**** Le 15 juin 2018

**Note du Cartel à la plateforme d’accompagnement  « garde » du SPF santé publique**

Question du SPF santé publique :

« Au niveau local et au niveau des politiques, il existe une demande croissante pour l'emplacement des postes de garde dans un cadre intégré, où plusieurs postes de garde et plusieurs services d'urgence fonctionnent ensemble dans le cadre d’une collaboration. Si un nouveau poste de garde est prévu dans cet environnement ou si les postes de garde existants veulent ou doivent être déplacés, sur base de quel cadre ou de quels critères les endroits devraient-ils être sélectionnés?  
Les approches suivantes ont déjà été suggérées lors de la réunion du 31 mai 2018: l'analyse de la mobilité, la qualité au meilleur prix pour les pouvoirs publics. Quels éléments peuvent être ajoutés à cela pour que les acteurs puissent atteindre les meilleurs endroits? »

Réponse du Cartel :

S’il est certain que des critères d’analyse doivent être définis, il y a lieu de rester prudent face à une éventuelle standardisation trop rigide qui en découlerait.

A côté des critères évoqués (mobilité et prix), la question fondamentale est le **besoin de la population dans le bassin de soins concerné**, son centre de gravité et sa densité de MG, ses caractéristiques majeures (ruralité, milieu urbain,..) et la densité de population y relative.

En sus de la mobilité, l’évaluation de l’accessibilité de la patientèle (aussi avec des moyens autres que la voiture) est à envisager. Pour éviter d’exclure le concept de Poste Avancé de Garde dans les régions au territoire étendu.

La phrase « la qualité au meilleur prix pour les pouvoirs publics » doit être sérieusement explicitée car certaines interprétations pourraient entraîner des décisions rapides aux conséquences fâcheuses.

* Il importe d’oser évaluer les surcoûts des prises en charges hospitalières (examens complémentaires pour assurer un diagnostic exhaustif…) et les économies générées par les prises en charges en PMG.
* Avant tout ce qui est fondamental c'est que les urgentistes et les MG reconnaissent les spécificités de chaque métier, et la qualité du travail de chaque profession qui ne répond pas aux mêmes critères et aux mêmes objectifs.  Ce n'est que trop rarement le cas des urgentistes vis-à-vis du travail des MG. Cela génère malentendus et mauvaise collaboration et donc mauvaise qualité des soins dans le suivi.
* Il est nécessaire d’évaluer les PMG en fonction des critères acceptés par la profession généraliste. Les MG les ont créés pour rendre la garde supportable pour les prestataires (équilibre vie privée/vie professionnelle) et sécurisée... et pour assurer la continuité des soins par le prestataire adéquat au moment adéquat et non pour diminuer la fréquentation des urgences à tout heure de jour comme de nuit, sous un motif légitime ou non.
* Il est indispensable de garantir une indépendance des MG et il faut que les urgentistes acceptent le mode de fonctionnement des MG. Que le PMG ferme en nuit noire ou est ouvert en pleine nuit, il importe que tous les membres du service des urgences soient convaincus de la légitimité de ce fonctionnement, de l'urgentiste à l’accueillante. Il importe qu’un tri efficace (1733 et un tri aux urgences, compatibles) soit réalisé pour éviter d’envoyer les cas inutiles (qui peuvent être reportés au lendemain) au PMG et réveiller le MG (qui a travaillé toute la journée et travaillera demain encore alors que les prestataires du service des urgences récupèrent). C'est loin d'être acquis et c’est pourtant une condition importante.
* Il faut aussi revoir le financement, et en particulier oser mettre sur la table une réforme des honoraires des médecins en garde et du service des urgences. Dans certaines régions, les médecins gagnent 30euros de l’heure pendant la garde. Ceci n’est pas digne d’un service public.

Docteur Anne Gillet (GBO/Cartel) Docteur Reinier Hueting (ASGB-Kartel)