

Service de garde des médecins généralistes – Proposition de modification de l’art. 9, §1, de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé

Doc	a130016
Date de publication	08/05/2010
Origine	NR
Thèmes	Médecin généraliste
	Garde médicale

Lettre du docteur JP BARROY, président CPO Brabant (F) concernant une demande d’avis de madame Dominique TILMANS, sénatrice

1. Le premier angle d’approche de madame Tilmans - à titre de motivation - est la problématique de l’obligation pour le médecin généraliste de garde de se déplacer pendant la garde : selon l’article 9, § 1^{er}, de l’arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé, il est seulement question de dispenser des soins tant en milieu hospitalier qu’ « à domicile ».

Il pourrait être conclu de la lecture de cette disposition que les soins « au cabinet » du médecin généraliste n’ont pas été prévus, et que de ce fait, le déplacement du médecin généraliste « à domicile » est implicitement impératif.

2. Le deuxième angle d’approche de madame Tilmans est de faire dépendre exclusivement de « l’appréciation du médecin concerné » la décision du choix d’une consultation au cabinet ou d’une visite à domicile, et donc de se déplacer ou non lors d’une demande de soins pendant le service de garde.

Ceci permettrait de moduler en fonction de la justification médicale la nécessité pour le médecin généraliste de se déplacer. Pour contrer des abus manifestes », le médecin généraliste de garde aurait même la possibilité de répondre par un refus radical sans induire une responsabilité pénale (Code pénal 422bis) pour « non assistance à personne en danger ».

Avis du Conseil national :

En sa séance du 8 mai 2010, le Conseil national a examiné la demande d’avis de madame D. Tilmans concernant une modification de l’article 9, § 1^{er}, de l’arrêté royal n° 78, du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé.

En ce qui concerne le premier point, le Conseil national estime, à la lecture de l’arrêté royal n° 78, article 9, § 1^{er}, que le but de l’instauration de services de garde est de garantir à la population « la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu’à domicile ». Cette dernière précision du texte vise plutôt une distinction entre la médecine spécialisée intramurale de deuxième ligne et la médecine générale extramurale de première ligne.

Dans des avis antérieurs du Conseil national (Avis du Conseil national du 12 décembre

1998 « Gardes en médecine générale » BCN 84, p. 12 - Avis du Conseil national du 16 septembre 2000 « Service de garde des médecins généralistes - Accessibilité - Publication du rôle de garde sur un site Internet » BCN 90, p. 11), il a été souligné que pour garantir la continuité des soins, le médecin de garde doit, d'une part, être joignable et disponible pour ses patients et, d'autre part, disposer d'un cabinet correctement équipé sur le territoire de la garde.

En ce qui concerne la réalisation concrète de l'arrêté royal n° 78, article 9, § 1er, (« que des groupements constitués à cet effet peuvent instituer des services de garde »), l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes définit les « Missions » des cercles de médecins généralistes, et dans sa section II, les modalités de l'« Organisation du service de garde de médecins généralistes » ; en particulier, l'article 5, 3°, dispose que le cercle de médecins généralistes doit élaborer son règlement interne pour le service de garde où sont fixées les modalités pratiques relatives à l'organisation et aux engagements entre les prestataires, et que ce règlement doit en outre spécifier les modalités pour le contrôle interne de la qualité.

Le service de garde de population engage donc, sur le plan des charges et de la responsabilité, tant le cercle de médecins généralistes organisateur que le ou les médecin(s) généraliste(s) qui preste(nt) les gardes : toutes les règles légales et déontologiques à ce sujet sont fixées par le règlement interne pour le service de garde, lequel est contraignant et doit être contrôlé et approuvé à la fois par la commission médicale provinciale et par le conseil provincial de l'Ordre compétents.

Ce règlement interne pour le service de garde stipule, entre autres, qu'à l'intérieur d'une zone de médecins généralistes, seuls sont en mesure et ont le droit de participer à la garde les médecins généralistes qui disposent d'un cabinet équipé, cela par analogie avec les exigences déontologiques.

En outre, bon nombre de cercles de médecins généralistes dans les villes et grandes villes ont déjà créé des postes de garde de médecins généralistes disposant de cabinets médicaux correctement équipés. Ces types de projets sont légalement reconnus et subventionnés parce qu'ils contribuent à une plus grande joignabilité, à davantage de visibilité et à une meilleure accessibilité pour la population.

Pour autant que l'expression « à domicile », dans l'article 9, § 1er, de l'arrêté royal n° 78, soit (puisse être) source d'imprécision pour l'interprétation à lui donner et permette de la comprendre comme une limitation légale unilatérale (involontaire) des interventions du service de garde de population à des visites à domicile, excluant la possibilité de proposer/effectuer des consultations dans un cabinet, ce n'est pas ce qu'attestent les modalités de fonctionnement des services de garde des médecins généralistes dans la pratique ni leur réalisation dans les faits depuis plus de 40 ans après l'entrée en vigueur de cet arrêté royal n° 78 (10 novembre 1967).

L'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes détermine au chapitre II, article 10, les « Critères de maintien de l'agrément et du titre professionnel particulier de médecin généraliste » (extrait) :

« 1° [...] Le médecin généraliste agréé dispense ces soins tant au domicile du patient que dans son cabinet et prend en charge les patients sans aucune forme de discrimination. [...]

4° Le médecin généraliste agréé participe à la garde organisée par les cercles de médecins généralistes, comme prescrit dans l'arrêté royal du 8 juillet 2002 précité.

5° Le médecin généraliste agréé assure la continuité des soins des patients qu'il traite,

conformément à l'article 8, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 précité : dans le cadre de la relation avec ses patients, le médecin généraliste prend toutes les mesures pour que la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ceux-ci soit poursuivie sans interruption.

Pendant les périodes dans lesquelles un service de garde de médecine générale n'est pas disponible, le médecin généraliste agréé prend les mesures nécessaires pour organiser la continuité des soins au profit des patients qu'il traite.

6° Le médecin généraliste agréé assure la permanence des soins. La permanence signifie pour les patients l'accès aux soins de médecine générale pendant les heures normales de service. Par heures normales de service, on entend les heures qui ne sont pas prises en compte par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour payer des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés, [...] ».

De cela il découle que la médecine de première ligne - exercée par les médecins généralistes agréés - dispense des soins tant au cabinet qu'au domicile du patient, et prend en charge les patients sans aucune forme de discrimination (arrêté ministériel du 1er mars 2010, article 10, 1°).

Dans le cadre de cette continuité des soins assurée par un autre praticien ayant la même qualification légale (arrêté royal n° 78, article 8, § 1er), les médecins généralistes agréés font appel de préférence aux services de garde organisés par les cercles de médecins généralistes, auxquels ils sont légalement tenus de participer (arrêté ministériel du 1er mars 2010, article 10, 4°) et ce tant les week-ends et les jours fériés que pendant la semaine « en dehors des heures normales de service » par des permanences hebdomadaires.

La dispensation des soins médicaux pendant les gardes exclusivement par d'autres médecins généralistes agréés (arrêté ministériel du 1er mars 2010) et des MGF (médecins généralistes en formation) est une condition sine qua non étant donné la qualification légale requise. Il est donc évident que, durant tous les services de garde organisés de/par des médecins généralistes agréés, des visites « au domicile » sont possibles et peuvent être nécessaires pour la « dispensation régulière et normale des soins de santé » tout comme des consultations dans un cabinet, car cela constitue par définition la base de la médecine générale.

Ceci a déjà été affirmé antérieurement par le Conseil national (Avis du Conseil national du 6 décembre 2008 « Garde de médecine générale : participation obligatoire - déplacement du médecin de garde - triage téléphonique », BCN 123).

* * *

En ce qui concerne le deuxième point - l'octroi d'un pouvoir d'appréciation au médecin généraliste de garde pour lui permettre, après évaluation de la demande de soins et pour contrer des abus manifestes, de décider sous sa responsabilité de l'opportunité d'un déplacement - le Conseil national souhaite souligner que la problématique est complexe et qu'elle doit être appréhendée dans un cadre plus large parce qu'elle concerne plusieurs parties impliquées et intéressées : le patient, le cercle de médecins généralistes organisateur, les médecins généralistes locaux et le médecin généraliste qui preste la garde.

1° Le patient a des droits précis en vertu de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (LDP) : il est la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés à sa demande ou non, entre autres, à la demande de son représentant (articles 12-15) ou dans une situation de secours d'urgence (article 8, § 5).

LDP. Article 5. « Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. »

Le médecin - également le médecin généraliste en tant que praticien professionnel pendant le service de garde - doit agir, pour dispenser ces prestations de qualité, en conformité avec les normes générales de prudence du droit de la responsabilité civile, et ce en appliquant les critères et les normes scientifiques en vigueur .

Toute appréciation individuelle/personnelle du médecin généraliste de garde doit donc être relativisée et doit pouvoir être jugée à l'aune de ce qui est généralement admis et courant dans le groupe professionnel comme étant l'exercice normal de la profession (en bon père de famille).

Pendant le service de garde, le médecin généraliste traite la plupart du temps des patients dont il ne connaît ni les antécédents médicaux ni le contexte socio-familial. La difficulté est alors de pouvoir discerner clairement ce que sont des « besoins » médicaux objectifs/objectivables et des « souhaits » plutôt subjectifs qui ne nécessiteraient pas une intervention médicale. Il reste hasardeux que des décisions finales soient prises sur la base uniquement d'une communication à distance (cf. consultations téléphoniques, systèmes de dispatching et/ou de triage) en étant fondées indirectement sur une évaluation subjective de plaintes relatées par le patient ou son entourage, parfois imprécises ou plutôt vaguement formulées, sans un quelconque examen médical direct sur place par le médecin de garde. (Avis du Conseil national du 16 février 2008 « Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires » BCN 120, p. 5 - Avis du Conseil national du 7 juin 2008 « Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires » BCN 121, p. 6 - Les avis du Conseil national du 6 décembre 2008 « Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 » « Garde de médecine générale : participation obligatoire - déplacement du médecin de garde - triage téléphonique » « Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance » BCN 123).

Le Conseil national a déjà souligné, dans l'intérêt du patient, la plus-value qualitative d'une consultation au cabinet par rapport à une visite à domicile, notamment pendant le service de garde (Avis du Conseil national du 21 avril 2007 « Garde de médecine générale » BCN 116, p.9). C'est pourquoi un dialogue est recommandé entre le patient et le médecin généraliste de garde afin de discuter ensemble des possibilités et/ou des difficultés de déplacement et de se mettre d'accord clairement à ce sujet. Cela doit permettre de donner dans chaque cas la suite adéquate à la demande de soins.

Ces dernières années, la population a pris conscience qu'il est préférable de se rendre à la consultation pour recevoir des soins médicaux - également du médecin généraliste - et de réserver la visite à domicile aux situations urgentes et/ou exceptionnelles. La statistique révèle donc une diminution des visites à domicile et une augmentation des consultations.

Un certain nombre de patients - des personnes âgées, notamment en MR et MRS en tant qu'environnement remplaçant le domicile - ne peuvent toutefois simplement pas se déplacer, et ce pour des raisons tant médicales que sociales.

LDP. Article 6. « Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi. »

Pendant la garde de médecine générale, ce libre choix est cependant limité de facto (s'il y a plus d'un médecin généraliste de garde) ou est même inexistant (s'il n'y a qu'un seul médecin généraliste de garde). Ce fait a un impact considérable sur la

relation juridique qui naît entre le médecin et le patient étant donné l'évidente nécessité pour chaque patient de devoir faire appel dans ces circonstances à ce(s) médecin(s) généraliste(s) de garde. De ce fait, le contrat de soins devient beaucoup moins facultatif pour les deux parties et donne encore moins la possibilité au médecin généraliste de garde de le refuser.

Si un médecin généraliste de garde écarte un appel et, notamment, « refuse », pour une quelconque raison, d'effectuer une visite à domicile, il se peut que le patient utilise son « libre choix » ou le modifie, et s'adresse directement à la deuxième ligne et aux hôpitaux. En ce cas, il existe un régime légal pour le transport en ambulance d'une part, et d'autre part, l'accès à l'admission d'urgence ne sera aucunement limité étant donné l'obligation d'assistance.

2° Suivant l'arrêté royal n° 78, article 9, § 1er, élaboré concrètement par l'arrêté royal du 8 juillet 2002, la deuxième partie est le cercle de médecins généralistes organisateur.

Le cercle de médecins généralistes représente ces derniers (article 3 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002) et compte parmi ses attributions la promotion des soins de santé de première ligne et le travail des médecins généralistes en particulier, ainsi que l'optimisation de l'accès à la médecine générale pour tous les patients de la zone de médecins généralistes.

Cela vaut en particulier pour l'organisation du service de garde définie comme sa deuxième mission. Les modalités du service de garde sont décrites dans le règlement interne pour le service de garde (article 5, 3° de l'arrêté royal du 8 juillet 2002) « contractuellement » contraignant pour le médecin généraliste de garde puisqu'il doit y « souscrire » (arrêté royal n° 78, article 9, § 1er).

Plus spécifiquement, le cercle de médecins généralistes doit communiquer clairement le service de garde à la population (article 5, 5° de l'arrêté royal du 8 juillet 2002) et doit enregistrer et rapporter dans un rapport annuel les plaintes des patients et les plaintes à propos des services (article 7° de l'arrêté royal du 8 juillet 2002).

Les cercles de médecins généralistes (arrêté royal 8 juillet 2002) sont investis par la loi de la charge et de la responsabilité de toutes les missions qui leur sont attribuées, ils jouissent en tant qu'asbl de la personnalité juridique. Le cercle de médecins généralistes asbl exerce dès lors un contrôle direct de toutes les facettes du fonctionnement du service de garde.

3° Les médecins généralistes locaux sont la troisième partie concernée.

Les médecins généralistes participent à l'organisation du service de garde, car ils siègent dans l'assemblée générale du cercle de médecins généralistes, qui fixe en concertation collégiale les modalités concrètes de fonctionnement du service de garde reprises dans le règlement interne pour le service de garde.

Les pratiques de médecins généralistes individuelles et les cercles de médecins généralistes sont parvenus à travailler en symbiose, particulièrement sur le plan de la continuité des soins.

Dans les accords collégiaux, la délimitation entre la permanence pour la patientèle (l'obligation individuelle de continuité des soins (arrêté royal n° 78, article 8, § 1er) et le début du service de garde de population (arrêté royal n° 78, article 9) est un élément essentiel (arrêté royal 8 juillet 2002, article 5, 3°- 6° et arrêté ministériel 1er mars 2010, article 10, 4°, 5° et 6°) pour la mise en place de la continuité des soins en médecine générale « en dehors des heures normales de service ».

Il s'ensuit de facto que le service de garde de médecins généralistes a la responsabilité tant « de la dispensation régulière et normale des soins » pour la population (arrêté royal n° 78, article 9, § 1er) que de la « continuité des soins » (arrêté royal n° 78, article 8, 1er) des médecins généralistes individuels.

Ceci implique que ce service de garde doit être le plus proche possible de la pratique quotidienne telle qu'exercée normalement par les médecins généralistes au sein de la première ligne. Si cela n'était plus le cas, les médecins généralistes pourraient être obligés de rechercher d'autres solutions pour répondre à leur obligation individuelle de continuité des soins, indépendamment des services de garde.

4° La quatrième partie est le médecin généraliste qui preste la garde.

Le médecin généraliste de garde exerce dans les limites strictes d'un cadre légal et déontologique qui, comme développé ci-avant, est fixé in extenso dans le règlement interne pour le service de garde du cercle de médecins généralistes organisateur, auquel il doit « souscrire » : il a l'obligation de se tenir à ces dispositions et aux modalités pratiques de fonctionnement pendant la garde.

Durant le service de garde, le médecin généraliste de garde agit comme « suppléant » des autres médecins généralistes puisque - selon les accords - ils font appel à ce service de garde pour la continuité de leurs soins à leurs patients, et cela au sens large des soins médicaux normaux dispensés couramment au sein de la médecine générale.

Le service de garde des médecins généralistes crée donc un schéma évident d'attentes à la fois du patient et du médecin généraliste local tant sur le plan de la joignabilité que de la disponibilité. Du point de vue de la société également, le service de garde des médecins généralistes constitue une nécessité absolue pour la dispensation normale des soins de santé outre l'aide médicale urgente organisée alors en collaboration avec la deuxième ligne.

Le médecin généraliste de garde a, en tant que médecin, toutes les compétences professionnelles telles qu'attribuées et définies par l'arrêté royal n° 78, notamment la liberté diagnostique et thérapeutique. Et l'exécution de cette mission entre totalement, d'un point de vue médical, dans le champ de sa responsabilité professionnelle.

L'article 422bis du Code pénal (obligation d'assistance) a une signification particulière en ce qui concerne les médecins, certainement lorsqu'il est fait appel à des médecins généralistes durant le service de garde. Dans ce cadre, la notion de « connaissance du péril grave » est d'un intérêt crucial pour l'appréciation d'un appel téléphonique par le médecin généraliste de garde. Il existe une ample jurisprudence à ce sujet où notamment des médecins ont été condamnés pour s'être abstenus d'aller s'assurer personnellement sur place de la gravité médicale de la situation.

Mais, même pour des appels demandant des soins normaux et non urgents, la responsabilité civile (cf. obligation « contractuelle » via le règlement interne du service de garde) impose le devoir général de prudence, qui peut être attendu de tout médecin généraliste dans l'exercice de la médecine générale, en tant que composante de la « mission » du service de garde de médecins généralistes dans le cadre de la garantie de la continuité des soins.

Dès lors, toute demande de soins adressée au service de garde de médecins généralistes doit être appréciée avec la plus grande prudence - de préférence par le médecin généraliste de garde lui-même - et ce médecin généraliste de garde doit en outre toujours y donner une « suite adéquate ».

Le Conseil national remarque que, dans la proposition de modification de l'arrêté royal

n° 78, article 9, § 1er, le pouvoir d'appréciation et la décision qui s'y rapporte concernant le choix entre une consultation au cabinet ou un déplacement sont dévolus « exclusivement » au médecin généraliste de garde.

Mises à part les réserves qu'appelle cette « exclusivité » du droit de décision étant donné les autres parties impliquées et intéressées, une première conclusion sera que l'offre du choix est duale et qu'en tout cas, il doit y avoir une consultation ou une visite à domicile, et que par conséquent, il peut être conclu de l'actuelle proposition législative qu'un refus du médecin généraliste de garde n'est pas une troisième option.

Une deuxième conclusion est que dans les projets, cités par madame D. Tilmans, de « dispatching » par des « tiers » des appels au service de garde de médecins généralistes, dont le projet « 1733 », les modalités de ce dispatching sont opposées au droit exclusif préconisé d'appréciation/de décision par le médecin généraliste de garde. Ces « tiers » peuvent en outre être médecins ou ne pas l'être, et ils peuvent même ne pas être présents physiquement sur les lieux du dispatching et n'être que « joignables ».

Conclusion

Dans la constellation légale actuelle du service de garde de médecins généralistes, deux parties sont revêtues des charges et responsabilités du service de garde, suivant les modalités prévues par le règlement interne du service de garde : le cercle de médecins généralistes organisateur et le médecin généraliste qui preste la garde.

S'il y a, à l'extérieur du cercle de médecins généralistes, un « dispatching » par des tiers des appels destinés au service de garde de médecins généralistes - quel qu'en soit le modèle ou projet - le modèle organisationnel en vigueur change dans une importante mesure, les charges et responsabilités se répartissent autrement et le contexte juridique devient (encore) beaucoup plus complexe.

Les propositions de loi et/ou projets précités sont porteurs de changements fondamentaux pour le service de garde des médecins généralistes. Aussi, étant donné les angles d'approche et les interactions de diverses législations, le Conseil national estime que ces propositions et projets doivent être étudiés au préalable avec la plus grande attention et avec prudence du point de vue légal et déontologique.

cc. Madame D. Tilmans - Sénatrice