



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

31.1 / DS/PB

23.10.2008

Réorganisation du service médical de garde

Evaluation de mesures spécifiques

Rapport du sous-groupe „Service de garde et d'urgence“ du groupe de travail „Soutien et promotion des soins médicaux de premier recours“ de la CDS et de l'OFSP. Lors de sa séance du 23 octobre 2008, le Comité directeur de la CDS en a pris connaissance et l'a approuvé.

Table des matières

1	Introduction	2
2	Evaluation de mesures spécifiques	3
2.1	Cabinets de garde associés à l'hôpital	3
2.2	Prise en charge du SMG par l'hôpital la nuit et le week-end.....	5
2.3	Uniformisation des numéros médicaux de garde.....	5
2.4	Optimisation des rayons d'urgence	6
2.5	Uniformisation des règlements SMG	6
2.6	Indemnisation financière	6
2.7	Autres formes de soins médicaux d'urgence (permanences, SOS-Médecins).....	7
3	Soins médicaux d'urgence du futur	8
4	Conclusion	9

Annexe: vue d'ensemble sur des projets concrets de réorganisation SMG dans les cantons. 10

1 Introduction

Le présent rapport repose sur le rapport final du 26.10.2006 „Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations“ du sous-groupe „Service de garde et d'urgence“ du groupe de travail „Soins médicaux de premier recours“ de la CDS et de l'OFSP. Les problèmes du service médical de garde y sont indiqués et des solutions y sont avancées.

Le service médical de garde est en phase de réorganisation dans de nombreuses régions de Suisse. Différentes mesures sont mises en place, comme par ex. des cabinets de garde associés à l'hôpital ou l'optimisation de rayons d'urgence. Un aperçu des projets de réorganisation concrets figure dans l'annexe. Il est basé sur la plate-forme Internet d'information Service médical de garde de la CDS (www.gdk-cds.ch/index.php?id=313&L=1). Des indications complémentaires sur les projets et les personnes de contact correspondantes sont données sur la plate-forme. Celle-ci permet l'échange d'expériences et d'informations entre les responsables du service médical de garde (SMG) dans les cantons.

Une vue d'ensemble systématique des différentes mesures de réorganisation, avec leurs avantages et inconvénients respectifs, fait toutefois défaut jusqu'ici. La première partie du présent rapport entend combler cette lacune. Elle offre ainsi aux responsables SMG et aux représentants des cantons un moyen de s'orienter dans les projets de réorganisation SMG. Dans la seconde partie, l'analyse du statu quo et de différents scénarios doit donner une vision du service de garde médical du futur.

Le sous-groupe de travail „Service de garde et d'urgence“ du groupe de travail „Soins médicaux de premier recours“ de la Confédération et des cantons, qui a élaboré le présent rapport, s'est réuni deux fois entre mars et juin 2008. Il était formé des membres suivants du groupe de travail „Soins médicaux de premier recours“:

- Dr Katharina Ammann, Medical Women Switzerland (représentant la Dr Gabriele Merki)
- Dr Martin Amstutz, médecin cantonal Schwyz et représentant CDS Suisse centrale
- Dr Markus Betschart, médecin cantonal SG et représentant CDS Suisse orientale
- Bruno Fuhrer, OFSP
- Dr Reto Guetg, santésuisse
- Dr François Héritier, membre du Comité CMPR et vice-président SSMG
- Dr Marc Müller, président CMPR
- Dr Martin Roth, médecin cantonal Argovie et représentant CDS Nord-Ouest
- Dr Peter Wiedersheim, Conférence des sociétés cantonales de médecine
- Ewa Mariéthoz, Secrétariat central CDS
- Daniela Schibli, Secrétariat central CDS (direction)

Il a de plus été fait appel à des experts qui ont fourni un apport essentiel au présent rapport:

- Dr José Orellano, président de la commission Service de garde du canton de Thurgovie
- Joseph Prontera, Direction générale de la santé, Genève; commission Soins préhospitaliers du GRSP
- Dr Markus Schwendinger, médecin chef et responsable du département Centre d'urgence interdisciplinaire, Hôpital cantonal de Baden
- Dr Peter Tschudi, membre du Comité de la Société des médecins du canton de Zurich, responsable de la coordination des réorganisations SMG dans le canton de Zurich
- Dr. Josef Widler, membre du Comité de la Société des médecins du canton de Zurich, président de la commission Service de garde

Le présent rapport porte principalement sur le service médical de garde tel qu'il est fourni par les médecins de premier recours, c'est-à-dire les médecins en pratique privée portant le titre

de spécialiste en médecine générale, médecine interne¹ ou médecine de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que les médecins sans titre de spécialiste et les médecins praticiens.

2 Evaluation de mesures spécifiques

Ci-dessous sont brièvement décrites les différentes mesures de réorganisation SMG, avec leurs avantages et leurs inconvénients, et discutés les obstacles et les facteurs d'encouragement dans la mise en œuvre des mesures.

2.1 Cabinets de garde associés à l'hôpital

Les cabinets de garde associés à l'hôpital sont intégrés à l'hôpital ou proches de l'hôpital et servent au traitement des patientes et des patients venus en urgence et ne nécessitant pas un traitement hospitalier. Selon le modèle, des médecins de famille ou des médecins de l'hôpital y travaillent. On parle dans ce contexte parfois également de voie rapide (*fast track*), car de la sorte les délais d'attente des patientes et des patients ne nécessitant pas un traitement hospitalier sont réduits. Sur le plan administratif et organisationnel, le cabinet de garde associé à l'hôpital peut être exploité par les médecins de famille de façon autonome, par l'hôpital ou par les deux partenaires ensemble².

Dans la pratique, il existe aujourd'hui fondamentalement deux modèles différents:

- (1) Dans le premier modèle, le service médical de garde est entièrement assuré, en cas d'absence du médecin de famille, par le cabinet de garde associé à l'hôpital. Le cabinet est exploité par l'hôpital, les médecins de famille sont rémunérés à l'heure. Les visites à domicile sont garanties par un service de piquet en deuxième ligne. Le médecin de famille doit demeurer le premier interlocuteur en cas d'urgence. S'il n'est pas atteignable, les patients doivent aller consulter le cabinet de garde associé à l'hôpital (cf. à ce propos l'encadré ci-dessous décrivant le „modèle de Baden“).
- (2) Dans le second modèle, le service médical de garde est maintenu tel quel. Similaire en cela à une permanence, le cabinet de garde associé à l'hôpital s'entend comme un complément. On trouve ce modèle p. ex. à l'Hôpital cantonal d'Aarau et au CHUV. Il est abordé dans le chapitre 2.7, conjointement avec d'autres formes de service de garde comme les permanences ou SOS-Médecins.

Gros plan: présentation détaillée du „modèle de Baden“, qui occupe un rôle de pionnier avec son cabinet de garde associé à l'hôpital.

Dans la région de Baden (AG), les soins médicaux d'urgence ambulatoires sont prodigués depuis début 2007 de façon centralisée dans un cabinet de garde situé à l'Hôpital cantonal de Baden et exploité ensemble par des médecins de famille et des médecins de l'hôpital. Les visites à domicile nécessaires sont assurées par un service de piquet en deuxième ligne. Ainsi, la charge importante que représente pour les médecins de famille le service de garde doit être réduite, et l'hôpital doit être déchargé des patients ne nécessitant pas un traitement hospitalier. Le cabinet de garde se trouve directement à côté du service d'urgence de l'hôpital. Il est ouvert 365 jours durant de 8h 00 à 23h 00. Quelque 37 médecins, soit environ un tiers des médecins de famille régionaux, travaillent dans le cabinet de garde, du lundi au vendredi de 17h 00 à 23h 00 et le week-end de 8h 00 à 23h 00. Les jours ouvrables de 8h

¹ Y compris ses sous-spécialités

² Voir à ce propos l'article de W. Hugentobler (2008) dans lequel il plaide pour des cabinets de garde associés à l'hôpital exploités par des médecins de famille. Walter Hugentobler (2008). Cabinets d'urgences associés aux hôpitaux. PrimaryCare, 8 (11): 209-213. http://www.primary-care.ch/pdf_f/2008/2008-11/2008-11-191.PDF

00 à 17h 00, le cabinet de garde est pris en charge par un médecin de l'hôpital. La nuit, le service d'urgence de l'hôpital effectue tous les traitements. Le séjour dans le cabinet de garde dure en moyenne 53 minutes. Pour le suivi ou un autre traitement, les patients sont transférés vers leur médecin de famille. S'ils n'ont pas de médecin de famille, un médecin de famille à proximité leur est recommandé.

La collaboration entre les médecins de familles et ceux de l'hôpital fonctionne très bien. Les médecins de famille impliqués sont dans cette fonction des employés de l'hôpital. L'Hôpital cantonal de Baden est l'exploitant légal du cabinet de garde, avec les conséquences économiques et juridiques qui y sont liées. Le profil requis des médecins est un titre FMH et une assurance-responsabilité civile, ainsi que la disposition à collaborer et à se perfectionner. Les médecins de famille travaillent pour un salaire fixe convenu qui est actuellement de 100 CHF de l'heure. Le service de piquet en deuxième ligne est facturé par les médecins de famille eux-mêmes. Si le service de garde réalise des bénéfices ou des pertes, une participation aux bénéfices, respectivement aux pertes, est prévue. En raison de la demande élevée, on ne doit toutefois pas s'attendre à des pertes. En moyenne, 35 patientes et patients par jour se rendent au cabinet de garde. Pour la première fois depuis 30 ans, une réduction du nombre de patients au service d'urgence de l'hôpital a ainsi pu être atteinte. En même temps, l'intensité des cas urgents à l'hôpital croît. Au total, c.-à-d. cabinet de garde et service d'urgence ensemble, on observe un accroissement significatif du nombre de patients.

Le domaine d'intervention comprend 120'000 habitants. Si l'on intègre les régions limitrophes n'appartenant pas au district de Baden, on arrive à 150'000 personnes environ. A la place des trois numéros de téléphone différents et payants du district utilisés jusqu'à présent, un numéro de téléphone unifié (0844 844 500 pour les adultes et 0844 844 100 pour les enfants en dessous de 16 ans) est désormais valable. Ces numéros de téléphone sont desservis 24 heures sur 24, le plus souvent par des assistantes médicales de l'hôpital. Entre 1500 et 2500 communications téléphoniques par mois ont actuellement lieu (des pointes surviennent durant les jours de congé, avec jusqu'à 40 appels par heure). La prestation téléphonique ne peut pas être décomptée par l'intermédiaire de la LAMal, car elle est généralement fournie par du personnel non médical. Mais elle n'est pas non plus facturée au patient, car la dépense serait trop grande. Le conseil téléphonique doit coordonner le flot des patientes et des patients (ambulance, cabinet de garde, visite à domicile ou médecin de famille le jour suivant). Il devrait être apporté brièvement et dure actuellement en moyenne deux minutes. Etant donné que ce type d'évaluations téléphoniques brèves est juridiquement délicat, il est indiqué aux patients qu'une appréciation par téléphone est difficile. Si les douleurs persistent ou si le patient est peu fiable, il lui est conseillé de se rendre au cabinet de garde. En moyenne, le service de piquet en deuxième ligne doit être activé 1.6 fois en 24 heures et il doit effectuer une visite à domicile toutes les 24 heures environ.

Avantages d'un cabinet associé à l'hôpital (analogue au modèle de Baden):

- Décharge de travail pour les médecins de garde; horaires réglés
- Pas de risque lié à l'encaissement en cas de factures non payées, si l'hôpital prend en charge la facturation
- Potentiel de synergie entre le cabinet de garde et l'hôpital en matière d'infrastructure et de compétences
- Déchargement du service d'urgence de l'hôpital des patients ne nécessitant pas un traitement hospitalier
- Correspond à l'attitude des nombreux patients qui, en cas d'urgence, préfèrent se rendre à l'hôpital que dans un cabinet (qui leur est éventuellement inconnu)
- Les médecins de premiers recours sont les interlocuteurs adéquats pour les „petites“ urgences
- Poursuite du traitement et admission possibles sans complication
- Formation de médecins assistants dans le cabinet de garde.

Inconvénients d'un cabinet associé à l'hôpital (analogue au modèle de Baden):

- Environnement inhabituel pour les médecins de premiers recours. Absence d'une infrastructure propre et dépendance de l'infrastructure de l'hôpital (laboratoire, radiographie, pharmacie)
- Signal discutable à la population: „Allez à l'hôpital en cas d'urgence“
- Possible insuffisance de la couverture médicale de la population dans les régions rurales
- Pas d'autonomie apparente des médecins de premier recours assurant le service de garde. Les patients ne sont guère conscients du fait qu'ils sont traités par des médecins de famille et pas par des médecins de l'hôpital
- Difficultés possibles dans la délimitation des compétences entre cabinet de garde et hôpital (p. ex. laboratoire, radiographie, pharmacie)
- Les médecins de premier recours sont dépendants des décisions de la direction de l'hôpital
- Durant le service dans le cabinet de garde à l'hôpital, les médecins de premier recours ne sont pas présents dans leur propre cabinet. Un service de piquet en deuxième ligne doit de plus être maintenu pour les visites à domicile.

Lors de la mise en place d'un cabinet associé à l'hôpital, le soutien des médecins de premier recours et de l'hôpital au projet est déterminant, ainsi que la confiance entre ces deux partenaires et leur disposition à collaborer. Un domaine d'intervention relativement grand (environ 80'000 habitants ou davantage), des locaux appropriés et l'infrastructure nécessaires dans l'hôpital sont en outre des conditions préalables. Le profil requis des médecins de familles ne devrait pas être trop élevé, car il a sinon un effet dissuasif. Les connaissances et aptitudes faisant défaut peuvent être acquises dans le perfectionnement. Enfin, un triage qui fonctionne est indispensable.

Dans le cas d'un cabinet de garde lié à l'hôpital exploité par des médecins de premier recours, certains inconvénients disparaissent. La visibilité et l'indépendance des médecins de premier recours sont par exemple plus grandes. Ils doivent par contre assumer le risque lié à l'encaissement en cas de factures non payées.

2.2 Prise en charge du SMG par l'hôpital la nuit et le week-end

La nuit et/ou durant le week-end, le service médical de garde est pris en charge par l'hôpital. Le numéro médical de garde est directement dévié vers le médecin de nuit responsable à l'hôpital. Si une présence médicale sur place est indispensable (p. ex. visites à domicile), le médecin de garde est disponible.

Avantage:

- Décharge des médecins de garde.

Inconvénients:

- Possible insuffisance de la couverture médicale dans les régions rurales
- Charge de travail supplémentaire pour l'hôpital
- Suivant l'emplacement de l'hôpital, les patientes et les patients doivent parcourir de plus grandes distances.

La mise en œuvre de ce modèle dépend fondamentalement de la disposition de l'hôpital à assumer la charge de travail supplémentaire qui lui est liée.

2.3 Uniformisation des numéros médicaux de garde

L'uniformisation des numéros médicaux de garde, y compris le triage des appels qui lui est lié, est traitée dans le rapport „Numéros uniques pour le service médical de garde“.

2.4 Optimisation des rayons d'urgence

Pour des raisons historiques, il existe aujourd'hui en Suisse de grandes différences dans la taille des rayons d'urgence. Il y a beaucoup de petits rayons dans certains cantons; ils sont grands et peu nombreux dans d'autres cantons. Lors d'une optimisation de rayons SMG, de petits rayons sont en général regroupés. Une optimisation de la délimitation est également envisageable pour des grandeurs de rayons restant à peu près inchangées. On part fréquemment de l'idée d'une densité optimale de 15 à 20 médecins par rayon. Dans les régions rurales, une telle densité ne peut cependant pas être atteinte et ne représente donc pas une grandeur fixe à viser.

Avantages:

- Décharge de travail pour les médecins de garde. Moins de services doivent être assurés par année
- Par service, plus d'interventions sont faites et donc également indemnisées, ce qui est avantageux en particulier dans le cas d'un service de présence dominicale dans le cabinet.

Inconvénients:

- Par service, le médecin de garde doit répondre à davantage d'appels, faire plus d'interventions et parcourir des distances plus grandes (ce qui est éprouvant surtout la nuit)
- Suivant l'emplacement du cabinet de garde, les patientes et les patients doivent parcourir de plus grandes distances.

Dans l'optimisation des rayons SMG, la volonté du corps médical de redéfinir les frontières des rayons est surtout cruciale.

2.5 Uniformisation des règlements SMG

Le service médical de garde est réglé en détail dans les règlements du service de garde (organisation des rayons d'urgence et des interventions du service de garde, dispenses, taxes pour non-prestation de garde affectées à un usage précis, etc.). Le champ d'application des règlements SMG est très variable. Certains cantons ont des règlements uniques (p. ex. AI/AR, FR, LU, NE, OW/NW, GR, SG, SZ, TG, ZG). Il existe toutefois souvent plusieurs règlements, valables pour des rayons spécifiques, à l'intérieur d'un même canton.

Avantages d'une uniformisation:

- Egalité de traitement de tous les médecins de garde
- Transparence pour les jeunes médecins de premier recours intéressés à reprendre un cabinet.

Inconvénients d'une uniformisation:

- Perte d'autonomie des médecins de premier recours concernés
- Abandon des particularités locales/régionales.

Une uniformisation des règlements SMG peut échouer surtout en raison de la structure décentralisée du service médical de garde et de la revendication des médecins de garde à l'autodétermination.

2.6 Indemnisation financière

Une meilleure indemnisation du service médical de garde peut survenir comme suit:

- Introduction d'une indemnité de service de présence
- Prise en charge par le canton des coûts de perfectionnement et d'infrastructure SMG

- Constitution d'un pool ou d'un fonds via lequel les factures non payées peuvent être assumées. La prise en charge d'autres prestations est également possible, comme cela est prévu dans le canton de Thurgovie³.

L'indemnité forfaitaire de dérangement en cas de consultation ou visite pressante F a été introduite pour le 1^{er} avril 2007 sans incidence sur les coûts. Les volumes des indemnités forfaitaires par séance ont par la suite diminué. Pour cette raison, les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence C et B sont majorées pour le mars 2009, sous réserve de l'approbation du Conseil fédéral.

Avantages:

- Accroissement de l'attractivité du service de garde
- Amointrissement des pertes possibles lors de la prise en charge du service de garde.

Inconvénients:

- Les coûts doivent être couverts par le canton, le corps médical ou les assurances.

2.7 Autres formes de soins médicaux d'urgence (permanences, SOS-Médecins)

Sont abordées dans cette section, à des fins d'exhaustivité, des formes de soins d'urgence qui sont en principe indépendantes du service médical de garde et ne comptent en conséquence pas parmi les mesures de réorganisation. En font partie les permanences ou cliniques *walk-in* (y compris les cabinets de garde associés à un hôpital qui existent parallèlement au service médical de garde) ainsi que les SOS-Médecins. Les permanences ou cliniques *walk-in* pour les consultations médicales urgentes ont des heures d'ouverture étendues et sont exploitées par des privés ou des cliniques. Leur emplacement est central et elles existent notamment à Berne, Genève, Lausanne, Lucerne et Zurich. Les organisations SOS-Médecins en Suisse romande et *SOS-Ärzte* en Suisse alémanique sont des organisations privées qui offrent 24 heures sur 24 un service médical de garde. Elles ne sont présentes que dans les agglomérations urbaines comme Genève ou Zurich et ne disposent pas de locaux pour exercer. Le traitement des patients s'effectue directement sur place.

Avantages:

- Ces organismes peuvent décharger le service médical de garde. A Lucerne, une soixantaine de médecins de famille délèguent p. ex. contre rétribution leur service de garde à la permanence (état 2006)⁴. Dans le canton de Zurich, on ne peut plus dans certaines régions imaginer des soins d'urgence sans les *SOS-Ärzte* en tant que complément au service médical de garde.

Inconvénients:

- Les permanences et SOS-Médecins existent en général parallèlement au service médical de garde. Des patientes et des patients échappent ainsi au service médical de garde et les doubles structures entraînent des coûts inutiles.
- Les permanences et SOS-Médecins ne sont présents que dans les grandes agglomérations et tirent profit du nombre élevé d'urgences médicales que l'on y rencontre. Dans les régions rurales, moins lucratives, le service de garde est laissé aux médecins de garde.

³ Dans le canton de Thurgovie, le nouveau règlement du service de garde prévoit la création d'un fonds d'urgence, qui doit être affecté à un usage précis. Ce fonds est alimenté par des taxes pour non-prestation de garde des médecins, par le canton et par d'éventuels dons. Il est utilisé pour le perfectionnement des médecins assurant le service de garde, l'équipement du service de garde, le dédommagement des membres de la commission Service de garde, le dédommagement des médecins assurant le service de garde en cas d'honoraires non recouvrables dans le cadre du service de garde et le financement de projets dans le cadre du service de garde.

⁴ Matter, Daniel (2006). Eine breit akzeptierte Einrichtung. *Managed Care* 7:10-12.

3 Soins médicaux d'urgence du futur

Trois scénarios sont fondamentalement envisageables pour les soins médicaux d'urgence du futur:

1. Statu quo
2. Réorganisation du SMG; collaboration avec d'autres fournisseurs (p. ex. hôpitaux, *callcenter*) et en réseaux
3. Cession du service de garde à d'autres fournisseurs (p. ex. SOS-Médecins, *callcenter* des assureurs, hôpitaux, permanences).

Dans le tableau suivant, les avantages (+) et les inconvénients (-) des trois scénarios pour les patients et les médecins de premiers recours ainsi que du point de vue des coûts et de la qualité sont schématiquement listés. Ils sont ensuite commentés en détail.

Tableau 1: soins médicaux d'urgence du futur

	Patient-e-s	Médecins de premier recours	Prise en charge	
			Coûts	Qualité
Statu quo	+ / -	-	+ (bas)	+ / -
Réorganisation SMG	+ / -	+	+ / -	+
Cession du SMG à d'autres fournisseurs	+ / -	+ / -	- (élevés)	+ / -

Statu quo: Selon les régions, le statu quo comporte des problèmes pour les patient-e-s: dans certaines régions, les patient-e-s sont confrontés à des changements permanents de numéros des SMG et, surtout dans les régions rurales, les soins médicaux d'urgence ne peuvent guère être garantis à long terme dans leur ampleur actuelle, en raison du vieillissement des médecins de premier recours et de la problématique de la relève. Dans les régions urbaines, la situation se présente différemment: la personne qui n'a pas de médecin de famille se rend au service d'urgence de l'hôpital ou dans une permanence. Les patient-e-s s'accommodent manifestement des temps d'attente parfois longs dans ces établissements. Le recours aux structures de l'hôpital pour des maladies mineures est en revanche problématique.

Les soins d'urgence actuels posent avant tout des problèmes aux médecins de famille (cf. à ce propos le rapport „Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations“ du 26.10.2006). L'investissement en temps des médecins assurant le service croît en raison de différents facteurs tels que la problématique de la relève, l'augmentation des dispenses ou le recul de la disposition à assurer le service. De plus, les prétentions de la population sont en hausse, tout comme les mauvais payeurs parmi les patients des services de garde. Le service de garde est de la sorte devenu de moins en moins attractif pour les médecins de premier recours.

Sous l'angle de la prise en charge, c'est avant tout le manque prévisible de médecins de premiers recours dans les régions rurales qui est problématique. Les doublons dans le service médical de garde sont de plus un problème. Le service médical de garde est d'une part maintenu par les médecins de premier recours. D'autre part, les hôpitaux traitent des cas ne nécessitant pas un traitement hospitalier. Ces doublons provoquent des coûts inutiles, même si le service médical de garde est en principe financièrement avantageux. La qualité du service de garde peut fondamentalement être considérée comme bonne. Les changements permanents de numéros de garde dans certaines régions et le manque de connaissance par les patients de la marche à suivre en cas d'urgence sont des points négatifs.

Réorganisation du service de garde: Les réorganisations des SMG apportent une transparence plus grande aux patientes et aux patients, p. ex. concernant les numéros de garde. Les soins d'urgence du futur peuvent en outre être de la sorte garantis. Les patients doivent cependant s'habituer à de nouvelles structures. Celles-ci peuvent être ressenties comme préjudiciables, par exemple si des projets plus longs doivent être parcourus jusqu'au médecin de garde ou à l'hôpital. Le corps médical ne peut que tirer profit des réorganisations qu'il soutient. Celles-ci lui procurent parfois des allègements considérables. Le prix en est pour les médecins l'investissement dans les projets de réorganisation et l'adaptation aux nouvelles structures. Sous l'angle de la prise en charge, des réorganisations permettent d'éviter des doublons et de concevoir à long terme des solutions fiables. L'évolution des coûts et de la qualité lors de réorganisations est difficile à estimer. En fonction du projet de réorganisation, il faut compter avec des coûts plus élevés, car les prestations du service médical de garde (p. ex. conseil téléphonique à des patients inconnus) étaient autrefois fournies gratuitement par les médecins de premier recours, à l'exception des possibilités de décompte par l'intermédiaire de la LAMal. Il faut fondamentalement concourir à ce que la qualité des soins ne diminue pas lors d'une réorganisation du service de garde.

Cession du service de garde à d'autres fournisseurs: Une cession du service de garde des médecins de premiers recours à d'autres fournisseurs (p. ex. SOS-Médecins, *callcenter* des assureurs, hôpitaux, permanences) ne comporte guère d'inconvénients pour les patients, à condition que la prise en charge couvre l'ensemble du territoire. Seule l'adaptation à de nouvelles formes de prise en charge et de structures pourrait poser des problèmes à certains patients. Pour les médecins, renoncer au service de garde comporte des inconvénients en termes d'image. Des contacts importants avec les patients sont perdus et un domaine central est abandonné, et avec lui à moyen terme également une compétence clé des activités du médecin de famille. L'avantage est la décharge des médecins de famille. Sous l'angle de la prise en charge, des soins d'urgence couvrant l'ensemble du territoire et de haute qualité fournis par d'autres fournisseurs que les médecins de premier recours ne sont possibles qu'avec des incidences financières importantes. Ni le corps médical, ni les cantons, ni les assureurs ne seraient prêts à prendre en charge ces coûts.

4 Conclusion

Des réorganisations du service médical de garde s'imposent au vu de la situation aujourd'hui insatisfaisante pour les médecins de premier recours et du manque prévisible de médecins de premier recours. Tant en raison de ses incidences financières importantes que de ses répercussions négatives sur les médecins de famille, une cession complète du service médical de garde à d'autres fournisseurs ne constitue pas une option. Des solutions adaptées aux particularités locales et les plus économiques possible doivent être recherchées et trouvées. Il semble à cet égard de la plus grande importance que les réformes soient soutenues par les médecins de premier recours. Quelques inconvénients possibles peuvent de cette façon être réduits. A long terme, une collaboration avec d'autres fournisseurs comme les hôpitaux ou les centrales téléphoniques semble incontournable.

Annexe: vue d'ensemble sur des projets concrets de réorganisation SMG dans les cantons

Canton	Dénomination	Brève description
AG	Modèle de coopération de Baden	Les soins médicaux ambulatoires sont prodigués de façon centralisée depuis février 2007 dans un cabinet de garde dirigé par des médecins de famille et des médecins d'hôpital à l'Hôpital cantonal de Baden.
AG	Projet de réorganisation SMG de l'Association des médecins du canton d'Argovie	L'Association des médecins du canton d'Argovie élabore actuellement un concept de réorganisation du service de garde.
AG	Collaborations des médecins établis avec l'hôpital de Zofingen	La nuit, le service médical de garde est assuré par l'hôpital de Zofingen. Le médecin de garde est disponible en tout temps pour des visites à domicile.
AG	Collaboration des médecins de famille dans le district de Zurich avec l'hôpital de Leuggern	Depuis juillet 2005, la collaboration entre les médecins de garde et l'hôpital de Leuggern fonctionne à la satisfaction de tous les participants.
BE	Modèle de SMG Lyss et environs – hôpital d'Aarberg	La nuit, le service médical de garde est assuré par l'hôpital d'Aarberg. Le médecin de garde est en tout temps atteignable en tant que service de piquet en deuxième ligne par le médecin de nuit de l'hôpital.
BE	Projet Lezano à Berne	Lezano signifie „Leadership pour des soins d'urgence ambulatoires en temps opportun“. Le but du projet est l'établissement d'un service de garde téléphonique professionnel assisté par ordinateur.
FR	District de la Singine	Les deux rayons existants jusqu'à lors dans le district de la Singine ont été réunis en un seul. Un unique médecin de famille assure le SMG pour tout le district. Un unique numéro SMG est désormais valable. La nuit, le SMG est assuré par l'hôpital de Tafers.
NE	Nouveau règlement dans le canton de Neuchâtel	Dans le canton de NE, un nouveau règlement sur le service médical de garde ambulatoire est entré en vigueur le 16 novembre 2006.
SG	Service de garde de premier recours à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall	Dans un essai pilote à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, l'admission aux urgences est répartie entre une clinique d'urgence et un service de garde de premiers recours. Les patients du service de garde de premiers recours sont traités par des médecins cadres du service d'urgence faisant partie du personnel fixe de l'hôpital ou par des médecins de famille.
SG	Districts Werdenberg et Sarganserland	Les points essentiels de la réforme du SMG étaient: <ul style="list-style-type: none"> - la création d'un système généralisé de rotation quotidienne du service de garde - l'introduction d'un tableau de service au moyen de l'outil de planification en ligne docbox® - l'introduction et la présentation au public de quatre numéros 0900 de garde pour toute la région, respectivement Werdenberg Nord et Sud ainsi que Sarganserland Est et Ouest.
TG	Optimisation des rayons d'action SMG dans le canton TG et projet-pilote dans les districts Frauenfeld et Arbon-	Dans le canton de Thurgovie, le 1 ^{er} janvier 2007, les rayons d'urgence ont été agrandis et le nombre de ceux-ci réduit de 17 à 12. Un projet-pilote a été mené de juin 07 à mars 08 visant à décharger le médecin de garde la nuit.

	Romanshorn	Entre 22h00 et 8h00, les appels de garde ont été déviés vers le <i>callcenter</i> Medi24 (Medvantis) à Berne.
VS	Service médical de garde en Valais	Le nouveau système SMG est en vigueur depuis le 2 juillet 2007. Pendant la nuit et le week-end, un médecin est présent à la centrale d'appels sanitaires urgents et fait le triage des appels du SMG ambulatoire, qui arrivent sur un numéro 0900....
ZH	Projet SMG de la Société des médecins du canton de Zurich (AGZ)	Les nouvelles prescriptions-cadres pour l'organisation du service de garde dans le canton de Zurich sont en vigueur depuis le 1 ^{er} février 2008. Différents projets de réorganisation du SMG sont déjà en cours dans les districts.
ZH	Cabinet de garde associé à l'hôpital et cabinet de quartier dans la ville de Zurich	Cabinet de garde associé à l'hôpital: la mise sur pied d'un cabinet de garde associé à l'hôpital est planifiée à l'hôpital Waid. Le cabinet est tenu par des médecins de famille. Cabinet de quartier: le cabinet de quartier doit être tenu en commun par plusieurs médecins de famille et assurer un service de garde permanent (24h/365 jours) en coopération avec les hôpitaux.
ZH	Service médical de garde à l'hôpital de district d'Affoltern	Le projet a été suspendu fin 2007. Le district d'Affoltern s'est ensuite joint au "Ärztefon".
	Numéros uniques dans divers cantons	Il existe des numéros de téléphone uniques pour le service médical de garde ambulatoire dans les cantons suivants: Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Grisons, Lucerne, Obwald, Nidwald, Saint-Gall, Schaffhouse, Soleure, Valais, Vaud et Zoug.

Remarque: Cette vue d'ensemble est basée sur la plate-forme d'information Service médical de garde de la CDS (<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=313&L=1>). Elle ne prétend pas à l'exhaustivité. Des nouveaux projets sont volontiers intégrés à la plate-forme d'information.

■