LE PATIENT ET LE MÉDECIN CONSEIL, VERS PLUS D'ÉGALITÉ?

# Recommandations et propositions

*Empowerment* des personnes, patient partenaire, patient acteur de sa santé, etc. Ces notions circulent de plus en plus dans le monde de la santé et plus largement. En tant qu'acteur de changement, la LUSS souhaite aller plus loin. Et invite à agir pour que ces notions deviennent effectives dans la vie quotidienne des personnes.

Dans ce cadre, la LUSS formule quelques recommandations et propositions sur base des témoignages reçus via le questionnaire et des débats avec les associations de patients. Plus largement, la LUSS se base aussi sur des pistes d'action et des bonnes pratiques mises en avant par les patients depuis plusieurs années.

Elle estime en effet que les procédures devant le médecin-conseil doivent être améliorées afin de permettre une meilleure qualité dans la relation entre le patient et le médecin-conseil. Les propositions d'action touchent aux différents moments-clefs de cette relation: avant la visite, pendant la visite et après la visite.

La LUSS souhaite enrichir et élargir ces recommandations par un dialogue et une concertation avec divers acteurs et partenaires concernés par cette problématique, notamment le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, la Vlaams Patiëntenplateform, diverses administrations publiques, etc. …

## Assurer l’application de la loi « Droits du patient »[[1]](#footnote-1) (22 août 2002)

La loi du 22.08.2002 reconnaît une série de droits au patient. Parmi ceux-ci, trois de ces droits peuvent s’appliquer plus particulièrement à la relation médecin-conseil-patient :

* le droit du patient à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable (article 7). Dans le cadre de la relation avec le médecin-conseil, il s’agit de recevoir les informations nécessaires liées à son état de santé qui permette au patient de comprendre sur quelles bases se fonde la décision. Ce droit à l’information requiert aussi que la communication du praticien se fasse dans un langage adapté au patient
* le droit de consultation du dossier médical le concernant (article 9 paragraphe 2). La généralisation progressive du dossier médical informatisé devrait permettre une centralisation de l’information concernant le patient. Le médecin-conseil n’aura pas accès à ce dossier médical informatisé mais la possibilité devrait lui être laissée de déposer certaines informations (notamment la décision qu’il prendrait).
* le droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel (article 10)

La LUSS propose de développer des indicateurs qui permettraient d’évaluer de manière plus précise et objective l’application de la loi sur les droits du patient. Par exemple, instaurer un formulaire d’évaluation des visites chez le médecin-conseil pourrait fournir quelques indications sur la manière dont le médecin-conseil communique et informe le patient.

L’accès au dossier médical (c'est-à-dire la possibilité de prendre connaissance des documents médicaux sur lesquels le médecin conseil fondera sa décision) doit également être renforcé. Une stratégie d'information et de sensibilisation des médecin-conseil devrait être développée sur ce point. La Commission fédérale "Droits du patient" devrait également s'emparer de cette question. L'information et l'accès au dossier médical sont les deux droits pour lesquels une majorité de répondants au questionnaire ont exprimé leurs préoccupations.

## Favoriser et développer l’information[[2]](#footnote-2) sur la procédure devant le médecin-conseil

Il ressort du questionnaire que les patients sont mal informés sur la manière dont la visite de contrôle va se dérouler et sur ses prolongements.

La remise d’une brochure d’information sur le rôle du médecin conseil, ses missions, les enjeux et leurs conséquences ainsi que la procédure détaillée serait de nature à renforcer cette information. Cette brochure rédigée par l’INAMI en collaboration avec les associations de patients et la LUSS doit être écrite dans un langage accessible et clair. Cette brochure devrait être envoyée en même temps que la convocation chez le médecin-conseil. Elle devrait également être largement diffusée par exemple dans les permanences des mutualités et autres services sociaux.

Par ailleurs, les médecins-conseils devraient dès le début de la visite fixer le cadre et indiquer de quelle manière cette visite va se dérouler. Cela permettrait d’établir la confiance avec le patient et de lui permettre de mieux comprendre la décision qui est prise.

La LUSS propose d’encourager des modes de transmission de l’information qui favorisent la participation des patients tels que par exemple des séances d’information avec questions-réponses, la co-écriture par des usagers de documents d’information…. Les associations de patients s’inscrivent déjà dans cette démarche.

## Renforcer la formation des médecins-conseils à l’accueil, l’écoute et la communication avec les patients

Les témoignages recueillis par la LUSS attestent que des améliorations sont encore possibles au niveau de l’accueil du patient et de la manière dont le médecin conseil écoute et communique avec le patient.

La LUSS propose que des formations adaptées et ciblées sur cette dimension de la relation puissent être organisées à l’attention des médecins-conseil. L’objectif est qu’ils puissent être plus attentifs à recevoir les patients en tenant compte de leur situation particulière (fragilité liée à l’état de santé et ses conséquences notamment sociales et financières). Cette formation devrait être proposée par l’INAMI dans le cadre de la formation continue des médecins-conseils.

Nous proposons que ces dimensions liées à l’écoute, à l’accueil et à la communication soient intégrées ou renforcées dans la formation de base des médecins.

Une formation a été organisée en 2016 par l’INAMI sur le Disability management (une autre est programmée en 2017-2018). Celui-ci repose sur le maintien au travail ou sur un retour rapide/adéquat au travail de la personne en incapacité de travail, dans le cadre duquel il est tenu compte des besoins individuels de la personne, des conditions de travail et du cadre législatif.[[3]](#footnote-3) Cette formation s’adresse entre autres aux médecins-conseil. La LUSS salue cette initiative. Mais souhaite aller plus loin. En examinant la liste des thèmes abordés dans cette formation, la LUSS suggère de développer davantage la dimension relationnelle avec l’usager : renforcer les capacités d’écoute et de communication, pouvoir instaurer une relation de confiance avec le patient...

La LUSS propose d’encourager toute initiative de formation à l’empowerment du patient. Il s’agit de donner à chaque malade chronique le soutien et l’information nécessaires pour lui permettre, dans la limite de ses capacités et en fonction de ses propres objectifs et motivations, de se prendre en charge et d’avoir un rôle actif dans son processus de soin et dans sa vie. [[4]](#footnote-4) Cette formation concerne tout particulièrement les médecins-conseils dans la mesure où à travers cette formation ils peuvent acquérir ou développer leurs compétences qui permettront de contribuer à renforcer les capacités du patient à être acteur de son processus de réinsertion.

La LUSS recommande d'intégrer pleinement les patients et les associations de patients dans la réflexion et la concrétisation des programmes de formation des médecin-conseil. Ce serait un signal fort et novateur pour les patients. La LUSS et les associations de patients collaborent déjà à plusieurs programmes de formations (notamment sur les maladies chroniques, organisé par le Réseau Multidisciplinaire Local de Bruxelles pour les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers, etc.).

## Généraliser les équipes pluridisciplinaires[[5]](#footnote-5) (infirmier, psychologue, paramédical, etc.) autour du médecin-conseil et mise en place d’une meilleure concertation entre médecins

Nous recommandons de soutenir et de développer les équipes pluridisciplinaires autour des médecins-conseils dans le respect du secret médical applicable entre autres au personnel médical et paramédical. Chaque professionnel de santé peut en effet éclairer le médecin-conseil sur des aspects particuliers liés à la maladie et son évolution, son impact dans la vie quotidienne du patient.

Le médecin conseil doit pouvoir privilégier la concertation avec cette équipe pluridisciplinaire qui puisse garantir que la décision soit prise en considérant les contraintes physiques, psychologiques ou sociales qui s’imposent au patient et qui sont de nature à impacter sa réinsertion socioprofessionnelle. Par cette collaboration, le médecin peut développer également une approche plus préventive (il pourrait suggérer des mesures pour améliorer les conditions de travail par exemple).

Une meilleure concertation entre médecins devrait permettre une meilleure circulation de l’information lorsque dossier du patient est transféré vers un autre médecin conseil (par exemple en cas d’absence du médecin conseil en charge du dossier). Cela permettrait aux médecins-conseil d’avoir une meilleure connaissance du dossier du patient et de ses spécificités.

## Prévoir un médecin de référence ou un centre de référence pour les maladies rares

Cette mesure s’indique tout particulièrement lorsque le patient souffre d’une maladie rare parfois no connue des médecins conseil. La spécialisation d’un médecin pour ce type de pathologies permettrait de mieux tenir compte des spécificités de la maladie dans la prise de décision.

Les médecins-conseils doivent également pouvoir s’appuyer sur les **centres de référence existants (**mucoviscidose, maladies neuro-musculaires, hémophilie, maladies rénales…**).** Ceux-ci disposent de l’expertise nécessaire (que ce soit sur le plan médical, psychologique ou social) pour permettre au médecin-conseil de se forger une opinion en toute connaissance de cause et de pouvoir prendre une décision qui tienne au mieux compte de la réalité de l’état de santé du patient.

Le nombre de centres de référence étant actuellement limité, il convient d’en créer de nouveaux pour des pathologies rares non encore couvertes.

## Amélioration continue des pratiques soutenue par une évaluation des visites

La LUSS préconise que le patient puisse au terme d’une visite remettre son avis sur la manière dont la procédure a été appliquée. Un formulaire pourrait lui être remis au terme du contrôle et être renvoyé par exemple à l’INAMI. Cette évaluation permettrait de pouvoir plus rapidement adapter la procédure et d’identifier les problèmes qui peuvent se poser.

Cette proposition s’inspire de qui se réalise déjà dans certains hôpitaux où après chaque consultation le patient est invité à remplir un questionnaire d’évaluation. Ce questionnaire une fois dépouillé permet d’identifier les points d’amélioration possibles au niveau de la qualité des services rendus par l’hôpital.

## Inclure dans le dossier médical des éléments du dossier infirmier et d’autres dossiers tels que le dossier en kinésithérapie

Le dossier médical doit refléter au mieux la situation médicale du patient mais doit aussi pouvoir tenir compte des soins qui lui sont prodigués et qui peuvent constituer un frein dans la réinsertion socioprofessionnelle de ce patient. Il s’agit par exemple des soins infirmiers ou de kinésithérapie qui sont consignés dans un dossier. Le fait, par exemple, de devoir renouveler des pansements doit pouvoir être pris en considération dans l’appréciation par le médecin conseil de l’incapacité de travail du patient.

## La nécessité d’une plus grande transparence lors de la visite de contrôle et lors de la prise de décision

Le patient doit pouvoir savoir de quelle manière son état de santé va être évalué et quels seront les éléments dont le médecin-conseil tiendra compte au moment de prendre sa décision. Cela pourrait prendre la forme d’un code de déontologie ou d’un code de bonnes pratiques qui s’appliquerait aux médecins-conseils.

La motivation claire et argumentée de la décision du médecin-conseil doit être renforcée. Une explication floue, une rédaction lapidaire ou sommaire ne permettent pas au patient de comprendre sa situation et d'être un acteur de sa santé.

## Le médecin-conseil à l’écoute du patient

Le médecin-conseil doit pouvoir être à l’écoute du patient et de son vécu pour percevoir les différentes facettes de sa situation : l’état de santé, la manière dont la maladie est vécue, ses conséquences sociales, les soins prodigués au patient, le contexte socio-professionnel (pénibilité éventuelle du travail). S’il a l’impression d’être écouté, le patient se sentira reconnu dans ce qu’il vit. Il aura davantage confiance dans ses capacités de surmonter la maladie et il pourra mieux s’impliquer dans le processus de soins.

Il est essentiel de valoriser l’*empowerment* du patient et ainsi d’instaurer un dialogue entre le médecin et le patient. Ce modèle plus délibératif vise au travers des explications fournies par le médecin, la prise de décision et l’acceptation de celle-ci lorsqu’elle est prise par le corps médical car il est en mesure d’évaluer les impacts que cette décision médicale va avoir sur sa vie.

Le médecin-conseil doit pouvoir apprécier dans quelle mesure une personne atteinte d’une maladie peut, sans risque pour sa santé, reprendre ou poursuivre une activité professionnelle. Il doit pouvoir tenir compte d’un risque éventuel de rechute, du caractère plus ou moins contraignant du traitement et donc adapter le processus de réinsertion professionnelle à la capacité physique réelle du patient. Le caractère chronique de la maladie peut justifier également que le médecin-conseil puisse fonder sa décision sur la manière dont la maladie évolue et sur son impact dans la vie quotidienne du patient.

Une bonne écoute nécessite que le médecin-conseil dispose du temps nécessaire pour chaque patient qu’il reçoit et qu’il ne soit pas submergé par un nombre de consultations trop important.

## Valoriser le volontariat comme une possibilité de réinsertion socioprofessionnelle

La réglementation actuelle prévoit qu’une personne en incapacité de travail doit obtenir l’autorisation du médecin-conseil pour pouvoir exercer une activité bénévole. Il ne s’agit pas d’un second choix parce que la réintégration en entreprise ne serait pas envisageable. Il s’agit d’un choix de vie de la personne qu’il ne faut pas entraver par des procédures trop longues ou complexes. Cette activité volontaire permet de sortir de l’isolement, de recréer des liens sociaux. Elle peut être l’amorce d’un nouveau projet professionnel.

L’activité bénévole ne remplace pas le travail, il s’agit d’un projet personnel qui peut à terme permettre une réintégration professionnelle.

La LUSS plaide ici pour qu'un dialogue positif s'installe entre les médecins-conseils et le monde associatif. Des rencontres ouvertes et constructives entre plusieurs acteurs (dont la Plate-forme francophone pour le volontariat) peuvent contribuer à clarifier le rôle, la place et l'utilité de l'engagement associatif dans un parcours de réinsertion professionnelle.

## Le recours contre la décision du médecin-conseil : permettre la médiation, faciliter l’accès à une procédure judiciaire

Lorsqu’ un patient conteste une décision du médecin-conseil, il n’a pas d’autre choix que d’introduire un recours au tribunal du travail. Il conviendrait de privilégier la voie de la médiation par un service de médiation externe afin de permettre une réévaluation rapide de la situation. Si cette médiation n’est pas possible, l’accès aux voies de recours judiciaire doit être amplifié. Actuellement seuls les syndicats et des avocats introduisent ce type de recours. Quand on connaît les conditions de plus en plus draconiennes pour obtenir l’aide juridique de seconde ligne, on peut s’inquiéter de l’effectivité du droit de recours. Se défendre seul lorsque la partie adverse est défendue par un avocat n’est pas une piste envisageable pour tous.

## Pallier au manque de médecins-conseils

Les médecins conseils sont actuellement en sous-effectif ce qui n’est pas sans conséquences à la fois pour le médecin et pour la personne devant consulter ; manque de temps, consultations à la chaine, stress, décisions prises rapidement. Ce manque de médecin conseil a également pour effet que dans certaines zones géographiques un seul médecin conseil consulte, cela est problématique lorsque la

relation entre les deux parties n’est pas bonne. Il n’y a dès lors aucune possibilité de sortir de ce face à face.

## En conclusion de ces recommandations : vers l’uniformisation et l’harmonisation des pratiques

Toutes les personnes qui sont examinées par un médecin-conseil doivent l’être avec la même attention. Il ne peut y avoir de différence de traitement selon les endroits, il s’agit donc de tendre vers une harmonisation et une uniformisation des pratiques permettant d’instaurer un dialogue constructif entre le patient et le médecin-conseil et de permettre une réelle prise en compte de la réalité du patient.

1. Fiche d’information sur les droits du patient (LUSS – novembre 2015) et le rapport « Propositions d’action pour mieux informer les patients » (LUSS – 2013/2014) [↑](#footnote-ref-1)
2. Chaînon, n°32, "Façons d’informer, manières de rencontrer les usagers : agir comme association de patients", – janvier-mars 2014 (trimestriel de la LUSS). [↑](#footnote-ref-2)
3. Brochure de l’INAMI sur le disability management, de la formation à la certification – mai 2016 [↑](#footnote-ref-3)
4. Plan conjoint en faveur des maladies chroniques : des soins intégrés pour une meilleure santé. [↑](#footnote-ref-4)
5. Chaînon, n°31, "L’interdisciplinarité en pratiques", décembre 2013, (trimestriel de la LUSS). [↑](#footnote-ref-5)