

CNSMU

Conseil National des Secours Médicaux Urgents

En tant que représentant des Cercles de MG qui organisent la garde de MG en région wallonne et en tant qu'acteur dans la genèse du 1733 depuis 2010, la FAGW tient à formuler quelques avis et demandes au CNSMU. Celui-ci a pour mission de conseiller le ministre de la Santé et à l'occasion de la nouvelle version du manuel belge de régulation médicale (MBRM), nous estimons important de pouvoir être écoutés.

Tout d'abord nous n'avons pas de représentant dans ce Conseil qui, depuis peu, touche à un élément clé qui impacte notre pratique et l'organisation de la garde qui nous incombe : le tri. Nous demandons à avoir une présence et un vrai poids dans ce groupe ainsi qu'une autonomie dans les matières qui nous concernent, à savoir les niveaux 6, 7 et 8 du MBRM.

Si nous avons participé au GT2 consacré à la révision des protocoles du MBRM par la présence du Dr Guy Delrée, nous regrettons qu'il n'ait pas de droit de vote et que les positions sur les sujets nous concernant ne soient pas prises en considération. La MG francophone n'a en effet qu'une voie consultative et très isolée dans une assemblée où la majorité est composée de personnes étrangères à notre métier et ses réalités : les directions de centrales, les urgentistes, les infirmiers, les préposés et les MG Flamands qui vivent une réalité différente. Certes sur la plupart des protocoles nous avons pu nous rejoindre sur le plan strictement médical. Mais sur le plan opérationnel nous n'avons pas pu être entendu ni respecté dans nos prérogatives d'organisation de la garde. Rappelons que nous sommes des indépendants à qui il est demandé d'assumer la continuité des soins, et qu'à l'instar de notre travail en journée, nous ne concevons pas qu'on nous dicte la manière d'organiser notre travail, a fortiori si ce n'est pas pertinent ni consenti.

Le 1733 et la garde sont 2 maillons d'une chaîne au service du patient qui a un besoin de santé non différé aux heures ouvrables suivantes. Le 1733 était au départ au service de la médecine générale, mais cela s'est hélas inversé, accompagné par une perte de sens que nous n'acceptons pas.

Outre la perte de sens, nous ne disposons pas d'informations nécessaires pour un bon fonctionnement en PMG. Celles-ci devraient facilement nous être fournies par le 1733 : les noms, prénoms, numéro de GSM/tel, l'adresse de la visite. Ceci en plus des infos déjà communiquées (motif, protocole utilisé, niveau (N6-7), type de contact (consultation – visite) et heure de l'appel). Cela nous est refusé avec pour conséquence un surcroît du travail pour notre back office (que ce soit des structures comme Allo-santé ou les accueillantes des PMG) qui n'a pas de temps de pallier cette carence. Il ne nous est pas possible d'augmenter nos capacités qui sont déterminées par le financement de l'Inami.

Autre demande importante c'est le retour, comme sous l'ère de la ministre De Block avec la validation par l'administration, d'une version wallonne du MBRM. En nombre de modifications elle différera peu. Mais au niveau du SENS de notre travail et de son organisation certaines sont capitales :

- Le principe de la nuit profonde. Entre 23h et 8h du matin, seuls certains appels sont justifiés par leur pertinence à ce moment-là et par l'apport d'une valeur ajoutée de la MG. Certes ceux-ci doivent faire l'objet d'une prise en charge par le MG de garde. Outre les constats de décès non attendus, il s'agit des personnes en soins palliatifs, grabataires ou en MRS dont la prise en charge ne peut attendre 8h du matin. Tous les autres motifs relèvent soit d'une prise en charge hospitalière, soit d'une prise en charge en MG de journée (médecin traitant ou de garde les WE et JF).
- A partir de 23h, pendant cette nuit profonde donc, la veille des jours ouvrables (du dimanche au jeudi) seuls les N6 doivent faire l'objet d'un envoi de fiche xml à la médecine générale. Les N7 (et les N8) ne relèvent plus de la garde puisque le délai dans lequel la réponse médicale doit être apportée arrive pendant les heures normales de pratiques. Il doit être répondu à ces appels de faire appel à la médecine générale de journée et ces fiches ne doivent plus être transmises au PMG. C'est une illustration de l'autonomie d'organisation que nous demandons pour effectuer notre travail. De la même façon que nous sommes libres de fixer le délai de rendez-vous lors de notre pratique en journée, nous devons le rester pour la garde. Nous constatons déjà des effets pervers avec des patients qui utilisent le 1733 non pas pour des soins non programmables mais comme un coupe-file pour accéder plus rapidement à la MG.

Il est important que tout le monde ait bien conscience que le véritable métier du MG c'est en journée au sein de sa patientèle. Le nombre de contact en garde représente entre 2% et 2.63% de ses contacts en patientèle. Contrairement aux autres professionnels des soins non programmables, la garde n'est pas le métier du généraliste mais vient en supplément au dépend de son temps de repos. Lorsqu'il est de garde en nuit de semaine par exemple, l'immense majorité des MG aura travaillé toute la journée qui précède cette nuit et travaillera toute la journée qui la suivra. Dès lors en dehors des heures normales de pratique l'accès aux soins de MG doit être réservé uniquement pour ce qui ne peut vraiment pas attendre et pour lequel un contact de MG à ce moment-là a une réelle plus-value. Cela ne transparait pas du tout dans le tri qui est fait par le 1733.

De même, l'imposition d'assurer un contact dans les 12h (N7) par cette même garde qui n'est par définition pas continue (elle ferme de 8h à 18h) est une ineptie qui doit être levée.

Pour les N6 en nuit profonde, nous assistons encore à trop d'appels non pertinents qui réveillent le MG, essentiellement à cause des protocoles mais aussi parfois en raison de leur interprétation par les préposés (recours rapide à des notions de douleurs insupportables, d'appel mal défini ou « d'environnement non sécurisé »).

Dans tous les cas à la base il y a une méconnaissance du rôle et du travail du MG, tant par les préposés que par une bonne partie des intervenants représentés dans ce CNSAMU et l'absence de volonté de préserver la force de travail de la médecine générale en journée. La garde de médecine générale a trop tendance à devenir, malgré nous, un night-and-day de la médecine générale via des protocoles trop facilement contournables ou contournés. Cela vient à l'encontre de l'objectif que nous défendons pour l'accès par la population à un généraliste en journée partout sur le territoire. Car il est préférable de restreindre un peu l'accès aux demandes de soins à des moments non pertinents (nuit profonde) pour accroître cet accès, cette offre médicale, en journée et ce sur l'ensemble du territoire. Les zones en pénuries, souvent rurales souffrent le plus des gardes actuelles trop récurrentes et non pertinentes, ce qui dissuade les nouvelles installations de MG. Elles payent en effet une quintuple peine :

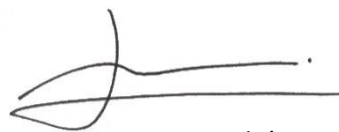
1. Du fait de la pénurie et la faible densité de population et donc de médecins, ceux derniers sont beaucoup plus souvent de garde (réurrence).
2. Leur garde sont surchargées de personnes qui devraient consulter en journée mais qui estiment à tort ne pas pouvoir attendre le rendez-vous proposé.
3. Leurs trajets sont longs, dépassant parfois 1h de route la nuit pour arriver à une MRS, soit 2h30' pour un seul contact.
4. Les honoraires pour ces gardes y est faible, en dessous du taux moyen en journée, car les temps de trajets ne sont pas rémunérés.
5. Les MG des zones rurales sont surchargés de travail et être de garde est devenu un stress important car cela revient à ne pas se reposer (ou peu et mal) pendant une période de 36h. A cela vous pouvez rajouter la perte de sens qui révolte les MG de garde face à ces patients vus en soirée qui ont les mêmes plaintes que ceux qu'ils ont vu ou qu'ils verront en journée et qui pourrait vraiment attendre le lendemain. Beaucoup nous avouent leur manque d'empathie dans ces conditions ce qui n'est pas propice à des soins de qualité. Certains nous envoient d'ailleurs des certificats médicaux d'inaptitude.

Le MG de terrain n'est pas responsable de ce problème de pénurie de MG que nous dénonçons depuis de nombreuses années que les autorités et les politiques ont nié et maintenant sous-estiment. Il ne peut, comme c'est le cas actuellement, peser sur la garde et aggraver nos conditions d'exercice. En effet les soirs de semaine la toute grande majorité des appels provient soit de patients qui n'ont pas de médecins, soit dont le médecin n'a pas pu les recevoir le jour même soit que cela arrange de venir le soir. Cela ne peut pas être une raison suffisante pour recourir à la garde. Le tri 1733 devrait nous en protéger et ce n'est pas le cas. Il est important qu'on nous donne les moyens d'assurer le meilleur accès des soins possible en journée, notamment en nous permettant de nous reposer tout en gardant une garde qui ait du sens et soit supportable. Le tri et la vision actuels du CNSMU vont à l'encontre de cela. Autrement dit, nous préférons restreindre l'accès aux soins en gardes aux choses vraiment importantes pour garantir voire élargir cet accès aux soins de MG en journée ! Nous avons pour cela besoins de médecins respectés dans leurs moments de repos et dont les gardes ont vraiment du sens, une plus-value.

Nous demandons donc à ce Conseil et au ministre de prendre le recul et d'avoir la clairvoyance nécessaire pour ne pas imposer des principes insensés et contre-productifs par le seul argument d'autorité... que nous contestons d'ailleurs.

Nous vous remercions d'avoir connaissance de nos demandes et sommes à votre disposition pour toute explication ou argumentation complémentaire ainsi que pour mettre en place les réponses nécessaires.

Avec nos meilleures salutations,



Dr Guy Delrée
Président FAGW asbl