

Les postes de garde en médecine générale : 10 ans après

Walk in clinics and out of hours care : 10 years later

M.-E. Gremmens, S. Leconte et C. Duyver

Centre académique de Médecine Générale, Institut de Recherche Santé et Société,
Université catholique de Louvain - UCL

RESUME

Ces dernières années, la pratique de la médecine générale a vu bon nombre de mutations que ce soit du fait des habitudes de vie des médecins comme de celles des patients. Par ailleurs, le maintien d'une garde de première ligne et la limitation d'un usage " inapproprié " des services d'urgence constituent des enjeux majeurs pour lesquels une solution rapide devait être trouvée. La littérature tant belge qu'internationale a été revue afin de mieux appréhender les modèles de garde de première ligne en Belgique et à l'étranger ainsi que les questions suscitées par ces évolutions.

De nombreux pays présentent une professionnalisation de la garde de première ligne par l'émergence de structures spécifiques, telles que les walk-in clinics, les out-of-hours centers, les deputizing services, etc. L'évolution de la garde de première ligne en Belgique emprunte aux différents modèles implémentés il y a quelques années dans des pays tels que le Canada, le Royaume-Uni ou les Pays-Bas.

Le modèle soutenu par l'Assurance Maladie-Invalidité est la délégation aux cercles de médecins généralistes de l'organisation de la garde et la création de postes de garde selon des modes organisationnels variés répondant aux spécificités locales.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 416-21

ABSTRACT

The provision of care in general practice has changed significantly over recent years due to changes in the lifestyles of both doctors and patients. Moreover, the " inappropriate " use of emergency services is a critical issue which requires urgent attention.

We conducted a review of both the Belgian and international literature to examine how frontline care has adapted and what issues these developments raise.

In many countries, specific structures, such as walk-in clinics, out-of-hours centers, the deputizing services, have emerged creating a professional system of frontline care delivery.

In Belgium, the Health and Disability Insurance system delegates the organization of out-of-hours primary care to local general practice assemblies who can develop services according to local requirements. In effect, new service delivery systems draw from a variety of models implemented in countries such as Canada, the United States or the Netherlands.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 416-21

Key words : walk-in, out-of-hours, primary care

INTRODUCTION

Contexte de la création des postes de garde en Belgique

Depuis 1967, chaque médecin est légalement tenu de participer au service de garde lors de weekends complets, jours fériés et nuits de semaine.

L'organisation en a été attribuée aux cercles de médecins généralistes par l'arrêté royal du 8 juillet 2002.

Depuis plusieurs années, le respect de cette obligation légale est mis à mal par un problème de disponibilité de médecins généralistes¹.

Ce problème est encore plus criant dans les zones rurales^{2,3} étant donné que le nombre des médecins généralistes y exerçant est moindre. Cette situation engendre, entre autres, une désaffection de la profession des jeunes générations de médecins. Une des solutions ébauchées en soutien à cette garde de première ligne a été le financement des postes de garde par l'INAMI.

L'introduction de projets pilotes des Postes Médicaux de Garde (PMG) poursuivait également d'autres objectifs : apporter des réponses complémentaires aux recours impropres aux services d'urgence ainsi qu'à l'évolution de la demande des patients et des médecins généralistes eux-mêmes.

Le recours impropre aux urgences

Nombre de personnes se rendent dans les services d'urgences hospitalières pour des maux qui relèvent de la médecine générale. Leur offrir une réponse de première ligne en adéquation avec un problème ressenti comme urgent, alors que le médecin traitant est indisponible, aurait tendance à contribuer à limiter la surpopulation en salle d'urgence⁴ ; et permettrait à la médecine générale de (re)prendre sa place comme chaînon essentiel du système de soins de santé (entre autres pour ce qui concerne la permanence des soins)⁵ et cela en offrant d'une part aux médecins généralistes la possibilité d'avoir une meilleure qualité de vie (moins de garde population)² et d'autre part une réponse spécifique à un moindre coût pour la collectivité.

Cependant, les changements de priorités et le degré d'exigence des patients ont eu une répercussion au niveau de l'organisation du service de garde à certains endroits, en engendrant paradoxalement un recours plus systématique aux services des urgences des hôpitaux⁶.

L'enquête de santé de 2008 révèle qu'en Belgique, 80 % des personnes prennent elles-mêmes la décision de se rendre dans un service d'urgence⁵. Ce phénomène est également présent dans d'autres pays d'Europe Occidentale et aux USA^{7,8}.

Il y a quelques années, le Centre d'Expertise en Soins de Santé s'est intéressé à la problématique de fréquentation dite impropre des services d'urgence en Belgique. Les déterminants de recours aux urgences sont plurifactoriels et ont trait par exemple au type de plaintes, à l'accessibilité, à la confiance, ou à la méconnaissance d'autres alternatives². La recherche montrait, en outre, que la résolution du problème de surpopulation en salle d'urgence passait par une meilleure subsidiarité avec la première ligne, et par sa présence plus importante. Il s'agirait dès lors d'orienter le patient vers un lieu adéquat, ce qui aurait entre autres des conséquences financières.

Evolution de la médecine générale

Ces dernières années, en Belgique, des modifications sociales telles que la féminisation de la médecine générale, la diminution des médecins généralistes diplômés, la pénurie de médecins généralistes actifs dans certaines régions et le vieillissement de la population active de médecins généralistes ont contribué à précariser leur renouvellement⁵.

Evolution de la demande des patients

Selon Borkenhagen *et al.*⁹, les tendances sociétales participent au changement notamment du comportement du patient qui, depuis l'industrialisation, devient de plus en plus exigeant. Selon lui, le temps est devenu une denrée si rare que les gens réclament de meilleurs délais, plus de souplesse et des services plus pratiques. Dans un tel contexte, demander aux patients de prendre un rendez-vous pour une consultation (dans le but d'assurer une meilleure organisation de l'offre) ne répond plus toujours à leurs attentes⁹.

Dix ans après l'ouverture du premier poste médical de garde, alors que 42 postes ont vu le jour et que les modalités de financement ont été revues en juillet 2012 pour une meilleure cohérence dans les conditions de financement de projets, nous avons voulu analyser le modèle belge à la lumière des expériences étrangères.

METHODOLOGIE

Une revue de littérature a été effectuée en reprenant des articles publiés sur *PubMed* ainsi que la littérature belge entre autres via la Bibliothèque de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Les mots clés suivants ont été utilisés : *primary health care, walk-in clinic, out-of-hour care*.

Nous avons inclus tous les articles rapportant la description et l'analyse de structures de première ligne, dans lesquelles les patients sont vus par les médecins généralistes, ayant des heures d'ouverture étendues et offrant des soins ponctuels sans rendez-vous.

RESULTATS

Solutions implémentées à l'étranger

Les centres de types *walk-in clinics* et *out-of-hours* sont apparus aux USA vers 1970 et étaient nommés " centre d'urgence ", " centre de soins ambulatoire " ou " centre de soins urgents " ^{9,10}. Dans les années 1980, les " *walk-in* " se sont développés au Canada^{10,11} et sont devenus une référence de beaucoup de systèmes de soins de santé, particulièrement aux USA, en Australie et au Canada¹².

Les " *walk-in* " ont été définis comme dispensant des soins de santé de première ligne, sans rendez-

vous, avec des heures d'ouverture prolongées^{9,13}, 7 jours/7 dans un cadre physique et administratif séparé de l'hôpital. Certains se limitent à dispenser des soins de santé primaires, d'autres fournissent une plus large offre de traitements^{11,14,15}. Dans plusieurs pays, comme le Danemark, les Pays-Bas, le Canada et bien d'autres¹⁶, le problème de consultations spontanées dans les services d'urgence hospitalières " après les heures " est également présent¹⁶. Chaque pays a alors mis en place un modèle propre à sa situation. Une enquête par questionnaire menée dans 26 pays par Giesen *et al.*¹⁶ montre que coexistent dans la plupart des pays des départements d'urgences et des centres de premières lignes organisés de la manière suivante : le médecin de famille (qui est de garde pour ses propres patients 7 jours/7, 24 heures/24), les " *Rota Group* " où les médecins actifs d'une même région se sont rassemblés en créant un système de roulement, les " *GP Cooperative* " qui fonctionnent de manière similaire que les *Rota Group* mais avec une plus grande échelle de médecins à proximité d'un hôpital, les soins de premières lignes intégrés au sein d'un hôpital, le tri téléphonique et les services de conseils en ligne et enfin, les centres de premières lignes (ou *walk-in-centers*), supervisés par des médecins généralistes ou des infirmiers.

Situation belge reconnue par l'INAMI

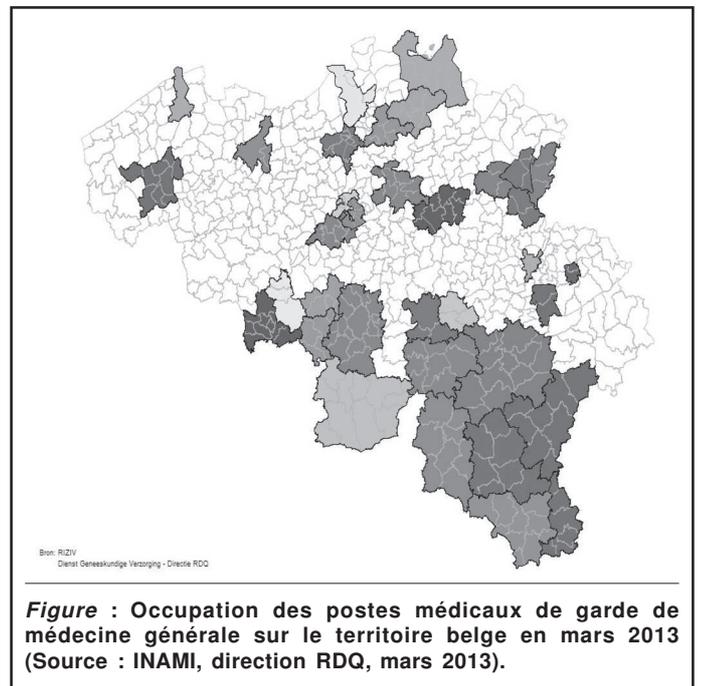
En Belgique, en collaboration avec les cercles et dans le souci d'être proches des réalités du terrain, différents modèles ont été développés :

- Dans la région de Dinant et la province du Luxembourg, par exemple, où 7 postes de garde ont ouvert leurs portes récemment. Les postes de garde sont ouverts à partir de la nuit du vendredi soir au lundi matin, ainsi que les jours fériés légaux. Pour les joindre, les patients doivent composer un numéro unique mis à disposition par l'état : le 1733. Ce numéro permet au public d'appeler un médecin généraliste durant les heures de garde, de voir les appels régulés selon les règles établies par les médecins eux-mêmes, et s'intégrant avec le service 100/112. Les objectifs poursuivis sont de diminuer ainsi le recours aux services d'urgence des hôpitaux, de diminuer le nombre de visites à domicile grâce à la possibilité de se rendre dans un poste médical de garde, et enfin de diminuer le nombre de visites pendant les heures de garde grâce au report de celles-ci. (définition du SPF santé publique issue de <http://www.gezondheid.belgie.be/eportal/Myhealth/Care/Call1733/index.htm?fodnlang=fr#.UIVUdxD-7ac>).
- D'autres postes de garde sont ouverts également aux heures de bureau, comme c'est, par exemple, le cas d'un poste de garde bruxellois situé à proximité d'un hôpital universitaire, pour qui le rôle est double : désengorger les urgences des maux qui relèvent de la médecine générale en journée et répondre à la garde quand les patients n'ont pas de médecin traitant ou qu'il n'est pas disponible. D'après les données disponibles, actuellement, il y

a 6 postes de garde qui seraient ouverts en semaine (4 dans la région bruxelloise, 1 dans la région de Charleroi et 1 dans la région liégeoise), en plus des week-ends et des jours fériés légaux¹⁷.

- Outre les consultations au sein d'un cabinet, une garde mobile est organisée en accord avec les spécificités locales (le médecin se déplace avec un chauffeur comme par exemple à Dinant, à Charleroi et à Chimay) ou avec un système de navette, moyennant une légère contribution (comme c'est le cas dans la province du Luxembourg, à Nassogne par exemple).

Actuellement, il n'existe donc pas de définition officielle de ce que représente une consultation de garde ni de place clairement définie dans la filière de soins ; chaque poste de garde a sa propre organisation. Néanmoins, leur intervention se veut subsidiaire à celle du médecin traitant sans le remplacer.



Le nombre de postes de garde mentionnés par le KCE dans son rapport de décembre 2011² est de 29 (il recouvre un tiers de la population belge) mais ce chiffre est en constante évolution. En mars 2013, l'INAMI en finançait 42 (voir carte) et il y aurait 21 nouvelles demandes de financement de postes de garde¹⁷. Le premier poste a ouvert en juin 2003 à Deurne²/Borgerhout, en Flandre. S'en sont suivis Charleroi (2003), Glamo Liège (2003), Medinuit Bruxelles (2004), CEGES (Seraing), Verviers (2005), RGN Namur (2005), Borsbeek Wommelgem (2005), Brugge (2005), Herkenrode-Hasselt (2005), Herentals (2006), Turnhout (2006), CMGU Bruxelles (2006), Gand (2006), Athena Bruxelles (2006), Terranova Bruxelles (2006), Anvers Centre (2006), Aywaille Sprimont (2007), UMGB Borinage (2008), AMGM Mons (2008), La Louvière et Binche (2009), Bastogne (2010), Anvers Nord (2010), Leuven (2010), Moitié de la Flandre Occidentale (2010), Petit Brabant (2010), Meuse et Samson (2010), Maasmechelen (2010), Anvers Sud (2011), Chimay

(2011), Bilzen-Hoeselt-Riemst (2012), Luxembourg-Dinant (2012), Prometheus-Gand (2012), Zennevallei-Halle (2012), Lier (2012), Tienen (2013)¹⁷.

Selon l'étude de Tom Brijs de l'Institut pour la mobilité de l'Université d'Hasselt, la Belgique aurait idéalement besoin de 80 à 110 postes de garde afin de pouvoir couvrir le territoire¹.

DISCUSSION

La Belgique suit la mouvance de certains pays industrialisés dans lesquels, au sein de la première ligne, des structures spécifiques sont présentes pour la gestion des problèmes aigus avec des heures d'ouverture élargies. Si la création des postes de garde soulève encore de nombreuses questions, elle incite également à leur trouver des solutions novatrices.

Pour ce qui concerne le *recours impropre aux urgences*, il ne semble pas qu'il y ait de diminution de la fréquentation des urgences ou du délai d'attente pour les urgences vitales mais la question reste ouverte de savoir s'il y a une amélioration de la qualité des soins pour les urgentistes et les médecins ou des recours plus adéquats des patients aux urgences⁹.

Pour ce qui concerne la *perception des postes de gardes par les médecins généralistes et l'attractivité de la profession*, le principe des postes de garde semble être perçu positivement par les médecins généralistes : la charge de travail est réduite et ils ont une meilleure qualité de vie professionnelle et privée^{16,17}. Cette perception dépend cependant de leur situation antérieure au niveau de la garde et de leur volonté d'adhérer à un nouveau système².

Les travaux menés par des étudiants en dernière année de formation en médecine avec pour orientation la médecine générale nous incitent à croire qu'un système de garde organisé et structuré rassure les jeunes médecins¹⁹ et serait un argument dans le choix de leur profession²⁰.

Un certain nombre de mesures récentes vise à diminuer la charge de travail. On citera l'arrêté royal du 30 juillet 2013 modifiant l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes, et permettant aux cercles de médecins généralistes de prévoir un minimum absolu d'un médecin de garde par 100.000 habitants entre 8 h et 23 h, et d'un médecin de garde par 300.000 habitants entre 23 h et 8 h.

Enfin, la participation à la garde comme activité professionnelle à part entière durant une carrière de médecin de première ligne mériterait d'être réfléchi et valorisée, à l'heure où les médecins exerçant dans cette voie à temps plein ne rencontrent plus les critères d'agrément et où les jeunes médecins promus ne sont plus désireux de s'installer dès leur sortie.

Pour ce qui concerne la *répercussion sur la*

demande de soins, une question soulevée par la création de ces postes bien visibles et disposant d'heures d'ouverture larges, réside dans le risque de voir se détourner une partie de la population de leur médecin traitant desservant ainsi l'objectif initial de revalorisation de la première ligne. Cette question est d'autant plus aiguë lorsque le poste est ouvert aux heures correspondant à l'horaire de travail du médecin traitant ou lorsque l'on est confronté à des patients qui reviennent régulièrement. Des études ciblant ces populations spécifiques seraient souhaitables. On pourrait s'interroger également sur la demande accrue en dehors des heures de bureau et d'une démotivation secondaire des médecins de première ligne. Il en va de même quant à une éventuelle attention moindre du médecin traitant à la globalité de la prise en charge lorsque les patients consultent plus des structures de soins aigus avec par exemple un risque de négligence des domaines plus préventifs, psychosociaux ou ayant trait au contexte propre du patient. Enfin, si une communication par le biais d'un retour des consultations des postes de garde vers les médecins traitants est généralement réalisée, ce mode d'organisation de la garde ne s'est pas accompagné, à ce stade, d'une politique franche de santé publique visant à une éducation du patient.

La création de postes de garde est-elle source d'une augmentation de la qualité en plus de la vigilance ? Est-elle source d'accessibilité accrue et d'équité sociale ? La philosophie quant à la réponse à la demande des patients peut varier d'un médecin à l'autre.

Pour ce qui concerne la *satisfaction des patients*, des études aux USA et au Canada ont démontré la satisfaction de patients qui se rendent dans les *walk-in centers* concernant la facilité d'accès et l'attention du personnel soignant^{21,22}. Cependant, ces résultats doivent être interprétés prudemment²³. En effet, bien que les patients puissent exprimer leur satisfaction, il semblerait que celle-ci soit influencée par leur volonté de se rendre dans ce type d'établissement dès le départ²⁴. Au Danemark, 5 ans après l'introduction de " *out-of-hours* ", on a pu observer que la satisfaction des patients a commencé à augmenter quand ils ont pris l'habitude d'utiliser ces services²⁵.

Pour ce qui concerne la recherche, la meilleure solution coût/efficacité est la suivante : en reprenant sa place en première ligne, la médecine générale éviterait probablement le recours encore important et injustifié à la seconde ligne²⁰. Le Forum des Associations de Généralistes (FAG) souhaiterait que des moyens soient mis en œuvre pour améliorer les conditions de travail des postes de garde afin de pouvoir assurer une garde médicale de qualité à long terme. Dans le cas contraire, la pérennité des postes de garde semble n'être pas assurée²⁶.

Actuellement, les modalités de financement des postes de garde ont été revues ; parmi les différents modèles existants, il convient de déterminer les

solutions les plus efficaces tout en gardant une attention aux spécificités locales et l'enjeu majeur que constitue l'attractivité en milieu rural.

Les médecins et les patients bénéficiant de l'initiative 1733 seraient utilement servis par une définition claire d'un " appel approprié à la garde de première ligne " (par exemple via des grilles de triages). Ce tri des appels permettrait une meilleure subsidiarité avec les services d'urgence, particulièrement en nuit noire, où le médecin se déplace régulièrement pour des maux qui relèvent de services spécialisés²⁷.

CONCLUSION

Les postes de garde sont un modèle choisi en Belgique en réponse à l'évolution de la médecine générale et des demandes des patients. Des modèles similaires sont déjà testés à l'étranger depuis les années 1970. Les répercussions semblent positives sur l'attractivité de la médecine générale et semblent répondre aux attentes des patients. Ils ne semblent toutefois pas être à eux seuls la réponse aux recours impropres des patients aux urgences. Pour répondre à l'évolution de la profession, cette implémentation doit être complémentaire à d'autres mesures de soutien de la garde. Les conséquences de cette implémentation sur la demande de soin, sur la qualité de travail du médecin généraliste et de l'urgentiste nous apparaissent devoir être évaluées. Il en va de même pour le modèle de financement qui permet leur existence.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Brijts T : Studie naar de opmaak van een model voor de inplanting van huisartsenwachtposten in België. Instituut voor Mobiliteit (IMOB), 2011 : Report 12
2. Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C *et al.* : Quelles solutions pour la garde en médecine générale ? Health Service Research. Bruxelles, KCE, 2011 : report 171 B
3. Andre W : La garde en médecine générale. 2012. <http://users.skynet.be/csmbraine/gardes.html#andre>
4. Maddison AR : Canadian Health Services Research Foundation. Myth : Emergency room overcrowding is caused by non-urgent cases. J Health Serv Res Policy 2010 ; 15 : 188-9
5. Drieskens S : Enquête de Santé 2008 - Contact avec le service des urgences, 2012
6. Maroy L. Les cercles des médecins généralistes et l'Assurance Maladie : une analyse juridique. Etudes, 2008 : 517-29.
7. Rieffe C, Oosterveld P, Wijkkel D, Wiefferink C : Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. Accid Emerg Nurs 1999 ; 7 : 217-25
8. Sanders J : A review of health professional attitudes and patient perceptions on " inappropriate " accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. J Adv Nurs 2000 ; 31 : 1097-105
9. Borkenhagen RH : Walk-in clinics. Medical heresy or pragmatic reality ? Can Fam Physician 1996 ; 42 : 1879-93
10. Cox C, Hill MH : Professional Issues in Primary Care Nursing. John Wiley & Sons, 2010 : 1-8
11. Salisbury C, Munro J : Walk-in centres in primary care : a review of the international literature. Br J Gen Pract 2003 ; 53 : 53-9
12. Miller GB, Nantes S : Walk-in clinics and primary care : review of the literature. Can Fam Physician 1989 ; 35 : 2019-22
13. Miller GB, Mah Z, Nantes S, Bryant W, Kayler T, McKinnon K : Ontario walk-in clinics : a preliminary descriptive study. Can Fam Physician 1989 ; 35 : 2013-5
14. Melvyn Jones : Walk-in medical primary care centres : lessons from Canada. BMJ 2000 ; 321 : 928
15. Miller GB : The effect of walk-in clinics on family medicine. In : The College of Family Physicians of Canada. The spectrum of family medicine. Proceedings of the 30th Annual Scientific Assembly. 1988 May 15-18, Montreal, Quebec. College of Family Physicians of Canada, 1988 : W13-27
16. Giesen P, Huibers L, Vermue N, Padros Goosens : Inventory of organizational models for after hours care : a questionnaire of 26 western countries. Radboud Universiteit Nijmegen Medical Centre. UMC St Radboud, 2007
17. Van Loon C : Organisatie en financiering van huisartsenwachtposten in België. Ontwikkeling van een financieringsmodel. RIZIV, 2013, Report n° 11
18. Soupart JF : Note de synthèse du CFCMG, 2012
19. Duyver C, du Boullay D, Vanwelde C : Demain Généraliste - Vade Mecum d'installation d'une pratique : Cours de logistique 2009-2011. Louvain, Presses universitaires de Louvain, 2012
20. Lorant V, Geert C, D'Hoore W *et al.* : Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé ; 2008 Oct 27
21. Rizos J, Anglin P, Grava-Gubins I, Lazar C : Walk-in clinics : implications for family practice. CMAJ 1990 ; 143 : 740-5
22. Chesteen SA, Warren SE, Woolley FR : A comparison of family practice clinics and free-standing emergency centers : organizational characteristics, process of care, and patient satisfaction. J Fam Pract 1986 ; 23 : 377-82
23. Lewis JR : Patient views on quality care in general practice : literature review. Soc Sci Med 1994 ; 39 : 655-70
24. Burnett MG, Grover SA : Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. CMAJ 1996 ; 154 : 1345-51
25. Christensen MB, Olesen F : Out of hours service in Denmark : evaluation five years after reform. BMJ 1998 ; 316 : 1502-5
26. Forum des Associations de Généralistes : Communiqué à l'attention de la Ministre du SPF Santé, des Syndicats de Médecins et du groupe de travail " Postes Médicaux de Gardes " au sein de la CNMM, 2012
27. Duyver C, Leconte S, Thillaye du Boullay D, Lietar C, Beuken G : La garde en nuit profonde : analyse rétrospective des données d'un cercle. La Revue de Médecine Générale 2010 : 259-62

Correspondance et tirés à part :

C. DUYVER
Centre académique de Médecine Générale, UCL
Tour Pasteur
Avenue E. Mounier 53 bte B1 53 11
1200 Bruxelles
E-mail : corentin.duyver@uclouvain.be

Travail reçu le 24 juillet 2013 ; accepté dans sa version définitive
le 15 octobre 2013.