

Texte de vision

« Médecin à MPLP »



médecine 
pour le peuple

Table des matières

1	Introduction	3
2	La pratique clinique médicale	6
2.1	Le médecin généraliste en tant que pivot des soins de santé	7
2.2	Quel est le rôle du médecin généraliste dans les soins de première ligne ?.....	8
2.2.1	Rôle dans les soins aigus.....	8
2.2.2	Rôle dans les soins chroniques	8
2.2.3	Rôle dans les soins de santé mentale.....	10
2.2.4	Rôle dans les actes techniques.....	11
2.2.5	Rôle dans la prévention.....	12
2.2.6	Rôle dans l'aide sociale	14
3	Relation médecin-patient et empowerment (autonomisation)	16
3.1	Nos soins sont centrés sur le patient.....	17
3.2	Comprendre le patient dans son intégralité et connaître le contexte.....	18
3.3	Nous avons une relation d'égal à égal avec le patient ; nous partageons l'information.....	19
3.4	Nous trouvons un accord mutuel.....	22
3.5	L'objectif : renforcer le patient et sa place dans la société	23
4	La collaboration	26
4.1	La collaboration renforce la qualité des soins ; à MPLP, le médecin généraliste est un super collaborateur	27
4.1.1	Collaborer au sein d'une équipe pluridisciplinaire	27
4.1.2	Évolution vers la collaboration interprofessionnelle.....	29
4.2	Le médecin généraliste par rapport aux autres disciplines.....	32
4.2.1	Collaborer avec l'accueil.....	32
4.2.2	Collaborer avec le personnel infirmier	33
4.2.3	Collaborer avec le/la psychologue	34
4.2.4	Collaborer avec d'autres disciplines.....	35
4.2.5	Collaborer avec les assistants.....	35
4.3	Un bon dossier médical électronique (DME) comme condition de base	37
5	L'action sociale	38
6.	La recherche scientifique et une attitude critique	43
7.	Annexe : les maisons médicales de MPLP	46
Notes	48

The background of the slide is a solid red color with a repeating pattern of white medical icons. The icons include a syringe, a heart, a pill, a microscope, a bandage, a stethoscope, a flask, a magnifying glass, a sun, a pencil, a speech bubble, and a prohibition sign.

1. Introduction

En 2021, nous avons célébré le cinquantième anniversaire de Médecine pour le Peuple. À cette occasion, nous avons publié un nouveau texte de vision intitulé « Parce que la santé est un droit ». Depuis 1971, les maisons médicales de Médecine pour le Peuple occupent une place unique dans le paysage médical belge. Nous avons été des pionniers dans de nombreux domaines et voulons le rester. Qu'il s'agisse des consultations gratuites chez le médecin généraliste, de notre expertise au niveau des maladies professionnelles, de nos travaux d'étude, des actions pour des médicaments abordables, de la création de maisons médicales multidisciplinaires de qualité où de jeunes médecins sont formés, de l'organisation de groupes de parole avec les patients, et maintenant de nos premiers pas dans la collaboration interprofessionnelle, du développement de centres de prévention et de la lutte pour la reconnaissance des maladies professionnelles.

Le contexte social dans lequel nous, médecins généralistes, devons dispenser nos soins change constamment. Le fossé en matière de santé se creuse. Le métier s'est considérablement complexifié au cours des dix dernières années, et nous sommes confrontés à une grave pénurie de médecins généralistes. En cause : le vieillissement des généralistes et des années de limitation du nombre de médecins admis en formation. Cela a un impact majeur sur l'organisation des soins de santé de première ligne et sur le travail concret des médecins généralistes. Nous avons plus que jamais besoin de davantage de médecins. Dans le même temps, nous devons également repenser notre rôle et notre manière de travailler. Dans ce contexte, MPLP entend rester innovante et jouer un rôle de moteur dans la lutte pour des soins primaires accessibles et de qualité, qui constituent le fondement de notre système de soins de santé.

Lorsque nous avons rédigé notre texte de vision générale, nous avons senti un besoin, dans nos maisons médicales, d'une vision claire et détaillée de la manière dont nous voulons travailler en tant que médecins à Médecine pour le Peuple. Nous voulons fournir des soins de qualité, accessibles et efficaces, qui participent à l'empowerment de nos patients et qui reposent sur une relation de confiance avec eux.

Nos maisons médicales MPLP sont désormais bien développées et dispensent des soins de première ligne multidisciplinaires sur une base forfaitaire. Nous travaillons avec du personnel infirmier depuis 2008, et des psychologues de première ligne travaillent dans certaines de nos maisons médicales depuis 2015. Des professionnels issus d'autres disciplines, comme des diététiciens et des kinésithérapeutes, travaillent dans certaines maisons médicales depuis un certain temps déjà. La pandémie de coronavirus a par ailleurs souligné le rôle des agents d'accueil en tant que membres de l'équipe de soins. Ils ont dû se former très rapidement et ont beaucoup évolué en matière de triage.

Les défis au niveau des soins de santé sont considérables ; pas seulement pour les médecins généralistes, mais pour l'ensemble du secteur. Si nous sommes pionniers en matière de collaboration multidisciplinaire au sein de nos maisons médicales, nous voulons maintenant aller plus loin dans la collaboration interprofessionnelle. Chaque discipline doit pouvoir prendre ses responsabilités et partager sa propre expertise. C'est ainsi que nous pourrions relever les défis des soins de première ligne.

Mais les maisons médicales de Médecine pour le Peuple sont aussi des centres d'action où nous voulons défendre le droit à la santé pour tous.

Ce texte est un texte de vision. Nous sommes conscients que nous n'avons pas encore le niveau souhaité dans toutes les maisons médicales par rapport à toutes les compétences et à tous les points dont nous discutons ici. C'est toutefois notre objectif. Ce texte doit nous permettre de nous unifier et nous servir de fil rouge. Il doit fournir un cadre permettant de guider notre travail quotidien de médecins, qui allie travail médical de qualité et empowerment des patients.

Nous distinguons cinq compétences clés :

1. **PRATIQUE CLINIQUE MÉDICALE** : quel est le contenu de notre travail médical ? Comment le rôle du médecin généraliste évolue-t-il ?
2. **RELATION MÉDECIN-PATIENT ET EMPOWERMENT** : quels sont selon nous les principes de base sur lesquels repose la relation médecin-patient ?
3. **COLLABORATION** : quelle est la position du médecin de MPLP dans la collaboration avec les autres disciplines au sein de nos maisons médicales multidisciplinaires ?
4. **ACTION SOCIALE** : quel est le rôle spécifique du médecin généraliste dans le cadre de notre projet « Parce que la santé est un droit » ?
5. **RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET ATTITUDE CRITIQUE** : comment cela se traduit-il dans notre pratique quotidienne en tant que médecins généralistes ?



Ce texte de vision a été rédigé à la suite d'une analyse documentaire et de discussions de groupe avec 37 médecins travaillant à Médecine pour le Peuple en 2021. Au sein des groupes de discussion, nous avons réfléchi ensemble aux compétences clés dont un médecin généraliste a besoin et qui sont particulièrement importantes dans les maisons médicales de première ligne de Médecine pour le Peuple. Les différentes citations sont tirées de ces discussions de groupe.

The background of the slide is a solid teal color with a repeating pattern of white medical icons. The icons include a syringe, a heart, a pill, a bandage, a microscope, a stethoscope, a flask, a magnifying glass, a gear, a pencil, a speech bubble, and a crossed-out circle.

2. La pratique clinique médicale

2.1 Le médecin généraliste en tant que pivot des soins de santé

En tant que médecins généralistes, nous sommes proches des gens, tant d'un point de vue personnel (nous connaissons la vie de nos patients, leurs antécédents, leurs valeurs et leurs sentiments) que d'un point de vue géographique (nous sommes des médecins de quartier). C'est pourquoi nous sommes souvent leur premier point de contact. Nous sommes comme des capteurs vivants de la société, qui prennent continuellement son pouls.

Nous utilisons notre stéthoscope social pour connaître le contexte global de nos patients : leur histoire, leur situation familiale, leurs conditions de travail et de logement, leur environnement et leur situation sociale. Nous prenons délibérément le temps d'écouter activement le récit du patient et d'en discuter ensemble.

CITATION : « *Je suis devenue médecin généraliste parce que j'aime travailler avec les gens. En tant que médecin généraliste, on est au plus proche des patients tout au long de leur vie. Dans les périodes difficiles, mais aussi dans les bons moments ; qu'il s'agisse de naissances ou de décès.* »

C'est ce qui rend le métier de généraliste passionnant : notre place centrale dans le paysage des soins de santé, mais aussi plus globalement dans la société. Afin d'exploiter tout le potentiel de cette position centrale, nous, médecins généralistes, utilisons trois outils indispensables : la communication, le respect et la confiance.

Ces dernières années, nous constatons de plus en plus que les patients ne viennent plus seulement nous voir pour des questions de santé. Ils abordent aussi avec nous des problèmes sociaux liés au logement, à l'environnement ou à l'énergie.

À cause du démantèlement social, ils se retrouvent abandonnés à leur sort. Les services proches de la population (guichets bancaires, bureaux de poste, etc.) tendent à disparaître et sont remplacés par des distributeurs automatiques anonymes, des services en ligne et des centres d'appel injoignables. Les heures d'ouverture sont réduites, tout se fait de plus en plus sur rendez-vous et à la va-vite ; l'efficacité est le maître-mot. Une simple conversation, un peu d'humanité, tout cela disparaît. Il en découle une solitude, une polarisation, des problèmes de santé mentale... Les cabinets des médecins généralistes sont l'un des derniers endroits où les gens peuvent encore parler de leur histoire et de leur ressenti. D'abord dans la salle d'attente, puis avec le soignant. Mais cet espace de parole est lui aussi sous pression en raison de la pénurie de médecins généralistes et des coupes budgétaires dans les soins primaires.

De plus en plus d'appels à l'aide sont lancés depuis la première ligne. Les médecins généralistes, le personnel infirmier et les autres prestataires de soins de santé et d'aide sociale disent ne plus pouvoir faire face à l'afflux de demandes de soins des patients. Des voix s'élèvent donc pour dire que les médecins généralistes sont devenus « trop accessibles » et qu'il faut réduire cette « accessibilité ». ¹ D'autres affirment qu'en tant que médecins généralistes, nous devons être les « gardiens » ou les « contrôleurs » des soins de santé. Mais comment « moins d'accessibilité » et « plus de contrôle » pourraient-ils améliorer la qualité des soins et la santé des patients ? Nous ne nous considérons pas comme des gardiens, mais plutôt comme des pivots au niveau des soins de santé.

2.2 Quel est le rôle du médecin généraliste dans les soins de première ligne ?

2.2.1 Rôle dans les soins aigus

Vous vous êtes foulé le pied ? Votre bébé a de la fièvre ? Vous vous êtes levé avec un fort mal de tête ? Vous avez des cloques étranges sur la poitrine ? Dans le domaine des soins aigus, il est important pour les médecins généralistes d'arriver à détecter des affections potentiellement graves parmi des symptômes banals. Distinguer ce qui est banal de ce qui nécessite plus d'attention, telle est notre activité principale. En cela, nous sommes des experts médicaux. Si le problème n'est pas suspect, il peut être traité par le généraliste. Son travail consiste alors souvent à rassurer le patient et à l'éduquer de manière adéquate en ce qui concerne sa santé. Pour ce faire, nous partons des connaissances du patient. En cas de nécessité, des examens complémentaires sont réalisés, ou bien le patient est orienté vers d'autres services (parfois en urgence).

CITATION : « *Les soins aigus sont une partie intéressante et importante des soins de médecine générale. Nous pouvons rapidement aider les gens et leur donner des outils pour éviter que cela ne se reproduise ou pour y faire face eux-mêmes. Nous leur expliquons beaucoup de choses : pourquoi leurs symptômes sont apparus et quelle évolution nous attendons. C'est intéressant de leur donner un aperçu du fonctionnement de leur corps.* »

La pandémie de Covid a changé pas mal de choses dans l'organisation des soins aigus. En collaboration avec le personnel infirmier et le personnel d'accueil, nous avons élaboré des directives de triage permettant de répondre aux demandes et aux besoins de nos patients de la manière la plus efficace possible.

Nous devons continuer à réfléchir activement à la manière d'organiser nos soins le plus efficacement possible dans la maison médicale et procéder à des ajustements si nécessaire.

2.2.2 Rôle dans les soins chroniques

La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques constitue la majeure partie du travail de nombreux médecins généralistes. On retrouve majoritairement des patients atteints d'hypertension artérielle et de diabète de type 2.² On retrouve également des patients souffrant de BPCO, d'asthme, de maladies rénales ou intestinales chroniques, de troubles neurologiques, de troubles psychiatriques chroniques, de problèmes musculosquelettiques chroniques, des patients en phase palliative, etc. De nombreux patients cumulent plusieurs maladies chroniques.

Contre la culpabilisation des victimes

Outre l'âge, les maladies chroniques sont fortement liées aux facteurs socio-économiques, au niveau d'instruction et aux conditions de travail. L'espérance de vie d'un garçon né en Belgique en 2020 dans une famille pauvre est inférieure de neuf ans à celle du même petit garçon né dans une famille aisée. Pour une fille, la différence est d'un peu plus de six ans.³ Les maladies cardiovasculaires, l'obésité et le diabète sont souvent considérés comme des « maladies de l'abondance ». Mais ces pathologies ne sont pas un signe de richesse ; elles touchent même plus souvent les personnes de statut socio-économique inférieur. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont en effet plus susceptibles de fumer, de consommer des boissons sucrées, de ne pas faire assez d'exercice physique et de ne pas manger suffisamment de fruits et légumes. Il serait facile de dire que c'est de leur faute. À Médecine pour le Peuple, nous avons une analyse différente : les choix en matière de santé ne sont pas seulement le résultat de considérations rationnelles, mais découlent également des émotions, du stress, de l'éducation, de l'environnement, des revenus, etc. Le pédopsychiatre Peter Adriaenssens a expliqué dans une interview : « Quelqu'un qui vit dans la pauvreté voit les choses différemment. »⁴ Les personnes en situation de pauvreté font des choix de santé différents qui sont déterminés par leur contexte social. On ne choisit pas de vivre dans la pauvreté, tout comme on ne choisit pas d'être en mauvaise santé. À Médecine pour le Peuple, nous ne jugeons pas les patients sur la base de ces choix de santé. Nous essayons toujours de partir du contexte social et économique du patient.

Soins et guérison

Il existe des directives pour chaque pathologie, élaborées sur la base de recherches et de consensus. Elles concernent le diagnostic, le traitement et le suivi. Des soins de qualité, centrés sur le patient, impliquent la traduction de ces directives en un plan de soins individuel. La contribution et la collaboration du patient sont essentielles. On obtient ainsi un plan de soins adapté à ses attentes et à ses capacités.⁵ Dans le cadre de ce plan de soins individuel, nous essayons d'encourager les autosoins et la proactivité. Parfois, le besoin d'éducation est plus important. Par l'écoute et la discussion, nous essayons alors d'augmenter la motivation du patient à accepter plus de soins.

CITATION : « Avec les patients chroniques, je pose beaucoup de questions. Je consacre beaucoup de temps à un rôle de coordination. Si le patient est allé chez le cardiologue, je lui demande ce que celui-ci lui a dit. Cela me donne une vue sur le suivi. J'aime cet aspect du travail. Je vérifie aussi quels sont ses besoins en termes de soins. Lui faut-il plus d'encadrement ? A-t-il des problèmes de mobilité ? La médication convient-elle encore ? »

Garder une vue d'ensemble

Dans le domaine des soins chroniques, le médecin généraliste est le pivot de la collaboration entre les différents prestataires. Nous collaborons avec des médecins spécialistes de

deuxième ou troisième ligne, avec d'autres disciplines de notre maison médicale et avec des professions paramédicales externes. Une bonne collaboration avec les médecins spécialistes est importante. Nous voulons sensibiliser nos patients contre la surconsommation médicale dans la deuxième ligne. Certains soins peuvent être donnés au moins tout aussi bien par la première ligne. On assiste également à une hyperspécialisation croissante, ce qui fait que le patient n'est plus considéré comme un tout. En tant que médecins généralistes, nous occupons une place centrale et prenons en main la coordination. Quand nous orientons un patient vers un spécialiste, nous prenons le temps de rédiger une lettre avec des questions claires. En tant que médecins généralistes, nous pouvons nous montrer offensifs à l'égard des spécialistes en ce qui concerne le suivi chronique de nos patients. Car c'est souvent nous qui connaissons le mieux nos patients et leur contexte.

Protocoles dans les maisons médicales

Dans nos maisons médicales, c'est au niveau du travail avec le personnel infirmier sur le diabète de type 2 que nous avons acquis le plus d'expérience. La répartition des tâches est définie dans un protocole. Notre personnel infirmier est très compétent sur ce plan. En tant que médecins, nous sommes sûrs que nos patients sont entre de bonnes mains et qu'ils sont accompagnés comme convenu. Mais un protocole ne doit pas non plus conduire à la rigidité. Même le personnel infirmier doit parfois oser laisser le protocole de côté pour pouvoir fournir des soins personnalisés, en sachant que le généraliste reste l'expert et le responsable de la continuité des soins. Dans le cadre des soins chroniques, nous avons pour objectif de désigner un médecin référent ou une équipe de soins permanents pour chaque patient. Nous développons ce point dans la partie relative à la troisième compétence clé : la collaboration.

2.2.3 Rôle dans les soins de santé mentale

La fatigue, le malaise, l'anxiété et le stress sont des plaintes classiques exprimées par les patients. Depuis la pandémie de coronavirus, nous constatons une augmentation du nombre de personnes souffrant de burn-out, de dépression ou d'anxiété.⁶

Ces pathologies trouvent bien souvent leur origine dans le contexte social. Nous vivons dans une société néolibérale où les structures sociales sont démantelées et où les succès et les échecs relèvent désormais de la responsabilité individuelle. Cela provoque du stress au travail, dans les familles et dans les relations interpersonnelles. Il s'agit d'une réaction normale à un environnement anormalement stressant, et nous le ressentons dans les consultations. Nous considérons qu'il est de notre devoir d'expliquer aux patients qu'ils ne sont pas individuellement responsables ou à blâmer pour leurs problèmes psychiques. Les patients ne sont pas responsables du système dans lequel ils vivent, qui les pousse au burn-out.

CITATION : « *Je fournis souvent des soins de santé mentale, à la fois chroniques et aigus. On retrouve généralement du stress à chaque consultation... C'est fou, certains matins, il est 11 heures quand j'ouvre pour la première fois ma trousse pour ausculter quelqu'un. Nous passons beaucoup de temps à écouter et à discuter avec nos patients pendant notre travail.* »

Le médecin généraliste est souvent le premier point de contact pour parler de ses problèmes de santé mentale. En tant que médecins à MPLP, nous écoutons et examinons le fonctionnement du patient dans son environnement, sa famille et son travail. Après cette analyse, nous posons un diagnostic et discutons des possibilités d'action avec lui. Parfois, un certificat d'incapacité de travail est nécessaire. Parfois, un traitement médicamenteux ou le renvoi vers un psychologue ou un psychiatre s'impose. S'il n'est pas encore question d'orienter le patient vers un spécialiste, des discussions peuvent suivre afin de le soutenir, de l'éduquer et de le motiver. Il est de plus en plus difficile d'orienter les patients souffrant de problèmes de santé mentale vers des services externes. Le nombre de lits en psychiatrie est sans cesse réduit, les listes d'attente dans les centres de santé mentale sont longues et le nombre de psychiatres dispensant des soins ambulatoires est insuffisant. Le suivi après une intervention mobile de crise n'est pas accessible ou abordable financièrement. Heureusement, dans certaines de nos maisons médicales, nous pouvons facilement orienter les patients vers un psychologue de première ligne (PPL) de notre équipe.

CITATION : « *Je fais moins appel à des psychologues externes maintenant, car nous avons un psychologue de première ligne au sein de la maison médicale. Par le passé, je jouais plus le rôle de psychologue qu'autre chose, mais nous ne sommes pas formés pour cela. On apprend sur le tas, ça procure une certaine satisfaction, mais ce n'est pas vraiment notre tâche centrale. La confiance, voilà notre tâche principale. Donner confiance aux gens dans les soins que nous prodiguons, puis les orienter de façon ciblée vers d'autres disciplines, que ce soit en interne ou en externe.* »

Pour certains patients psychiatriques, il n'existe pas d'offre spécialisée dans la région ou bien les obstacles sont trop nombreux. Certains patients ont fait le tour de l'offre spécialisée et n'ont plus de perspective de traitement. Il ne leur reste que le généraliste comme unique point d'accès pour obtenir des soins. La situation n'est pas facile. Les généralistes discutent de ces cas au sein de l'équipe et sont activement soutenus par le PPL afin d'encadrer le patient.

2.2.4 Rôle dans les actes techniques

Comme nous travaillons en étroite collaboration avec le personnel infirmier dans nos maisons médicales, celui-ci a déjà repris certains actes techniques. Nous pouvons compter sur notre personnel infirmier pour réaliser des électrocardiogrammes préopératoires, des prises de sang ou pour le traitement des verrues. Il administre également des vaccins, effectue des tests spirométriques ou débouche des oreilles. Les actes techniques ne représentent donc plus qu'une petite partie de notre travail quotidien. Parfois, cela donne lieu à des discussions au sein de la maison médicale : « Quels sont les actes techniques que nous, médecins généralistes, devons encore réaliser nous-mêmes et quels sont ceux qu'il est préférable de déléguer ? »

Pour certains actes techniques, les médecins généralistes demeurent très utiles, à deux conditions : ils doivent avoir l'habitude de les effectuer et le temps nécessaire pour s'en charger. Pour la pose d'un stérilet, pas besoin d'attendre dix mois pour un rendez-vous chez le gynécologue. Et en retirant un ongle incarné vous-même, vous épargnez au patient les honoraires élevés d'un dermatologue ou d'un chirurgien.

CITATION : « Réaliser un acte technique, ça me vide la tête. J'aime beaucoup ça. Une infiltration dans une articulation, inciser un abcès, une suture...
J'apprécie le fait que nous gardions une partie de ces actes techniques. »

2.2.5 Rôle dans la prévention

La prévention n'est pas possible sans un changement au niveau du contexte social. Nous l'expliquons en détail dans notre texte de vision générale. À MPLP, nous ne pensons pas qu'il soit possible d'isoler la prévention des déterminants sociaux.⁷ C'est pour cela que nous faisons le lien avec notre vision de l'action sociale.⁸

Aujourd'hui, à peine 2,2 % du budget de la santé est consacré à la prévention. On assiste pourtant à une augmentation du nombre de cancers et d'autres maladies chroniques associées à une société malsaine et à un mode de vie malsain, avec les conditions de travail et d'environnement qui vont de pair.⁹ Il est donc évident que le budget de la prévention doit être considérablement revu à la hausse.

On voit par exemple le nombre de personnes obèses augmenter fortement. On fume peut-être un peu moins qu'avant, mais on ne fait pas assez d'exercice et on mange trop peu de fruits et légumes.¹⁰

Quand on sait que les risques sanitaires touchent l'ensemble de la population, il est logique que la prévention primaire nécessite une approche coordonnée. Inviter et sensibiliser la population cible, suivre l'évolution du projet de prévention, planifier les étapes suivantes... Idéalement, il faudrait adopter cette approche au niveau de la population générale. C'est pourquoi nous estimons que le gouvernement devrait créer des centres de prévention locaux, un pour 100 000 habitants. Ils seraient responsables de l'ensemble de la prévention relative à la population dont ils auraient la charge. Pour ouvrir la discussion et montrer comment c'est possible de mettre cela en place, nous avons lancé notre Caravane Prévention à Zelzate en avril 2024 et nous travaillons sur une Maison de la Prévention à Molenbeek. Mais nous ne restons évidemment pas les bras croisés dans nos maisons médicales. Le dépistage opportuniste concerne principalement les « worried well », c'est-à-dire les personnes bien portantes, mais inquiètes. Cependant, les études montrent que le groupe qui bénéficierait le plus de la prévention est aussi celui qui est le plus difficile à atteindre. C'est pourquoi, dans nos maisons médicales, nous essayons d'aborder la prévention de manière planifiée à travers des projets locaux et nationaux. Nous envoyons des invitations ciblées pour la vaccination contre la grippe et essayons de faire bouger les gens, au propre comme au figuré..

Exemple : le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Depuis plusieurs années, la maison médicale de Marcinelle essaie d'augmenter le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus. Nous couplons cette incitation à la Journée internationale de lutte pour les droits des femmes, le 8 mars. Les femmes qui ne sont pas à jour au niveau de leur frottis sont invitées par courrier. À travers plusieurs autres activités réalisées dans le cadre du 8 mars (une initiation au yoga pour les douleurs chroniques, la réalisation d'une composition florale pour les violences faites aux femmes, etc.), nous essayons d'associer prévention médicale et action sociale. En proposant également des consultations le soir et le samedi, en mettant en place un accueil pour les enfants et en réfléchissant à l'aménagement des salles de consultation, nous tentons de lever les obstacles qui pourraient freiner les femmes. Nous avons étendu cette approche aux autres maisons médicales de Médecine pour le Peuple. Nous proposons une formation en ligne, une lettre type et un guide pour la sélection des patients dans notre dossier médical électronique (DME).

En tant que médecins, nous essayons de motiver individuellement les patients qui ont le plus à gagner en matière de prévention. Nous pouvons orienter ces patients vers le personnel infirmier ou les diététiciens de nos maisons médicales afin qu'ils bénéficient de conseils et d'un accompagnement personnalisés. Nous utilisons le DME comme base pour identifier les patients qui sont en retard dans leur suivi. L'accueil appelle ensuite ces patients pour les inviter et les motiver à venir à une consultation de prévention. Les bénévoles ont également un rôle à jouer à cet égard. Ainsi, toute l'équipe contribue à la prévention.

Exemple : le cours sur le stress

Selon Sciensano, un Belge sur quatre souffre d'un trouble anxieux ou dépressif. Un Flamand sur six est confronté à des symptômes de burn-out.

Depuis cinq ans, les prestataires de soins de MPLP Deurne proposent des séances de groupe à leurs patients souffrant de problèmes liés au stress. Ces séances de groupe sont supervisées par un médecin et notre psychologue de première ligne. Sur quatre séances de 2,5 heures, nous proposons de l'éducation (sur les facteurs psychologiques et sociaux) et des exercices (de méditation, de relaxation et de respiration). Les patients se sentent renforcés et responsabilisés. Ils comprennent mieux leur propre corps et reprennent le contrôle sur leur vie. En tant que pairs, ils se soutiennent mutuellement et apprennent des expériences et de l'enseignement des autres. Les interactions sociales créent des liens.

Le fait de recevoir des conseils de professionnels de santé de confiance favorise un état d'esprit positif et un changement de comportement. Les patients consultent moins et se focalisent moins sur leurs plaintes.

Fatima : « Le groupe m'a beaucoup soutenue. Le plus important pour moi, c'est que j'ai appris à faire plus de pauses pour respirer au cours de la journée. Je me sens moins vidée le soir. »

Veerle : « Ma vie est toujours très chargée, mais j'ai découvert que la marche me faisait vraiment du bien et depuis le cours, j'essaie de programmer du temps pour cela chaque semaine. »

Luk : « Le cours est donné de manière très agréable et respectueuse, ce qui permet vraiment de trouver par soi-même comment aborder sa vie autrement. Je le recommande vivement à tout le monde. »

2.2.6 Rôle dans l'aide sociale

« Docteur, pouvez-vous faire une demande pour un déambulateur ? » « Pouvez-vous remplir ce document afin que je bénéficie d'une intervention pour du matériel d'incontinence ? » « Mon enfant est autiste et j'ai donc droit à une majoration des allocations familiales. Pouvez-vous remplir la demande ? »

Dans notre société individualisée, l'obtention de certains droits est soumise à de plus en plus de conditions administratives. L'avis et la signature d'un médecin sont indispensables. Les patients doivent présenter des certificats médicaux attestant d'une réduction de leur capacité de travail, d'une réduction de leur autonomie, d'une détérioration de leur mobilité, de maladies chroniques graves, d'incontinence, de troubles du développement, etc. Ce n'est qu'en présentant ces certificats qu'ils pourront bénéficier d'une aide financière.

Nous sommes des médecins sociaux, nous examinons la situation dans son ensemble et prenons position. Nous réalisons ces tâches administratives avec rigueur, car nous savons que de cette manière, nous pouvons faire la différence individuellement. Nous fournissons un dossier solide au médecin-conseil en cas de maladie de longue durée, nous rédigeons un rapport détaillé en cas d'accident du travail, nous établissons un bilan fonctionnel complet en cas de demande d'indemnisation auprès du SPF Sécurité sociale et nous accompagnons parfois notre patient lors d'une expertise. Nous aidons ainsi les patients à aller de l'avant. Nous sommes de véritables experts en la matière.

Mais nous ne pouvons pas l'ignorer : année après année, les critères permettant de bénéficier d'interventions se font de plus en plus stricts en raison des coupes budgétaires. Dans certains cas, les aides sociales sont tout simplement supprimées. Les services de la mutuelle sont moins accessibles, les services des communes et du CPAS sont restreints, les services d'information sociale disparaissent.

CITATION : « *Ce qui pose problème, c'est la suppression de la ligne zéro : les bureaux des mutuelles, des banques, des administrations, etc. Les gens viennent nous voir pour faire remplir des papiers, mais ce travail relève en réalité des services sociaux.* »

CITATION : « **JE** *trouve qu'en ce moment, nous devons assumer énormément de travail qui incombe en réalité aux mutuelles. Il ne nous revient pas d'informer les gens sur ce à quoi ils ont droit. Nous y consacrons beaucoup de temps. Certains patients ont toujours fréquenté l'enseignement spécialisé et n'ont jamais entendu parler de la VAPH (Agence flamande pour les personnes handicapées). Avec un peu de chance, leur famille a bénéficié d'une majoration des allocations familiales... À 21 ans, des problèmes se posent. En tant que médecin généraliste, on se retrouve alors à devoir remplir un dossier SPF avec des données datant d'il y a dix ans. Ce sont des dossiers ingérables.* »

Ce n'est pas en accompagnant correctement et individuellement chaque patient que nous éliminons les problèmes sociaux. Ce sont les politiques néolibérales qui sont la véritable cause de l'aggravation du fossé en matière de santé. Une meilleure assistance individuelle ne résout pas ce problème, quelles que soient notre sensibilité culturelle et notre conscience sociale. C'est la raison pour laquelle nous sommes non seulement des médecins, mais aussi des militants de la santé qui menons une action collective à partir de nos centres d'action. Nous souhaitons y consacrer le temps nécessaire.

CITATION : « *En nous basant sur ce que nous disent nos patients, nous pouvons renforcer la lutte politique. Nous faisons le lien entre la réalité des gens et les mouvements de lutte politique, qu'il s'agisse de problèmes de malades chroniques ou de factures d'énergie élevées. Nous sommes les capteurs de ce qui se passe.* »

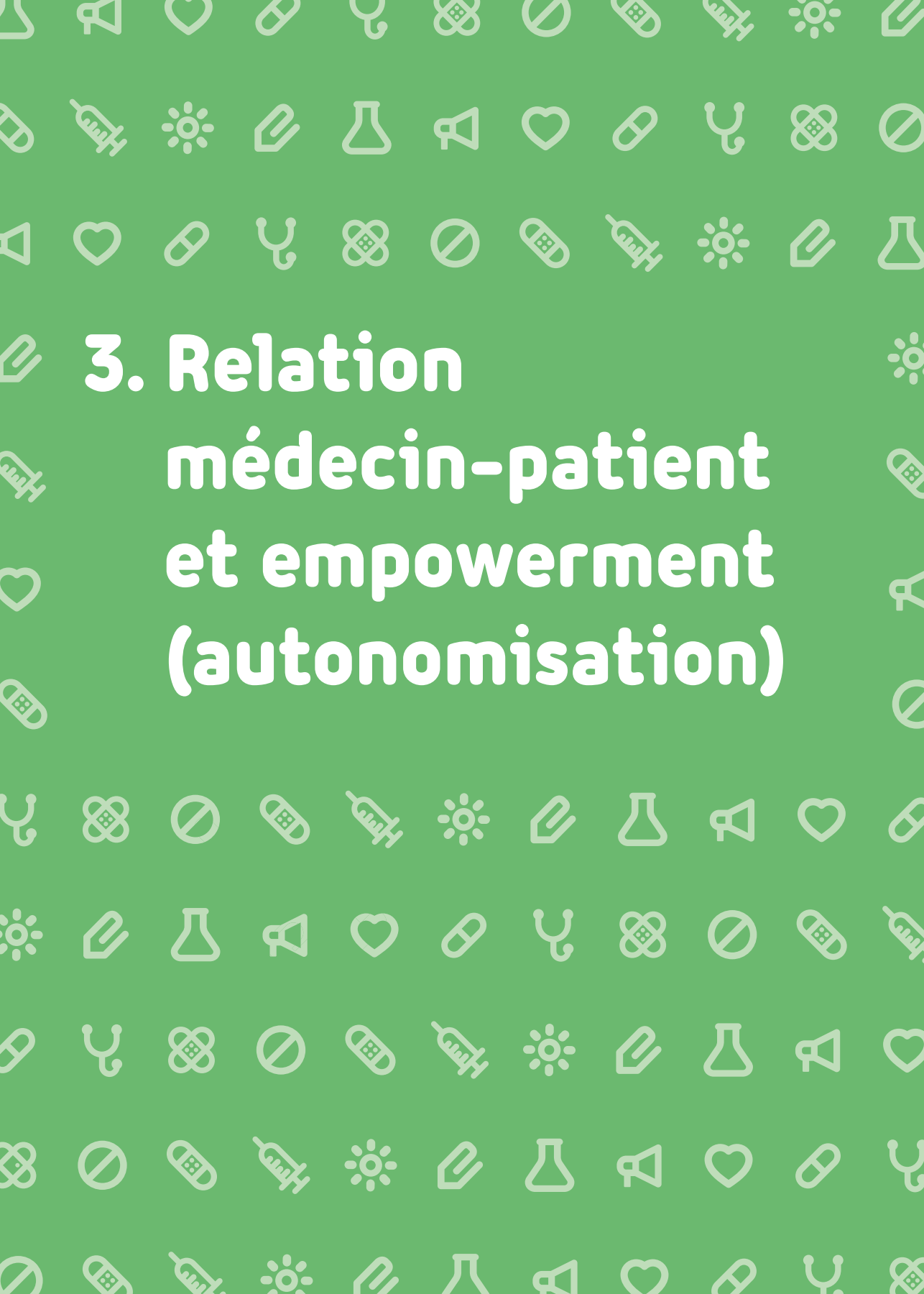
CITATION : « *Parfois, je pense qu'il serait plus facile de dire, en tant que généraliste : "Ce n'est pas mon boulot, je ne peux pas vous aider. Je compatiss, mais tout ce que je peux faire, c'est vous écouter." Quand on travaille à MPLP, on veut aborder les choses collectivement, et je trouve ça très bien. Collectivement, on peut transformer un problème auquel on est confronté en action. Car on ne peut s'attaquer seul à des problèmes structurels.* »

Exemple : le guichet Énergie

Les prix de l'énergie ont explosé début 2022. Les gens font face à des factures de régularisation salées et à de nouveaux acomptes élevés. Les fournisseurs d'énergie sont très difficiles à joindre et leurs factures sont tout sauf transparentes. Les personnes les plus vulnérables sont souvent celles qui ont également le moins de compétences administratives.

Avec des bénévoles formés, nous organisons un « guichet Énergie » dans nos maisons médicales. Les patients peuvent venir poser leurs questions. Nous examinons leurs factures, nous les aidons à demander en ligne leur prime énergie ou leur plan de paiement et nous mettons leurs papiers en ordre afin qu'ils puissent bénéficier du tarif social. Nous réduisons ainsi le stress de nos patients et allégeons la charge des médecins.

Grâce à une relation centrée sur le patient, égalitaire et empathique entre le médecin et le patient, nous pouvons aider les patients à devenir plus autonomes.¹¹ Nous concevons l'autonomisation comme un processus qui, comme nous le décrivons ci-dessous, prend en compte les capacités et la motivation du patient..



3. Relation médecin-patient et empowerment (autonomisation)

3.1 Nos soins sont centrés sur le patient

Le point de départ d'une bonne prise en charge est qu'elle soit centrée sur le patient. En étant à l'écoute, en communiquant clairement et en faisant preuve d'empathie, les médecins veillent à ce que les patients se sentent en sécurité et osent s'ouvrir. Nous montrons de l'intérêt pour l'environnement de vie du patient et nous nous mettons à sa place. Nous nous laissons toucher par son histoire et prenons le problème du patient au sérieux. En tant que médecins généralistes, il nous est ainsi possible de créer un cadre dans lequel les patients seront en mesure d'atteindre leurs propres objectifs.

Des études ont en effet démontré l'importance et les vertus thérapeutiques d'une bonne relation médecin-patient. L'empathie contribue à réduire l'anxiété et la détresse du patient, augmente son sentiment de satisfaction et permet d'atteindre des résultats cliniques nettement supérieurs.¹²

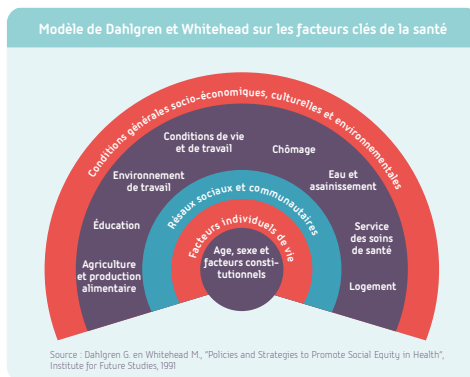
CITATION : « *Les patients doivent se sentir en sécurité pour exprimer leurs préoccupations. Nous devons apprendre au patient à dire réellement ce qui se passe, ce qui le tracasse, quels problèmes il a identifiés lui-même, et comment il les vit. Je pense que c'est le plus important : que nous n'imposions pas notre manière de voir les choses, mais que les patients soulèvent eux-mêmes un problème et viennent ensuite en parler avec nous.* »

CITATION : « *L'empathie, ne pas chercher la confrontation, être à l'écoute, laisser parler et tisser des liens. Discuter de foot et d'autres choses qui se passent dans la commune. C'est ce qui fait que les gens se sentent plus à l'aise et entre égaux. Nous prenons le pouls de ce qui se passe autour de la maison médicale, dans le quartier, dans la commune où se situe la maison médicale.*

Dans beaucoup de nos maisons médicales, nous organisons des activités avec nos patients en dehors des consultations. Cela contribue énormément à l'établissement d'une relation médecin-patient solide, basée sur la confiance et le respect. À Hoboken et Marcinelle, les patients et les soignants travaillent ensemble au potager. À Zelzate, une équipe de cyclisme a été créée avec des patients et des médecins. À Hoboken et Deurne, les patients et les soignants cuisinent ensemble dans le cadre du Café Santé. Sans oublier les fêtes de la maison médicale organisées chaque année, où soignants et patients se retrouvent derrière le comptoir.

3.2 Comprendre le patient dans son intégralité et connaître le contexte

Le facteur le plus déterminant pour la santé est le facteur socio-économique. Dans le cadre de la vision de MPLP, nous travaillons avec le modèle holistique de Dahlgren et Whitehead.¹³ C'est la raison pour laquelle nous interrogeons longuement nos patients sur le contexte dans lequel ils vivent, afin de mieux les connaître. Ainsi, nous pouvons mieux faire le lien entre les plaintes et les facteurs sociaux. Et donc, aussi mieux informer le patient à ce sujet.



CITATION : « Nous essayons toujours de considérer les patients de manière holistique. Nous leur demandons aussi toujours, en principe, quelle est leur situation professionnelle. Auparavant, je posais moins de questions à ce sujet, mais je réalise à présent à quel point c'est important. Quand quelqu'un passe autant d'heures au travail, cela a un impact considérable, et nous devons donc lui poser des questions à ce sujet. »

Pour mieux préciser les attentes des patients, nous utilisons le terme « ICE », de l'anglais « Ideas, Concerns and Expectations ». Cette approche nous permet d'avoir un aperçu des idées, des préoccupations et des attentes du patient concernant ses symptômes. Quelles sont ses propres préconceptions ? Quelle est sa capacité de résistance ? Le patient est-il soutenu par un réseau social ? Cela permet de préciser le diagnostic et de mieux mettre en lumière les éventuels facteurs qui entravent ou facilitent la guérison.

CITATION : « En fait, on part autant que possible de qui est le patient et pas seulement du problème qu'il expose. La patiente est-elle une mère de famille monoparentale ? S'agit-il d'une personne qui travaille en shifts ? On va vraiment considérer cette personne en tant qu'individu, replacer le problème dans son contexte et essayer de l'analyser dans ce contexte. »

Nous avons le réflexe d'interroger le patient sur son contexte professionnel. D'une part, ce contexte professionnel peut être à l'origine de la plainte (et est donc important pour établir un bon diagnostic), d'autre part, il est également important pour déterminer la période d'incapacité de travail avec le patient. Chaque situation est différente et unique, chaque patient et chaque maladie sont différents.

CITATION : « Pour une même sinusite, une personne qui effectue un travail physique lourd dans une chambre froide a besoin d'un arrêt de travail plus long que quelqu'un qui travaille dans un bureau. Et il va sans dire que le retour au travail d'une prof de morale atteinte du syndrome du canal carpien devra être envisagé différemment de celui d'une caissière de supermarché. »

3.3 Nous avons une relation d'égal à égal avec le patient ; nous partageons l'information

À MPLP, le médecin n'occupe pas une position de supériorité par rapport au patient. Nous visons une situation où médecin et patient sont sur un pied d'égalité. Dans la relation médecin-patient, ce dernier joue un rôle très actif. Il est le protagoniste de sa propre histoire. Le rôle du médecin consiste à faire appel à ses compétences, à ses connaissances et à son expérience pour permettre au patient d'atteindre ses objectifs en matière de santé.

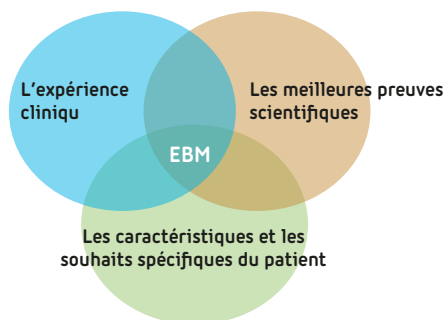
CITATION : « Quand un patient me dit : «c'est vous, la spécialiste», je réponds très souvent : «J'amène mes connaissances scientifiques, mais c'est vous qui connaissez votre corps, c'est vous qui savez qui vous êtes. Nous allons chercher ensemble la cause de vos symptômes». Ce qui surprend parfois les patients. »

Dans notre relation avec le patient, nous travaillons de manière ciblée. Que veut et que peut faire ce patient assis devant nous ? Parfois, ses objectifs ne relèvent pas du domaine physique ou mental qui nous est le plus familier en tant que médecins. À ce moment-là, nous osons suivre les indications du patient. Nous le faisons en partant du principe que chaque patient a suffisamment de force pour travailler à sa guérison ou à sa vie. Nous sommes alors là pour aider à trouver, soutenir ou façonner cette force.

En donnant le contrôle aux patients, nous leur donnons les moyens d'agir (empowerment). Cependant, une telle responsabilisation dans ce contexte peut également être utilisée à mauvais escient comme une excuse pour laisser les patients « tirer leur plan ». Ce n'est certainement pas le cas : l'empowerment ne doit pas devenir un moyen de se décharger de ses responsabilités. C'est précisément cette responsabilité partagée qui compte ici. Nous nous efforçons de baser notre expertise autant que possible sur des directives cliniques. Nous utilisons pour ce faire le modèle de l'Evidence-Based Medicine (EBM) et recherchons les meilleures preuves en réponse à la question clinique du patient.



Depuis les années 1990, l'avènement de l'EBM (Evidence-Based Medicine, médecine fondée sur les preuves) a entraîné des changements considérables dans nos pratiques de consultation. Des directives scientifiques nous aident à déterminer un diagnostic et un traitement, mais nous ne devons pas oublier le patient dans le processus. Nous partons de l'interprétation de l'EBM telle que formulée à l'origine par David Sackett : « L'Evidence-Based Medicine est l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves disponibles et les valeurs et attentes des patients. »¹⁴



Dans la relation d'égal à égal avec le patient, notre propre vulnérabilité entre également en jeu. Les médecins sont aussi des êtres humains. Il peut nous arriver de poser des diagnostics trop tard ou de manquer quelque chose. Il est important de discuter et d'analyser les *incidents critiques* en équipe. C'est ainsi que nous apprenons de nos erreurs. Nous essayons de communiquer ouvertement avec les patients à ce sujet. Il s'agit d'une attitude de base à adopter envers le patient.

Paternalisme vs médecin-camarade



La vision de Médecine pour le Peuple repose sur le concept du « médecin-camarade », qui implique une relation d'égal à égal entre le médecin et le patient. En tant que médecins généralistes à MPLP, nous cherchons à établir une relation d'égalité avec nos patients, basée sur la confiance, le respect et la concertation. Il n'est pas toujours facile de maintenir cette relation d'égal à égal. En tant que médecins, nous avons eu la chance de faire des études et avons généralement des revenus plus élevés que la plupart de nos patients. Nous devons en être conscients.

Les personnes qui rencontrent beaucoup de problèmes sont parfois qualifiées de « pénibles » ou « difficiles » dans le domaine des soins de santé. On estime qu'elles posent des questions injustifiées et exigent des autres qu'ils résolvent leurs problèmes sans être prêtes à fournir elles-mêmes les efforts nécessaires. En tant que prestataires de soins, nous serions censés nous « protéger » de ces patients et fixer des « limites strictes » par rapport à eux. L'idée est d'éviter que la situation ne devienne trop lourde ou trop pesante pour nous.

À Médecine pour le Peuple, nous voyons les choses différemment. Nous reconnaissons qu'il règne encore un certain paternalisme dans le secteur des soins de santé. Mais qu'entendons-nous exactement par paternalisme ? Le paternalisme peut prendre différentes formes. D'une part, le paternalisme classique où « Monsieur le Docteur » sait mieux que le patient et se montre condescendant. D'autre part, certains médecins et prestataires de soins décrivent les patients comme des individus difficiles, pénibles et exigeants, aux attentes déraisonnables. En réaction, les prestataires de soins fixent des limites strictes et se referment sur eux-mêmes, ce qui ne fait que creuser le fossé entre le médecin et le patient.

Sans oublier l'humanitarisme, dans le cadre duquel les médecins font tout pour leurs patients, mais dans une perspective où ces derniers sont perçus comme de « pauvres » gens, dépendants et sans ressources. Même au sein de nos maisons médicales, on voit parfois des médecins osciller entre ces deux extrêmes. Mais le cœur de la discussion n'est souvent pas le bon. Il ne s'agit pas seulement de fixer des limites, mais aussi d'adopter un certain regard sur les patients.

Dans une relation d'égal à égal, on considère différemment les patients compliqués.

Ce ne sont pas les patients qui sont difficiles, mais ce qu'ils vivent. Ils sont renvoyés d'un côté à l'autre pour faire reconnaître leur incapacité de travail ou obtenir des prestations. Ils sont victimes de racisme. Ils ont peur parce que leurs enfants sont malades et qu'ils n'ont pas la formation médicale nécessaire pour évaluer correctement la situation. Les patients ne sont pas des « casse-pieds » dont il faudrait se protéger. Ce sont des personnes de chair et de sang, de notre quartier, qui ont leurs bons et leurs moins bons côtés.

Certaines personnes peuvent s'exprimer de manière véhémence à cause de leurs problèmes. Il est extrêmement important de fixer ses propres limites en tant que prestataire de soins, mais il faut le faire à partir d'un modèle qui cherche un terrain d'entente plutôt que le conflit.

3.4 Nous trouvons un accord mutuel.

En tenant compte de la force et des valeurs du patient, nous dialoguons et parvenons à un accord mutuel. La prise de décision partagée est un modèle impliquant une concertation intense où l'échange d'informations scientifiques entre le médecin et le patient joue un rôle majeur. En fin de compte, nous voulons qu'un plan d'action clair puisse être établi, soutenu à la fois par le médecin et le patient. Nous voulons aider le patient à prendre une bonne décision et à se sentir plus fort.

CITATION : « *On tient compte des idées du patient par rapport au problème et on cherche un terrain d'entente. Si le patient comprend ce que je dis, on peut partir de là et avancer ensemble. On peut certes expliquer un traitement, mais si le patient n'est pas d'accord... Je pense, par exemple, au syndrome du côlon irritable. Ce qui est évident pour nous, en tant que médecins, ne l'est pas forcément pour le patient. Le patient peut penser qu'il s'agit d'un cancer. Il faut vraiment veiller à ce que le patient adhère à l'analyse et que vous-même y adhérez également. Comment le patient voit-il les choses, dans quel contexte évolue-t-il, quelles sont ses conceptions personnelles ? Vous cherchez avec le patient à savoir comment lui proposer une solution ou une réponse à son problème. »*

Ce modèle est très difficile à appréhender pour certains patients. Ils attendent un meilleur accompagnement ou des réponses plus claires. La prise de décision partagée nécessite un réel investissement en temps.

CITATION : « *Il y a des patients qui ne supportent pas du tout cela et qui disent, au bout de quelques consultations : en fait, je n'apprécie pas que vous me demandiez comment je ressens les choses et si j'estime que je peux reprendre le travail. »*

La prise de décision partagée se fait toujours dans les deux sens. Dans ce modèle, le médecin peut aussi fixer des limites. S'il n'y a pas d'indication pour des antibiotiques ou un examen (technique), nous n'en prescrivons pas. Nous luttons contre certaines idées fausses que le patient se fait de la santé et des médicaments. Nous encourageons également les patients à se charger de certaines tâches après la consultation. En prenant par exemple contact avec le syndicat à propos d'un problème au travail. L'empowerment du patient est une priorité.

3.5 L'objectif : renforcer le patient et sa place dans la société

En tant que médecins, nous pouvons prendre en charge toutes sortes de tâches pour les patients, être accessibles sur les réseaux sociaux et passer d'innombrables coups de téléphone à diverses instances, mais de cette façon, nous diminuons leur force. C'est un piège qui pousse à la charité (humanitarisme), une autre forme de paternalisme, comme nous l'avons vu. Les médecins de MPLP jugent ce que le patient peut prendre en charge par lui-même, et comment l'encourager.

L'empowerment peut se faire de différentes manières, mais nous, médecins, pouvons faire avancer les choses :

- ♥ Donner au patient l'espace nécessaire pour découvrir ses points forts et trouver une solution.
- ♥ Apporter une nouvelle perspective sur le contexte et les causes du problème.
- ♥ Ces informations permettent parfois au patient de considérer son problème comme un problème collectif, ce qui l'amène à déculpabiliser. Le problème est alors reconnu et cela renforce le patient.



Nicole a 55 ans et souffre de douleurs cervicales aiguës. Elle est nettoyeuse et travaille à l'hôpital régional de Deurne. Elle dit devoir nettoyer toujours plus de chambres en un temps réduit et ne plus arriver à terminer son travail. Ses horaires changent constamment, ce qui l'oblige à travailler à des heures irrégulières. À cause de cela, elle est en conflit avec la responsable des horaires. Elle a déjà pris l'initiative d'aller voir le médecin du travail. Celui-ci n'est pas du tout compréhensif et affirme que la douleur ne devrait pas l'empêcher de continuer de travailler. Elle est épuisée et ne se sent plus capable de continuer. Je la laisse raconter son histoire, j'entends son problème et je lui dis : « Vous avez raison, il n'est pas normal que cela vous fasse souffrir autant. Il est normal que vos articulations vous fassent souffrir si vous devez nettoyer toujours plus de chambres et que vous travaillez dans le stress. Ça ne va pas. »

Je lui demande si c'est pareil pour ses collègues. Elle me dit que l'hôpital est confronté à une pénurie de personnel depuis la crise du Covid. Ses collègues sont plus souvent malades et le service n'est plus aussi stable. Dans une certaine mesure, elle comprend sa responsable des horaires, mais elle la trouve tout de même dure.

Après cette consultation, Nicole a choisi de se reposer. Cette période a finalement duré plusieurs semaines et, lorsqu'elle est retournée travailler, elle a opté pour une reprise progressive du travail. Elle est retournée voir le médecin du travail qui, entre-temps, a fait le point sur la situation sur le lieu de travail. La responsable des horaires semble avoir eu quelques difficultés avec cet arrangement au début, mais le dialogue a été rétabli.

Nous sommes maintenant six mois plus tard. Nicole est heureuse de reprendre le travail et entretient de bonnes relations avec la responsable des horaires. Elle est devenue membre du syndicat et envisage de se présenter aux élections sociales. De cette façon, elle et ses collègues pourront avoir un impact plus important sur les conditions de travail.

En tant que médecins généralistes, notre travail consiste à analyser, avec le patient, ses plaintes et leurs causes possibles. La question « comment est-ce possible ? » est suivie d'une analyse critique des causes sociales. Pour répondre à la question « que pouvons-nous y faire ? », nous recherchons explicitement des solutions que le patient souhaite et peut accepter. Nous envisageons les différentes pistes avec les patients, qui décident ensuite eux-mêmes s'ils souhaitent les suivre ou non.

Cette façon de procéder demande plus d'efforts et de temps au début, mais elle finit par rendre la consultation plus légère. Elle autonomise le patient et participe à prévenir le burn-out.

L'empowerment des patients est quelque chose que nous faisons non seulement pour les plaintes liées au travail, mais que nous essayons également d'appliquer pour les problèmes sociaux, les problèmes administratifs, les problèmes de logement, etc.

CITATION : « *Quelqu'un dont l'appartement est plein de moisissures... Si je ne travaillais pas à MPLP, je dirais : « Ah oui, ça, c'est un problème pour vous », puis je me dirais : mon rôle de médecin généraliste est terminé, j'ai trouvé la cause et je l'ai expliquée au patient. Aujourd'hui, je dis aux gens : « Nous ne pouvons pas accepter ça, parce que ce n'est pas normal. Que pensez-vous d'appeler Woonhaven ou d'en parler avec vos voisins ? » Il m'arrive d'élever la voix tant je suis indigné. Ensuite, je discute du cas avec l'équipe pour voir si d'autres collègues ont eu des cas similaires. »*

L'empowerment et le renforcement des patients sont à l'opposé de ce que notre société fait généralement aujourd'hui lorsque les gens sont malades. Nous, nous choisissons de rester à l'écart de la médicalisation et optons pour le modèle de la santé positive.

CITATION : « *Persuader les gens qu'ils sont malades est aussi une maladie du système. Les personnes étiquetées comme malades consomment davantage de soins parce qu'elles pensent en avoir besoin... Les gens doivent sentir que leurs problèmes médicaux et sociaux ne les empêchent pas de faire leurs propres choix et d'avoir une vie de qualité. Il s'agit plutôt d'apporter aux gens une vision positive de la santé et de mettre en avant leurs capacités, au lieu de leur prescrire des cachets, de les envoyer d'un spécialiste à l'autre et de multiplier les IRM... »*

Lors de nos consultations, nous constatons que les patients ont souvent les mêmes plaintes, les mêmes problèmes et les mêmes questions. Il est important de montrer aux patients qu'ils ne sont pas seuls avec leur histoire. C'est pourquoi il existe plusieurs projets de pro-

motion de la santé dans les maisons médicales qui réunissent les patients qui vivent la même chose. Cette approche de groupe participe à l'empowerment et à la création de liens. Nous organisons des séances de groupe sur la douleur chronique, le stress, l'alimentation saine et l'exercice physique.

Exemple de notre rôle auprès des patients souffrant de douleurs chroniques :

Dans nos maisons médicales, nous voyons de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques entraînant une incapacité de travail de longue durée. Ils travaillent dans la construction, au port, au supermarché, etc. Ils souffrent de douleurs chroniques aux épaules, au cou, aux genoux, au dos... Les patients courent d'un spécialiste à l'autre, en passant par leur médecin traitant, à la recherche d'une explication et d'une solution à leur douleur. Mais la douleur ne disparaît pas, et ils se découragent.

Dans nos maisons médicales, nous organisons des cours collectifs pour ces personnes. Nous expliquons comment fonctionne la sensation de douleur dans le corps, et qu'il n'est pas toujours judicieux de continuer de recourir à des examens techniques pour rechercher d'éventuelles lésions lorsque les symptômes persistent pendant une longue période. La recherche montre que l'apparition et l'intensité de la douleur sont influencées par des facteurs psychosociaux tels que les émotions, le stress et les expériences du passé. En apprenant à influencer eux-mêmes positivement ces facteurs, les patients peuvent reprendre le contrôle de leur douleur. Nos cours collectifs y contribuent. D'autre part, travailler sur sa santé avec d'autres personnes est bénéfique dans la recherche de solutions. La douleur devient un problème partagé. La douleur chronique est également analysée en tant que signal d'alarme social. Ce qui semble être un problème individuel reflète le mode de fonctionnement de notre société, où la recherche de performance maintient les gens dans une situation de maladie chronique et les exclut progressivement de la vie active. Après une quête vaine, souvent longue de plusieurs années, d'un remède miracle auprès de spécialistes, les patients retrouvent courage et confiance les uns auprès des autres. Ce travail de groupe part de notre vision unique des soins de santé : nous croyons au pouvoir du collectif, en lieu et place des soins individualistes et souvent purement médico-techniques de la relation médecin-patient traditionnelle. Aider quelqu'un à retrouver la santé, c'est bien plus qu'essayer d'éliminer les symptômes par une intervention ou un médicament.

Certains problèmes sont tels que seule une action concrète peut faire avancer les choses. Et le fait de participer à une action concrète pour améliorer les conditions de travail et le cadre de vie, et pour avoir une première ligne solide, rend les gens plus forts. Nous examinons ce niveau d'empowerment et notre rôle en tant que médecins dans le chapitre « Action sociale ».



4. La collaboration



4.1. La collaboration renforce la qualité des soins ; à MPLP, le médecin généraliste est un super collaborateur

« La science nous pousse de plus en plus à percevoir l'homme dans une dimension sociale. Les êtres humains ont une tendance innée à l'empathie, à l'altruisme et à l'entraide. Grâce à toutes ces nouvelles connaissances, les spécialistes de l'évolution ont qualifié l'homme de super collaborateur. »¹⁵

4.1.1 Collaborer au sein d'une équipe pluridisciplinaire

CITATION : « *Le fait de collaborer avec différentes disciplines constitue une énorme valeur ajoutée et ajoute à l'attrait de MPLP.* »

CITATION : « *Pour moi, c'est très clair, depuis vingt ans que je travaille ici. Au début, j'avais l'impression que je devais tout faire moi-même. Maintenant, je peux davantage compter sur l'équipe, avec tous les aspects positifs et négatifs qui en découlent. Il est cependant plus difficile d'assurer la continuité aujourd'hui. C'était plus facile avant : je faisais tout, et le patient pouvait toujours compter sur moi. Mais d'un autre côté, le patient peut désormais s'appuyer sur plus de personnes.* »

La collaboration crée une synergie. On peut déléguer des soins, et chaque discipline aborde les soins avec sa propre perspective. Nous pouvons maintenir des soins accessibles et, avec davantage de prestataires, il y a toujours un point de contact adapté.

La collaboration comporte également des défis. En contrepartie du gain de temps réalisé grâce au partage des soins, il faut consacrer plus de temps à la concertation et à la coordination. Avec nos briefings, nous essayons d'éviter la fragmentation. Nous travaillons quotidiennement à l'amélioration de notre collaboration. Un dossier médical électronique à jour contenant les accords de soins entre les équipes est également une condition essentielle du travail multidisciplinaire.

Nous travaillons à l'esprit d'équipe et nous ne sommes pas seuls. Lorsqu'un membre de l'équipe est confronté à un problème difficile, celui-ci devient le problème de l'ensemble du groupe et pas seulement de la personne en question. Nous prenons soin les uns des autres, parce que nous sommes conscients que se sentir bien dans sa peau est aussi une condition d'un travail médical de qualité. Cela signifie qu'il faut être attentif aux compétences et surtout aux talents de chacun. C'est pourquoi tous les membres d'une même équipe n'ont pas les mêmes tâches. Tout comme nous nous concentrons sur la force des patients, nous le

faisons aussi entre nous. C'est parfois difficile au sein d'une équipe. Nous n'hésitons donc pas à faire appel à un coach (externe) pour nous guider dans cette démarche. L'emploi du temps d'un médecin de MPLP est très varié. Bien entendu, la majeure partie est consacrée aux patients. Il y a également du temps pour les dossiers et le travail administratif. Et chaque médecin dispose d'un temps de projet plus ou moins important. Outre une meilleure prise en charge des patients, le travail de projet offre des possibilités de développement personnel. Et en agissant en groupe, on renforce l'esprit d'équipe. Autant d'éléments importants pour se sentir bien dans sa peau.

Exemple : pendant la pandémie de coronavirus, notre fonctionnement a radicalement changé. Le confinement a également eu un impact majeur sur notre vie sociale. Nos psychologues de première ligne ont élaboré une méthodologie à utiliser lors des réunions d'équipe. En petits groupes, nous avons pris le temps de nous écouter. Nous avons réfléchi à la manière dont chacun a vécu cette période. Comment est-ce que je vais ? Comment mes collègues peuvent-ils me soutenir et m'aider ? De quoi ai-je besoin ? Grâce à des mesures préventives générales, nous avons essayé de renforcer la résilience de chacun.

Quelle est donc notre position en tant que médecins généralistes dans ce contexte pluridisciplinaire ? Il ne fait aucun doute qu'en tant que généralistes, nous avons une relation de soins unique et à long terme avec nos patients. C'est important pour nous, et nous aimons cela. Les patients qui ont un médecin fixe vont moins souvent à l'hôpital et vivent plus longtemps. Nous ne voulons pas que les soins soient divisés. La continuité des soins a un effet curatif important.¹⁶

Le médecin généraliste a une vision globale de la situation du patient qui se présente avec une demande d'aide. Mais en tant que médecins généralistes, nous ne sommes plus les seuls prestataires de soins. Avec le patient, nous réfléchissons aux soins dont il a besoin, analysons qui les lui dispense, à quel moment et avec quelle responsabilité. Nous devenons des pivots, des coaches et des facilitateurs. Une bonne relation médecin-patient, chaleureuse, qui reconnaît et renforce le patient, reste essentielle.

Pour les patients chroniques complexes, nous optons pour le modèle d'un médecin fixe faisant partie d'une équipe de soins fixe. Le médecin connaît bien le dossier, voit le patient le plus souvent et peut reconstituer le puzzle plus facilement lorsque de nouvelles plaintes apparaissent. Les patients trouvent également important d'avoir un médecin fixe. Certaines maisons médicales possèdent une solide expérience dans le recours à un duo en tant qu'équipe médicale fixe. À deux, on en sait davantage et on peut se concerter.

CITATION : « Dans le cadre des soins aux patients chroniques, quelqu'un peut intervenir de temps en temps, mais il faut garder cette relation longitudinale. Il est important d'avoir l'expérience du patient dans différentes circonstances, car vous ne pouvez pas tout mettre dans un dossier. »

CITATION : « On a des patients de la maison médicale qui posent peu de problèmes et qui veulent bien aller chez n'importe quel médecin et qui disent : «Vous êtes tous de bons médecins». Mais on a aussi

des patients qui ont traversé beaucoup d'épreuves. Je comprends qu'ils veuillent retourner chez le même médecin. Je pense que c'est également nécessaire, mais nous ne pouvons pas toujours être là. C'est donc une très bonne chose qu'ils puissent établir une relation stable avec un ou deux médecins. En fait, avec notre projet de duo, cela fonctionne assez bien. »

La collaboration entre médecins se fait également dans le cadre de soins épisodiques. En cas de situation difficile, nous traitons les patients les uns des autres. Et à la fin d'un épisode, nous informons le médecin habituel.

4.1.2 Évolution vers la collaboration interprofessionnelle

Notre objectif est d'instaurer une étroite collaboration interprofessionnelle dans l'ensemble de nos maisons médicales.

La collaboration interprofessionnelle va au-delà du travail multidisciplinaire. De la délégation des soins, nous passons au partage des soins en équipe. Dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire, les différents acteurs agissent par définition de manière séquentielle, c'est-à-dire l'un après l'autre et donc avec peu d'interactions entre eux. Dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle, le préfixe « inter » met l'accent sur l'interaction et le radical « professionnel » sur les différents soignants impliqués, ainsi que sur le patient et son système.

Une équipe de soins interprofessionnelle échange des informations, des idées et des recommandations entre différentes disciplines, puis définit les rôles et les responsabilités de chacun.¹⁷ Le point de départ de la collaboration interprofessionnelle est la participation du patient : une assistance non seulement pour le patient, mais avec le patient. La collaboration interprofessionnelle se fait à partir d'une vision et d'un plan de soins uniques.

La collaboration interprofessionnelle requiert une bonne connaissance et une reconnaissance de l'expertise de chacun. Il faut faire attention à la communication mutuelle, car chaque discipline a son propre jargon. L'objectif est d'assurer ensemble la continuité des soins, de partager la charge de travail, la flexibilité et les responsabilités et d'optimiser ainsi la qualité des soins.¹⁸

Nous avons déjà pris de nombreuses mesures en ce sens. Dans certaines maisons médicales, il y a déjà des consultations intensives en matière de soins chroniques, avec un plan de soins adapté au patient. Actuellement, le médecin a encore souvent un rôle de coordinateur. Cependant, nous voyons que dans un certain nombre de maisons médicales où il y a de plus en plus d'expertise, ce rôle est progressivement partagé avec le personnel infirmier ou le/la psychologue.



Lors d'un briefing matinal, le cas de Julio est discuté. Il souffre de diabète et est suivi par le personnel infirmier. En raison d'un stress constant au travail, il consulte son médecin généraliste. Son taux de sucre est anormal. Il travaille par shifts et a une petite fille atteinte d'une maladie chronique qui nécessite beaucoup de soins. Il est complètement abattu et ne voit pas d'issue.

Lors du briefing matinal, son cas est examiné. Nous rassemblons les éléments. Notre psychologue de première ligne (PPL) pourrait peut-être examiner les différents facteurs de stress ? À la consultation suivante, l'infirmière spécialisée en diabète consacre davantage de temps au suivi du traitement et du régime alimentaire.

Lors d'une consultation ultérieure, le médecin fait le point avec Julio sur ce qu'il peut gérer lui-même et ce qu'il attend des soins. Julio décide de prendre rendez-vous avec notre PPL et de s'attaquer à différents points de son régime alimentaire en concertation avec l'infirmière. La coordination incombe donc à l'infirmière et au PPL.

Quelques mois plus tard, Julio revient pour une consultation. Il a pu obtenir, par l'intermédiaire du service de médecine du travail et du syndicat, de ne plus devoir travailler en shifts. Cela lui permet de mieux contrôler son alimentation et d'être à la maison à temps pour sa fille.

Il est ravi que le PPL lui ait permis de comprendre les causes de son stress et qu'il n'ait pas eu besoin de médicaments pour soigner ses sentiments dépressifs. Au travail, il a discuté avec ses collègues de l'impact du travail en shifts sur sa santé. Il se sent plus fort.

Le projet médical contribue à façonner le travail interprofessionnel. Les médecins et les collègues des autres disciplines œuvrent ensemble pour améliorer et innover dans les soins prodigués à un groupe de patients souffrant d'une même maladie. Ensemble, nous créons une vision du contenu et de l'organisation de ces soins spécifiques et définissons le processus de soins. Chaque discipline apporte sa propre expertise, ce qui permet d'optimiser les soins. Cela permet aussi d'augmenter l'expertise individuelle des membres de l'équipe. Il s'agit d'une interaction permanente.¹⁹

Exemples : le suivi du diabète, les consultations pour des infections aiguës, les consultations de prévention et la campagne de vaccination contre la grippe.



Au niveau national, un protocole scientifique est élaboré pour le diabète sur la base de la littérature. Les médecins et le personnel infirmier traduisent le protocole en une répartition locale du travail et conviennent de leur communication mutuelle. Le personnel infirmier assure le suivi des patients diabétiques. Une équipe de soins fixe composée d'un médecin et d'un infirmier ou d'une infirmière se forme ainsi autour du patient. Le médecin dispose de plus de temps et peut mieux suivre le patient concernant d'autres aspects des soins.



L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que 75 % des plus de 65 ans soient vaccinés contre la grippe. En Belgique, nous n'obtenons pas spontanément un tel résultat. Nous devons fournir beaucoup d'efforts pour y parvenir. Nous invitons nos patients à risque par courrier et organisons des séances de vaccination. Grâce à des centres d'appel gérés par des bénévoles, nous essayons également de sensibiliser nos patients difficiles à joindre à l'importance de la vaccination contre la grippe. Toute l'équipe s'investit dans ce projet. L'accueil, le personnel infirmier, les médecins : chacun y contribue. Chaque année, nous procédons à une évaluation et à des ajustements pour l'année suivante. Ainsi, année après année, nous augmentons notre couverture vaccinale et nous nous rapprochons des 75 %.

4.2. Le médecin généraliste par rapport aux autres disciplines

4.2.1. Collaborer avec l'accueil

L'accueil est un élément important de l'équipe médicale. Le personnel d'accueil constitue le premier point de contact pour le patient. Il écoute sa demande et prend un rendez-vous adapté aux besoins du patient et au prestataire de soins. Il joue un rôle crucial dans le triage des patients et veille à mettre de l'ordre dans un agenda complexe impliquant différentes disciplines, avec des consultations physiques, des consultations téléphoniques et des visites à domicile. L'accueil prend en charge les tâches administratives, comme la prise de rendez-vous avec un spécialiste si nécessaire. Le personnel d'accueil ayant reçu une formation médicale a également pour mission de mettre/tenir à jour les dossiers médicaux. Il gère ainsi la coordination et occupe une fonction de cockpit. L'accueil dispose donc d'une certaine autonomie. Il est important d'avoir une bonne communication, surtout pour les éventuels cas difficiles. Par le biais d'une bonne communication mutuelle, du feed-back et de l'expérience sur le terrain, les médecins ont un rôle de soutien. Dans la salle d'attente, le personnel d'accueil entend ce que les patients disent. Ils ont donc une importante fonction de signalisation et jouent un rôle majeur dans les campagnes menées au sein des maisons médicales.

CITATION : « Pendant le Covid, le triage a évolué. Il permet de s'assurer que le patient soit pris en charge par le bon soignant au bon moment. C'est la mission première de l'accueil. La tâche de l'accueil peut se révéler extrêmement complexe. »

CITATION : « À Marcinelle, nous avons décidé de considérer l'accueil comme la plaque tournante de notre activité. Pendant la pandémie de Covid-19, nous, les médecins, avons eu beaucoup plus de tâches administratives à remplir. La situation était intenable. Nous avons alors tout examiné : qui fait quoi ? Nous avons apporté des modifications à plusieurs reprises et sommes ainsi parvenus à une bien meilleure répartition du travail. L'accueil constitue vraiment la plaque tournante de la maison médicale ! »

CITATION : « Il ne faut pas sous-estimer la fonction de tampon que remplit l'accueil. Il arrive qu'un patient soit confronté à un problème pénible qui nécessite des soins immédiats. Bien gérer une telle situation requiert une grande expertise. »

4.2.2. Collaborer avec le personnel infirmier

Depuis 2008, dans les maisons médicales de MPLP, nous travaillons avec du personnel infirmier interne dans le cadre du système du forfait. Le personnel infirmier est chargé d'un large éventail de tâches. Outre les consultations dans les maisons médicales, il effectue également des soins à domicile. Il prend en charge un grand nombre d'actes techniques et assume des tâches dans le domaine des soins chroniques, aigus et préventifs.

Dans la plupart des maisons médicales, il suit de manière indépendante des patients atteints de diabète de type 2. Il partage les patients atteints d'une maladie chronique complexe avec les médecins dans le cadre d'une planification des soins fixe. Certains infirmiers et infirmières disposant d'une grande expertise assurent la prise en charge de ces soins et ne consultent un médecin qu'en cas de problème.

VITATION : *« Je pense que le personnel infirmier est parfaitement capable d'assurer la continuité et de tirer la sonnette d'alarme en cas de problème. Je remarque que certains patients qui venaient me voir tous les trois mois pour le suivi de leur diabète ne viennent désormais plus qu'une fois par an. Ils ont créé un lien avec l'infirmier ou l'infirmière. Le personnel infirmier se sent aussi responsable des patients en cas de problème. Les patients lui font confiance. »*

En tant que médecins, nous restons toujours impliqués et accessibles pour répondre aux questions si les soins sont difficiles ou s'il est nécessaire d'ajuster les objectifs ou les plans de soins. Nous conservons un rôle dans le diagnostic, le choix du traitement et son suivi. Cela nous permet de rester activement impliqués et de maintenir nos connaissances médicales à jour, même lorsqu'il s'agit de soins que nous ne pratiquons plus nous-mêmes. La collaboration avec le personnel infirmier améliore la qualité des soins. De nombreuses études l'ont déjà démontré. En tant que médecins, nous devons réfléchir de manière active : quels soins seront mieux pris en charge par une autre discipline ? Autrement, les soins resteront à notre charge, la charge de travail augmentera et la qualité des soins sera impactée.

Le partage des soins avec le personnel infirmier nous pousse à réfléchir à la nature de notre tâche principale.

CITATION : *« Je pense que notre personnel infirmier est très avancé dans ce domaine. Il travaille de manière proactive. Si une personne présente une tension artérielle élevée à plusieurs reprises, il convient lui-même d'une mesure à domicile et en assure le suivi. Il nous envoie ensuite directement le patient. Il calcule la moyenne et vient nous consulter. Nous discutons alors ensemble du processus thérapeutique. C'est très positif. »*

CITATION : *« Nous avons une infirmière spécialisée dans le soin des plaies. Du fait de cette expertise, c'est elle qui est la responsable finale. »*

Dans le projet concernant le diabète, l'infirmière voit le patient trois fois. La quatrième fois, le patient voit le médecin. Le suivi des patients est meilleur, bien meilleur qu'avant. Il faut aussi oser déléguer. »

CITATION : « *La mise en œuvre d'une collaboration approfondie entre le médecin généraliste et le personnel infirmier varie considérablement d'une maison médicale à l'autre. Mais nous apprenons les uns des autres. J'ai assuré un remplacement à Lommel pendant un moment. Là-bas, le personnel infirmier s'occupe en grande partie des soins des patients diabétiques et signale lorsqu'il y a un problème. J'ai appris des choses qui nous ont servi à Schaerbeek. »*

4.2.3. Collaborer avec le/la psychologue

En tant que médecins généralistes à MPLP, nous nous penchons sur le bien-être psychique des patients. Les patients se sentent en sécurité avec le généraliste et peuvent parler de leurs problèmes psychiques. En tant que médecins, nous évaluons : le patient peut-il être aidé par un.e psychologue de première ligne (PPL) ou a-t-il besoin d'une aide plus spécialisée ?

Il est plus facile de rediriger le patient si nous disposons d'un.e psychologue en interne. On reste en effet dans les murs de la maison médicale. Cela favorise la confiance, brise le tabou, et c'est moins coûteux. Pendant le briefing, il est possible de poser des questions au/à la psychologue, y compris pour les patients qui n'ont pas encore été redirigés. Un.e PPL prend plus de temps qu'un médecin, est bien formé.e en matière de suivi psychothérapeutique et est également à jour par rapport aux autres options d'orientation grâce à la carte sociale. Les séances de groupe (autour du stress ou de la douleur chronique, par exemple) offrent également une grande valeur ajoutée.

Si un patient est suivi par un.e PPL, il est important, en tant que médecin, de demander, lors de la consultation suivante, comment se déroulent les séances avec le/la psychologue, sans pour autant approfondir la question. Le médecin prescrit des médicaments si nécessaire et établit un certificat d'incapacité de travail au besoin. Le feedback avec le/la psychologue est important pour la collaboration. Au cours du processus thérapeutique, une partie de la coordination peut être transférée vers le/la PPL. Toutefois, le médecin reste chargé d'assurer le suivi global du patient.

CITATION : « *Je trouve que c'est une grande aide de disposer d'un.e psychologue. En tant que médecins généralistes, nous faisons de notre mieux et nous disposons de certains outils, mais nous ne sommes pas formés pour assurer un suivi psychologique. »*

Certaines maisons médicales ne disposent pas d'un.e psychologue en interne. Elles travaillent avec un.e PPL de la région.

4.2.4. Collaborer avec d'autres disciplines

Certaines de nos maisons médicales disposent également de diététicien.ne.s, de travailleurs sociaux et de kinésithérapeutes.

Nous respectons toujours l'expertise de chacun et donnons la priorité au bien-être du patient. Toutes les disciplines sont complémentaires, chacune apportant sa propre expertise dans le traitement et assumant sa propre responsabilité partielle. Nous collaborons avec la même vision selon laquelle l'empowerment des patients est fondamental et il existe un lien entre les conditions de travail et les choix politiques.

Nous avons déjà beaucoup misé sur la collaboration avec le personnel infirmier ces dernières années, bien plus qu'avec d'autres disciplines comme le/la diététicien.ne, le/la kinésithérapeute et le/la travailleur.euse sociale. Nous voulons nous concentrer sur ce point à l'avenir et élaborer des projets ensemble pour inclure les soins aigus et chroniques dans notre travail interprofessionnel avec ces différentes disciplines.

4.2.5. Collaborer avec les assistants

Médecine pour le Peuple possède une longue tradition en matière de formation de médecins généralistes. Chez nous, il s'agit d'un engagement de toute l'équipe, et pas seulement du formateur.

Les assistants apportent de nouvelles perspectives et alimentent les discussions médicales. Ils sont le moteur du changement et du renouveau. Ils remettent en question les vieilles habitudes. En retour, ils découvrent la vision de MPLP et nous les initiions à une autre façon de travailler (ensemble). « Apprendre les uns des autres » est essentiel, et nous montrons que cela continue même après la formation. À MPLP, les assistants entrent dans un environnement de travail respectueux et agréable, où les règles relatives aux horaires de travail et à la récupération sont respectées.

Nous veillons à ce que les assistants acquièrent une expérience suffisante dans tous les aspects du travail de médecin généraliste, y compris les tâches qui sont déjà souvent déléguées à d'autres disciplines. Au sein de nos maisons médicales, par exemple, de très nombreuses prises de sang sont effectuées par le personnel infirmier, mais il est évidemment important qu'un médecin soit en mesure d'effectuer lui-même rapidement des prises de sang plus difficiles.

Chez nous, un assistant apprend à collaborer avec d'autres disciplines. En suivant l'infirmier.e, le/la diététicien.ne et le/la psychologue, l'assistant apprend à connaître le travail des autres. Cela favorise la coopération et la délégation des tâches. Un assistant se voit également confier des responsabilités dans le cadre d'un projet ou assume une tâche dans l'organisation des soins (par exemple : gestion du matériel médical, trousse d'urgence...).

CITATION : « *La formation des jeunes médecins demande beaucoup d'énergie, mais on reçoit aussi beaucoup en retour. Il est également positif de transmettre notre projet aux jeunes.* »



Témoignages de différents assistants à propos du formateur Erik Vanobbergen (Hoboken), décédé en octobre 2022 :

Erik m'a appris comment devenir un vrai médecin pour le peuple.

Avant tout, avec son stéthoscope social. Lors de chaque discussion portant sur un patient. Où habite cette personne, où travaille-t-elle, d'où vient-elle ? Sais-tu pourquoi ces habitations sont si mal entretenues ? Sais-tu pourquoi ils doivent travailler si dur dans cette usine ? Il établissait le lien entre un problème médical et un problème social, de façon simple et logique. Erik transmettait cela à tous les assistants, qu'ils s'intéressent à la politique ou non.

Personnellement, j'admirais beaucoup le lien qu'Erik avait avec ses patients. Il leur parlait de façon très naturelle. Je n'ai jamais vu cela chez aucun autre médecin ou prestataire de soins. Ses patients n'avaient pas l'impression d'être devant un médecin, mais face un ami, un camarade, un voisin. D'ailleurs, c'était souvent le cas. Telle famille habitait dans sa rue, tel garçon avait été dans la classe de Nina, tel homme avait travaillé avec Lino à Umicore... Il était un médecin du peuple, fortement lié à la classe travailleuse. Il était ravi de nous croiser et s'intéressait vraiment à nous. À l'école, on nous a appris que pour rester professionnel, mieux valait garder une certaine distance avec les patients. Mais Erik m'a montré, dans la vraie vie, qu'un médecin peut parfaitement rester professionnel tout en étant un camarade pour ses patients.

Il aimait former les jeunes, tant sur le plan médical que politique. Au cours de l'été 2021, alors qu'il était déjà malade, je lui ai demandé s'il pouvait encore faire visiter Hoboken à certains de nos nouveaux collaborateurs et assistants. C'était sa spécialité. Il les emmenait aux usines Lemmerz et Crown. À Hoge Beuken. Au Draaiboom. Dans son quartier, près de Don Bosco. À Moretusburg. Partout, il parlait de la lutte que la maison médicale et le parti avaient menée. Quand il en parlait, il avait les yeux qui brillaient. Mais les jeunes adoraient aussi l'écouter.

Permettez-moi de vous faire part de ce que notre assistant de l'époque, Tao, m'a confié cette semaine à propos de cet après-midi-là : "Je m'en souviendrai toujours. Nous étions tous très impressionnés. Erik restait très humble. Il a dit : 'Ce que je raconte n'est peut-être pas très intéressant.' Mais nous étions vraiment impressionnés." J'ai demandé à Tao ce qu'il avait appris de cette expérience, ce qu'il en retiendrait. Il m'a répondu : "S'impliquer réellement dans un quartier est une vraie force. De même que vivre les événements avec ses habitants. C'est là qu'on peut vraiment faire changer les choses. (...) Au final, ce projet de tours à De Zwaantjes n'a jamais vu le jour, pas vrai ?" »

4.3. Un bon dossier médical électronique (DME) comme condition de base

Dans nos maisons médicales, nous utilisons actuellement le DME CareConnect. Le DME est devenu un outil de travail indispensable pour notre travail en équipe au quotidien. Le plan de soins individuel, noté dans le planning de CareConnect, constitue un fil rouge pour les différentes disciplines impliquées dans les soins de tel ou tel patient. Les soins sont partagés tout en gardant une vue d'ensemble.

Le reste du dossier (nouveaux diagnostics, journal, nouveaux traitements) est également tenu à jour afin de permettre à tout soignant remplaçant d'avoir rapidement un aperçu de la situation. Ainsi, la gestion des dossiers constitue une tâche distincte et importante dans le temps consacré aux tâches administratives. Nous devons prendre régulièrement le temps de compléter les diagnostics, d'adapter les horaires et de noter les changements de médication. Dans ce domaine également, nous examinons comment nous pouvons collaborer avec d'autres disciplines. L'accueil veille à ce que les coordonnées soient complètes, le personnel infirmier peut aider à traiter les courriers et, en tant que médecins, nous remplissons le journal de manière à ce que le médecin suivant puisse reprendre le dossier en cas d'absence. De plus, un dossier actualisé facilite la collaboration en dehors de la maison médicale : la préparation d'une lettre de recommandation complète pour un confrère spécialiste se fait alors très facilement. Et les collègues à l'hôpital ou au service de garde sont satisfaits d'avoir un Sumehr (résumé du dossier médical) correct.

Un bon DME nous aide également à améliorer la qualité de notre travail. Nous pouvons mesurer notre qualité par des audits et organiser la prévention au niveau de la population des maisons médicales. Nous avons déjà cité l'exemple du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le fait de consigner correctement les données sociales permet également de garder une vue d'ensemble du contexte social (exemple: la profession).

Grâce à un groupe de travail national sur le DME, nous échangeons les bonnes pratiques et nous nous tournons vers l'avenir. L'intelligence artificielle peut-elle rendre notre travail plus efficace, tout en garantissant que les soins restent un travail humain ?

CITATION : « Un bon DME ou un bon enregistrement est également important pour certains projets collectifs. Nous organisons sans cesse toutes sortes de choses auxquelles nous voulons inviter des gens. Pour nombre de ces projets, nous pouvons simplement extraire une liste en partant du dossier médical. Par exemple, quels patients allons-nous inviter à un atelier sur l'exercice physique ? On peut par exemple rechercher dans le DME tous les diabétiques de plus de 50 ans et leur envoyer un e-mail ou un SMS avec notre proposition. Un bon enregistrement dans le DME est important pour atteindre le plus grand nombre possible de personnes potentiellement concernées par une initiative collective. »

The background of the entire page is a solid blue color. It is decorated with a repeating pattern of small, white, stylized icons. These icons include a syringe, a heart, a pill, a bandage, a microscope, a flask, a megaphone, a hand holding a pencil, a gear, and a crossed-out circle. The icons are arranged in a grid-like pattern, with some icons appearing slightly larger or more prominent than others, creating a subtle texture.

5. L'action sociale



« Pour le droit à la santé, nous avons besoin de travailleurs de la santé (health professionals) de qualité adoptant une approche sociale, mais aussi et surtout de militants engagés pour la santé (health activists). À MPLP, nous combinons les deux. »²²

« Plus on travaille longtemps comme médecin généraliste, plus on observe les répercussions des décisions politiques sur la santé des gens », explique Stéphanie De Maesschalck, médecin généraliste et chercheuse au département des soins de première ligne de l'université de Gand.²⁰ Un cadre de vie pollué, de longues listes d'attente pour les logements sociaux et des services difficiles d'accès ne facilitent pas la vie. En tant que médecin, vous vous heurtez rapidement aux lacunes du conseil individuel. Lorsque vous constatez, par exemple, que les problèmes financiers et la hausse des prix de l'énergie sont les véritables causes d'un trouble anxieux chez une mère ou un père célibataire, ou qu'une femme de ménage ne cesse de rechuter avec des problèmes de poignet dus à ses conditions de travail, vous ne pouvez qu'offrir une oreille attentive. En tant que médecin à MPLP, vous avez l'avantage de travailler dans un environnement qui tient compte de ce contexte social. Nous considérons que les gens ont de la force et nous choisissons notre camp.

CITATION : « En tant que médecins à MPLP, nous allons au-delà de l'aspect individuel de la maladie. Nous voyons comment la société a un impact sur la santé de chacun. »

En tant que médecins, nous sommes bien placés pour repérer certains signes. Nous recueillons les histoires que nous entendons en consultation. Nous discutons de ces signes en réunion d'équipe et, si plusieurs patients présentent le même problème, nous examinons la possibilité d'adopter une approche collective. Nous essayons de travailler avec les patients et l'équipe pour trouver des solutions ou des propositions d'action, transformant ainsi le pessimisme en actes concrets.

CITATION : « En tant que médecins généralistes, nous repérons naturellement certains signes. Nous sommes proches de la société, tout le monde nous consulte. Le caractère national de notre organisation est une force qui nous permet de travailler plus largement avec ces signes. »

MPLP emploie des médecins qui jouent un rôle de locomotive dans ce changement. À cette fin, nous entretenons des contacts avec les organisations de la société civile, les syndicats, les mutuelles, les universitaires, etc. Et nous nous concertons, nous discutons et nous menons des campagnes avec les antennes locales du PTB et les élus du PTB dans les conseils et les parlements.

CITATION : « En tant que médecins à MPLP, nous savons que les déterminants sociaux font l'objet d'un travail actif ou sont abordés à un certain niveau politique en vue de faire évoluer les choses. En ce qui me concerne, cela me rassure et me donne un sentiment de sécurité : d'accord, je ne peux pas résoudre ce problème moi-même pour ce patient, mais je suis heureux que quelqu'un au sein de notre organisation y travaille. Cela réduit le sentiment d'impuissance que l'on peut parfois ressentir en tant que soignant. »

Dans notre maison médicale, nous donnons à nos patients les moyens d'agir. Nous participons à la prise de décision partagée et sensibilisons les patients aux causes sociales des maladies et des inégalités. Nous faisons ressentir à nos patients leur propre force. Un patient ne doit pas devenir dépendant d'un professionnel. Notre action sociale est le prolongement de ce travail entamé en consultation. Nous faisons de l'empowerment de chacun une démarche collective, en rassemblant les gens et en essayant de forcer le changement. Participer à un mouvement rend les gens plus forts. L'empowerment est bon pour la santé. Cela s'applique également à vous-même en tant que médecin, et à MPLP, ceux qui le souhaitent se voient offrir de nombreuses perspectives.

Exemple : étude sur la pension

Comme le gouvernement relève l'âge légal de la pension, restreint les possibilités de pension anticipée et de prépension et déconstruit les aménagements de fin de carrière, de plus en plus de gens doivent travailler plus longtemps. Mais dans quelle mesure est-il possible pour chacun de continuer à travailler jusqu'à la fin de sa carrière ? À Médecine pour le Peuple, nous avons voulu formuler une réponse scientifique à cette question, car nous avons constaté dans nos consultations que, pour de nombreux patients, continuer à travailler jusqu'à l'âge de la pension était infaisable. En juin 2021, nous avons mené une étude à ce sujet dans toutes nos maisons médicales. Notre recherche était axée sur la question suivante : « Dans quelle mesure la santé physique et mentale de nos patients âgés de 55 à 60 ans leur permet-elle de continuer à travailler ? » Nous avons envoyé une enquête à tous les patients inscrits dans la tranche d'âge 55-65 ans de nos 11 maisons médicales fonctionnant sur le principe du forfait et avons reçu 952 questionnaires remplis. Nous avons publié les résultats en août 2021, au moment même où le gouvernement mettait sur la table ses plans en matière de pensions. L'étude a ensuite été publiée dans HuisartsNu.21 Grâce à notre étude, nous avons réellement pu peser sur le débat social et politique. C'est ça, MPLP. Nous soutenons la lutte sociale avec notre cœur, mais aussi avec notre tête. Nous étayons notre indignation face à l'injustice sociale par des analyses et des points de vue d'experts.

Exemple : contre les particules fines et la pollution sonore à Zelzate.

Zelzate est coincée entre le R4 (le ring de Gand) et l'E34 ; la commune est traversée par le canal maritime Gand-Terneuzen, entourée de plusieurs industries et abrite une usine chimique en plein centre.

La Flandre souhaite transformer le R4, mais, à Zelzate, les habitants craignent une augmentation du trafic de marchandises et donc des particules fines et de la pollution sonore. Nous organisons une soirée d'information avec le Dr Marc Goethals, cardiologue de renom, sur les répercussions du bruit sur la santé. Nous assistons les comités de quartier et participons à la collecte des avis d'opposition. Au final, deux mille objections au projet seront déposées en 2021.

L'ensemble du conseil municipal a également voté contre le projet, à l'unanimité (tant l'opposition que la majorité). Le département de l'Environnement a finalement refusé d'octroyer un permis au projet.

Tout le monde est conscient de l'importance de transformer le R4 pour renforcer la sécurité routière, mais une plus grande implication des habitants de Zelzate est nécessaire pour garantir la qualité de vie dans la commune.

À MPLP, nous choisissons délibérément de prendre parti, et nous voulons non seulement analyser ce qui se passe dans le monde, mais aussi le changer.

Nous savons que les gens font des choix différents en matière de santé s'ils n'ont pas un revenu à part entière, qu'il n'est pas possible de travailler plus longtemps si l'on a un emploi pénible et que la construction de l'identité est beaucoup plus difficile pour les jeunes faisant l'objet de discrimination. Par ailleurs, les services sociaux se raréfient et la société devient de plus en plus inégalitaire. La société pousse à l'individualisation et à la culpabilisation des victimes. Il y a un grand sentiment de culpabilité chez les gens. Il y a un plus grand nombre de patients pour moins de médecins généralistes, qui sont confrontés à des problèmes plus complexes. Nous ne trouvons pas cela normal, nous sommes indignés et nous voulons que cela change.

Nous organisons des séances de groupe, nous impliquons les patients et les prestataires de soins de santé dans des activités et des actions et nous recueillons des pétitions ou des enquêtes pour mettre davantage en avant les causes des maladies. Grâce à la collaboration entre les praticiens de différentes disciplines dans nos maisons médicales d'une part, et avec les patients d'autre part, nous pouvons trouver des solutions collectives. Plutôt que des prestataires de soins individuels, nous sommes des militants de la santé qui travaillons et luttons ensemble pour le droit à la santé pour tous.

Certains médecins se sentent comme des poissons dans l'eau dans leur rôle de militant, tandis que d'autres se contentent de transmettre des signes d'alerte. En fonction de son tempérament et de ses possibilités sur le moment, un médecin décidera jusqu'où cet engagement peut aller, et c'est tout à fait normal.

CITATION : « Je pense que le fait que nous ne soyons pas seulement une maison médicale, mais aussi un centre d'action est un trait distinctif de MPLP. À la fin d'une consultation, nous demandons souvent aux patients de signer une pétition ou de se joindre à une action si ça leur convient. D'autre part, lorsque nous constatons une tendance dans les problèmes rencontrés, nous essayons de la déterminer et de voir s'il s'agit d'un problème de société. À MPLP, nous examinons ensuite collectivement ce que nous allons faire et comment nous pouvons, avec nos patients, mener des actions liées à cette question. »

Pour parvenir à des solutions réellement durables, nous sommes convaincus qu'il nous faut évoluer vers un autre type de société comme alternative au système capitaliste actuel qui détruit la nature et rend les gens malades.



6. La recherche scientifique et une attitude critique

Les médecins de MPLP adoptent une attitude critique et scientifique. Lors de nos réunions médicales, nous discutons des nouvelles lignes directrices et de leur application dans les maisons médicales. Nous ne recevons pas de délégués médicaux de firmes pharmaceutiques, car nous voulons baser nos prescriptions sur des recherches indépendantes. Nous voulons être des experts dans notre profession de médecin généraliste et le rester.

Cela se traduit également dans notre manière de mener à bien le projet de nos maisons médicales. Ce projet est un stimulant au renouvellement et à l'amélioration des soins médicaux que nous dispensons dans nos maisons médicales.

Exemple : à Hoboken, les médecins lancent un projet sur la gestion des risques cardiovasculaires. Ils constatent que, une fois de plus, les nouvelles valeurs cibles pour le cholestérol sont plus strictes que les précédentes. À partir de cette observation, ils mènent des recherches plus approfondies : sur quelles sources primaires se basent ces directives ? Les valeurs cibles plus strictes ne semblent pas reposer sur des bases scientifiques : elles sont plutôt motivées par l'industrie pharmaceutique. Finalement, cela donne lieu à un article d'opinion dans Huisarts Nu et à un débat entre le médecin généraliste Tim Joye et un professeur de cardiologie lors d'un symposium à l'université d'Anvers.

Exemple : la maison médicale de Deurne souhaite renforcer la collaboration interprofessionnelle et étudie le rôle qu'un.e infirmier.e peut jouer dans des consultations portant sur des plaintes infectieuses de courte durée. Des médecins et des membres du personnel infirmier forment un groupe de projet, élaborent un protocole et mettent en place des consultations. Nous menons également des recherches sur la qualité de ces consultations en soins infirmiers. La maison médicale de Hoboken mène un projet similaire et recherche le soutien de professeurs et de doyens pour adapter le cadre juridique en ce sens.

CITATION : « *Je veux simplement offrir une médecine de qualité, ce qui implique la science. Ne pas se contenter d'adopter ce que les spécialistes prescrivent. C'est également la raison pour laquelle nous choisissons délibérément de ne pas accueillir dans nos maisons médicales des délégués médicaux de firmes pharmaceutiques et de ne pas participer à des cours de recyclage sponsorisés. Je préfère arrêter de prescrire un médicament qu'en prescrire un nouveau.* »

À Médecine pour le Peuple, nous perpétons une longue tradition de recherche scientifique critique sur les questions sociales. Prenons l'exemple du livre « La guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers ? », publié en 2004 par Dirk van Duppen, médecin généraliste à MPLP. Dans ce livre, il montre que le prix des médicaments est artificiellement gonflé par l'industrie pharmaceutique. Comme alternative, il propose le modèle Kiwi, dans lequel les prix des médicaments sont baissés par le biais d'appels d'offres publics. Cela a donné lieu

à de nombreux débats publics et, malgré une campagne de lobbying sans précédent de la part de l'industrie pharmaceutique, à l'introduction d'un modèle Kiwi « light » en 2005. Nous effectuons régulièrement des recherches sur le rapport entre la maladie et les conditions de travail, la maladie et l'environnement et la maladie et le stress. Pour ce faire, nous partons souvent d'un problème de santé que nous identifions lors de la consultation. Nous nous demandons pourquoi nous sommes confrontés à cette problématique plus souvent que par le passé. Nous examinons ses causes au niveau sociétal, passons en revue la littérature médicale et formulons des alternatives. En tant que médecins, notre rôle consiste à examiner les problèmes qui touchent les patients, à en discuter ensemble et à lancer des recherches.

Exemple : nous constatons dans nos maisons médicales que Fedris ne reconnaît que rarement, sinon jamais, les maladies professionnelles pour le personnel du secteur des titres-services. Nous sensibilisons au problème, nous faisons des études, nous organisons une enquête auprès des patients et nous déposons simultanément toute une série de demandes de reconnaissance de maladie professionnelle. Nous faisons ainsi pression en faveur d'une reconnaissance automatique des maladies professionnelles dans le secteur des titres-services.

Exemple : nous estimons qu'il est important de continuer à développer notre expertise sur les liens entre travail et santé. Au printemps 2023, nous avons organisé un colloque intitulé « Quand le travail rend malade ». Nous construisons un large front avec les syndicats et les soutenons dans leur lutte pour de meilleures conditions de travail.

Nous encourageons nos médecins généralistes en formation (MGF) à choisir une question de recherche pour leur travail de fin d'étude qui soit en rapport avec les thèmes sur lesquels nous voulons nous concentrer à MPLP (par exemple, le travail et la santé, les médicaments, le financement des hôpitaux, les pénuries de médecins généralistes et les solutions en matière de soins de première ligne). Pour la collecte de données, les médecins généralistes en formation peuvent accéder à une mine d'informations via les dossiers médicaux électroniques des 11 maisons médicales de MPLP.

Nous disposons d'un service d'étude solide dans lequel plusieurs médecins sont actifs. Nous travaillons actuellement sur la politique en matière de médicaments, l'organisation des soins de première ligne et les soins de santé en Belgique. Nous effectuons des recherches sur tous ces sujets et proposons des alternatives. Parce que la santé est un droit. Par exemple, nous proposons la création d'un institut Salk européen pour réduire considérablement le prix des médicaments. S'il existait un tel fonds public de recherche pour financer le développement de nouveaux médicaments, nous éviterions des brevets coûteux. Et en créant dans chaque région une maison de la santé qui s'engage véritablement dans la promotion de la santé et d'environnements sains, la prévention recevrait enfin l'attention qu'elle mérite. Envie d'en savoir plus ? Consultez <https://droitalasante.be/> et <https://medecine-pour-le-peuple.be/>.



7. Annexe : les maisons médicales de MPLP

7. Annexe : les maisons médicales de MPLP

Maison médicale	Composition de l'équipe
Deurne	10 MG (8,1 ETP) + 4 I + 1 PSY (1 ETP) + 1 diététicien (0,4 ETP)
Hoboken	11 MG (6,7 ETP) + 5 I (4 ETP) + 1 PSY (1 ETP) + 1 diététicien (0,4 ETP)
Molenbeek	4 MG (3,2 ETP) + 2 I
Schaerbeek	5 MG (3,7 ETP) + 2 I (1,5 ETP)
Zelzate	7 MG (5,2 ETP) + 6 I (5,3 ETP) + 1 PSY (0,8 ETP) + 1 AS + 1 TS (0,5 ETP) + 1 diététicien (0,25 ETP)
Genk	4 MG (3,4 ETP) + 3 I (2,8 ETP) + 1 PSY (0,5 ETP) + 1 TS (0,5 ETP)
Lommel	4 MG (2,4 ETP) + 4 I (3,1 ETP) + 1 diététicien (0,1 ETP)
Seraing	4 MG (3,4 ETP) + 2 I (1,6 ETP) + 2 kinés (1,3 ETP)
Herstal	3 MG (2,8 ETP) + 2 I (1,6 ETP) + 3 kinés (2,3 ETP)
Marcinelle	3 MG + 2 BABYDOC (3,6 ETP) + 1 I (0,8 ETP) + 1 PSY (0,8 ETP)
La Louvière	3 MG (2,1 ETP) + 1 I + 1 PSY (0,2 ETP)

Légende

- ♥ MG : médecin généraliste
- ♥ I : infirmier ou infirmière
- ♥ AS : aide-soignant
- ♥ PSY : psychologue clinicien
- ♥ Kiné : kinésithérapeute
- ♥ Diététicien : diététicien ou nutritionniste
- ♥ TS : travailleur social
- ♥ ETP : équivalent temps plein



Notes

- 1 Sofie Lemmens, médecin généraliste à Kontich, à propos du programme de Gert Verhulst : « Nous sommes surmenés et trop accessibles. C'est une frustration partagée par de nombreux collègues qui sont derrière moi. » Un avertissement qui, soit dit en passant, avait déjà été lancé publiquement par l'ABSyM. Vandenbroucke clasht met huisartsen over derdebetaler – De Specialist [Discussion houleuse entre Vandenbroucke et un médecin généraliste au sujet du tiers payant].
- 2 Hek K., van Dijk L., Zorg bij de huisarts – aard, omvang en kwaliteit [Soins du médecin généraliste – nature, portée et qualité], www.nivel.nl, [Dernière modification le 12-02-2023 ; consulté le 22-03-2023]. URL : <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/cijfers-zorg-huisarts-huisartsenpost-paramedici/cijfers-zorg-huisartsen>
- 3 Sciensano, Health Status Report, Ongelijkheden in levensverwachting en levenskwaliteit – Naar een gezond België (gezondbelgie.be) [Inégalités en matière d'espérance et de qualité de vie – Vers une Belgique en bonne santé], [consulté le 22-03-2023].
- 4 Peter Adriaenssens : "Iemand die in armoede leeft, heeft een andere kop" | VRT NWS: nieuws, [« Quelqu'un qui vit dans la pauvreté voit les choses différemment. »], [consulté le 17-04-2023].
- 5 Boeckxstaens, P., Vandenbroeck, P., Boeykens, D., Macq, J., Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care. [Des soins orientés objectifs. Une langue commune et une pratique co-créative pour les soins de santé et les services sociaux.], Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care. | Fondation Roi Baudouin (kbs-frb.be), [consulté le 22-03-2023].
- 6 Mutualités Libres, Forse stijging in het aantal personen in arbeidsongeschiktheid omwille van psychische aandoeningen tussen 2018 en 2021. Nood aan een daadkrachtig beleid met betrokkenheid en responsabilisering van alle actoren. [Forte augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail suite à des problèmes de santé mentale entre 2018 et 2021. Nécessité d'une politique décisive et de l'implication et de la responsabilisation de tous les acteurs.], 2022. Forte augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail suite à des problèmes de santé mentale entre 2018 et 2021 (mloz.be), [consulté le 22-03-2023].
- 7 Plateforme de prévention. Éditorial : « La nécessité d'investir dans la promotion de la santé et la prévention des maladies n'a jamais été aussi grande (preventieplatform.org) », [consulté le 22-03-2023].
- 8 Médecine pour le Peuple. Texte de vision. 2022, pp. 9-38.
- 9 Plateforme de prévention. Appel à la politique par la Plateforme de Prévention. 2021 Créez un cadre de vie plus sain et faites d'un mode de vie sain une règle de base (preventionplatform.org) , [consulté le 22-03-2023].
- 10 Chiffres | sciensano.be, [consulté le 17-04-2023].
- 11 Médecine pour le Peuple, Texte de vision, 2022.
- 12 Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A., Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review [Efficacité de l'empathie en médecine générale : revue systématique], The British Journal of General Practice, 2013.
- 13 Médecine pour le Peuple, Texte de vision, 2022. Page 12 : Modèle Dahlgren et Whithead.
- 14 Sackett D., Rosenberg W. et al., Evidence based medicine: what it is and what it isn't? [La médecine factuelle : ce qu'elle est, ce qu'elle n'est pas], British Medical Journal, 1996.
- 15 Van Duppen D., Hoebeke J., .De Supersamenwerker [Le Super Collaborateur], EPO, 2016.
- 16 Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A., Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review [Efficacité de l'empathie en médecine générale : revue systématique], British Journal of General Practice, 201.
- 17 Tzadikidis G., Kool E., Van multidisciplinaire naar interprofessionele samenwerking: vijf bouwstenen voor zorgteams [De la collaboration multidisciplinaire à la collaboration interprofessionnelle : cinq éléments de base pour les équipes de soins], Huisarts Nu. 2022.
- 18 Tsakitizidis G., Van Royen P., Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg [Apprendre la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé], 2022.
- 19 Duijn S., Nieuw onderzoek naar interprofessioneel samenwerken op de werkplek [Nouvelles recherches sur la collaboration interprofessionnelle sur le lieu de travail], Huisarts & Wetenschap, 2019.
- 20 Humo, « Ik zie steeds meer de invloed van politieke beslissingen op de gezondheid van de mensen, ook in de coronacrisis » [J'observe de plus en plus les répercussions des décisions politiques sur la santé des gens, y compris dans la crise de la Covid-19], entretien avec Stéphanie De Maesschalck, 2021.
- 21 Ostyn B., Feyaerts G., Mariën K., Hoelang kunnen 55-plussers blijven werken? Onderzoek naar het huidige en toekomstige werkvermogen. [Jusqu'à quel âge les personnes de plus de 55 ans peuvent-elles continuer à travailler ? Enquête sur la capacité de travail actuelle et future.], Huisarts Nu. 2022.
- 22 Médecine pour le Peuple, Texte de vision, p. 119, 2022.

