

Manifestions de la Médecine Générale en Wallonie

Dossier de presse

Table des matières

1. La Médecine Générale	1
2. Revendications	1
3. Concepts.....	3

1. La Médecine Générale

Par cela nous entendons l'assemblée générale de la FAGW, constituée de la grande majorité des Cercles (asbl locale de MG qui a la mission d'organiser la garde) de la région wallonne, en solidarité avec le Cercle Bruxellois francophone (FAMGB), les syndicats (GBO et Absym) et la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale).

2. Revendications

2.1. Un tri 1733 de qualité

- a. Retour du tri en « nuit profonde »
- b. Validation par la MG de la place que les protocoles 1733 (selon le [Manuel Belge de Régulation Médicale](#)) veut lui faire tenir
- c. Un 1733 de qualité (contrôles conjoints SPF et MG)
- d. Un 1733 partout, condition sine qua non pour la mise en place des futures coopérations fonctionnelles
- e. Un 1733 qui trie tous les appels. Pas de PMG ouverts sans tri préalable.

Nous demandons, à nouveau, le rétablissement du tri sélectif en nuit profonde, dans les régions qui le réclament, afin de parvenir à articuler le plus harmonieusement possible la vie professionnelle et la vie privée des médecins de première ligne et assurer ainsi aux patients l'accès aux meilleurs soins dans les conditions les plus adéquates.

Pour mémoire, le comité de pilotage 1733 du SPF Santé a autorisé pendant plusieurs années la centrale de régulation des appels en garde à procéder à un tri sélectif des appels entre 23h et 8h du matin. Le médecin de garde en nuit profonde était appelé pour les malades grabataires, les patients en maisons de repos ou en soins palliatifs ainsi que pour les certificats de décès.

2.2. L'arrêt de l'ingérence du fédéral dans l'organisation des PMG.

Exemples non exhaustifs :

- a. Ne pas nous imposer la présence de 2 médecins généralistes dans les PMG ouverts la nuit complète.
- b. Ne pas imposer la présence d'un médecin généraliste dans les PMG à partir de 18h.
- c. Un financement suffisant pour le personnel des PMG, notamment pour la coordination.
- d. Un financement pour les médecins généralistes qui assurent cette organisation.
- e. Des relations saines et de collaboratives avec l'Inami dans la gestion du financement et son contrôle.
- f. Une harmonisation qui tienne compte de spécificités incontournables impactant le fonctionnement des PMG.
 - Ruraux : compenser les financements à l'habitant et changer l'optique économique pour celle de la santé publique en reconnaissant l'importance de la disponibilité du service.
 - Urbain : dédoublement de l'accueil possible en région wallonne pour les PMG des grandes villes.

D'une manière générale, **nous dénonçons le mépris** dont font preuve les autorités fédérales à l'égard des médecins généralistes. Il n'y a eu aucune concertation avant de supprimer le tri sélectif en nuit profonde. Or, ce tri n'a jamais occasionné de nuisances particulières. Les médecins généralistes ne sont pas écoutés dans l'ébauche des coopérations fonctionnelles lorsqu'il s'agit de prendre en compte les spécificités wallonnes et le fonctionnement actuel des PMG.

Nous sommes inquiets pour la qualité de la médecine générale et la sécurité des patients et des médecins. Une surcharge lors des gardes de nuit entraîne une fatigue telle chez le médecin qu'il pourrait offrir une moins bonne qualité de soins en journée. C'est dangereux pour la sécurité du patient et du médecin, mais aussi pour la qualité de la médecine générale. Ceci a aussi pour effet de décourager des nouvelles installations dans les régions faiblement peuplées médicalement et où la récurrence de garde est plus fréquente. À l'heure où tout le monde parle de pénurie, cela semble aberrant.

3. Concepts

Il nous semble important de définir quelques notions pour une bonne compréhension.

- a. **Cercles de Médecine Générale** : asbl de médecins généralistes ayant plusieurs missions décrites dans [l'Arrêté Royal du 8 Juillet 2002](#) dont celle de l'organisation de la garde à laquelle tout médecin est obligé de participer.
Au départ les Cercles dépendaient du fédéral mais ils ont été régionalisés lors de la sixième réforme de l'État en 2014 alors que la garde dont ils ont la mission d'organisation, elle, est restée une compétence fédérale. La ministre De Block a fait voter [la loi « qualité »](#) du 22 avril 2019 qui tend à refédéraliser l'organisation de la garde dans le sens où elle définit ce qu'est une Coopération Fonctionnelle.
- b. **Coopération fonctionnelle** : nouvelle organisation de la garde qui doit regrouper au minimum trois postes de garde et au minimum 300.000 habitants (sauf dérogation). Celle-ci doit être agréée par le SPF Santé Publique afin de pouvoir obtenir un financement. En pratique les Cercles ont perdu toute liberté dans leur organisation de la garde en PMG, y compris dans des détails de fonctionnement.
- c. **PMG** : Poste Médical de Garde, soit géré par un Cercle, soit par une asbl regroupant plusieurs Cercles, laquelle gérant parfois plusieurs PMG. Le PMG est un moyen organisationnel que les Cercles ont mis au point pour que la garde soit :
 - Équitable en lissant les inégalités de récurrence entre les MG afin de
 - o Parvenir à attirer les jeunes dans les zones rurales
 - o Stopper l'exode des MG qui fuient les anciennes gardes qui avaient des récurrences d'un week-end sur 5, 4, voire parfois 1 week-end sur 2 !
 - Plus qualitative
 - Plus sécurisante
 - Plus pérenne, afin d'éviter les zones sans médecin de garde.
 - Moins récurrente
- d. **1733** : Le 1733 est le numéro de l'aide médicale non-urgente géré conjointement par le SPF Santé publique et le SPF Intérieur. Il est accessible le week-end, les jours fériés et les nuits de semaine dans de nombreuses régions. Là où il n'est pas encore actif, un répondeur l'indique et les patients doivent alors s'adresser au numéro local de leur commune. Pour 2025, ce numéro devrait être accessible partout en Belgique.
- e. **MBRM (Manuel Belge de la Régulation Médicale)** : Le SPF Santé publique est responsable des protocoles 1733 et du financement des préposés qui relèvent, eux, du SPF Intérieur. Ces protocoles, au départ écrits par les Médecins Généralistes, ont été intégrés dans le Manuel Belge de la Régulation Médicale. Le manuel détermine l'envoi de différents moyens (SMUR, PIT, ambulance, MG) en fonction de la gravité. Trois niveaux concernent les médecins généralistes de garde.
 - **Niveau 6** : Urgent. Non menaçant pour la vie ou les organes mais requiert une évaluation médicale rapide (1h à 2 h max) pour le diagnostic ou la thérapie.
 - **Niveau 7** : Service de garde. Non menaçant mais l'état requiert une évaluation médicale (par le service de garde ou dans les 12h maximum) pour le diagnostic ou la thérapie.
 - **Niveau 8** : Soins planifiables. Le relais auprès du médecin de famille en dehors du service de garde est possible. Un nouvel appel en cas d'aggravation des symptômes est recommandé.

- f. Nuit profonde (ex « nuit noire ») : la période de 23h à 8h. Lorsque le tri 1733 de nuit profonde était appliqué, les médecins généralistes n'étaient réveillés que pour quatre cas précis : les constats de décès, les patients en MR/MRS, les soins palliatifs et les grabataires. La grande majorité des autres appels pouvait attendre le lendemain matin et une minorité d'appels étaient référés aux services d'urgence pour mise au point ou traitement. Ces cas sont très minoritaires, même s'ils sont cités par non détracteurs, SPF Santé Publique en tête. Ceux-ci semblent cependant ignorer ou tolérer passivement la masse (x100 ? x1000 ???) de patients qui se rendent aux urgences en journée sans passer par la case « MG ».

But : espérer quelques heures de sommeil pour les MG car :

- Les Médecins Généralistes ont travaillé la journée avant leur nuit ET travaillent aussi la journée après leur nuit.
- Ne pas dormir est dangereux pour la santé de patients pris en charge en garde et le lendemain. Dangereux aussi pour le médecin qui subira lui aussi les conséquences d'une éventuelle erreur médicale causée par la fatigue
- La pénurie fait que tous les Médecins Généralistes ont beaucoup de travail en journée. Il faut choisir entre un Médecin Généraliste disponible la journée et un Médecin Généraliste disponible la nuit pour ce qui peut attendre 8h le lendemain. Le choix est évident en termes de santé publique et d'organisation des soins.
- La Médecine Générale n'est pas un night and day. Pour pouvoir répondre aux besoins, il est important de ne pas nous imposer de répondre aux demandes non fondées entre 23h et 8h.

Au départ, le 1733 était au service de la médecine générale et aujourd'hui, la médecine générale est au service du 1733 qui lui impose des choses qui la desservent.

Dr Guy Delrée
Président FAGW asbl



ANNEXE 1

HISTORIQUE 1733

Au départ (+-2010), le SPF Santé Publique a proposé de créer le 1733 au service de la médecine générale, au départ de protocoles créés et mis à jour par la médecine générale.

Le 1733 permettait :

- **La sécurité du patient** : vu l'importante extension de l'étendue du territoire de garde lors du passage en garde locale vers les gardes en PMG, il fallait un tri qui garantisse que les patients qui appellent pour un motif grave, relevant de l'AMU (Aide médicale d'Urgence), puissent être pris en charge le plus rapidement possible par les urgences. Attendre l'arrivée d'un Médecin Généraliste qui aurait fait une évaluation médicale et appelé le 112 aurait été préjudiciable.
- **Privilégier les consultations et limiter les visites** à ceux qui ne savent pas se déplacer, toujours au vu du territoire élargi.
- **Assurer la sécurité par un tri**, un relevé d'identité, d'adresse, de téléphone, etc de l'appelant. Le cas échéant décider d'emblée de l'envoi conjoint de la police.
- Par la suite, avec l'évolution de la garde et des mentalités, tant des Médecins Généralistes que de la population, **élaborer un tri « nuit noire », ensuite appelé « nuit profonde » qui limite les sorties de MG** aux seules vraies indications où il y a une plus-value. Que tout ce qui nécessite une mise au point hospitalière soit d'emblée dirigé vers l'hôpital, que tout ce qui peut attendre 8h du matin n'entraîne pas de réveil du MG et garantir pour 4 motifs la présence d'un MG :
 - i. Les soins palliatifs
 - ii. Les soins en MR/MRS (Maison de repos et de soins)
 - iii. Les grabataires qui nécessitent un soin urgent
 - iv. Les constats de décès.
- En 2018 nous avons accepté, hélas mis en confiance de la collaboration jusqu'alors bonne avec le SPF, de fusionner les protocoles 1733 avec et en prolongation des protocoles de l'Aide Médicale d'Urgence : le MBRM (Manuel Belge de Régulation Médicale). La Flandre avait aussi des projets pilotes 1733, assez similaire et la synthèse nous semblait pertinente, d'autant qu'il nous avait été garanti, au sein du GT du SPF Santé Publique piloté par le président du Conseil National Supérieur d'Aide Médical d'Urgence, que des adaptations régionales pourraient nuancer le set de protocoles national. Il nous avait même été proposé des adaptations provinciales (PV SPF SP du 22/08/2018), alors que la Médecine Générale les demandait à l'échelle de la région. Nous nous sommes réunis et mis d'accord pour les constituer, avec succès.

Le SPF propose que les adaptations soient faites par Province. Nous pensons qu'il sera utile, dans un second temps, de les penser à l'échelle soit de la région wallonne, soit des 2 centres 1733 wallons.

Le 18/10/2019, le PV de réunion du SPF SP stipulait :

3. *Feed-back du SPF Santé publique sur les questions posées*

i. *Nuit noire* comme dérogation régionale

Le SPF Santé publique a accepté la réglementation dans le cadre de la *nuit noire* comme dérogation régionale. Néanmoins, il est explicitement indiqué qu'il faut être conscient du fait que l'INAMI ou le pouvoir politique pourraient formuler des commentaires susceptibles de donner lieu à une révision du financement de garde.

Plusieurs membres du groupe de travail pensent qu'il faut une approbation plus formelle, et ce, par extension, pour toutes les dérogations régionales accordées. Compte tenu du fait qu'il ne s'agit que d'un nombre très limité, le président propose de confier aux directeurs médicaux la responsabilité en matière de validation et d'exécution.

Guy DELREE souligne avec force que dans le cadre de la *nuit noire*, il importe d'obtenir une validation du ministre, ou tout au moins du directeur général.

Peter TODOROV et Régine ZANDONA ont du mal à accepter que cette responsabilité soit confiée aux directeurs médicaux. D'après les intervenants, cette responsabilité n'est nullement couverte sur le plan administratif. Patrick VAN DE VOORDE propose de regrouper les dérogations accordées dans des annexes, ainsi ces dérogations seront couvertes puisque que l'ensemble du document aura été validé par le ministre.

Le président précise qu'il faut le comprendre comme une responsabilité déléguée dans le cadre de la fonction de directeur médical que l'on assume au sein du SPF Santé publique.

Cette discussion est reportée à la concertation périodique avec les directions médicales afin d'éviter de charger davantage les travaux de ce groupe de travail.

Le tri nuit noire a eu lieu depuis plusieurs années pour la moitié ouest de la région wallonne triée par la centrale de Mons et depuis le 01/02/2018 pour la moitié est triée par la centrale d'Arlon. (Une partie seulement de ces territoires en bénéficiaient, par manque de ressources humaines).

Lors du Covid, le mot d'ordre était que la première ligne fasse tout pour éviter la prise d'assaut des hôpitaux par les patients, dans la crainte d'un scénario à l'italienne de débordement de la deuxième ligne. Et donc nous avons suspendu le tri strict en nuit profonde, au moins sur une partie de la Région. Hélas il n'a pas repris. Au départ nous mettions cela sur la Covid, puis nous avons protesté pour apprendre par le SPF fin 2022 à l'occasion des remous d'une circulaire du 28/11/2022 que « le ministre a décidé d'abolir la tri nuit noire ». Sans concertation ni information du terrain. Depuis lors nous tentons de discuter et de récupérer notre dû, en vain. Le SPF Santé Publique, le plus souvent muet, n'a pas hésité à aller jusqu'au mensonge dans son courrier du 01/06/2023 :

3. « Retour » aux critères de nuit noire

Premièrement, pour le SPF Santé Publique, les critères nuit noire n'ont jamais existé. Ces critères nous semblent d'une part trop restrictifs et d'autre part ne pas correspondre aux critères de financement de la garde par l'INAMI. A notre sens, on ne peut donc parler de « retour » pour quelque chose qui n'a jamais eu d'existence et de validation officielle.

Ce lundi 19 juin 2023, le nouveau groupe de travail du SPF Santé Publique composés pour l'essentiel de personnel de ce SPF (directions médicales, fonctionnaires au SFP, direction médicales adjointes,...), s'est enfin penché sur notre demande de rétablir ce tri. Notre unique représentant a argumenté, expliqué, les raisons et l'importance d'un tel tri au-delà du simple triage de la nuit (pour

l'attractivité des zones en pénurie, ...) sans pouvoir les convaincre. Seul contre tous, un vote a eu lieu : 1 voix en faveur de ce tri, 11 contre ! La médecine générale est méprisée, le 1733 n'est plus à son service mais la médecine générale est passée au service du 1733 sans avoir aucun mot à dire, se voyant imposer ce qu'elle refuse et refuser ce qu'elle demande.