

## Projet pour une ré-organisation de la garde de nuit en médecine Générale

### Pourquoi devoir ré-organiser la garde en médecine générale ?

- 1) Un certain nombre de rôles de garde ont trop peu de médecins pour assumer, tous les W-E, une disponibilité du vendredi 19 ou 20H (selon les régions) au lundi 8H (par exemple 2 ou 3 médecins de plus de 60 ans sur un rôle de garde du Condroz). Nous pouvons cependant affirmer que pendant la semaine, durant les jours et heures ouvrables, il n'y a pas un manque de médecin généraliste dans ces mêmes régions.
- 2) Sur certains rôles de garde il y a moins de 10 patients à voir pendant ces heures de W-E. Rappelons aussi que les « vraies urgences », devant être prises en charge rapidement, le seront par le SMUR. De plus l'immense majorité des autres cas aurait pu attendre la reprise le lundi matin ... mais, pour des questions de confort et de facilité, certains n'hésitent pas à appeler le système de garde et ce en dépit du bon sens.
- 3) Si on cible plus particulièrement la nuit, le raisonnement est identique : beaucoup d'appels ne relèvent pas réellement de « l'urgence de nuit » et pourraient attendre le lendemain matin, voir le lundi ! Ces appels durant les nuits proprement dites sont donc excessivement rares (ex : sur la commune de Grivegnée 1 appel toutes les 4 à 5 nuits). Les « vraies urgences » étant déviées directement sur le SMUR. Or on met sur chaque territoire un médecin généraliste de garde pour ces rares appels qui sont presque toujours de confort : quel luxe pour la population mais quelle surcharge pour les médecins ! Rappelons aussi la notion que les visites de W-E et de nuit ne devraient être prises en charge par l'INAMI que s'il s'agissait de « visites urgentes ».
- 4) Difficulté à recruter des jeunes médecins généralistes (nombreuses explications !) et donc de renouveler le cadre et d'ainsi augmenter le nombre de médecins disponibles pour ces gardes.
- 5) La médecine générale n'a pas à supporter seule la « bobologie » du W-E et des nuits. Ces petits cas ne sont pas l'exclusivité de la médecine générale qui, elle, se pratique réellement en semaine avec la prise en charge de cas complexes pris en longitudinal. Mais nous acceptons naturellement une participation pour ces « bobos ».
- 6) Situation critique sur le terrain dans le Condroz ; certains rôles de garde ne pourront plus pratiquement fonctionner dès juillet 2011.

### Que faire ?

Le Conseil Provincial de Liège de l'Ordre des Médecins a été contacté par le Dr Jacqueline Beckers afin de voir si nous pouvions l'aider à trouver une solution pour ce qui est appelé « nuit profonde » c'est-à-dire de 22H à 8H. C'est véritablement cette surcharge (surcharge dans le devoir de disponibilité et non dans la véritable pratique !) de plus inutile (peu de cas ; cas non vraiment urgent ; si cas urgent : médecin généraliste n'a pas le matériel, les compétences ...) qui vient compliquer l'organisation dans certains rôles de garde. La plupart des médecins accepteraient plus facilement les gardes de W-E s'ils étaient certains de pouvoir passer de bonnes nuits et ainsi pouvoir reprendre dès le lundi (pas de possibilité de récupération en médecine générale !)

### Les problèmes qui se posent sont :

- 1) La continuité des soins doit-elle se faire uniquement de médecin généraliste à médecin généraliste ?
- 2) Est-il possible de postposer des visites de quelques heures ?
- 3) Est-il possible d'offrir une disponibilité acceptable pour les patients tant pour les W-E et les nuits sans devoir recruter trop de médecins généralistes sur TOUS les territoires ?
- 4) Est-il possible de rencontrer tous les intervenants qui interviennent dans la garde en médecine générale et d'obtenir l'accord de tous sur un projet ?
- 5) Les hôpitaux accepteront-ils de reprendre la continuité des soins les nuits ?
- 6) Est-il possible d'organiser la garde en médecine générale en tenant compte des particularités de chaque cercle et donc ne pas avoir exactement la même organisation sur chaque rôle de garde ?

### Après un travail du Bureau nous avons abouti aux conclusions suivantes :

- La continuité des soins doit permettre aux patients d'être en contact avec un médecin ayant la formation pour lui répondre ; peu importe sa spécialité s'il a les compétences. Dans ce cadre une continuité des soins de la médecine générale reprise par des urgentistes semble possible.
- Si le médecin, après avoir pris ses précautions (par exemple en suivant un algorithme décisionnel éprouvé ...), pense que la pathologie présentée par le patient n'est pas du domaine de l'urgence, il pourra proposer au patient d'attendre le lendemain matin : le Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins de Liège considère que le médecin n'aurait plus déontologiquement le devoir de se déplacer automatiquement s'il est convaincu que le patient peut attendre. Dans le cadre légal actuel, devant les tribunaux, le médecin concerné est responsable de ses décisions.
- Le Conseil Provincial peut aider à la recherche d'une solution pour autant que tous les acteurs soient consultés et marquent tous leur accord, particulièrement la Commission Médicale Provinciale.
- Les solutions proposées doivent être individuelles et différentes selon les besoins et les situations des cercles concernés puisque les problématiques rencontrées sont éminemment variées : le GLAMO et la ville de Liège ont une superbe solution (maison de garde) qui ne pourrait être transposée telle quelle dans un village Condruzien !

### Recherche de solutions

Le Bureau du Conseil Provincial de Liège charge le Dr Leclercq Daniel (Vice-président) de rencontrer les différents acteurs et de voir les possibilités d'ébauche de solution.

Ont été rencontrés :

- 1) Différents représentants de cercles de médecine générale (« SMG » Grivegnée, « CMC » Condroz, « SMFB » Fléron-Beyne-Heusay, « AGCCT » Chênée- Chaudfontaine-Trooz, « CEGES » Seraing)
- 2) Le CHU (Prof Pierre GILLET et le Dr BRASSEUR)
- 3) L'Hôpital de Huy (Dr FONZE)

- 4) La Commission Médicale Provinciale (Drs DIRICK et RENARD)
- 5) Société de transport Mobilis (Dr LELOUP )
- 6) A rencontrer : INAMI (rendez-vous demandé), Région Wallonne, Fédéral ?

Trois Cercles se sont particulièrement penchés sur la question : l' « AGCCT » Cercle de Chênée-Chaufontaine-Trooz représenté par le Dr Résimont, le « CMC » Cercle médical du Condroz représenté par le Dr Beckers et le « SMG » Cercle de Grivegnée représenté par le Dr Jacquemain. En collaboration et aidés par le Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins, ils ont développé le projet de concert.

En annexe, un projet de collaboration entre les hôpitaux CHU-CNB avec les rôles de garde du Condroz, le même projet a été proposé à l'hôpital de Huy. Dans les 2 à 3 mois, il sera proposé aux cercles de Grivegnée et Chênée-Chaufontaine-Trooz, c'est-à-dire des communes en périphérie de ville.

Cet accord serait un « projet pilote » qui nous permettra d'étudier sur le terrain les résultats de cette réorganisation avant de la proposer aux autres cercles de MG et aux autres hôpitaux. L'intérêt de faire cet essai avec le CHU est naturellement de pouvoir faire une étude des résultats avec une institution réputée.

#### Résumé de la proposition

Entre 22H et 8H, le patient qui appelle le médecin généraliste de garde est renvoyé vers un numéro de téléphone (« Tri »). Ce dernier sera dans un premier temps géré par les urgences de l'hôpital mais il devrait par la suite et idéalement être du type 1733 (actuellement en expérimentation dans d'autres régions).

Ce tri doit disposer d'un algorithme éprouvé (recherches actuelles vers l'étranger).

Les cas suivants peuvent se poser :

- 1) Il s'agit d'un cas nécessitant le SMUR => création d'un « appel triangulaire » :  
« patient-Tri-100 ». Soit le 100 considère que c'est bien un appel relevant du SMUR et il le prend en charge, soit le 100 considère qu'il ne s'agit pas d'un appel SMUR => le Tri le reprend en charge.
- 2) Il ne s'agit pas d'un cas SMUR mais il est utile que le patient soit vu dans les heures qui suivent :
  - A) Il est proposé au patient de venir par ses propres moyens aux urgences de l'hôpital ou de se rendre dans une « maison de garde ».
  - B) Si le patient ne peut venir par ses propres moyens, on lui propose d'aller le chercher en « transport médicalisé » (Mobilis) pour l'amener soit aux urgences hospitalières soit à la « maison de garde ».
- 3) Il ne s'agit pas d'un cas SMUR mais il est utile que le patient soit vu dans les heures qui suivent et il ne peut se déplacer ni de lui-même ni en transport médicalisé. Le Tri se charge de lui envoyer le médecin généraliste de « garde secteur » : c'est à dire le médecin désigné parmi le regroupement des rôles de garde. Ceci permettra de diminuer le nombre de MG de garde la nuit inutilement et donc ceci diminuera la fréquence des gardes de nuit en MG. Le patient sera prévenu du délai d'attente ; car le médecin risque

de venir de plus loin. Le médecin généraliste pourra demander à la société Mobilis de venir le chercher pour le conduire chez le patient et le ramener (il faudra trouver les subsides pour le paiement de ce transport !).

- 4) Le médecin du Tri aboutit à la conclusion que la pathologie peut attendre le lendemain matin, il sera proposé au patient d'attendre la reprise de la garde de médecine générale de jour le lendemain ; si le patient ne marquait pas son accord : revenir au point 2 voir 3.

Pour le Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins, Dr Daniel LECLERCQ

Pour le CMC ASBL, Dr Jacqueline BECKERS

Pour la SMG ASBL, Dr Christiane JACQUEMAIN

Pour l'AGCCT ASBL, Dr Paul RESIMONT