

contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

N°151

TRIMESTRIEL • 38^E ANNÉE • HIVER 2017-2018

DOSSIER

La pénurie de médecins généralistes en zone rurale

PREMIER ÉCHELON
Le défi de la transition
professionnelle



Partenaire Mutualité chrétienne

EDITO



Nos amis les outils

Brice MANY, Directeur général de la FASD

De plus en plus, nous allons travailler avec des outils identiques. Ces outils vont structurer la façon de travailler, l'harmoniser et la standardiser. Bonne ou mauvaise évolution de notre système de santé ? La réponse à cette question dépend de nous.

Le principal changement viendra du partage d'informations sur les bénéficiaires. Les outils qui s'installent dans notre pratique professionnelle arrivent par le métier infirmier. Ils se diffusent aussi au travers de la coordination. Ils vont également se répandre dans l'aide à la vie journalière. Dans les soins infirmiers, le dossier infirmier est informatisé. Il sera très bientôt entre les mains de toutes les infirmières. Les informations relatives au patient seront disponibles pour tous dès leur enregistrement dans le dossier. Cela signifie que les autres prestataires pourront y avoir accès. Nous collaborerons plus aisément avec les médecins généralistes.

Dans les métiers de la santé, et donc dans le métier infirmier, l'utilisation du BEL RAI va se diffuser. Cet outil est déjà bien installé dans les projets Protocole 3. Il va continuer à se déployer. Il permet de mesurer la dépendance selon des critères identiques à toute la population belge. Cela veut dire qu'une évaluation avec le BEL RAI permettra plus facilement de comparer et mesurer les besoins de prise en charge entre les personnes. Et ça implique que nous soyons plus qu'aujourd'hui, des professionnels qui utilisons les mêmes critères pour

évaluer la situation d'une personne, pour évaluer ses besoins.

Pour tous nos métiers, c'est là que se trouve le cap le plus important à franchir. Nous devons être capables de comprendre et d'utiliser des critères identiques, de la même façon. Et ceci, tout en restant des humains professionnels capables d'évaluer la situation d'un bénéficiaire. Il ne s'agit pas de devenir des machines à utiliser les critères. Pour cela, le fait de partager notre travail sur ces nouveaux outils sera précieux, à condition de travailler en équipe. Nos outils informatiques, nos dossiers partagés sur les bénéficiaires, nos futurs BEL RAI screener et BEL RAI Home care seront des outils partagés. Cela signifie que notre regard de soignant sera partagé avec les autres soignants. Il sera plus complet, plus global pour appréhender la personne. Il pourra aussi être précisé par les apports des collègues, des autres prestataires.

Pour rencontrer ce défi, nous aurons besoin, plus que jamais d'une vraie capacité à travailler ensemble, à partager les avis, à accepter l'avis différent d'autres personnes qui complète notre propre avis. Le jugement clinique des prestataires devient de plus en plus un jugement clinique partagé. Nous devons assumer cette évolution avec responsabilité et solidarité. Pour apporter un vrai plus à nos bénéficiaires comme nous nous engageons à le faire depuis que nous sommes à leurs côtés.

contact

38^e année • n°151 • Hiver 2017-2018
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • communication@fasd.be

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

> Éditeur responsable : Brice Many > Rédactrice en chef : Guillaîne Goosse > Comité Scientifique : Elisabeth Darras, Serge Jacquinet, Dominique Lamy, Brice Many, Alexandra Tasiaux > Correspondants régionaux : ASD Hainaut-Oriental, Cécile Baillez, Christine Magnien. > Contribution : Dr Thierry Van der Schueren (SSMG), Brice Many, Guillaîne Goosse, Gaël Verzele, Dr Michaël Bernier, Dr Paul De Munck, Dr Jean Laperche, Céline Legrand, Isabelle Dossogne, Dr Justine Perdaens, Anne-Sophie Paquet > Photos : Shutterstock > Relecture : Serge Jacquinet, Guillaîne Goosse > Lectorat : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > Conception et mise en page : Olagil - Tél : 02 375 65 15 - www.olagil.be > Abonnement : 12€ par an (20€ pour l'étranger) ou 3€ par numéro > À verser au compte : 799-5716200-89 (mention : abonnement Contact + mail et n° de tél). Les articles sont publiés sous la responsabilité de leur auteur. La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des articles publiés dans Contact est autorisée à la seule condition d'indiquer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication. > Contact : communication@fasd.be > Contact nouvel abonnement : tarification@fasd.be

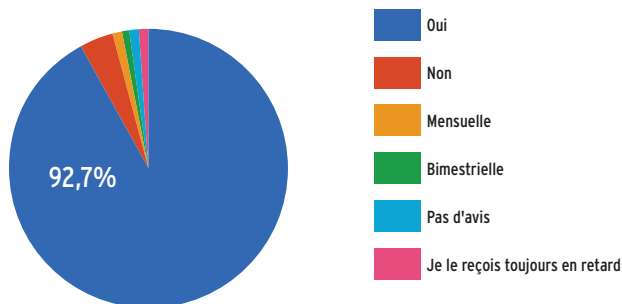
CONCOURS

Les résultats de notre concours

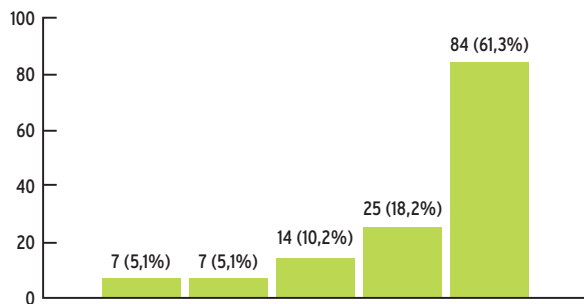
Suite à notre grand concours **CONTACT**, 128 personnes ont participé et ont tenté leur chance de gagner un smartphone d'une valeur de 200€ ! Il n'y a qu'un seul gagnant : il s'agit de Frédéric Berra de l'ASD du Hainaut Oriental ! Bravo à lui !

Nous en profitons pour vous partager quelques résultats significatifs à l'issue du sondage :

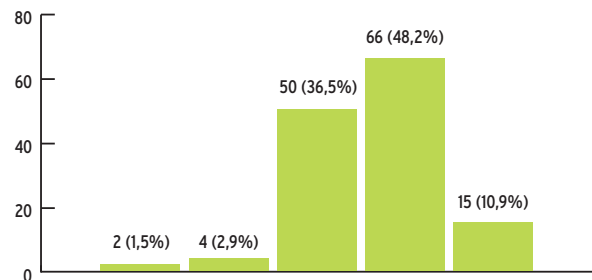
92,7% d'entre vous considèrent que la fréquence trimestrielle est la bonne.



Vous êtes 61,3% à aimer recevoir la Revue Contact à votre domicile.



48,2% des personnes ayant répondu sont satisfaites du contenu des articles proposés dans la Revue.



Voici également quelques thématiques proposées par les participants et que nous aborderons dans les prochains numéros de la Revue Contact : les soins palliatifs, le diabète, l'euthanasie en Belgique, les rôles de l'AS à l'ASD : métier en mutation, l'alimentation des personnes âgées, les médecines alternatives,...

Nous en profitons également pour vous partager le fait que nous avons relancé le Groupe des correspondants régionaux ce qui assurera aux prochains numéros du Contact un lien plus fort avec nos différentes régions. Notre ambition est de faire de la Revue Contact un outil utile dans vos pratiques au quotidien.

Merci à tous pour votre participation, et encore félicitation au gagnant !

Harcèlement et violence des bénéficiaires

Rédacteur : Guillaîne Goosse d'après les fiches prévention FASD/CESI

Une certaine forme de violence peut se manifester de la part des patients que vous soignez et aidez. Vous trouverez ici quelques clés afin de pouvoir réagir au mieux face aux situations déroutantes et violentes auxquelles vous pourriez être confrontés dans vos pratiques au quotidien.

1. Risques et dommages

Les faits de violence ou de harcèlement à répétition peuvent avoir des conséquences importantes au niveau de la santé. Celles-ci peuvent se manifester sous forme de stress, de troubles du sommeil et/ou digestifs ou de problèmes cardio-vasculaires. Ces agissements peuvent également avoir un impact sur la sphère familiale, socio-économique et se traduire par une perte de confiance en soi, des troubles de l'humeur,...

2. Mesures de prévention

On appelle violence au travail chaque situation de fait où un travailleur est persécuté, menacé ou agressé psychiquement ou physiquement lors de l'exécution de son contrat de travail.

Le bénéficiaire et son entourage sont tenus d'adopter un comportement respectueux à votre égard en toute circonstance. Toute discrimination de quelque nature que ce soit, tout acte de violence ou de harcèlement moral ou sexuel est interdit.

- L'article 12 de l'Arrêté Royal du 17/05/2007 stipule que dans les entreprises et institutions dans lesquelles les travailleurs entrent en contact avec le public, l'employeur est tenu de noter de façon systématique les déclarations des travailleurs qui estiment être victimes d'actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel au



© shutterstock

travail, d'origine externe à l'entreprise ou au sein de l'institution. Cette déclaration est reprise dans un registre des actes de violence au travail. Le registre est uniquement accessible à l'employeur, au conseiller en prévention, à la personne de confiance et au fonctionnaire chargé de la surveillance.

- Il est indispensable de renseigner les faits de violence auprès de votre conseiller en prévention. Ces faits seront consignés, de manière anonyme, dans un registre. Il est également important de reporter ces faits dans les dossiers des clients afin d'informer les prestataires des risques et de prendre des mesures en conséquence.



© shutterstock

La maladie ou l'âge ne peuvent pas justifier des faits de violence ou de harcèlement. Les bénéficiaires ont l'obligation de vous respecter et de respecter votre travail.

Il est indispensable de ne pas refouler ces faits. Parlez-en lors de vos réunions d'équipe et partagez vos expériences ! Des solutions peuvent être trouvées soit par une adaptation du travail, des comportements, des formations appropriées, une discussion avec la famille ou les bénéficiaires, ...



1. VIOLENCE VERBALE

- a. Intrusion dans la vie privée (poser des questions indiscrètes, écouter les conversations téléphoniques, lire les mails, envahir la victime d'appels téléphoniques ou de lettres recommandées à son domicile,...)
- b. Critiquer la vie privée de la victime
- c. Brimades verbales, hurler sur la victime
- d. Propos portant atteinte à la dignité de la personne (moqueries, humour déplacé, racisme, sexisme, surnom,...)
- e. Disqualification de la personne en présence de tiers
- f. Refuser de collaborer avec la victime
- g. Manipulation de la communication verbale (nier un accord pris oralement, mensonges, discours variable ou vague, chantage affectif, manipulation des sentiments,...)
- h. Interdire à d'autres travailleurs d'adresser la parole à la victime
- i. Rumeurs malveillantes, accusations non fondées

2. VIOLENCE PHYSIQUE

- a. Gestes agressifs (claquer la porte, taper le poing sur la table,...)
- b. Menaces d'agression physique
- c. Agression physique (bousculer, cracher, marcher sur le pied, molester,...)
- d. Dégradation/dérangement du matériel de travail ou des biens personnels de la victime
- e. Traque/stalking (suivre la victime dans la rue, la guetter à son domicile,...)
- f. Extorsion d'argent/racket avec intimidation physique
- g. Conditions de travail insalubres (expositions répétées et non alternées de la victime à des produits dangereux, manutention répétée d'objets trop lourds,...)

3. VIOLENCE SEXUELLE

- a. Violence sexuelle sans contact physique (faire des avances, des allusions ou des remarques à connotation sexuelle, déshabiller la victime du regard,...)
- b. Violence sexuelle avec contact physique (effleurements, contacts physiques recherchés, attouchements sexuels,...)

4. VIOLENCE COMPORTEMENTALE

- a. Petites vexations, mesquineries (couper le chauffage, cacher des objets,...)
- b. Gestes offensants (tourner le dos, refus de dire bonjour, refus de serrer la main, hausser les épaules, soupirer, lever les yeux au ciel,...)

Pollution de l'air et santé

© shutterstock



Lorsque l'on parle de la pollution de l'air, on pense généralement aux polluants atmosphériques rencontrés lors de nos activités en extérieur: déplacements, promenades, activités sportives, jardinage,... Pourtant, la pollution interne de nos lieux de vie et de travail est également préoccupante par sa fréquence et sa concentration, ainsi qu'en raison du temps que nous passons dans ces locaux. Nous sommes exposés à de très nombreuses substances chimiques. En effet, les meubles, peintures, revêtements de sol, produits d'entretien, plantes etc sont autant de sources émettant diverses substances, pas toujours anodines.

L'air que nous respirons fait partie de notre environnement. La respiration est indispensable à la vie et chacun d'entre nous devrait pouvoir bénéficier d'un air aussi pur que possible. L'air que nous respirons est un mélange d'azote (78%) et d'oxygène (21%) ainsi que des traces de vapeur d'eau, de CO₂ et de gaz rares. Quand on dit que notre air est pollué, cela signifie qu'il contient, en plus de cette composition de base, différentes poussières et substances polluantes.

LA POLLUTION DE L'AIR À L'EXTÉRIEUR

Les polluants sont essentiellement émis par les activités humaines (moyens de transport, production industrielle, chauffage des logements, agriculture,...). Il y a une unanimité pour affirmer que le mélange de ces émissions a un effet négatif sur notre santé. Les polluants agissent entre eux, ce qui aggrave les effets toxiques spécifiques.

Voici les 4 polluants principaux :

1. **Les particules fines** pénètrent plus ou moins profondément dans nos voies respiratoires et nos poumons. Il n'est donc pas étonnant qu'elles soient à l'origine de troubles comme l'asthme, la bronchite chronique ou les problèmes cardiovasculaires.

2. L'exposition aux **oxydes d'azote** associée à d'autres polluants entraîne une augmentation de la mortalité par affections respiratoires et cardiovasculaires.
3. **L'ozone** est un gaz irritant qui altère le fonctionnement des voies respiratoires et des poumons.
4. **Le benzène** est un des composants du pétrole et de l'essence. Il a des effets toxiques aigus uniquement à très haute concentration dans l'air où il affecte le système nerveux central.

LA POLLUTION DE L'AIR À L'INTÉRIEUR DES BÂTIMENTS

La fumée de tabac est le premier polluant intérieur : elle augmente très nettement le risque pour la santé lié aux autres substances.

- **Le monoxyde de carbone (CO)**, surnommé le "tueur silencieux", inhalé se fixe sur l'hémoglobine du sang. De cette façon, les globules rouges ne sont alors plus capables de transporter de l'oxygène. Dans les cas de concentrations élevées en monoxyde de carbone, cela peut s'avérer mortel. Une exposition à des concentrations plus faibles de CO peuvent entraîner des intoxications chroniques avec maux de tête, une fatigue chronique, des nausées,...
- **Le plomb** est un métal lourd pouvant constituer un polluant dangereux dans un habitat ancien. Celui-ci pénètre dans le corps par ingestion (jeunes enfants qui portent à la bouche des poussières ou écailles de peinture), par la respiration (poussières lors de ponçage) et à travers la peau (cosmétique à base de khôl). L'intoxication au plomb provoque des signes peu spécifiques : trouble de concentration, de mémorisation et du sommeil, trouble de l'humeur, douleurs abdominales,...

- **Les pesticides** peuvent contaminer notre intérieur lorsqu'on les utilise sur des plantes d'intérieur ou pour éliminer des insectes dans notre logement. Les effets de ces produits varient en fonction de leur composition. De manière générale, on constate l'atteinte du système nerveux, mais aucun organe n'est à l'abri de leurs effets.
- Les **perturbateurs endocriniens** : de très nombreuses substances sont suspectées, même à des doses très faibles, d'influencer l'équilibre des hormones sexuelles, mais aussi thyroïdiennes et de l'insuline. On sait aujourd'hui que même à très faibles doses, ils s'accumulent dans l'organisme et que leurs effets se renforcent les uns les autres.

QUELLES SONT LES PERSONNES LES PLUS FRAGILES VIS-À-VIS DE LA POLLUTION DE L'AIR ?

Quatre catégories de personnes sont plus sensibles aux conséquences de la pollution atmosphérique.

- Les **personnes atteintes de maladies chroniques**, principalement d'asthme et d'autres atteintes pulmonaires et de maladies cardiovasculaires. Les actions, notamment inflammatoires, des polluants, aggravent les effets de ces maladies.
- Les **femmes enceintes**. Une pollution importante peut accroître le risque:
 - de retard de croissance du fœtus,
 - d'avoir un bébé de petit poids à la naissance,
 - de naissance prématurée.
- Les **enfants de moins de 15 ans**. L'association entre une pollution par particules fines et une augmentation de la mortalité au cours de la première année de vie est probable. Elle est liée à des causes respiratoires.
- Les **personnes âgées**. Elles sont fragilisées par une baisse de l'efficacité de leur système immunitaire.

COMMENT AGIR POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE SANTÉ FACE À LA POLLUTION ?

a. Pollution de l'air extérieur

Pour réduire l'exposition aux polluants, il est certainement utile de s'informer sur la présence de pics de pollution ou de pics d'ozone.

Les **pics de pollution** surviennent plutôt en hiver. Ils sont le résultat de l'accumulation de polluants produits essentiellement par les gaz d'échappement des véhicules, auxquels se cumulent les rejets liés au chauffage des bureaux et logements et à l'activité industrielle.

Les **pics d'ozone** surviennent eux plutôt en été. Lors de ces pics, il est fortement recommandé d'éviter les efforts en plein air. Car les efforts s'accompagnent d'une augmentation de la fréquence respiratoire et du volume d'air inspiré, donc de la quantité d'ozone qui irrite nos muqueuses.



b. Pollution de l'air intérieur : les maîtres-mots sont aération et ventilation

Puisque nos lieux de vie sont envahis de substances polluantes et de vapeur d'eau, l'aération est primordiale.

Dans la majorité de nos anciens logements et lieux de travail, il est recommandé d'ouvrir bien grand la fenêtre, au moins deux fois par jour, pendant 10 à 15 minutes, pour renouveler l'air et diminuer la concentration des émanations chimiques.

EN RÉSUMÉ, ON ATTRIBUE AVEC CERTITUDE À LA POLLUTION DE L'AIR À :

- un taux accru de naissances de bébés ayant un poids inférieur à 2,5 kg
- des décès prématurés
- des hospitalisations supplémentaires (lors de pics de pollution notamment). Ainsi, une augmentation de la concentration des particules fines respirables est corrélée à une augmentation des admissions à l'hôpital pour infarctus du myocarde.
- des maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique (BPCO), insuffisance respiratoire aigüe.
- des maladies cardiovasculaires (angor, infarctus, etc). des réactions allergiques (cutanées, oculaires, des voies respiratoires, etc)
- des cancers.

PREMIER ÉCHELON



Les bienfaits de la formation et le défi de la transition professionnelle

Gaël Verzele, Directeur Aide à la Vie
Journalière à la FASD

En cette fin d'année 2017, une vingtaine d'aide-ménagères sociales de l'ASD Hainaut Oriental célébraient l'obtention de leur diplôme d'aide familiale. Celles-ci ont fait le choix voici quelques mois de s'engager dans une formation en promotion sociale dans le but d'entreprendre une transition professionnelle.

Le suivi d'une telle formation, qui va ainsi permettre à ces travailleuses d'ouvrir un nouveau chapitre dans leur carrière professionnelle, s'inscrit dans la dynamique de formation tout au long de la vie (Longlife Learning) de plus en plus présente au sein de la société.

Face à des carrières plus longues et moins linéaires, à la complexité du marché de l'emploi, ou encore à un environnement professionnel et une technicité des métiers en perpétuelle évolution, la formation continue des adultes est en effet devenue un enjeu majeur pour les citoyens (travailleurs ou non), les entreprises ainsi que le politique. Les ASD ont d'ailleurs bien compris cet enjeu depuis longtemps et proposent un vaste catalogue de formations, organisées par la fédération, orientées sur le développement de soi ainsi que de ses compétences professionnelles.

À côté de ces formations internes qui contribuent tout autant au développement de soi que de nouvelles compétences professionnelles, certains membres du personnel des ASD se lancent dans des formations formelles, plus ou moins longues, ayant pour objectif principal de favoriser la transition vers de nouvelles fonctions, de nouvelles responsabilités, de nouveaux défis.

Nous sommes allés à la rencontre de Florence, Cristel et Christel, anciennes (ou futures anciennes) aide-ménagères à l'ASD Hainaut Oriental, qui ont fait ce choix d'un changement professionnel afin de découvrir ce qui les a poussés à entreprendre cette démarche et ce qu'elles en retiennent.

Pourquoi franchir le pas ?

Florence et Cristel font partie des travailleuses diplômées dernièrement tandis que Christel a suivi ce cursus en 2012. Que ce soit il y a 6 ans ou il y a quelques mois, chacune s'est lancée dans l'aventure avec comme objectif de pouvoir se réorienter dès la fin de la formation vers le métier d'aide-familiale.

Cette envie de changement, considérée par certaines comme une évolution logique dans leur parcours professionnel, s'est progressivement développée au travers de leurs expériences précédentes, notamment en qualité d'aide-ménagère.

Même si Cristel et Christel ont préféré attendre que leurs enfants soient suffisamment autonomes, toutes les trois n'ont pas hésité une seconde lorsque l'opportunité de suivre une telle formation s'est présentée. La motivation première à passer du métier d'aide-ménagère à aide-familiale est présentée par toutes les trois comme étant le fait de pouvoir accompagner les personnes en situation de dépendance de manière plus large, au travers de la multiplicité des actes de la vie quotidienne.

Christel précise ainsi que le fait de ne pas pouvoir aider les bénéficiaires au-delà de l'entretien du domicile aurait pu, avec le temps, devenir une source d'insatisfaction dans son travail. Cette transition vers le métier d'aide-familiale lui paraissait donc une évolution dont elle avait besoin pour poursuivre son épanouissement professionnel.

**Plus que l'obtention d'un diplôme
ou un simple changement de fonction !**

Si cette transition du métier d'aide-ménagère à aide-familiale était l'objectif premier recherché par ces trois ex-aide-ménagères, il apparaît que le suivi d'une telle formation présente de nombreux autres atouts. Florence souligne par exemple qu'au-delà des apports relatifs au métier, cette formation lui a permis d'évoluer personnellement, de se découvrir et d'avoir davantage confiance en elle.

Les motivations à suivre une formation ne sont en effet pas uniquement en lien avec un emploi actuel ou futur. Une enquête sur l'éducation des adultes, menée par le SPF emploi en 2008, met ainsi en évidence la coexistence de motivations professionnelles et extra-professionnelles. Si la volonté de mieux accomplir son travail, élargir ses connaissances et compétences ou amé-

liorer ses perspectives de carrière sont souvent exprimées en premier lieu, on pointe aussi le souhait de rencontrer d'autres gens, de développer des aptitudes dans la vie quotidienne ou tout simplement de prendre du plaisir comme des motivations significatives à la participation à des formations.

Les trois témoignages mettent en évidence qu'au-delà des apports des formations, le fait d'entreprendre une transition professionnelle a également un effet positif sur l'estime de soi. Cela permet de sortir de sa zone de confort, de développer et mettre en évidence de nouvelles compétences, de se sentir valorisé, etc.

Et vous ?

Certes, envisager une telle transition professionnelle et se remettre aux études nécessite certains sacrifices. Néanmoins, nos trois témoins répondent en chœur que cela en vaut la peine et que si l'envie est là, il ne faut pas hésiter car c'est se faire don de l'opportunité d'évoluer professionnellement mais surtout personnellement.

Envie de prendre un nouveau virage dans votre carrière, de développer de nouvelles compétences professionnelles et personnelles, ou tout simplement de prendre du plaisir à découvrir de nouvelles choses et de nouvelles personnes ? N'hésitez pas à vous plonger dans le catalogue des formations ou à en parler avec votre responsable RH sans plus attendre.

Ces témoignages mettent en évidence qu'au-delà des apports des formations, le fait d'entreprendre une transition professionnelle a également un effet positif sur l'estime de soi.



DOSSIER

La pénurie de médecins généralistes en zone rurale



Dénigrement de la profession, difficulté du travail en solo, féminisation du métier, délocalisation,... Autant de causes possibles à la pénurie de médecins généralistes en zone rurale. Mais qu'en est-il du terrain ? Nous tenterons, dans le cadre de ce dossier, de faire un état des lieux de la question.

© shutterstock

SOMMAIRE DU DOSSIER

PÉNURIE DE MÉDECINS : RÉALITÉ OU ARGUMENT POLITIQUE ?	12-13
QUELLES SONT LES CAUSES DE LA PÉNURIE DE MÉDECINS ?	14-15
QUEL EST L'IMPACT DE LA PÉNURIE SUR LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ?	16-17
ET SUR LA PRATIQUE EN ASD ?	18-19
À PHILIPPEVILLE, DES PARTENAIRES RÉAGISSENT.	20-21
"C'ÉTAIT MON CHOIX DE FAIRE LA MÉDECINE GÉNÉRALE"	22-23

Pénurie de médecins : réalité ou argument politique ?

Dr Bernier Michaël
Médecin Généraliste en région hennuyère
Association Belgique des Syndicats Médicaux (ABSyM)

La question de la pénurie de médecins - particulièrement celle des généralistes - fait régulièrement la Une des journaux et suscite de vifs débats entre experts, que ce soit au niveau fédéral ou dans les entités fédérées. La vérité diffère tant d'un endroit à l'autre, d'une discipline à l'autre et d'une époque à l'autre qu'il est impossible de lui apporter une seule et unique réponse.

Il ressort des derniers chiffres de la Commission de Planification de l'offre médicale qu'au 31 décembre 2016, la Belgique comptait 61.899 médecins autorisés à pratiquer en Belgique, dont 52.694 domiciliés en Belgique, pour une population de 11.303.528 habitants.

Cette Commission a entre autres pour mission de proposer des quotas globaux de médecins (par communauté) qui pourront chaque année bénéficier du fameux numéro INAMI leur permettant de travailler dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnité et donc de voir leurs prestations en partie remboursées à leurs patients. En août dernier, la ministre de Block a validé les quotas proposés par la Commission.

Pléthore globale et pénuries spécifiques

S'il faut ainsi limiter le nombre de numéros INAMI, c'est qu'il y a pléthore de médecins me direz-vous.

D'un côté, c'est vrai. C'est d'ailleurs fort de ce constat et du risque que cela représentait notamment pour la qualité de la formation, que le numerus clausus a été instauré à la fin des années 90 et ce avec l'accord des différentes parties prenantes (syndicats de médecins, mutuelles, universités, représentants des étudiants).

Par ailleurs, les Communautés n'ont pas géré les choses de la même façon. Alors que la Communauté flamande a instauré dès le départ un examen d'entrée tentant ainsi de faire coller au plus proche le nombre d'étudiants aux quotas, les francophones ont "laissé passer" plus d'étudiants que de numéros INAMI disponibles. Ces étudiants surnuméraires ayant quand même finalement obtenu un numéro en allant piocher dans les quotas des années suivantes.

D'un autre côté, les choses ne sont pas si simples. En effet, à côté de ses quotas maximums, il existe également des quotas minimums pour certaines disciplines considérées comme étant en pénurie. Il s'agit de la médecine générale (MG), de la psychiatrie infanto-juvénile, de la médecine aigüe, de la médecine d'urgence et de la gériatrie.

Mais là aussi, il y a lieu de nuancer. Si on ne regarde que le seul cas de la MG, les dernières conclusions de la Commission révèlent que depuis 2011 le déficit de MG s'atténue tant au Nord qu'au Sud du pays. D'ailleurs, les universités francophones qui diplomaient jusqu'à présent environ 30% de médecins généralistes voient ce taux désormais progresser jusqu'à 40%. Ce nouvel engouement pour la MG résulte des différentes tentatives de revalorisation du métier : revalorisation financière obtenue

par l'ABSyM, la mise en place des aides financières Impulseo, le projet de "logement tremplin" et cabinets mis en location par la commune à des loyers modérés et la mise en place de Postes Médicaux de Garde.

Cadastre de la médecine générale wallonne

En 2017, la Région wallonne a mis en place un cadastre de la MG en Wallonie sur base des renseignements 2016. Ce cadastre est particulièrement intéressant car il est basé sur les adresses des cabinets où les médecins exercent. Par ailleurs, il ne prend en considération que les médecins actifs en MG et en tenant compte de leur degré d'activité, ce qui permet de revoir les résultats en termes d'équivalent temps plein (ETP).

En 2016, il y avait 3.467 MG en activité en Région wallonne. Parmi eux, environ 60% étaient des hommes qui avaient en moyenne près de 57 ans. Toutefois, parmi les MG actuellement dans la vingtaine, on compte 4 fois plus de femmes que d'hommes. Par ailleurs, les réalités diffèrent fortement entre communes : si Liège compte plus de 200 MG, à 20 minutes de là, Berloz ne recense aucun MG.

Si on regarde la situation d'un point de vue global, la densité de MG actifs est supérieure à la limite des 90 MG/ 100.000 habitants



© shutterstock

En 2016, il y avait 3.467 MG en activité en Région wallonne. Parmi eux, environ 60% étaient des hommes qui avaient en moyenne près de 57 ans. Toutefois, parmi les MG actuellement dans la vingtaine, on compte 4 fois plus de femmes que d'hommes.

et dès lors on ne peut pas parler de pénurie wallonne. Toutefois, si on parle en termes d'équivalent temps plein, la densité de MG ETP en Wallonie est légèrement inférieure à 90/100.000 habitants et, dès lors, on peut considérer que la Région wallonne est en pénurie de MG.

Sur cette base, 119 communes wallonnes peuvent être considérées en pénurie de MG car la densité de MG ETP est inférieure à 90 MG ETP pour 100.000 habitants. Parmi elles, 8 communes ont moins de 50 médecins ETP pour 100.000 habitants et sont donc en pénurie grave.

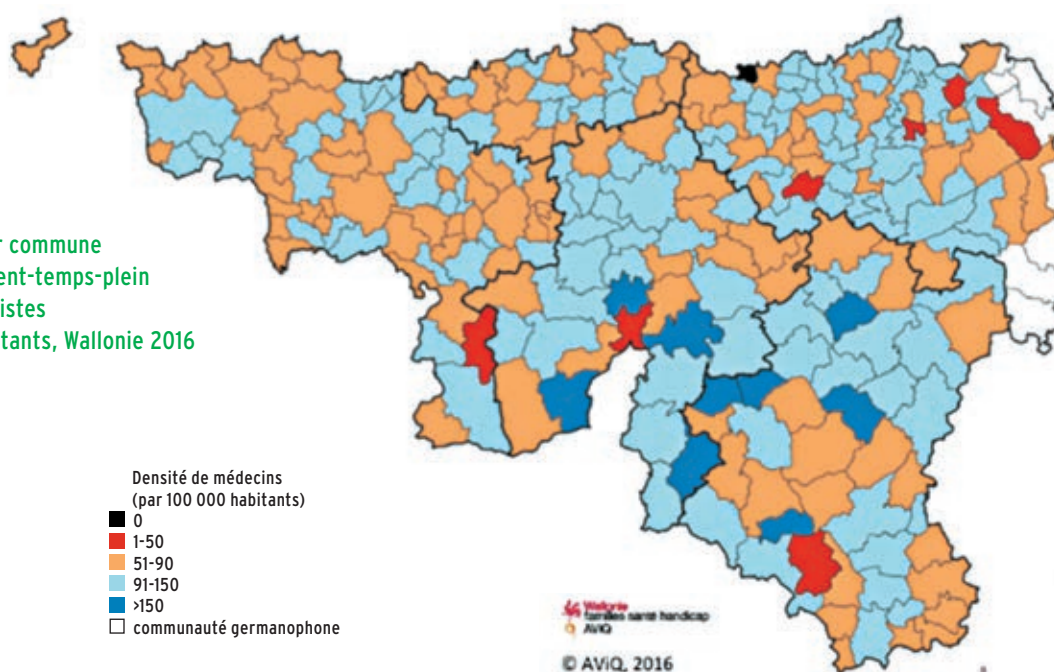
En conclusion, la question de la pénurie des médecins dépend des disciplines et, celles

des généralistes en particulier, de l'époque, des communes et de leurs réalités propres. Il est également important de garder à l'esprit que, comme l'illustre le cadastre wallon, les mêmes chiffres présentés différemment peuvent conduire à des conclusions opposées si on ne recontextualise pas.

Selon l'ABSyM, différents changements pourraient modifier quelque peu le cours des choses : l'instauration d'un concours d'entrée aux études de médecine, le maintien d'une planification, un engagement des nouveaux médecins en vue de combler les poches de pénurie moyennant une analyse des raisons de la non attractivité de certaines zones et certaines disciplines, un engagement des universités à offrir une

formation de qualité plutôt que de quantité, une publication des cadastres, un financement suffisant des maîtres de stage et du stage, et un examen de la langue de la région et de la législation médicosocial pour les confrères de l'EU qui viennent s'installer chez nous. ■

Densité médicale par commune en nombre d'équivalent-temps-plein de médecins généralistes actifs / 100.000 habitants, Wallonie 2016



La pénurie de médecins généralistes en milieu rural (chiffres, causes et effets)

Dr Pierre DRIELSMA, MD & PhD
Secrétaire Général adjoint du Groupement Belge des Omnipraticiens

Dr Paul DE MUNCK, MD & MPH
Président du Groupement Belge des Omnipraticiens

Les chiffres

La pénurie de médecins généralistes (MG) en milieu rural n'est qu'une des facettes de la pénurie en médecine générale et d'infirmiers de première ligne en général.

Nous avons réalisé un petit calcul à partir de données OCDE de 2017. (Calcul réalisé en multipliant la densité médicale globale par le pourcentage de MG ACTIFS sur le total de médecins ACTIFS).

Qu'observons-nous ?

Nos trois voisins limitrophes ont des densités de MG bien supérieures à la Belgique. Le grand-duché de Luxembourg a une situation exceptionnelle due au fait que les grand-ducaux utilisent beaucoup les soins limitrophes, ce qui biaise les statistiques.

La situation dans le monde rural a été bien étudiée par le tout récent cadastre wallon établi par la région wallonne en collaboration avec les cercles de MG. Globalement la densité actuelle de MG et l'âge moyen des MG de la province du Luxembourg n'est pas spécialement mauvaise par rapport au Hainaut post-industriel.

Pendant, nous devons ajouter plusieurs bémols à cette vision relativement optimiste.

1. Toutes les provinces et sous-régions wallonnes sont carencées par rapport aux chiffres français, allemands et néerlandais !!!
2. Les zones rurales sont peu denses, ce qui contraint les MG (et les infirmiers de premières lignes) à des trajets impor-

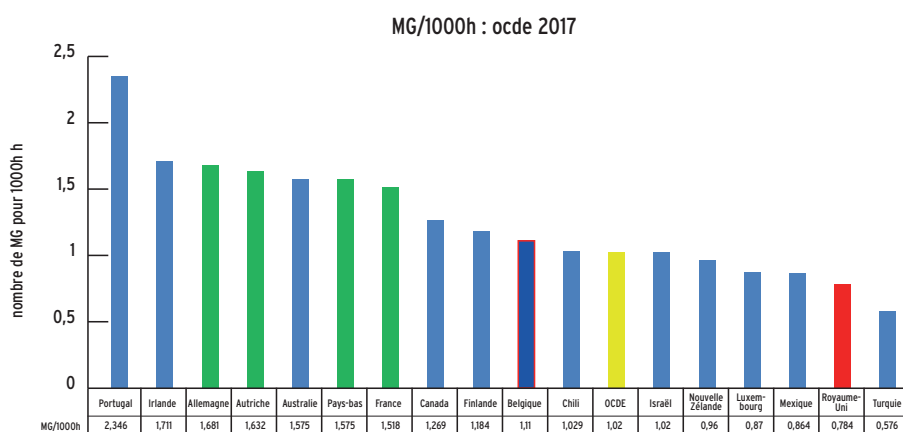
tants pour les soins à domicile ou à de longs trajets pour les patients. Tout cela diminue l'accessibilité géographique par rapport aux zones urbaines. Cela rend la gestion des gardes plus lourdes et complexes pour les MG. Cela diminue aussi le temps disponible pour les soins.

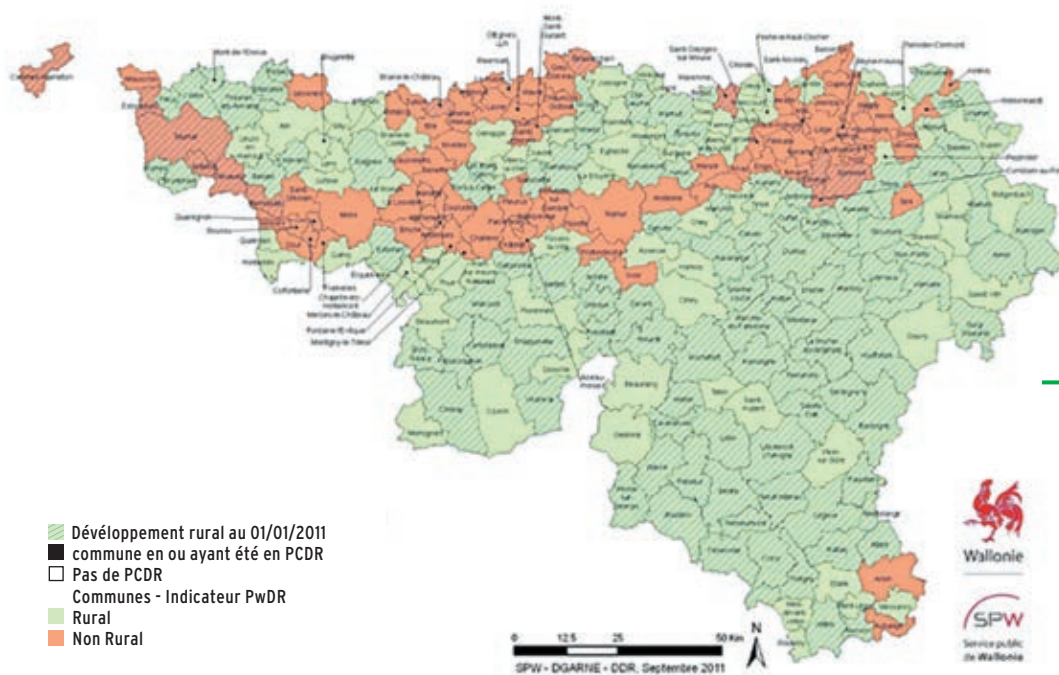
3. La distribution spatiale des MG n'est pas strictement homogène, ce qui peut créer localement des poches de pénuries sévères.

La situation concrète en Wallonie rurale.

On peut considérer que 33% des communes rurales sont en dessous de la moitié de la densité moyenne de nos 3 grands voisins. Ce qui signifie une pénurie sévère.

Les zones rurales sont peu denses, ce qui contraint les MG (et les infirmiers de premières lignes) à des trajets importants pour les soins à domicile.





Indicateur de ruralité du PwDR
 Il y a 40% de communes urbaines (en orange) et 60% de communes rurales (en vert)

En Wallonie, la pénurie est généralisée, la situation est pire qu'en Flandre car l'âge moyen des généralistes y est plus élevé. Par ailleurs, la Flandre va bénéficier d'un volant de production (quotas) supérieur à la fédération Wallonie/Bruxelles.

Quelles causes ?

Le service de garde en médecine générale est un domaine sensible pour les MG et qui présente un caractère plus accusé en milieu rural. Un des facteurs de choix d'installation pour les jeunes MG est l'organisation locale de la garde. À court terme, il serait bon de fusionner les gardes de MG et hospitalière durant la nuit profonde (23h-08h ou 24h-08h). Cela permettra alors aux généralistes ruraux de dormir et récupérer de leurs longues journées.

Par ailleurs, il faut noter que les plus hautes concentrations de médecins (en nombre de têtes !) se trouvent à Bruxelles et à Liège. Deux facultés complètes francophones s'y trouvent d'ailleurs ("les pommes ne tombent jamais loin de l'arbre"). Il est également nécessaire de prendre en considération que les zones rurales ne sont pas dotées d'une grande attractivité culturelle et événementielle et de couverture en services comme les écoles, par exemple. Il arrive fréquemment que des étudiants en MG natifs de zones rurales ne souhaitent pas retourner pratiquer là où ils sont nés ou ont vécus.

Quels remèdes ?

Des cercles de MG en collaboration avec des élus communaux et/ou provinciaux mettent en place des dispositifs de financement d'hébergement de qualité et des déplacements pour les stagiaires et les assistants en MG qui réalisent leurs stages en zones rurales dans l'espoir de favoriser des vocations champêtres. Le Collège de Médecine Générale, dont le GBO fait partie, a d'ailleurs aussi réfléchi à la question et suggèrent de rendre obligatoire le passage en milieu rural durant les trois années de stages. Ceci offrirait l'avantage de découvrir les pratiques dans des contextes particuliers et qui sait de susciter de nouvelles envies d'installation. Les maîtres de stage de MG bruxellois par exemple, pourraient s'entendre avec des maîtres de stage wallons pour encourager leur stagiaire à passer une de leurs trois années de stage en milieu rural.

D'autres initiatives sont prises pour augmenter l'attractivité. L'Asbl Santé Ardenne, par exemple, en collaboration étroite avec la Province de Luxembourg, a créé une cellule "Attractivité de la Médecine Générale". Un guichet unique d'information ainsi qu'un service d'accompagnement est mis à la disposition des médecins généralistes souhaitant s'installer en Ardenne. Une "journée d'attractivité" en MG est organisée chaque année avec l'appui de la Province du Luxembourg et rencontre à chaque fois

un franc succès. Il est un peu tôt pour mesurer l'impact de ces mesures, mais on rapporte déjà des cas de MG qui suite à un stage ou suite à leur participation à ces journées ont opté pour une installation en Ardenne.

Par ailleurs, et toujours à court terme, si localement la densité est insuffisante pour prendre en charge la totalité de la population rurale, il nous semble intéressant d'instaurer des vacations de MG urbains dans des pratiques groupées rurales de telle sorte que les MG ruraux puissent prendre du repos ou faire autre chose (formation, enseignement, recherche, représentation professionnelles, éducation des enfants, culture, sport,...). Un bon équilibre entre vie privée et professionnelle pour tout soignant est en effet indispensable pour garantir la qualité de ses actes.

Enfin la complémentarité entre infirmier de première ligne et médecine générale devra être encouragée. Ce binôme naturel étant capable de gains d'efficacité remarquables dans les soins chroniques, par exemple. Une recherche-action en Région Wallonne est en cours sur les voies de meilleure collaboration possibles entre eux, y compris au sein de cabinets de MG en zones rurales. ■

Quel est l'impact sur la collaboration interprofessionnelle ?

Dr Jean Laperche, maison médicale de Barvaux

La pénurie de médecins généralistes est particulièrement criante dans certaines régions rurales, comme le sud et le centre de la Province de Luxembourg.

“Selon le cadastre réalisé par l'AVIQ, l'Agence pour une vie de qualité, chargée d'appliquer en Wallonie le volet santé de la dernière réforme de l'Etat, 20 communes de la province de Luxembourg sur 44 manquent déjà de généralistes !

Dans cette Province, la situation est particulièrement inquiétante à Chiny, en pénurie sévère, avec un taux de 0,2 médecin pour 1000 habitants. Dans les dix-neuf autres communes, qui ont moins de 1 médecin / 1.000 habitants, les chiffres sont légèrement moins préoccupants, à Arlon ou Durbuy (0,9), ainsi que Fauwillers, Rouvrois ou Messancy.

Cependant, dans les communes d'Attert, Aubange, Bertrix, Daverdisse, Gouvy, Libramont, Mambay, Meix-devant-Virton, Musson, Neufchâteau, Paliseul, Saint-Hu-

bert, Tintigny et Vaux-sur-Sûre, les taux varient de 0,5 à 0,8 médecin pour 1.000 habitants.” La Libre.be du 26.01.2018 (N. LALLEMANT)

C'est beaucoup trop peu, tant pour les médecins qui sont épuisés que pour les habitants qui peinent à rencontrer un docteur. Et qui attendent parfois l'ouverture de la garde du soir dès 18 h 00 ou de la garde du Week-end pour pouvoir, enfin, rencontrer un généraliste ! Ce qui deviendra vite intenable. Avec le départ à la retraite d'une importante cohorte de généralistes âgés de 60 à 65 ans, cette pénurie va s'aggraver dans les prochaines années.

Or, la population rurale de la Province de Luxembourg augmente, vieillit significativement et se précarise. Les besoins en soins de santé de première ligne sont en

augmentation exponentielle et ce jusqu'en 2025. Face à ce défi, les généralistes de cette Province réagissent, soutenus pour les autorités Régionales, Provinciales et communales.

Jusqu'à présent, ces initiatives remarquables visent à attirer davantage d'étudiants en médecine et à former de nouveaux maîtres de stage, tout en diminuant la pénibilité de la garde de WE et de semaine, via les Postes Médicaux de garde.

Très vite, il faudra cependant faire preuve de plus de créativité. Seuls, les généralistes ne pourront pas rencontrer suffisamment les besoins de santé de base de la plupart des habitants. Et s'ils restent seuls, ils risquent vite de s'épuiser et de... partir ! Les pratiques de groupes se mettent en place et sont attractives pour ces jeunes généralistes. Et ils devront aussi pouvoir tisser des collaborations respectueuses avec les autres professionnels de la santé et du social œuvrant à domicile.

Les collaborations interprofessionnelles.

Construire des collaborations interprofessionnelles durables et utiles est une tâche professionnelle à part entière. Pour chaque profession, c'est un apprentissage à tisser pas à pas. Ce n'est ni évident, ni spontané. Il faut apprendre à s'identifier (quels professionnels travaillent déjà dans ma commune ?), à se connaître, à connaître les compétences complémentaires des collègues et à se faire confiance.



Pour partager autrement les tâches professionnelles et faire ensuite le point. Ceci est possible dans des rencontres suivies, avec des objectifs communs et à moyen terme. Et jusqu'à présent, les jeunes médecins, jeunes infirmiers, jeunes kinés et travailleurs sociaux l'apprennent très peu dans leurs études de base (parfois dans leurs stages, avec un peu de chance).

Cela demande de l'ouverture, du temps, du respect et de prendre du recul envers les tâches immédiates des demandes toujours pressantes du quotidien. Dégager du temps professionnel pendant un temps de midi ou une soirée demande la volonté d'y parvenir. Dans notre contexte de pénurie actuel, c'est d'autant plus difficile. La pression des demandes immédiates est grande et c'est plus compliqué de libérer du temps de réflexion et de rencontre avec les collègues de ma commune.

C'est cependant construire des nids d'accueil pour de jeunes collègues intéressés et pour les moins jeunes, découvrir de nouvelles facettes de leurs métiers, épanouissantes le plus souvent, dès les premiers pas franchis vers l'inconnu...

Ces collaborations interprofessionnelles ne s'improvisent pas et ne se décrètent pas. Il y a les encouragements des SISD et les reconnaissances des ASI.

C'est maintenant qu'il est possible de réagir.

C'est maintenant, car cette année 2018 verra un feu de paille d'une double cohorte de jeunes médecins généralistes diplômés. Et maintenant, car tous les généralistes de plus de 60 ans de la génération baby-boom ne sont pas tous partis à la retraite. N'attendons pas le désert médical annoncé dans les zones rurales des années 2020 – 2025 pour innover !

Toutes les initiatives sont les bienvenues. Que ce soit de la part des autorités

publiques que des professionnels concernés. Chaque profession de la santé et du social travaillant à domicile peut prendre l'initiative de rencontrer des collègues de sa propre profession et des autres professions. Pour faire connaissance, partager un sujet scientifique nouveau ou, à tour de rôles, présenter une situation clinique complexe où plus d'un ont des difficultés. Ces partages de pratiques sont validés dans la littérature scientifique. Ainsi des pistes nouvelles d'intervention pour les uns et les autres peuvent apparaître tout comme l'envie de se revoir et de trouver parfois plus de sens dans son propre métier... ■

Construire des collaborations interprofessionnelles durables et utiles est une tâche professionnelle à part entière. Pour chaque profession, c'est un apprentissage à tisser pas à pas.



© istock

Et sur la pratique en ASD?

Guillaume Goosse, rédactrice en chef

Au quotidien, un coordinateur ASD permet de faire tourner les rouages du maintien à domicile en veillant à la bonne organisation, coordination et efficacité des différents acteurs autour des bénéficiaires nécessitant de l'aide et des soins de différents prestataires. Un des acteurs-clés est bien entendu le médecin généraliste.

Coordinateur, un métier de l'ombre mais essentiel...

Assistant social ou infirmier de formation, souvent spécialisé en santé communautaire, le coordinateur va, comme son nom l'indique, coordonner les professionnels de terrain pour encadrer les besoins des bénéficiaires au domicile.

Le coordinateur est devenu, au cours des dernières années, un acteur essentiel du réseau psycho-médico-social en Wallonie et à Bruxelles. Son expertise du réseau est un outil précieux mis à disposition des bénéficiaires et de leur entourage. Il l'est également pour les services d'aide et de soins à domicile, les mutuelles, les CPAS, les services sociaux des hôpitaux,...

En pratique, le coordinateur analyse les besoins du bénéficiaire, élabore un "plan d'intervention" ou "plan de soutien" qu'il lui propose. En effet, ce plan inclut pleinement les choix du bénéficiaire et de son entourage. Il se construit au départ des services déjà présents auprès du bénéficiaire. Avec l'accord du bénéficiaire, le coordinateur planifie alors les interventions des services complémentaires en concertation avec le médecin traitant et les services prestataires. Il peut aussi organiser des réunions de coordination et/ou de réévaluation à la demande du bénéficiaire, de son entourage ou d'un professionnel présent au domicile. Lorsque c'est nécessaire, il peut assister le bénéficiaire dans ses choix en ce compris, réfléchir avec lui à son projet de vie lorsqu'un maintien à domicile devient difficile.

Les spécificités des centres de coordination :

- Le coordinateur mobilise des prestataires de santé et des services du domicile. Ce travail en réseau ne pourrait se faire sans la **collaboration avec le médecin généraliste**, mais également avec les hôpitaux, les MRS,...
- Les centres de coordination prennent en charge des situations complexes où il ne suffit pas seulement d'additionner des aides à domicile ainsi que du personnel de santé. Il s'agit aussi d'intégrer différentes facettes : prendre en compte les aidants proches, lutter contre l'isolement social et géographique, épauler les professionnels en place, assurer des visites de suivi, questionner les projets de vie du bénéficiaire...

- Le bénéficiaire est toujours clairement au centre du dispositif de coordination : rien ne se fait sans son accord. Le patient peut mettre fin à tout moment au dispositif de coordination, même si par ailleurs, les prestataires continuent leurs interventions au domicile de la personne aidée.
- Le coordinateur, comme son nom l'indique, coordonne le déroulement de la journée et le passage des différents acteurs à domicile (infirmier, kiné, aide familiale,...). Il met également en place un carnet de communication pour favoriser l'échange d'informations et suivre l'état de santé de la personne aidée.
- Enfin, les coordinations sont souvent incluses comme acteurs incontournables dans les dispositifs d'innovation sociale tels que l'Hospitalisation à Domicile,



© shutterstock

Depuis 2013, la concertation multidisciplinaire autour d'un patient est une pratique reconnue et financée par l'INAMI qui souhaite valoriser le travail pluridisciplinaire...



© shutterstock

les plans de soins intégrés pour malades chroniques, les nouveaux défis de demain pour les régions francophone au sud du pays, tels que l'Assurance Autonomie en RW...

Concertation multidisciplinaire INAMI

Depuis 2013, la concertation multidisciplinaire autour d'un patient est une pratique reconnue et financée par l'INAMI qui souhaite valoriser le travail pluridisciplinaire en rémunérant les prestataires de soins. L'objectif principal de ces concertations est d'améliorer la qualité et la cohérence de la prise en charge des patients à domicile.

La concertation permet au patient de voir réunies autour de lui, et en un temps donné, toutes les personnes qui interviennent dans sa prise en charge. Ce moment de réflexion commun permet d'accorder les objectifs et rôles de chacun, en bon accord avec le patient et son entourage.

Chaque personne ayant un rôle dans la prise en charge d'un patient peut prendre l'initiative d'organiser une réunion : le patient, sa famille, le médecin généraliste, l'infirmière, l'aide familiale, ... Des conditions précises doivent être remplies pour que les réunions de concertation soient validées et donc rémunérées : Trois prestataires de soins doivent être présents au minimum lors de ces réunions. Le médecin généraliste doit obligatoirement être présent. Si le patient reçoit des soins infirmiers, son infirmier doit également être présent.

Cette concertation multidisciplinaire concrétise l'évaluation de l'autonomie du patient, sur base d'un instrument d'évaluation qui permet de déterminer les possibilités pour la personne de maintenir son indépendance et les besoins en soins et en aide pertinent pour le maintien de son autonomie. Ces réunions sont également l'occasion d'élaborer un plan de soins et d'assurer son bon suivi ainsi que de répartir les tâches entre les prestataires de soins et dispensateurs d'aide.

Et un patient qui n'a pas de médecin traitant ?

La pénurie de médecins généralistes (MG) dans certaines régions rurales peut avoir différentes implications. Si un MG arrête son activité dans une de ces zones, les patients "lésés" n'ont guère le choix : il leur est conseillé de trouver un nouveau médecin traitant au plus proche de chez eux ou de s'inscrire dans une maison médicale. Dans les deux cas, sauf par chance, les patients devront, a priori se déplacer plus que précédemment. Quand les patients sont fortement dépendants et qu'ils rencontrent des difficultés pour se mouvoir, cela devient compliqué d'aller consulter et dans ces régions largement étendues, les MG se rendent moins souvent au domicile des patients car souvent,

le temps ne leur permet pas. Un certain nombre de patients se retrouvent donc sans médecin généraliste. Ceci pose un gros problème dans des cas complexes de coordination.

En effet, le rôle du médecin traitant est capital dans les dossiers gérés par les centres de coordination car c'est le médecin qui prescrit les soins (que ce soit infirmiers, de kiné,...), fournit les prescriptions pour les médicaments,...

Un des aspects de la coordination est de prévenir et de sensibiliser le bénéficiaire qui n'a pas de médecin traitant, étant donné le rôle de "coordonnateur de soins" que ce dernier endosse, au regard des textes légaux. En effet, il est nécessaire de posséder des prescriptions d'un médecin afin de pouvoir recevoir certains actes infirmiers ainsi que des médicaments. Les centres de coordination informe également les patients de leurs limites. Les coordinateurs, dans leur mission d'information, tiennent à disposition des personnes les coordonnées de médecins généralistes ouverts à la collaboration avec les prestataires d'Aide et de Soins à Domicile. ■

À Philippeville, des partenaires réagissent.

Céline Legrand, Plan de Cohésion Sociale de Philippeville & Isabelle Dossogne, Centre Local de Promotion de la Santé en province de Namur.

La commune de Philippeville est une commune dite rurale située en province de Namur, dans le sud de l'Entre Sambre et Meuse. Elle dispose d'un Plan de Cohésion Sociale (PCS). La plateforme santé du PCS rassemble des membres de différentes associations et des citoyens.

Dès 2014, elle a travaillé sur l'accès aux soins de santé. Après une première collaboration avec les médecins généralistes de Philippeville sur des questions sociales, la plateforme s'est intéressée à la question de la raréfaction des médecins généralistes. Philippeville fait effectivement partie d'une zone de médecine générale à faible densité médicale (selon le document de l'INAMI).

Les médecins généralistes parlent de pénurie dans environ cinq années. La plupart d'entre eux ne prennent plus de nouveaux patients. En cas d'absence pour raison de maladie ou de congés, il leur est difficile d'assurer les suivis médicaux au

vu de la surcharge de travail des autres médecins.

Lors des consultations citoyennes menées dans le cadre du Plan Communal de Développement Rural, la pénurie de médecins généralistes a été évoquée comme un problème à prendre en compte sur le territoire de Philippeville. Cette préoccupation est également partagée par le Collège Communal.

En 2016, la plate-forme a donc commencé un travail exploratoire afin de

percevoir les ressources, les freins et les opportunités du contexte philippevillain. Ont ainsi été envisagées les questions du stage et de l'assistantat en milieu rural, des regroupements de médecins, des maisons médicales et du service médical de garde.

Des rencontres se sont tenues avec la Fédération des Maisons Médicales, avec la Société Scientifique de Médecine Générale ainsi qu'avec des étudiants, des médecins exerçant depuis au moins 25 ans à Philippeville et avec d'autres installés récemment dans des communes proches.



En février 2017, suite à cette phase exploratoire, une rencontre entre la plateforme et le Collège Communal a eu lieu. Lors de celle-ci, le Collège a décidé d'inviter chaque médecin généraliste de la commune à une réunion lors de laquelle interviendrait le Dr Thierry Van Der Schueren, secrétaire général de la Société Scientifique de Médecine Générale et lui-même, médecin généraliste dans une commune proche.

En juin 2017, se sont réunis des membres du Collège communal et de la plateforme, les médecins généralistes et le Dr Thierry Van Der Schueren. Celui-ci a éclairci les raisons qui motivent de jeunes médecins généralistes à s'installer (ou pas) en milieu rural. Il a également donné des informations sur l'accueil de stagiaire et d'assistant et sur les regroupements de médecins. Ensuite, les possibilités de collaboration avec les médecins généralistes ont été envisagées afin de trouver des pistes de solution à la prochaine pénurie possible de médecins généralistes à Phi-

La plateforme santé continue à assumer les liens entre les différents acteurs. Les médecins généralistes se sont dits prêts à soutenir les médecins désireux de s'installer dans la commune.

lippeville. En guise de conclusion, il a été décidé que les médecins se concerteraient entre eux et qu'une seconde rencontre se tiendrait avant la fin 2017.

En novembre 2017, une seconde réunion rassemblant de nouveau le Collège Communal, le Dr Van Der Schueren, l'ensemble des médecins généralistes et des membres de la plateforme a eu lieu.

C'est lors de celle-ci que la décision de mettre tout en œuvre afin de créer un lieu de regroupement médical et un logement tremplin a été prise.

La plateforme santé continue à assumer les liens entre les différents acteurs et à veiller la durabilité du projet.

Les médecins généralistes se sont dits prêts à soutenir les médecins désireux de s'installer dans la commune. Ils pourraient, par exemple, consacrer quelques heures au regroupement tout en gardant leur cabinet privé et s'engager à accueillir des stagiaires.

La Commune de Philippeville s'est engagée à mettre à disposition un bâtiment permettant le regroupement médical et à créer un logement pouvant accueillir des assistants et/ou des nouveaux médecins généralistes désireux de s'installer à Philippeville. Ce nouveau bâtiment comprenant un cabinet médical collectif au rez de chaussée ainsi qu'un logement à l'étage se situera au centre de Philippeville pour en faciliter l'accès, sur un terrain

appartenant à la Commune. Des places de parking seront disponibles.

Afin d'obtenir un soutien financier, la Commune a rentré un dossier de candidature dans le cadre de l'appel à projet visant à lutter contre la pénurie de médecins généralistes en milieu rural par la création de logements tremplins et de cabinets ruraux initié par le Ministre René Collin. La réponse est attendue pour fin avril 2018.

Au jour d'aujourd'hui, une phase plus opérationnelle a débuté. Des questions plus précises, entre autres organisationnelles émergent. C'est pourquoi des réunions entre les partenaires sont prévues dans les prochains mois.

Ce projet a pu évoluer et se concrétiser au fil des rencontres grâce à l'engagement des différents protagonistes afin de résoudre un problème considéré comme préoccupant par chacun. Des accords ont pu être trouvés à partir de positions et de rôles distincts. Des convergences ont été mises en avant plutôt que des divergences. Le soutien extérieur de la SSMG a également permis de progresser dans la recherche de solutions afin d'enrayer la raréfaction des médecins généralistes à Philippeville. ■



“C’était mon choix de faire la médecine générale”

Guillaume Goosse sur base d’une interview du Dr Perdaens

Le Docteur Justine Perdaens exerce la médecine générale depuis 8 ans. Elle débute sa carrière dans la Région du Brabant Wallon où la pénurie n’existe pas. Depuis un an, elle s’est installée dans la région de Chiny, en Gaume, où la pénurie de médecins généralistes fait rage. Elle nous explique les raisons de son choix.

1. En 2010, quelle réputation avait la filière en médecine générale à l’université ?

Dr J.P. Je n’ai pas senti, dans le cadre de mes études, qu’on nous poussait à faire la médecine générale. Dans mon cas, c’est un stage que j’ai réalisé chez mon propre médecin généraliste qui m’a fait découvrir la médecine générale et qui m’a donné envie de poursuivre dans cette voie. J’ai toujours gardé cela en tête, mais nos études nous poussent plus à aller vers une spécialité. On croit parfois que l’on fait la médecine générale parce qu’on n’a pas un assez beau parcours ou par défaut, alors que pas du tout. De mon côté, c’était un choix, une

vocation, une envie d’exercer ce métier-là. C’est un métier très complexe, très diversifié et c’est une spécialité en soi.

2. Quelles ont été vos réflexions avant de prendre la décision de vous installer à Prouvy ?

Dr J.P. Mon conjoint vient de cette région donc à de nombreuses reprises, j’ai entendu sa famille parler de cette difficulté liée aux soins de santé et à la pénurie de médecins généralistes dans leur région. Ça m’a donc fortement interpellé. Au départ, je ne pensais pas m’installer dans la région car j’avais peur de devoir m’installer seule. Quand on commence l’assistantat, on ne sent pas

encore capable de gérer un grand nombre de cas par jour en étant seul face au patient. Mais au bout de six ans de pratique, j’ai acquis une certaine expérience et confiance. J’ai un jour été invitée aux 50 ans du GBO où on m’a demandé de réaliser un exposé à propos de la médecine générale et en préparant celui-ci, je me suis vraiment remise en question. J’ai toute ma belle-famille et un réseau social dans le coin, j’en venais à culpabiliser de ne pas m’y installer. Dans le fond, j’avais envie d’avoir un cabinet à la maison et que finalement, plusieurs choses m’attiraient par ici. Ça fait un peu plus d’un an maintenant que nous sommes installées et je suis très contente de mon choix.



© shutterstock

J’ai l’impression de donner un peu d’espoir, on peut tout de même être médecin généraliste sans maison médicale car celles-ci sont souvent vues comme la réponse à la pénurie, mais il y a d’autres alternatives possibles. Beaucoup de jeunes femmes médecins ont un cabinet à la maison.



3. Quel est le bilan de l'année écoulée ?

Dr J.P. Je suis plutôt contente. Par ailleurs, je suis également inquiète pour le futur car j'ai déjà une pratique assez importante surtout qu'un des médecins de la région vient d'arrêter sa pratique. Je prends donc déjà toute une partie de sa patientèle. Au niveau de la pratique en solo, avoir mon cabinet à la maison avec l'aide de mon conjoint est tout à fait faisable et je suis très contente de ma qualité de vie. Il faut que je tienne le coup car je ne pourrai pas m'occuper seule de tous les habitants de la commune. Je devrai donc dire stop à un moment donné. Je suis déjà assez restrictive et ne prends que les patients de la commune qui n'ont plus de médecin généraliste.

4. Combien de patients avez-vous aujourd'hui ?

Dr J.P. L'année passée, j'avais plus de 400 Dossiers Médicaux Globaux, ce qui est beaucoup pour une première année d'installation, mais j'ai vu plus de 1300 patients différents. Je suis donc déjà dans l'optique de bientôt dire stop. J'ai, de mon côté, mes limites physiques auxquelles je suis très attentive.

5. Est-ce que la commune de Chiny se sent concernée par la pénurie de médecins de sa région et met-elle des choses en place afin d'y remédier ?

Dr J.P. Quand suis arrivé, je trouvais qu'ils ne se sentaient pas très impliqués. Aujourd'hui, cela a bien changé car je les trouve très concernés par la problématique. Une cellule spécifique a été mise en place par le biais de laquelle ils répondent à des appels à projets de la Région Wallonne, ils sont venus me rencontrer plusieurs fois pour analyser les choses qui pourraient être mises en place, si j'étais ouverte à des collaborations. Ils ont donc bien conscience que je dois tenir le coup et que la relève doit être assurée.

© shutterstock

6. Une des causes de la pénurie souvent pointée est la féminisation du métier. Que pensez-vous de cela ?

Dr J.P. La difficulté est que très souvent, les femmes médecins généralistes ont des conjoints qui travaillent. Beaucoup de médecins généralistes à l'époque avaient une conjointe aidante. Mon point fort est d'avoir mon mari comme aidant pour le secrétariat, la comptabilité, ma communication. C'est grâce à cet équilibre que je peux exercer ma pratique en solo à la maison. L'autre point est que nous avons des congés de maternité, des allaitements, des enfants en bas âge. Si le conjoint travaille à temps plein, c'est difficile de tout combiner. Aujourd'hui, une femme se rend moins disponible pour son métier de généraliste car son mari travaille temps plein, qu'elle a des enfants. Je ne pense pas que beaucoup d'hommes seraient prêts à être le secrétaire de leur femme et de lever le pied. Un temps-plein de médecin généraliste équivaut à environ nonante heures par semaine. Dans notre cas, c'est vraiment un projet commun.

7. Sensibilisez-vous les jeunes médecins généralistes au fait de tenter l'expérience en zones de pénurie ?

Dr J.P. Je réponds toujours aux sollicitations extérieures. C'est essentiel car je suis très contente de mon choix et c'est très épanouissant en tant que médecin généraliste d'être dans une région comme celle-ci. On soigne des familles, ils ont une grande confiance en leur médecin généraliste, j'ai un job très varié. Je viens de recevoir une stagiaire pour un mois qui n'en revenait pas de tous les cas qu'on peut traiter en si peu de temps. La patientèle est très variée. C'est aussi pour cela que j'ai fait la démarche

L'année passée, j'avais plus de 400 Dossiers Médicaux Globaux, ce qui est beaucoup pour une première année d'installation, mais j'ai vu plus de 1300 patients...

d'être maître de stage. Je mets une priorité sur les stagiaires du coin mais l'idéal serait de prendre des stagiaires d'autres régions. Ça me prend du temps et de l'énergie mais cela a du sens.

8. Vous sentez-vous comme une des réponses à la pénurie ?

Dr J.P. J'ai l'impression de donner un peu d'espoir, on peut tout de même être médecin généraliste sans maison médicale car les maisons médicales sont souvent vues comme la réponse à la pénurie, mais il y a d'autres alternatives possibles. Beaucoup de jeunes femmes médecins ont un cabinet à la maison et cela offre déjà beaucoup d'avantages. ■

UN LIVRE À LIRE

Compte-rendu d'Anne-Sophie Paquet,
chargée de mission
soins infirmiers (FASD)

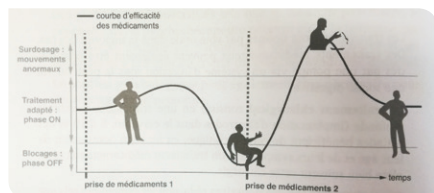
Vivre au quotidien avec la maladie de Parkinson, Amélie SARAGONI & Pierre GUILLAUMIN

Les professionnels de l'aide et des soins sont confrontés quotidiennement à des bénéficiaires/patients atteints de la maladie de Parkinson.

Cette pathologie, souvent mal connue et incomprise socialement, rend le malade de plus en plus dépendant et nécessite des adaptations de son mode de vie. Ce livre cible principalement les malades et leur entourage mais peut constituer un excellent outil d'aide au travail à mettre dans les mains des professionnels.

Simple et facile d'utilisation, il donne une foule de "trucs et astuces", organisés en fiche par thème numérotées sous deux parties, pour faciliter la vie quotidienne des malades.

La première partie aborde la maladie de Parkinson de manière plus explicative : présentation générale, les principaux symptômes (postures de la marche, phases "On-Off", tremblements...), les conséquences dans la vie, le traitement, etc.



Phases "On-Off"



Troubles de la marche

La deuxième partie est axée sur les activités quotidiennes et prodigue des conseils pour maintenir au maximum l'indépendance du malade et lui faciliter la vie. Il s'agit souvent de petits trucs très simples à mettre en place mais qui peuvent transformer la vie du patient comme, par exemple, le grossisseur de crayon pour aider à l'écriture ou la position à adopter pour prendre ses repas.



Grossisseur de crayon



Position pour faciliter l'autonomie lors de la prise des repas

Ce livre n'est pas un "livre de chevet" à lire du début à la fin mais bien à utiliser comme un "mode d'emploi" : à un instant, le professionnel, le malade ou l'aidant proche ira rechercher la fiche sur le thème voulu lorsqu'il est confronté à une problématique bien précise.



VIVRE AU QUOTIDIEN
AVEC LA MALADIE DE PARKINSON,
Amélie SARAGONI & Pierre GUILLAUMIN,
Ed. De Boeck Supérieur, 2017.

Amélie SARAGONI Et Pierre GUILLAUMIN sont ergothérapeutes. Mme Saragoni a principalement exercé auprès d'adultes atteints de maladies neurodégénératives et M. Guillaumin exerce dans un service de neurologie adulte. Autant dire que ce livre est donc écrit de manière pratique et pragmatique et orienté efficacité lors de l'application des conseils prodigué tout au long du livre.



ARRÊT
SUR IMAGE

**“Soit heureux un instant.
Cet instant, c’est ta vie.”**

Omar Khayyâm

Visite de la Reine Mathilde à l'ASD de Namur

Le 1^{er} juin dernier, Sa Majesté La Reine Mathilde a visité la Croix Jaune et Blanche (Wit-Gele Kruis) de Gand à l'occasion de leur 80^e anniversaire.

Suite à cet événement, Sa Majesté La Reine a manifesté sa volonté de visiter un centre Aide & Soins à Domicile. Nous avons donc eu l'immense plaisir de l'accueillir au Centre Aide & Soins à Domicile en province de Namur ce vendredi 13 octobre 2017 pour une visite d'étude. Nous en avons profité pour lui présenter notre concept ASD.

Une table ronde a été spécialement organisée pour l'occasion comprenant différents travailleurs de terrain : une infirmière, une aide familiale, une assistante sociale et une coordinatrice.

Après ce moment de discussion, Sa Majesté s'est rendue au domicile de deux bénéficiaires afin de se rendre compte des réalités de terrain.



Visite de la Reine Paola à l'ASD de Bruxelles

Suite à un accident survenu fin 2016, la Reine Paola a bénéficié des services soins infirmiers de l'ASD Bruxelles (CJB-WGK). Celle-ci a beaucoup apprécié les services qui lui ont été rendus et a souhaité remercier personnellement toutes les personnes ayant participé à son bon rétablissement. Nous l'avons reçue à l'ASD de Bruxelles ce 27 février 2018. Après un moment de présentation du concept ASD, de quelques informations sur les différents métiers au sein de l'ASD de Bruxelles ainsi qu'un mot du Directeur de la WGK, nous avons partagé un moment convivial avec la Reine Paola.



Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental et les Centres Hospitaliers Jolimont allient leurs forces



Une expérience enrichie pour le patient tout au long et à la sortie de son parcours hospitalier.

L'ASBL Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental (ASD HO) et l'ASBL Centres Hospitaliers Jolimont (CHJ) ont signé ce 08/02/2018 une lettre d'intention visant à établir un partenariat dans la livraison de services d'aide et de soins à domicile pour les usagers des CHJ au sortir de leur séjour hospitalier. Les deux entités sont heureuses de communiquer le démarrage de ce partenariat dès le 19/02/2018, ASD HO reprenant le personnel actuel de l'équipe de Soins à Domicile du CHJ à cette date.

Jusqu'à ce jour, le CHJ assurait un service de soins à domicile depuis son centre situé Rue Briart, 16 à Chapelle-Lez-Herlaimont. Pour diverses raisons liées aux nouvelles réglementations, aux développements technologiques ainsi qu'à la spécificité du métier d'infirmier à domicile, le CHJ était à la recherche d'un partenaire de choix pour reprendre cette activité. Le choix s'est porté sur l'ASBL Aide & Soins à Domicile Hainaut Oriental.

L'ASBL ASD HO, partenaire de la Mutualité Chrétienne, qui emploie plus de 1000 personnes notamment sur le territoire couvert par les Centres Hospitaliers Jolimont, offre par sa diversité de services (Infirmiers à Domicile, Aide-Soignantes, Aide-Familiales, Aide-Ménagères, Garde-Malades, Garde-Enfants

Malades, Educateurs, Puéricultrices) l'opportunité d'accroître l'expérience post-hospitalière de l'usager CHJ. L'ASD HO propose un accompagnement de la personne à la sortie de l'Hôpital, lorsque cette dernière est confrontée aux obstacles que représente la perte d'autonomie et que certains gestes du quotidien sont rendus définitivement ou temporairement plus complexes. Les soins à domicile, l'entretien du domicile, l'accompagnement vers le mieux-être sont parmi les spécialités de l'ASD HO. En outre, de par sa proximité au groupe Qualias, l'ASD HO pourra proposer des services de location ou de vente de matériel médical aux patients qui le nécessitent.

Quels changements pour les patients ? La continuité des tournées actuellement organisées par le CHJ est préservée, ce qui garantit aux patients le bénéfice de profiter de soins de qualité sans interruption de service. Pour les nouveaux patients dont le départ de l'Hôpital est imminent, un soutien du Service Social de l'Hôpital permettra d'orienter le patient selon ses besoins, ses attentes et ses difficultés non seulement liées à la dynamique de soins qu'à celle de l'aide à la vie journalière. L'activité de prélèvements médicaux est également reprise sans impact pour les patients.

La Reine a beaucoup apprécié les services qui lui ont été rendus et a souhaité remercier personnellement toutes les personnes ayant participé à son bon rétablissement.



**11 TERRITOIRES ASD :
À BRUXELLES,
EN WALLONIE
ET EN COMMUNAUTÉ
GERMANOPHONE**

www.aideetsoinsadomicile.be

ASD MOUSCRON-COMINES
Mouscron
Rue Saint-Joseph, 8
7700 Mouscron
056/85.92.92

Comines
14, rue de Wervicq
7780 Comines
056/55.51.19

ASD TALE
Tournai
192, chaussée de Renaix
7500 Tournai
069/25.30.00

**068/28.79.79 :
(numéro unique) :
Ath - Lessines -
Enghien**
36, chemin des
Primevères
7800 Ath

ASD MONS
Mons-Borinage
1, rue des Canoniers
1^{er} étage
7000 Mons
065/40.31.31

ASD HAINAUT-ORIENTAL
Lobbes
Rue Albert 1^{er}, 28
6540 Lobbes
Charleroi
Boulevard Tirou, 163/7
6000 Charleroi
La Louvière
Rue du Marché 2
7100 La Louvière

Anderlues
Rue du Douaire, 40/1
6150 Anderlues

ASD BRABANT WALLON
Jodoigne
Place Major Boine, 3
1370 Jodoigne
010/81.21.98

Braine l'Alleud
Avenue Albert 1^{er}, 24
1420 Braine l'Alleud
023/84.43.73

Nivelles
Chaussée de Namur,
52C
1400 Nivelles
067/89.39.49

ASD BRUXELLES
Bruxelles
Rue Malbran, 53
1050 Bruxelles
02/647.03.66

ASD NAMUR
Namur-Eghezée
Avenue de la Dame, 93
5100 Jambes
081/25.74.57

Dinant-Ciney
Rue Edouard Dinot, 21
5590 Ciney
083/21.41.08

Gedinne
Rue Raymond Gridlet, 8
5575 Gedinne
061/58.95.08

Philippeville
Rue de l'Arsenal, 7 bte2
5600 Philippeville
071/61.10.88

ASD LUXEMBOURG
Arlon
Rue de Rédange, 8
6700 Arlon
063/23.04.04

Etalle
Rue de la Gare, 86
6740 Etalle
063/45.00.75

Libramont-Bertrix
Rue des Alliés, 2
6800 Libramont
061/23.04.10

Bastogne
Rue Pierre Thomas , 10
6600 Bastogne
061/28.02.10

Marche-Hotton
Allée du Monument, 8A
bte3
6900 Marche-
en-Famenne
084/46.02.10

ASD COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

Eupen
Aachenerstraße, 11-13
4700 Eupen
087/59.07.80

ASD LIÈGE-HUY-WAREMME
**043/42.84.28 :
(numéro unique) :**

Liège
Rue d'Amerscoeur, 55
4020 Liège

Aywaille
Avenue de la République
Française, 11
4920 Aywaille

Huy
Rue de la Paix, 3
4500 Tihange (Huy)

ASD Verviers
Verviers
Rue de la Banque, 8
4800 Verviers
087/32.90.90