

Contribution de Conférence des présidents des CME des centres hospitaliers

Conférence des présidents des CME des centres hospitaliers

Entretien avec Thierry Godeau et David Pinet, président et vice-président

30 septembre 2024

Quels défis pour la médecine générale en 2025 ?

1. Replacer la médecine générale au cœur du dispositif de soins

Le médecin généraliste doit être le grand coordinateur des soins. Il est à la base des soins, au cœur des soins primaires, avec une équipe, car l'exercice isolé ne répond plus aux besoins. Cette équipe de professionnels est à la main du médecin, dans une relation de confiance avec des IPA et des infirmières Asalée qui font pleinement partie de cette équipe. Il serait désastreux de construire de nouveaux silos de soins, alors qu'on cherche à les supprimer ailleurs. L'accès direct et la primo-prescription vont à contre-courant de cette logique d'équipe, constituée avec les MG d'assistants, d'DE et peut-être aussi sage-femmes. Il en va ainsi au sein des services hospitaliers, dans une relation de collaboration protocolisée entre soignants.

Celui qui pilote et dirige au quotidien, c'est le médecin généraliste. Le partage de compétences en équipe ne peut se faire en silos, comme semblent le proposer les lois et décrets de circonstance que nous avons connu récemment (NDR : lois Rist I et II). La coordination des soins, protocolisée en équipe, est au centre d'une prise en charge efficace. La médecine générale doit évoluer dans ce sens comme ont évolué les prises en charge en équipe à l'hôpital.

2. Le médecin généraliste doit rester celui qui adresse au second recours

Il faut garder le schéma du médecin généraliste qui gère les demandes d'avis en fonction des besoins, quand il est de bonne pratique de recourir à l'avis d'un spécialiste. Les spécialistes de second recours qui gardent les patients sont devenus rares, démographie médicale aidant ... En contrepartie les médecins généralistes doivent avoir le bon sens de passer la main quand c'est nécessaire. Dans le cadre d'un parcours de soins par exemple en diabétologie, un spécialiste consultant pourrait demander un avis complémentaire auprès d'un autre spécialiste. Avec obligation bien sûr que le médecin traitant soit informé.

3. La médecine générale doit rester accessible sur tous les territoires

Une cartographie territoriale doit garantir l'accès de tous aux soins primaires et à un médecin généraliste. Le médecin généraliste dans chaque commune, c'est fini. Les aides financières doivent être attribuées en fonction des besoins, et de cette cartographie qui doit faciliter le regroupement des professionnels dans des villes moyennes et des consultations avancées, indispensables pour rapprocher les soins de la population. Un gros travail doit être entrepris avec les élus locaux. Trop d'initiatives intempestives et souvent contre productrices ont été prises.

4. Partage et mutualisation doivent devenir la règle

L'émergence des CPTS pousse la médecine générale à sortir du cadre strict de l'exercice clinique quotidien. Des formations ville-hôpital se mettent en place. Ce temps de partage en CPTS doit être valorisé (NDR : « honoré ! »). Les sujets de rencontre entre ville et hôpital sont nombreux, les contacts directs entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers devraient être privilégiés. La CPTS est à cet égard le lieu le plus approprié pour ces rencontres, l'hôpital ayant trop d'interlocuteurs potentiels quand il veut s'adresser au secteur ambulatoire. Notre objectif est de mieux organiser collectivement les relations, de normaliser et harmoniser nos pratiques, de travailler sur les entrées et sorties d'hôpital, ces dernières étant parfois difficiles. On se comprend mieux en se connaissant. Les CPTS doivent avoir leur place dans les CME, et réciproquement !

4. La médecine générale s'apprend aussi à l'hôpital !

Derrière cet apparent paradoxe se cache une réalité : Les patients polypathologiques qui vont mal arrivent à l'hôpital ; ils représentent une grande part de la charge de travail quotidienne des MG. La formation médicale des futurs MG au sein des services de médecine polyvalente est adaptée à l'appréhension des situations complexes. L'Université doit redécouvrir ce lieu de formation, où s'apprennent l'adaptation des traitements prescrits par des spécialités différentes et la coordination des acteurs de soins. Le médecin généraliste sera alors plus à l'aise avec ses patients polypathologiques. Le médecin généraliste doit aussi connaître les cas difficiles. Dans les services de spécialités des hôpitaux généraux, comme dans les hôpitaux de proximité ou les SMR se développe de la médecine générale dite polyvalente qui interroge la formation universitaire des médecins généralistes : une FST médecine polyvalente est-elle nécessaire et suffisante ou bien faut-il créer un tronc commun médecine générale avec une filière médecine générale ambulatoire et une filière médecine générale hospitalière ? Une possible alternative pourrait être une FST de deux ans, dont une année est réalisée durant les 4 ans d'internat. Par contre, il est indispensable de sacrifier les stages de 6 mois en médecine polyvalente et en aucun cas de les réduire à un stage couplé de 3 mois avec un autre stage. D'une manière générale nous ne sommes pas convaincus que des stages de moins de 6 mois aient de vraies vertus de formation.

Attention dans ce contexte à ce que la formation de MG ne devienne pas exclusivement ambulatoire sous peine de la transformer en médecine de la prévention de la santé et plus du soin.

C'est à l'hôpital qu'on apprend à être plus autonome en ambulatoire en ayant appris les cas complexes et cela vaut aussi par exemple pour la pédiatrie. En contrepartie, car il y a eu beaucoup d'abus, les stages ouverts doivent être adaptés à l'exercice futur du médecin généraliste et ne pas être très spécialisés.

5. La médecine générale s'exerce-t-elle à l'hôpital ?!

On a besoin de MG à l'hôpital comme en ville ... Exercice partagé entre ville et hôpital pour assurer le suivi de ses patients hospitalisés ?

En même temps un nombre grandissant de MG formés se détourne de l'exercice ambulatoire au profit d'un exercice en établissement de soins, avec des conséquences catastrophiques sur la démographie des MG de ville.

C'est surtout la preuve que beaucoup de médecins formés à la médecine générale sont intéressés par de l'exercice hospitalier. Il n'est pas possible de nier ce besoin ; il faut aussi réfléchir à adapter la formation à un exercice plus diversifié qu'une médecine générale exclusivement ambulatoire. Et bien sûr l'intégrer dans les postes ouverts à l'internat.

En tout état de cause si le sujet de la médecine polyvalente n'est pas réglé de nombreux hôpitaux vont être en grande difficulté. De fait les médecins généralistes auront des problèmes d'adressage pour leurs patients dont les prises en charge seront difficiles et non sécurisées.

La question des effectifs apparaît alors centrale, la nécessité d'avancer sur plusieurs sujets est évidente : évaluation précise des besoins de formation, prise en compte d'un nouveau rapport au travail par les jeunes professionnels, concurrence entre filières exacerbant les difficultés, importance d'une vision globale de la médecine quand les formations sont de plus en plus spécialisées. Les prochaines années devraient voir arriver des promotions d'internes plus nombreuses, celles des internes en médecine générale devraient augmenter plus que les autres, pour mieux répondre aux besoins de santé.

6. Partageons nos outils de communication

Pour communiquer aisément, disposer des mêmes outils s'impose. Qu'il s'agisse de communication directe ou de télé expertise, utilisée par des groupes de spécialistes (NDR : Equipes de Soins Spécialisés)

Champs de compétences et modalités d'exercice de la médecine générale

A l'hôpital, et notamment dans les hôpitaux de petite taille qui peinent souvent à recruter, les lits sont occupés par de la médecine polyvalente. Ces hôpitaux organisent les modalités d'accès aux soins spécialisés, avec notamment des consultations avancées dans les services de gestion des lits d'aval. Nous avons ainsi un intérêt collectif à organiser la gradation des soins.

Soins non programmés

Les soins non programmés en journée, particulièrement ceux qui ne trouvent pas une réponse auprès d'un médecin traitant, relèvent du SAS en journée, de la PDSA la nuit et en fin de semaine. Le SAS entre 18 et 20h est un gros sujet qui appelle des réponses organisationnelles. En PDSA il n'y a pas de vrai besoin en nuit profonde, après 23h. La régulation à l'entrée des urgences hospitalières permet de sélectionner les patients qui ont besoin d'un recours hospitalier, en diminuant les recours inutiles on peut espérer limiter la fuite des médecins urgentistes. Le SAS doit aussi apporter une réponse aux demandes de soins spécialisés, évitant ainsi que les Urgences deviennent le lieu d'accès rapide à des bilans spécialisés.

Médecine générale et rémunérations

(NDR : cette question qui n'entre pas dans le champ du référentiel professionnel a néanmoins été soulevée par T. Godeau et D. Piney)

L'activité de médecine générale en équipe est-elle compatible avec le paiement à l'acte ? Ne conviendrait-il pas d'être disruptifs avec des modèles innovants pour les jeunes générations ?

Dans l'échelle des rémunérations, qui conditionne en partie l'attractivité des métiers, les médecins qui ont une vision globale ont les rémunérations les moins élevées. Le paiement à l'acte valorise mieux les actes techniques, au détriment du juste soin.

Avenir de la médecine générale

La médecine générale s'est trop longtemps résumée dans la médecine de famille, et dans l'exercice du colloque singulier. Si celui-ci reste le cadre familial des médecins les plus anciens, il faut résoudre l'équation prise en charge de la patientèle / santé des populations du territoire, et appliquer une forme d'universalisme proportionné aux besoins de santé et de soins de la population.

Une nouvelle fois la médecine générale doit-elle être exclusivement ambulatoire ? Est-ce qu'un exercice hospitalier ne serait pas une façon de mieux la valoriser et de la poser comme essentielle au bon soin ?

Le médecin généraliste devra développer demain des actions de prévention à l'échelle territoriale, et engager des actions de santé publique.