

Collège de Médecine Générale

Garde de médecine générale et soins non programmés

Vision du Collège de la Médecine Générale de Belgique francophone
Février 2026

Garde de médecine générale et soins non programmés

Vision du Collège de la Médecine Générale de Belgique francophone

Table des matières

Préambule.....	3
Introduction générale	4
1. Principes fondateurs du tri des soins non programmés	5
1.1 Principes généraux	5
1.2. Le Manuel Belge de Régulation Médicale (MBRM).....	5
1.2.1. Distinction entre demandes et besoins	6
1.2.2. AMU ou médecine générale	6
1.3. Caractère contraignant du tri	6
2. Responsabilité des acteurs	7
2.1. Responsabilité dans l'organisation du tri et de la garde	7
3. Organisation de la garde de médecine générale	8
3.1. Modalités de prise en charge en médecine générale	8
3.2. Spécificité de la nuit profonde	9
3.2.1. Pourquoi tenons-nous à cette « nuit profonde » ?.....	9
4. Evolution du tri et perspectives	10
4.1. Réflexion sur l'évolution du tri	10
5. Organisation après le tri.....	11
5.1. Autonomie des lignes	11
5.2. Une organisation basée sur un tri médical objectif	12
5.3. Une inscription de la garde dans le contexte compliquée de l'exercice de la MG.	12
5.4. Localisation des PMG.....	12
6. Harmonisation et adaptation régionale.....	13
6.1. Équilibre entre harmonisation et adaptation régionale	13
Exemples.....	14
7. Gouvernance et bénéfices	14
7.1. Vers des XML 2.0 voire 3.0	14

7.2. Pistes opérationnelles pour les soins non programmés en dehors de la garde.	15
7.3. Gestions des soins non programmés selon 4 plages horaires :	16
7.4. Bénéfices attendus	16
7.5. Points de vigilance	17
Conclusion.....	17
Glossaire.....	19

Préambule

Ce texte décrit la vision que portent le Collège de Médecine Générale et ses organisations membres à propos des gardes de médecine générale et des soins non programmés.

1. Ce texte a une portée stratégique.

Si certaines limites doivent être reconnues quant au caractère essentiellement expérientiel et non exhaustif des données rapportées, ce document reflète avec fidélité les analyses, alertes et expériences consolidées par les représentants des médecins généralistes. Il constitue ainsi un éclairage indispensable pour la décision publique, en donnant voix aux dynamiques professionnelles observées sur le terrain.

Malgré les limites méthodologiques inhérentes à un matériau principalement qualitatif et issu de perceptions de terrain, le présent document constitue une synthèse rigoureuse des signaux, préoccupations et tendances rapportés par les médecins généralistes à leurs représentants au Collège de Médecine générale. Il doit dès lors être lu comme l'expression structurée d'un ressenti professionnel largement partagé, et non comme une prise de position prescriptive.

2. Plusieurs contributions scientifiques sont en cours.

Ce texte est également un appel aux organisations de recherche, membres du CMG, à poursuivre et développer des travaux scientifiques qui viendront éclairer les différentes approches.

Les représentants du Collège reconnaissent que le présent document, fondé principalement sur des impressions professionnelles, ne constitue pas une analyse exhaustive. Compte tenu des défis systémiques posés par les soins non programmés, ils entendent mandater leur banc scientifique pour approfondir, avec un niveau de preuve le plus élevé possible, l'évaluation des enjeux tant en termes de santé publique que d'efficacité organisationnelle et de conséquences pour les médecins généralistes.

À noter qu'un Consortium d'organisations membres du CMG (coordonné par le CAMG/UCL) finalisera prochainement une étude de terrain sur les gardes.

Introduction générale

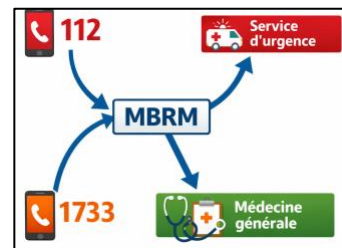
La garde de médecine générale et la prise en charge des soins non programmés constituent aujourd'hui un enjeu majeur en termes de qualité, de sécurité, d'accessibilité et de soutenabilité du système de santé. Cette vision du Collège de la Médecine Générale francophone de Belgique s'inscrit dans une volonté de clarification, de structuration et de responsabilisation. Elle vise à maintenir un équilibre entre les besoins des patients, les contraintes du système et la soutenabilité du métier de médecin généraliste, en ce compris le bien-être des praticiens.

La Belgique fait face à plusieurs défis simultanés dans la prise en charge des soins non programmés :

- Une pression croissante sur les services d'urgences,
- Une lisibilité insuffisante du système de soin pour les citoyens,
- Une hétérogénéité organisationnelle et contextuelle entre territoires, Cercles de médecine générale et hôpitaux.
- Une pression accrue sur les médecins généralistes, en particulier en ruralité (réurrence élevée des gardes, distances de déplacement importantes, densité de population plus faible, avec pour conséquence un épuisement des prestataires et des honoraires moindres).

Notre objectif reste la prise en charge du patient par le bon médecin, au bon endroit, au bon moment, dans de bonnes conditions, avec un coût soutenable pour la société et une rémunération juste pour les médecins. Pour y parvenir, des débats restent nécessaires, tant sur les définitions que sur les modalités de mise en œuvre. C'est à ce défi que le Collège de la Médecine Générale francophone de Belgique souhaite contribuer, en s'adressant aux responsables politiques, aux administrations, ainsi qu'à ses consœurs et confrères flamands et aux urgentistes.

En tant que médecins généralistes, notre volonté est de contribuer à l'élaboration d'un modèle national de tri résilient. Ce dispositif devra permettre d'améliorer l'accès aux soins, la sécurité et l'efficacité pour les patients, tout en respectant l'autonomie, la sécurité et la santé des soignants, ainsi que les réalités locales. Notre ambition est de répondre au défi d'un système centralisé capable de garantir à la fois homogénéité et flexibilité. Cette note s'inscrit dans la logique du « quintuple aim ».



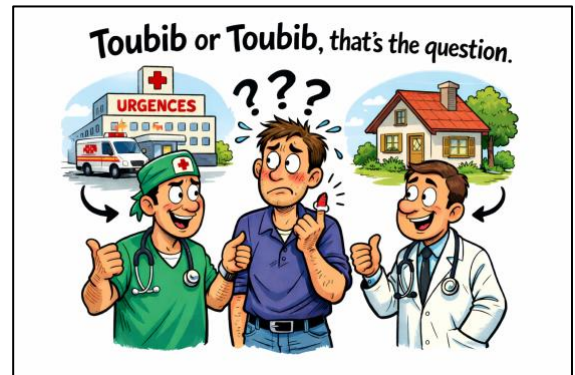
Si les principes exposés dans ce document se veulent nationaux, leur mise en œuvre ne peut être uniforme. Les réalités territoriales (densité de population, organisation hospitalière, précarité sociale, pénurie de médecins traitants) diffèrent fortement entre régions, et en particulier dans les grandes zones urbaines comme Bruxelles. Le cadre proposé doit donc explicitement permettre des déclinaisons adaptées, sans remise en cause des principes communs.

1. Principes fondateurs du tri des soins non programmés

1.1 Principes généraux

Toute demande de soins doit faire l'objet d'un tri structuré, fondé sur une analyse médicale et organisationnelle rigoureuse. Ce tri constitue un acte médical à part entière et participe directement à la qualité, à la sécurité et à la pertinence des soins. Il doit relever de la responsabilité de l'État, en partenariat avec les professionnels concernés, à savoir les urgentistes et généralistes.

Un tri efficace implique une collaboration saine entre les acteurs. Cela suppose un respect mutuel, un cadre clair et des outils de communication adaptés. La volonté des acteurs à collaborer est également une nécessité de base pour la mise en place d'un tel système.



Un système de soins résilient est par nature flexible. Le dispositif de tri doit être conçu tant pour les temps de paix que pour les situations de crise. Dans ce cadre, le tri téléphonique doit être encouragé et promu à grande échelle.

1.2. Le Manuel Belge de Régulation Médicale (MBRM)

Le Manuel Belge de Régulation Médicale (MBRM) constitue la colonne vertébrale du tri médical informatisé. Élaboré, régulièrement mis à jour et validé par un collège d'experts médicaux, il est également le fruit de l'expérience acquise au travers des protocoles 112 et 1733. Le MBRM est officialisé par la signature du Ministre de la Santé et appliqué dans l'ensemble des centrales 112/1733 du pays.

Il a été conçu sous la forme d'un algorithme décisionnel afin d'exclure toute interprétation individuelle par les préposés et de préserver le caractère strictement médical du résultat du tri.

Dans la perspective des évolutions futures du tri 112/1733 (telles que l'auto-tri informatisé par le patient ou le tri physique à l'entrée des services d'urgences), le respect strict du MBRM est indispensable. Toute déviation exposerait le système à des incohérences et à des réorientations successives des patients d'un dispositif à l'autre, à l'image d'une balle de ping-pong.

Le MBRM est actuellement géré par le CFAMU (Conseil Fédéral de l'Aide Médicale Urgente) qui a constitué un groupe de travail chargé de ses révisions et adaptations. Initialement centré sur les protocoles 112, ce travail a ensuite intégré les protocoles 1733, sans pour autant s'accompagner d'un élargissement réel du CFAMU aux représentants de la médecine générale. Nous demandons que ce mode de fonctionnement soit revu afin de garantir à chaque profession (urgentistes et médecins généralistes) une autonomie pleine et entière dans les niveaux de soins relevant de leurs compétences respectives.

Lors de la fusion du MBRM 112 avec le 1733, menée sous l'égide du Professeur Jean-Bernard Gillet, il avait été prévu qu'un set de protocoles régionaux puisse être décliné à partir du set national, afin de mieux répondre aux réalités de terrain. Cette possibilité n'a malheureusement jamais abouti. Nous réaffirmons la nécessité d'une telle déclinaison, qui ne porterait que sur un nombre limité de différences (ex : sondage

urinaire), mais qui sont essentielles pour garantir la flexibilité et la résilience du tri et de l'organisation de la garde médicale.

La possibilité de déclinaisons régionales du MBRM ne doit pas être perçue comme une dérogation, mais comme une condition de robustesse du système, notamment dans les territoires urbains à forte densité et à haute vulnérabilité sociale.

1.2.1. Distinction entre demandes et besoins

Le tri médical doit impérativement distinguer les demandes exprimées par les patients et les besoins médicaux objectivables. En médecine générale, toute demande ne correspond pas nécessairement à un besoin médical avéré. Et inversement, tout besoin médical n'implique pas obligatoirement une prise en charge immédiate.

Par ailleurs, certains contextes temporels ne se prêtent pas à la réponse à l'ensemble des demandes, alors que la prise en charge des besoins médicaux doit, elle, être garantie en permanence. À l'inverse, durant les heures ouvrables, l'organisation des soins doit permettre de répondre conjointement aux besoins médicaux et, dans la mesure du possible, aux demandes formulées par les patients.

1.2.2. AMU ou médecine générale

Il convient de différencier les situations relevant de l'aide médicale urgente¹ de celles relevant de la médecine générale, afin d'orienter chaque patient vers le niveau de soins le plus approprié, dans le respect de ses besoins cliniques et de l'organisation du système de santé. Cette distinction est essentielle tant pour la sécurité des patients que pour la qualité des soins. Elle s'inscrit également dans les réalités territoriales du bassin de vie, aussi bien en termes de saturation des services d'urgence que de disponibilité des ressources en médecine générale ou encore de l'impact sur l'activité de jour.

Les territoires parfois très vastes couverts par les PMG ne permettent pas toujours aux médecins généralistes d'intervenir rapidement en cas d'appel urgent. De plus, les généralistes ne sont ni formés ni équipés pour prendre en charge des urgences vitales.

À l'inverse, les services d'urgences accueillent régulièrement des patients qui pourraient s'en passer. Cette situation peut aussi avoir un effet délétère sur la qualité et les délais des soins, sur les conditions de travail des soignants et sur le coût pour la société.

1.3. Caractère contraignant du tri

L'efficacité de l'organisation du système de soins, ainsi que la finalité même du tri, impliquent que celui-ci présente un caractère contraignant.

Ce caractère contraignant est toutefois encadré par la possibilité d'une réévaluation du tri en cas d'aggravation de l'état de santé de la personne. Les préposés sont spécifiquement formés à informer les appelants de cette possibilité. Une évaluation médicale directe prime sur ce tri. Dès lors, le médecin qui prend en charge le patient conserve évidemment la faculté de réévaluer la situation et, le cas échéant, d'orienter vers l'Aide Médicale Urgente (AMU) via l'appel au 112 ou de rétrograder le niveau d'urgence.

¹ Voir le glossaire pour connaître les distinctions entre les différents termes utilisés ci-après.

Le caractère contraignant du tri doit s'appliquer tant au tri téléphonique qu'au tri physique à l'entrée des services d'urgences ou aux autres dispositifs de tri professionnels et humains à venir. En ce qui concerne l'auto-tri via une application fondée sur le MBRM, celui-ci pourrait générer un fichier de type XML transmis au PMG, voire aux urgences. De nombreuses questions restent toutefois à éclaircir, notamment les modalités de communication du résultat du tri à l'appelant et les conditions d'un transfert vers le tri téléphonique lorsqu'un motif relevant de l'AMU ou du niveau N6, est identifié. Cette étape est essentielle pour des raisons de sécurité, certains motifs d'auto-tri pouvant s'avérer potentiellement graves et nécessiter l'intervention d'un préposé qualifié.

S'agissant du tri physique, une nuance importante doit être apportée afin de garantir la sécurité des professionnels chargés du tri. Dans certaines situations, il est préférable d'accepter un patient aux urgences par surtriage plutôt que de s'exposer à un risque d'agression en refusant la prise en charge et en réorientant la personne vers un PMG, notamment lorsque la consultation pourrait être différée en période de nuit profonde. Pour le tri physique, un caractère plus relatif du principe contraignant du tri doit donc être admis pour des raisons de sécurité.

Enfin, il arrive que certains patients refusent le résultat du tri téléphonique. Il convient dès lors de prévoir, dans le cadre du MBRM, un protocole spécifique pour gérer cette situation. À titre d'exemple, pour un motif relevant de l'AMU, l'envoi du médecin généraliste demandé par l'appelant (et qui refuse un moyen AMU), accompagné d'une ambulance, pourrait constituer une solution pragmatique afin de ne pas compromettre l'efficacité globale de la prise en charge.

L'existence de différentes modalités de tri impose un outil de communication et de suivi de ce tri par les différents acteurs qu'ils recrutent.

Enfin, le caractère contraignant du tri doit être appliqué avec discernement, en tenant compte des contextes locaux. Dans les zones urbaines à forte pression hospitalière, une application trop rigide peut entraîner des effets de déplacement vers les services d'urgence, contraires à l'objectif poursuivi. Des mécanismes d'adaptation locale doivent dès lors être prévus.

2. Responsabilité des acteurs

2.1. Responsabilité dans l'organisation du tri et de la garde

La responsabilité du tri doit être portée par l'État. C'est une condition indispensable pour garantir la fiabilité et la crédibilité du dispositif.

Il est toutefois nécessaire de définir clairement la responsabilité de chacun des acteurs impliqués dans l'organisation de la garde et des soins non programmés.

L'État est responsable du tri, c'est-à-dire des protocoles validés par le ministre et de leur mise en œuvre au sein des centrales 112/1733. Deux SPF sont concernés : le SPF Santé Publique et le SPF Intérieur. Des normes de qualité devraient être définies afin de garantir notamment l'accessibilité et de la fiabilité du système.

Dans les zones métropolitaines complexes, la gouvernance du tri et de la garde nécessite une coordination renforcée entre l'État fédéral, les autorités régionales et les organisations représentatives de la première ligne. Ceci afin d'éviter les chevauchements de responsabilités et les zones grises organisationnelles.

Nous constatons régulièrement des dysfonctionnements qui indiquent la nécessité de solutions structurelles. Plusieurs leviers peuvent-être envisagés :

- L'évaluation du turn-over des opérateurs, des raisons de celui-ci ;
- La mise en place de mesures concrètes de rétention professionnelle et de capitalisation de l'expertise interne ;
- L'instauration de démarches « qualité » visant l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et du sens au travail ;
- Une évaluation indépendante du management ;
- L'adjonction, par région, de l'expertise d'un infirmier SIAMU ou d'un médecin du SPF.

Le **préposé** engage sa responsabilité personnelle, notamment en cas de non-respect des protocoles du MBRM. Les contours de cette responsabilité doivent être clairement définis par le SPF Intérieur.

Les **Cercles de médecine générale** ont aussi une responsabilité. Les Régions leur confient l'organisation de la première ligne de soins et leur reconnaissent un rôle central dans la prise en charge des soins non programmés. Ils mettent en place les PMG au moyen de conventions avec l'INAMI et organisent, de manière directe ou indirecte (via des ASBL qu'ils contrôlent), la prise en charge des niveaux N6 et N7. Ils œuvrent en outre au maintien d'une offre de soins de qualité en journée, afin de limiter l'augmentation injustifiée des soins non programmés, notamment pendant la garde.

Les **médecins** généraliste et les urgentistes portent chacun une responsabilité personnelle dans la prise en charge des patients.

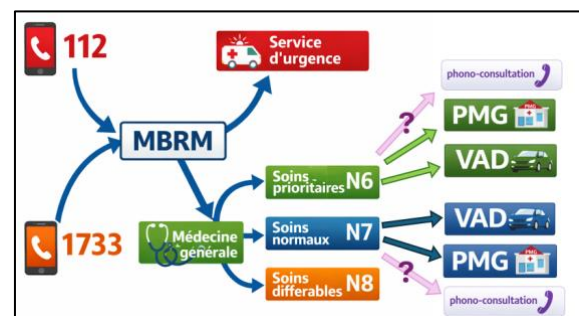
Enfin, il est attendu du **patient** qu'il respecte le résultat du tri et collabore avec l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins non programmables. En cas de refus d'une prise en charge proposée, le patient engage sa propre responsabilité quant aux conséquences et aux préjudices susceptibles d'en découler.

3. Organisation de la garde de médecine générale

3.1. Modalités de prise en charge en médecine générale

En médecine générale, le mode de contact par défaut est la consultation au poste médical de garde. Lorsque l'appelant demande une visite à domicile, le tri doit l'examiner. Si la demande répond aux critères définis dans le MBRM justifiant une visite à domicile (VAD), elle sera accordée. Le préposé en informe l'appelant et un XML est transmis au PMG concerné.

La visite à domicile doit rester une exception, réservée aux patients qui ne peuvent se déplacer pour raisons médicales (patients grabataires dont les porteurs de



handicap lourd, soins palliatifs, MR(S)). La raison sociale doit être évaluée et, le cas échéant, l'envoi d'un taxi social avec remboursement du trajet peut être envisagé.

Une troisième possibilité pourrait être développée : celle d'une phonoconsultation. Celle-ci devrait être intégrée au MBRM, adaptée dans les fichiers XML et assortie d'un honoraire adéquat pour le médecin.

Toutefois, dans les territoires où une part significative de la population ne dispose pas de médecin traitant, l'organisation de la garde doit intégrer cette réalité afin d'éviter un report systématique vers les services d'urgence. Par exemple, un N7 à Bruxelles, pour un patient sans médecin traitant ne peut pas être référé à un service d'urgence.

3.2. Spécificité de la nuit profonde

Le principe de la nuit profonde vise à garantir qu'entre 23 heures et 8 heures, seules les situations médicales ne pouvant raisonnablement attendre le lendemain justifient l'intervention d'un médecin généraliste de garde. Il s'agit d'un principe de bon sens, indispensable à une organisation efficace et durable de la permanence des soins.

Une attention particulière doit être portée à la pertinence immédiate de l'intervention médicale, en distinguant les situations nécessitant une évaluation médicale sans délai (N6) de celles pouvant raisonnablement être différées, sans perte de chance pour le patient (N7). Cette hiérarchisation contribue à la sécurité des soins, à la soutenabilité de la garde et au respect des conditions d'exercice des médecins généralistes.

Si le principe de la nuit profonde constitue un levier essentiel de soutenabilité dans de nombreux territoires, son application doit être adaptée dans les zones urbaines denses. À Bruxelles, où les déterminants sociaux de santé, la mobilité des patients et la pression hospitalière sont spécifiques, des modalités particulières doivent être prévues afin d'éviter une désorganisation globale de l'accès aux soins.

3.2.1. Pourquoi tenons-nous à cette « nuit profonde » ?

- **Utilisation appropriée des ressources médicales** : la médecine générale de garde n'a pas vocation à fonctionner comme un service accessible en continu pour tout motif. Les demandes différables peuvent attendre l'ouverture des cabinets de MG.
- **Garantie de disponibilité des MG** : multiplier les sollicitations non urgentes la nuit fragilise la capacité des médecins à assurer leurs missions fondamentales. La nuit profonde garantit la disponibilité des médecins pour les situations prioritaires (patients MRS, soins palliatifs, patients grabataires à domicile présentant un problème aigu et constats de décès). Quelques patients mal référencés peuvent empêcher complètement le médecin généraliste de dormir. S'il ne peut travailler le lendemain, potentiellement une trentaine de patients pourraient en porter le préjudice.
- **Renforcement de l'autonomie des patients** : ce principe participe à la construction d'une culture de l'urgence fondée sur la gravité et le risque évolutif plutôt que sur l'inconfort ou l'anxiété, renforçant ainsi l'autonomie et la responsabilisation des patients. Le tri médical est le garant de la sécurité des patients.
- **Qualité des soins** : respecter le sommeil du médecin lorsqu'aucune urgence ne l'exige préserve non seulement ses capacités à soigner efficacement mais aussi sa santé. C'est la garantie d'une

médecine générale humaine, durable et de qualité. L'enchaînement d'une journée de consultations avec une nuit de travail et, souvent, une autre journée travaillée empêche de garantir la qualité des soins².

- **Absence de rentabilité** : dans les zones rurales, la nuit profonde n'est pas rentable et aucun médecin généraliste n'est volontaire pour les assurer. Il n'existera jamais de « gardistes » pour ces zones.
- **Accentuation de la pénurie** : les zones souffrant de la pénurie, peinent encore plus à attirer les médecins généralistes, fuyant la récurrence élevée des gardes dans ces zones. Cela y met également à mal l'accessibilité des soins en journée. La nuit profonde constitue un levier essentiel pour renforcer l'attractivité de la médecine générale dans ces zones.

En nuit profonde, les appels N7 doivent pouvoir être différés : renvoi vers le médecin traitant lorsqu'ils précèdent un jour ouvrable, ou rappel par l'accueil du PMG à partir de 8h lorsqu'ils précèdent un week-end ou un jour férié. Il n'est pas utile que le médecin rappelle ou voie le patient durant la nuit profonde pour ces motifs.

En conclusion, le principe de la nuit profonde n'est ni un refus de soins ni un recul du service public, mais une condition indispensable à une médecine générale efficace, humaine et pérenne, en garde comme en journée. Elle est indissociable du principe du quintuple aim. Il s'agit de réévaluer l'équilibre entre l'accessibilité du médecin en nuit profonde pour les vrais besoins et sa disponibilité en journée pour les besoins et demandes de la population.

4. Evolution du tri et perspectives

4.1. Réflexion sur l'évolution du tri

Il faut des outils de triage cohérents et basés sur le MBRM avec un résultat contraignant. Ce tri peut prendre trois formes³ :

1. L'auto-tri au moyen d'un outil basé sur une informatisation du MBRM amélioré par une IA. L'auto-tri doit donner une réponse aux demandes claires et dont la sécurité (du patient et du médecin) est assurée. Mais en cas de situation douteuse, le patient doit être encouragé à appeler le 1733. Un auto-tri qui se termine bien, termine par l'envoi d'un xml au poste de garde.
2. Le tri téléphonique actuel, contraignant selon le MBRM (Manuel Belge de Régulation Médicale) qui est, par définition, un tri médical.
3. Le tri physique à la porte des urgences est pertinent contrairement à un tri physique à l'entrée des PMG. Dans l'esprit d'être contraignant, avec un protocole d'adaptation en cas de refus menaçant de la part du patient.

Dans tous les cas, le résultat du tri doit émaner du MBRM et la prise en charge par la ligne adéquate doit être comprise et respectée par l'ensemble des acteurs.

² Des études ont démontré chez des radiologues que la qualité d'un protocole de RX de thorax d'un radiologue en fin de garde était moindre que celui d'un radiologue avec 0.5 ou 0.8g d'alcool dans le sang. Cela plaide pour que ces MG qui n'ont aucune plage de vrai repos en 36h puisse au moins compter ne pas être réveiller pour des soins différéables en nuit profonde.

³ Comme l'exposent l'association professionnelle et l'association scientifique des médecins urgentistes (BeCEP & BESEDIM).

Le tri 1733, étant un tri médical (MBRM), les Généralistes ne peuvent s'engager à faire un tri téléphonique médical systématique après chaque contact envoyé par le 1733. Ni la nuit, et encore moins le jour. La charge de travail ne le permet pas, la nuit profonde il doit être préservé de tout contact sans utilité essentielle.

Une réflexion doit également se poursuivre sur la composition des équipes des centrales 112/1733, notamment l'intégration d'infirmiers SIAMU et, à l'instar du modèle français, la présence de médecins du SPF par région, soit 3 pour le pays.

Ces trois solutions peuvent être des portes d'entrée. L'outil numérique et les systèmes d'auto-tri peut suffire pour les cas simples et les personnes qui ont accès à des outils informatiques mais ils ne peuvent en aucun cas constituer un filtre exclusif à l'accès aux soins. Ils doivent rester strictement complémentaires à un tri humain et médical, qu'il soit téléphonique ou physique, en particulier dans les territoires où la fracture numérique est structurelle. Il est nécessaire de porter une attention particulière aux publics vulnérables (handicaps invisibles, surdités, malvoyance, vulnérabilité mentale, PMR, fracture numérique, etc.).

Un message national clair doit être porté par les autorités pour créer un réflexe durable chez les citoyens : « Si ça peut attendre demain, ce n'est pas ici. Si ça ne peut pas attendre, j'appelle le 1733 ».

5. Organisation après le tri

5.1. Autonomie des lignes

Chaque ligne de soins (AMU et médecine générale), doit disposer d'une autonomie organisationnelle dans la prise en charge des patients après le tri, sans ingérence injustifiée, sauf en cas de lacunes prouvées et préjudiciables. De la même manière que la médecine générale s'organise librement en journée, elle doit garder cette liberté d'organisation lors de la garde, puisqu'elle constitue le prolongement des activités des médecins généralistes.

Dans les zones urbaines, l'autonomie des lignes doit s'accompagner de mécanismes de coordination renforcés afin d'assurer une continuité réelle des parcours patients, sans confusion des rôles. Il doit être possible que des collaborations se fasse localement entre les lignes pour apporter des réponses adaptées aux besoins en fonction des ressources disponibles.

Le recours injustifié aux urgences pour des cas relevant de la médecine générale est principalement lié à un défaut d'organisation et de lisibilité du système, et moins à un défaut de disponibilité des médecins généralistes. Sur le principe, le CMG est favorable à ce que les patients soient dirigés vers la bonne ligne de soins.

Un autre facteur majeur de réussite se situe entre les services d'urgence et les généralistes : il est capital qu'ils apprennent à se connaître, se comprendre et à se respecter mutuellement dans leur travail qui est différent et complémentaire. Les mentalités doivent évoluer.

5.2. Une organisation basée sur un tri médical objectif

Le XML transmis au PMG précise la temporalité de prise en charge (N6-2h max ou N7-12h max), sa nature (consultation au PMG ou visite à domicile) et le numéro du protocole MBRM utilisé. Sur cette base, le médecin généraliste est légitime pour organiser la prise en charge de manière autonome.

Durant les journées de week-end et de jours fériés, les postes médicaux de garde fonctionnent en flux tendu, majoritairement sur rendez-vous, avec des temps d'attente assez courts. Cela améliore à la fois le confort des patients et les conditions d'exercice des médecins.

5.3. Une inscription de la garde dans le contexte compliquée de l'exercice de la MG.

La garde ne peut pas être isolée du reste du travail du médecin généraliste. Si l'urgentiste n'a en général pas d'autre activité professionnelle que celle d'être aux urgences, ce n'est pas le cas du généraliste pour qui l'immense proportion de son activité professionnelle n'est pas la garde. En période de pénurie, les médecins généralistes sont fort sollicités au sein de leurs pratiques. Il convient dès lors de les économiser et de leur permettre d'exercer quand ils ont le plus de valeur ajoutée : en consultation dans leur pratique, pour leurs patients. Cela rejoint notre réflexion sur la nuit profonde (voir supra). La soutenabilité du système impose de préserver le repos du médecin afin de garantir l'accessibilité des soins en journée. Il en va aussi de la sécurité des patients, de la qualité des soins et de la qualité de l'exercice de la médecine générale.

Depuis une quinzaine d'années, les postes médicaux de garde fonctionnent selon ce principe, sans que des problèmes majeurs ou des carences préoccupantes n'aient été portées à notre connaissance. Nous restons toutefois demandeurs d'une évaluation objective du dispositif, notamment en ce qui concerne sa capacité à atteindre ses objectifs et le niveau de satisfaction qu'il génère.

5.4. Localisation des PMG

La fusion des PMG et des services d'urgence est une question qui demande de prendre de la hauteur et de revenir à la finalité de la garde de médecine générale.

Au-delà d'un risque de confusion entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne, ou la création d'une offre qui fausserait les demandes de la population, cette juxtaposition pose de réelles questions de cohérence, d'efficacité et de lisibilité du système de soins. Cela risque d'entretenir des attentes irréalistes en matière d'accessibilité immédiate et contribue à une surmédicalisation de situations qui pourraient être prises en charge de manière différée et adaptée.

Cette organisation soulève plusieurs points négatifs. En effet, elle risque de :

- **Affaiblir le tri** : en le rendant opérateur dépendant pour le tri physique. Surtout si celui-ci est dépendant du service des urgences.
- **Dénaturer le travail en garde du MG** : dû à la disponibilité d'un plateau technique.
- **Changer les habitudes de travail des MG** en garde : risque d'engendrer des coûts supplémentaires évitables.
- **Faire prendre des risques médico-légaux** aux MG : en cas de non-usage du plateau technique puisqu'il est disponible sur site

- **Augmenter les coûts** : les loyers de locaux hospitaliers sont supérieurs à ceux de locaux dans le civil, notamment en raison de standards et de normes différentes. Les charges sont supérieures (ascenseurs, etc). Soins plus onéreux en raison de la disponibilité du plateau technique (labo, imagerie).
- **Générer des conflits** : si manque de compréhension/respect entre les acteurs des 2 lignes.
- **Ne pas répondre aux besoins territoriaux** : La localisation des hôpitaux et des PMG ne répondent pas aux mêmes critères. Parfois la présence d'un PMG est pertinente alors qu'il n'y a pas d'hôpital. Et cela fonctionne très bien. Dans certains cas la juxtaposition n'est pas heureuse.
- **Manquer de cohérence** : pourquoi cette juxtaposition alors qu'elle n'existe pas pendant les heures d'ouvertures ? La garde de médecine générale doit rester de la 1^{ère} ligne.
- **Encourager les mauvais comportements** : seuls les patients qui ne respectent pas le tri préalable y trouveront un point positif puisqu'ils seront réorientés vers la MG quand même.

Une réflexion approfondie sur la complémentarité fonctionnelle, plutôt que sur la simple proximité géographique, apparaît indispensable pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins réels de la population. En cas d'accords librement consentis entre les 2 lignes de soins, suivis par l'inami pour le financement.

La colocalisation ne peut être ni un modèle imposé ni un modèle exclu par principe. Dans certains contextes urbains, des formes de coopération fonctionnelle entre médecine générale et urgences peuvent être pertinentes, pour autant qu'elles reposent sur une co-gouvernance claire, un tri indépendant et un financement adapté.

Pour qu'une collaboration entre les services d'urgence et la médecine générale puisse se dérouler au mieux, plusieurs conditions sont requises pour assurer une co-gouvernance fonctionnelle :

- Compréhension et respect mutuels ;
- Décisions partagées ;
- Protocoles communs, tenant compte des ressources et de leur attribution ;
- Outils de communication efficaces ;
- Évaluation continue, selon un processus de démarche « qualité ».

Cette organisation doit pouvoir s'organiser localement dans une optique d'une ouverture réfléchie mais non-obligatoire. En ruralité il est essentiel de garder des PMG avancés pour réduire la distance à parcourir pour les patients

6. Harmonisation et adaptation régionale

6.1. Équilibre entre harmonisation et adaptation régionale

Le Collège de la Médecine Générale francophone de Belgique est favorable à une certaine harmonisation nationale de la garde, notamment en matière de tri, de rétention, de financement par l'INAMI et d'équité, tout en soulignant les limites liées à l'hétérogénéité des territoires (densité de population, densité médicale, organisation de la deuxième ligne, pénurie variable).

La robustesse du système repose sur sa capacité d'adaptation. Un socle national de protocoles (MBRM) doit pouvoir être décliné en protocoles régionaux tenant compte des réalités locales, de la densité médicale et de la pénurie. Imposer des dispositifs urbains à des zones rurales, comme une présence continue d'accueillante nuit et jour, est inefficace, coûteux et porteur de risques psychosociaux.

À Bruxelles, la densité de population, la fragmentation institutionnelle et la précarité sociale imposent des modèles organisationnels spécifiques, combinant tri renforcé, dispositifs intermédiaires et collaborations locales adaptées.

Exemples

- **La nuit profonde** n'est pas revendiqué en Flandre actuellement mais est devenu indispensable en Wallonie en raison de la pénurie, avec une expérience pré-Covid réussie qui mérite d'être mise en lumière.
- **Le sondage urinaire.** Les représentants néerlandophones estiment qu'il revient au MG, les généralistes wallons constatent que plus personne n'en fait et que cela relève de la médecine d'urgence.



- **La définition d'un « PMG ouvert ».** Si la garde débute formellement à 18h, la réalité organisationnelle montre que les premières consultations ont souvent lieu plus tard, après le passage par le 1733, le tri téléphonique et la prise de rendez-vous. Des consultations programmées à partir de 20h ne sont ni préjudiciables pour les patients ni sources de surcharge. Dans ce contexte, il n'est pas pertinent de faire venir un médecin dès 18h pour qu'il attende sans activité, alors qu'il pourrait poursuivre son travail ailleurs. Par ailleurs pour les gardes de semaines, les soirs et les nuits, dans la majorité des postes de garde, un seul médecin suffit pour assurer consultations et visites à domicile. Lorsqu'il quitte le poste pour une visite, le bâtiment peut être fermé sans que cela ne remette en cause l'ouverture du PMG. Car sa disponibilité est assurée par le 1733 qui demeure le point d'accès unique à la garde de MG. Un PMG ouvert se signifie donc pas qu'il soit en mesure d'accueillir un patient adressé sans coordination préalable.

7. Gouvernance et bénéfices

La réussite du dispositif repose sur une gouvernance claire, une collaboration respectueuse entre médecine générale et médecine d'urgence, et une évolution des outils de communication, notamment des fichiers XML.

La problématique des soins non programmés dépasse le cadre de la garde et doit être envisagée sur l'ensemble du continuum des soins, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

7.1. Vers des XML 2.0 voire 3.0

Pour de raison d'échange d'informations, de sécurité, de contrôle de la qualité et enfin pour des raisons médico-légales, les XML doivent évoluer. Il faut mener une réflexion sur le rôle qu'ils devraient remplir.

Par exemple :

- Un retour attestant de la réception du message ;

- Un accès pour les autres lignes aux xml des appels des 7 derniers jours d'un patient pour savoir quand un patient se présente aux urgences s'il a été trié et le résultat de ce tri ;
- Si un patient est envoyé du tri des urgences à la MG, vérifier qu'il y a été vu ;
- ...

7.2. Pistes opérationnelles pour les soins non programmés en dehors de la garde.

Si les soins non programmés posent problème dans certains territoires, et si une partie de la population ne parvient pas à trouver un médecin traitant, cela relève avant tout d'une pénurie structurelle de médecins généralistes, dont la responsabilité ne peut être imputée aux professionnels eux-mêmes.

Cette pénurie s'explique notamment par un nombre insuffisant de médecins formés au regard des réalités actuelles de la profession : évolution du rythme de vie, charge administrative croissante, complexité des soins, aspiration légitime à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et réduction du temps de travail individuel par rapport aux générations précédentes. Ces éléments doivent être pleinement intégrés dans toute planification de l'offre médicale.

Les postes médicaux de garde ne peuvent être une solution pour compenser ou masquer les effets de la pénurie. Leur rôle est d'assurer la permanence des soins, et non de pallier l'insuffisance structurelle de l'offre de médecine générale en journée.

Le cadre légal est clair : en heures ouvrables, la continuité des soins relève du médecin traitant ; en dehors, de la garde. Cette organisation est fragilisée par plusieurs facteurs : l'absence de médecin traitant pour une partie de la population, les difficultés de remplacement lorsque des médecins solos prennent des congés, et la saturation des pratiques en zones de pénurie. Si la médecine générale peut, à la marge, adapter son organisation pour atténuer les effets de la pénurie, il revient surtout à l'État de prendre des mesures structurelles adaptées (élargissement des quotas). Il est également essentiel d'informer les citoyens, en collaboration avec les mutuelles, sur l'importance de disposer d'un DMG (Dossier Médical Global) auprès d'un médecin généraliste.

Une expérience française montre l'intérêt de partenariats entre la régulation (15 ou 1733) et les pratiques de médecine générale volontaires, avec réservation de plages de consultation dédiées aux soins non programmés. Ces dispositifs reposent sur des incitants financiers modérés et permettent d'éviter des passages coûteux et inappropriés aux urgences.

Dans certains cas, des accords pourraient être conclus avec des Cercles pour l'ouverture de structures accessibles à tous les patients. Elles pourraient être hébergées au sein des PMG (moyennant une location) ou dans des structures privées.

Enfin, une réflexion doit être menée sur le développement d'un outil numérique mettant en lien l'offre et la demande. Cet outil aurait moins de sens dans les zones de forte pénurie où l'offre est saturée.

7.3. Gestions des soins non programmés selon 4 plages horaires :

L'organisation de la prise en charge des soins non programmés peut être structurée autour de quatre périodes distinctes.

Périodes à prendre en compte pour les soins non planifiables en MG							
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
0h	4. Nuits profondes						
8h	1. Heures normales de pratique					2. Journées et soirées de WE et JF	
18h	3. Soirées de semaine						
23h	4. Nuits profondes						
Cette découpe temporelle définit 4 périodes qui nécessitent une gestion particulière des soins non programmés.							
Cela n'implique pas de différence dans le tri par le 112/1733 pour les plages 2 à 4. Le MBRM et le travail des préposés ne changent pas.							
La plage 1 qui concerne les heures normales de pratique où il n'y a pas de tri 1733. Seul le 112 est actif, sans disposer des moyens de la médecine générale.							

1. Heures normales de pratique.
 - a. La règle est que les soins non programmés doivent être pris en charge par le MG ou la pratique de MG titulaire du DMG.
 - b. Pour les patients n'ayant pas de MG ou étant en transit (touristes, étudiants)
 - i. Promouvoir le choix d'un MG par des campagnes publiques
 - ii. Résoudre les problèmes de pénuries
 - iii. Mettre en place un système permettant de connecter l'offre et la demande.
2. Journées et soirées de week-end et jours fériés (WE et JF) : soins non programmés pris en charge par les PMG via un tri par le 1733. Les N6 et N7 sont pris en charge sans délai.
3. Soirées de semaine, de 18h à 23h. Tri 1733 et ouverture des PMG à 18h. Arrivée du médecin possible à 20h en fonction de la charge de travail habituelle pour le PMG, en fonction de sa population. Les N6 et N7 sont pris en charge sans délai. Une attention est requise pour éviter les cas de patients impatients qui pourraient attendre le lendemain ou qui préfère le confort de l'horaire de soirée du PMG pour convenance personnelle. Le MBRM doit être adapté à ce sujet pour éviter une offre de type « night-and-day ».
4. Nuits profondes, de 23h à 8h. Le tri 1733 ne change pas. Pour les PMG qui le souhaitent, les N7 peuvent être pris en charge après 8h le lendemain. Soit par le PMG si c'est un WE/JF, soit par la pratique de MG du patient. Si pas possible, il doit être possible de recevoir ce patient à 7h afin de respecter la nuit du MG et de ne pas retarder la fermeture du PMG.

7.4. Bénéfices attendus

Relever ces défis devrait permettre d'atteindre plusieurs objectifs qui devront faire l'objet d'évaluations.

- **Sécurité** pour les patients

- **Accessibilités** pour la réponse aux besoins des patients.
- **Réduction** des passages inappropriés aux urgences et aux PMG et des surcoûts inhérents.
- Amélioration de la **continuité** des soins et du rôle de la première ligne.
- **Lisibilité** accrue du système pour les citoyens.
- Meilleure répartition de la charge de travail entre MG et SU.
- Révision des **financements** sur des bases plus pertinentes
- Révision des financements en vue de plus d'équité.
- Renforcement de **l'équité d'accès**, en évitant une fracture numérique.
- Maintien de l'autonomie des soignants et **amélioration du sens de la garde** à leur niveau
- **Respect** des soignants, du sens de leur travail et de leur vie privée
- Bris des cercles vicieux dans les zones en pénurie du fait de la perte **d'attractivité** induite par à une garde pénible trop souvent dénuée de sens. Lutte contre la désertification médicale et donc amélioration de **l'accès aux soins**.
- ...

7.5. Points de vigilance

- Acceptabilité professionnelle : importance d'une co-construction réelle.
- Risque de rigidité excessive : nécessité de marges locales.
- Impact sur les inégalités : surveiller l'effet des outils numériques.
- Performance du tri : prévoir une phase pilote avec **évaluation indépendante**.

Conclusion

La garde et la prise en charge des soins non programmés ne constituent pas une fin en soi. Le poids de la garde doit être allégé par une offre de soins solide en journée, un tri porteur de sécurité et de sens, et une organisation adaptée et respectueuse des prestataires. Une rigidité excessive ou une application aveugle des principes serait contre-productive, risquant d'aggraver les pénuries locales et d'alimenter un cercle vicieux compliquant encore l'exercice de la garde et la réponse aux soins non programmés.

Un tri juste, pertinent, fiable, sécurisé et nuancé par des adaptations régionales, est indispensable.

La réussite d'un tri national des soins non programmés repose sur la reconnaissance explicite de la diversité des territoires. Un cadre commun ne peut être efficace que s'il permet des réponses différenciées, en particulier dans les grandes zones urbaines, sans opposer les réalités régionales mais en les articulant.

La garde de médecine générale et la part des soins non programmés qui lui incombe ne peuvent être pensées à travers le prisme de la médecine d'urgence. Les contacts avec les patients et leur organisation relèvent d'une logique propre à la médecine générale, fondée sur la pertinence clinique, la responsabilité populationnelle et la soutenabilité du système, tant pour les médecins généralistes que pour l'État.

Reconnaître l'autonomie de la médecine générale et ses spécificités sont des conditions indispensables à un système de soins accessible, cohérent, efficient et respectueux des professionnels comme des patients et efficient.

La gouvernance en cette matière se doit de donner un cadre, définir avec les représentants la finalité et les limites en tenant compte des contextes dans lesquelles la garde évolue : pénurie, financement inadéquat des urgences et des médecins généralistes, ... Pour un système robuste il faut aussi de la souplesse, des facultés d'adaptation et une adhésion des partenaires. Il convient aussi de tirer les leçons de ce qui existe déjà, afin d'accroître ses connaissances, s'ouvrir à des remises en question et bénéficier des expériences qui, finalement, donnent des résultats qui semblent largement favorables.

Le Collège de la Médecine Générale francophone souhaite par la présente exposer sa vision. Il réitère sa confiance en ses représentants pour mener à bien les réformes nécessaires en partenariat avec les urgentistes, les administrations et les instances politiques compétentes.

Glossaire

Urgence : besoin médical qui nécessite une prise en charge immédiate, la plus rapide possible, au risque de mettre en danger la vie du patient ou d'un organe. Les « urgences » relèvent de l'AMU (Aide Médicale Urgente) et pas de la MG (Médecine Générale).

Soins prioritaires (=N6) : Ce sont le plus souvent des visites, parfois des consultations. Il convient que le MG s'y rende rapidement en priorité, dans un délai de 1h à 2h maximum. C'est le N6 du MBRM.

XML : Fichiers informatiques envoyés par les centrales 1733 vers les PMG et qui reprennent les données relatives à l'appelant, l'appel et son tri.

Les missions du Collège de Médecine Générale de Belgique francophone



Informer
les médecins généralistes



Collaborer
au sein de la profession



Plaider
auprès des autorités



Valoriser
la recherche en MG



lecmg.be
info@lecmg.be

Les organisations membres



Société Scientifique de Médecine générale (SSMG)

La société scientifique



Fédération des Associations Généralistes de la Région Wallonne (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