GARDE BRUXELLOISE
BRUSSELSE WACHTDIENST
MÉDECINS GÉNÉRALISTES - HUISARTSEN

GIBBIS

Organisation des soins non planifiables (SNP) : Articulation entre Urgences & Médecine générale à Bruxelles

Septembre 2026

---

1. Objectif général

La médecine générale et les hôpitaux bruxellois sont demandeurs d'une amélioration de la prise en charge des soins non planifiables (SNP) garantissant une orientation adéquate du patient vers le niveau de soins le plus approprié. La réforme doit impérativement tenir compte des réalités urbaines spécifiques, du profil de vulnérabilité du public bruxellois et du sous-financement structurel des services des urgences.

Notre positionnement vise à garantir :

- la qualité et la sécurité des soins ;

- une réduction des recours non justifiés aux urgences, tout en garantissant un diagnostic médical dans les délais et une complémentarité entre la première et la deuxième ligne ;

- un financement suffisant des services des urgences pour préserver leur viabilité ;

- un soutien au déploiement de la médecine générale à Bruxelles garantissant un maillage efficient;

- un parcours SNP accessible et fluide pour tous, y compris pour les patients à profil plus vulnérable, en garantissant une continuité et clarté pour le patient

2. Garantir la qualité, la sécurité et l'accessibilité

2.1 La garantie d'une orientation clinique physique à la porte des urgences : un principe non négociable

Il est important de mettre la médecine générale au centre du dispositif, avec une articulation 1733 et les postes médicaux de garde. Les patients doivent être encouragés à passer par la médecine générale (physiquement ou via le 1733) avant de se rendre dans un service d'urgences hospitalier. Néanmoins, dans un territoire urbain caractérisé par une forte vulnérabilité sociale, il est essentiel de maintenir un accès libre, sans tri obligatoire préalable à distance, à la porte physique des urgences. Cette porte constitue un filet de sécurité 24h/7j, particulièrement pour les patients sans médecin généraliste, les personnes en situation précaire, en crise ou ayant d'autres difficultés. L'orientation doit se faire après l'accueil, sur base d'un tri infirmier uniformisé, réalisé dans un cadre légal adapté et financé.

Chaque patient a droit à un triage clinique physique. L'autotriage numérique et le triage téléphonique 1733 ne peuvent priver le patient du droit de se présenter à un point de triage physique. Une réévaluation clinique doit rester possible lorsque la situation le justifie.

2.2 Améliorer l'accès aux soins programmables

Pour réduire la pression sur les urgences, il est essentiel de :

- réduire les délais d'accès aux consultations des médecins généralistes et spécialistes ;
- garantir un maillage efficient de la médecine générale ;
- développer des créneaux de consultations sans rendez-vous ;
- garantir l'accès rapide à certains examens techniques ou analyses.

3. Organisation de l'articulation urgences – postes médicaux de garde (PMG)

3.1 Un tri uniforme, mais un modèle sécurisé

Nous soutenons le principe d'un outil unique d'orientation (triage), sous réserve qu'il conserve une valeur de recommandation pour le professionnel et qu'un accès à un diagnostic médical soit garanti pour tout patient.

Cet outil d'orientation unique devrait être fondé sur le Manuel belge de régulation médicale à revoir, et serait utilisé par le 1733, les postes médicaux de garde et les urgences. Ces protocoles devraient pouvoir faire l'objet d'adaptation limitée à des réalités locales qui peuvent impacter leur application.

Le 1733 doit être développé avec des professionnels de la santé concernés et le tri doit être effectuer par un personnel formé (dont la formation doit être similaire à celle de la centrale 112). Chaque patient de la région de Bruxelles-Capitale doit pouvoir choisir d'être pris en charge en français ou en néerlandais.

Le résultat du triage doit être traçable et accessible aux professionnels directement impliqués dans la prise en charge du patient, dans le respect du cadre légal relatif au partage des données de santé.. L'orientation issue du triage doit constituer le parcours de référence proposé au patient. Celui-ci doit recevoir une information claire sur l'orientation retenue et pouvoir bénéficier d'une réévaluation clinique lorsque sa situation le justifie.

3.2 Dans un contexte bruxellois urbain : un réseau territorial de PMG en collaboration structurée et intégrée avec les hôpitaux

À Bruxelles, compte tenu de la densité de la population, de ses besoins, de l'accessibilité et de l'offre de soins existante, un réseau territorial de PMG doit participer à garantir la sécurité, la continuité et la proximité des soins de médecine générale non planifiables. Selon les réalités locales, un PMG peut être implanté dans l'enceinte d'un hôpital, à proximité immédiate de

celui-ci (péri-hospitalier) ou sur un site autonome. Chacun de ces modèles peut être pertinent lorsqu'il répond à des besoins objectivés et s'appuie sur des accords clairs entre la médecine générale et les services d'urgences en matière de triage, d'orientation et de collaboration. Un accès direct au PMG doit rester possible pour le patient orienté par le 1733.

Afin d'assurer l'orientation nécessaire aux portes des urgences, un PMG hospitalier ou péri-hospitalier permet de faciliter un tri infirmier uniforme, sécuriser les flux de patients et fluidifier la coordination entre les urgences et la médecine générale.

Un PMG autonome peut, quant à lui, renforcer l'accessibilité territoriale et la lisibilité de la première ligne.

Tous les PMG s'inscrivent dans une collaboration structurée et intégrée avec au moins un hôpital qui dispose d'un service d'urgences. Cette collaboration doit garantir la continuité, l'orientation et la sécurité des patients. Elle se fonde sur des modalités réciproques d'orientation et sur le respect du rôle de chaque acteur.

Une telle organisation territoriale nécessite un financement suffisant et une gouvernance claire entre les hôpitaux et la médecine générale, dans le respect des responsabilités et de l'autonomie de chaque ligne de soins. Elle suppose également un suivi commun d'indicateurs convenus. Ces éléments essentiels devront encore être détaillés.

Des budgets spécifiques doivent être dédiés par les autorités pour prévoir une telle organisation et le renforcement des PMG.

4. Renforcement des ressources médicales

4.1. Médecins généralistes

Il est important de garantir une continuité de la médecine générale 24h/7j adaptée aux besoins réels de la population afin de limiter les recours non justifiés aux urgences. Il faut pouvoir garantir une prise en charge médicale dans un délai adapté au niveau d'urgence déterminé lors du triage.

Il convient également de renforcer les liens entre la médecine générale et l'hôpital, notamment en facilitant l'accès des médecins généralistes à certains examens techniques et avis spécialisés dans des délais compatibles avec la situation clinique.

4.2. Médecins spécialistes

Les médecins spécialistes (y compris extra hospitaliers) doivent être davantage impliqués dans le parcours des soins non planifiables, tant via des gardes hospitalières, que par la mise en place de plages de consultation permettant d'obtenir rapidement un avis spécialisé pour des situations qui ne relèvent pas de l'urgence immédiate.

L'accès à ces consultations doit pouvoir être organisé depuis les services d'urgence. Un accès depuis la médecine générale doit également être développé selon des modalités à convenir entre les acteurs.

Les médecins spécialistes extrahospitaliers qui le souhaitent peuvent contribuer à la prise en charge des soins non planifiables à l'hôpital via une participation à certaines activités de garde, la participation aux consultations d'urgence organisées à l'hôpital et des dispositifs d'avis rapides à distance. Ces activités doivent être encadrées, financées et adaptées aux compétences et à l'activité des médecins concernés. Par ailleurs, GIBBIS propose d'examiner la possibilité d'une participation obligatoire de certains spécialistes extrahospitaliers aux activités hospitalières durant une période suivant l'obtention de leur titre.

5. Renforcer la lisibilité du parcours de SNP pour le patient et la communication entre les différents acteurs

Les citoyens doivent être mieux informés et sensibilisés au bon usage des soins non planifiables. Une campagne d'information ambitieuse, portée par les autorités en collaboration avec les acteurs de terrain, est indispensable pour améliorer la compréhension du parcours de soins à suivre, renforcer le recours à la médecine générale, au 1733 et au PMG, et favoriser une orientation vers le niveau de soins le plus approprié.

Une communication fluide et structurée entre les différents acteurs est également indispensable pour assurer la continuité du suivi, renforcer la confiance dans le dispositif et garantir la bonne orientation des patients.

6. Conclusion

1. une médecine générale renforcée au centre du dispositif des SNP
2. la garantie d'une orientation clinique physique à la porte des urgences 24h/7j ;
3. un tri physique infirmier uniformisé et financé, rattaché aux services d'urgence;
4. Bruxelles doit disposer d'un réseau territorial de PMG en collaboration structurée et intégrée avec les services d'urgences des hôpitaux.

5. un renforcement du lien entre la médecine générale et l'hôpital, notamment en facilitant l'accès des médecins généralistes à certains examens techniques et avis spécialisés
6. une implication plus poussée des médecins spécialistes (y compris extra hospitaliers) dans le parcours des soins non planifiables à l'hôpital ;
7. une approche qui tient compte des besoins spécifiques des publics vulnérables.