

AMMD: et si les médecins pouvaient s'organiser eux-mêmes?

Depuis de nombreuses années, l'AMMD appelle à une médecine du bas vers le haut, plutôt qu'une médecine imposée du haut vers le bas. Avec en priorité une médecine au service de la population, à commencer par un accès adéquat aux soins, ainsi qu'une digitalisation, partie intégrante du progrès médical, tant sur le plan technique que sur le plan de l'organisation des soins. Nous brossons pour Semper Luxembourg un état des lieux en ce début de législature, avec les Drs Alain Schmit et Guillaume Steichen.

Martine Deprez: «Engagés, motivés, créatifs et toujours à l'écoute»
 Elle est présidente de l'AMMD. Elle est médecin de la santé au sein de l'Etat. Elle est aussi responsable de la formation des médecins de la région de la capitale. Elle est engagée dans de nombreux projets de santé publique. Elle est une femme d'action, une femme de conviction. Elle est une femme de bien.



Elle est une femme d'action, une femme de conviction. Elle est une femme de bien. Elle est engagée dans de nombreux projets de santé publique. Elle est responsable de la formation des médecins de la région de la capitale. Elle est médecin de la santé au sein de l'Etat.

C'est avec en main notre édition d'avril, où nous faisons connaissance avec Martine Deprez, que nous entamons notre réunion avec le président et le secrétaire général de l'AMMD.

Et d'emblée il est clair que l'association, comme la profession, attend beaucoup de la nouvelle ministre.

Guillaume Steichen: *Nous sortons d'une politique qui a combattu le corps médical pendant quinze ans. Nous attendons donc de Martine Deprez qu'elle mette en œuvre les mesures nécessaires pour assurer une prise en charge optimisée de tous les patients.*

Alain Schmit: *Après l'ère ouverte par Mars Di Bartolomeo, nous avons prêché dans un désert politique - et politisé. Pendant ces quinze années, nous avons investi du temps et de l'énergie dans notre profession, pour voir notre marge de manœuvre se réduire. C'est pourquoi nous avons aujourd'hui l'espoir d'un vent de liberté. Nous ne voulons plus qu'on nous impose «d'en haut» la façon dont la médecine devrait être organisée.*

Nous ne voulons plus d'une politique «du haut vers le bas», où le politique décide souverainement du nombre d'hôpitaux, du nombre de services, du nombre d'appareils de diagnostic, jusqu'à la couleur des couloirs. Ce climat a un impact délétère sur la profession, et cette approche

est dangereuse, car nous n'avons pas au Luxembourg de réserve en ressources humaines. Il nous faut donc attirer - et conserver - des médecins de qualité, afin de préserver une offre médicale suffisante.

Luxembourg versus pays voisins: match nul?

On a parfois l'impression, concernant l'hôpital, que les médecins luxembourgeois seraient mieux lotis qu'en Belgique ou en France, mais pour Alain Schmit c'est loin d'être le cas.

Alain Schmit: *Dans les autres pays, le financement des hôpitaux est différent, et cela ajoute une couche de complexité que nous n'avons pas. Et nous devrions pouvoir exploiter cette différence, qui représente un atout. Ainsi, dans un pays comme la Belgique, un financement s'appuyant au moins en partie sur les honoraires médicaux crée des tensions entre spécialités, auxquelles nous échappons.*

Cependant, nos hôpitaux sont également affectés par cette organisation du haut vers le bas, que nous dénonçons. Les hôpitaux ont évolué vers une forme de gigantisme, avec une complexité voulue par le politique qui a dépassé tout le monde, et un mille-feuille bureaucratique à la croissance incontrôlée. Et toujours un nombre de médecins en



Les atouts de l'AMMD pour le corps médical luxembourgeois

- L'AMMD, c'est avant tout:
- un syndicat unique, sans la dispersion observée dans d'autres pays;
 - un taux d'adhésion de 70 à 75%;
 - une volonté de représenter l'ensemble des médecins du pays, avec une ouverture affirmée afin d'intégrer activement les médecins non luxembourgeois.



deçà des besoins. C'est pourquoi nous pensons que les médecins doivent avoir davantage leur mot à dire au sein des hôpitaux.

Pistes pour une externalisation de certaines activités

Guillaume Steichen: Une différence fondamentale est le fait qu'à l'étranger, les médecins ont des échappatoires s'ils ne veulent pas être dans une structure purement hospitalière où leur poids est encore plus dilué au sein de la hiérarchie, où leur rôle se réduit à celui de techniciens à qui on dicte la manière de travailler, à qui on impose des équipes soignantes auxquelles ils n'ont aucun mot à dire alors que c'est eux qui endossent in fine la responsabilité. À l'étranger, les médecins peuvent décider d'exercer leur médecine spécialisée en dehors des structures hospitalières.

Alain Schmit: Quelle est la finalité de l'hôpital? Telle est la question fondamentale. Nous avons bien sûr besoin d'une médecine hospitalière moderne et performante, c'est évident. Mais depuis quinze ans, on a assisté au développement insidieux d'une médecine ambulatoire que l'on a cantonnée aux hôpitaux, sans possibilité d'extension de l'offre médicale en dehors du cadre hospitalier. Avec en conséquence un accès difficile pour les patients, des discussions politiques interminables pour tout souhait d'extension, et, de facto, un frein à la médecine ambulatoire.

C'est pourquoi nous proposons de pouvoir externaliser certaines activités de manière à mieux organiser la médecine hospitalière proprement dite. Il ne s'agit pas de désosser l'hôpital, mais d'améliorer l'accessibilité de la médecine pour les patients. Si l'on veut avancer vers une médecine moderne, il faut comprendre que cette médecine peut largement se

faire en dehors des hôpitaux, et qu'il est donc inutile de compliquer davantage la vie des patients - tout comme celle du personnel hospitalier. ■

Guillaume Steichen: Sur le plan de la santé publique, cela n'a aucun sens d'avoir des mélanges de flux entre patients ambulatoires, patients hospitalisés et visiteurs. Mais de plus, ces structures de plus en plus complexes s'assortissent d'une croissance exponentielle du nombre de salariés, avec un ratio de 1 médecin pour 11 membres du personnel.

Alain Schmit: À titre de comparaison, au CHU de Liège, sur les 6.000 membres du personnel, il y a 1.000 médecins. Soit 1 sur 6. Au Luxembourg, sur l'ensemble du secteur hospitalier, ce ratio est de 10.000 personnes pour 1.000 médecins.

Se donner les moyens d'un véritable virage ambulatoire

On le voit: le virage ambulatoire émerge comme l'une des premières attentes vis-à-vis du nouveau gouvernement. Mais au-delà de la volonté politique, ce virage ambulatoire nécessite une adaptation du cadre légal et réglementaire, pour que d'autres structures - privées ou pas - puissent voir le jour. L'enjeu est de taille, on l'a vu, y compris pour la médecine générale de demain. Et pour l'AMMD, les médecins sont prêts.

Alain Schmit: Les seuls hôpitaux réellement publics sont le CHL et le CHDN. Le CHEM et les HRS sont des hôpitaux privés, mais financés par des deniers publics. Ce ne serait donc pas un saut quantique de pouvoir réaliser une imagerie en dehors de l'hôpital, y compris dans une structure privée.

Entre la médecine hospitalière et la médecine de consultation, il pourrait donc exister une médecine ambulatoire technique, à visée tant diagnostique que thérapeutique. C'est ce développement que nous avons manqué au Luxembourg. Les freins sont - nous y revenons - l'absence de dynamique du bas vers le haut. Un monde planifié du haut vers le bas n'a jamais fait la preuve de son efficacité, l'ex-URSS en est la meilleure démonstration.

Lever le tabou des sociétés d'exercice libéral

Guillaume Steichen: Une enquête que nous avons menée déjà il y a 6 ans montrait un fort mécontentement. Le constat était alarmant. Les médecins hospitaliers étaient insatisfaits de leurs conditions de travail au sein de l'hôpital, et plus de 30% des médecins ne recommanderaient pas à leurs propres enfants d'embrasser la profession. C'est un véritable constat d'échec.

C'est pourquoi, aujourd'hui, le corps médical est demandeur à ce que le législateur permette que certaines activités puissent être exercées en dehors de l'hôpital. Y compris via des sociétés d'exercice libéral, qui permettraient à des médecins de s'associer et de s'organiser, le cas échéant, dans un régime salarier. Dès le moment où le médecin pourrait

avoir une forme d'autonomie dans l'exercice de son métier - ce pour quoi il a fait ses études, une dynamique positive verra le jour, au sein de structures facilitant le travail au quotidien. Et ce sans pour autant délaisser la médecine hospitalière.

Cette évolution permettrait de recentrer l'hôpital sur ses fonctions primaires et de coordonner un pan important de l'activité médicale dans des structures plus proches, plus petites et plus conviviales pour les patients.

Une plus-value pour la médecine générale

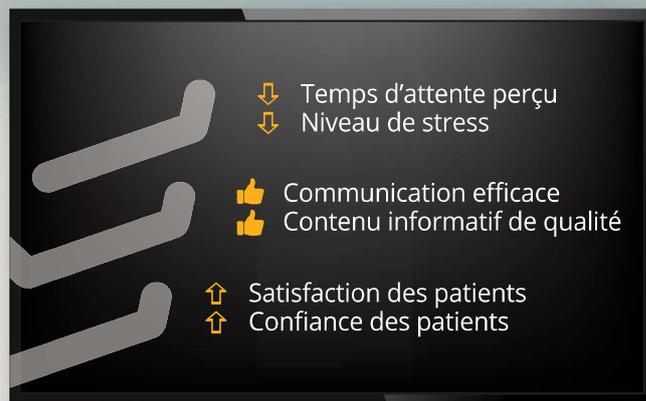
Guillaume Steichen: Le bénéfice pour la médecine générale sera évident. Quelle est aujourd'hui la plus-value pour le patient du parcours classique? Voir le médecin traitant, qui cerne sa plainte et tente ensuite de l'envoyer chez le spécialiste qu'il considère comme le plus à même d'aider le patient pour lequel il n'a pas de solution? Les difficultés d'accès au médecin spécialiste sont énormes actuellement, et dans le même temps on crée un appel d'air pour les urgences. Passer par les urgences pour accéder à une imagerie ou à un acte technique de base n'est optimal ni pour le patient ni pour le médecin urgentiste qui ne connaît pas le patient et a donc une approche plus défensive et plus coûteuse.

La revalorisation de la médecine générale est dans tous les cas une priorité. Citons Nico Haas qui évoque volontiers le carré de White: sur 1.000 plaintes, il y en a 15 qui justifient le recours à l'hôpital et un seul qui aboutit en réanimation. Elle passera par une digitalisation réussie, où le



patient doit rester maître de l'utilisation qui sera faite de ses données de santé. Il n'y a pas de place pour un «qui ne dit mot consent» dans un système qui devient de plus en plus transparent. ■

L'enjeu est donc de faire en sorte de reconnaître la plus-value du médecin généraliste, qui est le mieux placé pour faire la synthèse de la situation clinique du patient. Et il en est de même pour la médecine préventive, qui doit être assurée en médecine générale de manière structurée, en intégrant une standardisation des données qui permettront d'orienter de manière plus précise les politiques de santé. Le médecin référent est l'un des piliers de cette réflexion.



Solution d'affichage numérique inventive pour votre salle d'attente

Contenu éditorial exclusif et fiable
Personnalisé pour votre cabinet

Wasabee
Health Solution



dsb.lu/wasabee



Renouveler l'offre médicale: mission impossible ?

On peut penser que les réticences du monde politique se situent dans le fantasme selon lequel une augmentation de l'offre médicale augmenterait les dépenses en soins de santé, alors que le monde médical sait qu'il n'en est rien, au contraire. C'est ce fantasme qui a amené certains pays à instaurer un numerus clausus, pour arriver à la pénurie que l'on connaît aujourd'hui.

Alain Schmit: *Au Luxembourg nous n'avons pas connu de numerus clausus à la formation, mais dans les faits on a restreint l'accès à la profession via les hôpitaux. Et aujourd'hui, comme tous les pays voisins cherchent des médecins, nous sommes confrontés à l'impossibilité de compléter le cadre médical.*

La deuxième erreur des politiques est, comme dans tous les pays, une erreur d'appréciation de l'évolution de la société au cours des cent dernières années. La famille s'est évaporée, l'église a perdu beaucoup de son influence, les édiles communaux ont perdu de leur proximité et les relations sociales sont de plus en plus difficiles. Le médecin de famille est ainsi devenu un des derniers piliers de cohésion. Dans tous les pays, ce rôle majeur a été sous-estimé.

Guillaume Steichen: *Il s'agit donc, dans un petit pays, de ne pas faire les erreurs des grands pays voisins. Il faut donner l'occasion aux médecins de s'organiser, à tous les niveaux, et ce du bas vers le haut. Ainsi, nous ne disposons d'aucun recensement, nous permettant de savoir qui fait quoi avec son diplôme de médecin généraliste. Cette cartographie nous fait défaut pour pouvoir organiser un maillage territorial s'appuyant sur des centres pluridisciplinaires assurant une médecine de premier recours.*

L'organisation des gardes en est un autre bon exemple. Il s'agit d'une obligation déontologique à laquelle tous les médecins doivent se soumettre. Et dans

cette approche, le «cherry-picking» n'est pas admissible: venir au Luxembourg juste pour y faire des injections de botox, sans participer à la continuité des soins, n'est pas acceptable. Ces règles doivent être claires dès le départ.

Alain Schmit: *Reste à présent à attirer de nouveaux médecins. À cette fin, il faut sortir des sentiers battus de l'installation individuelle et de la voie hospitalière. L'organisation interne, entre médecins, devient de plus en plus importante. Un médecin généraliste ressent de plus en plus la volonté de travailler au sein d'une équipe. Y compris pour des raisons de continuité des soins.*

Nous plaillons donc pour la possibilité pour les médecins de s'associer de manière structurée. L'exercice en société d'exercice libéral apporte de la sécurité, tant pour les associés que pour les médecins qui souhaitent rejoindre la structure. Elle permet aussi de gérer la succession lors du départ en retraite. Cette possibilité n'est aujourd'hui pas réglée au Luxembourg, alors qu'elle apporterait des réponses tant pour les médecins que pour les médecins-dentistes.

Mais allons plus loin: une société rassemblant des médecins spécialistes pourrait être un interlocuteur pertinent pour apporter des solutions en médecine hospitalière. Tout cardiologue, tout neurologue, n'est pas obligatoirement fait pour ne pratiquer qu'au sein de l'hôpital. Certains ont un tropisme davantage extrahospitalier, et ne pas tenir



compte de ces réalités est une erreur stratégique.

Actuellement, chaque médecin engagé dans un hôpital doit participer aux gardes. Cette obligation est contre-productive, en empêchant l'agrément de médecins qui pourraient étoffer l'offre médicale, mais ne sont pas faits pour le travail de garde aux urgences. Voyons plutôt qui est le mieux placé ou le plus volontaire pour effectuer les gardes, avec bien sûr une compensation correspondante. Ces réflexions n'ont jamais été menées, et la question doit être mise sur la table si l'on veut assurer une offre adéquate à l'horizon de dix ou quinze ans. ■

En résumé: quel rôle souhaitons-nous pour la médecine hospitalière de demain? Une fois cette question arbitrée, il faut laisser aux médecins la possibilité de s'organiser entre eux, pour assurer les divers rôles de façon efficace. Le médecin de 2024 ne veut plus devoir tout faire, au détriment de ses compétences et de sa sensibilité personnelle.

Pistes de réflexion innovantes pour l'hôpital et l'université

Hyperspécialisation, organisation des gardes hospitalières, gouvernance... L'AMMD ouvre des réflexions pionnières pour l'hôpital, mais aussi pour la mise sur pied d'un cycle complet en médecine au Luxembourg.

Guillaume Steichen: *Posons le problème: quelle est l'attractivité du Luxembourg pour un médecin hyperspécialisé dans - par exemple - la chirurgie de l'épaule, sachant qu'il n'aura pas la masse critique de patients requise par son hyperspécialisation, alors qu'au sein d'un groupe il serait possible de s'appuyer chaque fois sur le meilleur spécialiste pour chaque pathologie?*

Ceci implique bien sûr aussi de pouvoir décharger ces hyperspécialistes du travail administratif qui entoure une admission ou la sortie d'un patient. Or, actuellement, un hyperspécialiste est contraint, par son contrat avec l'hôpital, de pratiquer aussi de la traumatologie de base, alors que ce n'est pas du tout ce qu'il recherche.

C'est encore une illustration du fait que, pour arriver à ce partage optimal dans l'optique du meilleur résultat pour le patient, il faut laisser la profession s'organiser.



Dans cette optique, ce qui manque, c'est une spécialité en voie de disparition: l'interniste. Ou des généralistes ayant un tropisme pour la médecine hospitalière, qui peuvent gérer les complications courantes survenant durant une hospitalisation, afin de laisser aux spécialistes

hyperpointus la possibilité de se concentrer sur les cas plus complexes ou plus techniques.

Dans une telle approche, le spécialiste hyperpointu pourrait utiliser ses compétences pour l'ensemble des hôpitaux.

Votre site web? Votre présence en ligne?

Par les équipes de Semper Luxembourg, Letz be healthy et Wasabee.

Demandez une offre, maintenance incluse, sans mauvaises surprises.

Member of our network: medecins.dentistes.et.stomatologues
Semper
LUXEMBOURG

letz.be
healthy

Wasabee
Health Solution

Contactez-nous: webdev@dsb.lu



Nous sortirions donc de la notion de contrat exclusif entre un médecin et un hôpital.

Et en poussant la réflexion plus loin: ne faudrait-il pas une gouvernance commune pour les quatre hôpitaux du pays? En commençant par les centres nationaux, afin d'assurer aux patients émanant de chaque hôpital le meilleur accès possible au sein d'un centre national.

Alain Schmit: *Nous vivons actuellement dans un monde de gestion politisée du système de santé: l'impulsion vient du ministre de la Santé et est transmise aux hôpitaux, qui essaient d'organiser les médecins. Alors que les médecins ont besoin d'organiser eux-mêmes leur activité.*

Ce système touche à sa fin en raison de ses limites: limites pour le recrutement de médecins bien formés, limites pour

l'accès du patient au meilleur médecin pour sa pathologie, limites pour la communication entre confrères.

Et pourquoi pas, d'ailleurs, ouvrir la boîte de pandore, et oser réfléchir à un hôpital unique pour les vraies urgences, vers lequel les patients seraient aiguillés, en réfléchissant parallèlement aux voies permettant de voir s'accumuler aux urgences des patients qui pourraient être pris en charge en ambulatoire.

Pour la formation médicale des générations futures, l'AMMD appelle à une approche «agile», à l'image du monde de la recherche...

Alain Schmit: *Seul un cycle complet de formation médicale au Luxembourg permettra d'offrir au pays une chance de ne pas perdre les 30% de Luxembourgeois qui ne rentrent pas au pays après leur formation à l'étranger.*

Mais en la matière également, il faut bien réfléchir. Ainsi, un cycle complet, jusqu'au master, pourrait être mis en place assez rapidement en concevant l'université comme un «hub», s'appuyant sur des solutions de téléconférence afin de pouvoir bénéficier de l'enseignement de spécialistes de renommée internationale et de l'expérience pratique des praticiens hospitaliers comme extra-hospitaliers. Car, rappelons-le, si classiquement la médecine universitaire était hospitalière, aujourd'hui il existe une médecine hyperpointue hors de l'hôpital.

Guillaume Steichen: *Une telle faculté de médecine «agile», allant chercher les meilleurs experts, loin des structures lourdes des universités à l'ancienne, pourrait être un réel moteur pour la grande région... et coûterait infiniment moins cher.*

Alain Schmit: *La recherche est aujourd'hui connectée au niveau mondial, par réseaux s'enrichissant mutuellement. Pourquoi ne pas appliquer la même idée à l'enseignement de la médecine, en utilisant le potentiel des connexions numériques dans lesquelles le Luxembourg investit? ■*

N'est-ce pas aussi par la «reconsidération» du rôle et de la profession du médecin que l'on réussira à attirer de nouveaux médecins?

Les confrères de tous les pays voisins souffrent de la même maladie: la médecine du haut vers le bas, que ce soit par les autorités ou par le cadre hospitalier. Notre «petit pays» ne pourrait-il donc pas être un peu plus intelligent que les autres? C'est notre espoir en tout cas.