



ARTICLE

Soigner les soignants, pour éviter la dés(er)tification

Thibault Moyersoën est médecin généraliste à la maison médicale au forfait Bautista Van Schouwen de Seraing, une des premières maisons médicales, créée il y a plus de 50 ans. Également président de l'assemblée des généralistes de Seraing et administrateur du cercle local (CEGOLIE), il fait également partie de l'équipe de l'asbl Promo Santé & Médecine Générale (PSMG). Il y partage son expérience dans des formations et des interventions dans des Glems (groupes locaux d'évaluation médicale²⁵). Il alimente également la réflexion via le site Internet de PSMG. Ses connaissances en matière d'épuisement professionnel sont également tirées de son vécu.

²⁵ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/qualite-des-soins/accreditation/le-glem-groupe-local-d-evaluation-medical>



Ce n'est pas un secret, la santé mentale des médecins généralistes (MG) n'est pas forcément au beau fixe. En cause, une série de facteurs cumulatifs et multi-dimensionnels qui, depuis le Covid, n'ont cessé de se renforcer. Selon Thibault Moyersoen, MG en maison médicale (MM), « le manque de personnel, lié aux politiques et conflits communautaires autour de la restriction de la délivrance des numéros Inami aux médecins et l'instauration d'un concours à l'entrée des études, a pour conséquences une sursollicitation des MG actifs et une charge de travail qui s'accroît d'année en année. A Seraing, la zone où je pratique, le nombre de médecins n'est pas forcément un problème. En revanche les écarts sociaux entre patient-e-s sont importants et la MM dans laquelle j'exerce est située dans le bas de la ville, où la patientèle est la plus précarisée et davantage touchée par les mesures récentes du gouvernement. »

Pour ce généraliste, les processus d'exclusion qui sont à l'œuvre aujourd'hui se retrouvent dans les cabinets, avec une médicalisation de la souffrance sociale. « *Je vois tous les jours des gens qui s'effondrent dans mon cabinet car c'est encore un lieu accessible sur les plans géographique et financier et auquel les personnes accordent leur confiance. Or, dans le cadre des études, nous ne sommes pas vraiment formé-e-s pour cette gestion du social. On réagit selon le mode Symptômes – Diagnostic – Traitement. Cette équation n'est pas forcément la bonne pour tous les publics : si vous avez le bon diagnostic, il se peut que le traitement ne soit pas forcément accessible pour le-la patient-e. Dans le cas d'une maladie chronique, elle peut être liée à l'environnement physique de la personne – typiquement le logement insalubre – et le-la patient-e ne pourra rien y changer car les déterminants sociaux de la santé sont en cause.* »

De la souffrance sociale des patients vulnérables ...

Comme le souligne T. Moyersoen, prendre en charge quelqu'un en souffrance demande du temps, il faut déplier toutes les vulnérabilités, essayer d'identifier les sphères touchées, rester dans le partenariat et ne pas verser dans le paternalisme. *« D'où la nécessité de sortir de cette médecine à l'acte, comme l'envisagent certaines mesures du New Deal proposées dernièrement par le ministre fédéral de la santé, pour pouvoir prendre le temps. Autre piste : le fait de mieux appréhender les inégalités sociales, pour mieux les comprendre et pouvoir, si c'est possible, agir sur celles-ci, notamment en dialoguant plus facilement avec les patient·e·s et en prenant le temps d'établir une relation patient·e-partenaire. La formation de l'asbl PSMG qui s'intitule « Santé et précarité : quel rôle des MG ? »²⁶ poursuit un tel objectif. »*

De ces vulnérabilités croissantes découlent aussi des situations de violences des patient·e·s envers les soignant·e·s, violences qui ne sont que le reflet de ce que les personnes subissent de la part

d'autres institutions. A cet égard, si la numérisation peut dans certains cas faire gagner du temps, le plus souvent les outils informatiques imposés répondent essentiellement, selon T. Moyersoen, à une logique de rentabilité et d'efficacité, au détriment de la prise en charge des patients de manière holistique, qui aurait en points de mire la prévention et la promotion de la santé.

... à celle des soignants

Confrontés à toutes ces réalités, les MG sont aujourd'hui éprouvés. On parle beaucoup de fatigue compassionnelle²⁷, en lien avec le syndrome du sauveur dans le chef des soignant·e·s. Une des choses importantes à pointer est *« la nécessité pour le MG de prendre soin de soi, pour pouvoir prendre soin des autres. Il est important de ne pas être aspiré par les problèmes des autres. Il faut aussi pouvoir dire qu'on s'arrête un temps pour reprendre des forces, s'éloigner de ce qui fait mal et s'interroger sur ce qui fait sens. »*

²⁶ <https://promosante.be/formations/>

²⁷ Voir l'article d'Anoutcha Lualaba Lekede, « La fatigue compassionnelle, ce mal qui guette les travailleurs du care », in : e-Mag Bxl santé, n°5 : <https://urils.fr/leqRI5>

Pour T. Moyersoén, « Pouvoir s'extraire est une bonne chose et à cet égard, la supervision peut être une bonne piste car le médecin se retrouve au cœur des systèmes familiaux et peut perdre de vue le cadre ou le fait qu'il ne peut pas tout régler. C'est parfois important de se permettre ce pas de côté. Les Glems, qui regroupent des médecins ou pharmaciens, ont pour objectif de partager et d'évaluer les pratiques médicales. Il y a également les groupes Balint²⁸ qui regroupent des soignant·e·s qui réfléchissent à la relation soignant·e-soigné·e et travaillent au développement de la capacité d'écoute et d'empathie et à la compréhension et

l'amélioration des difficultés relationnelles entre protagonistes. On peut également citer l'asbl Médecins en difficulté²⁹ qui, comme son nom l'indique, est un point de contact pour les médecins confrontés à des problèmes psychiques, financé par les cotisations à l'Ordre des médecins, qui fonctionne avec un numéro unique, propose des psychologues auxquels on peut s'adresser, ainsi qu'un auto-questionnaire qui permet de voir si on est dans le rouge. »

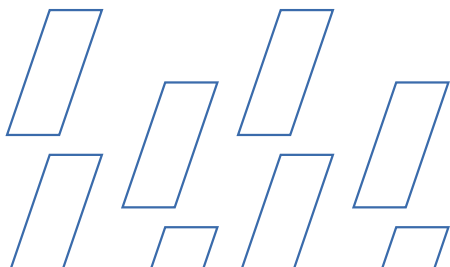
—

²⁸ <https://balint.be>

²⁹ <https://www.medecinsendifficulte.be>, avec le numéro vert 0800 23 460, ainsi que des webinaires

“Il faut souligner la nécessité pour le MG de prendre soin de soi, pour prendre soin des autres. Il est important de ne pas être aspiré par les problèmes des autres. Il faut aussi pouvoir dire qu'on s'arrête un temps pour reprendre des forces, s'éloigner de ce qui fait mal et s'interroger sur ce qui fait sens..”

— Thibault Moyersoén





D'autres pistes de solution

Dans les logiques de soins primaires, en phase avec la promotion de la santé, le dispositif de facilitateur-trice ou de médiateur-trice en santé³⁰ est une piste qui a déjà été explorée dans un certain nombre de pays, et plus récemment chez nous. Ses missions : identifier les obstacles à l'accès aux soins, fournir un soutien adapté à chaque patient·e, ren-

forcer les connaissances en matière de santé, orienter les personnes vers certains acteurs-trices clés, aider les groupes vulnérables ou encore signaler les inégalités sociales de santé et les problèmes d'accessibilité aux soins. Comme l'explique Thibault Moyersoën, « *Nous avons eu la chance de pouvoir expérimenter ce dispositif à la MM pour laquelle je travaille, cela nous a permis de réfléchir à notre manière de soigner et de mieux prendre en charge les patient·e·s.* »

³⁰ <https://www.fwpsante.be/projets/faciliteurs-en-sante-community-health-workers-chw/>

Une autre réponse peut être celle issue du collectif, au sein des organes représentatifs comme les cercles de généralistes qui regroupent les MG d'une région, qui ont notamment pour mission d'organiser les services de garde, mais peuvent également prendre des initiatives pour promouvoir les soins de santé et favoriser les collaborations avec d'autres prestataires. En tant que président du Cercle des généralistes de Seraing, T. Moyersoen déplore le fait qu'« *il est difficile aujourd'hui de recruter des personnes pour ces instances. Idem lorsque l'on veut rencontrer d'autres professionnel·le·s, d'autres institutions, comme les infirmières et les infirmiers, les assistant·e·s sociaux·ales ou les représentant·e·s des CPAS, pour tenter d'avoir plus de cohérence dans nos interventions. Pourtant c'est dans cette concertation et cette articulation des structures que l'on pourra trouver des pistes de solutions.* »

— **Nathalie Cobbaut**

Pour aller plus loin

Les outils, les fiches infos Patients et Médecins et les formations développées sur le site de PSMG – <https://promosante.be>

Les études de médecine, trop peu axées sur les aspects sociaux

« La santé, c'est 20% de médical, 30% de comportements des individus, sur lesquels on peut influencer, mais en fonction des déterminants de santé, 10% liés à l'environnement et 40% influencés par les facteurs socioéconomiques, soit 80% qui ne sont pas directement liés aux soins médicaux à proprement parler. »

Pour Th. Moyersoen, il y a beaucoup à faire pour transformer les études de médecine, qui sont toujours extrêmement médico-centrées, ce qui empêche un décroisement de la prise en charge et la constitution d'un réseau où l'on peut déléguer vers d'autres soignant·es. Il est certes important d'avoir un bagage solide, mais les questions de promotion de la santé et de prévention restent des notions insuffisamment abordées dans les études, tout comme les aspects sociaux ou encore la question des erreurs médicales. Cette sensibilisation réside surtout dans des cours qui sont bien souvent optionnels.