

# QUELLES SOLUTIONS POUR LA GARDE EN MÉDECINE GÉNÉRALE?

## SYNTHÈSE





# QUELLES SOLUTIONS POUR LA GARDE EN MÉDECINE GÉNÉRALE?

## SYNTHESE

PASCALE JONCKHEER, CECILE DUBOIS, ELS VERHOEVEN, EMILIE RINCHARD, ANNE-MARIE BAUDEWYNS, TOON HAEZAERT, IMGARD VINCK, MURIELLE LONA, DOMINIQUE PAULUS.





## ■ PRÉFACE

Il y a quelques années déjà, le KCE avait abordé la problématique de l'utilisation inappropriée des services d'urgence des hôpitaux. La recherche, demandée par les autorités de santé, envisageait les moyens à mettre en œuvre pour orienter les patients vers les services qui répondent le mieux à leur demande.

Cette fois, la question ne vient plus des autorités mais des cercles de généralistes chargés d'organiser les gardes de nuit et de weekend. Ceux-ci se demandent en effet si leur mission est encore possible partout, compte tenu de la charge de travail que cela représente, de la pénibilité et parfois du danger des gardes. Des solutions alternatives n'ont pas attendu le présent rapport pour être mises en œuvre à titre expérimental à différents endroits, et nous remercions tous ceux qui ont partagé avec nous leurs expériences et leurs réflexions en vue de proposer des solutions réalistes pour la population, les médecins et les autorités.

Nous espérons que le travail d'analyse et de synthèse du KCE contribuera à faire converger les pistes de solutions vers un modèle d'organisation rationnel et efficace, tout en proposant pour l'avenir des voies encore inexplorées en Belgique. Nous espérons aussi que les patients, surtout les plus fragiles ou démunis, dont le malaise se traduit le plus souvent en allant faire gonfler les files d'attente aux urgences, trouveront aussi leur compte dans le nouveau paysage qui se dessine.

Jean-Pierre CLOSON  
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS  
Directeur Général



## ■ SYNTHÈSE

### 1. GARDE EN MEDECINE GENERALE : QUEL EST LE PROBLEME EN BELGIQUE ?

Aujourd'hui, en Belgique, toute personne nécessitant des soins médicaux en dehors des heures ouvrables (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés) peut s'adresser à un médecin généraliste. L'organisation de la garde par les médecins généralistes repose principalement sur un système de rôle de garde, organisé par les cercles de médecins généralistes. Au sein de cette organisation, les généralistes d'une même zone géographique assurent chacun à leur tour la permanence médicale pour l'ensemble de la patientèle de cette zone. Parallèlement, tout généraliste a l'obligation légale de garantir la continuité des soins à ses propres patients.

Comme exposé au point 1.1 ci-après, un nombre croissant de médecins généralistes éprouvent des difficultés à être disponibles durant de longues périodes de garde. Les principaux problèmes inventoriés par les pouvoirs publics dans ce domaine sont décrits au point 1.2. Enfin au point 1.3, une analyse des données disponibles et un tour d'horizon de la législation complètent la description de la situation actuelle.

L'objectif des chapitres ci-après est d'analyser les modèles alternatifs d'organisation du service de garde en médecine générale, les conditions de leur mise en œuvre, ainsi que leurs conséquences juridiques et organisationnelles.

#### 1.1. Les médecins généralistes éprouvent de plus en plus de difficultés à assurer les gardes

Le sujet de ce rapport a été proposé au KCE par le Conseil fédéral des Cercles de Médecins généralistes. De nombreux problèmes rencontrés par les généralistes pour assurer le service de garde ont déjà été inventoriés par le secteur:

- la baisse du nombre de médecins généralistes disponibles et disposés à assurer une garde, en particulier dans les zones rurales et

défavorisées, avec en corollaire un accroissement de la charge de travail des généralistes disponibles;

- l'impact négatif du service de garde sur l'attractivité de la profession de médecin généraliste ;
- le problème spécifique des 'nuits profondes', au cours desquelles les médecins généralistes sont de garde pour un nombre restreint de patients (voir définition au point 1.3.2) ;
- le cadre légal actuel, qui freine la mise en place de solutions alternatives (voir 1.3.3);
- les autres problèmes et difficultés liés au service de garde, tels que la sécurité, le non-paiement des honoraires et les requêtes excessives de patients (telles que des visites à domicile pendant la nuit pour des raisons futiles).

## 1.2. Problèmes de budget et de personnel

Les pouvoirs publics sont également préoccupés par la problématique de la garde de médecine générale pour deux autres raisons.

Primo, l'organisation des services de garde a des conséquences budgétaires. Les patients qui s'adressent aux services d'urgence des hôpitaux pour des maux bénins génèrent des coûts inutiles. Par ailleurs, le financement de solutions alternatives requiert des budgets croissants, et leur ampleur est actuellement difficile à estimer.

Secundo, le risque de pénurie de médecins généralistes dans certaines régions met en péril l'organisation du service de garde.

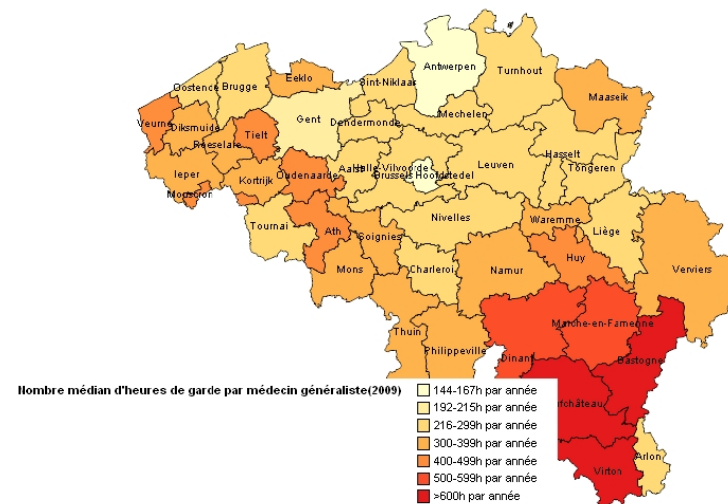
## 1.3. Situation actuelle: charge de travail et législation

### 1.3.1. Des charges de travail variables suivant les régions

La base de données MEDEGA du Service Public Fédéral de la Santé publique contient, pour chaque médecin généraliste, les plages de garde exactes. Sur base de ces informations, l'INAMI ((Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité) verse des honoraires de disponibilité au médecin concerné.

## Nombre d'heures de garde par mois et par an

En 2009, le nombre médian d'heures de garde par médecin généraliste était de 630 heures dans les régions rurales, 326 heures dans les zones semi-rurales et 224 heures dans les zones urbaines (voir carte).



## Nombre médian de nuits de garde

Le nombre de nuits de garde est défini dans les analyses de la base de données MEDEGA comme étant le nombre de périodes comprenant au moins une heure entière de garde entre minuit et six heures du matin. Les résultats pour l'année 2009 révèlent des disparités similaires à celles qui ont été observées dans le paragraphe précédent:

- En zone rurale, un généraliste preste en moyenne 3 à 4 nuits de garde par mois. Ce chiffre est de 2 dans les zones semi-rurales et de 1 à 2 dans les zones urbaines.
- Dans les régions rurales, deux tiers des médecins généralistes ont assuré plus de 30 nuits de garde sur l'année. Cette proportion n'est que de 25% dans les zones semi-rurales et 9% dans les zones urbaines.



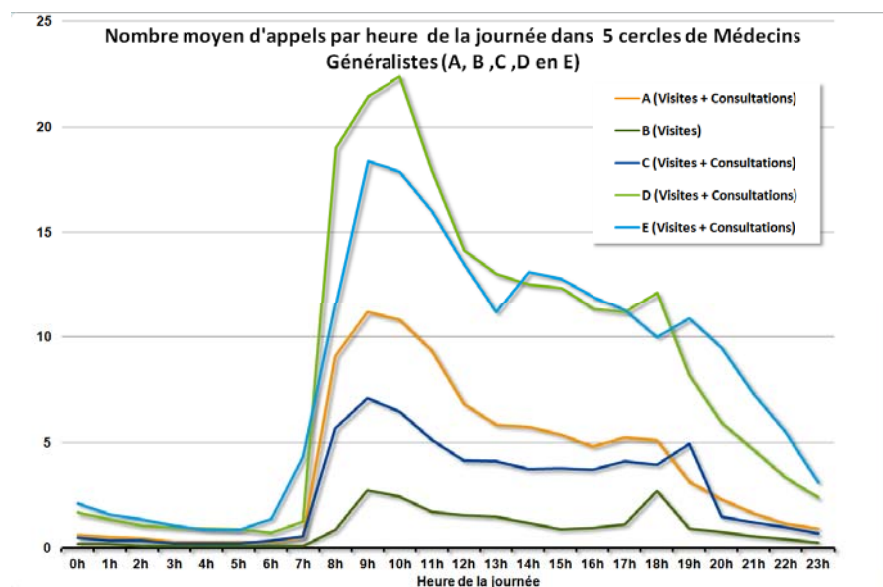


### 1.3.2. Charges de travail différentes le jour et la nuit

Les médecins généralistes apprécient peu d'être de garde pendant les « nuits profondes » et ce pour quelques appels seulement, parfois futiles de surcroît. Ce qu'ils appellent « nuits profondes » est caractérisé par un nombre très restreint d'appels. Il n'existe cependant pas de limites universellement acceptées pour définir ces 'nuits profondes'.

La présente étude a analysé le nombre d'appels par heure, afin de mieux circonscrire ces « nuits profondes ». Des données détaillées relatives aux appels suivis par une visite à domicile ou une consultation ne sont disponibles (pour l'année 2010) que pour 5 cercles de médecins généralistes. Les tendances observées pour ces 5 cercles sont identiques.

Le nombre d'appels suivis par une visite ou une consultation décroît à partir de 18-19 heures (voir tableau). La période la plus creuse, au cours de laquelle le nombre d'appels est le plus faible (1 ou 2 appels pour 100.000 habitants), est comprise entre 23h00 et 7h00.



Ces données reflètent le profil de la demande des patients. Toutefois, la mise en place de solutions acceptables pour les nuits profondes requiert que cette analyse soit combinée à la perception qu'ont les médecins de ce qu'est le « travail de nuit » (exemple: début à 23h00 ou à minuit).

### 1.3.3. Législation en vigueur, interprétation et compatibilité avec les solutions alternatives

Soulignons tout d'abord que l'article 422bis du Code pénal impose aux médecins généralistes de prodiguer une assistance médicale à toute personne dont ils savent qu'elle est en danger. Certaines propositions d'optimisation du service de garde se heurtent toutefois à une interprétation trop restrictive de cette législation par de nombreux médecins généralistes. Elle est perçue par nombre de médecins comme l'obligation de visite à domicile lorsque le patient le requiert, alors que l'article 422bis impose aux médecins d'apprécier les circonstances et de déterminer s'il est requis ou non de se rendre au domicile du patient.

L'obligation de visite à domicile telle que perçue par les médecins génère deux problèmes:

- Dans certaines circonstances, les médecins généralistes se sentent en insécurité, sans pouvoir réellement identifier les situations à risque. À l'heure actuelle, il n'existe pas de moyens permettant d'identifier les situations dangereuses ni de protéger les médecins en cas de visite dangereuse.
- Les visites à domicile prennent beaucoup plus de temps que les consultations, particulièrement dans les régions rurales. La multiplication des visites à domicile superflues porte atteinte à l'efficacité et à la qualité des soins (par exemple en cas d'appel d'urgence concomitant).

Le Code de déontologie fait explicitement référence à l'article 422 bis du Code pénal. Les conseils provinciaux de l'Ordre des Médecins font parfois référence à une interprétation (trop) restrictive de l'article 422 bis pour infliger une sanction disciplinaire aux médecins généralistes.

Secundo, la législation actuelle impose un médecin généraliste de garde pour 30.000 habitants, alors que ce médecin recevrait 1 à 2 appels par 100.000 habitants durant chaque nuit de garde (cf. 1.3.2).





Enfin, les conditions pour l'agrément sont impossibles à remplir lorsque le médecin travaille exclusivement en service de garde (telles que le dossier médical, la continuité des soins, etc).

## 2. SOLUTIONS ENVISAGEABLES ET LEURS CONSEQUENCES

La Belgique n'est pas le seul pays confronté à la problématique de l'organisation du service de garde de médecine générale. D'autres pays européens se préoccupent de l'accessibilité, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de ce service. Tous considèrent visent à limiter le recours aux urgences hospitalières pour des maux mineurs mais jusqu'à présent, aucun système de soins de santé n'est parvenu à résoudre ce problème.

Le présent rapport présente une revue systématique de la littérature consacrée aux nouveaux modèles de services de garde ainsi qu'une description de ces modèles dans 5 autres pays européens. Certains modèles ont déjà été mis en œuvre en Belgique au titre de projets expérimentaux, parfois à grande échelle. D'autres modèles pourraient être envisagés à moyen terme:

- Mise en place de postes de garde, à savoir des structures organisées par les médecins généralistes d'une zone géographique et dans lesquelles ils prodiguent des soins;
- Système de tri et de conseil téléphonique: un médecin ou une personne ayant suivi une formation médicale conseille les patients par téléphone et les aiguille éventuellement vers le prestataire le plus adéquat.
- Solutions spécifiques pour la 'nuit profonde', à savoir un médecin généraliste de garde pour une zone plus vaste et/ou collaboration avec les hôpitaux de la région.
- Consultations par du personnel infirmier et consultations téléphoniques (par un médecin ou un infirmier): cette solution n'a pas encore été envisagée en Belgique, mais elle pourrait l'être à moyen terme, eu égard à l'évolution démographique actuelle des médecins généralistes.

Il est important de souligner que ces solutions:

- Peuvent coexister dans une même zone géographique;
- Peuvent être considérées comme illusoire dans notre système de santé actuel (ex. personnel infirmier), mais envisagées pour l'avenir dans l'hypothèse où des solutions plus drastiques s'imposeraient.

### 2.1. Postes de garde

#### 2.1.1. Divers profils selon les pays et au sein d'un même pays

Le modèle des postes de garde est généralisé aux Pays-Bas, au Danemark et au Royaume-Uni. Ses modalités pratiques diffèrent selon les pays, ainsi qu'au sein d'un même pays.

- Aux Pays-Bas, les postes de garde sont supervisés par les médecins généralistes et emploient du personnel médical (infirmier et assistant). Ce personnel est chargé du tri et/ou de l'assistance aux consultations.
- Au Royaume-Uni, différents profils de collaborateurs sont également impliqués, tels que téléphonistes, « managers », personnel infirmier et urgentistes. Le mix de compétences varie d'une organisation à l'autre. Certaines n'emploient que des médecins, d'autres également du personnel infirmier.
- Au Danemark, les médecins généralistes eux-mêmes effectuent le tri. Le personnel infirmier et administratif est affecté à d'autres tâches.
- En France et en Italie, les postes de garde sont composés de médecins généralistes ou d'autres praticiens.

#### 2.1.2. Impact: subjectivement positif pour les médecins généralistes et les patients, incertain pour le système de soins de santé

La présente étude n'a identifié aucune étude comparative entre la qualité des soins dispensés par les postes de garde et ceux dispensés par des rôles de garde traditionnels.

Le principe des postes de garde est souvent perçu positivement par les médecins généralistes: charge de travail réduite, meilleure qualité de vie et davantage d'épanouissement professionnel. Cette perception dépend toutefois de leur situation antérieure (rôle garde, organisation individuelle) et de leur volonté personnelle d'adhérer à un nouveau système.



La plupart des études observent également que les patients sont satisfaits. La littérature s'est intéressée à l'accessibilité du poste de garde pour certains patients pour qui les transports sont un problème crucial (par exemple les parents de jeunes enfants malades, les personnes âgées). Certains pays ont instauré des visites à domicile si nécessaire.

L'impact de ce modèle sur le système de soins de santé n'est pas clair: diminution potentielle du nombre de visites à domicile par les généralistes, impact réduit sur le recours aux services d'urgence. Une étude conclut que le coût de ce modèle pour le système de soins de santé est supérieur à celui des consultations de médecine générale classiques (sans financement complémentaire de la logistique et du personnel).

### 2.1.3. Indicateurs de qualité

Des indicateurs de qualité des services de garde ont été développés aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Ce dernier a mis en place un système d'agrément des postes de garde et un système de 'National Quality Requirements' qui comporte de multiples procédures de contrôle de qualité, telles que des procédures de suivi des plaintes, des audits chez les médecins généralistes et un rapport obligatoire du médecin de garde au médecin traitant. Malheureusement, les résultats de ces mesures sont rarement publiés.

### 2.1.4. Une solution pour un nombre croissant de cercles de généralistes en Belgique

#### 2.1.4.1. Le financement des postes de garde

En Belgique aussi, la recherche de solutions nouvelles a conduit au financement d'un nombre croissant de postes de garde. Les premiers 'postes expérimentaux' ont été mis en place dans plusieurs petites villes et zones rurales (depuis 2003). Ces postes sont financés sur base annuelle par l'INAMI. Les budgets sont fondés sur les requêtes des postes de garde, étayées par un descriptif de leurs dépenses (dont plus de deux-tiers en frais de personnel). Des 'postes urbains' ont été instaurés ultérieurement dans des grandes villes. Leur financement est plus stable et régi par arrêté royal.

Le nombre de postes de garde a augmenté progressivement, jusqu'à 29 en 2011. Ces postes couvrent actuellement à peu près le tiers de la population belge.

Jusqu'à présent, ils ont été créés à l'initiative de médecins généralistes en quête d'une solution à leurs problèmes locaux. La situation à l'échelle nationale est dès lors mal connue. Pour combler cette lacune, l'INAMI a commandité une étude visant à identifier les points d'implantation optimum pour des postes de garde dans l'ensemble du pays. Un autre objectif à court terme consiste à trouver de nouveaux modes de financement, en remplacement des systèmes précédents à court terme.

#### 2.1.4.2. Vaste éventail de coûts, standardisation insuffisante

Actuellement, le budget alloué à un poste de garde dépend de sa requête motivée et étayée par des données relatives à ses activités, à ses dépenses et revenus. En 2010, l'INAMI a alloué 10,3 millions d'euros aux 29 postes de garde existants.

- Le profil de dépenses des postes de garde est très hétérogène, même dans des zones similaires, un phénomène partiellement expliqué par des types d'investissements différents.
- On observe une différence considérable entre le nombre de contacts le jour et la nuit (avec un minimum de 1 patient par 10 heures). Cette observation conforte la statistique des nuits profondes ci-avant (voir 1.3.2).
- Il est difficile de comparer les différents postes de garde, car ils diffèrent considérablement en termes d'heures d'ouverture, d'autres sources de financement, ainsi que de type et de densité de la population couverte. En théorie, les performances de tous les postes de garde sont identiques, mais les données disponibles ne permettent pas de se prononcer quant au rapport coût/efficacité du système.
- Le coût moyen par contact varie entre 17 et 23 euros (hors honoraires médicaux), soit entre 0,15 et 5,08 euros par habitant. Aux Pays-Bas et en France, le coût par habitant est estimé respectivement à 14 et 6 euros. Ce chiffre (estimé) est de 7 euros au Royaume-Uni et est notablement influencé par le degré de ruralité de la zone couverte, comme l'indique le National Audit Office.



## 2.2. Numéro d'appel unique et tri

### 2.2.1. Une solution appliquée à grande échelle dans d'autres pays

Un numéro d'appel unique (national ou régional) assorti d'un système de tri est utilisé au Danemark, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en France. L'objectif de ce système est d'offrir au patient une réponse optimale, adaptée à ses besoins spécifiques (et non à sa demande): équipe d'urgence, visite à domicile d'un médecin généraliste, aiguillage vers une consultation, autres informations relatives à l'organisation des soins.

L'organisation pratique du système de tri varie selon les pays. Au Danemark, un médecin généraliste est responsable du tri. Aux Pays-Bas, c'est généralement un infirmier (spécialisé dans le tri et supervisé par un médecin généraliste) tandis qu'au Royaume-Uni, le tri est effectué par un infirmier ou autre membre du personnel.

Les facteurs de succès de la qualité du système de tri ont été inventoriés. Citons un programme de formation pour le personnel, des guides de pratique qui sous-tendent leurs décisions, la disponibilité d'un programme d'aide à la décision, ainsi qu'un système de tri unique pour l'ensemble de la chaîne des soins de courte durée (dans le but de standardiser les réponses à des situations similaires et d'aiguiller le patient vers le dispensateur de soins adéquat au moment opportun).

Parmi les autres procédures de contrôle de qualité, épinglons la supervision par un médecin, des groupes de pairs et la mise au point d'indicateurs de qualité (par exemple pour les temps d'attente et les délais avant une solution optimale).

### 2.2.2. Impact: positif pour les médecins généralistes, mitigé pour les patients

Dans les pays étudiés, l'instauration d'un système de tri a entraîné une réduction de la charge de travail des médecins généralistes et, en particulier, du nombre de visites à domicile.

Les points faibles de ce système sont généralement les compétences insuffisantes du personnel en termes de communication, les temps d'attente au téléphone et l'incertitude quant au délai d'attente avant une visite à domicile.

La fiabilité du tri par un non-médecin est également évoquée dans la littérature. Les maigres données disponibles n'indiquent pas de différence en termes de mortalité, de nombre d'admissions en hôpital ni de contacts le jour suivant avec un médecin généraliste.

### 2.2.3. Expériences pilotes en Belgique

#### 2.2.3.1. Une organisation standardisée

En Belgique, un projet pilote de numéro d'appel unique (le projet '1733') a été lancé dans certaines régions en 2009. Un dispatching professionnel trie tous les appels de patients, conformément à un protocole standardisé mis au point en collaboration avec des médecins généralistes. Les appels de patients présentant un problème de santé de médecine générale:

- Soit sont transférés vers un cercle de médecins généralistes:
- Soit reçoivent une réponse immédiate, en fonction du problème: conseil de reporter le contact, visite à domicile ou aiguillage vers le poste de garde local.

#### 2.2.3.2. Un impact économique difficile à chiffrer

L'extension du projet pilote à l'ensemble du territoire belge coûterait environ 2.521.500 euros la première année, les trois quarts de cette somme étant consacrés aux frais de personnel. Les données disponibles dans la littérature sont trop parcellaires pour pouvoir estimer le coût de cette extension en vitesse de croisière, ainsi que ses impacts positifs (notamment en termes de réduction du nombre de visites à domicile, de demandes reportées et de problèmes résolus naturellement).

#### 2.2.3.3. Diverses implications juridiques à considérer

L'instauration d'un système de numéro d'appel unique avec tri par du personnel non médical ne peut s'envisager sans modification du cadre légal actuel. Il est important de définir clairement les modalités de la décision qui fait suite à l'appel d'un patient, et ce afin de couvrir l'éventuelle responsabilité du téléphoniste et du médecin généraliste.

En outre, le statut juridique des téléphonistes doit être clarifié. Si on considère que l'évaluation du problème du patient est une forme d'anamnèse (préliminaire), la profession de téléphoniste et ses compétences légales doivent être spécifiées par l'Arrêté royal n° 78. Si ce



n'est pas le cas, aucun amendement n'est nécessaire, car une base légale existe dans la législation actuelle, applicable au personnel des services de secours d'urgence 100/112. Il n'existe pas pour le moment d'uniformité dans les heures de début et de fin des périodes de gardes. Dans l'hypothèse de l'instauration d'un numéro d'appel unique, il serait opportun d'harmoniser ces heures.

### 2.3. Solutions spécifiques pour les «nuits profondes»: des zones plus vastes et/ou des contrats avec les hôpitaux

#### 2.3.1. Deux solutions en Belgique

Deux solutions ont été avancées par les cercles de médecins généralistes pour soulager la charge que représentent les « nuits profondes ».

La première solution consiste à conclure un accord entre cercles voisins pour réduire le nombre de médecins de garde durant ces périodes calmes. La mise en œuvre de cette solution se heurte toutefois à certaines limites:

- Dans les régions frontalières (souvent des zones rurales avec pénurie de médecins généralistes), les cercles généralistes adjacents sont par définition moins nombreux.
- Comme indiqué ci-avant, la loi impose un médecin de garde par 30.000 habitants (cf. 1.3.3), alors que dans la solution envisagée, le médecin de garde pourrait servir jusqu'à 100.000 habitants pendant la nuit.
- Dans les zones rurales, les distances à parcourir limitent de facto les possibilités de fusion de zones.

La seconde solution consiste à conclure, entre les cercles de généralistes et les hôpitaux de la région, une convention suivant laquelle, durant la « nuit profonde », les patients sont aiguillés vers les services d'urgence des hôpitaux. Dans les solutions de ce type en vigueur en Belgique, le tri est effectué soit par un médecin (du cercle) ou soit par un collaborateur des services d'urgence.

#### 2.3.2. Amendements légaux requis avant une mise en œuvre en Belgique

Pour que la première solution puisse être mise en œuvre, le nombre légal d'habitants couverts par un médecin généraliste de garde doit être modifié en fonction du nombre d'appels probables par nuit.

Dans la seconde solution, la continuité des soins est garantie et aucun amendement légal n'est requis. Le recours à un système de tri externe requerrait toutefois des amendements de la législation, tels que définis au point 2.2.3.3.

### 2.4. Consultation par du personnel infirmier ayant reçu une formation spécialisée

#### 2.4.1. Une solution appliquée à l'étranger

Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, du personnel infirmier supervisé par des médecins généralistes assure le tri, mais également des consultations. En outre, en cas de blessure ou de maladie bénigne, il existe en Grande-Bretagne des « walk-in centres », centres infirmiers accessibles sans rendez-vous.

#### 2.4.2. Que pensent les patients des consultations par des infirmiers?

La littérature révèle que certains patients ne sont pas satisfaits par une consultation par un infirmier alors qu'ils espéraient une consultation médicale. Les auteurs conseillent d'informer très clairement tous les patients quant à l'organisation des services de garde, et ce avant le premier contact, pour éviter des attentes non réalistes.

#### 2.4.3. Amendements légaux requis avant une mise en œuvre en Belgique

À l'heure actuelle, les compétences du personnel infirmier sont régies par la loi. Certains actes techniques et médicaux sont réservés au personnel infirmier disposant d'une qualification spécifique. Ce personnel est habilité à participer au diagnostic et au traitement, mais pas à poser seul le diagnostic ni à décider d'un traitement. La consultation de patients par du personnel infirmier spécialement formé imposerait certains amendements



légaux relatifs à la définition des qualifications et aux actes pouvant être posés.

## 2.5. Consultations téléphoniques

### 2.5.1. Une solution appliquée dans d'autres pays

Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, du personnel infirmier spécialement formé (ou des assistants de pratique) est habilité à dispenser des conseils par téléphone, et ce obligatoirement dans le respect de directives (nationales) consultables sur papier ou par ordinateur.

Au Danemark, le tri et les consultations téléphoniques sont assurés exclusivement par des médecins généralistes formés à cet effet. Cette option est favorisée par des incitants financiers et près de la moitié des contacts se soldent seulement par un conseil téléphonique.

### 2.5.2. Que pensent les patients des consultations téléphoniques?

Certaines études révèlent que les consultations téléphoniques pourraient être une source d'insatisfaction pour les patients qui préfèrent les consultations classiques. D'autres études ainsi que la solution mise en œuvre au Danemark (consultations téléphoniques assurées par des médecins) indiquent toutefois que les patients apprécient aussi la facilité de l'appel téléphonique, la promptitude de la réponse, les conseils et apaisements reçus, ainsi que le sentiment de ne pas avoir abusé du temps d'un médecin.

### 2.5.3. Amendements légaux requis avant une mise en œuvre en Belgique

Dans l'état actuel des choses, les médecins généralistes peuvent effectuer également une consultation par téléphone car ils sont libres de choisir comment poser un diagnostic et décider un traitement. Il serait toutefois indiqué d'élaborer des protocoles et/ou guides de pratique définissant les critères de bonne pratique applicables aux consultations téléphoniques.

Pour que des compétences plus larges puissent être accordées au personnel infirmier en matière de consultations téléphoniques, la législation sur la pratique infirmière devrait être modifiée (cf. 2.4).

## 2.6. Recrutement de médecins supplémentaires: qui est volontaire?

Enfin, certains cercles généralistes recrutent des médecins spécifiquement pour assurer le service de garde. Cette situation est paradoxale: si ces médecins volontaires ne pratiquent pas leur profession de manière classique, ils ne peuvent bénéficier du statut et des avantages liés à l'agrément. Cette solution est encouragée par les médecins généralistes de certaines zones rurales désireux de recevoir de l'aide, mais elle requiert une modification du système actuel de soins de santé. D'une part le statut devrait être rendu plus attractif pour les médecins candidats et d'autre part il faut s'assurer que les patients soient pris en charge par des professionnels ayant bénéficié d'une formation adéquate (soit des médecins généralistes, soit une autre formation spécifique).

## 3. MESURES POUR METTRE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS ALTERNATIVES

Le tableau ci-dessous synthétise les diverses mesures prises dans d'autres pays. Elles tiennent compte des différences entre les régions, des besoins locaux et des facteurs géographiques.

### MESURES EN MATIÈRE DE SERVICES DE GARDE

STRUCTURE	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration de procédures standardisées au niveau national (budget, modèles de prise en charge, protocoles), à décliner en fonction de situations locales.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un seul numéro d'appel national/régional pour tous les services de garde.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implication de personnel pluridisciplinaire dans les nouveaux modèles.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation spécifique du personnel, notamment en matière de communication.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion des postes de garde dans certaines régions, à la demande des médecins généralistes, en fonction d'un planning régional qui garantit une accessibilité optimale.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration éventuelle de la garde de médecine générale dans les</li> </ul>





hôpitaux, en collaboration avec les médecins généralistes.

- Recommandations pour la pratique clinique basées sur des données probantes, applicables à l'aiguillage et à la prescription dans les services de garde.
- Recours à des outils informatiques et de communication, tels que les dossiers électroniques des patients et la communication via Internet avec les médecins généralistes, afin de garantir un échange d'informations optimal entre les prestataires habituels et la garde.
- Budget pour optimiser le système, avec éventuellement des modes de financement (mixte) alternatifs, tels que le paiement horaire pour les appels aux médecins généralistes, le paiement des consultations téléphoniques, des incitants financiers à la consultation de première ligne (au lieu des services d'urgence).
- Mise en place de systèmes de tri (assortis de protocoles et avec recours à des outils informatiques) pour les postes de garde, les services d'urgence, les services ambulanciers, visant à évaluer l'urgence de la plainte du patient.

#### PROCESSUS

- Procédures de supervision lorsque le tri est assuré par des assistants ou du personnel infirmier.
- Le cas échéant, consultations téléphoniques par des médecins.
- Enregistrement des données des patients: profil sociodémographique, symptômes, diagnostic, requêtes complémentaires, réponse donnée à la demande.
- Sensibilisation et information des patients quant à l'utilisation optimale des services de garde.

#### PROCÉDURES D'ASSURANCE-QUALITÉ

- Élaboration et mise en œuvre de critères et indicateurs de qualité nationaux applicables aux services de garde (consultation des sources possibles à partir des études belges et les critères en vigueur au Royaume-Uni sur <http://www.out-of-hours.info/documents.php>), tels que:
  - Délai de réponse aux appels, avant visites à domicile, avant évaluation clinique.
  - Systèmes d'identification des situations où le pronostic vital est en jeu.
  - Indicateurs relatifs aux prescriptions et à l'aiguillage.
  - Indicateurs spécifiques relatifs aux patients (satisfaction,

etc.)

- Agrément des organisations assurant des services de garde.
- Organisation d'audits.

Les auteurs et experts étrangers ont en outre souligné certaines implications à prendre en compte avant d'adopter ces solutions alternatives:

#### AUTRES IMPLICATIONS À PRENDRE EN COMPTE

##### QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

- Support des nouvelles initiatives par les principales parties prenantes, telles que les instances professionnelles, les médecins généralistes, les pouvoirs publics.

##### QUESTIONS D'ORGANISATION

- Nombre de gardes acceptables et plages horaires adaptées au médecin.

##### SATISFACTION DES PATIENTS

- Information: service optimal en fonction de leurs besoins, attentes par rapport au service.
- Délais d'attente: réduction et information.
- Accessibilité pour les patients incapables de se déplacer.

## 4. CONCLUSION

Le présent rapport a examiné les solutions alternatives en matière d'organisation des services de garde de première ligne. Son point de départ est le point de vue des prestataires de soins et des pouvoirs publics. Les données disponibles révèlent que les zones rurales sont confrontées à un problème spécifique de charge de travail durant les heures de garde. En outre, l'organisation actuelle n'est pas adaptée aux périodes creuses.

Plusieurs remarques s'imposent:

- La présente étude ne s'est pas intéressée à la perception des patients. Cette information a été synthétisée à partir d'études belges et d'expériences à l'étranger. Tous les aspects n'ont pu être couverts, tels que le problème spécifique de l'accès pour les minorités et pour les patients appartenant aux classes sociales défavorisées.



- Le rapport se concentre sur les cercles confrontés à des problèmes. Or, de nombreux cercles fonctionnent parfaitement, à la totale satisfaction de leurs médecins et patients. Dans ces derniers cas, il n'y a probablement aucune raison de modifier quoi que ce soit, pour autant que:
  - Leur système soit viable à long terme;
  - Les intérêts des utilisateurs restent au cœur de leurs décisions.
- La présente étude n'a pas trouvé de solution miracle permettant de résoudre le problème de la disparité des zones géographiques, mais les données belges et la littérature soulignent que les solutions doivent être adaptées aux zones rurales et frontalières.

Les chercheurs ont analysé les principaux modèles mis en œuvre en Belgique et dans d'autres pays. Pour être utilisés dans notre pays, certains de ces modèles nécessiteraient des modifications préalables de la législation. La littérature contient de plus amples informations sur leurs avantages et inconvénients, en rapport avec un ou plusieurs des aspects en jeu. Les aspects qui nécessitent une solution optimale sont synthétisés dans le tableau ci-dessous : celui-ci inventorie les points à analyser avant d'instaurer l'un ou l'autre modèle. Le but ultime est de trouver une solution – ou plus probablement une combinaison de solutions – apportant une réponse équilibrée à chacun des aspects figurant dans la colonne de gauche du tableau.

		N° appel unique avec tri (1733)	Poste de garde	Fusion territoires les heures creuses	Collabora- tion hôpital locaux	Consultation par téléphone	Consultation par infirmier	Médecin « gardiste »
Médecin généraliste	Charge de travail du MG							
	Qualité de vie							
	Sécurité							
	Continuité information médicale							
	Adaptation à la situation locale							
Patients	Continuité des soins (traitement & feedback au MG)							
	Réponse aux besoins médicaux/psychosociaux							
	Temps d'attente							
	Communication avec un professionnel de la santé							
	Accessibilité – sécurité							
Autorités	Qualité des soins médicaux							
	Coûts							
	Ressources humaines							
	Législation à modifier							

Les enseignements tirés des situations et solutions à l'étranger sont une source de points additionnels à étudier, en particulier la standardisation des procédures et le planning d'une évaluation basée sur des indicateurs.

En tout état de cause, les futures décisions devraient avoir pour but de:

- Simplifier l'accès de tous les patients aux services;
- Offrir des prestations adaptées aux besoins;
- Optimiser l'efficacité des ressources des services médicaux de garde, en particulier durant les périodes creuses.
- Avant de conclure, il convient de garder à l'esprit qu'une manière complémentaire de résoudre le problème consiste à accroître l'attractivité de la profession de médecin généraliste en général, et des gardes en particulier. Des recommandations en ce sens ont été formulées dans le Rapport 90 du KCE, et pour prévenir le burn-out dans le Rapport 165.





## ■ RECOMMANDATIONS<sup>a</sup>

Pour résoudre le problème d'organisation des gardes, le KCE recommande le développement d'un plan d'action en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés. Ce plan doit prendre en considération les besoins des patients, les aspirations des médecins, les possibilités de collaboration avec d'autres professionnels de santé et structures de soins, la capacité d'assumer les coûts au niveau des deniers publics, les changements législatifs nécessaires, les aspects déontologiques et leur application uniforme. Pour atteindre l'objectif visé plusieurs solutions devront être combinées, en tenant compte des situations locales actuelles.

Au niveau de l'appel du patient, le KCE recommande de généraliser un numéro unique qui offre des avantages de simplification pour le patient, de sécurité pour le médecin et d'enregistrement des appels à des fins d'évaluation du système.

En cas de généralisation du système « 1733 », il faut veiller à:

- Définir avec les parties prenantes locales si l'appel 1733 doit être dévié vers le centre téléphonique du cercle local pour les problèmes relevant de la médecine générale ou si une solution doit être apportée par le téléphoniste du 1733 quel que soit le type de problème ;
- Légiférer au sujet du statut juridique des téléphonistes, de leur formation et compétences, de la nécessité de protocoles qui sous-tendent leurs décisions ;
- Elaborer ces protocoles (dispositifs d'urgence, référence à la première ligne, report de la consultation, ...)

Le KCE recommande de mettre en place différentes solutions, adaptées aux situations locales, pour donner suite aux appels, et ce en concertation avec les cercles locaux. Les possibilités sont multiples, dont:

- Fusion de territoires durant les périodes creuses : la législation devrait dans ce cas être adaptée en termes de population couverte par un médecin de garde ;

---

<sup>a</sup> Le KCE reste seul responsable des recommandations faites aux autorités publiques



- **Accords de collaboration avec les hôpitaux locaux :**
  - les modalités de triage seront précisées entre les parties ;
  - l'existence d'un système de triage (si autre que le 1733) devra être intégrée dans la législation ;
  - Dans tous les cas, un contact avec un médecin généraliste (téléphone, visite) doit rester dans les possibilités offertes.
- **Création de postes de gardes :**
  - Une répartition géographique basée sur les données actuellement disponibles doit garantir une accessibilité optimale pour les patients qui peuvent se déplacer ;
  - Cette répartition devrait favoriser les zones qui ne bénéficient pas de structure hospitalière, pour faciliter le recours à la première ligne, capable de gérer la majorité des demandes ;
- **Si une consultation par du personnel infirmier était envisagée :**
  - Les qualifications de ce personnel doivent être réglementées;
  - La liste d'actes accessibles à ce personnel doit être revue dans la mesure où les consultations sont actuellement réservées aux médecins ;
- **Si des consultations téléphoniques étaient envisagées:**
  - Des protocoles qui précisent les situations dans lesquelles le prestataire peut (ou non) effectuer ce type de consultation devraient être mis en place (cf. France, Pays-Bas) ;
  - Si elles étaient réalisées par des infirmiers, la loi et la réglementation doivent être adaptées comme explicité au point précédent;

Pour tout type d'organisation, les éléments suivants doivent être pris en compte :

- **Au niveau du patient :**
  - Information (medias, folder chez les prestataires) relative à l'utilisation efficiente des services de garde;
  - Durant les gardes, information correcte précisant quel est le service optimal pour son problème et ce qu'il peut en attendre (e.a. temps d'attente, accessibilité) ;
  - Possibilité de visites à domicile pour les patients dans l'incapacité de se déplacer (motifs médicaux, maisons de repos, raison sociale). A cet effet, les protocoles de triage préciseront dans la mesure du possible les circonstances de cette incapacité.



- **Au niveau des médecins généralistes:**
  - Amélioration de l'attractivité de la médecine générale suivant les recommandations du rapport KCE n° 90 (formation et conditions de travail) ;
  - Amélioration de l'attractivité de la garde, notamment en matière de conditions de travail: fréquence acceptable, définition de plages de travail de durée limitée, adaptations lors de maladie ou grossesse, mesures pour assurer la sécurité du médecin ;
  - Définition d'un statut et des conditions d'exercice (formation, compétences) pour les médecins qui exercent leur pratique clinique dans le cadre de gardes afin de garantir l'attractivité de ce statut et la qualité des soins pour les patients ;
  - Information des médecins quant à la non obligation légale absolue de visite à domicile durant les périodes de garde. L'option de visite à domicile élaborée dans le cadre des protocoles de triage pourrait servir de guide général pour les médecins confrontés à cette question ;
- **Au niveau des ressources:**
  - Financement adéquat si la solution d'un système d'appel unique est étendue à l'ensemble du territoire (en particulier au lancement, pour la formation du personnel) ;
  - Durant les périodes creuses, mise en place de solutions efficaces pour optimiser l'utilisation des ressources (collaborations et références entre première et seconde ligne) ;
  - Possibilité de consultations téléphoniques : à encourager et financer pour les situations qui le permettent (50% des appels au Danemark) ;
  - Financement standardisé des postes de garde, tenant compte et de l'activité et de la densité de la population ;
- **Au niveau des technologies de communication, mise en place de systèmes (ou extension des projets expérimentaux actuels) afin de garantir :**
  - La disponibilité des données médicales du patient pour les prestataires de garde, en première ou seconde ligne ;
  - L'information du médecin généraliste attiré dès la reprise de ses activités;
- **Une collecte de données de routine standardisées pour chaque type de service (triage, postes de garde, service d'urgences) afin d'en évaluer la qualité et l'efficacité en utilisant des indicateurs disponibles à l'étranger (e.a. activités, satisfaction de l'utilisateur, données financières)**





## COLOPHON

- Titre : Quelles solutions pour la garde en médecine générale? - Synthèse
- Auteurs : Pascale Jonckheer (KCE), Cécile Dubois (KCE), Els Verhoeven (SPF Santé Publique), Emilie Rinchard (juriste indépendante), Anne-Marie Baudewyns (SPF Santé Publique), Toon Haezaert (SPF Santé Publique), Imgard Vinck (KCE), Murielle Lona (KCE), Dominique Paulus (KCE).
- Experts externes : Guy Delrée (Association des Médecins Généraliste Famenne-Ardenne), Jean-Paul Devries (Cercle Médical Meuse et Samson), Filip Dewallens (Bureau d'avocats Dewallens & Partners), Tom Goffin (KULeuven), Wim Haenen (SPF Santé Publique), Jan Heyrman (K.U.Leuven), Guido Istas (administrateur Domus Medica et cercle de Médecins généralistes, Sterrebeek), Luc Maroy (INAMI), Guillaume Mathot (SSM-J, Jeunes généralistes de la Société Scientifique de Médecine Générale), Igne Parmentier (MG-action), Juliette Renard (SPF Santé Publique), Roger Renders (Huisartsenkring Deurne-Borgerhout), Yves Rosiers (Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes), Jean-François Soupart (Forum des Associations de Généralistes de la Communauté Française de Belgique asbl), Johan Sterkendries (Société de Médecine de Waremme et Environs asbl), Alain Steyers (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles), Didier Thillaye du Boullay (SOS Médecins), Marcel Van der Auwera (SPF Santé Publique), Roel Van Giel (Jong Domus), Michel Van Hoegarden (SPF Santé Publique), Bernard Vercruyse (Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes), Els Verhoeven (SPF Santé Publique).
- Remerciements : Pour les informations complémentaires relatives aux initiatives belges : Dimitri Gaethofs (médecin généraliste, Oudenaarde), D. Jonas (centre d'appel 1733, Mons), G. Maraschiello (Fédération des Associations des Médecins Généralistes de la Région de Charleroi), Koen Steel (médecin généraliste, poste de Garde de Brugge), S. Stipulante (SPF Santé Publique).
- Pour la collecte et l'analyse des données: Marguerite Betermiez (SPF Santé Publique), Mickael Daubie (INAMI), M. Horn (FPS-FOD).
- Pour leur contribution à la rédaction de la partie légale: Vincent Mahieu (SPF Santé Publique), Xavier Van Cauter (SPF Santé Publique).
- Pour la relecture de la partie légale et déontologique : A.S. Sturbois (Ordre des médecins)
- Pour la synthèse en anglais de la partie légale : Bureau d'avocats Cairn Legal
- Pour la validation de la description de leur pays : Emgan Querellou (Directeur SAMU29, Centre 15 Finistère, Brest, France), Isabelle Aubin-Auger (Collège National des Enseignants Généralistes, France), Linda Huibers (Universiteit Nijmegen, Pays-Bas), Jo Williams (Quality Care Commission, UK), Cynthia Bower (Quality Care Commission, UK), Sean Boyle (Commission for Social Care Inspection, UK), Lone Flarup (University of Aarhus, Danemark), Christensen Morten Bondo (University of Aarhus, Danemark), Massimiliano Panelaa (Universita degli del Piemonte Orientale « Amedeo Avogadro », Italia)
- Pour leur aide précieuse : Anja Desomer (KCE), Stephan Devriese (KCE), Luc Hourlay (KCE), Christian Léonard



(KCE), Stefaan Van De Sande (KCE)

Validateurs externes :

David Robert Dunt (University of Merbourne), Pascale Meeus (INAMI), Hilde Philips (Universiteit Antwerpen)

Conflits d'intérêt :

Aucun conflit déclaré, à part l'appartenance à un groupe de médecins généralistes ou une institution impliquée dans cette problématique (mention entre parenthèses)

Layout :

Sophie Vaes, Ine Verhulst

**Disclaimer :**

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

30 décembre 2011

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Family Practice ; After-Hours Care; Primary Healthcare

Classification NLM :

W 84

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2011/10.273/87

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »

<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinckard E, Baudewyns A, Haezaert T, Vinck I, Lona M, Paulus D. Quelles solutions pour la garde en médecine générale ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2011. KCE Reports 171B.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

