



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

31.1/DS

26.10.2006

Rapport final

Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations

Propositions 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.

Adopté avec des compléments par le Comité de la CDS et le Département fédéral de l'intérieur lors de la séance du Dialogue de Politique nationale de la santé le 26 octobre 2006.

Table des matières

1	Contexte	2
2	Introduction et problématique	3
2.1	Compétence	3
2.2	Situation actuelle.....	3
2.3	Problèmes du service de garde et d'urgence	3
2.4	Situation finale souhaitée / but	5
3	Mesures.....	5
3.1	Collaboration avec l'hôpital et avec d'autres centres sous direction médicale	5
3.2	Tri des urgences par des numéros d'appel urgent unifiés	6
3.3	Optimisation des rayons d'urgence	6
3.4	Règlements unifiés du service de garde et d'urgence	7
3.5	Indemnisation du service de garde et d'urgence	8
3.6	Formation postgrade et formation continue	8
3.7	Améliorer l'attractivité de la profession de médecin de premier recours	9
3.8	Mesures spéciales pour les régions marginales	9
4	Recommandations.....	10
5	Bibliographie.....	12

1 Contexte

Depuis 2005, la CDS s'occupe aussi du secteur ambulatoire. Le détonateur en ont été les communications relatant une pénurie déjà actuelle ou future des médecins de premier recours en Suisse. Ont en outre été jugées problématiques l'attractivité en baisse du profil professionnel de ces médecins, leur répartition géographique inégale et les exigences sans cesse croissantes de la population. Dans un communiqué de presse du 19 mai 2005, la CDS a exprimé, à l'occasion d'une assemblée plénière, sa volonté de promouvoir et de renforcer la médecine de premier recours.

Ce sujet a été abordé en août 2005 lors du dialogue de Politique nationale de la santé. A cette occasion la Confédération et les cantons ont décidé de se saisir du dossier. Il a été constitué un premier groupe de travail formé de deux représentants de la CDS et de l'OFSP respectivement. Le groupe de travail avait pour mission d'élaborer des propositions de mesures destinées à surmonter des problèmes à la fois importants et urgents. Ainsi, il s'est concentré sur les problèmes survenant au niveau du service de garde et d'urgence médical ambulatoire (SU) et sur l'absence en Suisse de formation postgrade spécifique en médecine de premier recours. La situation actuelle dans le service de garde et d'urgence ambulatoire a été relevée auprès de toutes les sociétés médicales cantonales et de tous les rayons d'urgence.

En mars 2006, la Confédération et les cantons ont décidé d'intensifier les travaux relatifs à la médecine de 1er recours et d'y associer les milieux concernés. Un nouveau groupe de travail a été créé pour cette deuxième phase. A l'appui des travaux préliminaires de la première phase, le groupe de travail a élaboré dans les domaines service de garde et d'urgence et financement d'une formation postgrade spécifique en médecine de premier recours (assistantat en cabinet médical). Deux sous-groupes ont été constitués à cet effet, soit les sous-groupes "Service de garde et d'urgence" et "Financement de la formation postgrade spécifique", avec pour but d'élaborer des propositions d'intervention concrètes à l'intention des cantons et des autres milieux concernés.

Le sous-groupe "Service de garde et d'urgence", qui a établi le présent rapport, s'est réuni à quatre reprises entre juin et septembre 2006. Il se compose de:

- Martin Amstutz, médecin cantonal SZ
- Bruno Fuhrer, OFSP
- Rosmarie Glauser, Association suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique, ASMAC
- Reto Guetg, santésuisse
- Franz Marty, spécialiste en médecine générale, Société suisse de médecine générale, SSMG
- Marc Müller, Collège de médecine de premier recours, CMPR
- Martin Roth, médecin cantonal AG
- Daniela Schibli, secrétariat central de la CDS
- Peter Wiedersheim, Conférence des sociétés de médecine cantonale
- Ingrid Wyler, Foederatio medicorum practicorum, FMP

Les mesures et recommandations formulées dans ce rapport se réfèrent au SU tel que pratiqué par les médecins de 1er recours, c.à-d. les médecins en pratique privée porteurs du titre de spécialiste en médecine générale, en médecine interne ou en médecine d'enfants et d'adolescents, ainsi que les médecins porteurs du titre de formation postgrade de médecin praticien.

2 Introduction et problématique

2.1 Compétence

En Suisse, les cantons ont pour mandat légal d'assurer une prise en charge médicale conforme aux besoins de la population. Le service de garde et d'urgence (SU), qui en constitue un élément important, est délégué par les cantons aux sociétés médicales cantonales. En Suisse, ces dernières sont au nombre de 24. On compte une seule société médicale pour les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et Rhodes-Extérieures, d'une part, et pour ceux d'Obwald et de Nidwald, d'autre part.

2.2 Situation actuelle

En termes d'organisation, le service de garde et d'urgence est réglé différemment d'un canton à l'autre. Dans nombre d'entre eux il est coordonné directement par la société médicale cantonale. Sinon, l'organisation du service de garde et d'urgence est assurée par des associations actives au niveau du district, à des milieux ou des regroupements de médecins locaux (von Below, 2004, p. 15ss). Entre autres, le service de garde et l'organisation du service de garde et d'urgence au niveau cantonal ou d'un rayon d'urgence déterminé sont réglés par des dispositions pertinentes. En Suisse, on estime le nombre de rayons d'urgence à environ 300. Ces rayons varient en partie fortement de par leur taille et par le nombre de médecins de garde¹. Globalement, le service de garde et d'urgence médical en Suisse est organisé de façon très hétérogène. Il manque une plate-forme régionale ou nationale pour les soins médicaux ambulatoires de premier recours, et la communication entre les différents rayons ou régions de soins urgents laisse à désirer. Ce qui a pour conséquence qu'entre les cantons, et en partie aussi dans le canton lui-même, les règlements du service de garde et d'urgence sont très inégaux.

La grande majorité des urgences sont prises en charge à titre ambulatoire par des médecins de garde à leur propre cabinet ou lors de visites à domicile. Dans les régions rurales, les urgences à caractère grave ou très grave nécessitent en règle générale également le recours à un médecin de garde, alors que, dans les villes et les agglomérations, on fait souvent appel directement au service de sauvetage. Dans notre système de santé, on ne dispose encore que de très peu de données sur le type et la fréquence des urgences. Dans son étude, von Below (2004) conclut à une moyenne de 120 appels aux services de garde et d'urgence pour 1000 habitants et par année. D'après les chiffres du rayon d'urgence d'Effretikon et ses environs, mais aussi en provenance de l'étranger, on peut admettre que plus de 90% des urgences sont prises en charge par des médecins de garde en régie propre (Hugentobler 2006; Salisbury et al. 2000). Ainsi, le service de garde et d'urgence ambulatoire est en premier lieu l'apanage des médecins de 1er recours. De plus, une étude pilote montre que 14 à 26% des entretiens réguliers avec le patient sont des consultations urgentes et que le médecin de 1er recours s'y consacre fréquemment en dehors des heures de consultation habituelles (cf. Marty, Meyer, Lüscher et al. 2006).

2.3 Problèmes du service de garde et d'urgence

Le service de garde et d'urgence médical se voit de plus en plus confronté à des difficultés. Lors d'une enquête menée par la CDS auprès des sociétés médicales cantonales et les rayons d'urgence, l'on a désigné les problèmes suivants comme étant particulièrement gra-

¹ Conformément au Forum Sauvetage de la FMH (Plattform «Schweizerisches Rettungswesen» der FMH 2001), on entend par médecins de garde ceux qui participent au service de garde et d'urgence médical, à l'exemple, dans l'ambulatoire, des médecins établis et en règle générale des médecins de premier recours, habituellement selon les directives cantonales. Cette dénomination sert à mieux délimiter celle de "médecin d'urgence", laquelle est réservée aux titulaires d'un certificat d'aptitude de médecin d'urgence SSMUS.

ves (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2006):

- 1) Vieillessement des médecins de 1er recours² et problèmes de succession. D'ici une décennie environ, les médecins aujourd'hui quinquagénaires auront quitté le service de garde et d'urgence. Il est à prévoir que cette frange de médecins ne sera pas compensée par la relève. Cela revient à dire que, dans les régions aujourd'hui encore suffisamment pourvues en médecins de 1er recours, on pourrait assister d'ici peu à une pénurie dans l'approvisionnement en général et dans le service de garde et d'urgence en particulier. Une pénurie de médecins de 1er recours est attendue en particulier en régions rurales.
- 2) Accroissement du nombre de dispenses ou disposition défaillante à se consacrer au service de garde. En raison de la charge élevée qu'il entraîne, le service de garde et d'urgence voit son attractivité progressivement baisser auprès des médecins de 1er recours. Les dispenses sont également en augmentation en raison de la proportion croissante de femmes et de personnel à temps partiel. De plus, nombre de spécialistes se font dispenser pour cause de connaissances spécifiques insuffisantes.
- 3) Investissement en temps important ou en hausse. La charge temporelle exigée par le service de garde et d'urgence est très élevée, notamment dans les régions sous-dotées en médecins de garde. La charge se fait plus intense au fur et à mesure que les médecins de 1er recours partent à la retraite. Dans les cabinets de campagne, où foisonnent les interventions ponctuelles par des temps de présence parfois très longs, il est en effet particulièrement difficile de renouveler les effectifs.
- 4) Rémunération insuffisante. En principe, seules les urgences dites secondaires, c'est-à-dire celles traitées sans délai, sont décomptées au moyen de la taxe plus élevée. Les consultations urgentes, qui ne sont toutefois pas des "urgences secondaires", sont décomptées au moyen du tarif normal, qu'elles soient dispensées le soir ou pendant le week-end. En outre, il n'y a pas de rémunération des temps de présence, c'est-à-dire que l'on ne s'acquitte pas d'une "indemnité d'attente". Or cela pose problème notamment lors de longs temps d'attente ou lorsque la fréquence des patients est moindre.
- 5) Compétence professionnelle insuffisante dans les services de garde et d'urgence et augmentation du nombre de procédures judiciaires suite à un traitement médical. Une compétence professionnelle insuffisante est attestée notamment pour une partie des médecins spécialistes ou des médecins de 1er recours qui ne sont que rarement confrontés à des urgences. La peur concomitante de commettre des erreurs et les conséquences juridiques en résultant (revendications en matière de responsabilité civile) conduisent à des hospitalisations inutiles.
- 6) Coordination manquante ou lacunaire des différents prestataires du service de garde et d'urgence. Dans certaines régions on observe que des structures d'urgence fonctionnent en parallèle. Par exemple, le service de garde et d'urgence est offert parallèlement à l'hôpital, aux permanences et aux médecins de premier recours. De plus, la coordination entre le numéro d'appel sanitaire urgent 144 et les médecins de 1er recours est souvent insuffisante, tout comme la collaboration avec les médecins spécialistes.
- 7) Revendications croissantes de la population. On observe que la population est de plus en plus revendicative. Ainsi, on abuse du service de garde et d'urgence dans les "cas de bagatelle et les pseudo-maladies ou accidents", autrement dit pour les consultations n'ayant pas un caractère urgent.
- 8) Nombreux sont ceux qui n'ont plus de médecin de famille attiré, notamment dans les agglomérations urbaines. Partant, ces patients-là "abusent" du service ou de l'unité de soins urgents de l'hôpital au titre d'une consultation ordinaire.

² Ci-après on entend par médecins de premier recours des médecins en pratique libre porteurs du titre de spécialiste en médecine générale, en médecine interne, en pédiatrie, ainsi que les médecins porteurs du titre de formation postgrade "Médecin praticien". Cette définition ignore le fait que des prestations en soins médicaux de premier recours peuvent également être fournis par des médecins au bénéfice d'un emploi (p. ex. médecins d'EMS ou d'entreprise) ou par des médecins d'autres spécialisations (p. ex. chirurgie générale). (cf. Trutmann, 2005).

- 9) Mauvaise volonté de payer des patients nécessitant des soins urgents. En particulier, des patients d'urgence inconnus du médecin de garde omettent souvent de s'acquitter des honoraires du médecin. Il s'agit là très souvent de patients ne payant pas (ou ne pouvant pas payer) leurs primes et qui, par conséquent, se rendent directement au service de garde et d'urgence pour une consultation ordinaire. Pour le médecin de garde, la poursuite des payeurs en défaut se traduit par une charge de travail considérable compte tenu des sommes relativement modestes en jeu.
- 10) Recours direct à l'unité d'urgence de l'hôpital. De plus en plus les patients se rendent directement à l'unité d'urgence de l'hôpital, même si de tels cas auraient pu être traités sans problème par le médecin de garde. D'après une étude du cercle de qualité de Brugg (Qualitätszirkel Brugg 2002), la tendance à se rendre de son propre chef à l'hôpital s'observe surtout lorsque son médecin de famille est inatteignable. De surcroît, c'est surtout la population résidante étrangère qui a recours à l'unité d'urgence de l'hôpital, de même que les personnes de moins de 35 ans.

Ces problèmes montrent bien que le mandat de prestations d'urgence que les cantons ont attribué aux sociétés médicales et donc aux médecins ne peut encore être rempli que dans des conditions plus précaires. Si le service de garde et d'urgence était encore attractif voici dix ou quinze ans pour les médecins de 1er recours, cette tâche est aujourd'hui de plus en plus ressentie comme une corvée pour les raisons invoquées ci-dessus.

2.4 Situation finale souhaitée / but

En cas de retrait des médecins de 1er recours, le service de garde et d'urgence devrait désormais être assuré par les hôpitaux ou par de nouveaux ambulatoires à créer. Cela aurait pour effet d'alourdir la facture des soins urgents tout en réduisant l'efficacité de l'exploitation hospitalière. Un tel modèle de prise en charge ne convient pas dans les régions rurales. Qui plus est, les personnes de plus en plus souvent soignées à domicile ou impotentes, âgées pour la plupart, sont tributaires de visites à domicile. Pour cette raison, le service de garde et d'urgence doit rester à l'avenir aussi essentiellement dans les mains du médecin de famille. On pourra ainsi garantir un service de garde et d'urgence efficace et rationnel. Vu la pénurie qui se profile en médecins de garde, il s'agit donc de prendre des mesures destinées à atténuer les problèmes actuels ou prévisibles au niveau du service de garde et d'urgence. Ce faisant, on tiendra compte dans toute la mesure du possible des intérêts et des possibilités en partie opposés des patients, du monde politique et du corps médical.

3 Mesures

Les mesures suivantes s'appliquent à la grande majorité des régions. Les problèmes majeurs du service de garde et d'urgence se posent toutefois dans les régions périphériques qui comptent aujourd'hui déjà un nombre fort limité de médecins de 1er recours et dépourvus d'un hôpital de proximité. Afin de remédier à la sous-dotation de médecins d'urgence qui risque de se produire dans ces régions, il s'agit de prendre des mesures spéciales immédiates. Celles-ci sont résumées au point 3.8.

3.1 Collaboration avec l'hôpital et avec d'autres centres sous direction médicale

On visera à une collaboration renforcée entre médecins de garde et hôpitaux ou autres centres sous direction médicale (ambulatoires, Callcenter). Grâce à un tri compétent, on pourra par exemple décharger les médecins de garde du traitement des cas de bagatelle ou il sera possible d'éviter des structures parallèles onéreuses. S'agissant de la collaboration entre médecins de garde et hôpitaux ou autres centres dirigés par un médecin, on peut concevoir différentes variantes:

- tri des appels de patients par des Callcenter spécialisés (cf. point 3.2) et mission secondaire des médecins de garde. S'applique toutefois ici le principe suivant: le premier

recours en cas d'urgence est le médecin de 1er recours. S'il n'est pas atteignable, on sélectionnera le numéro d'appel urgent indiqué.

- cabinets médicaux en tant qu'avant-postes de l'hôpital ou rattachés à celui-ci: Le cabinet médical tiendra lieu d'avant-poste d'une unité d'urgence de l'hôpital; il s'occupe du tri et du traitement des urgences. Le cabinet médical est exploité de manière autonome, sur les plans administratif et organisationnel, par les médecins de garde, éventuellement en collaboration avec l'hôpital.
- service de garde et d'urgence assuré par l'hôpital durant la nuit et en fin de semaine.
- cabinets d'urgence de situation centrale exploités en milieu urbain par les réseaux de médecins, avec heures d'ouverture élargies (permanences).

3.2 Tri des urgences par des numéros d'appel urgent unifiés

Il existe en Suisse plus de 140 numéros d'urgence médicale spéciaux (Arnet, von Below & Zimmermann, 2004). Pour la plupart il s'agit de numéros de cabinets qui changent en permanence, même si ces dernières années on observe une tendance à instaurer des numéros collectifs fixes. Les appels sur les numéros collectifs peuvent être détournés, en cas de besoin, vers les médecins de garde. Dans de nombreux cantons ainsi qu'en Principauté de Liechtenstein, on utilise pour le moins en partie le numéro d'appel sanitaire urgent 144 pour recourir au service de garde et d'urgence médical. Mais il existe aussi des numéros soumis à une taxe plus élevée. Ceux-ci sont en règle générale utilisés par le personnel des cabinets assurant le service de garde ou, dans des cas exceptionnels, comme à Berne et à Zurich, par une centrale d'appel urgent.

Afin de pallier à l'anarchie qui règne actuellement dans les numéros d'urgence, on procède à un tri des urgences par des numéros d'appel urgent unifiés et gratuits. Par ces numéros on peut, en cas de besoin, alarmer les services de garde et d'urgence régionaux. Un tri des urgences par un numéro d'appel urgent central servant d'avant-poste est judicieux non seulement par complaisance envers le patient, mais aussi et surtout afin d'éviter des pertes de temps inutiles dans des situations d'urgence et de garantir l'aiguillage correct du patient. De plus, les médecins de garde se trouvent déchargés des appels de cas bagatelles et il ne sera encore fait appel à eux que si leur aide s'avère indispensable.

Un tri effectué par des numéros soumis à une taxe plus élevée, en particulier les numéros 0900, pose un certain nombre de problèmes, car il est de plus en plus fréquent que les usagers de la téléphonie mobile bloquent l'accès à ces numéros et que ceux-ci ne peuvent être sélectionnés par certains services (p. ex. Natel easy, Orange PrePaid et Pronto). Pour les numéros alternatifs 0848 offerts par Swisscom, on ne dispose actuellement pas encore d'une grande expérience.

3.3 Optimisation des rayons d'urgence

En Suisse, les rayons d'urgence se différencient nettement de par leur taille. Les frontières des rayons d'urgence ont une connotation historique. Ainsi, certains cantons se composent de nombreux rayons de taille réduite alors que d'autres se caractérisent par un nombre réduit de rayons mais de grande taille. Par exemple, le canton d'Uri n'a qu'un seul rayon durant sept mois dans l'année et de deux pendant les cinq mois restants. Le canton de Bâle-Campagne, de superficie pratiquement égale, compte par contre dix rayons d'urgence. Il y a lieu d'optimiser les rayons, notamment lorsqu'ils sont de taille réduite, en les fusionnant ou en redessinant les frontières. En cas de nécessité, il s'agira de collaborer à l'échelon supra-cantonal. Ainsi, les services de garde et d'urgence pourront être répartis sur davantage de médecins de garde. D'autre part, les médecins de garde doivent, en cas d'agrandissement des rayons, accomplir davantage d'interventions par service et parcourir de plus grandes distances lors de visites à domicile. Il convient de faire en sorte que l'intervention du médecin de garde puisse intervenir dans les meilleures délais, c.-à-d. en règle générale dans les 15 minutes (Plattform «Schweizerisches Rettungswesen» der FMH, 1996). Optimiser des rayons d'urgence ne constitue pas une bonne solution là où ils atteignent déjà une certaine

taille, là où la situation géographique ne permet pas un fusionnement et là où il n'existe que peu de médecins de garde et pas un seul hôpital. Dans de telles régions marginales il faut élaborer des solutions particulières flexibles.

Lorsque des rayons d'urgence sont regroupés, cela doit aller de pair avec une collaboration renforcée des médecins de garde avec d'autres centres professionnels dirigés par un médecin. Est par exemple concevable un service de garde et d'urgence assuré pendant la nuit par l'hôpital ou par d'autres centres professionnels ou encore une meilleure collaboration avec de telles organisations.

L'optimisation des rayons d'urgence doit être laissée à la discrétion des différents rayons, aux associations compétentes au niveau du district ou encore aux sociétés médicales cantonales. De même, il s'agit de déterminer quelles distances sont encore à considérer comme admissibles pour le patient et pour le médecin de garde.

3.4 Règlements unifiés du service de garde et d'urgence

On visera à une uniformisation des règlements du service de garde et d'urgence au niveau cantonal ou régional, et si possible à l'échelon national. Les grandes différences qui existent actuellement entre les divers rayons sont en partie responsables de leur plus ou moins grande attractivité. Par exemple, les rayons qui ne prévoient pas de possibilités de dispense pour des femmes ayant des enfants en bas âge sont inattractifs pour ce groupe de personnes.

D'une manière générale, il convient de s'en tenir à l'obligation de servir générale pour tous les médecins établis. Les médecins établis qui ne sont pas des médecins de 1er recours, par exemple ceux avec une spécialisation en gynécologie, en ophtalmologie, en ORL ou en psychiatrie, devront participer en guise d'alternative au service de garde et d'urgence général, à un service de garde et d'urgence médical spécialisé ou à un service arrière.

Des dispositions spéciales seront édictées pour les groupes de personnes suivants:

- les femmes enceintes seront dispensées du service de garde et d'urgence au plus tard dès la 32^{ème} semaine de grossesse. Durant l'allaitement (jusqu'à une année après la naissance de l'enfant), l'obligation de servir dans les urgences devrait également être levée. Les femmes ayant des enfants en âge préscolaire (jusqu'à 6 ans révolus) auront la possibilité de se faire dispenser à la demande du service de garde et d'urgence. Quant aux pères et mères monoparentaux qui ne peuvent pas compter sur l'assistance de l'autre parent ou d'un partenaire, ils auront la possibilité d'être dispensés du service jusqu'à ce que l'enfant ait atteint sa douzième année.
- les médecins frappés d'une incapacité de travailler pour cause de maladie ou d'accident.
- les médecins d'âge avancé auront la possibilité d'exploiter un service de garde et d'urgence à temps limité ou d'être dispensés du service de garde et d'urgence. Or une dispense pour raison d'âge est en fait pratiquement impossible dans un rayon qui ne comprend qu'un nombre réduit de médecins de 1er recours. Dans nombre de rayons, il s'agirait plutôt de relever, voire de supprimer l'âge limite de dispense, afin de remédier à la pénurie de médecins de garde.

Les personnes qui ne participent pas au service de garde et d'urgence devraient s'acquitter d'une taxe d'exemption appropriée³. Cela concerne également les médecins spécialistes ne

³ Ce point n'est pas soutenu par tous les membres du groupe de travail. Une minorité est opposée au prélèvement d'une taxe d'exemption dans le service de garde et d'urgence. Ne sont en principe dispensés du service de garde et d'urgence que les personnes à même de faire valoir des raisons importantes. Quiconque est en mesure d'invoquer de telles raisons ne devrait pas être "pénalisé" en plus par le prélèvement d'une taxe. De plus, le financement du service de garde et d'urgence devrait être assuré non pas par les médecins de garde bénéficiant d'une dispense, mais par les caisses-maladie

participant pas au service de garde et d'urgence médical spécialisé ou à un service arrière. Seraient exclues de la taxe d'exemption les personnes frappées d'une incapacité de travailler pour cause de maladie ou d'accident ou les femmes durant leur congé-maternité. La taxe d'exemption devrait être réglée de manière unifiée dans toute la Suisse et destinée à des fins déterminées.

3.5 Indemnisation du service de garde et d'urgence

D'une manière générale on pourra améliorer l'indemnisation du service de garde et d'urgence des quatre manières suivantes:

- 1) Introduction d'une rémunération du temps de présence au service de garde. Ceci permettrait de générer pour le moins un certain revenu indépendamment de la question de savoir si des urgences sont prises en charge ou non durant le service.
- 2) Introduction d'un forfait d'inconvenance aux urgences. Celui-ci permettrait de mieux rémunérer les consultations urgentes, en dehors de l'horaire habituel, qui ne constituent cependant pas des "cas d'urgence secondaires". Une proposition a été faite, pour être approuvée par le Conseil fédéral, concernant l'introduction d'un forfait de ce type dans TARMED⁴.
- 3) Prise en charge par le canton des coûts de la formation continue aux urgences et de l'infrastructure spéciale requise, comme cela se fait déjà aujourd'hui dans le canton des Grisons (cf. convention entre le canton des Grisons et la Fédération des médecins grisons 2000). Comme condition à cette prise en charge des coûts par le canton, le médecin doit s'engager à travailler, selon la conception du sauvetage, en tant que médecin de garde dans le service de garde et d'urgence médical (Scharplatz 2002).
- 4) Afin de limiter le manque à gagner occasionné par des factures impayées du service de garde et d'urgence, elles pourraient être acquittées par un pool alimenté par exemple pour moitié par le canton et pour moitié par les sociétés médicales cantonales.

3.6 Formation postgrade et formation continue

D'une manière générale, chaque médecin praticien doit être capable de traiter des urgences. Des médecins autres que de 1er recours doivent pour le moins être en mesure de traiter les urgences relevant de leur domaine de spécialisation. Ces connaissances, les médecins doivent les acquérir au cours de la formation de base, la formation postgrade et la formation continue des professions médicales. Pour délivrer une autorisation de pratiquer, on peut par exemple exiger la preuve, notamment chez les médecins de 1er recours, que le candidat a suivi pour le moins un cours en soins urgents. Il est ainsi possible d'éviter que soient mis au bénéfice d'une dispense des médecins qui renoncent à assurer le service de garde et d'urgence au motif qu'ils n'y ont pas spécialement été formés. Tant la formation postgrade pour l'obtention du titre de médecin spécialiste en médecine générale ou en médecine interne exige aujourd'hui d'avoir suivi un cours reconnu par la société médicale respective (SSMG et SSMI) en médecine d'urgence (cours de médecin de garde). Chez les pédiatres (SSP), l'introduction d'un tel module est prévu lors de la prochaine révision du programme de formation postgrade. Les médecins suivant ces cours acquièrent la capacité de reconnaître les situations d'urgence dans tous les domaines médicaux et de maîtriser l'institution de mesures immédiates. Il s'agit notamment de maîtriser la réanimation cardio-pulmonaire, y c. la défibrillation/conversion électrique, mais aussi l'hémostase urgente (cf. le programme de formation postgrade de la SSMI, FMH 2002).

La formation continue des médecins de garde doit se faire avec une certaine régularité. Des organisations telles que la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS)

(tarification adéquate des prestations des médecins de garde) et par le canton (indemnité du temps de présence ou d'attente).

⁴ Ce forfait est prévu pour les consultations ou visites urgentes en dehors des heures de consultation régulières, c.-à-d. le soir durant la semaine ainsi que le samedi après-midi et le dimanche. Il ne s'applique pas aux prestations fournies à l'hôpital et n'est pas cumulable avec le forfait d'inconvenance aux urgences B.

offre des cours de recyclage d'un jour s'appuyant sur les contenus des cours de médecin de garde reconnue par la SSMG et la SSMI et permettant un entraînement périodique en management de patients en danger de mort. La question se pose de savoir dans quelle mesure le canton, les médecins ou les sociétés médicales sont responsables de la formation continue. Tant les cantons que les médecins sont intéressés à un service de garde et d'urgence de haute qualité. Il est donc souhaitable que les cantons participent financièrement à la formation continue. Le canton des Grisons tient lieu d'exemple. Les médecins de garde y reçoivent une indemnité pour suivre le cours de base et se voient donner l'opportunité de suivre un cours de recyclage tous les trois ans (désormais tous les deux ans). (cf. convention entre le canton des Grisons et la Fédération des médecins grisons, 2000).

3.7 Améliorer l'attractivité de la profession de médecin de premier recours

Un service de garde et d'urgence attractif serait de nature à promouvoir l'engouement pour la profession de médecin de 1er recours et, à l'inverse, le service de garde et d'urgence profiterait d'une amélioration générale de l'attractivité de cette profession. Le but déclaré devrait être de rendre à nouveau la profession de médecin de 1er recours attractive pour les futurs médecins.

- L'assistantat en cabinet médical est jugé encourageant pour améliorer l'attractivité de la profession de médecin de 1er recours pour les futurs médecins. Il s'agit donc de créer un nombre suffisant de postes d'assistant.
- Pour de nombreux jeunes médecins, le gel de l'admission actuellement en vigueur a un effet dissuasif. Et cela même si, en pratique, les cantons n'appliquent pour ainsi dire jamais ce principe aux médecins de 1er recours. Mais des entraves n'en subsistent pas moins, par exemple lorsque deux médecins généralistes ou un médecin généraliste et un médecin d'une autre spécialité (p. ex. gynécologie) se mettent d'accord pour se partager un poste et se voient refuser l'autorisation y relative. Dans le cas d'espèce, il serait nécessaire que du côté des cantons l'on reconnaisse clairement le travail à temps partiel des médecins de 1er recours et que l'on informe en conséquence les jeunes médecins.
- Les futurs médecins jugent disproportionnée la charge administrative qui incombe aux médecins de 1er recours. Il convient de réduire cette charge en supprimant en conséquence la bureaucratie qui l'accompagne. Par ailleurs, on pourrait aussi mieux préparer les futurs médecins de 1er recours aux tâches administratives grâce à des cours de gestion et d'informatique durant la formation postgrade.
- L'ouverture ou la reprise d'un cabinet de médecin généraliste représente un risque financier pour de jeunes médecins. Vu les incertitudes existantes telles que la levée éventuelle de l'obligation de contracter ou le développement aléatoire de la valeur du point, les jeunes médecins se voient d'autant plus dissuadés de courir ce risque. Une possibilité de rendre la profession de médecin de 1er recours plus attractive consisterait à créer des positions spéciales dans TARMED à l'intention des médecins généralistes. Par ailleurs, il convient de tenir compte du fait que les tarifs, tels que fixés dans la LAMal, sont calculés au titre de l'économie d'entreprise. Le problème lié à des tarifs diversement attractifs entre les cantons fera l'objet d'un autre débat.

3.8 Mesures spéciales pour les régions marginales

Les régions marginales⁵ sont tout particulièrement concernées par la sous-dotation prévisible en médecins de garde. Lorsqu'un médecin de 1er recours ne peut être remplacé au sein des rayons d'urgence dont les effectifs sont le plus souvent réduits, les médecins restants sont mis à plus forte contribution. Pour cette raison il s'agit de prendre rapidement des mesures.

⁵ Par régions marginales, on entend dans ce contexte les régions à faible densité de population ne comptant qu'un nombre extrêmement réduit de médecins de garde et où, dans le service de garde et d'urgence, de longues distances sont à parcourir.

En principe, toutes les mesures susmentionnées peuvent être extrapolées aux régions marginales. Ce faisant, on tiendra toutefois compte des particularités spécifiques à ces dernières:

- Un tri téléphonique tenant lieu d'avant-poste peut aussi apporter un allègement dans les régions marginales. Cela permet d'éviter les cas de bagatelle.
- Pour optimiser les rayons d'urgence, il y a lieu de tenir compte des conditions géographiques particulières (topographie) et éventuellement des variations saisonnières (p. ex. davantage d'urgences en hiver ou en saison touristique).
- Une collaboration avec des hôpitaux et avec d'autres centres sous direction médicale devra être examinée. On pourrait la concevoir de manière à faire participer des chefs de clinique au service de garde et d'urgence régional ou à créer des ambulatoires régionaux. Il serait p. ex. aussi concevable de faire intervenir des "jokers", à savoir des médecins d'urgence mobiles couvrant les besoins des régions marginales.
- Instauration de l'assistantat au cabinet médical, c.-à-d. création d'un nombre suffisant de postes.
- Tous les maillons de la chaîne de sauvetage devraient être associés à la résolution des problèmes du service de garde et d'urgence.
- Globalement, une promotion générale des régions marginales contribue elle aussi à améliorer leur attractivité auprès des médecins de 1^{er} recours. En revanche, des incitations financières à leur intention pour s'établir dans des régions marginales ne sont guère censées convenir pour atteindre les objectifs fixés.

4 Recommandations

Le médecin de famille est le spécialiste des urgences ambulatoires. Il s'occupe de part en part de la plupart des urgences et dispense un traitement compétent, avantageux et efficace. Le service de garde et d'urgence est donc d'abord une tâche relevant du médecin de premier recours et doit le rester.

D'une manière générale, chaque personne résidant en Suisse devrait avoir son propre médecin de famille qui représente le point de départ en cas d'urgence. S'il est inatteignable, le patient peut s'adresser au service de garde et d'urgence médical. Pour des motifs logistiques, il convient de s'en tenir à l'obligation de servir générale des médecins praticiens.

Pour atténuer les problèmes liés au service de garde et d'urgence, il est recommandé les mesures suivantes définies précédemment aux points 3.1 à 3.8 [*en italique figurent les acteurs qui sont particulièrement sollicités lors de l'application de la mesure respective*]:

- 1) Collaboration des médecins de garde avec l'hôpital et avec d'autres centres sous direction médicale (cf. point 3.1). Une telle collaboration sera adaptée à la situation régionale respective. [*le corps médical (société médicale, associations actives au niveau du district, FMH) ; les hôpitaux ; les cantons (directions de la santé)*]
- 2) Tri des urgences par des numéros unifiés (cf. point 3.2). [*les cantons (directions de la santé) ; le corps médical (société médicale, associations actives au niveau du district, FMH) ; les assureurs*]
- 3) Optimisation des rayons d'urgence (cf. point 3.3). Une collaboration supracantonale serait particulièrement bienvenue. [*le corps médical (sociétés médicales, associations actives au niveau du district) ; les cantons (directions de la santé) s'agissant de la collaboration supracantonale*]
- 4) Uniformisation des règlements de services de garde et d'urgence (cf. point 3.4). [*le corps médical (société médicale, associations actives au niveau du district, FMH) ; les cantons (directions de la santé)*]
- 5) Une meilleure rémunération du service de garde et d'urgence devra intervenir de quatre manières (cf. point 3.5):

- a) introduction d'une rémunération du temps de présence au service de garde. *[les cantons (directions de la santé) et en partie les communes ; les assureurs ; le corps médical (FMH, sociétés médicales)]*
 - b) introduction d'un forfait d'inconvenance aux urgences. *[Une proposition d'introduire un tel forfait se trouve actuellement en main du Conseil fédéral pour approbation]*
 - c) prise en charge de la formation continue aux urgences et de l'infrastructure d'urgence par le canton, comme cela se fait actuellement déjà dans le canton des Grisons. *[les cantons (directions de la santé)]*
 - d) constitution d'un pool ou d'un fonds prenant en charge les factures du service de garde et d'urgence impayées. Ce fonds pourrait être alimenté pour moitié par le canton et pour moitié par les sociétés médicales cantonales. *[les cantons (directions de la santé) ; les sociétés médicales cantonales]*
- 6) Assurer les compétences du service de garde et d'urgence durant la formation graduée, postgrade et continue. Une participation financière des cantons aux cours de base ou de recyclage, à l'instar du canton des Grisons, est approuvée (cf. point 3.6). *[la FMH, les sociétés médicales ; les cantons (directions de la santé)]*
- 7) Le SU profiterait d'une manière générale d'une amélioration de l'attractivité de la profession de médecin de premier recours (cf. point 3.7) et, inversement, un SU attractif rendrait cette profession plus séduisante. Pour améliorer l'attractivité de la profession, on pourrait par exemple diminuer les charges administratives ou promouvoir l'assistantat au cabinet.
- 8) Pour les régions marginales, où il existe un besoin d'intervention particulièrement urgent, les mesures proposées devront être adaptées à la situation spécifique (cf. point 3,8). *[le corps médical (sociétés médicales, associations actives au niveau du district, FMH) ; les cantons (directions de la santé)]*

5 Bibliographie

Littérature citée

- Arnet, B., von Below, G., & Zimmermann, H. (2004). Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen... *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(20), 1052-1055.
- FMH (2002). *Facharzt für Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie. Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002 (letzte Revision: 15. Dezember 2005)*. Bern: FMH.
- Hugentobler, W. (2006). Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. *Primary Care*, 6(26-27), 493-497.
- Marty, F., Meyer, R., Lüscher, S., Gnädinger, M., & Kissling, B. (2006). Dringliche Konsultationen/Notfälle beim Hausarzt - eine Pilotstudie. *Primary Care*, 6(18), 345-347.
- Plattform "Schweizerisches Rettungswesen" der FMH. (1996). *12 Thesen der FMH zum Rettungswesen in der Schweiz*. http://www.fmh.ch/de/data/pdf/thesen_d.pdf
- Plattform "Schweizerisches Rettungswesen" der FMH. (2001). Qualitätskriterien des ärztlichen Notfalldienstes. *Schweizerische Ärztezeitung*, 12(82), 587.
- Qualitätszirkel Brugg. (2002). Selbsteinweisung ins Spital. *Primary Care*(2), 280-283.
- Salisbury, C., Trivella, M., & Bruster, S. (2000). Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. *British Medical Journal*, 320, 618-621.
- Scharplatz, D. (2002). Der Arzt im Rettungskonzept der Kantone. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83(11), 513-514.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2006). *Bericht Notfalldienst. Zur aktuellen Situation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes und Vorschläge zur zukünftigen Organisation*. Bern: GDK/CDS.
- Trutmann, M. (2005). *Magna cum cura. Zur aktuellen Situation der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz*. Bern: Zentralsekretariat GDK.
- Vereinbarung zwischen dem Kanton Graubünden und dem Bündner Ärzteverein betreffend Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes im Kanton Graubünden (2000)
- von Below, G. (2004). Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. In G. von Below (Ed.), *Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in der Schweiz* (Vol. 81, pp. 1-61). Zürich: SGGP.
- Le résumé de l'étude se trouve: von Below, J., & Franz, M. (2005). Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. *Primary Care*, 37(5), 740-742. (<http://www.primary-care.ch/pdf/2005/2005-37/2005-37-441.pdf>)

Autre littérature pertinente

- Beer, J., & Kaspar, K. (2006). Zehn Punkte gegen den Grundversorgermangel. *ARS MEDICI*, 12, 548-549.
- Campell, L., & Marty, F. (2006). Notfalleinsätze der Dienstärzte in Graubünden 2004. *Primary Care*, 5(38), 775-778.
- Hugentobler, W. (2006). Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. *Primary Care*, 6(32-33), 586-589.
- Matter, H., Caduff, B., & Schöb, O. (2006). Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87(19), 849-854.
- Meer, A. (2005). Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch. Erfahrungen aus Holland und Dänemark. *Primary Care*, 5(20), 459-463.

- Meer, A., Simonin, C., Trapp, A., Niemann, S., & Abel, T. (2003). Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(41), 2160-2165.
- Unternährer, R. (2003). *Qualitätssicherung im Rettungswesen*. Bern: Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz SDK.
- van Uden, C. J. T., Giesen, P. H. J., Metsemakers, J. F. M., & Grol, R. P. T. M. (2006). Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Neatherlands: From small-call rotations to larg-scale GP cooperatives. *Family Medicine*, 38(8), 565-569.