

Marche en Famenne, le 28 juin 2023.

Mr le Ministre Frank Vandebroucke
Mme la Ministre Christie Morreale (en copie)
Mme Evelynne Hens, cabinet du ministre Vandebroucke
Mr Jo De Cock, Inami, président de la CNMM
Mr Mickaël Daubie, Inami, directeur général soins de santé
Mr Van der Auwera, SFP Santé Publique

Voilà 40 jours que nous nous sommes rencontrés au cabinet du Ministre Franck Vandebroucke. La situation était très tendue au sud du pays, en particulier concernant 1733 mais aussi sur la réforme de la garde en Coopération Fonctionnelle. Vous teniez, ce 16 mai 2023, à nous entendre et à comprendre nos problèmes. Votre écoute a été attentive, qualitative et je vous en remercie. Nous avons pu échanger et j'ai pu argumenter nos positions. Vous sembliez sensibles aux raisons justifiant nos visions. Sur certains points dont le bon sens était évident (2 MG la nuit,...) vous n'aviez pas d'argument majeur à nous opposer et une solution semblait être à portée de main. Pour le 1733, à défaut d'accord immédiat sur les problématiques exposées, nous avons un engagement à en discuter en vue de trouver une solution. À l'issue de ces 2h30 de discussion, j'ai décidé de suspendre les actions prévues par la FAGW et nous n'avons pas relayé l'appel à manifester en Wallonie picarde, bien que nous étions à 100% solidaires avec leurs revendications.

Lors de l'AG de la FAGW le 17 juin dernier, constatant l'aggravation de la situation tant sur le plan 1733 que sur le plan des coopérations fonctionnelles, les Cercles ont demandé et voté à l'unanimité l'affirmation forte de nos revendications au moyen de différentes actions. Parmi celles-ci un tir groupé de 9 manifestations réparties en Wallonie. Vous trouverez par la présente nos revendications. Certes, ce texte est long, mais il m'a semblé important, d'une part, de prendre le temps d'exposer les preuves visant à rétablir certaines vérités et, d'autre part, d'argumenter et d'expliquer. Car s'il y a bien un reproche que la base vous adresse et qui peut résumer tout ceci, c'est de ne pas les écouter, ne pas comprendre le service rendu et d'imposer des choses inutiles, sans plus-values et non-applicable sur le terrain wallon dont les particularités sont trop niées. Attention, il ne s'agit pas d'aller d'un excès à l'autre : il faut une certaine harmonisation, mais raisonnable, dans le respect de ce qui est possible et consenti par les Cercles. **Il faut les convaincre par un projet qui ait du sens et ne pas leur imposer ce qui n'en a pas.**

Nous restons demandeur d'un dialogue franc et constructif, à l'image du ton employé pour ce document.

I. 1733 :

1. **Pas de dialogue** avec le SPF sur les réformes demandées pour le 1733.

2. **Mensonge**. Le mot est fort mais hélas justifié. Ce mensonge répété a brisé la confiance dans

le service du SPF gérant le 1733. En réunion et dans une lettre du SPF du 01/06/2023, il a été dit et répété que le tri nuit noire n'avait jamais existé. J'ai expliqué le contraire à plusieurs reprises. J'ai envoyé un mail (*repris ci-contre*) le 11/05/2023 à ceux qui faisaient partie du GT protocole alors présidé par Jean-Bernard Gillet en lui demandant

→ Concerne°: considérations **historiques** sur l'existence d'un engagement et d'une application d'un set de protocoles 1733 régionaux découlant du set national. ¶

¶

→ Lors des discussions de la PAG, Plateforme d'Accompagnement Gardes, présidée par Franck Lippens qui nous lit en copie, nous avons des discussions sur le 1733. Je ne vous demande pas de prendre ici une position sur le fond ou une quelconque pertinence (mais vous pouvez). Mais j'ai besoin de rétablir une vérité historique sur les points suivants. ¶

¶

Est-il exact que lors des travaux du groupe de travail protocoles 112-1733 du Conseil National d'AMU°: ¶

→ Il a été validé l'existence d'un set de protocoles régional découlant du set national°? ¶

→ Que l'administration avait même à un moment donné proposé un set provincial°? ¶

→ Que les Wallons (Régine Zandona, Peter Todorov, Michael Scève, Jean-Michel Grégoire, Damien Siewuw, Guy Delrée) ont travaillé ensemble pour aboutir à un set régional wallon, unique pour les CS 112/1733 d'Arlon et de Mons°? ¶

Enfin°: ¶

→ Est-il exact que la manière «¹nuit profonde°» de traiter les appels 1733 a été appliquée pendant plusieurs années au départ des CS 1733 de Mons et d'Arlon°? ¶

→ Ceci pour rétablir une vérité historique car la négation actuelle de l'existence à un moment donné de cette orientation politique, administrative et la production de ce travail ne me semble pas correcte. Question historique et non politique. ¶

de se positionner non pas sur la pertinence actuelle ou le choix politique actuel mais sur la vérité historique. Hormis la réponse du Dr Siewuw, MG avec qui je siégeais, je n'ai pas eu de réponse, ce qui est en soi une réponse lourde de sens.

Pendant toute la durée des travaux du GT présidé par JB Gillet en 2018 et 2019, notamment à Leuven, le discours des Wallons était clair : nous voulons le tri sélectif de nuit noire. Tant les Flamands présents ainsi que le SPF ne voyaient pas d'objection à ce qu'il en soit ainsi en Wallonie. Nous avons convenu de travailler sur un set de protocole national duquel découlerait un set adapté pour la Wallonie.

Au départ, le SPF avait même proposé que ces adaptations soient provinciales (*PV de la réunion du 22-08-2018*), ce que nous avons décliné, préférant harmoniser les tris wallons alors existants. Ce que nous fîmes lors de plusieurs réunions, pour aboutir à Mons en été 2019.

4. Divers :

Concernant la nuit noire (23h-8h), le docteur Delrée aimerait que la réponse apportée après tri puisse varier d'une région à l'autre:

- si le moyen à envoyer est un niveau « G » = réponse par le médecin de garde dans les 12h, → le patient sera pris en charge après la nuit noire. Cela peut vouloir dire être recontacté par le PMG si le lendemain est aussi un jour de garde ou il lui sera demandé de recontacter son médecin généraliste si le lendemain est un jour ouvrable.

- Si le moyen à envoyer est un niveau « F », le patient sera redirigé dans la plupart des cas vers l'A.M.U.

Une prise en charge sans délai est demandée ce qui n'est plus possible dans la configuration actuelle, tant au vu des territoires que des ressources humaines. Des exceptions existent cependant : le constat de décès, l'appel justifié en « F » pour un patient en maison de repos, grabataire à domicile ou en soins palliatifs.

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 PV du 18/10/2019 atteste de la véracité de nos dires et vient donner tort au discours persistant du SPF qui prétend que le tri nuit noire n'a jamais eu lieu :

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.

Rappelons le courrier du SPF 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.

Bref, lors de toutes ces réunions, la nuit noire pour la région wallonne était acquise, acceptée et validée par tous les membres du GT de la CNSAMU.

On peut avoir une idéologie, en changer à 180°, mais il faut l'assumer et ne pas mentir pour tenter de la faire passer, en niant que l'on a changé d'avis ou que cela a existé. J'ai moi-même changé d'avis sur la nuit noire car j'étais au départ (avant 2015) contre. Je l'ai exposé, ainsi que la réflexion que j'ai suivie et les arguments qui m'ont fait changer d'avis, lors d'un colloque organisé à Leuven sur le 1733 en novembre 2019. Le SPF a mon Powerpoint.

3. Le 1733, son manuel intégré au MBRM, sera discuté au sein du « **GT2 Régulation médicale** » du CNSAMU où seuls y siègent quelques membres de la SSMG pour la Médecine Générale. Au sein du « GT2 Régulation médicale », je suis le seul Médecin Généraliste francophone contre 2 Médecins Généralistes flamands et encore, je ne

Samenstelling werkgroep / composition du groupe de travail

Vertegenwoordiging	NL	FR
Chair/ Responsables	Diego Gouwy* NC112 VWL	Régine Zandona* CS112 Liège
Secretary/ secrétariat	Stijn Dekesel (attaché regulatie FOD VGZ)* Bert D'Alleine (attaché regulatie FOD VGZ)*	
Urgentiearts / médecins urgentistes	Pieter Jan van Asbroeck	Cornelie Genbrugge
Verpleegkundige spoedgevallen Infirmier urgentiste	Philippe Noynaert	Carine Schwartz
Ambulancediensten Service ambulancier	Dries Deschilder	Jean-Xavier Renard
Noodcentrale Centrale d'urgence	Guy Henderickx Marc Gellens*	Didier Laloux Samuel Stipulante
Huisarts Médecin généraliste	Chris Vander Mullen* Stefan Teughels	Guy Delree (expert)*
Netwerk brandweer	Vermote Francis	
Lid bureau NRDGH		

suis là que comme « expert ». La médecin urgentiste francophone ne parle pas le français mais le flamand (!) et sur les 18 membres du groupe, la moitié fait partie du SPF SP ou Intérieur.

Un vote a eu lieu lors de la dernière réunion sur la nuit profonde pour la région wallonne : cela a été rejeté à l'unanimité sauf une voie, la mienne, « expert » sans droit de vote.

Dans les 12 mois à venir, les protocoles vont être revus avec la même méthode, le même rapport de force, le même résultat. Le 1733 n'est plus au service de la MG, c'est la MG qui est devenue un moyen que l'on enverra pour des motifs et à des heures que décideront en pratique le SPF SP et ceux qui travaillent pour le 112.

La médecine générale, wallonne a fortiori, est ultra minorisée, ce qui est inadmissible. Ce n'est pas une ouverture !

↳ Ce que nous demandons :

1. **Un tri nuit profonde en région wallonne** qui n'admette entre 23h et 8h que 4 types d'appels : les soins palliatifs, les MR/MRS et les grabataires (qui le nécessitent) ainsi que les constats de décès.

Nos arguments :

- a. La toute grande majorité des appels entre 23h et 8h peut attendre le lendemain matin et être d'emblée renvoyée chez le médecin traitant à partir de 8h. Lorsque la journée qui suit est un jour de WE ou JF, un XML sera envoyé au PMG et le patient revu avant midi.
- b. Une petite partie des appels concerne des plaintes plus sérieuses qui justifient pleinement une mise au point hospitalière. Faire intervenir le MG n'a pas de plus-value.
- c. Dans de rares cas, moins de 1%, comme une suture chez un particulier ou un enfant qui fait de la fièvre et dont le parent se sentirait démuné (ce qui est rare), le patient sera envoyé aux urgences. Nous reconnaissons là une petite perte de disponibilité de la MG mais c'est un choix rationnel, nécessaire et assumé qui ne concerne qu'un tout petit nombre de cas. C'est nettement moins fréquent (un facteur 100 ou plus ?) que tous ceux qui se rendent aux urgences spontanément en journée ou en soirée pour

des plaintes relevant de la MG, avec l'approbation de facto du système depuis toujours. S'insurger contre cet adressage aux urgences à la marge de la nuit profonde, c'est « l'hôpital qui se fout de la charité ».

- d. Petite perte de disponibilité en nuit profonde mais un grand gain de disponibilité en journée, le moment où le MG exerce son vrai métier : soigner ses patients. Car une nuit profonde qui réveille les MG entraîne fatigue, mal-être au travail, danger et baisse de qualité tant la nuit que les jours qui suivent. Au-delà de la nuit, cela accentue la désertification des zones en pénurie, des zones rurales par perte d'attractivité et départs des MG pour des zones moins pénibles. Le calcul en termes de disponibilité est vite fait : le tri nuit profonde est bénéfique en termes de disponibilité !
 - e. Sens. La question du sens est importante. Or les appels pour lesquels nous nous levons (hormis les 4 de la nuit profonde) n'ont pour la grande majorité aucun sens à cette heure-là ! Répondre à des besoins non différables et pour lesquels le généraliste apporte une vraie plus-value fait sens. Répondre à des demandes sans plus-values en nuit profonde ne fait absolument pas sens.
 - f. Vous parliez de bien-être du médecin généraliste lors d'un webinaire organisé par « médecin en difficulté ». Savez-vous que ces mesures sont de loin en tête que ce qui provoque notre mal-être ? Au point que certains nous disent qu'ils arrêteront la MG si cela continue. Cela, en sus d'une perte de qualité du travail et d'accessibilité, est un non-sens en termes de Santé Publique.
 - g. Pendant des années pour le tri de Mons et depuis février 2018 pour celui d'Arlon jusqu'à récemment, le tri nuit noire a bien eu lieu. Nous n'avons pas eu à déplorer de plainte de la population (ni via leur MT, ni adressée au SPF).
 - h. La nuit noire n'a pas non plus augmenté le recours aux urgences de manière significative. Les services d'urgences, à qui nous avons demandé si cela avait engendré une augmentation de fréquentation, nous avaient répondu que c'était négligeable, 1 cas toutes les 2 nuits et par hôpital en province de Luxembourg par exemple.
 - i. Le SPF, du moins ses représentants au sein du « GT2 protocoles », opposent à cette demande qu'il serait trop compliqué pour les préposés de modifier le tri de 23h à 8h. Cet argument relève de la mauvaise foi et sous-estime grandement les préposés. Ils sont capables d'identifier cette plage horaire et d'assimiler qu'entre 23h et 8h, il suffit de renvoyer aux urgences les N6 qui ne répondent pas aux 4 critères et de dire aux N7 et N8 de faire appel à leur MG à partir de 8h les nuits qui précèdent un jour ouvrable, et d'envoyer le xml les nuits qui précèdent un jour de WE ou JF. Cela s'est fait pendant des années, tant à Mons qu'à Arlon, sans soucis. Ce type d'argument du SPF participe à saper la confiance.
2. Nous demandons également que les **patients N7 et N8 soient renvoyés à leur médecin** ou au PMG comme je viens de l'expliquer ci-dessus. Certains, dont le SPF s'inquiètent du fait qu'un patient qui appelle à minuit, qui est déterminé « N7 » et qui reçoit pour réponse d'appeler son

médecin traitant à 8h ne soit pas vus endéans les 12h, soit avant midi. Cette idée se retrouve dans le courrier du SPF du 01/06/2023 :

- Il n'est pas certain que :
 - Tous les patients appelants aient un médecin traitant
 - Que le médecin traitant puisse voir son patient avant le terme des 12 heures tel que le prévoit le niveau 7

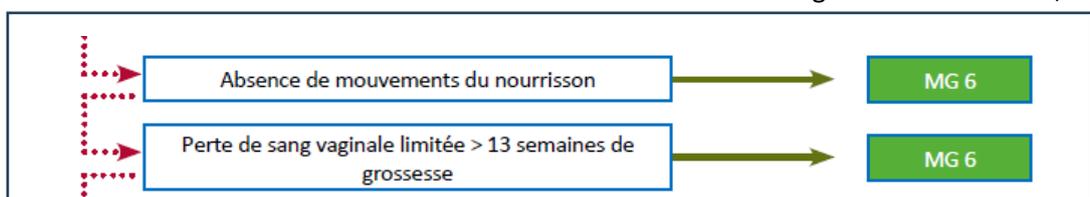
Réactions :

- Il est évident que tous les patients devraient avoir un médecin traitant et un DMG. Si la garde peut être une opportunité pour en convaincre certains, ce n'est pas son but mais un bénéfice secondaire. Et certainement pas en nuit profonde. Leur dire d'appeler un généraliste pour régler leur problème et qu'ils lui demandent s'il accepte d'être son médecin traitant est suffisant en nuit noire. Un employé du SPF me rétorquait les difficultés dues à la pénurie, je considère que la médecine générale a alerté en vain les autorités sur ce problème et qu'elle n'a pas à subir cette conséquence négative supplémentaire en nuit profonde. Que l'État ne nous demande pas d'assumer son manque d'anticipation !
- Que les N7 soient vus endéans les 12h, sachant qu'il y a des choses qui ne le nécessitent pas absolument revient à instaurer un « coupe-file » à la consultation du MG.
- Faites confiance aux MG et à leurs secrétariats dont c'est le métier au quotidien : octroyer des rendez-vous ! Je rappelle qu'il s'agit de problèmes bénins et de délais qui se comptent en heures, voire de l'ordre d'une journée. Il n'y a pas là de problème de santé publique.
En revanche, attendre plus de 6 mois voire un an pour voir certains spécialistes pour la prise en charge d'un nouveau souci de santé, attendre plusieurs semaines pour un scanner pour mise au point d'un cancer, là il y a un souci ! Plutôt que de créer des coupe-files pour la médecine générale, il serait plus opportun de résoudre les délais d'accès à la 2^{ème} ligne. Par exemple, par un échelonnement et une définition du travail de chacun ainsi qu'un pourcentage d'accès rapide pour des patients envoyés par des MG.

3. Nous demandons également **que les protocoles concernant la MG soient validés par la MG, région par région**. S'il est important d'avoir des protocoles identiques à l'intérieur de chaque région, nous demandons qu'il soit possible que le set de protocole wallon soit légèrement différent du set de protocole national ou flamand. Bien qu'ils aient un très large commun dénominateur, il y a quelques différences.

Une importante : la nuit profonde.

Une plus anecdotique mais révélatrice de l'existence de différence entre la Flandre et la Wallonie : « l'absence de mouvement du fœtus in utéro ». Il s'agit de voir si le fœtus,



au dernier trimestre de la grossesse, viable donc, vit toujours ou s'il a un gros souci, voire s'il s'est arrêté de vivre. Les MG Flamands, d'après leurs représentants, ont tous un doppler et feraient des doppler fœtaux. Pas les Wallons. Ils considèrent que si le petit cœur s'est arrêté la patiente peut attendre lundi pour voir son gynéco car il n'y a plus rien à faire. Pas les Wallons. Dès lors cette patiente pour le moins inquiète pour son bébé, serait vue rapidement en Flandre par un MG alors que les Wallons souhaitent qu'elle soit vue via les urgences, par un gynécologue obstétricien. Nous avons débattu longuement de cela et, faute d'accord, nous avons décidé qu'il s'agirait là d'une variante au sein du protocole wallon. Ce dernier n'a pas été finalisé et la Wallonie se retrouve avec un rôle que ses médecins ne veulent et ne peuvent pas tenir. Je ne me souviens pas d'autres exemples de différence.

« Devoir » avoir un même protocole pour tout le pays relève plus de l'idéologie que de découler de contraintes pratiques. En effet l'over-flow pour les appels 1733, lorsqu'il se fera, se fera au sein de la même région pour des motifs évidents de langue. Et quand bien même lors d'une grosse catastrophe en région wallonne saturant les CS112 wallonnes, des appels 1733 wallons devraient être dirigés en Flandre et triés selon le set de protocoles flamands, cela ne nous poserait pour l'occasion aucun souci. « Cas de force majeure » et des protocoles semblables à 95-98% environ.

Modèle économique versus santé publique. Réflexion.

Une des explications des différences entre le modèle le plus souvent flamand (mais aussi carolo) et wallon, c'est qu'en Wallonie, la garde n'est faite QUE pour ce qui ne peut attendre le retour du médecin traitant et que l'implantation des PMG tient compte d'un minimum de proximité (30') malgré les distances et la faible densité de population. Ceci aux dépens de la rentabilité, faute de population assez importante. Dans le modèle économique, possible au-delà d'une certaine densité de population et aidé par un filtre à larges mailles (on accepte aussi ce qui pourrait attendre le retour du médecin traitant), le nombre de visites de nuit rend la prestation de garde rentable. Il en découle à la fois que des médecins « gardistes » n'ayant pas ou plus de cabinet vivent de ce type d'activité et que d'autres MG sont aussi volontaires pour faire ces gardes bien rémunérées. De ce fait, les MG qui ne souhaitent pas en faire peuvent parfois ne plus en faire, en remettant leurs quotas aux volontaires.

En Wallonie, ce type fonctionnement n'est ni possible dans la plupart des PMG (sauf Charleroi), ni souhaité par les MG qui ne considèrent pas la garde comme une opportunité financière mais une contrainte au profit de la santé publique.

Le modèle économique est évidemment plus coûteux pour la sécurité sociale car les suppléments de WE et JF voire de nuit sont dépensés pour des contacts relevant de la journée normale.

Cela donne l'illusion que les PMG sont pertinents en grossissant de manière non-pertinente leurs chiffres d'activité.

Enfin, cela donne un mauvais message à la population, favorisant la médecine de dispensaire aux dépens de la MG globale du MG détenteur du DMG. Cela n'éduque pas le citoyen au respect des heures normales de pratique mais renforce le côté « night and day » que nous ne voulons pas.

C'est peut-être là que se situent les vrais enjeux et les raisons des divergences sur le tri de nuit profonde. Commencer par harmoniser les honoraires faciliterait les choses et surtout, serait plus juste.

Mais garder à l'esprit l'essence de la garde me semble important également.

4. **Un 1733 de qualité** (contrôles conjoints SPF et MG).
5. **Un 1733 partout**, condition sine qua non pour la mise en place des futures coopérations fonctionnelles. Ceci sous réserve des demandes exposées ci-dessus. Le 1733 doit être au service de la MG et pas la MG au service du 1733. Avec comme objectif des soins au patient de qualité en réponse à des besoins pertinents (y compris en termes de moment) et une accessibilité en journée à des médecins le plus en forme possible pour dispenser une médecine de qualité. Choisir c'est renoncer et nous mettons le curseur sur la journée et le médecin traitant du patient.
6. Un 1733 qui **trie tous les appels**. Pas de PMG ouverts sans tri préalable.

II. Réforme des PMG en Coopérations Fonctionnelles.

Nous dénonçons l'ingérence du fédérale, SPF et Inami (CIA) dans l'organisation même des PMG. L'inami fait les règles, en contrôle a posteriori le respect, juge et perçoit les fruits (remboursements) de son jugement. Tout cela dans une ambiance dégradée.

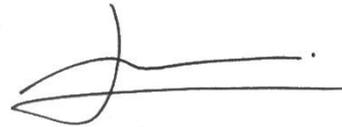
Exemples non-exhaustifs, le détail ayant été communiqué à la PAG de manière complète et régulière. Je ne serai donc pas long :

1. Ne pas nous imposer la présence de 2 MG dans les PMG ouverts la nuit complète ni en soirée d'ailleurs.
2. Ne pas imposer la présence d'un MG à 18h. Le temps que le 1^{er} patient fasse le 1733, que l'XML donne lieu à un rendez-vous et que le patient arrive, au vu de l'activité de la plupart des PMG, l'arrivée du MG à 20h suffit, bien qu'il soit disponible pour arriver plus tôt ou faire une visite plus tôt en cas de N6 à 18h.
3. Un financement suffisant pour le personnel des PMG, notamment pour la coordination (y compris sa disponibilité le WE et ses heures de WE voire de nuit en cas de problème).
4. Un financement pour les MG qui assurent cette organisation : part-time de direction médicale et défraiement des administrateurs
5. Des relations saines et collaboratives avec l'Inami dans la gestion du financement et de son contrôle.
6. Une harmonisation qui tienne compte de spécificités incontournables impactant le fonctionnement des PMG :
 - a. 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.
 - b. Urbain : dédoublement de l'accueil possible en RW pour les PMG des grandes villes. Le modèle existant ne permet ce financement que pour des PMG du nord du pays !

Après un an de négociations au sein de la PAG, des mesures idéologiques et stériles en termes de qualité des soins, nuisibles en termes de disponibilité de la médecine générale et en inadéquation avec les réalités du terrain et certaines contraintes, persistent. Le silence et l'argument d'autorité finissent par répondre à notre argument de bon sens et à nos craintes sur la pérennité d'une garde de médecine générale dans ces conditions.

J'en appelle à un vrai dialogue, avec pour but de trouver des solutions acceptables et respectueuses de notre métier, de nos patients, de nos efforts pour lutter contre la pénurie et de nos régions.

Disponible avec les syndicats médicaux, je vous remercie d'avoir lu ce document jusqu'au bout et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations les plus distinguées.



Dr Guy Delrée
Président FAGW asbl