



Université Libre de Bruxelles

**Existe-t-il un intérêt pour une
professionnalisation de la médecine de garde en
Belgique francophone ?**

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de spécialisation en
médecine générale.



Par Anne-Charlotte Delhaye

Promoteur et Référent académique : Dr Geert Goderis

Année 2023-2024

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement mon promoteur, le Dr Geert Goderis pour ses conseils et son encadrement tout au long de ce mémoire.

Merci également à Gael Rodts pour ses avis et son aide précieuse dans les moments de doutes.

Merci à mes maîtres de stage pour m'avoir donné la possibilité de découvrir le vaste domaine qu'est la médecine générale.

Merci à tous les participants de cette étude de m'avoir donné de leur temps ainsi qu'à toutes les personnes qui ont relayé mon questionnaire et lui ont permis une belle visibilité.

Merci à mes parents et ma grand-mère pour la relecture du travail ainsi qu'à ma petite sœur pour son aide dans la gestion d'Excel.

Et un merci tout particulier à ma famille et à mes amis, pour leur soutien infaillible, leurs réconforts et leurs encouragements. Sans eux, ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Abréviations

MT = Médecin traitant

MG = Médecine générale

PMG = Poste médical de garde

ATB = Antibiotiques

ATCD = Antécédents

Table des matières

Remerciements	2
Abréviations	2
Résumé	4
Introduction	5
Matériel et Méthode	7
Résultats	9
I. Echantillonnage.....	9
II. Analyse des résultats.....	9
A. Entretiens semi-dirigés	9
A.1. Continuité des soins.....	9
A.2. Evolution de la demande de soins de première ligne.....	10
A.3. Satisfaction de la garde actuelle.....	12
A.4. Différence entre la pratique privée et celle de la garde.....	14
A.5. Formations nécessaires à la pratique de la garde.....	16
A.6. Poste adjacent aux urgences.....	17
A.7. Rôle du médecin généraliste pour éviter l'engorgement des urgences.....	18
A.8. Rôle du médecin généraliste aux urgences.....	19
A.9. Triage infirmier.....	19
A.10. Professionnalisation de la garde.....	20
A.11. Formations pour ces médecins de garde.....	24
B. Questionnaire mixte	25
B.1. Satisfaction de la garde actuelle.....	25
B.2. Impact de la garde sur leur pratique privée.....	26
B.3. Difficultés éprouvées en garde par rapport à la pratique privée.....	27
B.4. Qualité des prises en charges lors des gardes.....	29
B.5. Référence vers les urgences.....	30
B.6. Professionnalisation de la garde.....	30
B.7. Formation de type complémentaire.....	33
B.8. Formation type cursus.....	34
Discussion	35
Intérêt qualitatif d'une professionnalisation de la garde.....	35
1. Respect du code déontologique et légal.....	35
1.1. Continuité des soins.....	35
1.2. Médecine de qualité.....	36
1.2.1. Compétences du médecin remplaçant.....	36
1.2.2. Sécurité des patients et bien-être des médecins.....	37
2. Evolution de la société.....	37
3. Permanence des soins.....	38
4. Association entre médecine générale et urgences.....	39
5. Professionnalisation de la garde.....	39
Force et limitations	40
Conclusion	41
Bibliographie	42
Annexes 1 : Tableaux	
Annexe 2 : Entretiens semi-dirigés (I.x) et réponses libres au questionnaire (Q.x)	

RESUME

Introduction : La garde de médecine générale a pour mission d'assurer la permanence et la continuité des soins des patients en dehors des heures ouvrables du cabinet de médecine générale. Pour assurer ce rôle et améliorer la qualité de vie des médecins se sont créés progressivement des postes médicaux de garde dans lesquels les médecins généralistes effectuent des gardes à tour de rôle. Récemment de nouvelles réformes de cette garde sont venues questionner l'adéquation de ce système à notre société actuelle. Nous avons donc voulu explorer les problématiques en jeu ainsi que l'avis des médecins en ce qui concerne la professionnalisation de la garde.

Méthode : Nous avons réalisé une étude mixte, qualitative et quantitative à travers un questionnaire comportant des questions fermées et ouvertes ainsi que des 10 entretiens semi-dirigés. Le questionnaire a circulé parmi les généralistes de toute la Wallonie et Bruxelles francophone.

Résultats : Les médecins semblent peu satisfaits des conditions de garde actuelle. Les motifs de consultations injustifiées et la disparition du tri de la nuit noire en sont une des principales raisons. Il est difficile pour les médecins d'effectuer une garde de qualité face à la surcharge de patients, le plus souvent inconnus. Face à ce changement, beaucoup semblent penser que la professionnalisation de la garde devient une option intéressante.

Conclusion : La garde actuelle ne permet pas de répondre à nos obligations déontologiques et légales. Il est donc nécessaire d'y apporter des changements. La professionnalisation pourrait venir gommer cette problématique à condition d'être soutenue par une première ligne de médecins traitant efficace et de la mise en place d'une politique d'éducation à la santé.

INTRODUCTION

En Belgique, l'obligation légale pour les médecins généralistes (MG) de participer au rôle de garde en week-end, soirées, nuits et jours fériés existe depuis 1967 (1).

Au départ, les médecins généralistes étaient disponibles pour leurs patients 24h/24 et 7j/7. Puis, suite à l'arrêté royal de 1967, les médecins d'une même commune ont commencé à se répartir des rôles de gardes pour soulager leurs week-end puis les nuits de semaine. Par la suite, sont apparus les cercles de médecins généralistes qui regroupaient les médecins de plusieurs communes avoisinantes. Ceux-ci se sont vu attribuer l'organisation légale de la garde en 2002. Et c'est ainsi qu'en 2003 sont nés les premiers Postes Médicaux de Garde (PMG) (2). Actuellement, il existe une septantaine de postes médicaux à travers toute la Belgique (3), ce qui en fait la pratique la plus courante de garde population en Belgique.

Mais ce rôle de garde ne dispense pas le médecin généraliste d'assurer la continuité des soins de ses patients. En effet, le rôle de cette garde, s'il est, d'une part, de soulager les médecins généralistes hors de leurs heures de travail, est également d'assurer une permanence des soins à la population. Et il s'agit bien là de deux choses différentes (4).

La continuité des soins est définie comme « la capacité à organiser les soins dispensés à un patient spécifique, sans interruption ni dans le temps, ni entre les acteurs ainsi que la capacité à couvrir le cours de la maladie dans son entièreté ». Elle doit ainsi couvrir quatre champs d'action important : la continuité de l'information, la continuité relationnelle, la continuité entre l'hôpital et la première ligne de soin et la coordination des soins (5), alors que la permanence des soins, quant à elle, suppose la possibilité pour un patient d'être vu par un soignant dans un temps adéquat selon la gravité de son problème (6). Selon le Conseil de l'Ordre des médecins : « La continuité des soins se distingue de la permanence en ce que celle-ci n'est pas liée à une prestation en cours » (7).

Pour soulager les médecins de garde de l'afflux de demandes, s'est progressivement mis en place un système de tri des appels téléphoniques, le « 1733 ». En composant ce numéro, les patients sont mis en contact avec un opérateur de la centrale 112 formé dans le triage, qui se base sur le Manuel Belge de Régulation Médical (MBRM) pour orienter le patient soit vers un médecin généraliste de garde de façon urgente (dans les 2h), soit de façon relativement rapide (dans les 12h), soit vers son médecin traitant à son retour. Pour la garde de nuit, il

était convenu qu'entre 23h et 8h du matin (période appelée « nuit noire »), le 1733 n'envoyait le médecin généraliste que pour 4 situations précises : les patients souffrant d'une douleur intolérable, les constats de décès, les patients palliatifs et les patients en maison de repos (8).

Si le projet de ses postes médicaux de garde a semblé satisfaire au départ (9), la suppression récente du tri de la nuit noire qui offre maintenant la possibilité d'une consultation de médecine générale à tout heure de la nuit, fait monter la colère des médecins qui se retrouvent souvent à passer des nuits blanches avec l'obligation de continuer à assurer leurs consultations le lendemain (10).

A côté de ça, une nouvelle réforme de la garde, sur la table depuis 2019 et qui devrait voir le jour en 2025, fait également gronder (11). Il s'agit de la naissance des coopératives fonctionnelles. Ces coopératives, qui devront couvrir une zone géographique importante avec minimum 3 postes de gardes et 300.000 habitants (12).

Dans ce climat de tensions et de changements, nous nous sommes interrogés sur l'évolution de la situation dans les postes de gardes. Par ce travail de fin d'étude, nous avons donc voulu, d'une part, explorer l'avis des médecins généralistes sur la garde telle que pratiquée actuellement : répond-t-elle vraiment aux exigences déontologiques et légales qui nous sont demandées ? Et d'autre part, nous avons voulu sonder l'opinion des médecins généralistes sur différentes solutions à l'amélioration des gardes, et ce, notamment via une professionnalisation de celle-ci.

MATERIEL ET METHODE

Afin de répondre à notre question de recherche sur l'intérêt d'une professionnalisation de la médecine de garde en Belgique francophone, nous avons réalisé une étude mixte : qualitative et quantitative, auprès de médecins généralistes francophones en Wallonie et à Bruxelles.

Recherche bibliographique :

Pour ce travail, nous avons réalisé une revue de littérature dans Cible+, Google Scholar et PubMed en y introduisant les termes suivants : « continuity of care » « family practice and continuity of care » « gardes en médecine générale » « walk-in clinic » « out of hour clinic » « GP and emergency department ». Nous avons également recherché de la documentation sur les données belges via le site internet du KCE et de l'Ordre de Médecins.

Recherche scientifique :

Questionnaire mixte : La première partie du travail, sous forme d'un questionnaire mixte quantitatif transversal et qualitatif, nous a permis de sonder leurs opinions et arguments sur la médecine de garde grâce à la partie « commentaires libres » à la fin de chaque question. Nous avons donc créé un questionnaire (annexe 1.A) comportant des questions fermées suivies de questions à commentaires libres. La deuxième partie du questionnaire comportait des informations sur la population interrogée.

Echantillonnage : Outre les généralistes faisant les gardes, nous avons choisi d'ouvrir notre échantillon aux assistants en dernière année de médecine générale ainsi qu'aux médecins retraités.

Récolte des données : Les données ont été récoltées via un Google Form et retranscrites dans un fichier Excell par la suite pour plus de lisibilité.

Analyse des données : Des calculs de proportions ont permis d'évaluer la relation entre les caractéristiques de notre « population » et nos réponses. La partie des « commentaires libres » a été analysée par la méthode de l'analyse thématique.

Interviews semi-dirigés : La seconde partie du travail consistait en une étude qualitative basée sur des entretiens « semi-dirigés ». Elle nous a permis d'avoir une vue d'ensemble sur le vécu de la pratique de la garde chez les médecins généralistes, de mettre à jour certaines problématiques rencontrées lors de celle-ci et de sonder leurs opinions de façon plus large sur une professionnalisation de la garde.

Pour ce faire, nous avons mis au point un guide d'entretien (annexe 1.B). Au cours des de ceux-ci, des ajouts ou des remaniements de questions ont parfois été effectués en fonction des réponses, des profils des médecins interrogés ou des questions soulevées par certaines des participants.. Ceci dans l'idée d'aller plus loin dans le sujet et les investigations.

Les participants ont tous signé un accord quant à l'enregistrement, à l'utilisation de leurs données et à leur anonymat (annexe 1.C). Ils ont donc pu être enregistrés via l'application d'enregistrement d'une tablette. Ceux-ci ont eu la possibilité de ne pas répondre, de sauter une partie de question ou d'arrêter l'interview à tout moment.

Les interviews et les feuilles de consentements sont disponibles sur demande via mon adresse mail : annecharlottedel@hotmail.com

Echantillonnage : Nous avons cherché à interroger des médecins aux profils différents exerçant dans des postes de gardes différents jusqu'à atteindre saturation des données. Ne pas parler couramment le français et exercer en dehors du territoire Wallonie-Bruxelles étaient les seuls critères d'exclusion et ce afin d'éviter certains biais de communication.

Récolte des données : La récolte des données s'est faite via des entretiens en face à face ou en visio-conférence selon la préférence des participants. Ceux-ci se sont déroulés soit dans leur cabinet ou chez eux après les avoir informés sur le sujet de l'étude et leur avoir fait signer un formulaire de consentement. Les entretiens ont duré entre 20 et 40 minutes maximum. Ils ont été, par la suite, entièrement retranscrits.

Analyse des données : A la suite de la récolte des informations, nous avons utilisé l'analyse thématique pour interpréter nos résultats.

Après l'acceptation du comité d'éthique (annexe 1.D) , les demandes de participation ont été envoyées par mail via la mailing list des postes de garde et différents cercles de médecins et relayées par plusieurs institutions médicales (annexe 1.E). Une annonce avait également été postée sur un groupe Facebook d'assistants en médecine de l'ULB.

RESULTATS

I. Echantillonnage

A. Entretiens semi-dirigés

Pour la partie qualitative de cette étude, nous avons interrogé 10 médecins généralistes agréés actifs dont 2 médecins qui n'effectuaient plus de garde (plus de 65 ans). Sur ces 10 participants, nous avons 6 hommes et 4 femmes entre 28 et 71 ans. Tous effectuaient (ou avaient effectués) des gardes dans un poste médical de garde (PMG). (Cf. Tableau 1, Annexe 1)

B. Questionnaire mixte

Notre questionnaire a été complété par 146 médecins. Parmi eux, 5 médecins n'ont pas répondu à toutes les questions. Pour 4, il n'y avait qu'une question manquante. Pour 1 personne, il manquait 3 réponses au questionnaire. L'étude étant plutôt descriptive avec chaque question analysée individuellement, nous avons estimés, dans le cadre de ce travail, pouvoir prendre en compte ces questionnaires à réponses manquantes. (Cf. Tableau 2, Annexe 1)

Parmi les médecins ayant répondu à la question, 58 d'entre eux avaient une formation spécifique supplémentaire permettant une aide supplémentaire éventuelle lors des gardes.

II. Analyse des résultats

A. Entretiens semi-dirigés

A.1. Continuité des soins (cf. Tableau A.1, Annexe 1)

Tous les médecins interviewés s'accordent pour dire que la continuité des soins, consiste à assurer la possibilité pour un patient d'avoir un avis médical à tout moment, que ce soit par le médecin traitant habituel ou par tout autre médecin.

Exemples de commentaires

« Assurer la continuité des soins, c'est ne pas laisser les patients sans soins [...] » *I.5*

« Il faut que le patient se sente pris en charge et puisse être pris en charge à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. C'est ça la continuité des soins. Pas nécessairement par moi mais par quelqu'un d'autre, éventuellement. » *I.6*

«[...] pour moi c'est ça la continuité des soins, c'est de pouvoir offrir aux patients une opportunité d'être vu ou d'avoir contact avec un médecin en dehors des possibilités qu'il pourrait avoir avec son médecin traitant pour autant qu'il en ai un. » *I.7*

Plusieurs d'entre eux précisent qu'il doit s'agir de motifs urgents et qu'elle doit permettre le suivi d'un soin médical lancé s'il devait y avoir une complication.

Exemples de commentaires

<i>« C'est vraiment pour euh... les pathologies qui ne peuvent pas attendre le lendemain matin [...] » I.3</i> <i>« A partir du moment où on prend en charge la santé d'une personne, eh bien il paraît logique de devoir euh de pouvoir, suivre cette personne surtout si on lance des traitements qui sont potentiellement à effets secondaires ou avoir des ... des soucis ou si la maladie peut créer euh... des complications. » I.6</i>
--

Sur les 10 personnes interrogées, seul un médecin aborde la notion de l'importance de la transmission de l'information. Et un autre celle de l'obligation déontologique.

Exemples de commentaires

<i>« [...] Ou plutôt trans-prestataire, dans le sens où il y a un souci de la transmission d'information. » I.1</i> <i>« La continuité des soins, c'est d'abord une obligation déontologique, une obligation professionnelle et ça paraît logique. » I.6</i>

La garde, telle que pratiquée aujourd'hui, est vue par un médecin comme une possibilité de se reposer à tour de rôle et par une autre comme une façon de décharger les urgences.

Exemples de commentaires

<i>« Et l'organisation de la garde, c'est pouvoir se reposer chacun à son tour. » I.3</i> <i>« Et la garde ben sert justement à ça, en tout cas la garde en médecine générale et à désengorger les urgences aussi [...] et que le médecin généraliste puisse justement faire un gros tri en poste de garde de médecine générale » I.4</i>
--

A.2. Evolution de la demande de soins de première ligne (cf. Tableau A.2, Annexe 1)

Les médecins interviewés relatent un nouveau besoin du « tout, tout de suite » et d'un phénomène grandissant de surconsommation des soins faisant partie intégrante du fonctionnement sociétale actuel.

Exemples de commentaires

<i>« Du coup, ça c'est un peu la société actuelle : tout dans l'immédiat, là maintenant et que j'ai mal de gorge je vais voir un médecin et un médecin de garde très bien et quitte à demander en visite à domicile alors que je peux me déplacer. C'est un peu comme Deliveroo quoi. » I.D</i> <i>« Donc on fait n'importe quoi à proposer de plus en plus de choses qui existent, les gens vont consommer. Quand on vend du porc à 2^e du kg, ben les gens vont acheter du porc à 2^e du kg ! » I.I</i> <i>« [...] il y a aussi tout le soucis des prescriptions informatiques, par voie informatisée où les gens veulent tout, tout de suite. Ils téléphonent au secrétariat et puis ils sont déjà à la pharmacie en fait [...] » I.B</i>
--

« Oui, il y a une évolution progressive en ce sens que les... les patients consultent beaucoup plus vite en première ligne pour parfois des choses qui pourraient attendre quelques jours et pourraient être soignées euh... à la maison » *I.F*

De façon générale, les gens sont décrits comme de plus en plus anxieux et exigeant quant aux examens complémentaires, aux horaires et disponibilités de consultations ainsi qu'au renvoi en deuxième ligne.

Exemples de commentaires

« Je dirais que les mamans, par exemple, dans le temps, avaient, on va dire, plus de bon sens et ne courraient pas chez le médecin systématiquement dès que le nourrisson avait la goutte au nez. Mais voilà, c'est une évolution générale de la société qui fait que la société est de plus en plus anxieuse, que les gens lisent des choses qui les terrorisent et forcément ben ils ont besoin d'être rassurés parce qu'ils ne sont pas tous médecins et heureusement d'ailleurs (rires). » *I.F*

« On est dans une médecine plus technologique évidemment qu'avant donc les patients aussi suivent cette voie là et sont assez exigeants au point de vue examens complémentaires, heu ... accessibilité 2e ligne... [...] » *I.H*

Les motifs de consultations en garde apparaissent souvent comme précipités, peu nécessaires et non urgents par les médecins. Dans beaucoup de cas, il s'agit uniquement de réassurance. Les médecins déplorent un manquement dans l'éducation de la santé des patients ainsi que sur le rôle de la garde.

Exemples de commentaires

« Et alors euh... j'ai aussi l'impression qu'il y a une moins grande connaissance de sa propre santé au niveau de la population. » *I.A.*

« Pour des mal de gorges au milieu de la nuit, pour des patients qui n'arrivent pas à dormir alors voilà, on appelle le médecin de garde parce qu'il est dispo... Est-ce que c'est vraiment de la médecine générale de garde ? C'est questionnable je trouve. » *I.D*

« [...], de faire des choses non urgentes parce qu'ils n'ont pas pris le temps pendant la semaine d'aller voir leur médecin traitant [...] » *I.E.*

« [...] la médecine de garde devient un fourre-tout pour des gens qui n'ont... qui sont pressés, pour des gens qui n'ont pas su attendre ou par des gens qui n'ont pas envie d'aller le lendemain chez leur médecin traitant. » *I.F*

« [...] les demandes actuellement au niveau de la garde ben ça va dans tous les sens. Beaucoup de contacts qui pour moi ne sont pas justifiés parce qu'il n'y a pas d'urgence. » *I.G*

Deux des médecins postulent que cette consommation grandissante de la garde est liée au manque d'offre dans la journée.

Exemple de commentaire

« [...] pour moi, au niveau de la garde médicale, on compense la nuit quand on est tout seul et qu'on a pas le choix, des appels qui n'ont pas été pris en charge par manque de personnel en journée. » *I.C*

A.3. Satisfaction de la garde actuelle

Pour les médecins interrogés, la garde idéale ne prend en charge que les problèmes de santé qui ne peuvent pas attendre ainsi que les anciens critères de la nuit noire (maison de repos, patients grabataires, soins palliatifs et constats de décès).

Exemple de commentaire

« Après il y a tout à fait des situations où c'est tout à fait justifié évidemment hein mais pour moi la garde de semaine est justifiée : ben toutes les maisons de repos heu je trouve pour les personnes plus sédentaires, pour les soins palliatifs évidemment. Ça c'est super important qu'il y ait quand même la nuit aussi. Et pour heu.. oui les décès qui arrivent au domicile. Ça, on ne laisse pas le patient décédé chez lui pendant des heures quoi. Ca je trouve ça à son intérêt en semaine quoi. » I.D

Un médecin nous précise que la garde idéale devrait débarrasser la deuxième ligne de soin des cas de premières lignes lors des horaires de garde. Ce médecin pense aussi qu'il est judicieux d'adapter l'offre de garde à la situation médicale local.

Exemples de commentaires

« Ben pour moi, la garde idéale, ce serait que la première ligne fasse vraiment de la première ligne et que la 2e ligne ne doive plus se soucier des cas de première ligne. » I.H
« il faut harmoniser les pratiques. Par exemple, à Liège où on a 3 hôpitaux qui ouvrent sans restriction, ce serait aberrant d'avoir des gardes sur rendez-vous. Parce que les gens ne vont plus venir au poste de garde, ils vont pratiquer la facilité et se déplacer directement à l'hôpital plutôt que de passer par des tris et des attentes. » I.H

Quant à la garde actuelle, c'est d'une même voix qu'ils déplorent tous les motifs totalement injustifiés des appels dans le cadre d'un service de garde. Les gens se présenteraient soit parce qu'ils n'ont pas pu avoir leur médecin traitant pendant la journée, soit parce que les horaires de soirée et de week-end les arrangent mieux, soit parce qu'ils sont impatients ou qu'ils n'ont simplement pas de médecin traitant.

Exemples de commentaires

« Et donc que quand on nous appelle à 4h du matin parce qu'il y a un enfant qui s'est fait piquer par une tique... ben en fait, c'est un appel qui n'aurait jamais du avoir lieu en premier recours » I.A.
« Enfin j'ai déjà eu en garde des patients qui venaient et qui en fait n'avaient pas de médecins traitants parce que ça les arrange plus le samedi parce qu'ils ne travaillent pas quoi. » I.D.
« La situation actuelle, c'est que euh ... on nous demande de remplir un rôle euh... qui n'est pas toujours le nôtre euh... de faire dentiste parce qu'il n'y a pas moyen d'avoir des dentistes, de refaire des prescriptions parce que les gens n'ont plus de médecin traitant, de faire des choses non urgentes parce qu'ils n'ont pas pris le temps pendant la semaine d'aller voir leur médecin traitant [...] » I.E.
« Dans la situation actuelle, [...] la médecine de garde devient un fourre-tout pour des gens qui n'ont... qui sont pressés, pour des gens qui n'ont pas su attendre ou par des gens qui n'ont pas envie d'aller le

lendemain chez leur médecin traitant. Donc il a vraiment une dérive que je trouve malsaine au niveau de la garde de médecine générale. » I.F.

« Euh, tout ce qui est renouveler une ordonnance le samedi à 22h30 ben moi, pour moi, ça, ça ne rentre pas dans le rôle du poste de garde et je trouve qu'on va de plus en plus vers ça quoi. » I.G.

« Dans la situation actuelle, c'est devenu la poubelle. » I.I.

« Or, ce qu'on voit actuellement, c'est d'abord des gens qui viennent parce qu'ils n'ont pas de médecins traitants. Deux, parce qu'ils n'ont pas eu de place chez leur médecin traitant, trois parce qu'ils ne veulent plus aller chez leur médecin traitant, quatre parce que les horaires décalés comme ça après 18 h ou le week-end, c'est très, très bien. » I.J.

Globalement le fonctionnement des postes médicaux semble satisfaire les médecins. La convivialité et la possibilité de pouvoir discuter en équipe est apprécié.

Exemples de commentaires

« A côté de ça, il y a quand même des côtés positifs où pouvoir discuter avec d'autres médecins et se retrouver, c'est chouette aussi. » I.E

« Il y a d'abord une très belle chose dans le poste de garde, c'est la rencontre des autres confrères et l'impression de travailler comme ça dans une belle confraternité, en groupe, avec éventuellement un personnel qui était avec nous. Donc ça, c'était vraiment très chouette. » I.F

« Heu ... oui parce que du coup on est en équipe. Du coup, on peut au moins dire euh... faire le retour immédiat de ben : intel, l'appel n'était pas justifié. » I.I

En revanche, la suppression du tri de la « nuit noire » semble faire monter la colère chez les médecins. Selon ceux-ci, elle alourdit la garde de cas jugés injustifiés, qui les maintient éveillés toute la nuit et rend la récupération difficile le lendemain.

Exemples de commentaires

« Mais alors, là maintenant ça vient de changer énormément, c'est tout nouveau depuis quelques mois, pour les gardes de nuit où il n'y a plus aucun filtre du 1733 et on est appelé la nuit pour tout et rien et ça c'est abominable. Être réveillé toutes les demi-heures pour donner un avis à des bêtises c'est frustrant, énervant et voilà. » I.E.

« Euh... les nuits je pense que maintenant, [...] c'est devenu le Night and Day [...] » I.I.

Le tiers payant obligatoire qui décourage peu les consultations non urgentes et le manque d'éducation des patients sur le système de garde, pourrait aggraver cette situation de débordement des gardes et le sentiment d'inutilité des médecins qui la preste.

Exemples de commentaires

« Ben le fait que... il faut un usage rationnel de la médecine générale et de la médecine de garde. » I.A.

« Enfin qui ne correspondent pas à ce que toi tu imagines d'un patient éduqué pour la médecine générale. » I.D

« [...]il y a un point qu'on n'a pas encore soulevé [...] c'est une éducation du patient qui est absolument à refaire. Ça c'est fondamental. [...] ça ne peut pas marcher si... si l'autre intervenant qui est le patient n'a pas compris comment le système fonctionne. » I.F

« En plus, ça n'a pas de sens d'aller soigner quelqu'un en pleine semaine à 23 h et qu'il aille pas chercher son médicament. Il va aller chercher son médicament le lendemain mais il aurait pu aller voir son médecin le lendemain aussi. » I.B.

« Euhm... ça dépend, il y a des fois où on est vraiment utile je pense. Et puis, il a des fois où on se dit « est-ce que c'est bien ça mon boulot ? [...] il y a quand même des appels dit « un petit peu de complaisance » où on a l'impression que le médecin, il est taillable et corvéable à merci et où ça manque peut-être parfois un peu de... de respect vis-à-vis du médecin. » I.C.

« Pour des mal de gorges au milieu de la nuit, pour des patients qui n'arrivent pas à dormir alors voilà, on appelle le médecin de garde parce qu'il est dispo... Est-ce que c'est vraiment de la médecine générale de garde ? C'est questionnable je trouve. » I.D.

« Parce que cette dérive dévalorise, je dirais, le rôle du médecin de garde qui est une espèce de ... de tapis sur lequel tout le monde peut s'essuyer et venir donner toutes... toutes ses doléances. » I.F

Le sentiment de sécurité lors des visites, la rémunération et la possibilité d'avoir un peu d'indépendance dans le système sont aussi perçus comme des points importants. Ceux-ci varient très fort d'un poste de garde à l'autre.

Exemples de commentaires

« ... ça m'est arrivé plusieurs fois à 23 h... t'as un numéro puis en fait tu montes une cage d'escalier puis tu dois encore aller au bout du couloir, passer une porte, repasser une dixième porte, pour enfin arriver dans le logement du patient et je trouve ça très insécurisant en tant que jeune femme en tout cas d'aller dans ces situations là parce que surtout à Bruxelles, il y a plein de situations où c'est des toxicos ou autres qui appellent la garde. » I.D

A.4. Différence entre la pratique privée et celle de la garde (Cf. Tableau A.4. Annexe 1)

La médecine de garde met les médecins dans des situations inconfortables dans lesquelles ils disent devoir pratiquer une médecine plus « défensive » pour utiliser le terme d'un des médecins interviewés.

Exemples de commentaires

« Et donc dès qu'on aura un ... enfin en tout cas dès que j'ai un doute, c'est vrai que je pratique plus une médecine défensive. Et donc je vais plus vite faire des examens complémentaires, je vais plus vite aller à la prise de sang euh... pas trop transiger, plus vite aller à la radio. Surtout qu'on est juste à côté de l'hôpital. Euh... Parfois plus vite la prescription d'antibiotiques. Aussi par la pression du temps. Quand on voit 40 patients par jour et qu'on a 10 à 15 minutes pour voir quelqu'un, il y a un moment où on n'a pas le temps de discuter et de déconstruire une ... une idée. » I.A

« [...] couvrir plus large et couvrir ce qui peut être grave, quitte à traiter pour rien. » I.B

Les raisons évoquées à cette médecine plus défensive sont le manque de connaissance des patients qui rend l'évaluation de la gravité plus compliquée et le manque de suivi possible.

Exemples de commentaires

« On ne connaît pas les gens. [...] on ne sait pas comment ils vont quand ils vont normalement. » I.A

« [...] Je trouve que quand on connaît nos patients, on sait déjà évaluer le niveau de gravité rien que par téléphone. Ici, en médecine de garde, au téléphone, on a parfois des grosses surprises quand on voit les gens après. » I.C.

« [...] on a moins le luxe du temps qu'on a en médecine générale. On va moins pouvoir dire aux gens "ben vous revenez demain et on voit comment ça évolue" ou "on voit dans 48h comment ça évolue". Les gens veulent plus une solution immédiate. » I.A.

« [...] Parce que si on dit « ben dans 48h, si ça ne va pas, vous faite ça. » Ben ... on ne sait pas si les gens le feront. Du coup, on a plus vite tendance à prendre les devants et c'est une compétence qui sera de se dire : ben tiens, je vais moins bien travailler ou je valide que je ne travaille pas comme la semaine, en fonction des circonstances. » I.I

Lorsqu'ils sont disponibles, les examens complémentaires sont plus rapidement prescrits que lors d'une consultation privée. A l'inverse, lorsque l'accès à ceux-ci est compliqué, les patients sont plus vite traités par antibiotiques ou référés vers les urgences.

Plusieurs médecins disent que la médecine de garde nécessite un bon sens clinique et une expérience de terrain pour pouvoir être pragmatiques.

Exemples de commentaires

« c'est plutôt une médecine à la chaîne, c'est une médecine de déficience. On ne va pas commencer à causer, on ne va pas commencer à en fait partir sur le côté plutôt bien-être psychique. Donc... enfin... c'est plutôt des compétences de ... pragmatisme.[...] il faut avoir ses algorithmes décisionnels en tête en fonction de son examen clinique. Et... c'est une question de rapidité de prise de décision. » I.A

« Donc les compétences qu'il faut, c'est de savoir réagir assez vite. Avoir une bonne anamnèse qui soit à la fois rapide et efficace et un bon examen clinique qui soit aussi rapide et efficace. » I.C

« Ben en médecine de garde, il faut avoir un bon sens clinique, plus que... le reste » I.G

Mais aussi une bonne compétence de communication. Une des différences soulevées par un médecin est qu'en médecine de garde, nous sommes plus confrontés à des actes techniques qu'en médecine générale et qu'il faut savoir les effectuer.

Exemple de commentaire

« La garde, c'est vraiment des compétences de communication. » I.J

« Euh... parce que y a certains actes techniques qu'on pourrait faire en garde et qu'on fait de moins en moins en cabinet, comme par exemple la petite traumatologie, les sutures. » I.H

A.5. Formations nécessaires à la pratique de la garde (Cf. Tableau A.5. Annexe 1)

A la demande de formations éventuellement nécessaires à leur pratique de la garde, reviennent surtout la gestion des urgences et des notions de réanimations actualisées. Un médecin aimerait plus spécifiquement des rappels de notions de triage.

Exemples de commentaires

« [...] je pense que en fait ... euh... mon stage aux urgences n'a pas été suffisamment formateur que pour euh... que j'ai en tout cas l'assurance quant à la à la manière de réagir en fait face à des ... face à n'importe quelle personne en détresse aiguë quoi. » *I.A*

« Par exemple, faire une réanimation. [...] En master 1, on avait une formation de réanimation. Mais bon, c'était le truc basique que tout le monde, que tout le monde peut faire en s'inscrivant quoi. Il ne faut pas spécialement être médecin ou étudiant en médecine pour le faire.» *I.B*

« Pour moi, ce serait intéressant d'avoir des rappels en tout cas en garde des premiers secours. Enfin... au moins le BLS quoi. Et l'EPLS [...] Et toutes les urgences que j'ai eu, des cas foireux vraiment où j'ai un AVC devant moi ou un infar, ben c'était souvent en garde. » *I.D*

« Je pense que tous les médecins généralistes devraient être capables de faire de la médecine d'urgence. Ça, c'est mon avis idéal. [...] Ça doit faire partie de la médecine générale. Parce que le général, c'est à tout moment, on peut, dans sa pratique quotidienne, être confronté à un cas d'urgence» *I.F*

« Alors oui, parce que moi je n'ai plus géré d'infarctus depuis 20 ans. J'ai plus fait de réa depuis 20 ans. Donc, je plains le patient qui devrait m'avoir pour ça [...] » *I.E*

« Ouais ou bien faire une mini formation et aller... mettre des plaintes et alors les red flags et vraiment pour faire du tri. Pour améliorer peut-être le tri. » *I.B.*

De meilleures formations aux actes techniques sont aussi demandées et une formation aux soins palliatifs semble également importante pour deux d'entre eux.

Exemples de commentaires

« Donc je... je pense qu'il y a aussi une part de chance pendant la formation aussi. Donc je pense que ça peut être intéressant qu'il y ait une partie des actes techniques qui puissent être... je ne vais pas dire mandatée mais en tout cas que les maitres de stages aient... aient l'attention attirée de se dire : ben tiens, là il faut... il faut organiser mon... il faut que le stage que j'organise offre la possibilité au stagiaire d'être là au moment où... » *I.A.*

« Et pour moi en soin palliatif, ça devrait quand même être, il faudrait quand même être plus formé. [...] comme en médecine général on peut faire plein de choses il y a des médecins généralistes qui ont quasi pas de personnes âgées ou pas de personnes en fin de vie et donc là tout d'un coup à la garde tu te retrouves face à ça et bah c'est dommage de à ce moment-là , pas avoir spécialement les bons réflexes. » *I.D*

Pour deux médecins, aucune formation complémentaire n'est nécessaire pour pratiquer actuellement en garde.

Exemples de commentaires

« Hmm... non, parce que ça reste de la pratique de première ligne. Donc on est compétent, on est formé. Et c'est comme pour tout. Voilà c'est très bien de se former, mais de nouveau, où ça s'arrête ? [...] Ça reste de la première ligne et faut savoir référer aussi. » *I.I*

« Il n'y a pas de compétences particulières qui sont nécessaires, je ne pense pas, c'est de la médecine de garde, de soins. » *I.J*

A.6. Poste de garde adjacent aux urgences (Cf. Tableau A.6. Annexe 1)

S'il est parfois jugé comme confortable, il ne semble pas nécessaire pour autant.

Exemples de commentaires

« [...] moi je trouve ça en tant que soignant plus rassurant d'avoir les urgences à côté parce que quand on est tout seul dans son poste de garde on se sent au milieu de la pampa et si il y a quoi que ce soit, il faut quand même le temps que les ambulances arrivent. » *I.D*

« Pour moi c'est pas important que ça soit à côté parce que euh... on a l'habitude de se débrouiller beaucoup par nous-même [...] » *I.E*

Parmi les aspects positifs d'un tel système, on relève des facilités de références des deux côtés, un sentiment d'utilité, un meilleur triage des patients et une aide pour décharger les urgentistes.

Exemples de commentaires

« [...] moi je trouve que à posteriori, je trouve que l'idée n'était pas mauvaise. Parce que... euh ... ça ... ça résolvait surtout problème du tri. » *I.H*

« Et quitte à ce que ce soit impersonnel et chiant, autant que ça soit acté qu'on travaille vraiment tout le temps et d'être utile. Et alors travailler dans le tri aux urgences, ça a plus de sens que maintenant être joignable pour des conneries. Du coup on ne fait rien, on est réveillé 5 fois pour dire "ah ouais, non, là si vous avez mal aux dents, il faut aller chez le dentiste, mais je ne suis pas dentiste". Voilà. Mais c'est ça maintenant la réalité de la garde. » *I.I*

Les côtés négatifs seraient un risque de renvois plus faciles vers la deuxième ligne, une augmentation des prescriptions d'examen complémentaires et un abus possible des patients. Même si pour un médecin, avoir un médecin généraliste à côté des urgences permettrait d'éviter parfois des examens complémentaires à des patients n'en ayant pas besoin.

Exemples de commentaires

« J'en ai discuté récemment plus avec un confrère qui me disait qu'apparemment il y avait une augmentation des prescriptions de radiologie quand le poste était à côté du poste de garde, des urgences. » *I.D*

« [...] certains disent qu'on enverrait trop vite aux urgences pour faire une radio ou bio, qu'on réfléchirait à deux fois si on n'est pas à côté des urgences. » I.E

« Alors oui, on passe par le poste de garde donc on évite ce ramdam hospitalier avec les examens complémentaires et cetera mais alors c'est plus une ... on est plus vraiment... on filtre vraiment et on réfère qu'au cas où... » I.G

« Je suis horrifié de voir que, dans les services d'urgences, parfois pour une pathologie tout à fait bénigne, pour probablement des raisons obscures qui m'échappent, on commence à faire des tas d'examen complémentaires que jamais un médecin généraliste ne va faire pour la pathologie présentée. » I.F

« Mais j'ai peur qu'il y ait quand même des abus. « Ben comme on est là, y a du monde au poste de garde, y a du monde aux urgences, on va aller aux urgences. » I.B

Un médecin souligne une dérive possible, celle que les hôpitaux y voient un aspect économique avantageux et ne profitent du système.

Exemples de commentaires

« Il y a un élément important aussi, il ne faut pas que cette espèce de tri dans le poste de garde ou cette espèce de... de... de... mise en place du poste de garde à côté du service d'urgences soit une manière pour l'hôpital de remplir ces lits. Donc il y a des aspects économiques peut-être qui jouent là-dedans, voilà. Donc il faut en parler aussi aux directeurs d'hôpitaux. » I.F

A.7. Rôle du médecin généraliste pour éviter l'engorgement des urgences (Cf. Tableau A.7. Annexe 1)

Pour aider les urgentistes face à l'engorgement des urgences, les médecins généralistes estiment que leur rôle est un rôle éducatif des patients. D'autre part, leurs connaissances humaines, sociales et intellectuelles, leurs permettent une bonne qualité de triage en amont. Ils sont capables de désangoisser les patients qui le nécessitent et de gérer des urgences de médecine générale si elles se présentent.

Exemples de commentaires

« Et un médecin généraliste euh... il écoute les gens parce qu'on a l'habitude d'entendre toutes sortes de choses et on a l'habitude de faire des anamnèses où on fait le tri et où on désangoisses des patients. Et je pense qu'un médecin généraliste, il est doué pour faire la part des choses entre des symptômes qui sont liés à une grosse angoisse mais qui ne sont finalement pas si graves, de... du critère de gravité. Nous, on a un peu l'habitude de vivre euh... sur les probabilités et où on n'a pas forcément besoin de faire tout plein d'examen complémentaires pour conforter notre diagnostic. » I.C

Deux médecins pensent qu'un poste de garde de médecine générale adjacent aux urgences aiderait les urgentistes.

A.8. Rôle du médecin généraliste aux urgences (Cf. Tableau A.8. Annexe 1)

Le médecin aux urgences permettrait aux urgentistes de s'occuper de cas de gravité plus sévère en les libérant des cas de patients mal orientés.

Exemples de commentaires

« ben pour faire quoi ? Ben on faisait le tri. On faisait le tri mais des gens qui à mon avis n'ont pas suffisamment fait appel à un médecin traitant dans la journée. » *I.C*

« Parce que dans l'absolu, ils en ont besoin. On a eu les urgentistes qui sont venus il n'y a pas longtemps pour présenter, discuter avec les médecins du cercle et clairement, ils ont beaucoup trop de demandes qui ne sont pas des demandes qui ont à être aux urgences. » *I.A.*

« Euh pourquoi pas ? Pour justement ne plus avoir les cas... enfin y a des urgences qui classent les cas en fonction des couleurs là, plus les cas bleus. Je sais pas si tu vois à quoi je fais référence mais des cas légers donc en fait qui sont de la médecine générale mais qui sont souvent en salle d'urgence. » *I.D*

Un médecin pense aussi qu'il serait intéressant dans le sens où il prendrait plus en compte l'aspect social et qu'il prendrait plus le temps de sensibiliser le patient à l'utilité de la médecine de première ligne.

Exemples de commentaires

« Et avoir un médecin généraliste, ça permet d'avoir un médecin en face du patient qui est venu peut être pour rien, entre guillemets, aux urgences qui aurai pu aller voir un généraliste mais resensibiliser, réorienter vers un médecin généraliste et redire qu'en fait un mégé ça sert à ça, ça sert à désengorger les urgences. Sans dire qu'il est venu pour rien mais en ... En fait que le médecin généraliste prendra plus de temps de faire ça qu'un urgentiste, j'ai l'impression. » *I.D*

« Des gens qui n'ont peut-être pas forcément eu les.. les bonnes indications concernant euh la prévention et les bonnes mesures. [...] Donc euh... c'est très utile un généraliste aux urgences. Mais ce serait pas encore plus utile d'avoir suffisamment de généralistes hors des urgences quoi. » *I.C.*

A.9. Triage infirmier (Cf. Tableau A.9. Annexe 1)

Avoir un tri fait par les infirmier(e)s semble être plutôt vu comme une bonne idée.

Exemples de commentaires

« Oui, moi je trouve très bonne. Oui. Parce que si c'est un tri, d'abord le tri par infirmière, je crois que c'est une bonne option. Hein, c'est mieux que par du personnel non infirmier et de deux, ben c'est un tri parfois en face à face ce qui permet quand même de sentir et de ... d'orienter mieux. » *I.H*

« D'ailleurs, tout un temps c'était ici le cas, il y avait une infirmière c'était tri Salomon qu'on appelait ça. Avant le 1733.[...] Et c'était génial comme tri ça... il y avait... en plus, il y avait un échange entre l'hôpital, la première ligne, la deuxième ligne... c'était génial quoi. Et puis il y a l'expérience de l'infirmière qui est là derrière, donc c'est mieux que même les tris du 1733 qui sont un petit peu... » *I.G*

A.10. Professionnalisation de la médecine de garde (Cf. Tableau A.10. Annexe 1)

La question de la professionnalisation de la garde questionne. Si certains n'hésitent pas avant de répondre qu'ils sont pour, la réponse semble moins franche pour d'autres. Néanmoins, sur tous les médecins interviewés, compte tenu de la situation actuelle en garde, il semble que la solution ne soit pas une si mauvaise idée.

Exemples de commentaires

« Moi je pense que ça serait une bonne... enfin ce serait logique de faire comme ça. » *I.B*

« Moi je trouve que c'est ça l'avenir. [...] Donc voilà, je pense que ça peut euh ... ça peut sauver la médecine générale ... et les patients. » *I.E*

« Voilà, là je pense que c'est une chose. Je pense qu'il faut le faire. Parce que... voilà la garde... la garde telle qu'elle existe actuellement, ne me paraît plus répondre à la définition de ce que devrait être une garde et ... et en plus la garde telle qu'elle existait ou euh... telle qu'elle existe... voilà, dans la société actuelle, n'est peut-être plus vraiment ce qu'on en attend ou ce que les médecins généralistes en attendent. » *I.F*

« Non, parce que de nouveau, si c'était comme ça fonctionnait avant, on y allait. J'ai l'impression d'être un vieux dinosaure comme ça. Mais pourtant, j'essaie d'être progressiste. Et donc oui, la professionnalisation, je pense, arrive. Par cette vague qu'il est insupportable de continuer à assumer les gardes des trucs généralistes. Donc un moment donné, on va devoir se décharger de tout. [...] » *I.J*

« Euh, je ne suis pas hyper fort pour les gardistes. Enfin moi j'appelle ça les gardistes, les médecins de garde. Parce que je trouve ça intéressant d'avoir une pratique de cabinet aussi ... euhm...pour justement sensibiliser les patients, faire de la prévention,... et que tout ça, on ne peut pas le faire en garde, en médecine de garde. Euhm... Maintenant « professionnalisation », moi je trouve que ce qui serait le plus intéressant pour ne pas faire une spécialité à part entière de médecins gardistes qui sortent après euhm... des études, ce serait plus de proposer des formations en plus pour les médecins généralistes qui veulent faire plus de gardes. » *I.D*

« Bah dans le contexte actuel de la médecine, je pense que ça permettrait de décharger. Parce que si on veut rester un médecin généraliste global et en plus assumer les nuits qu'on nous demande d'assumer, ça c'est beaucoup hein. Donc, ça permet de décharger les médecins. Mais attention que c'est dommage pour moi de, de cliver les choses. » *I.C*

Plusieurs arguments sont avancés pour appuyer l'intérêt d'avoir ces médecins gardistes. Premièrement, ils permettraient aux médecins traitant de prendre en charge leurs patients correctement les lendemains de gardes, ils permettraient d'améliorer la sécurité et la qualité des gardes pour les patients, de diminuer la fréquence des gardes et permettre une revalorisation salariale mais selon un médecin également d'attirer les jeunes médecins à l'exercice de la profession de médecine générale.

Exemples de commentaires

« Puisque dans l'absolu, il faut aussi se dire qu'un médecin généraliste qui fait une garde, ben le lendemain il est quand même un peu KO. Et euhm... Enfin en tout cas moi je prends congé le lendemain d'une garde ou une partie de la journée au moins quoi. Et donc je vois moins de patients le lendemain d'une garde et donc ça augmente la probabilité qu'en fait il y ai certains de mes patients qui aillent consulter au poste de garde ou aux urgences. Donc ça reste quand même un jeu de vases communicants. » I.A

« Alors on avait chez nous à l'époque quand même des volontaires. On avait une vingtaine de volontaires qui remplissaient les cases en priorité pour la période de 4 ou 6 mois et donc ça diminuait les cases obligatoires pour tout un chacun et donc ça diminuait le nombre de gardes qu'on devait faire. » I.H

« Parce qu'il y a une charge de travail qui est quand même importante. Le médecin généraliste, il travaille plusieurs heures sur sa journée : 8-10 ou 14 mais il a aussi le droit au repos. Il y a aussi une question de sécurité hein. Beaucoup ressortent cette idée-là et je pense qu'elle est importante dans ce sens que, on ne va jamais demander à un pilote d'avion de conduire son avion pendant 24 h d'affilée. Il va y avoir un relais, il va se reposer, il a des pauses obligatoires. Et dans certains pays, même les chirurgiens ne peuvent plus opérer sur des longues périodes, ils sont obligés de se reposer. Je crois que c'est important et c'est ... c'est normal. Ce n'est pas normal qu'un médecin doive, après une journée de travail, aller encore prester une nuit de garde. » I.F

« [...] surtout il y a une rémunération qui est vraiment indigne de ce que nous faisons dans notre métier de... de... du service qui est rendu. Vraiment indigne. » I.F

« Parce que finalement ce ne sont pas des médecins traitants qui y vont de pieds de plomb par responsabilité, obligations et qui donnent que des avis téléphoniques et qui disent à chaque fois "non, moi je ne sors pas pour ça", "non, moi je ne sors pas pour ça", ... Ben ça ne sert à rien d'être de garde non plus. Ils font une garde mais ils ne font pas de gardes non plus. Ce serait plus en adéquation vu que le gars il est là pour bosser et gagner des sous, ben lui il irait directement. Donc les patients seraient vus. » I.I

A côtés de ces avantages, sont soulevés des problématiques auxquelles il conviendrait d'être attentif si un tel système se mettait en place. Notamment le mode de rémunération de ces médecins. Un système au forfait unique pourrait les inciter à ne pas voir les patients et à préférer se reposer la nuit. Mais aussi la qualité de ces médecins. Il ne faut pas que cette professionnalisation attire des médecins qui n'ont pas réussi à se faire une patientèle par manque de compétence. Vient ensuite la problématique du nombre de médecins nécessaires à ce fonctionnement et du risque de déforcer encore plus la première ligne en retirant des médecins généralistes à leur patientèle. Et pour finir, avec quel budget seront-ils rémunérés ?

Exemples de commentaires

« De toute façon, c'est des médecins qu'on retire du travail, donc c'est toujours pallier à plus de problèmes. Je pense qu'à un moment donné, il faut se recentrer avec des ressources limitées. Il faut pouvoir se recentrer sur ce qu'il faut. [...] De nouveau, il va falloir des gens et il va falloir les payer. C'est de l'argent de nouveau qui va être pris dans notre budget puisque un c'est comme ça. Donc on va prendre quelle part, de quel problème ? On va prendre des soins pour les handicapés, pour des soins médicamenteux, on

va prendre ce budget de métiers généralistes ? [...] Des gens qui vont quitter leur profession de médecin généraliste, qui vont faire que renforcer le problème. Donc des gens qui ont des patients, puisque c'est ça hein, alors qu'on en flux tendu. Tu retires 30% des médecins en général, je veux dire 30% de médecins généralistes. On peut dire traitant donc 30% de médecins de patients, pardon, qui vont consulter en garde. » I.J

« Parce que le piège c'est du coup de ne voir plus personne. [...] Je crois (hésitation) qu'il faut revaloriser le forfait mais qu'il faudra absolument aussi qu'il y ai une composante à l'acte parce que sinon le gars, il dort et il ne sort pas. » I.I

« Mais il faut en trouver. Il faut aussi veiller à la qualité de la garde ... parce que parfois, on y trouvait dans ces médecins, des médecins qui n'avaient pas patientèle, aussi parce qu'ils n'étaient pas nécessairement high performing, d'accord oui. » I.H

« Mais dans un premier temps, permettre aux médecins qui n'ont pas la formation de pouvoir participer à ces gardes là, ça serait bien. Le temps de mettre les choses en place. Pour avoir des personnes disponibles tout de suite et pas devoir attendre qu'ils se forment pour pouvoir le faire, ça augmenterait le potentiel de médecin disponibles. Mais sur le long terme, ça serait bien qu'ils soient formés. » I.E

« ... il faudrait quelle quantité de médecins professionnels de garde si on voulait juste une garde professionnelle ? » I.A

Malgré tout, la moitié des médecins de notre échantillon pensent que cette professionnalisation pourrait correspondre à un certain type de médecins actuels.

Exemples de commentaires

« Euh... non ça pourrait être bien parce qu'il y a des gens qui aiment bien ça et à qui le système convient bien. » I.B.

« Certains médecins n'ont pas envie de travailler tout le temps et se dire moi je travaille 3 jours semaine beaucoup ou bien 5 matinées semaines... ou euh... enfin il y en a qui seraient intéressés de pouvoir avoir des horaires fixes. Pas de suivi, pas de secrétariat, pas de paperasse et qui pourraient avoir envie de faire ça. Et ça dépannerait tout le monde. » I.E.

« Mais je peux concevoir que certains médecins trouvent ça intéressant surtout les médecins qui n'ont pas encore clairement tranchés dans ce qu'ils veulent faire ou des gens en transition qui ont fait une activité puis qui vont en faire une autre. » I.H

« c'est clair que si comme en France il y a un pool de médecins remplaçant qui ne veulent pas s'installer dans le temps, qui veulent faire que des pitch de 3 mois en 3 mois, ben ce serait géniale. Je trouve qu'il y a plein de personnes qui euh... Ben s'ils font 10 nuits par mois, ils gageront leur vie confortablement et ils feront ça 8 mois par an et le reste du temps ils se reposent. Et là ce serait un bon complément pour ceux qui fonctionnent plus dans la durée et qui prennent moins de congés. Donc l'un dans l'autre, la charge de travail serait la même mais répartie différemment. Donc là ce serait hyper complémentaire. » I.I

Mais feraient-ils eux même cette professionnalisation ?

Dans notre panel, 3 médecins y ont déjà réfléchi récemment vu les conditions actuelles de la médecine générale. Il est intéressant de constater que sur ces 3 médecins, un y a réfléchi même s'il n'est pas pour cette professionnalisation initialement car les conditions de travail en médecine générale sont devenues épuisantes.

3 médecins n'ont pas envie de la pratiquer. Pour un, c'est une source de stress importante, pour le second, l'intérêt du suivi du patient en médecine générale serait perdu et le dernier a eu une patientèle dès le départ et la question ne s'est alors pas posée.

Pour ceux qui ne seraient pas contre le fait de pratiquer comme gardistes, les conditions seraient d'avoir une rémunération adéquate et une liberté de choix. La vie de famille joue un rôle également dans la décision de pratiquer la garde ou non. Les arguments positifs de cette professionnalisation seraient des horaires fixes, pas de suivi des patients et une meilleure formation par la diversité des cas.

Exemples de commentaires

« [...] enfin je l'ai déjà envisager. » I.A

« Euh ... Moi je m'étais même ... oui, je m'étais dit, pourquoi pas ? » I.E

« Ah bah, c'est très clairement. » I.F

« Si un jour j'en ai marre du cabinet. Je pense vraiment que si un jour ça ne m'intéresse plus ou si je ne m'y retrouve plus. Ou s'il y a trop de pression de la part des patients ou trop de gestion administrative, je pense que ça reste quand même... enfin je l'ai déjà envisager. [...] Parce qu'en fait il y a toute une partie de la continuité des soins qu'il ne faut pas assurer. » I.A

« Si le salaire suit, parce qu'il faut que le salaire suive. Voilà, si c'était intéressant financièrement, peut-être que je l'aurais fait. » I.B

« Mais en tout cas, le fait que ce soit un choix, ça c'est quand même attrayant parce que là c'est vraiment une obligation, on n'a pas de choix quoi. Quand on est obligé, on est toujours moins volontaire. » I.B

« ... ça serait dommage parce qu'on perd la relation privilégiée avec le patient, typique de la médecine générale, mais ça permettrait d'avoir des horaires corrects, enfin les horaires qu'on décide. » I.E

« Mais ça dépend de si on veut une vie de famille » I.B

« Donc j'ai fait des gardes et j'ai vu des tas de choses extraordinaires et ça m'a formé, ça m'a permis d'avancer. De me faire connaître petit à petit. » I.F

Exemples de commentaires

« Non. Non, parce que moi une des raisons qui m'a fait faire la médecine générale, c'est surtout le suivi des patients. » I.G

« Plutôt non. Non, ça ne m'aurait pas intéressé parce que finalement c'est à l'antipode de notre pratique de la semaine. Donc commencer à juste être sur la défensive parce qu'on ne connaît pas les gens et se dire qu'on s'expose à des suites parce que le patient n'écoute pas bien, ben ce n'est pas gai, c'est une source de stress. Et puis on prescrit de trop. C'est pas de la belle médecine, c'est de la médecine très moche. Pour moi, ça n'irait pas. » I.I

« Euh... donc euh... ça donne une formation quand même intéressante. Je trouve qu'on est un meilleur médecin si on a une vision des potentiels euhm... euhm... des potentiels risques quand on agit d'une certaine manière. Donc quand on met un médicament ou quand on fait une prise en charge de telle manière, si on a vu après aux urgences « tient mais en fait, parfois ça tourne mal de cette manière-là », ça permet d'adapter les choses dans sa pratique quotidienne. » I.C

A.11. Formations pour ces médecins de garde (Cf. Tableau A.11. Annexe 1)

Beaucoup semblent évaluer comme nécessaire ou utile une formation complémentaire pour ces professionnels de la garde. Plus spécifiquement aux protocoles de réanimation et aux semi-urgences. Les thèmes de la psychologie et de la psychiatrie ont été abordés également. La petite traumatologie, la pédiatrie, les soins palliatifs et la toxicologie seraient aussi utiles pour certains.

Exemples de commentaires

« Oui. Alors là, oui. Ça serait très bien! [...] Former spécifiquement ceux qui ne feraient que des gardes, je trouve que c'est une excellente idée. » *I.E*

« Ouais ce serait vraiment des médecins couteau Suisse de l'aigu quoi. [...] Ben... ce serait un peu en médecin euh.... parfait qui résoudrait les problèmes de la garde actuelle. » *I.G*

Exemples de commentaires

« Et avec typiquement aussi, pourquoi pas, un petit module soin palliatif, un petit module projet thérapeutique. » *I.D*

« Oui, oui, c'est sûrement ...des bases de réanimation, des bases de soins intensifs » *I.H.*

« Et euh l'EPLS, pour les enfants là, pédiatrie. Ca pour moi ça aurait son sens. Mais plus en ... je dirais subsidié pour les médecins qui voudraient faire des gardes. Accessible quoi. Avec des rappels réguliers. » *I.D*

« Ben heu... tous les risques liés à la consommation de produits, déjà bien connaître ce qu'il en est au niveau du traitement. Euh là c'est plus le volet psychiatrique. Mais je pense que si on est amené à suivre des choses aigues comme ça, il faut.. il faut pouvoir réagir vite et avoir vite à l'idée de qu'est ce qui se passe. Euh... Il faut s'y connaître » *I.C*

« Alors des compléments de formation euh.... niveau du phrasé, fin voilà, des compétences relationnelles, ça oui, il faut en suivre en plus parce que c'est un contact particulier, plus court et qu'il faudra gérer la détresse et l'angoisse. Donc qu'ils fassent plein de formations en psycho et des trucs comme ça, ça à fond. » *I.I*

« [...] euh... pédiatrie parce qu'on en a énormément dans les postes de garde. » *I.H*

« En petite traumato... hein.. euh... voilà. Sûrement. » *I.H*

Pour deux médecins la formation complémentaire n'est pas nécessaire, les cas de garde étant supposés rester des cas de médecine générale.

Exemples de commentaires

« (Silence).. Euh.. Trop de formations, c'est aussi contre-productif. Enfin voilà, de nouveau, où est-ce que ça va s'arrêter ? [...] ce serait un drame de gaspillage de ressources. Faut pas des gens trop formés. Parce que de nouveau on dépanne mais c'est pas du scoop and run ou du stay and play. Enfin ce n'est pas de la médecine d'urgence. C'est la médecine du week-end. Aller je reprends ça aussi... De gens qui PENSENT qu'ils ont des urgences. Donc finalement on va avoir un mec ultra formé qui va décompenser et ça va être triste. » *I.I*

« Moi, je pense qu'on est bien formé. Après, moi je n'ai pas peur hein. Moi je sais réanimer, je sais gérer une crise psychotique,... Ben ça fait partie du cursus intégral. » I.J

Si on donne une formation en partie intra-hospitalière, il faudra veiller à ce que les gardistes gardent un pied dans la médecine générale préhospitalière qui a des spécificités différentes, notamment la gestion du doute, le manque d'accès au matériel et le devoir de se déplacer à domicile.

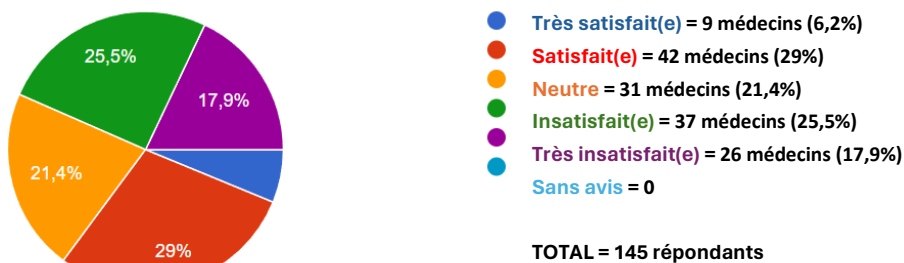
Exemples de commentaires

« Il ne faut pas qu'ils prennent de mauvaises habitudes non plus. [...]Et il ne faut pas... En fait, le fait d'être trop en hôpital... il ne faut pas oublier que la médecine de garde, c'est aussi une médecine mobile. Et donc c'est aussi une médecine de domicile. Et qu'à domicile, on a jamais tout l'équipement qu'on a à l'hôpital ou au poste de garde. Ou on a jamais tout... On a jamais tout sous la main. On manque parfois de matériel et donc il y a aussi ... il y a aussi des réflexes qu'on ne pourra pas appliquer en fait par rapport à notre formation intra-hospitalière. » I.A

B. Questionnaire mixte

B.1. Satisfaction par rapport la garde actuelle (Cf. Tableau B.1.b, Annexe 1)

Graphique 1 : Degré de satisfaction des médecins quant à la garde actuelle



Parmi les raisons évoquées d'insatisfaction de la garde, la suppression du tri de la « nuit noire » et la qualité du tri reviennent fréquemment. Viennent ensuite les appels ou consultations injustifiées qui, pour certains amènent à un sentiment d'inutilité et de frustration. La pénibilité et la lourdeur de la garde sont également des points souvent soulevés.

« Absence de tri entraînant une surcharge de garde, totalement injustifiée médicalement, et rendant pénible de travailler 2 journées complètes sans le minimum de sommeil réparateur entre celles-ci » Q1

Un motif d'insatisfaction qui revient régulièrement aussi est le sentiment d'être là pour pallier un manquement de médecine générale « hors horaires de gardes »

« Tri mal réalisé , impression de devoir couvrir les absences et la non disponibilités des médecins ainsi que la pénurie de médecins » Q1

« La garde de médecine générale en Province de Luxembourg sert principalement à ce que des patients sans médecin traitant, ou dont le médecin traitant n'a pu les recevoir en journée, soient vu pour des pathologies banales qui pourraient très bien attendre le lendemain, la "bobologie". [...]. La garde de médecine générale n'est pas là pour pallier à un manque de médecin dans la région. Je n'ai aucun problème à voir des patients qui le nécessitent, mais resté éveillé la nuit pour de si petites choses ou voir 4-5 patients par heure pendant 12h en week-end rend la garde extrêmement pénible. » Q1

Trois des 62 personnes ayant laissés des commentaires à cette question semblent s'inquiéter de la mise en place des coopératives fonctionnelles.

« Nous avons encore actuellement une garde à taille humaine, ce ne sera malheureusement plus vrai très bientôt avec les coopérations fonctionnelles qui sacrifient la médecine générale à l'hôtel d'une éventuelle mais tout à fait utopique réduction des coûts » Q1

Quant à la satisfaction des gardes actuelles, il s'agit surtout de la possibilité de ne pas en faire (diminution de l'âge de la pension pour les gardes, facilité de transmettre ses gardes, assez de médecins pour diminuer la récurrence des gardes). L'aspect financièrement intéressant a aussi été abordé par un médecin.

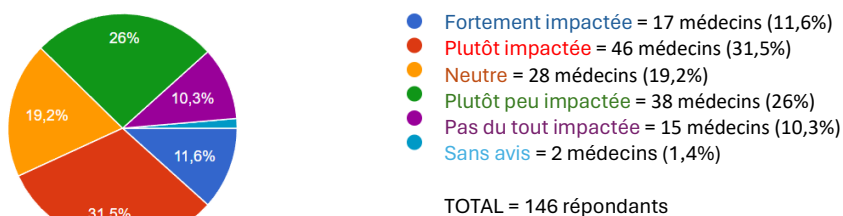
« Je travaille à Bruxelles et le choix de travailler là a été (et est) en grande partie conditionné par la possibilité de ne pas effectuer de garde » Q1

« Satisfaite car il y a assez de demandeurs de gardes pour que je puisse décider ou non de faire mes gardes : oui quand cela m'intéresse financièrement et que ce n'est pas trop lourd pour ma pratique » Q1

A noter que le motif d'insatisfaction le plus fréquemment abordé chez les médecins globalement satisfaits et très satisfaits de la garde était également la suppression de la « nuit noire. »

B.2. Impact de la garde sur leur pratique privée (Cf. Tableau B.2.b, annexe 1)

Graphique 2 : Impact de la garde sur la pratique privée chez les médecins généralistes



La garde de médecine générale semble impacter surtout les médecins au niveau de la fatigue, du stress et de l'anxiété face au risque d'erreur engendré par ces derniers.

« Stress plusieurs jours avant /anxiété de faire une erreur due à la fatigue » Q2

« Fatigue croissante et nervosité dû à la garde » Q2

« Nous sommes déjà full en MG. Ca ajoute stress, fatigue, risque d'erreur » Q.2

Assurer les consultations et la continuité des soins de ses patients le lendemain d'une garde est difficile. Certains s'arrangent avec leurs collègues, d'autres ne savent tout simplement pas la prêter ce qui engendre un manque à gagner et une difficulté dans leur obligation de continuité des soins et ceux qui les assurent le lendemain décrivent souvent une grande fatigue avec un risque d'erreur possible.

« lors de garde de nuit il est impossible de travailler le lendemain » Q2

« Si je preste la garde, je peux pas continuer lendemain donc mes patients ne peuvent pas être consultés. » Q2

« Nous sommes 8 médecins dans ma MM est pouvons nous organiser facilement pour remplacer les médecins qui doivent partir plus tôt pour une garde ou qui récupèrent après une nuit de garde » Q2

« Pour le moment, on ne nous en demande pas beaucoup. Mais les semaines de gardes, être disponible concentrée et à l'écoute pendant 36h. Ne pas récupérer (on garde la responsabilité de nos patients, même si on a été de garde). De plus, le manque de rémunération de la garde ne comble pas ni la nuit prestée en semaine et encore moins "le manque à gagner" si on souhaitait "récupérer" de sa garde le lendemain (en ayant trouvé un remplaçant). » Q2

« Pour les gardes de semaine, il faut terminer plus tôt et la journée du lendemain de garde doit être prestée malgré la fatigue. Il m'est arrivé de terminer ma garde à 8h30 et devoir post poser les premiers rendez-vous du lendemain » Q2

Une maman souligne également qu'il est compliqué de faire garder ses enfants lors des gardes appelables de nuit. La vie privée est aussi impactée par les gardes.

« Parent célibataire, impossible de faire garder son enfant quand on doit partir en pleine nuit par exemple » Q2

« Comme il y a des secondes lignes et troisièmes lignes de garde, compliqué de pouvoir prévoir de grandes choses sur un week-end. Desiderata cependant encore respecté dans mon PMG » Q2

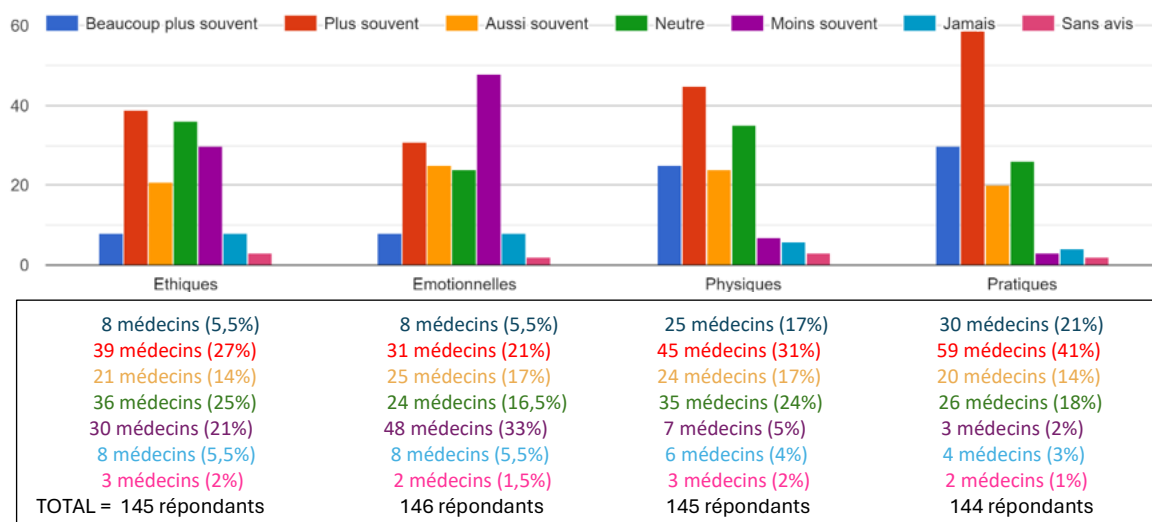
Parmi ceux chez qui les gardes n'ont que peu d'impact sur la pratique, les commentaires montraient surtout qu'ils avaient la possibilité de donner leurs gardes ou de ne pas en faire.

« J'ai la chance d'avoir des assistants qui ont besoin de mes gardes » Q2

« Je remets toutes mes gardes de nuit, justement pour ne pas impacter mes consultations de journée. » Q2

B.3. Difficultés éprouvées en garde par rapport à la pratique privée (Cf. Tableau B.3, annexe1)

Graphique 3 : Difficultés rencontrées par les médecins traitant en garde par rapport à leur pratique privée



Le fait de ne pas connaître les patients et de ne pas avoir de transmission correcte de la part du médecin généraliste dans certaines situations complexes amènent à poser des actes et prendre des décisions qui sont basées sur la peur des contraintes médico-légales ou qui vont à l'encontre de nos convictions.

« La garde ce n'est pas mon travail. C'est des inconnus. On est sans cesse mis en situation délicate. Vous devez prendre des actions ou des décisions que jamais au grand jamais vous ne souhaiteriez prendre. Vous ne POUVEZ pas travailler comme vous le faites habituellement (contraintes PMG, médico légale,...). Et en plus de cela, vous devez gérer les "merdes" de vos confrères/MR (patients en soins palliatifs sans schéma/protocole (parfois les familles ne sont même pas au courant, le florilège de patients à qui vont confrères ont demandés d'appeler la garde car "ils n'ont pas le temps", l'impatience des patients, les erreurs des MRS ("on s'est trompé dans les médicaments, qu'est-ce qu'on fait? et n'oubliez pas de donner votre nom car si leur erreur foire, c'est pour vous la responsabilité)... 10% des questions qu'on va vous poser vous n'avez jamais dû y réfléchir car dans votre pratique vous ne vous seriez jamais risqué à des situations comme cela. On vous pousse à réaliser des actes techniques, prendre des décisions, qui ne font pas partie de votre formation. J'ai l'impression de faire du saut à l'élastique sans élastique (pas de guidelines, pas de structure... le far West par rapport à ma pratique si rangée et ordonnée). La relation médecin-patient est complètement différente de votre pratique habituelle. A cela vous devez rajouter, votre travail... Je ne parle même pas des constats de décès que vous allez faire sans formation. Si par malheur, c'est une mort violente, le vide de procédure auquel vous devez faire face. Et on ne mentionnera même pas les pressions policière en situation de mort violente pour vous faire dire le contraire. Ou les prise de sang à faire à des personnes sous influences... Tant d'insécurité physique, psychologique, éthique... » Q3

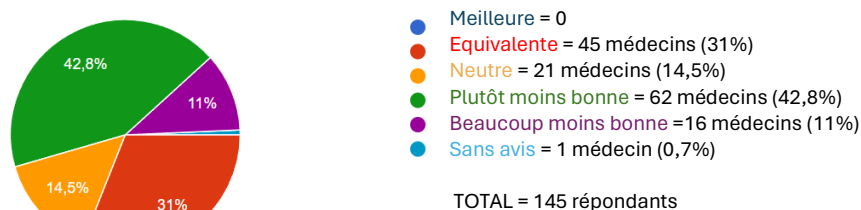
Les médecins semblent d'accord pour dire que les consultations en gardes sont chargées émotionnellement : incertitudes et doutes mais aussi insécurité et anxiété face à des patients qu'on ne connaît pas et des situations sociales parfois très compliquées. Les stress mais surtout la fatigue est importante lors des gardes.

«Nous ne connaissons pas les patients et leur réaction durant les gardes et du coup parfois peur de réactions violentes à des refus de re prescription ou de certificat » Q3
« Stress important vis à vis de patients inconnus [...]» Q3
« Le fait d'aller seul en VAD est très inconfortable et peu rassurant au milieu de la nuit. » Q3
« [...] Plus éprouvant au poste qu'au cabinet car flux beaucoup plus important de patient en peu de temps. » Q3

Les contraintes organisationnelles, l'obligation de travailler avec des logiciels différents, du matériel différent, dans un endroit qui n'est pas familier, avec des dossiers médicaux qui ne sont pas complets sont autant de points soulevés par les médecins. Les visites à domiciles font aussi réagir : les trajets sont compliqués, trouver des places de parking est compliqué, les adresses sont parfois difficiles à trouver mais aussi le fait de devoir gérer des appels en plus de conduire. Il a également été soulevé que l'accès au laboratoire était compliqué.

B.4. Qualité de la prise en charge pendant les gardes (Cf. Tableau B.4, Annexe 1)

Graphique 4 : Qualité des prises en charge des patients pendant la garde selon les médecins



53,8% des médecins estimaient avoir une prise en charge moins bonne de leurs patients durant les gardes. Aucun médecin n'a estimé sa prise en charge meilleure durant la garde.

Sur 40 personnes ayant laissés des commentaires à cette question, 20 rapportent comme motif de moins bonnes prises en charge la non connaissance du patient et de ses antécédents.

« Pas de connaissance des patients ni de leurs antécédents. Patients qui 8x sur 10 ne connaissent pas leurs traitements, n'ont pas souvent un Sumehr en ordre. » Q4

« Quand les patients ont leur dossier à la maison, c'est mieux mais je ne les connais pas. Je ne sais pas si les ronchis chez un tel c'est normal et habituel ou si un autre c'est alarmant. Je ne sais pas tous les médicaments qu'ils ont déjà essayé etc. » Q4

« En garde, nous n'avons pas accès au réseau santé wallon du patient ni à un historique bien détaillé. On navigue à l'aveugle. » Q4

Le manque de suivi possible entrave également la bonne prise en charge en incitant le médecin à traiter plus rapidement par antibiotique, en pratiquant plus d'examen complémentaires ou en référant plus rapidement à la deuxième ligne.

« L'avantage est que j'ai l'hôpital à coté donc si je veux des examens complémentaires, j'hésite moins et j'envoie, au niveau INAMI c'est peut-être moins économique mais je ne connais pas les patients donc je n'hésite pas si j'ai un doute » Q4

« Ne connaissant pas le patient, on a tendance à se protéger médico-légalement (envoi plus facilement aux urgences et de demander des bio) » Q4

« [...] J'ai tendance à envoyer bcp plus régulièrement vers les urgences quand je sens que le motif de consultation nécessite des bilans complémentaires multiples. En 15 min et en ne connaissant pas le patient, s'il faut encore faire bio + urines + ecg, etc, on n'a clairement 30-45 min de retard (au minimum) dans la garde...donc par manque de temps et par "facilité", j'envoie aux urgences pour faire le bilan.[...] » Q4

Ce rajoute à cela la fatigue, le manque de temps et la charge de travail qui diminuent la qualité du travail effectué.

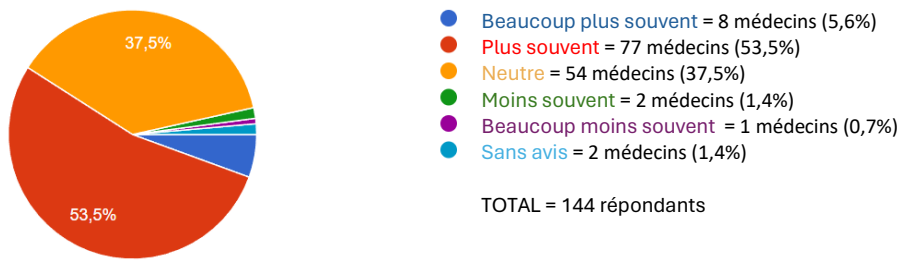
« Dans les postes de gardes fixes, les appels se suivent à la chaîne Impossible de faire une médecine de qualité dans ce contexte. Fatigue la nuit : diagnostic moins performant » Q4

« Moins d'investissement dans l'aspect préventif, explicatif de la pathologie. Parfois tendance à bâcler si la garde est très chargée » Q4

« En garde, pour ma part en province du Luxembourg, surtout en week-end en journée, la charge de travail avec 4-5 patients par heure ne me permet pas d'assurer des soins de bonne qualité. » Q4

B.5. Référence vers les urgences (Cf. Tableau B.5, Annexe 1)

Graphique 5 : Tendances des médecins à référer aux urgences lors des gardes comparativement à leur pratique privée



85 (59,1%) médecins enverraient donc plus de patients aux urgences lorsqu'ils sont vu à la garde plutôt qu'en médecine générale pour une même pathologie.¹

La pratique de la garde amène à renvoyer plus souvent les patients aux urgences car ceux-ci ne sont pas connus et leur suivi ne peut être assuré avec certitude. Les médecins sont donc plus précautionneux.

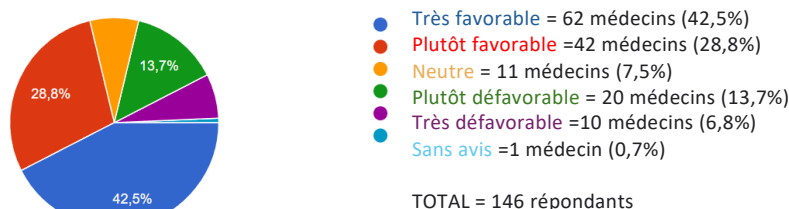
« On ne connaît pas les patients, on veut prendre moins de risque » Q5
« En garde je ne connais pas le patient, ni son histoire clinique : lorsqu'il s'agit de mes patients, je sais lequel est fiable dans ses plaintes, et je peux plus facilement relativiser. » Q5
« Pas de suivi le jour même ou le lendemain permettant de réévaluer à court terme, manque de connaissance des pathologies et de l'importance de l'expression de la plainte » Q5

Le manque d'accès aux examens complémentaires et le manque de temps pour les prises en charge sont d'autres facteurs à prendre en compte.

« Horaire de nuit, pas de labo disponibles ou accès aux radios/spécialistes etc » Q5
« Pas le temps de creuser et de faire des examens complémentaires » Q5
« On connaît moins bien le patient, pas le temps de passer 1 h avec un cas compliqué, plus difficile de faire des prélèvements si besoin (surtout avec le système actuel de la gbbw) » Q5

B.6. Professionnalisation de la médecine de garde (Cf. Tableau B.6.b, Annexe 1)

Graphique 6 : Avis sur une professionnalisation* de la garde en médecine générale par les médecins



¹ NB : Le médecin ayant répondu « beaucoup moins souvent » ayant laissé un commentaire laissant penser qu'il l'envoyait en réalité « beaucoup plus souvent » nous invite à prendre les chiffres de façon précautionneuse.

**Médecin généraliste qui ne ferait que des gardes de première ligne, soit aux urgences directement soit via les postes médicaux de garde, avec une rémunération revalorisée et adaptée.*

104 médecins (71,3%) sont favorables à la professionnalisation de la garde.

Nous n'avons pas remarqué de différences sociodémographiques en fonction des avis. Mais nous constatons que les médecins plus âgés sont autant favorables à la garde que les médecins plus jeunes.

Tableau B.6.c : Proportion de médecin en fonction de leur âge

Médecins favorables et très favorables	Médecins défavorables et très défavorables
[25-35 ans] (69%)	[25-35 ans] (20%)
[36-45ans] (74%)	[36-45ans] (21%)
[46-55ans] (64%)	[46-55ans] (18%)
[56-65ans] (80%)	[56-65ans] (20%)
Plus de 66ans (73%)	Plus de 66ans (27%)

La proposition d'une professionnalisation de la garde semble en enthousiasmer plus d'un et répondre à un besoin ressenti dans la population des médecins généralistes wallons.

« Je signe à deux mains! C'est un travail à part entière! Il pourrait mettre en place tellement plus de choses! Je rêverai de collaborer avec ces professionnels. Il serait tellement plus performant que moi. Et n'oublions pas le rôle éducatifs que nous avons, ils pourraient facilement le mettre en place en étant une équipe soudée et régulière. Il y a vraiment un rôle à prendre. » Q7

« Ce serait, selon moi, la seule façon de pérenniser un système de garde efficace et de qualité ; je l'associerais éventuellement en journée au concept de médecin remplaçant vers lequel chacun de nous pourrait y référer ses patients lors de nos indisponibilités pour motifs variés. » Q7

« Je suis plus que favorable. La contrainte de la garde est un frein majeur d'épanouissement dans notre métier. La continuité des soins (et donc la garde) n'est rien d'autre qu'un asservissement parce qu'on est des indépendants (pas de limitations des heures de travail comme pour un employé). L'Etat nous demande de la gérer via les cercles (obligation légale et déontologique) et nous sous paie pour le faire. Il est temps de professionnaliser la garde et de débarrasser la médecine générale de cette contrainte inhumaine en terme d'heures de travail sur une journée: on travaille toute la journée puis on fait sa garde ...puis on travaille le lendemain...c'est inhumain. Et pas facile de se faire remplacer par des confrères débordés pour récupérer de sa garde. » Q7

« Cela corrigerait l'aberration actuelle où des indépendants assurent dans des conditions de plus en plus contraignantes un service public dont les règles sont fixées de façon unilatérale. » Q7

Certains mettent en avant le fait que cela permettrait d'améliorer les prises en charges de leurs propres patients.

« Je pense surtout à permettre aux médecins de "famille" de prendre du temps pour soigner les patients de manière plus "globale"...et laisser les "urgences" gérables par un MG dans un PMG (même de semaine) en collaboration avec le service d'urgence de l'hôpital. » Q7

« Parce que c'est un job différent, et pour garder notre énergie pour nos pratiques, dans une situation où il manque de MG. Dommage qu'il faille (attendre de) professionnaliser la garde pour la revaloriser... » Q65

Beaucoup s'inquiètent de savoir où trouver ces médecins et si ça ne risque pas de déformer encore plus la médecine générale.

« Risque d'aggraver la pénurie sur le terrain » Q7

« Je pense que cette manière de faire pour être intéressante, afin que les patients aient une meilleure prise en charge. Mais un des problèmes actuels est surtout le manque de médecins dans la Province, et ce n'est pas cette professionnalisation qui va régler le problème ... » Q7

Les médecins défavorables avancent le fait que la garde fait partie du métier. Ils estiment également que la déviance actuelle est liée à la mauvaise éducation des patients et que c'est cela qu'il faut résoudre en priorité.

« Je pense qu'il faut surtout améliorer le tri des appels pour rendre les gardes moins pénibles! Une revalorisation de la rémunération me semble également indispensable! » Q7

« C'est la mort de la spécificité de la médecine générale. En garde chaque intervenant est aussi un médecin de famille et va agir comme tel, le professionnalisation c'est la perte de cette spécificité. La confraternité dans un secteur de garde à taille humaine, c'est appeler son confrère du village voisin pour l'informer de la santé du patient qui nous a consulté la veille ou la nuit. ça responsabilise et rassure, ça permet une saine relation entre nous. » Q7

« Pourquoi pourrait-on revaloriser des gardes tes alors que ce n'est pas possible pour nous? Une garde professionnalisée serait-elle de meilleure qualité que celle qu'on propose? Ce serait dévaloriser le médecin généraliste encore une fois. Il faut plutôt se battre pour qu'on nous accordé le renvoi uniquement aux urgences la nuit(nuit noire), et redéfinir auprès de la population la garde (ce n'est pas un généraliste bien pratique pour quand on a le temps d'y aller...) » Q7

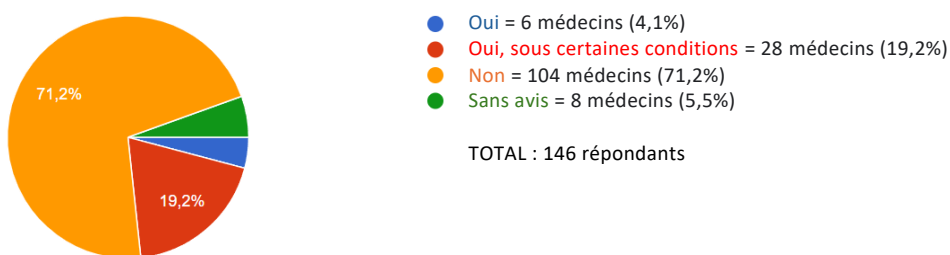
Ils argumentent aussi que les gardes sont de bons moyens d'augmenter les revenus.

« [...] De plus, les gardes sont une source de revenus appréciable (et éventuellement modulable selon les besoins) en début de carrière. » Q7

« Plutôt défavorable. On ne peut pas dire que faire des gardes soit totalement négatif. En effet, sur le plan financier, c'est toujours intéressant d'en avoir quelques-unes. Nous sommes dans un métier où la fréquentation des patients n'est pas toujours stable, il y a des hauts et des bas...et au final il faut malgré tout tenir en tant qu'indépendant » Q7

Feraient-ils eux même cette professionnalisation ? (Cf. Tableau B.6.d, Annexe 1)

Graphique 7 : Pour ou contre la professionnalisation de la garde.



La majorité des médecins interrogés ne seraient pas prêts à exercer en tant que médecin gardiste.

Les conditions qui pousseraient les généralistes interrogés à pratiquer la médecine de garde sont, par ordre d'importance, les suivantes : une rémunération correcte et respectable (14

médecins sur 24 ayant laissé un commentaire), des horaires raisonnables (6 médecins), la possibilité de faire un temps partiel (5 médecins), recevoir une formation adaptée (2 médecins) et la reconnaissance de la pratique (2, dont 1 des médecins souhaite que cela passe par un numéro INAMI spécifique). D'autres conditions ont été évoquées isolément. C'est le cas d'un horaire adapté pour les séniors désireux de faire ces gardes, une protection légale et un droit de refus des patients, un tri efficace, une collaboration avec les urgentistes, une meilleure éducation des patients, pas d'obligation de passer par des stages et un cursus universitaire, avoir un poste fixe, des heures de récupérations payées, la possibilité de se réorienter et l'importance de maintenir cette garde dans les mains des médecins généralistes.

B.7. Formation de type formation complémentaire (Cf. Tableau B.7.b, Annexe 1)

Graphique 8 : Avis sur une formation spécifique* à la pratique de la garde en médecine générale par les médecins généralistes



* formation courte, spécialisée et pratique axée sur certains sujets de médecine aigue de première ligne au cours de l'assistanat en médecine générale.

100 médecins (68,5%) ont jugé une formation complémentaire utile.

Tableau B.7.c : Pourcentage de médecins ayant suivi une formation complémentaire selon leur réponse

	Nécessaire	Plutôt utile	Neutre	Plutôt inutile	inutile
Médecins formés (%)	36%	34%	9%	10%	10%

Plus les médecins sont formés, plus il semblerait qu'ils estiment important le fait d'avoir une formation complémentaire.

Si certains médecins estiment que leur formation de base est suffisante, d'autres trouvent que la formation de base est très dépendante d'un médecin à l'autre et ils trouvent qu'il existe un manque de formation notamment dans la prise en charge de pathologies peu habituelles en cabinet (certificats de décès dans circonstances douteuses, urgences de médecine générale, ...).

« Ca m'a manqué, j'ai été en Afrique pour mon stage d'urgence, donc j'ai pas vu les urgences en Belgique en fait. En stage hospitalier, j'ai été fort mis de côté donc il manque la formation de base. En assistantat on n'a pas le temps, on n'est bien souvent bouche trou que en formation... » Q6

« Le médecin généraliste n'est pas suffisamment formé aux urgences, on apprend sur le tas » Q6

« Pour la prise en charge de pathologies plus aiguës qu'on ne voit pas spécialement au cabinet. Exemple : une crise d'épilepsie, un patient agité pour qui on demande une « sédation », comment s'adapter au mieux aux conditions de terrain pas toujours adaptées, moment bien remplir un constat de décès lorsqu'on débarque sur un décès aux circonstances peu claires » Q6

Il semblerait également que la qualité du triage soit importante au besoin ou non de se former plus spécifiquement. En effet, il revient assez fréquemment que les cas vus aux postes de garde sont des cas sans grande urgence pour lesquelles une formation ne semble pas nécessaire. Si par contre un vrai tri était réalisé en amont, les cas retrouvés seraient plus aigus et pourraient nécessiter une formation supplémentaire.

« Inutile car la garde est souvent truffée de cas inintéressants et banals tels que les gripes, ORL, ...de patients ne voulant pas attendre le jour ouvrable suivant ou n'ayant pas consulté le MT. » Q6

« Théoriquement, il s'agit des mêmes pathologies, ou alors c'est que le tri du 1733 est mal fait, donc je ne vois pas en quoi une formation complémentaire serait nécessaire. » Q6

Les médecins qui l'estiment inutile justifient ça en disant que la garde n'est pas leur métier ni leur rôle. « Vous ne choisissez pas la médecine générale pour faire des gardes. C'est si loin de votre travail du quotidien. ce n'est clairement pas le même travail. » Q6

B.8. Formation type cursus (Cf. Tableau B.8, Annexe 1)

Graphique 9 : Avis des médecins quant à un cursus(*) particulier pour les médecins gardistes



(*) Cursus de 3 ans de spécialisation en médecine générale avec des stages hospitaliers obligatoires de 3 mois dans certains domaines (urgences, pédiatrie, gériatrie, orthopédie, ORL, psychiatrie ...) = ancien équivalent BMA mais version orientation médecine générale.

Parmi les médecins en défaveur de ce système, beaucoup argumentent que tous les médecins généralistes devraient avoir ces notions dans leur cursus.

«Suis TOTALEMENT opposé à une spécialisation de plus, il y a déjà des SMA et des SMU ; suis moi-même un "vieux" BMA et franchement ce cursus devrait être imposé à TOUS les futurs agréés en médecine générale !! ça éviterait pas mal de "bêtises" et d'ignorances que ce soit en toxicologie et même en premiers soins ! » Q8
« Ça devrait être juste dans le cursus. Cf cursus français (2 ans hospitalier et 1 an de mg) » Q8

Ceux qui sont très favorables à ce cursus proposent également une année complémentaire pour voir la paperasse de la médecine générale et un autre émet une proposition d'un cursus pour des médecins sans INAMI.

« Idée magnifique » Q8

« Ah oui carrément mais oui ça serait sûrement nécessaire 18 mois hospitalier et 18mois médecine générale parce que pour faire les deux faut connaître les deux. voir même 4 ans pour connaître la paperasse de la mégé » Q8
« formation enseignée pendant le cursus des 3 masters, réservée aux candidats n'ayant pas obtenus un n° INAMI à l'entrée mais qui pourraient poursuivre le cycle. Possibilité de passerelle vers la médecine générale reconnue INAMI après quelques années de gardistes . » Q8

DISCUSSION

Intérêt qualitatif d'une professionnalisation de la garde

1. Respect du code déontologique et légal

1.1. Continuité des soins

Une partie du rôle de la garde en médecine générale est de soulager les médecins dans leur obligation d'assurer la continuité des soins. Cela requiert donc de la part des généralistes traitant l'obligation de transmettre un dossier complet sur l'état de santé du patient, le plan de soin et les traitements administrés au médecin qui prendra en charge leur patient lors de leur absence.

L'importance et les bénéfices de cette continuité des soins ont été démontrés à de nombreuses reprises que ce soit vis-à-vis de la diminution d'accès aux services de garde, de la diminution des hospitalisations et de la mortalité (13) (14) (15) , par l'amélioration des prises en charge en termes de qualité et de rapidité (16) et des bénéfices en termes de coût pour le secteur de la santé (17). Elle reste une des spécificités la plus importante de la médecine générale comme le révèle l'équipe de Tim Stokes et al sur une étude englobant 1523 généralistes des USA, d'Angleterre et des Pays-Bas (18)

S'il est devenu indéniable que la continuité des soins représente un fondement essentiel de la bonne pratique de la médecine générale, la question qui se pose néanmoins est la suivante : la garde de médecine générale telle que pratiquée actuellement répond-t-elle vraiment toujours à cette exigence de continuité des soins ?

Selon notre panel, on pourrait en douter. En effet, au travers les discours des médecins de notre étude, on peut constater qu'en garde, les protocoles de soins palliatifs ne sont parfois

pas transmis, les patients consultent car leur médecin traitant n'est pas disponible le jour même et viennent sans dossier médical et sans informations sur leurs traitements. Les médecins doivent souvent se débrouiller face à des patients inconnus ce qui génère chez eux des sources de stress et la pratique d'une médecine plus agressive allant à l'encontre même des bénéficiaires assurés par une bonne continuité des soins (plus de consultations, plus d'exams inutiles, des consultations régulières mises à mal par une fatigue excédentaire, ...)

Pire que ça, selon un certain nombre de médecins interrogés, la continuité des soins dans les heures « ouvrables » d'un cabinet de médecine générale sont à présent parfois mise à mal par les gardes elles-mêmes.

1.2. Médecine de qualité

1.2.1. *Compétences du médecin remplaçant*

Le code déontologique précise que le médecin absent doit référer le patient vers un médecin ayant la même qualification et les mêmes compétences. Mais il ne s'agit pas que du code déontologique, le cadre légal le stipule aussi dans l'article 8 du chapitre 1 de la loi qualité : « Le professionnel des soins de santé dispense uniquement des soins de santé pour lesquels il dispose de la compétence et de l'expérience nécessaires démontrables. » (19) Or, dans notre système actuel, les gardes sont souvent effectuées par des assistants.

Considère-t-on dès lors que les médecins assistants ont les mêmes qualifications et compétences que les médecins généralistes agréés ayant plusieurs années d'expérience ? Si tel est le cas, obliger les futurs médecins généralistes à faire un assistantat de 3 ans semble être une simple perte de ressources de médecins de famille pour de nombreux patients sans médecin traitant.

L'Ordre nous dit aussi que «Le patient a droit - durant le service de garde et dans le cadre de la continuité - à des soins analogues/équivalents, comme si les soins étaient dispensés par son propre médecin généraliste» (20). Si on reprend les critères de la « nuit noire », il était jugé important que le médecin de garde se déplace pour un patient en soins palliatifs. Deux problèmes déontologiques se posent ici. Le premier est que tous les médecins ne sont pas formés à la prise en charge des soins palliatifs comme le montre notre étude (seulement 25 médecins des 146 ayant répondu à notre questionnaire avaient suivi une formation en soins

palliatifs). Le second est que lorsqu'on arrive sur place, il arriverait fréquemment que le médecin n'ait pas laissé de directives.

1.2.2. Sécurité des patients et bien-être des médecins

Les médecins traitants, en tant qu'indépendants soumis à la fois à l'obligation de continuité des soins et à la permanence de soins, ne peuvent se permettre de récupérer à la suite d'une garde. Leurs semaines sont longues, les nuits courtes et les week-ends parfois incertains avec l'existence des lignes rappelables. Tout cela engendre énormément de fatigue et de stress, mais impacte aussi leur vie privée.

Or la fatigue, si elle impacte directement les patients par la qualité de l'écoute et des soins qui leur seront apportés (21), impacte également la santé de nos travailleurs en les exposant à des problèmes d'ordres physiques et mentaux (22,23). Si d'une part, au vu des commentaires laissés par les médecins dans cette étude, on constate que la garde ne respecte pas toujours l'article 10 du code de déontologie médicale quant à la santé du médecin (24). D'autre part, dans un contexte de pénurie de médecins, peut-on se permettre de risquer de perdre ceux qui nous restent ?

2. Evolution de la société

Pour beaucoup de nos médecins, la demande de la part de la population a changé ces dernières années. Ils sont plus anxieux, plus exigeants et ont tendance à consommer les soins de façon plus précipitée pour des motifs de moins en moins urgents. Notre observation rejoint celle de Rainer H. Borkenhagen qui constate que la surinformation dans les médias, la notion grandissante d'autonomie, le rythme de vie trépidant sont quelques-uns des facteurs qui poussent la population à vouloir un accès rapide et pratique à des soins (25). Selon deux médecins interviewés dans cette étude, la garde de médecine générale actuelle ne fait que répondre à cette demande non rationnelle de soins en offrant une possibilité pour les patients d'être vus à tout moment. D'autres médecins rejoignent visiblement cette idée en disant que la plupart des motifs actuels de consultations de garde leur semblent injustifiés.

Un des problèmes de la surconsommation des soins est qu'elle mène également souvent à une surmédicalisation délétère à la fois pour le patient (26) (27) mais aussi pour la société car notre système de santé repose sur un système de sécurité sociale permettant un remboursement d'une grande partie de nos soins (28). Pour assurer la pérennité et le maintien

de la qualité de ce système il faut prendre en compte cette réalité dans la réflexion sur le système de garde en médecine générale. Or, ce qu'on constate dans cette étude, c'est que la garde telle que pratiquée actuellement pousse les médecins à traiter de façon agressive les patients dans la crainte d'un manque de suivi, dans le doute lié au manque de temps disponible pour consulter et sans connaître le patient et parfois par peur des conséquences médico-légales en cas d'erreur liée à la fatigue.

Limiter le nombre de contacts avec la médecine de garde est donc une problématique majeure. L'équipe de Keizer, E. s'est penchée sur la question en étudiant les facteurs poussant les patients à consulter en médecine de garde pour des problèmes non urgents. Il en ressort que les principales raisons sont les croyances individuelles et le manque d'accès à leur médecin traitant pendant la journée (29) (30). C'est également ce qui ressort de notre enquête à plusieurs reprises.

3. Permanence des soins

Lors de nos interviews, la notion de « continuité des soins » semble avoir été fréquemment assimilée à celle de « permanence des soins ». Ce flou autour de la notion de « continuité des soins » chez les médecins généralistes est susceptible d'impacter la manière dont ils perçoivent le rôle de la garde et les missions qu'ils sont pourtant tous obligés d'effectuer dans ce cadre.

Un grand nombre de médecins de notre étude ont réagi sur le sujet du triage téléphonique qui semble même être le problème majeur de la garde actuelle : celui-ci est souvent perçu comme inefficace, ce qui entraîne une surcharge de la garde et diminue la qualité du service rendu. Ce phénomène étant encore aggravé par la disparition du tri de la nuit noire. L'implication de la responsabilité du médecin de garde incite celui-ci à mener des consultations nocturnes dont beaucoup sont souvent jugées inutiles.

Cependant, le fait de passer par une centrale de triage pourrait aussi poser question. Si elle peut paraître pertinente dans le cadre de la permanence des soins, l'est-elle tout autant dans la continuité des soins ? Rappelons ce que la loi qualité énonce dans le cadre de la continuité des soins, article 17 : « *En vue d'assurer cette continuité, le professionnel des soins de santé, lorsque lui-même n'est pas disponible pour sa pratique, informe son patient du professionnel des soins de santé appartenant à la même profession des soins de santé et disposant de la même compétence, à qui le patient*

peut s'adresser pour le suivi de son traitement.» (31) Dans ce cadre-là, le patient ayant été pris en charge pour une certaine pathologie devrait pouvoir être vu, que ça soit grave ou non, s'il en estime avoir le besoin. A l'inverse de la définition de la permanence de soins qui elle doit permettre *«[...] l'accès aux soins de médecine générale pendant les heures normales de service. »* (32) dans un délai dépendant de la gravité de la situation. Or sur le terrain aucune différence n'est faite entre ces deux rôles avec le système de triage actuel.

4. Association entre médecine générale et urgences

En 2016 sortait un communiqué de presse quant à la possibilité de fusion entre la garde de médecine générale et les urgences (3).

L'avis semble mitigé quant à cette idée dans notre étude. Si l'idée d'un triage de meilleure qualité et d'un impact positif sur l'engorgement des urgences pourrait séduire, la peur de la sur-prescription d'examen reste présente. Alors, qu'en dit la littérature ?

Selon une étude menée à Taiwan sur 37.580 patients s'étant présentés aux urgences, le fait d'avoir deux médecins différents pour gérer les cas urgents et les cas non urgents permettait de diminuer le temps d'attente et les demandes de biologie (33). Une autre étude de 2018 a montré un impact plutôt négatif sur le sentiment de surcharge de travail (34).

Une étude internationale dans 34 pays conclut que le meilleur moyen de diminuer les cas de première ligne se présentant aux urgences est d'améliorer l'accessibilité de cette première ligne et d'investir dans la continuité des soins (35). En Italie, une étude montre même que des heures étendues de 12h de pratique en médecine générale pourrait diminuer jusqu'à 15% des visites aux urgences (36).

5. Professionnalisation de la garde

Pourquoi l'idée d'une professionnalisation de la garde ?

« Parce que... voilà la garde... la garde telle qu'elle existe actuellement, ne me paraît plus répondre à la définition de ce que devrait être une garde et ... et en plus la garde telle qu'elle existait ou euh... telle qu'elle existe... voilà, dans la société actuelle, n'est peut-être plus vraiment ce qu'on en attend ou ce que les médecins généralistes en attendent. » 16

Nous n'avons malheureusement pas su trouver d'études portant sur la professionnalisation de la garde dans les pays voisins. Selon le rapport de 2011 du KCE, la solution existerait en partie déjà en Italie et dans d'autres pays voisins tel que le Danemark ou la France qui ont déjà

des structures de gardes indépendantes travaillant avec des médecins volontaires (SOS médecin, urgencedoctors.com, ...) (4). La peur évoquée dans notre travail par quelques participants de ne pas trouver de médecin pour effectuer ses gardes, ne semble donc pas fondée puisque ces structures fonctionnent en grande partie avec des médecins qui ne travaillent que là. D'ailleurs, dans notre travail toujours, la moitié des participants interviewés pensent que ce rythme de vie et de pratique pourrait convenir à certains médecins ce qui nous conforte un peu dans cette idée.

L'idée que ces médecins puissent faire des remplacements, aider aux urgences, peut-être donner un coup de mains dans les moments épidémiques semble plutôt plaire à la population étudiée. La peur des médecins est surtout le risque de dérive et de clivage complet entre la médecine générale de suivi (pathologie chronique, dépistages, éducation et prévention/promotion de la santé) et les pathologies aiguës, les demandes de certificats et de prescription non contrôlés qui risqueraient de faire perdre de vue certains patients et de passer à côté de possibilités de prévention /dépistages.

En ce qui concerne la formation. La majorité des médecins (68,5%) sont en faveur d'une formation complémentaire et 54,8% pensent qu'un cursus spécifique de 3 ans serait une bonne chose. Il semble donc exister une demande, voire un besoin, de se former de façon plus spécifique pour pratiquer une garde de meilleure qualité. Ce qui a du sens quand on s'aperçoit que pour beaucoup, la pratique de garde diffère de la pratique quotidienne. Mais la médecine de garde diffère également de la médecine d'urgence. En effet, le médecin de garde, s'il doit pouvoir s'adapter à l'environnement de vie des patients, à leurs souhaits thérapeutiques, au matériel disponible sur place, à des patients inconnus sans possibilité d'avis direct d'un spécialiste ou d'examen complémentaires doit avoir des compétences techniques, de raisonnement clinique et sémiologique, de compétences sociales et psychologiques pour effectuer un travail de qualité.

Force et limitation de notre étude :

Grace à notre double étude nous avons pu sonder l'opinion d'un bon nombre de médecins de tous âges et toutes pratiques médicales. Le fait que le questionnaire ait été relayé dans toutes les provinces Wallonnes et Bruxelles et qu'il y ait été répondu de manière équilibrée au travers

de ces régions nous permet d'avoir une vue d'ensemble des médecins généralistes francophones.

Cependant nous sommes conscients que cette étude ne reprend l'avis que d'une petite partie de la population étudiée et qu'elle ne nous permet pas d'obtenir des statistiques fiables sur l'entièreté de celle-ci.

Comme toute étude qualitative, il peut exister un biais d'interprétation et de subjectivité lors des analyses des interviews et des commentaires.

D'autre part, il se pourrait que les médecins ayant pris le temps de répondre à notre questionnaire l'ait fait parce que justement le sujet les intéressait ce qui pourrait également entraîner un biais.

Néanmoins, ce travail de par son ouverture nous permet d'avoir une bonne impression des problématiques que soulève la pratique actuelle de la garde et nous offre une perspective déontologique et légale sur la question que nous n'avons pas retrouvée dans d'autres études abordant les problématiques de la garde de médecine générale.

CONCLUSION

La garde actuelle ne semble pas permettre à nos médecins de respecter le code déontologique pour offrir une médecine de première ligne de qualité en garde et ne semble pas non plus satisfaire les médecins. Si la société évolue, la médecine et les médecins aussi. Il est donc nécessaire de réévaluer les besoins de ceux-ci et d'adapter le système de soin pour répondre au mieux à ces nouveaux besoins. Professionnaliser la garde semble être une option intéressante pour bons nombres de médecins et pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins donnés. Ceci impliquerait d'abord le partage de dossiers médicaux actualisés et complets mais il nous semble surtout primordial de se recentrer d'abord sur la base de la pyramide de santé c'est-à-dire la prévention et l'éducation à la santé afin de décharger les généralistes et de leur permettre de voir leurs patients aigus en journée.

BIBLIOGRAPHIE

1. SPW. Wallex. [cité 13 avr 2024]. 1. Disponible sur: <http://wallex.wallonie.be/cms/render/live/fr/sites/wallex/contents/acts/9/9497/1.html>
2. La médecine de garde à la croisée des chemins [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: https://archives.enmarche.be/Sante/Sante_publique/20120906_la_medecine_de_garde_a_la_croisee_de_s_chemins.htm
3. Services d'urgence et permanences de médecine générale en un [Internet]. 2016 [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/services-durgence-et-permanences-de-medecine-generale-en-un-seul-lieu-plus-clair-et-plus-pratique>
4. Jonckheer P. Quelles solutions pour la garde en médecine générale?
5. author-kce. Vers une Belgique en bonne santé. 2024 [cité 13 avr 2024]. Continuité des soins. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins>
6. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 13 avr 2024]. La permanence et continuité des soins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins>
7. Ordomedic | 13 [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: <https://ordomedic.be/fr/code-2018/professionalisme/13>
8. CHU de Liège [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Le 1733 prend le relais du projet SALOMON. Disponible sur: https://www.chuliege.be/jcms/c2_19846775/direction-medicale/le-1733-prend-le-relais-du-projet-salomon
9. 692f9cdef268ece05ce72fc6adcd3a3.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/old/692f9cdef268ece05ce72fc6adcd3a3.pdf>
10. RTBF [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Insécurité, épuisement : les médecins généralistes s'insurgent contre le nouveau système de garde nocturne. Disponible sur: <https://www.rtbef.be/article/insecurite-epuisement-les-medecins-generalistes-sinsurgent-contre-le-nouveau-systeme-de-garde-nocturne-11207960>
11. CMG-20240123-courrier-detaille-a-propos-des-cooperations-fonctionnelles-relecture-AG-apres-GT-23-01-2024.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.lecmg.be/wp-content/uploads/2024/02/CMG-20240123-courrier-detaille-a-propos-des-cooperations-fonctionnelles-relecture-AG-apres-GT-23-01-2024.pdf>
12. La Médiacomut approuve le nouveau modèle de financement des postes de garde de médecins généralistes | Frank Vandenbroucke [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/node/7611>
13. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 1 févr 2022;72(715):e84-90.

14. Ride J, Kasteridis P, Gutacker N, Doran T, Rice N, Gravelle H, et al. Impact of family practice continuity of care on unplanned hospital use for people with serious mental illness. *Health Services Research*. 2019;54(6):1316-25.
15. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *Journal of Family Practice*. déc 2004;53(12):974-80.
16. Hjortdahl P. The Influence of General Practitioners' Knowledge about their Patients on the Clinical Decision-Making Process. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. janv 1992;10(4):290-4.
17. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice*. 1 juin 2006;23(3):308-16.
18. Stokes T. Continuity of Care: Is the Personal Doctor Still Important? A Survey of General Practitioners and Family Physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *The Annals of Family Medicine*. 1 juill 2005;3(4):353-9.
19. service public federal sante publique securite de la chaine alimentaire et environnement. etaamb.openjustice.be. *Moniteur Belge*; 2019 [cité 17 avr 2024]. Loi du 22/04/2019 relative a la qualite de la pratique des soins de sante. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-22-avril-2019_n2019041141.html
20. Ordomec | Garde de médecine générale : participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: <https://ordomec.be/fr/avis/specialite/medecin-generaliste/garde-de-medecine-generale-participation-obligatoire-deplacement-du-medecin-de-garde-triage-telephonique>
21. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units | *New England Journal of Medicine* [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa041406?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov
22. Alami YZ, Ghanim BT, Zyoud SH. Epworth sleepiness scale in medical residents: quality of sleep and its relationship to quality of life. *J Occup Med Toxicol*. déc 2018;13(1):21.
23. Peters M, Hasan O, Puddester D, Garelick A, Holliday C, Rapanakis T, et al. Doctors' health: taking the lifecycle approach. *BMJ*. 26 nov 2013;347(nov26 4):f7086-f7086.
24. Ordomec | 10 [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://ordomec.be/fr/code-2018/professionalisme/10>
25. Borkenhagen RH. Walk-in clinics. Medical heresy or pragmatic reality? *Can Fam Physician*. oct 1996;42:1879-93.
26. Hanslik T, Flahault A. La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé. *La Revue de Médecine Interne*. 1 mars 2016;37(3):201-5.
27. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*. juill 2017;390(10090):156-68.

28. Service Public Fédéral - Sécurité Sociale [Internet]. 2023 [cité 18 avr 2024]. Dépenses de santé : nouveaux chiffres pour 2021. Disponible sur: <https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/focus-sur-les-chiffres/depenses-de-sante-nouveaux-chiffres-pour-2021>
29. Keizer E, Smits M, Peters Y, Huibers L, Giesen P, Wensing M. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Family Practice*. 28 oct 2015;16(1):157.
30. Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyratzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. *Emerg Med J*. mai 2015;32(5):373-8.
31. LOI - WET [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019042220&table_name=loi
32. Ordomedic | Participation à une garde (de nuit) en semaine – Décision du cercle de médecins généralistes [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://ordomedic.be/fr/avis/specialite/medecin-generaliste/participation-a-une-garde-de-nuit-en-semaine-decision-du-cercle-de-medecins-generalistes>
33. Yau FFF, Tsai TC, Lin YR, Wu KH, Syue YJ, Li CJ. Can different physicians providing urgent and non-urgent treatment improve patient flow in emergency department? *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 juin 2018;36(6):993-7.
34. Van Gils-van Rooij ESJ, Broekman SM, De Bakker DH, Meijboom BR, Yzermans CJ. Do employees benefit from collaborations between out of hours general practitioners and emergency departments? *BMC Health Serv Res*. déc 2018;18(1):121.
35. Van Den Berg MJ, Van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *FAMPRJ*. févr 2016;33(1):42-50.
36. Lippi Bruni, Matteo, Irene Mammi, and Cristina Ugolini. "Does the Extension of Primary Care Practice Opening Hours Reduce the Use of Emergency Services?" *Journal of health economics* 50 (2016): 144–155. Web.