

Robert Sieber

Cabinet d'urgences et services d'urgences

C'est avec un grand intérêt et non sans satisfaction que j'observe le développement en cours dans le domaine des cabinets d'urgences associés aux services d'urgences [1, 2].

Le problème est bien connu: durant les heures du soir et les jours fériés, l'arrivée de «patients de médecins de famille» provoque une surcharge qui perturbe de plus en plus souvent le bon fonctionnement des services d'urgences. Or, aux urgences, il est primordial de bien séparer les cas bénins et les cas d'urgences graves, afin de fournir à ces deux groupes de patients les meilleurs services de soins possibles.

Le cabinet d'urgences apporte un nouvel élément aux services d'urgences. Divers cabinets, déjà en service ou en voie de l'être, montrent de façon exemplaire qu'ils remplissent une fonction importante dans la structure d'ensemble d'un service d'urgences: ils peuvent s'y intégrer ou y être simplement rattachés.

Bien que le médecin de premier recours et le médecin de garde disposent ainsi d'un nouvel emplacement de travail, ils ne s'y voient pas chargés d'une fonction fondamentalement nouvelle. Loin de perdre en importance, le praticien reçoit une vraie opportunité de se repositionner de manière visible en tant que médecin de garde.

Les cabinets d'urgences associés aux hôpitaux sont devenus réalité. Mais n'oublions pas qu'ils doivent s'intégrer à l'ensemble du réseau des services d'urgences. Dans la mesure du possible, il faut éviter les chevauchements et les lacunes dans les offres suivantes: centrales d'appel, lignes téléphoniques réservées à l'information, 144, SOS médecins, médecins de garde, services de sauvetage, services d'urgences [3]. Il faut coordonner les différentes offres de prise en charge tout en les distinguant clairement les unes des autres. De nos jours, il n'est plus acceptable de devoir se démener pour trouver un numéro d'urgence. Nous devons aider activement le patient et l'orienter vers le service adéquat dans la chaîne des services d'urgences. La sélection des patients s'annonçant d'eux-mêmes à l'hôpital – que ce soit par téléphone ou en se rendant sur place – est une tâche exigeante mais nécessaire, qu'il faut effectuer ensemble selon des normes reconnues (protocoles de tri).

Du point de vue qualitatif, les services fournis dans les services d'urgences sont en général satisfaisants lorsque la supervision est assurée par un médecin-chef. Mais il n'en est pas de même de l'efficacité de la prise en charge: il est notoire qu'elle est souvent

insuffisante dès que des médecins assistants manquant d'expérience doivent assurer ce service à eux seuls. Dans ces situations, le médecin de garde au cabinet d'urgences associé à l'hôpital peut au besoin prendre en plus le rôle très bienvenu de «conseiller-enseignant» pour les médecins assistants. La collaboration des médecins praticiens avec les médecins d'hôpitaux dans le domaine des services d'urgences constitue un grand avantage pour les deux côtés, ainsi que sur le plan de la formation des futurs médecins de famille.

Dans le modèle du cabinet d'urgences, une rémunération convenable est certes un facteur central. Il n'est pas possible ni acceptable de comparer simplement les chiffres en vigueur dans les modèles existants. Dans le cadre de l'intégration des cabinets d'urgences dans l'organisation hospitalière, à quelque degré que ce soit, il faut éviter que les problèmes de rémunération et de responsabilité ne deviennent des facteurs limitatifs. Durant les premières années, les institutions doivent régulièrement évaluer leurs modèles de façon ouverte, et les comparer en effectuant des réajustements en commun. Il faut viser la transparence de toutes parts et se fixer ensemble des objectifs sur le plan de la politique professionnelle, afin de définir des fourchettes d'activités ou des modèles de contrat [2].

Le nombre croissant de modèles prouve le vif intérêt que les médecins d'urgences portent à cette coopération. Dans un précédent numéro de PrimaryCare, Bruno Kissling avait déjà attiré l'attention sur les activités du «forum de médecine d'urgence hospitalière de la SSMUS» [4], qui favorise aussi activement la collaboration des hôpitaux avec les médecins de premier recours. Il faut qu'ensemble nous tirions profit de ce savoir-faire déjà acquis pour l'élargir rapidement. Dans les services d'urgences ambulatoires, nous devons aussi, plus que jamais, présenter une offre transparente qui soit solidement étayée par les praticiens et les services d'urgences.

Nous devons faire preuve de créativité et d'esprit pionnier pour fournir à nos patients un réseau des services d'urgence en tous points satisfaisant.

La mise en œuvre des cabinets d'urgences crée un contexte doublement favorable pour les médecins praticiens et les services d'urgences; mais ce sont avant tout les patients et les assureurs qui bénéficieront ainsi d'un réseau des services d'urgence efficace.

Références

- 1 Hugentobler W. Cabinets d'urgences associés aux hôpitaux. PrimaryCare 2008;8(11):209–13.
- 2 Zogg F. Prise de position du Comité de la SSMG sur l'indemnisation des médecins indépendants pratiquant dans le cabinet d'urgences d'un hôpital. PrimaryCare 2008;8(11):195–6.
- 3 Gnädiger M. et al. Centre d'appel médical au service de nuit. PrimaryCare 2008;8(12):258–60.
- 4 Kissling B. Forum klinische Notfallmedizin fKNM SGNOR. PrimaryCare 2007;7(12):205–7.

Dr Robert Sieber
Chef du service de services d'urgences
Hôpital régional de Lugano
Via Tesserete 46, 6903 Lugano
robert.sieber@eoc.ch

Le «forum de la médecine clinique d'urgence de la SSMUS» a été fondé en 2002 (jusqu'en 2006, il se nommait «Communauté d'intérêts des directeurs médicaux des services d'urgences»). Il s'agit d'une association de responsables des services d'urgences venant de toutes les régions de Suisse. Elle fait partie de la SSMUS et offre un espace pour la discussion de problèmes concernant la médecine clinique d'urgence. La SSMUS est l'organisation faitière qui défend les intérêts de la médecine clinique et préclinique d'urgence, ainsi que de la médecine de catastrophe.