

## **PV du conseil de relais : GHDC -CNDG 5 juin 2025**

### **Personnes présentes :**

#### **\*Pour la FAGC :**

- *Dr Patrick Jadoulle, Président FAGC*
- *Dr Alessandro Amico, Vice-président FAGC*
- *Dr Virginie Pierard, Trésorière FAGC*
- *Dr Thibaut Jacquet, Administrateur FAGC*
- *Dr Alicia Montesanti, Présidente de l'association des médecins généralistes de Monceau-sur-Sambre, Marchienne-au-Pont et Montigny-le-Tilleul*
- *Madame Aline Bughin, Permanente FAGC*

#### **\*Pour le GHDC et la CNDG :**

- *Dr Pierre-Antoine Poncelet, Chef de Service d'Imagerie Médicale*
- *Dr Manfredi Ventura, Directeur médical du GHDC*
- *Dr Benjamin Kerzmann, Directeur Médical de la CNDG*
- *Mr Christophe Thoreau, Adjoint à la Direction Générale en charge de l'aval hospitalier et de la médiation interculturelle*

**Lieu de la réunion :** Les Viviers, Salle 420-07, route 420/ secrétariat de direction

---

### **INTRODUCTION :**

\*Le docteur Ventura introduit la réunion en se disant conscient des dysfonctionnements survenus à la suite du déménagement sur le site des Viviers. De plus, suite au changement de logiciel informatique, une série de rapports n'ont pas été envoyés. Ensuite, ils l'ont été en masse, ou avec des signes « hiéroglyphes ».

Les représentants de la FAGC l'informent que la phase de « bugs » est passée et que cela a duré environ un mois.

\*Les directeurs médicaux se disent avides d'amélioration.

→Question posée : est-il judicieux de réaliser les conseils de relais ensemble ?

A la suite de la réunion, tous les participants sont favorables à cette réunion commune. D'une part, le partage de bonnes pratiques est bénéfique pour tous. D'autre part, cela permet une économie en temps. Enfin, les problèmes sont similaires dans les hôpitaux.

### A. QUESTIONS POSEES, AU PREALABLE, PAR LA FAGC ET REPONSES FORMULEES LORS DE LA REUNION :

#### **1. Des dysfonctionnements persistent pour l'envoi des résultats, protocoles, rapports de consultation et d'hospitalisation :**

##### **1.1. Certains ne sont pas envoyés dans la e-health box des médecins traitants alors qu'ils sont publiés sur le RSW;**

Il arrive fréquemment que les documents soient disponibles sur le RSW et pas dans notre e-health box.

« Parfois on ne reçoit pas du tout le protocole. C'est aléatoire. »

#### **Hypothèses formulées et actions déjà mises en place pour répondre à cette question :**

\*En ce qui concerne les rapports de laboratoire, tout est automatisé, il s'agit d'une routine informatique.

\*Le docteur Kerzmann explique la procédure informatique qui est à l'origine de cette différence dans la transmission :

-Les documents qui se trouvent sur le RSW proviennent d'un export automatique, c'est l'action d'un ordinateur.

-L'envoi dans la e-health-box est le résultat d'une action humaine : le rapport a reçu la validation du médecin avant envoi.

\* Il peut s'agir de perte de document.

\*Le patient a-t-il changé de médecin traitant, entre-temps ?

Comment corriger les erreurs ?

- Le service informatique vérifie régulièrement les dossiers en suspens et procède à un export pour éviter les dossiers dormants ( CNDG).

Cela permet d'éviter que des rapports de consultations soient bloqués au sein de l'hôpital si le spécialiste est absent de longue durée, comme cela a déjà été le cas (CNDG).

-Systématiser l'envoi automatique vers les e-health Box.

(Attention, quand l'équipe informatique travaille sur un projet, son application est effective entre 0 jours ou deux ans après la prise de décision).

[www.fagc.be](http://www.fagc.be)

-Sur proposition de la FAGC, les directeurs médicaux des deux hôpitaux nous informent qu'à partir du 1<sup>e</sup> septembre, tous les médecins recevront par défaut les résultats de manière uniquement informatisée. La version papier sera disponible à la demande.

➔ Les hôpitaux donneront les coordonnées de la personne à contacter si le médecin généraliste souhaite la version papier.

La FAGC diffusera l'information dans sa newsletter.

**1.2. Certains médecins spécialistes (MS), en particulier les psychiatres, les dermatologues et certains gynécologues n'envoient quasi jamais de rapports et ne demandent pas que les résultats des prélèvements qu'ils réalisent (biopsies, frottis de col,...) soient envoyés au médecin traitant.**

\*Le docteur Ventura rappelle la procédure : un MS ne doit jamais quitter l'hôpital sans avoir rédigé ses rapports de consultation. Il s'engage à sensibiliser ses confrères et met un point d'honneur à cela.

Le Dr Kerzmann a fait l'exercice de croiser les paiements de consultation avec les rapports rédigés à la suite de la consultation ➔ les MS ont été vivement conscientisés à ce sujet. Cela devrait s'améliorer.

\*La FAGC attire l'attention, particulièrement sur les rapports des urgences qui font majoritairement défaut. Or il n'est pas rare qu'un passage par les urgences occasionne dans les jours suivants un contact avec le médecin traitant, qui ne dispose alors pas de toutes les informations utiles pour assurer la meilleure continuité des soins possible.

\*Pour les rapports de psychiatrie : Le MG n'a pas besoin d'un long rapport. La note de consultation peut uniquement contenir : la date, le diagnostic, le traitement. Cela permet de prévoir un suivi adéquat.

**1.3. Par contre, il n'est pas utile de publier sur le RSW les prescriptions de médicaments ou d'exams, cela ne fait que nous compliquer la tâche lorsque nous recherchons un document que nous n'avons pas reçu.**

#### **1.4. Est-il possible de disposer d'un rapport de radio et pas uniquement l'affichage dynamique.**

Les administrateurs de la FAGC précisent :

- « Parfois on dispose du protocole parfois pas. Ce n'est pas lié au logiciel et ce n'est pas systématique. »
- « On ne sait pas télécharger l'image de pacs on web pour l'inclure dans notre programme ».
- « Les rapports de radio sont toujours au nom du Dr Vandebossche».
- « Nous devons recevoir des protocoles séparés pour des examens séparés ; or il arrive que nous les recevions de manière fusionnée. »

Remarque :

Il y a parfois des erreurs entre le protocole suite à la radio et l'examen ortho ex : un patient est plâtré et ne devrait pas l'être → délai de 3 semaines pour voir le MS, ce qui implique 3 semaines d'ITT.

Les représentants hospitaliers informent qu'actuellement, l'IA permet de réduire drastiquement les erreurs à ce sujet.

#### **1.5. Nommer l'examen radiologique plus précisément : scanner/irm/...qui gère cela ?**

Cette démarche dépend du RSW. Le docteur Poncelet précise qu'à leur niveau, ils ne savent pas réaliser la démarche.

Piste proposée : transmettre des exemples de ce qui convient.

#### **1.6. Serait-il possible de ne plus intégrer dans les rapports de consultation et d'hospitalisation les protocoles de biologie clinique en copier – coller (in extenso) ? Cela les alourdit inutilement car nous recevons normalement copie de ces résultats. Serait-il possible de ne signaler que les anomalies dans la prise en charge ?**

Dr Kerzmann explique qu'« en cas de contrôle, ce qui fait loi c'est le rapport qui justifie, raison pour laquelle il est important que des données y soient intégrées. « De plus, nous manquons de temps pour faire la distinction administrative. La charge administrative est intense, ce n'est pas de la mauvaise volonté. »

**1.7. Certains rapports d'hospitalisation, notamment après décès, sont parfois envoyés très tardivement. On peut comprendre qu'en terme de continuité des soins ces rapports soient estimés moins prioritaires par les médecins hospitaliers, mais cela nous met parfois en difficulté en tant que médecins de famille pour pouvoir donner des explications claires aux questions de la famille du défunt. Il serait judicieux de recevoir une notification de décès.**

-Par ailleurs l'absence de rapport bloque les démarches administratives pour les assurances de la famille du défunt.

Pistes envisagées :

-La CNDG travaille sur l'automatisation de l'information : hospitalisation – décès. Il est rappelé que les rapports de décès peuvent être envoyés au MT mais pas à la famille (RGPD).

- Le travail est également en cours au GHDC (Mr Jacqmin)

Nous évaluerons cela lors de la prochaine rencontre trimestrielle.

**2. Pourriez-vous mettre à notre disposition une adresse électronique à laquelle nous pourrions au fur et à mesure vous signaler les dysfonctionnements que nous rencontrons ?**

La FAGC va mettre en place un système centralisé pour répertorier les soucis auprès des MG, dans le respect du RGPD, et des réunions trimestrielles seront organisées avec les services informatiques des hôpitaux au sein de nos locaux pour discuter de cas concrets.

NB : Le Dr Poncelet préfère toutefois être averti et traiter les bugs au fur et à mesure.

Les difficultés rencontrées pourront ensuite être transmises aux directeurs médicaux qui les dispatcheront au sein des équipes.

Attention au RGPD, les données médicales ne peuvent être transmises par email.

**3.Communication : Les hôpitaux peuvent-ils transmettre les infos à propos de l'ouverture de consultations spécialisées (on les découvre souvent au décours de formation (ex : douleurs pelviennes, maladies inflammatoires de l'intestin, hotline urologie, bilan neuropsych (via tel ou mail), bilan gériatrique -demande dispo sur le net,...) de manière à ce que nous ayons un répertoire de numéros/mails utiles.**

Actuellement, le GHDC communique l'ouverture d'une nouvelle consultation après son ouverture.

Proposition : envoyer à la FAGC, de manière anticipative, les informations qui seront alors diffusées via la newsletter.

C. THOREAU : propose d'ouvrir le petit déjeuner thématique aux MG → Les représentants de la FAGC informent que ce n'est pas le moment opportun dans le métier.

La CNDG diffuse le Flash Info tous les jeudis (via Nathalie Pochet) : dorénavant, la FAGC le recevra.

La FAGC confirme que cela leur permettra de mieux orienter leurs patients en connaissant l'identité des spécialistes.

#### **4. Contact avec les généralistes ? Via 33 ou via leur numéro direct (patienter quelques temps...)**

La procédure est rappelée : Les MS peuvent joindre les MG par téléphone via le 071/33.33.33. Le Dr Ventura valide la procédure et confirme qu'elle est utilisée.

#### **5. Serait-il possible d'avoir une "hot-line" dermatologique à laquelle nous pourrions envoyer des photographies pour obtenir un rendez-vous.**

##### HOTLINE GHDC :

Un numéro unique est sur le point d'être effectif : 060/ \*\*\*\*\* :

Le standard téléphonique permettra les options suivantes, entre 8 et 18h (C. Thoreau) :

##### ***A. Possibilité d'aboutir plus facilement à une spécialité médicale :***

\*Je suis médecin et je souhaite aboutir à une spécialité médicale.

\* Le standard oriente l'appel vers le spécialiste et attend que le MS aie le deck.

##### ***B. Possibilité d'aboutir au service social : appel transmis à la permanence sociale.***

Contact avant – pendant-après l'hospitalisation

Le test de l'outil sera réalisé le mercredi 11/6 et sera en application en juin

L'équipe a prévu un indicateur d'accessibilité : mesurer le nombre d'appels et les appels qui échouent.

##### **Feed-back FAGC à propos des hotlines :**

Les numéros qui ont été communiqués fonctionnent très bien !

Quand cela ne va pas, la FAGC en informera C. Thoreau.

##### HOTLINE DERMATO

-Dr Kerzmann demandera à la cheffe de service pour prévoir un contact privilégié pour les MG.

Il est préférable de travailler au cas par cas.

-GHDC : idem

## **6. Certificat d'ITT :**

- **Les médecins urgentistes pourraient-ils veiller à rédiger des ITT cohérents avec le diagnostic posé? Exemple : pas 2 jours, mais 7 jours pour un syndrome grippal. Sinon cela engendre des demandes de RDV auprès du médecin traitant juste pour une prolongation d'ITT qui viennent encore plus encombrer des agendas déjà très chargés. Voire des demandes de prolongation par téléphone alors que parfois nous n'avons même pas (encore) reçu le rapport des urgences et ne sommes dès lors pas au courant du diagnostic.**

-Les directeurs hospitaliers passeront le message à leurs confrères.

-Si le délai d'ITT est court, c'est parfois parce que l'urgentiste estime que le patient doit revoir le MT.

- **Les consoeurs et confrères hospitaliers qui délivrent des certificat d'ITT dans le cadre du suivi d'un problème chronique (ex : fibromyalgie) voire subaigu (ex : suivi de fracture, suivi post-op) pourraient-ils mentionner la durée de cette ITT dans leur rapport afin de faciliter notre suivi, notamment en cas de nouvelle demande de prolongation ultérieure /ou une copie de l'ITT dans le rapport.**

Les directeurs hospitaliers vont effectuer un rappel à ce sujet.

Exemple de mauvaise pratique :

L'ophtalmologue demande des examens complémentaires et oriente le patient vers le MT pour la prise de rendez-vous.

Les deux directeurs sont d'accord de dire qu'il s'agit d'une mauvaise pratique.

## **7. Libre choix des patients par rapport aux kinésithérapeutes :**

**Des patients nous rapportent subir des pressions de la part de certains spécialistes, notamment en orthopédie ou cardiologie, pour qu'ils effectuent leur suivi kiné auprès de prestataires intra-muros alors que ces patients ont parfois déjà un kiné attitré extra-muros ou simplement préfèrent cette option pour des raisons d'accessibilité géographique. Si des confrères spécialistes estiment que le recours à une compétence spécifique ou à des équipements particuliers pourrait justifier une telle prise en charge kiné intra-muros pourraient-ils prendre contact avec nous pour que nous en discussions ? Car en général nous connaissons bien les kinés de notre environnement proche et certains kinés extra-muros sont de plus en plus formés dans différentes spécialisations et disposent parfois d'équipements très complets.**

Les spécialistes GHDC sont exigeants au niveau de la rééducation de l'épaule → Ils font cela pour éviter les soucis dans la rééducation. Le MS veut travailler avec une équipe en qui il a confiance.

Proposition : le MT peut prendre contact avec le MS pour discuter du protocole de rééducation et l'orientation vers le Kiné.

#### **8. Concertation oncologique multidisciplinaire :**

**Comme nous l'avons déjà signalé à plusieurs reprises depuis plusieurs années, nous souhaitons idéalement pouvoir participer aux COM (par visio) qui concernent nos patients, ou à tout le moins en être prévenus suffisamment tôt pour pouvoir le cas échéant nous manifester préalablement.**

-Le GHDC informe que cela est compliqué à opérationnaliser au vu du nombre conséquent de com organisées. Ils précisent qu'ils peuvent intercaler une visio dans les rendez-vous.

L'idée est de laisser la possibilité au médecin traitant d'y participer

-La CNDG mettra cela en route : l'hôpital préviendra le MG qu'une com est organisée pour son patient. Le lien sera envoyé si le MG répond favorablement. Ensuite, la réunion débutera par le patient concerné.

#### **Notes de 2024, suite au conseil de relais :**

**-Proposition d'une grille de critères à remplir via le MG afin d'obtenir un rendez-vous urgent : les institutions y travaillent en interne.**

Cette démarche est travaillée au sein des hôpitaux via la Hotline ou les prises de rendez-vous prioritaires par les généralistes. **-Dans le pipeline le projet de rapport standardisé multidisciplinaire, il devrait être terminé d'ici septembre 2024. Où en est-ce ?**

Prévu pour septembre 2025.

**-Projet thérapeutique** (projet du patient)

Proposition :

Les deux hôpitaux disposent d'un document type – Ils nous transmettront le canevas.

Le MG aura la possibilité de compléter le document.

→ Le Dr Kerzmann sollicitera les équipes de soin continu à ce sujet.



Ce document peut faire l'objet d'une discussion lors du séminaire – MARS 2026 : outil de communication commun.

**-Proposition de la CNDG pour réfléchir avec les MG à comment améliorer les avis d'hospitalisations : en 2024, une première réunion avait été initiée par la CNDG avec le docteur Thibaut Jacquet mais il n'y avait pas eu de suivi. Où en est-ce ?**

Lors de nos rencontres trimestrielles évoquées au point 2 ce sujet sera également abordé.

### C. POINTS ADDITIONNELS :

#### **1. Est-il plus judicieux d'orienter le patient sur le site Notre Dame ou des Viviers pour une radio ?**

-Si le trauma nécessite le recours aux urgences → Les viviers

Si c'est un petit trauma → Notre Dame

Exemple :

Suspicion embolie → viviers

Nécessite IRM → viviers

Tout examen radio est possible à Notre Dame sauf les IRM et radio interventionnelle.

#### **2. Les hôpitaux demandent d'avoir le numéro de tél du MG sur le cachet car parfois consulte à plusieurs endroits.**