

La médecine spécialisée de demain: comment les médecins-spécialistes la voient-ils?



GBS-VBS

Dr Jean-Luc Demeere

GBS -VBS

23.11.2019

Évolution dans les 10 ans à venir

- ▶ 1. Place du médecin généraliste dans l'offre de soins
 - ▶ De la pratique solo vers la pratique de groupe
 - ▶ La prise en charge des gardes
 - ▶ La médecine préventive et les maladies chroniques
 - ▶ Les nouvelles maladies comme le burn-out et le concept de bien-être
- ▶ 2. Master infirmier de pratique avancée et techniciens
 - ▶ Reprise d'actes et de missions actuellement réservées aux médecins
 - ▶ Master après des études d'infirmier (4 + 2?). Médecine en 6 ans...
- ▶ 3. Rôle de l'intelligence artificielle
 - ▶ Algorithmes qui interprètent aussi bien (ou mieux) les résultats d'examens
 - ▶ Développement d'arbres décisionnels
- ▶ 4. Développement technologique
 - ▶ Robotisation
 - ▶ Nouvelles techniques et mécanisation
 - ▶ Télémédecine
- ▶ 5. Information aux patients et comportement de consommateur
 - ▶ Internet ... Dr Google
 - ▶ Patient comme client de soins (sites d'évaluation, forums, qualité perçue...)
 - ▶ Associations de patients (Alzheimer...)
- ▶ 6. Le système de soins de santé et les choix politiques
 - ▶ L'échelonnement
 - ▶ Le financement (suppléments)
 - ▶ Réseaux hospitaliers et centres de référence



Réflexion au sein du GBS: enquête

- ▶ 1. Quelle est la place du médecin spécialiste dans l'offre de soins?
- ▶ 2. Quelle évolution attendre dans chaque spécialité?
- ▶ 3. Quel sera l'impact dans la spécialité des réseaux hospitaliers?
- ▶ 4. Comment définir le médecin généraliste et le médecin spécialiste?
- ▶ 5. Comment exercer sa profession, solo, en groupe...
- ▶ 6. Quel est le rôle de l'infirmier, du master...
- ▶ 7. Work/life balance, rémunération, statut social...
- ▶ 8. Management de l'hôpital, médecin spécialiste,... formation?
- ▶ 9. e-médecine
- ▶ 10. Quels actes peuvent être robotisés dans votre spécialité?



Résultats de l'enquête

- ▶ 1. Une enquête a été envoyée à tous les membres du comité directeur des différentes spécialités
- ▶ 2. Questions ouvertes
- ▶ 3. Réponses : choix de la langue, non pas la représentativité par groupe linguistique
 - ▶ 21 francophones
 - ▶ 55 néerlandophones + 1
- ▶ 4. Spécialités: 23
 - ▶ Ophtalmo, Médecine nucléaire, Chirurgie, Gastro-entérologie, Médecine physique et réhabilitation, Génétique humaine, Rhumato, Chirurgie cardiaque, Imagerie médicale, Orthopédie, Anatomopathologie, Médecine interne, Neurologie, Gériatrie, Soins intensifs, Chirurgie plastique et reconstruction, Biologie clinique, Chirurgie vasculaire, Pédiatrie, Anesthésie, Psychiatrie, Pneumologie, Neurochirurgie, Urgences



1. Quelle est la place du médecin spécialiste dans l'offre de soins?

- ▶ Place croissante car médecine de plus en plus technique
 - ▶ Hyperspécialisation de la médecine
 - ▶ Diminution du champs d'activité et de compétences des médecins
 - ▶ “La médecine spécialisée offrira la réponse aux problèmes de santé pour lesquels les médecins généralistes ou LES PÉDIATRES n'ont pas suffisamment de temps/ formation/ équipement pour fournir une réponse spécifique”
- ▶ Diminution car trop grande importance de la médecine générale
- ▶ Abolition ou interaction des lignes de soins (1ère, 2e , 3e)



Médecine interne

- ▶ Spécialité : médecine interne, gériatrie, rhumatologie, gastro, pneumo
- ▶ PLACE de la médecine spécialisée dans l'offre de soins:
 1. **1. Hyperspécialisation:** médecine pointue de référence et d'avis pour éviter d'empiéter sur le domaine de la médecine générale
 2. **Concentration** des lieux de pratique
 3. Médecine de second recours en support de la médecine générale
 4. Malgré la superspécialisation, approfondissement de l'**approche HOLISTIQUE** de la médecine interne et élargissement du champs de la première ligne pour des **pratiques extra-muros** comme la pédiatrie, la gynécologie, LA MÉDECINE INTERNE, la psychiatrie, la gériatrie, le médecin généraliste restant le coordinateur des soins
 5. **Disparition de certaines spécialités** vu le développement de l'IA, moins de prévention et plus de thérapies (vrais malades) pour le médecin SP
 6. Place de la **téléconsultation et télémédecine**, conseils pointus pour des pathologies gérées par des algorithmes complexes et développement des technologies de pointe



Chirurgie

- ▶ Spécialités: chirurgie générale, orthopédie, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire et thoracique, la chirurgie plastique et la reconstruction
- ▶ 1. **Hyperspécialisation** et donc réduction du champs d'activité et donc...
- ▶ 2. **Multidisciplinarité** et facilitation de la communication (avis) par la téléconsultation et la télémédecine
- ▶ 3. Perte de liberté de choix des patients avec une concentration des “pathologies” dans des centres hyperspécialisés, **HOSPITALOCENTRISME**, sans tenir compte des spécificités et des choix des patients (mobilité), dans une organisation de l'offre en fonction de réseaux de soins et donc...
- ▶ 4. Perte de la notion de première, deuxième et troisième ligne, mais...
- ▶ 5. Développement de la chirurgie extrahospitalière proche des patients et rôle de la médecine générale comme coordinatrice de soins. **CHIRURGIE AMBULATOIRE**
- ▶ 6. Développement de **programmes de soins transmuraux**.
- ▶ 7. L'hyperspécialisation va réduire l'exercice de la profession de médecin à l'étroit domaine spécifique de l'hyperspécialité pour des raisons juridiques et organisationnelles
- ▶ 8. Maintenir une formation et **activité “générale” HOLISTIQUE** et développer **UNE HYPERSPÉCIALISATION**



Spécialités techniques et de consultations

- ▶ Spécialités: pédiatrie, psychiatrie, ophtalmologie, médecine physique et de réhabilitation
- 1. La croissance des connaissances médicales et la complexité garantissent le **développement des spécialités et SUBSPÉCIALITÉS**
- 2. La médecine spécialisée doit offrir les réponses aux problèmes de santé pour lesquels les médecins généralistes et les pédiatres n'ont pas assez de temps, de formation, ou d'équipement pour y répondre.
- 3. L'hyperspécialisation restreint le domaine de la pratique du médecin et coûtera plus, sans garantie de plus-value en termes de santé publique
- 4. La médecine spécialisée restera importante mais sera **privée de son pouvoir décisionnel par "la délégation" de sa fonction**
- 5. Nécessité d'offrir les **soins les plus appropriés** et spécialisés aux patients afin d'assurer sa réintégration dans la société
- 6. **Éviter l'hospitalocentrisme**



Pédiatrie

- ▶ Évolution de la médecine spécialisée:
 - ▶ Plus de prévention
 - ▶ Plus de subsécialités
 - ▶ Plus de cohésion thérapeutique entre la société, les parents, la médecine générale
- ▶ Dans la spécialité
 - ▶ Promotion des vaccinations et des préventions (obésité, agressivité...)
 - ▶ Développement de la pédiatrie transmurale
 - ▶ Hospitalisation en ambulatoire
 - ▶ Développement des sous-spécialités (gastro, pneumo...)
- ▶ Pratique extramurale
 - ▶ Pratiques de groupe en extramural
 - ▶ Services de gardes de pédiatrie couplés à des postes de garde de médecine générale
- ▶ Université
 - ▶ Meilleure répartition des activités entre les différentes universités
 - ▶ Limitation du nombre des NICU en PICU (SI)
 - ▶ Meilleur financement des sous-spécialités



Médecine aiguë

- ▶ Spécialités : anesthésie, urgences, soins intensifs
- ▶ Trend au développement des spécialités vu la technicité de plus en plus pointue et l'étendue des connaissances.
- ▶ **Superspécialisation**
- ▶ Développement de la médecine transmurale en vue d'une approche globale et multidisciplinarité
- ▶ Développement de la **MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE** et des **DISCIPLINES TRANSVERSALES**
- ▶ Le médecin généraliste a un rôle de coordinateur avec pouvoir d'avis v/v du patient
- ▶ **Een jurist is geen advocaat, maar een advocaat is een jurist.**



Place de la médecine spécialisée dans l'offre de soins?

SUBSPÉCIALITÉS



Place de la médecine spécialisée dans l'offre de soins?

SUBSPÉCIALITÉS

APPROCHE
HOLISTIQUE



Place de la médecine spécialisée dans l'offre de soins?

SUBSPÉCIALITÉS

APPROCHE
HOLISTIQUE

MULTIDISCIPLINARITÉ
PROGRAMMES de
SOINS



Place de la médecine spécialisée dans l'offre de soins?

SUBSPÉCIALITÉS

APPROCHE
HOLISTIQUE

PLACE de la
médecine
transversale
Ambulatoire

MULTIDISCIPLINARITÉ
PROGRAMMES de
SOINS



Place de la médecine spécialisée dans l'offre de soins?

SUBSPÉCIALITÉS

APPROCHE
HOLISTIQUE

PLACE de la
médecine
transversale
Ambulatoire

Médecin
généraliste
COORDINATEUR
AVIS

MULTIDISCIPLINARITÉ
PROGRAMMES de
SOINS



Place de la médecine spécialisée dans l'offre de soins?

SUBSPÉCIALITÉS

APPROCHE
HOLISTIQUE

Pas
d'hospitalocentrisme

Télémédecine
Téléconsultation

MULTIDISCIPLINARITÉ
PROGRAMMES de
SOINS

Médecin
généraliste
COORDINATEUR
AVIS



Place de la médecine spécialisée extramuros

- ▶ 1. Médicotechniques : hôpital
- ▶ 2. Chirurgie:
 - ▶ Tout à l'hôpital : orthopédie
 - ▶ Consultation extra-muros ou en polyclinique
 - ▶ Activité chirurgicale:
 - ▶ Ophtalmo : extramuros
 - ▶ Chirurgie ambulatoire (hospitalier ou polycliniques)
- ▶ 3. Médecine interne:
 - ▶ Consultations intrahospitalières avec possibilité d'actes techniques
 - ▶ Activité hors hôpital : consultation et certains actes techniques (colono)
 - ▶ Consultation en première ligne
- ▶ 4. Autres spécialités:
 - ▶ Activité de consultation en première ligne



Réseaux et université

▶ 1. Réseaux :

- ▶ Paradoxe: personnalisation des soins versus une organisation “économique” des soins dans un système. Quelle est l’attente et le besoin du patient?
- ▶ Indispensables pour une offre de soins adéquate en toute transparence
- ▶ Nécessité de protocoles de transfert, de diagnostics et de thérapies. Standardisation
- ▶ Développement de centres de référence mais problème des transports de patients et mobilité des patients
- ▶ Concentration des moyens notamment (SI) et optimalisation du rendement en fonction des besoins
- ▶ Maintenir l’attractivité des “petits centres”
- ▶ Rôle des gestionnaires de réseau qui définiront la pratique des médecins sur des bases économiques

▶ 2. Université:

- ▶ Développement d’une médecine personnalisée et humaine HORS des centres universitaires réservés à la recherche et aux cas “rares”
- ▶ Pathologie mineure vers des centres NON universitaires. Les cas EXOTIQUES à l’université, mais pas les cas “intéressants”? Les universités doivent faire un choix et ne pas être en concurrence avec l’hôpital non universitaire
- ▶ Développement des centres de référence dans les réseaux et transfert secondaire dans les centres universitaires. High tech medecine for the happy few!
- ▶ Missions d’enseignement et de recherches pour les cas complexes. Mais formation des assistants souvent théorique et par “assistance” depuis la “cinquième” rangée...
- ▶ Il faut développer des centres de référence hors université
- ▶ Rôle dans le développement de l’IA et la gestion



Différenciation entre la médecine générale et le spécialiste

- ▶ Là où la compétence du médecin généraliste s'arrête commence celle du médecin spécialiste. C'est au médecin généraliste et/ou au patient à définir cette compétence
- ▶ “De huisarts weet iets van alles en de specialist, alles van iets” ou “le spécialiste avec une loupe et le généraliste une longue vue”.
- ▶ Le médecin généraliste a un rôle dans la prise en charge globale du patient. Le médecin spécialiste dans sa spécialité.
- ▶ **Le généraliste est quoi qu'il arrive la pierre angulaire du traitement du patient. Le SP donne des avis spécialisés ponctuels mais peut également diriger l'ensemble du traitement pour des maladies rares et complexes.**
- ▶ Ils font de moins en moins de médecine aiguë (sutures, plâtres...) et de plus en plus de médecine préventive ou des pathologies chroniques
- ▶ Rôle fondamental du médecin généraliste
 - ▶ Traiter le patient dans son contexte social (médecin de famille, spécialiste, institutions...)
 - ▶ Intégrer les diverses pathologies
 - ▶ Coordinateur des soins et détenteur du dossier médical du patient
 - ▶ Il a le pouvoir d'avis sur certaines prises en charge du patient (coach). Ils ont trop peu de pratique dans certains domaines pour décider.
- ▶ Le médecin généraliste est limité pour la pédiatrie, gynéco, ORL, orthopédie (surconsommation de RX)
- ▶ La médecine générale limite son activité (arrêt de prise en charge des patients - patiëntenstop). Le SP devient le SOS ou le substitut du généraliste
- ▶ Échelonnement ou obligation de passer par le généraliste avant de voir un SP
 - ▶ Échelonnement pur : chirurgie (orthopédie, neurochirurgie et chirurgie cardiaque)
 - ▶ Collaboration entre la médecine spécialisée et la médecine générale (disparition des 1ère, 2e,... lignes de soins)
 - ▶ Partenariat entre les spécialistes et généralistes
 - ▶ Pas d'échelonnement pur pour les autres spécialités



FORMATION: nouveautés indispensables dans votre spécialité

1. Plus de formation CLINIQUE et pratique
 - ▶ L'académisation met l'accent sur les connaissances. Ils savent mais ne savent pas le faire
 - ▶ Au minimum autant de stages en milieu universitaire et non-universitaire
2. Formation d'assistants, pas de compagnonnage "rentable", mais accompagnement
 - ▶ Nécessité d'une évaluation nationale des lieux de stage et de la formation
 - ▶ Plan de formation et suivi de l'assistant
 - ▶ Assistants, médecins spécialistes en formation et pas des médecins du cadre
3. Formation aux nouvelles techniques
 - ▶ Médicales (IA, robot...)
 - ▶ Communication (télémédecine et communication)
 - ▶ Entre médecins
 - ▶ Avec les patients
 - ▶ Avec le gestionnaire
4. Reconnaissance des nouveaux critères de formation (curriculum ou critères spécifiques)
5. Formation en management et économie y compris gestion du cabinet
6. Développement des attitudes, aptitudes et connaissances avec évaluation annuelle
 - ▶ Communication
 - ▶ Empathie et humanisation



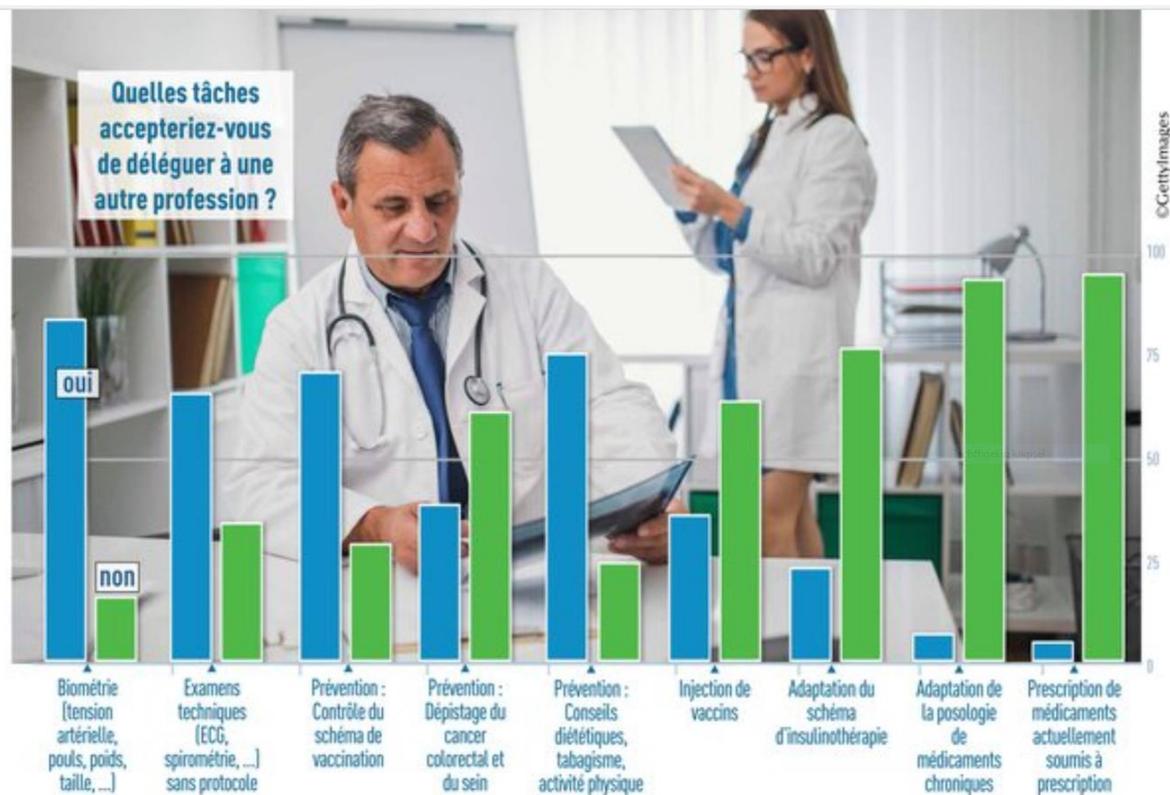
Infirmière et infirmière de pratique avancée

- ▶ 1. Rôle : indispensable, incontournable et presque irréfutable
 - ▶ Pas de diagnostic primaire ni de thérapie
 - ▶ Gestion et administration, assistance du médecin, gestion des accords avec les mutuelles
 - ▶ Follow UP et perception des besoins du patient (médicaux psychologiques et sociaux)
 - ▶ Information aux patients
 - ▶ TEAM WORKING :
 - ▶ INFLUENCENT TROP LA POLITIQUE MEDICALE de l'INSTITUTION
- ▶ 2. Actes: (certificats de compétences particulières)
 - ▶ Soins infirmiers aux patients
 - ▶ Stérilité, matériel, sécurité (patients, OP..)
 - ▶ Prise des paramètres et screening pré-consultation
- ▶ 3. Actes confiés:
 - ▶ Fermeture des plaies
 - ▶ Suture des parois et initialisation de l'acte chirurgical
 - ▶ ASSISTANCE OPÉRATOIRE
 - ▶ Hémostases simples
 - ▶ Plâtres
 - ▶ Monitoring et surveillance des patients
 - ▶ Selon un protocole établi, actes et décisions thérapeutiques en fonction de guidelines
 - ▶ Traitements (onco) I.V., vaccinations
 - ▶ Tests fonctionnels (pneumo, cardio, EEG, tests d'allergie, tests psycho-éducatifs, cognitifs, OCT...)
 - ▶ CONSULTATIONS de SUIVI

TACHES RÉPÉTITIVES et PAS de RESPONSABILITÉ



JdM 15/11/2019: 61 des médecins généralistes OUI



Management, CEO, rémunération

- ▶ Le CEO de l'hôpital doit-il être un médecin?
 - ▶ OUI: 55%
 - ▶ NON: 44%
- ▶ Le médecin spécialiste a-t-il un rôle à remplir dans le management de l'hôpital?
 - ▶ OUI: 97%
 - ▶ NON: 3%
- ▶ Faut-il obligatoirement une formation particulière pour remplir des missions de gestion dans un hôpital (CM...)
 - ▶ OUI: 57%
 - ▶ NON: 43%
- ▶ Quelle rémunération souhaitez-vous pour votre activité de médecin-spécialiste
 - ▶ Honoraire à l'acte: 56%
 - ▶ Salariat: 9%
 - ▶ Statut combiné: 23%
 - ▶ Indépendant et forfait: 10%
- ▶ Statut unique:
 - ▶ OUI: 29%
 - ▶ NON: 71%



La médecine virtuelle



e-médecine et votre pratique - robotisation: changement radical de l'exercice de la profession: avantage pour le patient et le soignant

- ▶ E-médecine:
 - ▶ Travail à domicile
 - ▶ Dossier médical, data management
 - ▶ Communication, télémédecine, téléconsultation, téléformation
 - ▶ TRANSPARENCE
 - ▶ EVIDENCE (EBM)
 - ▶ ENSEIGNEMENT (e-learning, simulateurs en 3D)
 - ▶ Information et savoir-médical (internet)
 - ▶ Interprétation des données et proposition de diagnostic
 - ▶ Imagerie médicale (3D)
 - ▶ Diagnostic en anapath, endoscopie digestive...
 - ▶ Diagnostic à partir d'algorithmes cliniques
 - ▶ Follow-up: outcome
- ▶ Pays-Bas: dématérialisation des données et création d'un e-hôpital
- ▶ Robotisation
 - ▶ Chirurgie (sauf orthopédie?)
 - ▶ Robot = marketing
 - ▶ Attention aux bugs!
 - ▶ Coût
 - ▶ Endoscopiques
 - ▶ Prothèses
 - ▶ Laboratoires
 - ▶ Closed-loop process: insuline, anesthésie...



e-médecine : risques

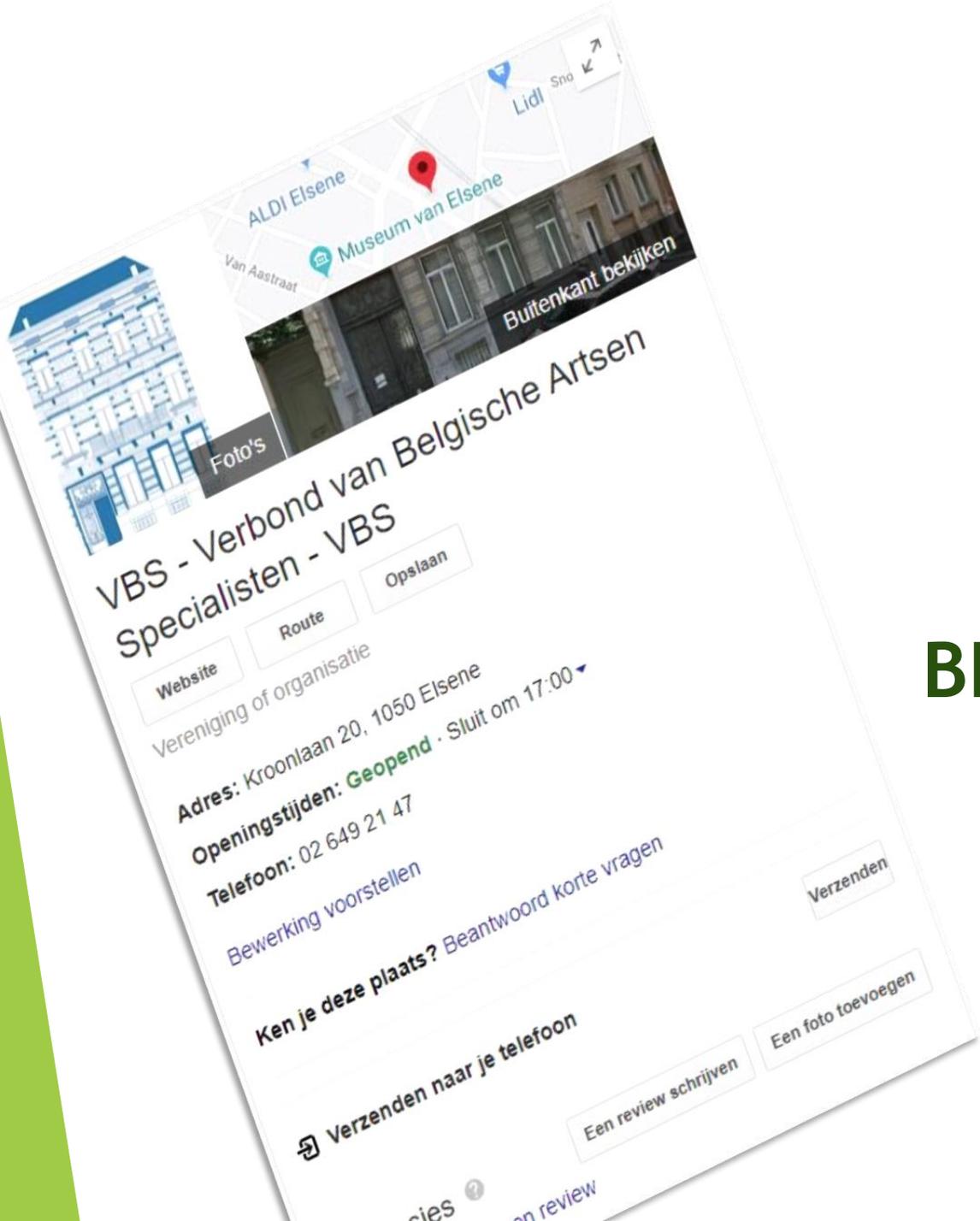
- ▶ 1. Déshumanisation des soins et patient virtuel
- ▶ 2. Abandon de la clinique
- ▶ 3. Risque de standardisation et simplification
- ▶ 4. Confidentialité
- ▶ 5. CONTRÔLE par l'AUTORITÉ
 - ▶ Projet de qualités
 - ▶ Choix thérapeutiques imposés
- ▶ 6. Coût et pouvoir
 - ▶ Ubérisation des spécialités via consultations d'autres pays
 - ▶ Risques d'algorithmes payants (Google, Apple...) qui auront des contrats avec les hôpitaux
 - ▶ Contrôle par les assurances
- ▶ 7. Responsabilité :
 - ▶ La machine n'a pas de personnalité juridique, mais bien le médecin
- ▶ 8. Perte de temps?
 - ▶ KISS
 - ▶ Simplification ou procédure incontournable



Conclusions

- ▶ Développement de la médecine spécialisée
- ▶ Suppression des lignes de soins mais un fonctionnement intégré dans un système de soins basé sur des compétences
- ▶ Le médecin spécialiste est un médecin (connaissances médicales holistiques) qui exerce un domaine spécifique de la médecine avec une expertise particulière et une technicité particulière, qu'il choisit avec le patient et en fonction de ce patient.
- ▶ La e-médecine change complètement l'exercice de la médecine et la communication avec le patient informé et partenaire des soins.
- ▶ La robotisation et la technologie orientent la pratique.
- ▶ Les algorithmes standardisent la médecine et changent l'art de guérir en une pratique de la médecine





**MERCI
BEDANKT**

