

Garde et médecine d'office, ces tâches qui nous incombent

Journée de Gruyères, 18 mai 2006, résumé de l'atelier n° 1

Le groupe de travail sur la garde a élaboré des propositions concrètes visant à valoriser cette carte de visite du médecin généraliste.

An der Fortbildungstagung in Gruyères hat sich eine Arbeitsgruppe mit dem Notfalldienst befasst, der als Visitenkarte des Hausarztes erhalten bleiben sollte.

Laurent Reuge¹

Depuis le 1^{er} avril, nul n'est censé ignorer que l'avenir du médecin de premier recours est des plus incertains. Vieillesse de la population médicale, désintérêt des étudiants pour notre spécialité, moratoire sur l'installation en cabinet et bientôt annulation de l'obligation de contracter, autant de difficultés qui condamnent à moyen terme la garde médicale telle que nous la connaissons actuellement. Elle ne survivra pas à l'inertie de la réaction des autorités politiques face à cette évolution négative.

Il n'y avait pas de représentant genevois dans notre groupe de travail. Les généralistes du bout du lac se sentent peut-être moins concernés par le problème de la garde, car ils sont moins sollicités du fait d'organismes tels SOS Médecins ou de permanences urbaines multiples?

Redéfinition du cadre

Nous avons élaboré dans notre réflexion différents concepts généraux. Les détails inhérents aux spécificités des différents cercles et régions de garde comme la topographie, la démographie, le système permettant d'atteindre le médecin de garde (144, pager, téléphones portables personnels, 048...) n'ont pas été englobés dans ces projets mais devront l'être dans la poursuite de cette refonte.

Notre groupe de réflexion s'est fixé comme objectif, au terme de ces quelques heures de partage, d'arriver à des propositions concrètes pour revaloriser le rôle du médecin de garde de premier recours et de pallier à la diminution des effectifs.

1 Animateur du groupe et auteur, Cernier, ANMO.

Actuellement, même si l'obligation de la garde est inscrite dans la loi de santé de plusieurs cantons, des dissensions au sein même de nos groupes portent atteinte à notre crédibilité. Le cadre du fonctionnement de la garde devra donc être redéfini. Pour exemple, l'octroi des dispenses pour la garde réduit les effectifs. La disparité dans l'octroi des dispenses est due à des critères bien variables. D'abord, l'âge limite de l'astreinte s'étale entre 55 et 65 ans ou n'existe tout simplement pas. Dans certains cantons, on n'admet tout simplement pas de dispense de garde pour raison médicale si le médecin de premier recours a une pratique journalière normale, ce qui respecte une certaine logique. Dans d'autres cantons, l'origine de certaines dispenses se perd dans les méandres de l'histoire médicale locale ...

La garde psychiatrique

D'une manière générale, le problème lié à la garde des psychiatres irrite. Pour les cantons les mieux «lotis» comme Vaud et Neuchâtel, un piquet de psychiatrie de deuxième ligne existe pour la garde du généraliste. Pour les autres cantons, la garde est moins bien organisée. Le débat reste ouvert dans ce fonctionnement, notamment quant au partage de la responsabilité lors de la prise de décision d'une hospitalisation non volontaire après sollicitation de l'avis téléphonique du psychiatre. Dans l'éventualité d'une garde psychiatrique organisée par canton, l'accessibilité au psychiatre serait proportionnelle à la taille du canton (imaginez un médecin de garde à Nyon qui sollicite l'évaluation d'un psy à Yverdon!). Comme corollaire dans ce cas, le psychiatre serait sous-utilisé et remettrait en cause le bien-fondé même de sa participation à la garde!

Formation à l'urgence

Nous sommes persuadés que l'absence du généraliste dans le cursus universitaire de formation aux urgences représente un obstacle majeur à la motivation de vocations des étudiants à reprendre notre flambeau. Nous souhaitons, avant une refonte de la garde, une refonte de la formation à l'urgence. La cherté de l'urgence non vitale traitée à l'hôpital en comparaison à celle prise en charge par le médecin de garde libéral semble intuitivement évidente. Il faudrait qu'elle soit prouvée, peut-être par le biais d'une thèse de doctorat, afin d'avoir un poids supplémentaire lorsque nous nous assiérons à la table des négociations.

Complémentarité

Suite à une formation à l'urgence basée sur la pratique du terrain, la complémentarité des médecins de garde libéraux et hospitaliers deviendrait alors une évidence. Dans un premier concept, nous avons pensé à un fonctionnement de garde dans des locaux hospitaliers où, suite à un premier tri de la gravité du cas, les urgences seraient dispatchées soit vers le médecin de garde de premier recours, soit vers le médecin de garde hospitalier. Notre second concept nécessiterait une structure décentralisée, indépendante de l'hôpital, dans laquelle le médecin de premier recours et le médecin hospitalier gèreraient à tour de rôle le tout-venant des urgences non vitales. Ces deux systèmes devraient permettre une liberté suffisante pour le besoin de visites à domicile. Le rôle de l'Etat dans la politique de santé est actuellement flou, souvent au détriment du praticien. De manière unanime, selon l'adage «qui paie décide», les partici-

pants du groupe ne souhaitaient aucune ingérence directe de l'Etat sous forme de paiements d'honoraires. Par contre, l'Etat pourrait intervenir en mettant à disposition des locaux, du matériel par exemple. Un autre financement pourrait provenir d'un fonds alimenté par des cotisations de solidarité des médecins de premier recours dispensés, ce qui, soit dit en passant, est déjà une pratique actuelle dans certains cantons (entre 6000 et 10000 francs versés chaque année par médecin dispensé). Après avoir fait la preuve des économies effectuées suite à une formation plus raisonnable des médecins hospitaliers dans la gestion des patients de la garde, on peut aussi espérer que les assurances maladies contribueraient à nous soutenir.

En guise de conclusion, on peut dire que nos projets ne pourront se concrétiser que si une réelle volonté politique existe. A nous de faire des émules parmi les collègues des cercles de garde, afin qu'une volonté ferme et commune voit le jour.

La leçon du 1^{er} avril doit servir. Il faut rassembler nos forces avant que l'on nous impose des décisions qui ne nous conviennent pas.

La garde est la carte de visite du médecin généraliste; elle en est une de ses spécificités et doit le rester.

Dr Laurent Reuge
rue F. Soguel 22
2053 Cernier
lreuge@bluewin.ch