

# Collège de Médecine Générale

## Debriefing

de la

**Crise  
Covid 19**

Janvier 2024



Préambule .....	3
La méthodologie et les acteurs de ce debriefing.....	4
1. Ce qui a été bien fait, avant, pendant et après la crise.....	5
2. À améliorer : la place de la médecine générale dans le système des soins. ....	12
3. À améliorer : la capacité d'étude en première ligne .....	16
4. À améliorer : les soins en MR(S) .....	17
5. À améliorer : la gestion des dilemmes éthiques	21
6. En synthèse, des leçons à tirer .....	22

# Préambule

Jamais situation n'a été aussi propice à l'évaluation des forces et des faiblesses du système belge de soins de santé que ces deux années de pandémie de Covid-19.

Le CMG, sous la direction et l'écriture du Docteur Isabelle Dagneaux, a réalisé le débriefing de sa gestion de la crise, pour permettre d'améliorer le fonctionnement du système et d'anticiper les crises suivantes, à la lumière de ce qui pourrait être conforté ou amélioré.

**Les médecins généralistes** ont été confrontés à des choix de difficultés inédites. Certes, « ils ont l'habitude de jongler entre la relation au patient, les règles, les lois, les recommandations de bonne pratique et les impératifs de santé publique. L'exercice s'est révélé nettement plus difficile quand, au début de la crise Covid-19, les généralistes ont dû accorder la priorité au bien public, au risque de sacrifier l'intérêt individuel ».

« En particulier en maisons de repos et de soins, l'urgence des situations, la pénurie de personnel soignant, la surcharge de travail, le manque de test de dépistage et de matériel de protection empêchant la présence des généralistes et des familles, ont été fatals à plusieurs de nos aînés. La perte du trio généraliste/personnel soignant/famille qui les entourait habituellement, leur a été préjudiciable. »

**La médecine générale, comme ensemble professionnel**, a été confrontée, plus que jamais, aux forces et aux faiblesses du système de soins de santé. Malgré un désinvestissement politique dans la prévention et un manque d'anticipation, le système a montré sa capacité à répondre à une crise inédite qui l'a poussé dans ses derniers retranchements. Le prix pour cet effort exceptionnel se paie encore aujourd'hui par l'épuisement et la défection des personnels soignants.

Le système des soins, soumis à un hospitalocentrisme structurel et décisionnel, a travaillé dans l'urgence sans tenir compte suffisamment de l'apport des généralistes. Or, la crise Covid-19 a révélé, s'il le fallait, le rôle de ceux-ci à la croisée des chemins : prévention primaire à quaternaire, éducation à la santé des populations, soins curatifs chroniques et aigus, des plus simples aux plus complexes, en cabinet et à domicile, accompagnement en fin de vie, soins palliatifs.

La question est de savoir comment améliorer la place de la médecine générale, en particulier francophone, dans le système de soins et augmenter le poids de la première ligne dans les décisions sanitaires et politiques, de gestion de crises ou au long cours, pour développer un système de soins plus efficient et assurer les meilleurs soins au meilleur endroit par le prestataire le plus adéquat.

**Parce qu'un système de soins de santé cohérent favorise la cohérence interprofessionnelle, préserve la qualité de vie des prestataires, et soutient le travail de « mise en cohérence » que les soignants accomplissent avec les patients.**

Le CMG espère que les recommandations faites dans ce document seront concrétisées par les décideurs dans la spécificité de chaque lieu de décision. Le CMG remercie les représentants des médecins généralistes francophones pour leur intense travail au service de la profession lors de la pandémie. Le CMG remercie les médecins généralistes pour leur travail efficace dans la tourmente, au service d'une population qui a pu compter sur eux.

**Docteur Anne Gillet-Verhaegen,**  
Présidente du CMG.

# La méthodologie et les acteurs de ce debriefing

La méthode RETEX a été utilisée pour réaliser ce debriefing, suite à une recommandation et une formation par Philippe Burette, membre de l'assemblée générale du Collège de Médecine Générale de Belgique francophone (CMG), médecin référent pour la planification à l'Aéroport de Liège depuis 25 ans, médecin de sapeurs-pompiers depuis 30 ans, enseignant ULiège en « Gestion multidisciplinaire de situations d'exception » depuis 20 ans.

Hélène Ghilain, chargée de communication du CMG, a établi une ligne du temps de 2020 à 2022 reprenant dans un tableau en colonnes

- les dates,
- les événements importants de la crise Covid,
- les actions du CMG,
- les actions d'autres niveaux de soins ou de politiques de soins.

La cellule de veille sanitaire<sup>1</sup> a travaillé à partir de ce tableau pour :

- compléter la ligne du temps ,
- identifier les éléments sur lesquels le CMG avait eu un impact ou pourrait en avoir un dans le futur ,
- commenter et analyser ces éléments, en cherchant à comprendre, faire des liens, identifier les tenants et aboutissants ,
- identifier ce que le CMG a bien fait et ce qui est à améliorer, à partir de notre point de vue.

Le travail d'analyse a été mené pour la période 2020-2021, en précisant le mieux possible les différences vécues selon les vagues de la pandémie.

Merci aux membres de la cellule de veille sanitaire :

Christophe Barbut (FAMGB), Anne Gillet (présidente du CMG), Pierre-Louis Deudon (GBO), Benjamin Fauquert (ULB), Guy Delrée (FAGW), Benoit Hellebuyck (ABSyM), Quentin Mary (SSMG).

Merci aussi à Paul de Munck (GBO), Geert Goderis (ULB), Thomas Orban (SSMG), Jean-Luc Belche (ULg), Michel De Volder (FAMGB), anciens membres de la cellule de crise Covid, pour leur participation ponctuelle à des réunions ou leurs remarques écrites au mois d'octobre et novembre 2023, sur base du document de travail de la cellule.

La rédaction et la structuration du rapport a été réalisée par Isabelle Dagneaux, collaboratrice scientifique au CMG, avec l'aide des notes d'Hélène Ghilain, chargée de communication du CMG.

La relecture a été assurée par Anne Gillet (CMG), Didier Giet (ULg), Denis Lambert, délégué à la gestion journalière du CMG, et les membres de la cellule de veille sanitaire.

**Docteur Isabelle Dagneaux,**  
coordinatrice scientifique du CMG,  
Rédactrice du présent document.

<sup>1</sup> Le travail a été mené lors des réunions le 25 avril 2023 ; les 9, 16, 23,30 mai 23 ; le 6 juin 2023 ; les 12, 26 septembre 2023 ; le 10 octobre 2023 ; 21 novembre 2023.

# 1. Ce qui a été bien fait, avant, pendant et après la crise

## 1.1. Avant la crise.

La structuration des médecins généralistes (MG) en cercles, d'une part, et le rassemblement des organisations ayant trait à la médecine générale en Collège de Médecine Générale (CMG), d'autre part, ont été des atouts fondamentaux pour la gestion de la crise Covid. Ces organisations ont été des chevilles ouvrières indispensables durant la crise, par les structures qu'elles offraient déjà et celles qu'elles ont développées durant la crise. De plus, le fait de se connaître de manière interpersonnelle, entre représentants et acteurs de la médecine générale dans ses différentes dimensions, a facilité une prise de contact rapide et une structuration efficace et précoce, dès le début de la crise.

### Recommandations

Renforcer et développer les rôles et les moyens du CMG et des cercles, favoriser les collaborations au sein de la profession.

## 1.2. Pendant la crise.

### 1.2.1. Création d'une cellule de crise et de la Cellule d'Appui Scientifique et Universitaire (CASU2020), au début de la crise.

**La création d'une cellule de crise** rassemblant les différentes organisations<sup>1</sup> du CMG, dès le début de la crise, était une innovation majeure et s'est révélée un excellent outil de gestion de la crise pour la médecine générale. La cellule se réunissait deux fois par semaine (1h et 1/2h) du début de la crise à fin 2020, une fois par semaine en 2021.

Elle a permis de :

- avoir un pilotage unique pour la médecine générale ;
- rassembler les forces pour réaliser le travail à faire ou le répartir ;
- se concerter afin de parler d'une voix, que ce soit envers les MG ou envers les instances de concertation et de décision ;
- organiser la représentation de la médecine générale, avec l'organisation ou la personne la plus habilitée au bon endroit ;
- informer les MG, à travers la création d'une Newsletter, envoyée aux abonnés et relayée par les organisations membres.

<sup>1</sup> La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), les fédérations de cercles de Médecine Générale (FAMGB – FAGW), les syndicats médicaux : le GBO, les chambres wallonne et bruxelloise de l'ABSyM, les départements universitaires de Médecine générale (CAMG/UCL ; DUMG/ULB ; DMG/ULg). N'étaient pas représentés dans la cellule de crise : la commission de médecine générale de l'UNamur, ni l'Association des MG en formation (AMGF), également membres du CMG.

Il s'est également révélé pertinent de réagir rapidement à l'actualité épidémiologique pour informer les MG, interpellier les politiques, faire entendre notre point de vue.

**La création de la CASU2020<sup>2</sup>**, rassemblant les organisations universitaires et scientifiques du CMG (les départements universitaires et la SSMG), avait pour but d'appuyer les prises de positions du CMG sur des bases scientifiques et de produire des documents de soutien aux pratiques de MG.

La CASU2020 disposait de contacts ou de représentations au sein d'instances scientifiques telles que le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), Sciensano, ou le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE). Cela a permis aussi de relayer les préoccupations et les besoins du terrain. La CASU2020 a fonctionné sur du temps de travail mis à disposition par les organisations (ex : temps universitaire dédié au service à la communauté). Une cellule de veille intra-CASU2020 a été mise en place durant une courte période.

### Recommandations.

Continuer à avoir des outils collégiaux pour faire face aux crises :

- Suivre de près l'actualité qui peut concerner les MG ;
- Relayer les préoccupations et les besoins du terrain des MG à qui de droit ;
- Élaborer des positions en vue de représenter la médecine générale auprès d'instances de décision ;
- Élaborer les messages d'information à destination des MG, et répondre à leurs questions et besoins ;
- Fournir de l'information scientifique aux MG afin qu'ils puissent fournir un travail de qualité.

## 1.2.2. Information des médecins généralistes.

Il s'agissait d'apporter une information aux MG, en phase avec l'actualité sanitaire, épidémiologique et scientifique :

- Chercher les informations fiables,
- Trier les informations disponibles,
- Résumer les informations,
- Les mettre à disposition des MG.

Les supports produits ou diffusés par le CMG ont été :

- **Des articles courts d'information**, parus au fur et à mesure des newsletters, largement diffusées au sein de la profession.
- **Le vademecum AFRAMECO** (Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins (MRS)) sur la prise en charge en MR(S), fruit d'une collaboration efficace entre la CASU2020 et l'AFRAMECO et de nombreux partenaires.
- **L'arbre décisionnel** « prise en charge intensive à domicile en cas de saturation hospitalière », réalisé avec le KCE, publié en janvier 2021. Cet intéressant travail de collaboration entre le KCE et la CASU s'est révélé d'une utilité pratique limitée, au regard du nombre de prises en charge intensive à domicile car il n'y a plus eu par la suite d'importante vague Covid menaçant le fonctionnement hospitalier. Mais son utilité s'est révélée à d'autres points de vue : la réactivité de la médecine générale, l'attention qui lui a été portée ; la production d'un document de qualité, potentiellement utile par des scientifiques

<sup>2</sup> La CASU de l'époque a été renommée CASU 2020 pour ne pas prêter à confusion avec la CASU actuelle, étant donné l'évolution de la cellule dès 2021, tant dans sa composition que dans ses missions.

de différents bords (KCE mais aussi départements universitaires de médecine générale), la précision du rôle dévolu aux MG en première ligne de soins.

- **Des fiches pratiques** pour les consultations ou les visites à domicile, utiles et appréciées, et qui ont porté, entre autres sur les mesures de testing, d'isolement ou de dépistage ; la vaccination et l'hésitation vaccinale ; les traitements curatifs ; les patients à risque... Voir : <https://www.lecmg.be/covid-19/fiches-pratiques/>
- **Des webinaires**, qui ont eu beaucoup de succès en phase aiguë. Ils ont été importants pour informer et rassembler les MG, leur donnant un sentiment d'appartenance à une première ligne efficace.
- **La FAQ « Covid-19 »** : vaccinations, traitements, tests et quarantaines, prises en charge à domicile (en pré-ou post-hospitalisation), publiée sur le site du CMG en 2021
- Les réponses aux questions posées par les MG, via [lecmg.be](https://www.lecmg.be).

### Recommandations.

- Former et informer les MG, pour qu'ils puissent agir en connaissance de cause et, à leur tour, informer leurs patients sur base d'informations et de réflexions de qualité. Il s'agit d'un travail en faveur de la qualité de la médecine générale.
- Rendre le CMG visible, car entendre parler d'une voix les représentants de la médecine générale contribue au sentiment d'appartenance à une profession, à un « corps constitué » qui a un rôle social.

### 1.2.3. Organisation de la représentation de la médecine générale.

Il était important de représenter les MG afin d'assurer la concertation avec d'autres niveaux de soins et avec les lieux de décision, dans un système initialement peu soucieux d'intégrer la première ligne de soins comme interlocuteur indispensable dans l'élaboration des stratégies à opposer à la pandémie.

Le CMG a interpellé les décideurs et leurs conseillers, entre autres à travers différents groupes de travail (GT) où il a été représenté et écouté. Les représentants du CMG se sont montrés disponibles pour participer à ces groupes de travail, entre autres la Task Force (TF) test and tracing, la TF pédiatrique, la TF vaccination, le GT communication 1<sup>er</sup> ligne, ...

Le CMG a ainsi pu peser dans la balance pour certaines décisions telles que le port du masque, l'arrêt ou la reprise des consultations, les consultations téléphoniques...

Le CMG et les cercles de MG ont collaboré à des initiatives plus larges :

- les centres de tri au tout début de la crise,
- l'élaboration du système du testing-tracing, imaginé au départ par 4 personnes dont Emmanuel André (KULeuven) et Thomas Orban (CMG et SSMG),
- les centres de frottis,
- en 2021, la campagne de vaccination, tant en MR(S) que dans les centres de vaccination. Nombreux sont les MG et les médecins coordinateurs et conseillers en MR(S) (MCC) qui ont contribué à l'opérationnalisation de cette campagne de vaccination, et cela malgré une absence d'invitation de la médecine générale dans les organes de décision.

Des représentants du CMG ont été en contact avec d'autres professionnels et organisations de la santé afin de partager les expériences et de trouver des modes de fonctionnement plus efficaces au service

des patients et du système de soins : pédiatres, gériatres, intensivistes, urgentistes, ONE, médecine scolaire, pharmaciens... Citons aussi les contacts avec les médecins inspecteurs d'hygiène de l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ).

Ces concertations ont été utiles pour sortir des silos professionnels et travailler davantage ensemble au niveau de la première ligne et en collaboration étroite avec les autres lignes de soins.

### A retenir.

L'importance de la représentation et de la concertation, pour travailler davantage ensemble au niveau de la première ligne et en concertation avec les autres niveaux (de soins et de décision), et ainsi améliorer la qualité des stratégies sanitaires et des soins.

## 1.2.4. Initiatives loco-régionales de la médecine générale.

La médecine générale a manifesté dans son ensemble une réactivité importante et une grande créativité face à la crise<sup>3</sup>. De nombreuses initiatives ont été prises par les cercles, par des MG, par des maisons médicales ou d'autres groupes. Citons quelques exemples, à défaut d'avoir pu recenser tout ce qui a été fait.

### À destination de la population générale.

- Organisation de centres de pré-tri cliniques en présentiel ou par téléphone (1er confinement, p. ex. Fédération des Associations des MG de Bruxelles (FAMGB) et Fédération des Associations des MG de la région de Charleroi (FAGC)),
- Organisation de centres de testing et de centres de vaccination (dès la phase 1A4, vaccination du personnel soignant), qui a impliqué d'importantes concertations avec les autorités communales ou provinciales.

### A destination de populations fragilisées.

- Des médecins et des assistants en médecine générale se sont mis à disposition pour participer à des campagnes de testing ou de vaccination en MR(S), dans des habitations protégées.
- Des appels téléphoniques à des patients isolés ont été réalisés régulièrement pour prendre des nouvelles.

### A destination des MG qui sont MCC<sup>4</sup>.

- Mise en place de groupe d'échanges d'idées sur les soins en MRS et sur la coordination avec les hôpitaux en province de Luxembourg.

### À destination des MG.

- Soutien et information, comme par exemple le webinaire hebdomadaire du cercle namurois GAMENA.
- Organisation par le Centre de coordination francophone pour la formation en Médecine générale (CCFFMG) de la mise à disposition des assistants pour diverses tâches : tri préhospitalier, centres de vaccination, soutien aux MR-MRS, y compris le travail en remplacement d'aides-soignants manquants...

**Bémol.** Certains MG ont fermé leur cabinet et n'ont plus donné signe de vie, probablement dépassés par l'ampleur de la réorganisation de la pratique et les craintes suscitées par la pandémie. Comment auraient-ils pu être davantage accompagnés ?

<sup>3</sup> Belche JL, Joly L, Crismer A, Giet D, Résilience et réactivité de la médecine générale durant la pandémie COVID-19, Rev Med Liege 2020, 75(S1),29-37.

<sup>4</sup> Médecins coordinateurs et conseillers en maisons de repos ou en centres d'accueil pour personnes porteuses d'un handicap

### Recommandation.

La fonction de support et de structuration de la première ligne est essentielle pour soutenir ses acteurs. Des liens avec les autres acteurs de la gestion de crise doivent être entretenus en situation de veille (autorités locales, pompiers...).



## 1.2.5. Les ressources disponibles.

### Sur le plan des ressources humaines.

Pour soutenir le travail de la cellule de crise et le travail plus global du CMG,

- Fin 2020, le CMG s'est adjoint l'aide d'une chargée de communication (19h/semaine) dans le but de professionnaliser le travail de communication.
- Début 2021, le CMG s'est adjoint l'aide d'une coordinatrice scientifique (25h/mois) pour soutenir le travail scientifique et l'écriture d'informations.

### Sur le plan financier.

- L'AVIQ a apporté au CMG un soutien financier de 70.000 €.
- La Cocom a apporté un soutien financier au CMG de 30.000 €.
- Des organisations membres du CMG (p. ex. la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)) ont aussi reçu des financements spécifiques afin d'assurer leurs missions d'informations (notamment pour leur site internet).
- Le KCE a dégagé un financement, certes limité, pour le travail fourni pour la rédaction du guide de prise en charge extrahospitalière des patients atteints de COVID sévère.

### Recommandation.

Le CMG a besoin de moyens structurellement pérennes pour réaliser un travail de qualité nécessaire à la médecine générale et au système de soins de santé.

## 1.3. Après la crise

### 1.3.1. Les debriefings.

- Grâce à un financement de la Fondation Roi Baudouin, des vidéos ont été réalisées par le CMG en 2022 sur base d'interviews de MG et de membres du CMG. Elles ont permis de laisser des traces du vécu de cette crise et d'une première analyse a posteriori. Ces outils restent à la disposition de la profession sur le site [lecmg.be](http://lecmg.be).
- Le présent rapport de debriefing revient de façon plus approfondie sur les actions du CMG et le positionnement de la médecine générale dans la crise afin d'en tirer des leçons pour le futur.

# 2. À améliorer : la place de la médecine générale dans le système des soins.

## 2.1. La place de la médecine générale face à l'hospitalocentrisme.

La médecine générale est régulièrement confrontée à une réalité qui ne dépend pas d'elle mais bien de l'histoire de nos sociétés et de notre système de soins : l'hospitalocentrisme. La crise Covid n'a pas constitué une exception. Or, la qualité d'un système de soins dépend largement de la qualité de la première ligne de soins et de son articulation avec les autres niveaux de soins. La question est de savoir comment améliorer la place de la médecine générale dans le système de soins et le poids de la première ligne dans les décisions d'organisation des soins. La crise Covid a remis en lumière l'utilité de la médecine générale dans le système de soins de santé, place jamais autant reconnue auparavant par un hospitalocentrisme accordant trop de place, proportionnellement, aux médecins spécialistes et aux soins hospitaliers.

L'hospitalocentrisme a eu des conséquences durant la crise.

**Au niveau épidémiologique** : le suivi de l'épidémie s'est fait uniquement sur base de critères hospitaliers, au départ. L'intégration de la charge de travail des MG par le baromètre Covid (1e ligne) s'est faite tardivement.

**Au niveau de la prévention primaire** : l'organisation de la campagne vaccinale au niveau fédéral s'est faite sans la médecine générale. Cependant, les MG, sur le terrain et au niveau des cercles, ont apporté une participation pratique importante, ainsi que les MCC en MR(S)<sup>1</sup>.

**Au niveau de la prise de décision** :

- La représentation des médecins, par exemple dans un organe tel que le Risk Assessment Group (RAG)– Sciensano, est dominée par les médecins spécialistes hospitaliers et infectiologues.
- Les contacts entre les décideurs et les généralistes se sont établis d'une part entre Domus Medica (MG néerlandophones) et les politiques et Sciensano ; et d'autre part via la SSMG, le Docteur Jean-Luc Belche (ULg) et le Réseau des médecins Vigies.

### A retenir.

- La médecine générale a un rôle important à jouer dans le système de soins de santé, pour une meilleure santé globale de la population.
- L'importance d'un CMG qui rassemble toute la médecine générale.

<sup>1</sup> Voir entre autres les recommandations de l'OMS : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.54>.

## 2.2. La représentation des MG dans les organes de concertation et de décision.

Le CMG a pu représenter les MG dans les instances de décisions. Il a parfois fallu forcer la porte, comme au RAG épidémio, via la SSMG.

La médecine générale, n'a pas été consultée dans différents domaines : elle n'a pas été intégrée dans la Task Force vaccination, ni impliquée dans l'évaluation post-crise, ... La participation à certains GT a été rendue difficile voire impossible à cause de la multiplication de ces GT et des chevauchements des horaires. Par ailleurs, il a manqué d'une cellule de référence fédérale centrale qui aurait permis une meilleure gestion des forces vives généralistes nécessaires à la prise de décision.

La représentation actuelle est à géométrie variable en fonction des niveaux de pouvoir : les syndicats sont les représentants au niveau fédéral et les cercles au niveau régional. Cela complique les choses. Le CMG, par l'échange entre ses membres, a joué un rôle de trait d'union dans un paysage institutionnel compliqué.

### A retenir.

- La médecine générale est encore insuffisamment représentée dans les lieux de décision relatifs à la santé et dans les organes de gestion de crise.
- L'importance pour les organisations de MG de travailler ensemble avec des complémentarités d'approches et de compétences. Définir quel banc est le plus indiqué à tel ou tel endroit pour un travail de concertation, de représentation, de recherche...
- La nécessité de ne pas attendre d'être invités dans des lieux de représentation ou de décision : manifester les expertises et la plus-value de la MG dans l'organisation des soins de santé et la gestion de crise.

## 2.3. Le bi- ou trilinguisme nécessaire.

La représentation de la médecine générale francophone a été déforcée par un manque de bilinguisme français-néerlandais pour être présents en nombre suffisant dans les instances de discussion et décision au fédéral, où la médecine générale francophone est donc sous-représentée.

### Recommandations.

- Il serait intéressant de développer une concertation en amont, directement avec Domus Medica (ou d'autres instances néerlandophones), sur les dossiers concernant la médecine générale, pour participer à leur élaboration, et faire valoir une spécificité régionale le cas échéant.
- L'intérêt de travailler avec des partenaires néerlandophones avant des décisions politiques ; les défendre dans les instances ad hoc.

Les réunions scientifiques au niveau fédéral se font de plus en plus en anglais, cela demande une bonne maîtrise de cette langue (orale et écrite), très insuffisamment présente dans le cursus des médecins. Sur le terrain, une large frange de MG maîtrise trop mal l'anglais (écrit) pour accéder à des ressources scientifiques (majoritaires) dans cette langue.

#### Recommandations.

- Faire connaître aux MG les outils d'aide à la traduction.
- Poursuivre le travail de communication du CMG.
- Améliorer la formation en anglais des MG, par des cours universitaires et de formation continue en anglais.

## 2.4. La formation scientifique des MG.

- Le CMG a été confronté à une difficulté de recruter des MG à profils scientifiques pour la CASU2020 ou pour les autres organes de représentation à visée scientifique ; de même pour certaines initiatives de concertation (exemples, la Task force pédiatrique, le Trajet covid long).
- Des projets CASU2020 n'ont pu être menés à bien par manque de MG participants.
- Toutes les organisations scientifiques du CMG n'ont pas participé avec la même intensité, pour diverses raisons : manque de ressources humaines à dégager dans les temps courts (rapidement) et longs (pour un certain temps), manque de compétences spécifiques, ...

#### Recommandation.

Interroger la faiblesse de la formation scientifique de la médecine générale francophone et le manque de MG à profils scientifiques dans le paysage francophone.

## 2.5. La concertation inter-universitaire des départements de MG.

La mise sur pieds de la cellule de la CASU2020 a témoigné d'une capacité à coaliser des ressources de 3 départements universitaires de médecine générale, et de son grand intérêt. La conclusion en était qu'il y a du travail pour tout le monde et qu'il importe de sortir des logiques de concurrence pour développer une logique de coopération. Cela est entravé par une longue histoire sous le sceau de la concurrence et par les modes de financement de la recherche et des universités. Les néerlandophones montrent combien la recherche et le positionnement de la médecine générale peut être soutenu par une concertation et le fait de parler d'une seule voix.

#### Recommandation

Développer la concertation inter-universitaire francophone.

## 2.6. Le financement du travail de représentation et du travail scientifique.

Le travail de représentation et de concertation est un travail en soi, important pour la bonne marche du système de soins, et qui doit donc être valorisé et financé. En interne au CMG, il serait important de pouvoir représenter à la fois son organisation et le CMG, pour faire valoir la présence de la médecine générale. Il manque aussi des moyens financiers pour permettre à certains MG scientifiques ou des scientifiques à orientation généraliste de dégager du temps de travail de manière rapide et réactive, comme cela est nécessaire en cas de pandémie ou de crise.

### A retenir.

Un financement suffisant des organes de représentation de la médecine générale est nécessaire de façon courante pour améliorer la qualité de la médecine générale et pour lui permettre de réagir de façon optimale en cas de crise.

# 3. À améliorer : la capacité d'étude en première ligne

## 3.1. Deux situations révélatrices.

La médecine générale francophone a été mise à mal par deux situations en particulier, qui révèlent une faiblesse sur le plan scientifique et sur le plan de l'utilisation des données issues de nos pratiques.

### **La sélection des patients prioritaires pour la vaccination Covid.**

Elle a été réalisée principalement par les mutuelles. Cela a posé question à certains patients, entre autres en termes de protection de leurs données de santé. L'apport de certains MG a complété cette première sélection. Il faut cependant bien reconnaître que les MG ne sont pas encore en mesure d'effectuer de façon fiable une telle sélection à partir de leurs dossiers médicaux – uniquement ou principalement.

### **Le baromètre Covid.**

De nombreux MG ont été freinés dans leur participation par l'imperfection de l'outil. D'autres ont regretté le manque de concertation dans sa conception qui tenait compte uniquement de l'expérience néerlandophone. Ils ont mal vécu le fait d'être mis devant le fait accompli pour le baromètre Covid, comme cela arrive pour d'autres nouveautés. Avec un constat un peu désabusé : « Les flamands organisent le tout, puis y invite les francophones comme la chantilly sur la gaufre... sans qu'ils n'aient grand-chose à y dire ».

Pour certains membres de la cellule de veille, il faut chercher à modifier cette politique du fait accompli.

Pour d'autres membres, il faut plutôt reconnaître que le point de gravité de la recherche et des décisions est en Flandre. Les néerlandophones sont quasi des leaders au niveau européen voire mondial. Non choqués par le fait que les initiatives soient flamandes (c'est un fait), ils estiment que c'est aux francophones de s'organiser pour faire valoir une expertise réelle. Cette expertise doit s'appuyer sur des données, que nous devons pouvoir collecter, collationner, interpréter.

## 3.2. Culture scientifique et informatique

Il importe donc de développer une culture scientifique qui favorise l'épidémiologie locale et régionale, ainsi que l'introspection sur sa propre pratique. Cela permettra, entre autres, de développer un réseau de médecins impliqués dans la collecte de données plus large que le réseau des médecins vigies.

Nous sommes confrontés à la résistance à l'utilisation de l'outil informatique chez certains MG et à des limites dans la capacité à utiliser l'outil informatique. La formation est indispensable pour travailler ces deux points. Un logiciel médical est un outil professionnel, il est normal que tout ne soit pas intuitif comme une application grand public, il faut se former à l'utilisation de son outil professionnel. Une proposition à faire serait que l'informatique médicale soit une formation obligatoire en formation continue, à l'instar de la formation en « éthique et économie ». Il faudrait déjà, dès avant cela, proposer davantage de formations accréditées sur ce sujet : module dans les entretiens de la SSMG, relayer les formations e-santé Wallonie...

### Recommandations

- Augmenter et harmoniser le niveau de reporting des logiciels médicaux pour ne pas dépendre uniquement de MG motivés (comme les médecins vigies).
- Promouvoir les formations accréditées sur l'utilisation des logiciels médicaux, de e-Health... et sur l'interrogation sur sa propre pratique (ea par les GLEM).
- Rendre obligatoire quelques heures par an de formation en informatique médicale.

## 4. À améliorer : les soins en MR(S)

Le secteur des MR(S) a beaucoup souffert de la crise Covid et payé un lourd tribut en termes de mortalité et morbidité des personnes institutionnalisées. Le secteur a souffert des peurs et des épuisements du personnel soignant (avec les absences conséquentes). La crise a confronté les MCC et les MG à la grande difficulté de prendre les décisions les plus adéquates possibles en fonction de l'état des connaissances, des recommandations des associations professionnelles<sup>1</sup>, des décisions de la direction de la MRS, ainsi que de la réalité de l'équipe soignante locale. Cela explique la grande variabilité locale de ce qui pouvait être fait et de ce qui a été organisé. Sans vouloir ni pouvoir être exhaustif, les points suivants doivent être relevés en ce qui concerne le vécu de la crise COVID dans ce secteur.

### 4.1. L'existence d'un sentiment d'abandon.

Plusieurs acteurs du secteur ont témoigné d'un sentiment d'abandon : les résidents, les familles, les directions des maisons de repos. Les MG et MCC se sont sentis abandonnés par le secteur hospitalier, qui protégeait sa capacité de fonctionnement, avec une peur du débordement ; et par les autorités, surtout au début de la crise.

### 4.2. Une rupture du triangle famille - médecin généraliste - personnel soignant.

Le triangle famille-généraliste-personnel soignant autour du résident a été rompu lorsque les familles et les MG étaient maintenus à distance. Le personnel soignant des MR(S) a été mis dans la situation de devoir juger de l'état de santé de certains résidents pour en informer les généralistes par téléphone : c'est insuffisant. Il importe d'avoir le regard de la famille (cela a parfois été le cas à travers les fenêtres) et celui du médecin traitant en plus du regard du personnel soignant.

<sup>1</sup> En particulier le CMG, l'Aframeco (Association francophone des médecins coordinateurs et conseillers) et la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (SBGG).

### 4.3. Une difficulté d'interpréter la recommandation d'éviter les visites de routine en MR(S).

Le CMG, au début de la crise, a recommandé aux MG d'éviter les visites de routine aux patients en MR(S). Parfois mal interprétée, cette recommandation faite aux MG mérite a posteriori plusieurs niveaux de lecture :

- Une lecture opérationnelle. Les visites de routine n'étaient pas recommandées car elles étaient une source de contamination potentielle.
- Une lecture stratégique. Les ressources en soignants étaient limitées et âgées, il fallait les protéger.
- Une lecture politique. Les MG n'avaient pas accès aux moyens de défense contre les contaminations virales, ils ont été exhortés à travailler en téléconsultation.

### 4.4. Les disparités dans la gestion des cellules de crise en MR(S).

Certains MCC ont vraiment pris les choses en main, d'autres ont été dépassés et certains écartés parce qu'eux-mêmes vulnérables.

### 4.5. La faiblesse ou l'absence de « projets thérapeutiques ».

Cette crise a mis en évidence que les directives anticipées du projet thérapeutique pour établir les préférences et souhaits d'une personne en lien avec les soins et objectifs thérapeutiques en fin de vie sont trop souvent absents. Une évaluation de la fragilité de la personne est aussi importante pour savoir quel patient aurait gagné à être hospitalisé. A noter qu'il existe une grande diversité dans les « projets thérapeutiques », certains incluant seulement les volontés du patient, d'autres déjà une évaluation de la fragilité et des soins adaptés.

### 4.6. La concertation entre MG et gériatres.

La concertation entre MG et gériatres a été déficiente lors de la première vague, améliorée ensuite, soit parce que les gériatres ont pu se faire entendre parmi les autres voix hospitalières, soit parce qu'un « référent MR(S) » a été désigné par hôpital.

Le manque de sollicitation des gériatres par les MG relevait probablement de plusieurs facteurs :

- Une volonté de ne pas surcharger les urgences.
- Une volonté de ne pas surcharger les services hospitaliers (qui ne l'étaient peut-être pas ?).
- Une attention focalisée sur la maladie virale (d'où le contact étroit avec les infectiologues) plus qu'une attention centrée également sur les conséquences délétères pour les patients fragilisés.



## 4.7. L'organisation critique des soins en MR(S).

Le manque de soignants lors de cette situation aiguë a mis en évidence le manque chronique de soignants, y compris hors crise. On est à l'« état-limite » des ressources en personnel.

Plusieurs idées ont guidé l'organisation des soins au niveau des MR(S) :

- Éviter les visites non strictement nécessaires de MG.
- Éviter la disparité des traitements Covid, perturbante pour le personnel infirmier.
- Faire appel à des forces vives quand le personnel était manquant (armée, assistants, médecin ou binôme de médecins désignés, médecins plus jeunes à la place des médecins plus âgés...).
- Mettre à disposition des équipements de protection individuelle (EPI) davantage en MR(S) pour encourager les visites indispensables.
- Rassembler les patients Covid+ en les éloignant des résidents Covid-, avec une zone tampon, pour diminuer la contagion.

Les décisions de la direction et du MCC ont influencé cette organisation, avec des conseils venus d'ailleurs (Aframeco, CMG, SBGG, SSMG, ou des réunions régionales ou provinciales).

### Recommandations MR(S)

- Définir les rôles respectifs des MCC et des généralistes en MR(S), en routine et en cas de crise.
  - Un travail à mener conjointement par le CMG, la SSMG et l'AFRAMECO
- Encourager la rédaction des projets thérapeutiques.
  - Cette rédaction est actuellement financée par le code 103692 « rédaction et suivi de l'Advance care Planning ». La qualité de la rédaction et du suivi peut être encouragée par des formations (initiales et continues) en la matière.
- Renforcer l'engagement de personnel soignant.
- Rendre indispensable une formation à la gestion de crise.
  - Cette formation est en cours d'élaboration à la SSMG et l'Aframeco).
- Rédiger des plans d'organisation en cas de crise (CMG-SSMG-Aframeco) pour guider les décisions locales. Parmi les éléments intéressants que nous avons expérimentés et relevés pour la gestion de crise, citons, sans être exhaustifs :
  - Le cohortage des patients ;
  - Le travail des soignants en silos (MR(S) – ONE - consultations de suivi - tri et frottis...) en évitant le passage des soignants de l'un à l'autre, pour éviter la contagion ;
  - Le renfort de personnel médical dans certaines sous-régions et une gestion du personnel médical disponible à un niveau suffisamment large (inter-cercles, voir Wallonie) ;
  - L'échange d'idées (niveau provincial ou autour d'un hôpital) ;
  - L'importance d'une concertation avec le milieu hospitalier, en particulier pour les soins aux personnes âgées.
- Organiser la direction des opérations dans chaque MR(S).
  - Une cellule de crise locale doit prendre les décisions et être constituée, au minimum, du MCC, de la direction administrative et de la direction nursing.

# 5. À améliorer : la gestion des dilemmes éthiques

## 5.1. La confrontation à des situations inédites.

Les MG ont été confrontés à des choix de difficulté et d'ampleur inédites. Ils sont habitués à devoir jongler entre la relation au patient, les règles, les lois, les recommandations de bonne pratique et les impératifs de santé publique. L'exercice s'est révélé nettement plus difficile quand il s'est avéré que les directives énoncées pour le bien commun ne permettaient plus les actions habituelles des généralistes au service des individus. Les généralistes ont dû, au début de crise covid19, accorder la priorité au bien public, au risque de sacrifier l'intérêt individuel et même risquer de mettre en péril la santé individuelle. Cela a été particulièrement ressenti dans des situations concernant la santé mentale, un handicap, le grand âge, les personnes isolées. Des dilemmes ont également surgi lors de demandes d'arrêt de travail de personnes travaillant dans le secteur des soins, de la grande distribution ou des transports (ou autres secteurs dits « essentiels »). Enfin les conditions de travail et le risque de contamination des médecins ont donné lieu à des discussions et arbitrages compliqués en début de pandémie.

## 5.2. Les réalisations

Les webinaires réalisés durant les mois critiques ont pu recevoir certains questionnements issus du vécu des MG.

- Un webinaire a été spécifiquement consacré au questionnement éthique (19 février 2021 – JM. Longneau, MG. Pinsart).
- La cellule de crise du CMG a, à plusieurs reprises, travaillé avec des anthropologues (O. Servais, PJ. Laurent) afin d'aborder les choses à partir d'autres points de vue.

Le CMG, en post-crise, a donné la parole à des médecins dans des vidéos réalisées avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin (<https://www.lecmg.be/plaidoyers/des-temoignages-video-de-mg/>).

D'autres lieux d'interrogations et interpellations éthiques auraient pu voir le jour afin de soutenir l'exercice de la profession dans ce contexte particulièrement difficile. Le développement d'une activité réflexive plus habituelle pourrait favoriser un juste positionnement.

### Recommandations

- Créer des lieux de questionnements et débats, tant pour les membres de GT du CMG que pour l'ensemble des MG.
- Mettre en place une cellule éthique au sein du CMG.

# 6. En synthèse, des leçons à tirer

## De manière structurelle

### Renforcer et promouvoir les structures de représentation des MG

- Promouvoir la place de premier recours de la médecine générale dans le système de soins de santé ainsi que son rôle majeur dans l'éducation à la santé de la population et dans la gestion des différentes préventions (primaire à quaternaire).
- Un CMG qui rassemble toute la médecine générale, et qui dispose de moyens pour travailler et renforcer les positions de la médecine générale.
- Les collaborations entre les organisations de médecine générale, afin de potentialiser les complémentarités d'approches et de compétences. Définir quelle organisation au sein du CMG est la plus indiquée à quel endroit.
- Le travail avec des partenaires généralistes néerlandophones avant la prise des décisions politiques.
- La proactivité : ne pas attendre d'être invités dans des lieux de représentation ou de décision, mais se manifester pour faire valoir les expertises et la plus-value de la médecine générale dans l'organisation des soins de santé et la gestion de crise.
- La représentation et la concertation pour travailler davantage ensemble au niveau de la première ligne et en concertation avec les autres niveaux (de soins et de décision) et ainsi améliorer la qualité des soins.
- Un financement structurel du CMG par les pouvoirs publics, pour réaliser ces différentes missions et ainsi assurer son travail au service des prestataires de soins et de la qualité des soins à la population.

### Améliorer la formation des MG.

- Former les MG à l'utilisation optimale des outils professionnels informatiques.
- Proposer davantage de formations accréditées sur l'utilisation des logiciels, et rendre obligatoire un minimum de formation continue en informatique médicale.
- Améliorer la formation initiale (universitaire) et continue des MG en anglais.
- Faire connaître les outils d'aide à la traduction.

### Améliorer l'implication des MG dans la recherche.

- Questionner la faiblesse de la formation scientifique de la médecine générale francophone et le manque de MG à profils scientifiques dans le paysage francophone.
- Développer un réseau de médecins impliqués plus large que le réseau des médecins vigies.
- Améliorer le niveau de reporting des logiciels médicaux pour ne pas dépendre uniquement de MG motivés (comme les médecins vigies).
- Développer la concertation inter-universitaire francophone.

### Renforcer la première ligne de soins.

- Augmenter le personnel soignant en MR(S).

### Aider au questionnement éthique.

- Disposer de lieux de questionnements et débats, tant pour les membres du CMG que pour l'ensemble des MG.
- Débattre de la mise en place d'une cellule éthique au sein du CMG.

## En préparation aux situations de crise

### Maintenir la cellule de veille sanitaire.

- La cellule de veille sanitaire du CMG doit se réunir régulièrement pour s'assurer de sa capacité à intervenir rapidement en cas de besoin, pour identifier rapidement l'émergence de menaces et pour informer régulièrement les MG sur l'état de la situation.
- Les liens avec les autres acteurs de la gestion de crise doivent être entretenus en situation de veille (autorités nationales, régionales, locales ; pompiers...).

### Améliorer les soins en MR(S).

- Définir plus précisément les rôles respectifs des MCC et des généralistes en MR(S).
- Rendre indispensable une formation à la gestion de crise pour les MCC en MR(S).
- Encourager la rédaction des projets thérapeutiques.
- Rédiger des plans d'organisation en cas de crise pour guider les décisions locales (CMG- SSMG – AFRAMECO).

## En période de crise

### Disposer d'outils collégiaux pour faire face aux crises.

- Élaborer des positions, en vue de représenter la médecine générale auprès d'instances de décision.
- Élaborer les messages d'information vers les MG.
- Suivre de près l'actualité qui peut concerner les MG.
- Donner l'information scientifique utile aux MG afin qu'ils puissent fournir un travail de qualité.

### Organiser les soins de façon locale selon des directives nationales.

- Disposer de lignes directrices et de lieux de mutualisation des ressources globaux, et les adapter à la situation locale.
- Organiser la direction des opérations dans chaque MR(S). Une cellule de crise locale doit prendre les décisions et être constituée, au minimum, du MCC, de la direction administrative et de la direction nursing.

L'organisation des soins de médecine générale en période de crise doit comprendre des structures et des modes de fonctionnement propres à la crise, qui s'appuient sur un mode de fonctionnement habituel de la profession. Il y a donc à préserver ou développer certains aspects structurels de l'organisation de la médecine générale, qui serviront à la fois son travail habituel, les défis nouveaux qu'elle doit affronter et le déploiement des modalités de crise. Les éléments à travailler pour mieux gérer une nouvelle crise peuvent donc se répartir en trois groupes :

- Les éléments structurels courants à préserver, renforcer ou développer pour rendre la médecine générale organisée, performante, qualitative.
- Les structures de veille, qui permettront d'anticiper la crise, autant que possible.
- La gestion en période de crise.

Il est interpellant de constater que le travail de mémoire et d'analyse réalisé ci-dessus nourrit principalement le premier groupe de mesures. La pandémie a bien constitué un révélateur du fonctionnement habituel de notre système de santé : en tirer les leçons permettra d'améliorer ce système dans son ensemble.

# Les missions du Collège de Médecine Générale de Belgique francophone



**Inform**  
les médecins généralistes



**Collaborer**  
au sein de la profession



**Plaider**  
auprès des autorités



**Valoriser**  
la recherche en MG

## Les organisations membres



Société Scientifique de Médecine générale (SSMG)

La société scientifique



Fédération des Associations Généralistes de la région Wallone (FAGW)



Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)

Les cercles



Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO)



Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)

Les syndicats



Université Catholique de Louvain (UCLouvain)



Université de Liège (ULiège)



Université Libre de Bruxelles (ULB)

Les universités complètes



Université de Namur (UNamur)



Association des Médecins Généralistes en Formation (AMGF)

Les autres organisations