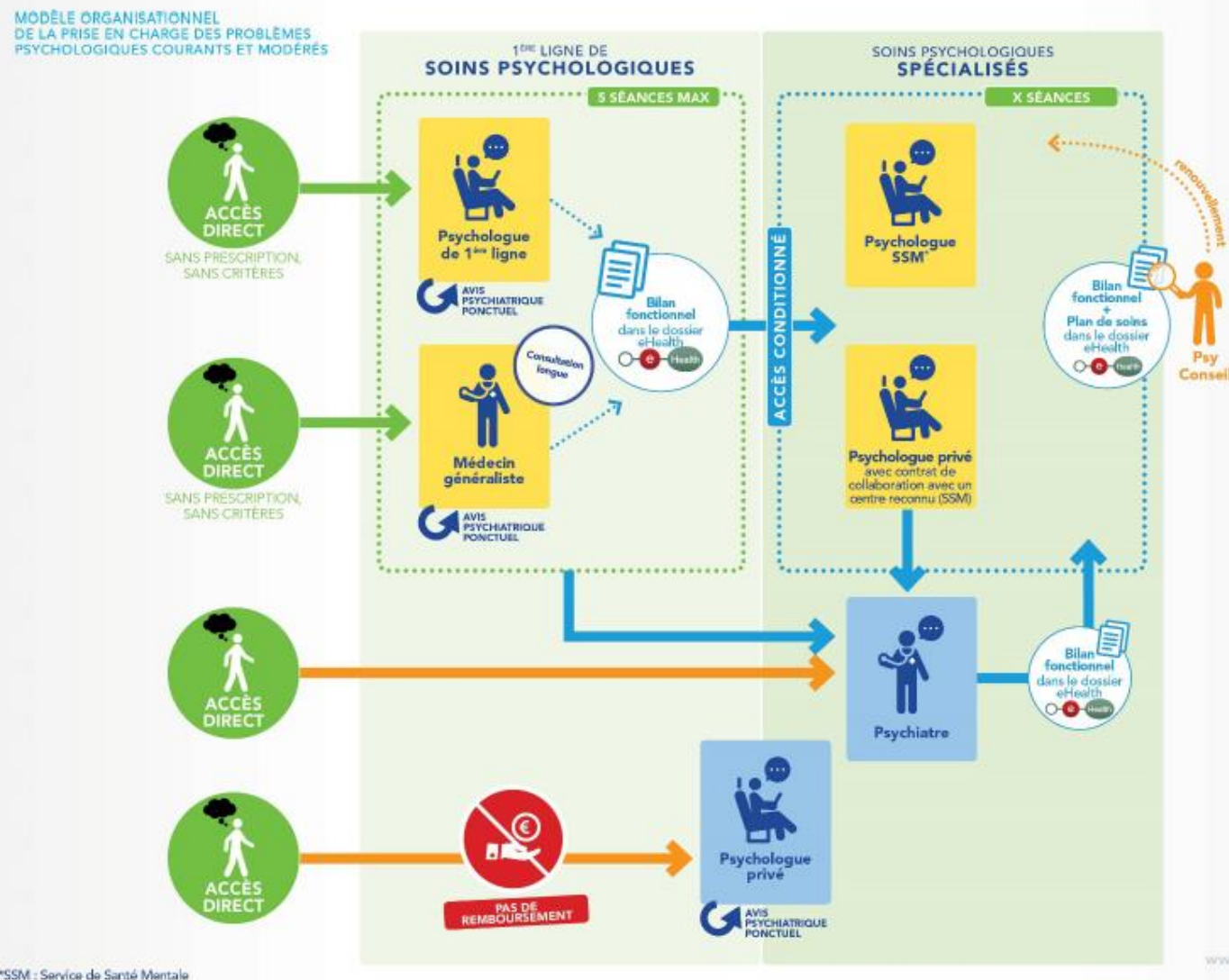
- Réforme de la loi 107
 - Suppression lits hospitaliers
 - Renforcement travail de 1ère ligne-fonction 1
 - Renforcement de structures ambulatoires, dont équipes mobiles (hospitalières)-fonction 2
 - Logique de réseau loco-régional
- Rapports KCE Santé mentale
 - Population générale
 - Population gériatrique
- Reconnaissance du droit d'exercer la psychothérapie et remboursement de consultations psychologiques
- ...

...mais

- Réseau ne prenant pas compte des particularités
- Difficultés de représentation et d'organisation de la MG
- Restriction de l'offre, augmentation de l'accès financier
- Vers une structuration du parcours?

La santé mentale Vers un échelonnement?

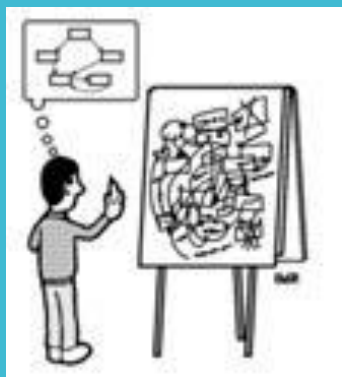
Figure 1 – Modèle organisationnel de la prise en charge des problèmes psychologiques courants et modérés*



*Dans le secteur des soins spécialisés, le mot psychologue peut être remplacé par tout professionnel reconnu par la loi pour exercer la psychothérapie



Quel échelonnement
entre 1^{ère} et 2^{ème} ligne
de soins?



Une note récente de monsieur Detienne, ministre wallon des Affaires sociales, décrit cela de manière tout à fait claire :

« L'échelonnement n'implique pas nécessairement l'obligation de passer par la première ligne, il implique surtout que celle-ci soit organisée de telle manière que le patient s'y réfère spontanément en premier lieu ».

« Une confusion subsiste quant à savoir si certains acteurs spécialisés font aussi partie de la première ligne (spécialistes ambulatoires, service de santé mentale, centres de planning familial, ...). De fait aujourd'hui ils en font partie dans la mesure où le patient s'y réfère en premier... Cette situation n'est pas idéale parce que le patient risque de ne pas être pris en compte dans sa globalité et que les diverses interventions peuvent rendre l'ensemble incohérent ; nous voulons donc donner la priorité à l'approche globale et donc développer une première ligne généraliste.

(...) Développer une première ligne généraliste pour atteindre un triple objectif : mieux évaluer les besoins, améliorer la qualité des soins, et produire des économies au niveau de la deuxième ligne. »

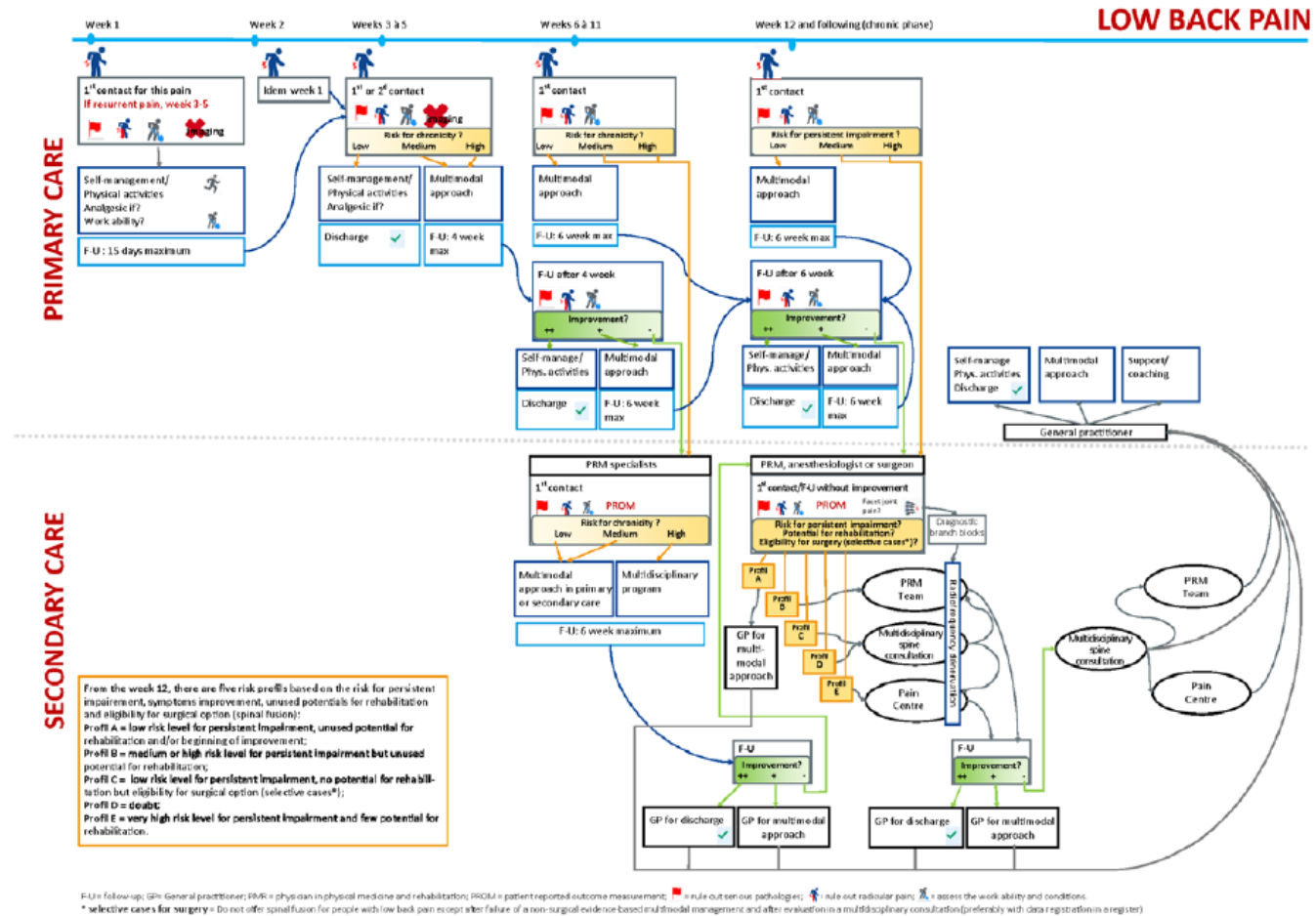
Echelonnement: présent et à-venir

Actuellement

- Incitant financier à consulter le MG en 1^{ère} lieu
 - Aux urgences hospitalières: non/peu appliqué
 - 1x/an pour certaines spécialisations, -5 euros
- Trajet de soins: Diabète compliqué, IRC.
- Libre choix du prestataire par le patient
- Satisfaction du patient élevée

A venir

- Renforcement des capacités de la 1^{ère} ligne
 - Technologie
 - Pratique de groupe
- Recherche d'efficience
 - Raccourcissement des séjours hospitaliers
 - « rentabilisation » de l'investissement dans la formation: gynécologie, ORL, pédiatrie, etc.
 - Au plus près du patient





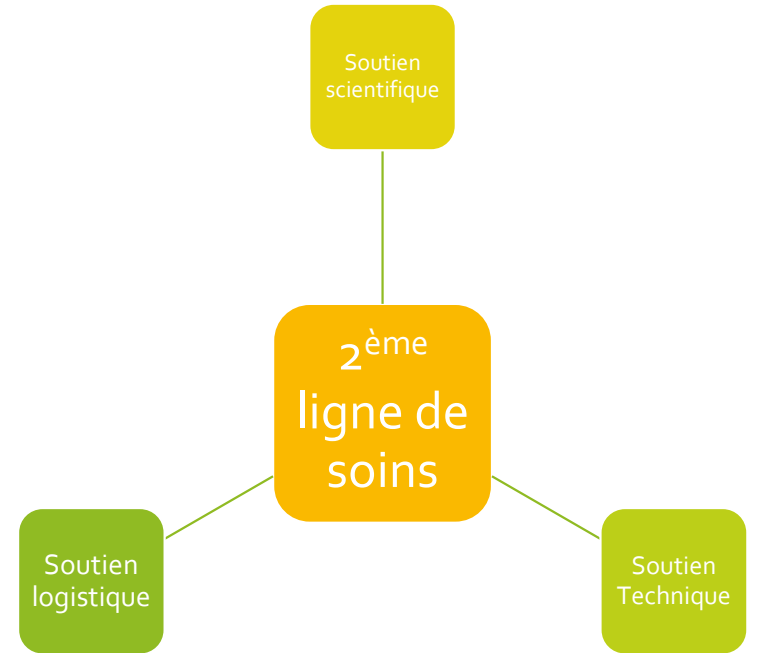
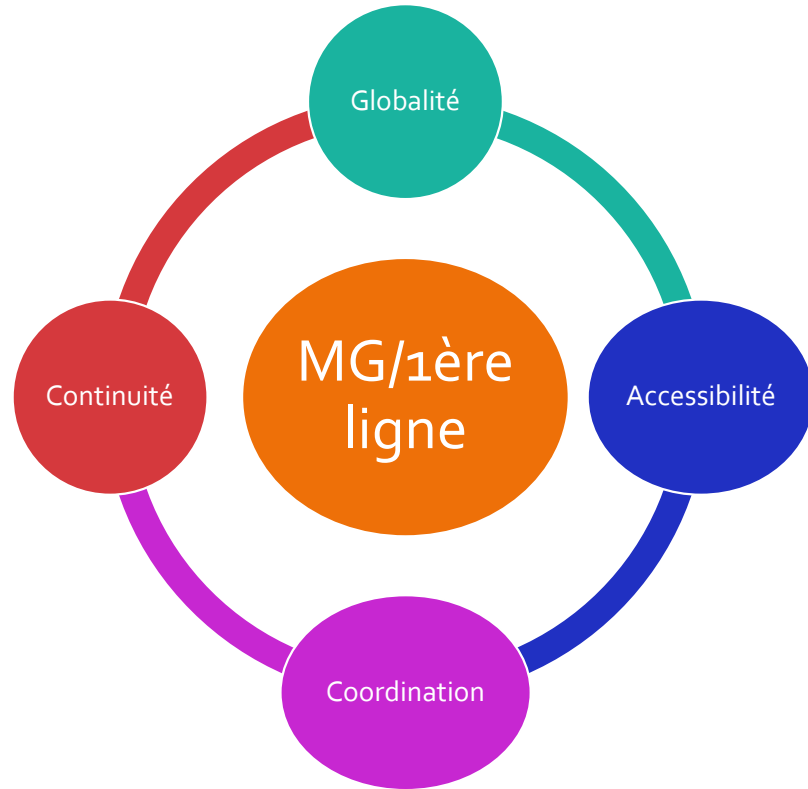
Nederlands instituut voor onderzoek
van de gezondheidszorg

21 november 2016

Patiënten ervaren betere kwaliteit in landen waar huisartsen een breder takenpakket hebben

In landen waar de structuur van de eerstelijns sterker is en wanneer huisartsen bredere taakprofielen hebben, zoals in Nederland, ervaren patiënten een betere kwaliteit van zorg. Dit blijkt uit het proefschrift van Willemijn Schäfer waarop zij op woensdag 23 november om 12:45 uur promoveert in het Academieggebouw van de Universiteit Utrecht. Het onderzoek is gericht op een evaluatie van de eerstelijns bekeken vanuit huisartsen en hun patiënten in 34 landen.

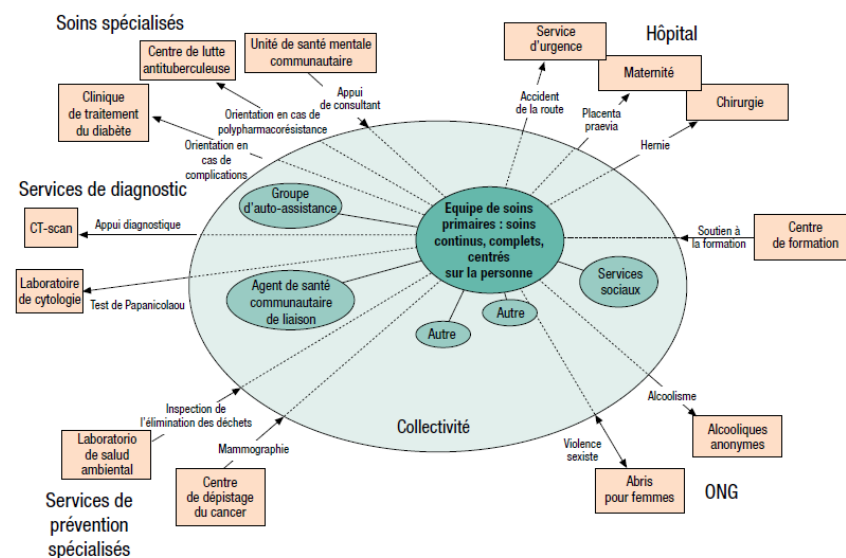
Pour une définition fonctionnelle des lignes de soins



Pour une définition fonctionnelle des lignes de soins: à différents niveaux

Macro-Régional

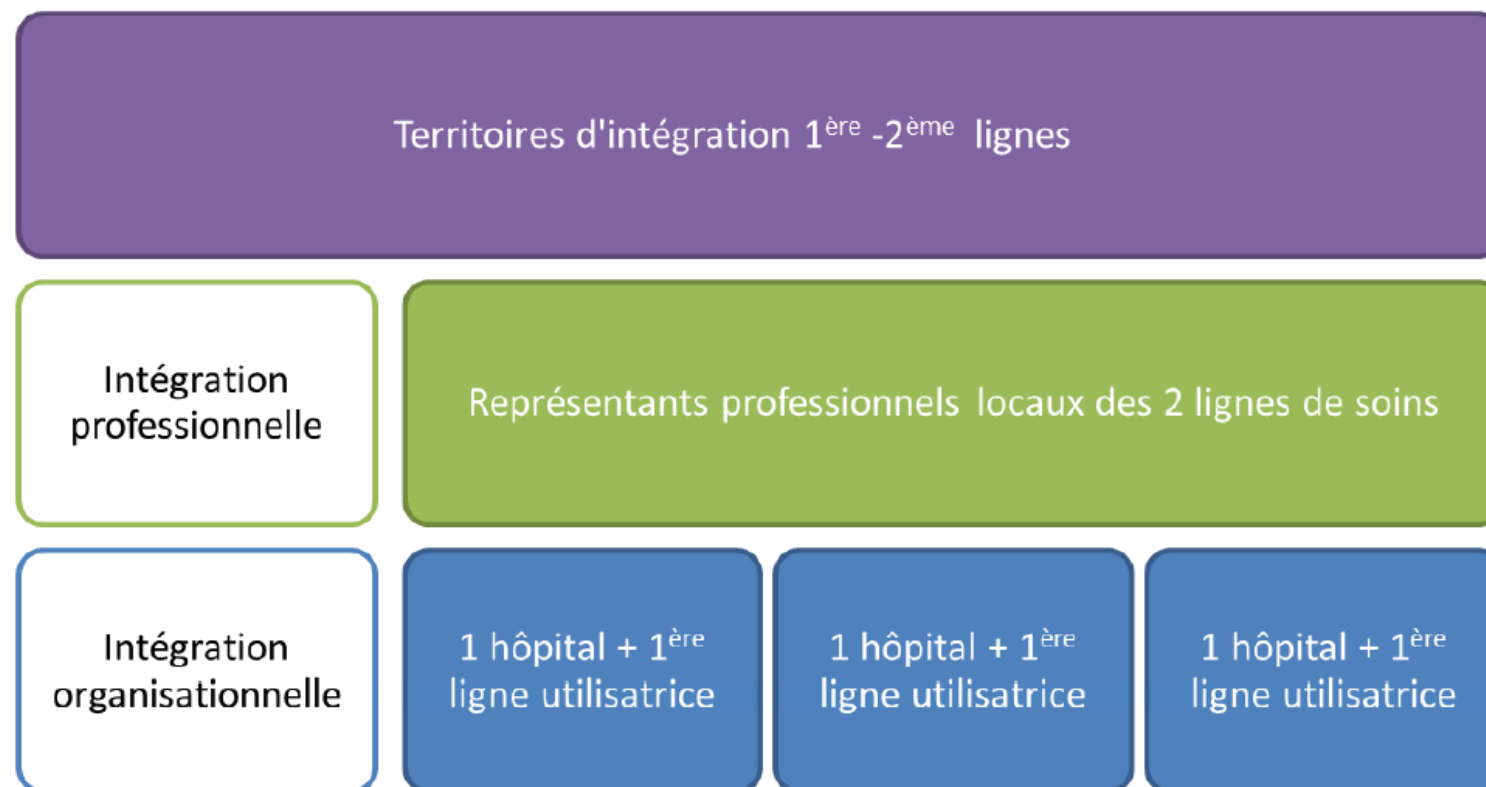
Les soins primaires en tant que centre de coordination :
réseautage au sein de la collectivité desservie
et avec des partenaires extérieurs



Local

- Créer des synergies locales
- Répondre aux besoins spécifiques
- Via plateformes de concertation locales
 - Méso-organisationnel
 - Méso-professionnel

Plateformes de concertation locales



Les systèmes locaux de santé:

- Malmédy (projet pilote SPF-1999-soutien IMT)
- Liège: CHR (2014)-CHC (2016) (projet pilote SISD//2016)
- Huy (2017, projet pilote SISD//2017)

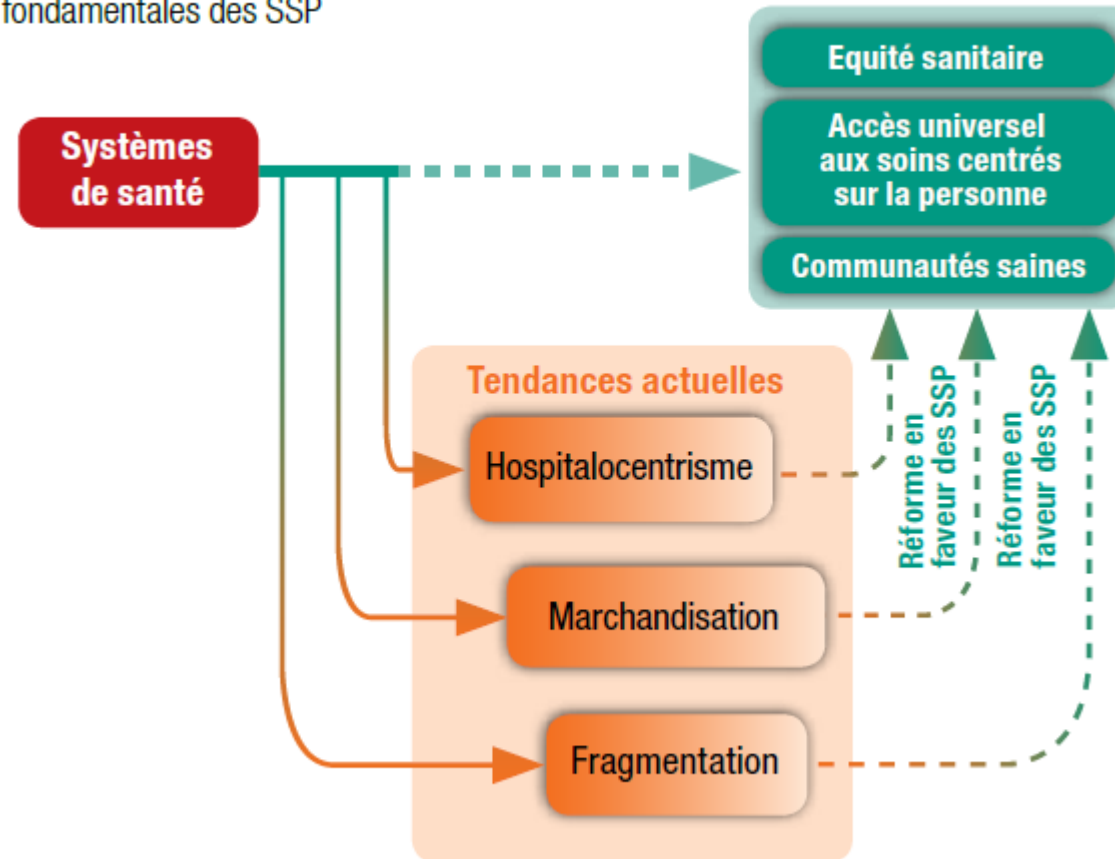
Pistes d'élan pour les projets d'intégration des soins: maternité, maladies chroniques, etc.



Systemes de santé et crise financière

Dérives actuelles

Comment les systèmes de santé sont détournés des valeurs fondamentales des SSP



OMS 2008

Crise financière et Réponses des systèmes de santé

↗ chômage

↘ recettes

Sauvetages bancaires

....



↗ déséquilibre
recettes/dépenses



- Efficience
- Dépenses
- Mobilisation de revenus additionnels

Exposé Perrine
Serron
MD-MPH
MS MG ULiège
2018

Réponses des systèmes de santé

Table 1.3 Policy responses, policy areas and policy goals

<i>Policy responses to fiscal pressure</i>	<i>Policy areas affected (most relevant first)</i>	<i>Health system goals</i>
Getting more out of available resources through efficiency gains	• Health service planning, purchasing and delivery • Health coverage	Health outcomes Financial protection Equity in financing
Spending cuts and coverage restrictions	• Public funding • Health coverage • Health service planning, purchasing and delivery	Equity in the use of health services Administrative efficiency Efficiency and quality in health service organization and delivery
Mobilizing additional revenue	• Public funding • Health coverage	Patient satisfaction Transparency and accountability

Source: Adapted from Kutzin (2009), Mladovsky et al. (2012) and Thomson et al. (2009b).

Exposé Perrine
Serron
MD-MPH
MS MG ULiège
2018

Source: Thomson S. et al. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe : impact and implications for policy. Copenhagen : WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Réponses des systèmes de santé

Table 1.3 Policy responses, policy areas and policy goals

<i>Policy responses to fiscal pressure</i>	<i>Policy areas affected (most relevant first)</i>	<i>Health system goals</i>
Getting more out of available resources through efficiency gains	• Health service planning, purchasing and delivery • Health coverage	Health outcomes Financial protection Equity in financing
Spending cuts and coverage restrictions	• Public funding • Health coverage • Health service planning, purchasing and delivery	Equity in the use of health services Administrative efficiency Efficiency and quality in health service organization and delivery
Mobilizing additional revenue	• Public funding • Health coverage	Patient satisfaction Transparency and accountability

Source: Adapted from Kutzin (2009), Mladovsky et al. (2012) and Thomson et al. (2009b).

Exposé Perrine
Serron
MD-MPH
MS MG ULiège
2018

Source: Thomson S. et al. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe : impact and implications for policy. Copenhagen : WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Réponses des SS

Health service
planning,
purchasing
and delivery

Exposé Perrine
Serron
MD-MPH
MS MG ULiège
2018

Source: Thomson S. et al. (2015).
Economic crisis, health systems
and health in Europe : impact and
implications for policy.
Copenhagen : WHO/European
Observatory on Health Systems
and Policies.

Health system planning and purchasing organizations

Measures to lower administrative costs	22	9
--	----	---

Public health services

Cuts to public health budgets	6	0
-------------------------------	---	---

Measures to strengthen promotion and prevention	12	18
---	----	----

Primary care and ambulatory care

Cuts to funding	5	0
-----------------	---	---

Increased funding	3	2
-------------------	---	---

Changes to payment	1	4
--------------------	---	---

Delivery: closures	2	0
--------------------	---	---

Delivery: shifting care out of hospitals	11	3
--	----	---

Delivery: skill mix	3	0
---------------------	---	---

Delivery: access	5	1
------------------	---	---

Réponses des SS

Health service
planning,
purchasing
and delivery

Exposé Perrine
Serron
MD-MPH
MS MG ULiège
2018

Source: Thomson S. et al. (2015).
Economic crisis, health systems
and health in Europe : impact and
implications for policy.
Copenhagen : WHO/European
Observatory on Health Systems
and Policies.

The hospital sector

Cuts to funding and reduced investment	28	8
Increased investment	3	6
Changes to payment	8	12
Delivery: closures, mergers	11	7

Drugs and medical devices

Lower prices	22	20
Evidence-based use	10	8

Health workers

Lower payment and numbers	22	5
---------------------------	----	---

The role of health technology assessment (HTA)

Greater use of HTA to inform coverage decisions	7	8
Greater use of HTA to inform care delivery	9	6

The role of eHealth

Greater use of eHealth	4	7
------------------------	---	---

Réponses des systèmes de santé

Prestation de services - SSP

Table 5.6 Reported changes to primary care delivery and skill mix, 2008–13

<i>Policy responses</i>	<i>Countries</i>
Reduction in the number of primary care facilities	Iceland, Spain
Structural reforms to strengthen primary care, including shifting care from hospitals to primary and community care settings	Belarus, France, Greece, <i>Hungary</i> , Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Norway, <i>Poland</i> , Portugal, <i>Russian Federation</i> , <i>United Kingdom</i> (England, <i>Northern Ireland</i> , <i>Wales</i>), Ukraine
Increased access hours in primary care	Latvia, United Kingdom (Wales)
Mandated choice of provider and freedom of establishment for accredited private providers	<i>Sweden</i>
Referral policy	Slovakia (abolished referral), Switzerland (proposed but rejected gatekeeping), Ukraine
Skill mix	Belarus, Portugal, Slovenia

Source: Survey and case studies.

Exposé Perrine
Serron
MD-MPH
MS MG ULiège
2018

Source: Thomson S. et al. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe : impact and implications for policy. Copenhagen : WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.



Pour conclure

3 types de Soins Primaires en Europe

- Modèle public hiérarchique normatif
 - SP central et géré par l'Etat, couverture nationale, décentralisation de la gouvernance, équipe pluri salariée
 - Ex: Portugal
- Modèle professionnel hiérarchique gate-keeper
 - SP en pierre angulaire avec fonction de régulation de l'accès, MG en paiement mixte, associations professionnelles fortes et positionnement académique affirmé
 - Ex: UK, Pays-Bas (hors Europe: Canada)
- Modèle professionnel libre non hiérarchique
 - Organisation libre, peu/pas de régulation de la part de l'Etat, importance du choix du professionnel/du patient, sans lien formalisé, faible coopération, MS actifs en SP et faible académisation
 - Ex: France, Belgique...

**Building
primary care in
a changing Europe**

Edited by
Gordon S. Arora
Wendell A. Klee
Alan Huzar
Richard S. Bell



Défis

- Académisation de la MG
- Structuration professionnelle
- Evolution vers la pratique pluridisciplinaire
- Transition technologique
- Transition démographique de la population et de la profession
- Paradigme de soins
 - Place du patient
 - Prévention-promotion santé
- Vue de système: macro/méso
- Choix de société et valeurs