

## Prise de position de l'OA du CMG – 16 décembre 2022

### Garde – continuité – permanence des soins Quelle est la place de la médecine générale de demain en dehors des heures normales de pratique ?

#### Préambule à propos de cette prise de position du CMG

##### **A. La médecine généraliste s'exprime d'une voix concertée**

Le Collège de médecine générale de Belgique francophone rassemble :

- La **SSMG** – la Société Scientifique de Médecine Générale
- Les fédérations de cercles de Médecine Générale : **FAMGB – FAGW**
- Les syndicats médicaux : le **GBO** - les chambres wallonne et bruxelloise de **PABSyM**
- Les départements universitaires de Médecine générale : **CAMG/UCL ; DUMG/ULB ; DMG/ULiège**
- La commission de médecine générale de **l'UNamur**

##### **B. Cette prise de position est susceptible d'être enrichie par d'autres apports**

Cette prise de position du CMG est le fruit d'une démarche d'échanges et de concertation entre les organisations membres. Un premier consensus a été forgé. Il est susceptible d'être enrichi et précisé de plusieurs manières : un approfondissement du débat au sein de chacune des organisations membres du CMG, des prises d'avis auprès de médecins généralistes (dans leur diversité) par le biais d'enquêtes scientifiques coordonnées par le CMG, la contribution de celles et ceux qui voudront exprimer leur point de vue (via [lecmg.be](http://lecmg.be)).

##### **C. L'opportunité du New deal**

Le New Deal ouvre une nouvelle voie de la médecine générale sous forme d'une pratique multidisciplinaire, notamment. Il interroge le sens de nos actes de médecins généralistes, recherche les possibilités de mieux faire, différemment. S'il aborde le travail du médecin généraliste pendant « les heures normales de pratique », il se doit aussi d'aborder le dossier de la garde qui concerne tout autant « le quintuple aim » sur lequel l'initiative se base. Comme pour les autres thématiques abordées, les positions de la profession sur la garde ne sont pas univoques. Mais la tendance est claire, les signaux des jeunes et de plus en plus de médecins généralistes expérimentés sont limpides : **la garde ne peut plus être un exercice où la profession doit répondre à n'importe quelle demande de la population à n'importe quel moment.**

L'existence même d'une garde de médecine générale est parfois remise en question, arguments à l'appui. Si une garde doit subsister demain et offrir une permanence d'accès aux soins, elle doit pouvoir choisir et affirmer sa place. Cela en collaboration des services d'urgences hospitaliers qui offrent d'une part une réponse aux urgences vitales (ou dépassant les capacités de la première ligne) et d'autre part une permanence qu'il n'est pas toujours pertinent de doubler à tout moment et en tout lieu par un médecin généraliste.

La question de l'existence de la garde n'étant pas dichotomique, une réponse nuancée pourrait être trouvée à conditions de satisfaire à certaines conditions :

## 1. Avoir une garde pertinente

- Il faut répondre essentiellement aux besoins (dans le sens large du terme) et non aux demandes de la population. Ceux-ci doivent être déterminés par la profession, en collaboration avec les urgentistes, et apparaître dans le MBRM (Manuel Belge de Régulation Médicale).
- Reconnaître que la pertinence n'est pas la même en nuit profonde et adopter un tri très sélectif en nuit profonde, ne laissant passer que les visites indispensables pour les patients en soins palliatifs, en MRS, et compte tenu le fait que la loi nous l'impose, les constats de décès (non attendus).
- Toujours en nuit profonde, pour les appels où la médecine générale n'apporte pas de réelle plus-value, il faut accepter que le patient soit pris en charge par le médecin qui assure de toute façon la permanence : l'urgentiste et son service. Ne pas se formaliser pour ces quelques centaines de patients du ressort de la médecine générale, par an, qui sont vus par un urgentiste la nuit, alors qu'ils sont des dizaines (centaines) de milliers à être vus en salles d'urgences pendant la journée, depuis toujours et sans une politique efficace pour contrer ce phénomène. Il est indispensable d'inviter les médecins urgentistes à entamer un dialogue en vue d'une collaboration renforcée dans la nuit profonde dont nous aurions à définir ensemble les modalités.

La garde peut être l'occasion de remettre certains patients qui n'ont pas de médecin généraliste dans le giron de la première ligne de soins, particulièrement à Bruxelles. Les problèmes aigus qui sont traités en garde ne s'inscrivent dans la continuité des soins du patient que lors de la reprise du médecin traitant lors du jour ouvrable suivant.

Le rôle de la garde n'est pas de pallier la pénurie de médecins généralistes durant les heures normales de pratique : il faut résoudre le problème autrement. En outre, le médecin n'a plus besoin d'une garde pour se faire connaître.

## 2. Prévoir un tri efficace

Un service de tri 1733, efficace et **généralisé sur tout le territoire**, permettrait à tous les patients d'être triés avant de pouvoir se présenter à un service d'urgence ou de se présenter dans un poste médical de garde (PMG). Il faut une mise en œuvre du tri indispensable ! Un tri des appels à la garde (soins non programmables mais pas urgents, hormis des exceptions de type palliatif) doit pouvoir se faire pour tous les appels selon deux niveaux :

- Exclure les urgences, vitale ou non.
- Déterminer s'il existe une exception à une consultation en PMG et accorder alors une visite à domicile.

## 3. Assurer l'opérationnalité

Les gardes (week-end, semaines, nuits) doivent se faire en PMG, avec chauffeur pour les déplacements du médecin ou du patient (taxi social si nécessaire). Ces PMG, et bientôt les coopérations fonctionnelles, doivent être correctement financés, dans une saine collaboration entre les Cercles de médecine générale, les services hospitaliers et les pouvoirs publics (INAMI et SPF Santé Publique). Il est triste de constater qu'en 2022 cette évidence relève d'un véritable défi.

## 4. Garantir le caractère supportable de la garde

En termes de récurrence et de pénibilité. Il faut qu'elle soit équitable, en lissant les inégalités liées aux conditions géographiques et populationnelles.

## 5. Repenser les honoraires équitablement

Dans l'exercice de ce service au public qu'est la garde, force est de constater que le médecin n'est plus un indépendant : obligations de participation, de récurrence, de certificat pour obtenir une dispense, de lieu d'exercice, de modalités organisationnelles, de réponse aux appels renvoyés par le 1733, de trajets, de tarifs, de modalités de perception, ... Il est donc nécessaire dans ces conditions que l'État l'honore de manière juste. C'est-à-dire que son honoraire soit de 150 à 200% de l'honoraire de journée, qu'il permette au médecin de récupérer le lendemain sans manque à gagner et avec un gain en rapport avec la pénibilité du travail<sup>1</sup>.

**La formule est à trouver**, probablement en grande partie forfaitaire, sans diminuer la part d'acte. Sachant que le volume est donné par le 1733 et les caractéristiques de la zone qui sont des facteurs indépendants du médecin généraliste. Il faut trouver un principe de financement qui corrige les inégalités entre médecins sur tout le territoire belge, pour une même mission à accomplir.

Le poids de la garde n'est pas négligeable et peut avoir des répercussions sur l'organisation en journée de la médecine générale. En particulier, lorsque la récurrence est trop importante. Le jeu n'en vaut pas la chandelle quand on sait que la plus-value du médecin généraliste se situe d'abord et avant tout dans le suivi global de sa patientèle plutôt que dans la prise en charge à un instant T de patients inconnus. La médecine générale n'a pas besoin de la garde pour exister. Les médecins généralistes sont prêts à assumer une certaine charge de la garde, mais pas à n'importe quel prix.

Bref, il est nécessaire que le New Deal<sup>2</sup> aborde le problème de la garde, ou permanence des soins, en dehors des heures normales de pratique. Car si les contacts en garde ne représentent qu'une infime portion des contacts annuels d'un médecin généraliste avec des patients, ils revêtent une pénibilité et un symbolisme importants. De plus, ils influencent de manière péjorative la répartition des médecins généralistes sur un territoire.

## 6. Démarche à moyen terme

Le CMG estime qu'il sera indispensable d'organiser une concertation structurée entre médecine générale et services d'urgence afin de tenir compte au mieux des objectifs, moyens, souhaits et contraintes de chacun.

---

<sup>1</sup> La formule à trouver nécessite une majoration de la partie forfaitaire sans diminuer les honoraires à l'acte. La partie forfaitaire pourrait être modulée selon les lieux et les moments les moins rentables.

<sup>2</sup> Il est donc indispensable que les conclusions des travaux du New Deal soient communiquées et prises en compte par la plateforme d'accompagnement garde, qui travaille sur le financement des futures coopérations fonctionnelles qui recevront (sans doute en 2024) le financement de l'INAMI à la place des PMG. Il faut que les deux soient en cohérence, le financement des futures coopérations fonctionnelles ayant un impact direct sur l'organisation de la garde.

## **7. Données à clarifier**

- Quelles sont les données statistiques disponibles sur les gardes en Wallonie et à Bruxelles ?
- Qu'en pensent les autres professions (urgences, hôpitaux, MR(S)) ?
- Quelles sont les différences de rémunération effectives entre les Régions ?
- Quelles sont les exigences minimales en termes de rémunération ?

## **8. Questions à investiguer**

- Qu'en est-il de l'organisation de la garde à l'étranger ?
- Quel rôle la médecine générale joue-t-elle dans les gardes à l'étranger ?<sup>3</sup>
- Quelles recherches sur la garde ou évaluations de la garde ont déjà été réalisées en Belgique ? Avec quelles propositions (mises en œuvre ou pas) ?
- Quel est le système de fonctionnement là où il n'y a pas de garde assumée par la médecine générale ?
- Que dit la littérature scientifique sur la plus-value de la médecine générale dans les gardes ?
- Les compétences acquises en garde sont-elles utiles pour les médecins généralistes en formation ?
- Que dit la littérature scientifique sur les complémentarités entre intervenants potentiels dans les gardes ?
- Ne faudrait-il pas interroger la satisfaction de la population (en matière de qualité) ?

## **9. Les débats à poursuivre**

- Est-il opportun que les médecins généralistes assurent les besoins ponctuels non « différables » sur base volontaire, dans le cadre d'une organisation spécifique hors pratique de médecine générale ?
- Si l'on accepte le concept de volontariat, qu'acceptons-nous si la garde ne peut pas être assurée par manque de prestataires ?
- Y a-t-il encore nécessité d'une gestion de situations urgentes par la médecine générale ?
- Les PMG ont-ils intérêt à être intégrés aux hôpitaux ou faut-il absolument préserver leur indépendance de travail et de lieu ?
- Comment être entendus par les pouvoirs publics, vu la particularité de la situation dans les territoires moins densément peuplés du sud du pays ?<sup>4</sup>

Votre avis nous intéresse. [Contribuez sur www.lecmg.be](http://www.lecmg.be)

---

<sup>3</sup> Se référer au rapport du KCE de 2011, éventuellement à mettre à jour ?

<sup>4</sup> Avec les règles que le ministre veut établir, il n'y aurait plus que 3 PMG sur tout le Luxembourg et l'arrondissement de Dinant, ce qui rend impossible de préserver un service public correct ! Il est capital de tenir compte des critères de densité de population, distance, communication pour organiser de façon équitable la répartition des PMG.