

# Services des urgences et postes de garde : les bons soins au bon moment

Proposition d'un nouveau modèle intégré pour les soins non planifiables



## COLOPHON

### **Rédacteurs:**

Michiel Van Lysebetten, Bart Van de Velde,  
Hilde De Nutte, Margot Cloet

### **Rédaction finale:**

Lieve Dhaene

### **Traduction NL->FR:**

Sandrine Samyn

### **Design:**

Eva de Wal

2025©Zorgnet-Icuro vzw

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite et/ou  
rendue publique par voie électronique ou autre sans l'autorisation  
écrite préalable de l'éditeur.

Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1  
1040 Brussel  
post@zorgneticuro.be  
www.zorgneticuro.be

# **Services des urgences et postes de garde : les bons soins au bon moment**

Proposition d'un nouveau modèle  
intégré pour les soins non planifiables

# CONTENU

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>1. UN NOUVEAU MODÈLE POUR LES SOINS NON PLANIFIABLES .....</b>	<b>7</b>
1.1. TRIAGE OBLIGATOIRE ET UNIFORME .....	7
1.2. RENFORCER L'AUTONOMIE .....	9
1.3. CONTINUITÉ DES SOINS NON PLANIFIABLES : DISPONIBILITÉ 24 H SUR 24 ET 7 JOURS SUR 7 .....	10
1.4. LA COLLABORATION AVEC LES SERVICES DES URGENCES ET LES POSTES DE GARDE DE MÉDECINE GÉNÉRALE EST LA NORME .....	11
1.5. UN SYSTÈME DE SOINS UNIFORME ET RECONNAISSABLE POUR LES SOINS NON PLANIFIABLES.....	13
<b>2. DÉFIS ÉTHIQUES, JURIDIQUES, FINANCIERS ET COMMUNICATIONNELS .....</b>	<b>14</b>
<b>3. CONCLUSION : UNE RÉFORME INÉVITABLE ET URGENTE.....</b>	<b>16</b>

# INTRODUCTION

*«Musa profite avec sa famille d'un week-end de détente à Bruges. La nuit du samedi au dimanche, sa fille Noé tombe subitement malade. Elle a de la fièvre et commence à vomir. Les vomissures contiennent du sang. Inquiète, Musa contacte le médecin de garde en appelant le 1733. La centrale d'appel les renvoie vers le poste de garde de médecine générale. À l'arrivée au guichet général du poste de garde et des urgences, Noé est inscrite dans le dossier patient informatisé (DPI) partagé. Le médecin généraliste du poste de garde peut l'aider, comme l'indique le protocole du 1733.»*

*«Pieter s'est foulé le pied lors d'un match de foot et se rend immédiatement au service des urgences le plus proche. À son arrivée, il est d'abord évalué par le personnel infirmier de triage qui, sur la base de protocoles uniformes, procède à un triage physique. Il ressort du triage que les plaintes ne sont pas trop graves et que Pieter n'a pas besoin de soins médicaux urgents. Il peut être aidé par le médecin généraliste. Il prend le jour même encore rendez-vous avec son médecin généraliste qui a spécialement réservé des rendez-vous pour de tels soins non planifiables.»*

*«Ellen souffre depuis une semaine déjà d'une toux sèche, mais ne se sent pas malade. Un soir, elle appelle le 1733 pour obtenir un rendez-vous chez le médecin généraliste de garde. Sur la base d'un protocole de prétriage uniforme, son problème est considéré comme non urgent et on lui conseille de consulter un médecin généraliste durant les consultations habituelles.*

Les soins non planifiables sont organisés de façon complexe et peu transparente pour les patients. Les citoyens ne savent souvent plus ni où ni quand ils peuvent consulter pour leurs soucis de santé et ont des difficultés à évaluer correctement la gravité de leur situation médicale. Ils optent souvent pour la voie de la moindre résistance.

La grande diversité dans l'organisation des soins non planifiables en Flandre est source de confusion. Le paysage changeant des soins avec les fusions, les collaborations étendues, la réorientation de l'offre de soins, le passage à l'hospitalisation de jour ou à domicile... a un impact.

De plus, le vieillissement croissant se traduit par une augmentation de la demande de soins, alors que les citoyens attendent très souvent d'être toujours et partout aidés rapidement.

L'organisation et le financement des postes de garde et des services des urgences afférents ne sont pas adaptés à l'évolution rapide de ces besoins en termes de soins. Tous les acteurs des soins de santé qui sont impliqués dans les soins non planifiables - notamment les services des urgences, les postes de garde de médecine générale, les médecins généralistes, les spécialistes en soins somatiques et de santé mentale - sont soumis à une énorme pression de travail.

Il y a un besoin urgent de **changer de paradigme en matière de soins non planifiables**. En collaborant, nous pouvons organiser les soins de façon plus efficace et qualitative, ce qui réduit la pression sur les différents acteurs des soins de santé. De plus, nous pouvons ainsi créer un parcours de soins uniforme et clair, afin que les citoyens sachent à qui s'adresser s'ils ont besoin de soins.

L'objectif final est de bénéficier de soins adaptés : **les soins corrects, au bon moment et au bon endroit**.

Zorgnet-Icuro, Domus Medica, Wachtposten Vlaanderen et la Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine (BeSEDiM) ont relevé ce défi. Ensemble, nous avons élaboré des recommandations de politique concrètes et des outils pratiques pour une meilleure organisation des soins non planifiables. Des représentants des hôpitaux et des postes de garde de médecine générale (médecins urgentistes, médecins généralistes, directeurs généraux, coordinateurs de poste de garde et psychiatres) ont réfléchi aux problèmes quotidiens sur le terrain au sein de trois groupes de travail : triage, disponibilité 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 et regroupement du service des urgences et du poste de garde de médecine générale. Dans la deuxième phase, les représentants du personnel infirmier urgentiste ont également été consultés. Sur la base de ces idées, nous avons développé un nouveau modèle, qui répond mieux aux besoins actuels.

# 1. UN NOUVEAU MODÈLE POUR LES SOINS NON PLANIFIABLES

Le nouveau modèle s'articule autour de cinq principes de base :

## 1. Triage obligatoire et uniforme

Chaque patient avec une demande de soins non planifiables doit faire l'objet d'un triage standardisé (téléphonique ou physique) assorti d'une recommandation contraignante.

## 2. Renforcement de l'autonomie et meilleur accès aux informations relatives aux soins de santé pour le citoyen

Campagne de sensibilisation soutenue comportant des outils pour augmenter l'autonomie du patient.

## 3. Continuité des soins non planifiables : disponibilité 24 h sur 24 et 7 jours sur 7

Tous les acteurs du secteur des soins de santé doivent disposer d'un système pour prendre en charge les soins non planifiables 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

## 4. Collaboration avec les services des urgences et les postes de médecine générale de garde en tant que norme

Responsabilité conjointe de l'organisation des soins non planifiables.

## 5. Un système de soins uniforme et reconnaissable pour les soins non planifiables en Flandre

Une offre uniformément accessible et claire pour les soins non planifiables sur l'ensemble du territoire.

### 1.1. Triage obligatoire et uniforme

Un triage efficace est essentiel pour orienter les patients ayant besoin de soins non planifiables vers le bon prestataire de soins. Nous définissons le triage comme étant la procédure standardisée qui permet d'évaluer et de classer par ordre de priorité les patients ayant besoin de soins. Ce processus convertit leur besoin de soins en une demande de soins concrète et les renvoie dans un délai déterminé vers le bon environnement de soins :

- Conseils d'autosoins,
- Soins planifiables,
- Soins non planifiables.

Le triage sera consultatif ou contraignant selon l'outil de triage utilisé :

- **Autotriage numérique** : le patient dispose d'outils numériques qui lui permettent de mieux évaluer lui-même la gravité de ses besoins en matière de soins. Ces outils aident le patient à choisir entre l'autotraitement, la consultation d'un médecin ou la recherche d'une aide urgente. L'autotriage numérique est un outil consultatif.

- **Téléphonique via la centrale d'urgence 112 ou 1733** : le patient est évalué et priorisé par téléphone. C'est la norme pour accéder au poste de garde de médecine générale. Le triage téléphonique via le 112/1733 est contraignant.
- **Triage physique** : le patient qui se présente au service des urgences est évalué physiquement et priorisé par le médecin ou le personnel infirmier de triage. Le résultat est contraignant.

Le triage est - peu importe la méthode utilisée - réalisé selon un protocole de triage standardisé.

- Nous avons choisi les **protocoles MBRM spécifiques** ([Manuel belge de régulation médicale](#)).
- Les protocoles MBRM spécifiques devraient être applicables pour l'autotriage physique et numérique.
- Après que le patient est dirigé vers le bon niveau de soins, ce niveau peut procéder à un triage plus poussé. Par exemple : un service des urgences peut trier les patients qui lui sont envoyés à l'aide de systèmes de triage propres connus, comme l'échelle de Manchester «Manchester Triage Scale» (MTS) ou l'échelle pour les urgences «Emergency Severity Index» (ESI).

Les protocoles de triage MBRM ne sont actuellement pas assez spécifiques pour trier les **problèmes dentaires** et de **santé mentale**. Les protocoles doivent dès lors être adaptés en concertation avec les dentistes et le secteur de la santé mentale.

Pour avoir accès aux soins non planifiables, un triage physique ou téléphonique est **obligatoire**.

- Un autotriage numérique a une fonction consultative et ne donne pas accès aux soins. Nous n'excluons pas que des innovations technologiques puissent le permettre à l'avenir.
- Des patients sont encouragés à se soumettre à un triage essentiellement téléphonique (1733) dans le cas de soucis peu complexes.

Le triage est **contraignant**. Cela signifie que le patient doit suivre le résultat du triage qui lui est communiqué.

- Les résultats du triage (téléphonique ou physique) sont enregistrés de façon électronique et visible pour tous les acteurs des soins de santé impliqués via un système de ticket (semblable au code CTPC lors de l'épidémie de COVID-19, par exemple). Cela détermine l'accès au niveau de soins correct.
- Le patient conserve le droit d'être soumis à un nouveau triage. Un nouveau tri est plus particulièrement effectué si le tableau clinique évolue.

### **Soins de santé mentale (SSM) :**

- Les personnes souffrant d'un problème de santé mentale doivent aussi passer par le processus de triage établi.
- Si suffisamment d'éléments sont disponibles pour prendre une décision lorsqu'ils téléphonent ou se présentent, les patients SSM suivent le triage sur la base du MBRM (assorti des protocoles adaptés).
- Si les éléments ne sont pas suffisants pour prendre une décision, une permanence téléphonique 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 est disponible pour toute concertation relative aux admissions et renvois.



- Lorsqu'une personne annonce souffrir d'un problème de santé mentale, le professionnel des soins de santé mentale peut évaluer une première fois l'urgence par téléphone (danger, contexte, réseau social...). La concertation intercollégiale détermine le moment, le résultat et le lieu de l'évaluation et de l'admission ultérieures du patient.
- Le professionnel de la santé peut, sur la base de cette concertation, faire appel à l'équipe de crise mobile pour :
  - Une intervention immédiate sur place afin de procéder à une évaluation et de mettre un trajet de suivi en place. Le trajet de suivi peut être : une intervention de crise régulière par l'équipe mobile, le renvoi vers les urgences (urgences somatiques), le HP-SPHG (hospitalisation résidentielle), le parquet (mesure d'observation protectrice) ou le renvoi vers des services SSM classiques.
  - Une évaluation clinique de courte durée (maximum 4 heures) par l'équipe de crise mobile à un endroit sûr (services des urgences, services d'addiction, HP, crise et time-out dans des établissements pour personnes porteuses d'un handicap mental, jeunes et enfants, services d'aide sociale).
- Le contenu de cette fonction de concertation est organisé au sein du réseau des soins de santé mentale.
- Cette proposition cadre avec l'appel à projets relatif à la psychiatrie d'urgence de proximité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec fonction de triage, mais aussi fonction d'observation et d'évaluation clinique.
- Le rôle du service des urgences et du poste de garde de médecine générale n'a pas été fondamentalement modifié par l'adaptation de la loi sur la protection des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique - désormais appelée loi sur les mesures d'observation protectrices - ni par la [procédure ordinaire](#) via le juge de paix ni par la [procédure d'urgence](#) via le parquet.
- La seule modification réside dans le fait qu'un médecin traitant peut introduire lui-même une demande (ce qui n'était pas possible avant le 1/1/2025) et que l'on utilise à présent un modèle fixe de rapport médical circonstancié uniforme.

## 1.2. Renforcer l'autonomie

Nous souhaitons stimuler et soutenir le patient de différentes façons afin qu'il joue un rôle actif dans son trajet de soins grâce à :

- **Des outils numériques validés et documentés scientifiquement, permettant l'autotriage** : le patient dispose d'outils numériques qui lui permettent de mieux évaluer lui-même la gravité de ses besoins en matière de soins.
- **Des autosoins, résultats du triage** : toute demande de soins ne nécessite pas, après triage, un suivi supplémentaire par un médecin. Des conseils d'autosoins suffisent parfois, éventuellement accompagnés d'une proposition pour des médicaments en vente libre.
- **Des informations de santé facilement accessibles** : trop souvent, les informations de santé - y compris les informations pratiques sur l'utilisation des soins non planifiables - ne sont pas regroupées. Les informations de santé doivent être centralisées, claires et accessibles. Une vaste campagne de sensibilisation durable est nécessaire pour présenter aux citoyens le système de soins de santé et améliorer leurs compétences en la matière. (Voir plus loin)

## 1.3. Continuité des soins non planifiables : disponibilité 24 h sur 24 et 7 jours sur 7

Tous les acteurs des soins de santé disposeront à l'avenir d'un système pour faire face aux soins non planifiables 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 et orienter les patients efficacement.

### Médecins généralistes

Pendant les heures de bureau (= les jours ouvrables entre 8 et 18 heures), le patient doit toujours pouvoir être orienté vers le médecin généraliste avec l'urgence nécessaire (conformément au triage) après un triage téléphonique ou physique (si le patient se présente au service des urgences). Concrètement, cela signifie que :

- Le médecin généraliste détenteur du DMG doit chaque jour prévoir des plages horaires dédiées dans son agenda pour les patients urgents.
- Pour les patients qui n'ont pas de médecin généraliste attitré, un système de renvoi doit être mis en place au niveau du cercle.
- D'autres actions sont par ailleurs encore possibles et nécessaires en ce qui concerne l'organisation globale des soins non planifiables dans le cabinet de médecine générale. Ce point n'est pas abordé dans la présente note.

#### Conditions préalables :

- Le médecin généraliste détenteur du DMG doit être connu de tous les prestataires des soins de santé.
- Un plan global de diffusion est nécessaire pour les soins de médecine générale.
- Un système de ticket électronique permet au patient de prendre un rendez-vous plus rapidement dans l'agenda de son propre médecin généraliste après un résultat de triage avec un niveau de gravité spécifique. Ce système doit être développé afin de limiter au maximum les abus.

### Service des urgences et hôpitaux

Les médecins généralistes doivent toujours pouvoir renvoyer les patients vers le service des urgences ou un service de deuxième ligne adapté. Le service des urgences ne doit pas être une voie d'accès pour des consultations non urgentes ou planifiables.

#### Conditions préalables :

- Les spécialistes prévoient suffisamment de plages de consultation pour les soins (sub)aigus, qui ne peuvent être réservées qu'après un renvoi urgent par le médecin généraliste.

### Accessibilité aux soins dentaires et SSM

Un véritable service de garde pour les dentistes et les psychologues devrait être mis en place et, si possible, intégré au service des urgences local et au poste de garde de médecine générale.

- Le dentiste de garde est joignable les jours ouvrables de 18 h à 8 h et 24 h sur 24 les week-ends et jours fériés.
- Pour des problèmes psychiques et psychiatriques aigus, un modèle de service de garde est en cours d'élaboration afin que les services des urgences et les postes de garde puissent orienter correctement les patients souffrant de troubles mentaux aigus. (Voir plus haut)
- Si le patient se présente aux urgences ou au poste de garde de médecine générale, il doit toujours pouvoir être orienté avec l'urgence nécessaire (conformément au triage) au sein du réseau SSM vers une consultation de crise ambulatoire avec un prestataire de soins de santé mentale. Concrètement, il s'agira de conclure des accords au sein du réseau SSM pour déterminer quel acteur doit prévoir des plages horaires spécifiques dans son agenda pour les patients urgents.

## Intégration d'autres disciplines

Nous identifions les avantages potentiels d'une collaboration multidisciplinaire plus poussée afin d'optimiser l'accessibilité et l'efficacité des soins non planifiables.

### 1.4. La collaboration avec les services des urgences et les postes de garde de médecine générale est la norme

De plus en plus de postes de garde de médecine générale sont situés sur un site hospitalier doté d'un service des urgences spécialisé : d'ici 2025, ce sera le cas de 30 des 54 postes de garde de médecine générale en Flandre. Toutefois, la collaboration reste encore souvent limitée à des accords sur les renvois ou non ou sur le règlement de services logistiques. Dans le nouveau modèle, les services des urgences et les postes de garde de médecine générale devraient définir ensemble les lignes **stratégiques** de l'organisation des soins non planifiables dans leur région, en gardant à l'esprit une coopération permanente - allant d'une collaboration étroite à une cohabitation physique. Pour ce faire, différentes actions sont nécessaires :

## Plan de diffusion et protocole de collaboration

- Un plan de diffusion est établi pour les services des urgences et les postes de garde de médecine générale sur la base des délais d'intervention et des besoins de soins régionaux. Le(s) service(s) des urgences, le(s) poste(s) de garde de médecine générale et les cercles de médecins généralistes sont conjointement responsables de l'organisation des soins non planifiables dans une région clairement définie.
- Le(s) service(s) des urgences local(aux) et le(s) poste(s) de garde de médecine générale formalisent leur coopération dans un protocole de collaboration et mettent en œuvre les accords conclus. Il convient notamment de miser sur des lignes de communication directes entre le médecin urgentiste de garde et le médecin généraliste de garde, une concertation systématique et des accords clairs sur l'organisation des tâches et les renvois.

## Regroupement physique urgences - poste de garde

Un regroupement physique du service des urgences et du poste de garde de médecine générale permet d'obtenir un **cadre d'accords plus intégré**. Une implantation spatiale bien pensée sur le site de l'hôpital est ici importante pour que les deux services puissent parvenir à une coopération efficace, efficiente et qualitative.

Afin d'objectiver l'impact de la collaboration physique tant sur le nombre de contacts avec le service des urgences et le poste de garde de médecine générale, que sur les résultats des soins, il est essentiel de mettre en place une **collecte de données structurée**. Ces données constituent la base d'une évaluation étayée scientifiquement et d'une meilleure optimisation du fonctionnement.

Un regroupement ne sera pas possible ni souhaitable dans chaque région. L'absence d'un regroupement physique ne doit toutefois pas être une excuse pour ne pas parvenir à une collaboration étroite et harmonieuse (cf. protocole de collaboration). Ici aussi, la collaboration doit permettre de s'assurer que le bon patient est vu au bon moment et au bon niveau de soins, quel que soit le lieu où il s'est présenté.

## Caractéristiques du fonctionnement intégré du service des urgences - du poste de garde

Le principe **d'équivalence** est un facteur clé de succès : le service des urgences et le poste de garde de médecine générale doivent tous deux pouvoir déterminer l'orientation de la collaboration. Cette collaboration peut prendre diverses formes, allant d'une orientation stratégique commune à une nouvelle structure juridique. Le secteur a besoin d'un modèle montrant ce que peut être une collaboration équivalente en théorie et en pratique.

Une collaboration sur le fond d'un regroupement urgences-poste de garde devrait comporter les éléments suivants :

- **Un triage uniforme** pour tous les patients selon les protocoles établis (cf. plus haut);
- **Un personnel infirmier commun, responsable** du triage physique;
- **Un personnel d'accueil commun** durant les heures d'ouverture du poste de garde, si nécessaire et possible;
- La valeur ajoutée éventuelle d'un **traitement médical et/ou administratif et/ou financier uniforme** au sein de la structure urgences-poste de garde devrait être étudiée plus avant.

Les mesures proposées ne pourront évidemment réussir que si les acteurs locaux croient en leur valeur ajoutée. Une enquête menée auprès des postes de garde existants nous apprend que de nombreux postes de garde ne voient actuellement aucune valeur ajoutée dans les deux dernières mesures.

## 1.5. Un système de soins uniforme et reconnaissable pour les soins non planifiables

Un **système uniforme et reconnaissable** sera mis en place pour les soins non planifiables, fonctionnant de la même manière dans toute la Flandre, les jours de semaine et les week-ends. Pour que les citoyens puissent interagir correctement avec le système de soins, il est essentiel que l'organisation des soins non planifiables soit **cohérente et non ambiguë 24 h sur 24, 7 jours sur 7**, peu importe l'heure et le lieu. Pour ce faire, plusieurs adaptations sont nécessaires.

### Permanence uniforme des médecins généralistes

- Il est nécessaire d'**uniformiser les heures d'ouverture** des postes de garde. Comme pour les week-ends, la permanence des médecins généralistes les soirs et les nuits en semaine devra donc, à terme, passer par les postes de garde de médecine générale. Il est essentiel de pouvoir déployer complètement le 1733.
- Il est nécessaire d'assurer une prise en charge uniforme des patients dans les postes de garde : la description des tâches devrait indiquer clairement **quelles plaintes sont traitées en première ligne** (cabinet de médecin généraliste/poste de garde) et quelles plaintes sont traitées en deuxième ligne (urgences/soins par des spécialistes). Cette disposition est uniforme sur l'ensemble du territoire et conforme aux protocoles de triage.
- Ce fonctionnement uniforme est nécessaire pour que le **système de triage 1733** soit complètement mis en place et fonctionne efficacement.

### Soins d'urgence de qualité

- Il est nécessaire de prendre des mesures pour garantir le fonctionnement correct des services des urgences (quantité et qualité) à long terme.
- Il est important de comprendre qu'un transfert partiel des soins de première ligne urgents vers le poste de garde de médecine générale peut ne pas entraîner une réduction des besoins en personnel des services des urgences, vu qu'ils sont responsables des soins urgents plus complexes (imprévisibles 24 h sur 24 et 7 jours sur 7).
- Il est nécessaire de réorganiser davantage le paysage des services des urgences en fonction des besoins régionaux, de la mise en réseau des différents hôpitaux et des soins (hautement spécialisés) disponibles respectivement dans chaque hôpital.

### Recherche scientifique sur les soins non planifiables

Davantage de données et d'études sont nécessaires pour justifier les décisions de politique, avec une attention particulière pour :

- Les différences entre **la demande et le besoin de soins**,
- Les facteurs qui mènent à l'utilisation de soins dans le cadre des soins non planifiables,
- Les différences entre les divers moments de soins (heures normales du cabinet, service de garde, service de nuit...).

Des efforts doivent être faits pour une évaluation continue et un ajustement si nécessaire.

## 2. DÉFIS ÉTHIQUES, JURIDIQUES, FINANCIERS ET COMMUNICATIONNELS

Une réforme d'une telle ampleur s'accompagne inévitablement de défis **éthiques, juridiques, financiers et communicationnels**. C'est pourquoi ces aspects méritent une attention particulière.

### Un débat social et éthique sur les soins non planifiables

Il est nécessaire d'organiser un grand débat social sur les choix éthiques dans le domaine des soins de santé, en mettant l'accent sur les points suivants :

- les soins gériatriques,
- les soins urgents et intensifs,
- les questions relatives à la fin de vie,
- les troisièmes et quatrièmes avis,
- l'acharnement thérapeutique.

### Le cadre juridique et la responsabilité

- Pour que le triage se déroule correctement, le personnel infirmier de triage et les opérateurs doivent être **protégés au niveau médico-légal**.
- Pour le triage téléphonique plus particulièrement, il faut envisager de reconnaître **l'opérateur comme une profession des soins de santé**.
- Les formations des professionnels de la santé à la préparation du triage devraient être uniformisées pour les opérateurs téléphoniques, le personnel infirmier de triage, les collaborateurs du cabinet...
- Un **avis juridique spécifique** a été demandé sur la **responsabilité médicale lorsque les patients sont orientés après triage** par un infirmier/une infirmière sans qu'il n'y ait eu de consultation par un médecin. Le présent avis examine à la fois les options juridiques actuelles et les ajustements nécessaires pour ancrer juridiquement le nouveau système sans compromettre la responsabilité des prestataires de santé. Nous énumérons ici les principales recommandations de l'avis :
  - Le personnel infirmier des urgences n'est pas compétent pour orienter le patient et/ou le faire sortir du service des urgences. Un médecin (urgentiste) est, quant à lui, bien autorisé à orienter ou faire sortir le patient. Il est en tout cas essentiel que la continuité des soins soit correctement assurée.
  - En définissant plus largement la prestation infirmière B1 «accueil, évaluation, triage et orientation des patients», qui peut être effectuée par le personnel infirmier des urgences, ce dernier pourra orienter et/ou faire sortir le patient.
  - Des protocoles et des directives bien rédigés devraient dès lors être fournis aux services des urgences pour soutenir le personnel infirmier des urgences dans le cadre de ces compétences étendues.
- Les recommandations de cet avis devraient être traduites dans la législation.

## Financement : soutien de la collaboration

Le modèle proposé nécessite un **nouveau mécanisme de financement** qui encourage la collaboration et la complémentarité entre les services des urgences et de garde et qui permet la réalisation des cinq principes fondamentaux. Le mécanisme de financement doit soutenir le principe des «bons soins, au bon endroit et au bon moment».

- Le financement des services des urgences doit être reconsidéré lorsque les patients, dont les plaintes sont moins urgentes, sont uniquement vus au poste de garde de médecine générale (ou au cabinet du médecin généraliste pendant les heures de bureau). (Voir plus haut)
- Des incitants financiers pour améliorer l'organisation des postes de garde de médecine générale (notamment l'uniformisation des heures d'ouverture).
- Des incitants financiers pour les infrastructures, dans le cadre du financement des postes de garde (dossiers d'investissement) et des hôpitaux (financement VIPA - soit le fonds d'infrastructure flamand lié aux affaires personnelles) pourraient être envisagés.
- Un financement adéquat des questions spécifiques entraînant une collaboration.
- Les réformes prévues pour le financement des hôpitaux et des postes de garde constituent un moment stratégique pour procéder à ces changements.

## Communication : portée et clarté

Une **stratégie de communication intensive et à long terme** est nécessaire pour que les professionnels de la santé et les citoyens s'habituent au nouveau système de soins de santé. Ce trajet devrait clarifier la façon dont des soins non planifiables sont organisés et restent accessibles pour tous les patients. Thèmes importants au sein de cette campagne de communication :

- Utilisation correcte du système des soins de santé,
- Autonomie du patient, connaissances en matière de santé et utilisation de l'autotriage,
- Responsabilité des citoyens et de leur famille,
- Communication claire entre les prestataires de soins,
- Concertation entre les services des urgences et les médecins généralistes.

La mise au point d'un système permettant le partage d'informations sur le patient, la demande de soins et le résultat du triage est également un élément important du processus. Il convient également de poursuivre l'engagement en faveur de la numérisation et de l'IA au service des patients et des prestataires de soins de santé.

### 3. CONCLUSION : UNE RÉFORME INÉVITABLE ET URGENTE

Il est inutile de répéter que les soins de santé, et en particulier les soins non planifiables, sont sous pression. Nous constatons une augmentation de la demande en médecine générale, une hausse du nombre de patients arrivant directement dans le service des urgences des hôpitaux et une limitation des effectifs et des moyens pour répondre à toutes ces demandes. La situation démographique à laquelle nous serons confrontés au cours des prochaines décennies ne fera qu'accroître cette charge.

Zorgnet-Icuro, Domus Medica, Wachtposten Vlaanderen et BeSEDiM ne veulent pas regarder les bras croisés. Dans cette note de politique, nous unissons nos efforts et formulons des propositions tournées vers l'avenir pour une meilleure organisation des soins non planifiables. Nous nous concentrons sur la collaboration entre les médecins généralistes, les postes de garde de médecine générale, les services des urgences et l'offre au sein des soins de santé mentale.

Sans préjudice du rôle et de la responsabilité de tout un chacun, nous formulons des recommandations sur les points suivants :

- Un triage obligatoire et uniforme,
- Le renforcement de l'autonomie et un meilleur accès aux informations relatives aux soins de santé pour le citoyen,
- La disponibilité 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 et la continuité des soins non planifiables,
- La collaboration renforcée entre les services des urgences et les postes de garde de médecine générale en tant que norme,
- Un système de soins uniforme et reconnaissable pour les soins non planifiables en Flandre.

Nous savons que cette réforme aura un **impact très important**. Elle rompt avec de **longues habitudes** et remet en question les structures existantes. Cela entraîne inévitablement des tensions et des résistances, tant dans le secteur des soins de santé qu'au sein de la population. C'est précisément la raison pour laquelle ce parcours a été élaboré de **manière ascendante** et doit continuer à être développé de cette façon, avec le feed-back des prestataires de soins de santé qui sont chaque jour sur le terrain. Leur expérience constitue la **base de ce nouveau modèle** de soins non planifiables.

La pression exercée sur les prestataires de soins de santé dans le domaine des soins non planifiables est importante et ne cesse de croître. Sans réforme structurelle, le système fera face à un blocage. La combinaison de la demande croissante de soins, des pénuries de personnel et de la fragmentation organisationnelle **rend tout report supplémentaire insoutenable**. Le modèle de soins actuel n'est plus adapté aux besoins d'aujourd'hui et de demain.



La direction à prendre est claire. La mise en œuvre doit encore être développée, mais nous sommes déterminés à réaliser cette réforme.

Travaillons ensemble sur cette réforme et construisons un système de soins non planifiables à l'épreuve du temps, au service de la population et des prestataires de soins de santé. Pour y parvenir réellement, nous sommes confrontés à des défis éthiques, juridiques, financiers et communicationnels. Nous ne voulons pas les éviter. Zorgnet-Icuro, Domus Medica, BeSEDiM et Wachtpost Vlaanderen s'engagent à concrétiser davantage les propositions, en collaboration avec les responsables politiques.

