

La consultation en urgence: combien de niveaux d'interprétation?

Laurent Reuge

Atelier à l'Assemblée générale de la SSMG à La Chaux-de-Fonds
(orateur: Dr Pierre Froidevaux)

D'une manière générale, l'urgence peut être comprise comme une situation qui requiert une attention immédiate. Mais qui peut déterminer l'urgence médicale, le patient, le régulateur (téléphoniste qui reçoit l'appel et met en branle la chaîne du sauvetage) ou le médecin? Et quels en seront les critères?

Présentation d'une étude

L'objectif principal de cette étude effectuée sur 20 jours en 1998 au sein de SOS Médecins (service d'urgence à domicile indépendant créé à Genève en 1987) a été de comparer l'évaluation de l'urgence de la situation par le patient, le régulateur et le médecin, du point de vue temporel, du point de vue de la gravité du cas et du risque potentiel d'aggravation ainsi que du point de vue de l'anxiété du patient. L'objectif secondaire est la comparaison du ressenti du patient et de celui du médecin avant et après la consultation.

Résultats

Des 1998 patients qui ont consulté SOS Médecins durant la période d'observation, 775 (67,1% de femmes, 32,9% d'hommes) ont été retenus. Les critères d'exclusion comprenaient un handicap physique ou psychologique, une mauvaise compréhension de la langue, un âge inférieur à 16 ans. Si un patient nécessitait plus d'une consultation durant la période d'observation, seule la première intervention était retenue pour l'analyse statistique.

La mesure du *coefficient de kappa* est un outil statistique permettant de mesurer l'accord entre l'ensemble des protagonistes. Entre 0 et 0,2, l'accord est jugé médiocre, faible entre 0,21 et 0,4, modéré entre 0,41 et 0,6, bon entre 0,6 et 0,8 et excellent au delà.

Perception du délai estimé nécessaire

La comparaison de la perception du délai estimé nécessaire a révélé une importance discordance avec

un coefficient de kappa patient/malade de 0,6, patient/régulateur de 0,23 et médecin/régulateur de 0,3. Ou encore, 79% des patients estiment que le délai pour recevoir des soins devrait être de 30 à 120 minutes, alors que 66% des médecins et 61% des régulateurs l'estiment variant entre 2 et 24 heures.

Risque d'aggravation sans prise en charge

En demandant au médecin et au patient quel est le risque d'aggravation si le patient est laissé sans prise en charge médicale, 84% des patients estiment que le problème risque de s'aggraver, avis partagé seulement par 48% des médecins.

Lorsque le médecin estime que le problème médical pourrait s'aggraver, 12% des patients ne le croit pas. Le coefficient de kappa de 0,06 est médiocre entre ces deux protagonistes.

Estimation du risque vital

Concernant l'estimation du risque vital, lorsque le patient s'estime en danger, 73% des médecins ne sont pas de cet avis.

Pire, lorsque c'est le médecin qui estime la vie de son patient en danger, 59% des patients ne partagent pas cet avis (kappa médecin/patient 0,17).

Que ce soit lors de l'estimation de l'aggravation ou du risque vital, on voit donc que certains patients font un déni de la situation (pour différentes raisons). Ces cas interpellent le cercle thérapeutique souvent rétrospectivement. Ce résultat démontre qu'il est sans doute impossible d'arriver à déterminer prospectivement ce que sera une urgence.

Anxiété des patients

Finalement, même si la perception de l'anxiété des patients par les médecins est difficile (38% des médecins ne la perçoivent pas chez le patient, alors que 34% l'estiment à tort), la consultation amène une nette régression de l'anxiété comme en témoigne 73% des patients, alors que 71% des médecins le pensent aussi.

Conclusion

En conclusion, les auteurs de cette étude estiment que la concordance entre patients, médecins et régulateurs dans l'évaluation du degré d'urgence est glo-

blement faible. Ces résultats confirment qu'on ne peut compter sur les patients pour identifier le risque du problème selon des critères médicaux. Pour le patient, ses symptômes ont valeur d'alarme qu'il ne peut interpréter correctement par manque de connaissances médicales. Sa propre interprétation sur un plan émotionnel sera teintée par son vécu, son contexte personnel et de multiples autres facteurs. L'absence de certitude diagnostique impose de rester humbles pour mieux être à l'écoute de chaque patient. Il est intuitif de penser que les résultats d'une étude similaire effectuée dans le cadre d'un cabinet médical où le vécu du patient est (du moins c'est espéré) mieux perçu pourraient être autres. Le monde politique évoque le coût sans avoir la moindre idée de ce que cela représente vraiment.

Une telle étude contribue un peu plus à cette incertitude. Le critère encore le plus fiable est défini par le patient lui-même. Il est du moins le moins conflictuel. Plus la réponse médicale est adaptée et rapide, moins grand sera le traumatisme vécu par le patient qui sollicite les secours.

Etre disponible pour répondre à la demande est la qualité humaine demandée au médecin intervenant en urgence. Quel que soit son haut degré de spécialisation, sa fonction reste un sacerdoce pour résoudre l'énigme de chaque patient.

SSMG
SGAM

Liste des cours reconnus par la SSMG selon l'article 2.2. du programme de formation en médecine générale

Chaque candidat au titre FMH en médecine générale doit attester sa participation à un cours en médecine d'urgence organisé ou reconnu par la Société suisse de médecine générale (SSMG). Si au cours de sa formation postgraduée, le candidat n'a pas accompli de période d'assistantat chez un médecin praticien, il doit suivre au moins deux cours organisés ou reconnus par la SSMG, en plus des cours en médecine d'urgence, selon le nouveau programme de formation postgraduée du 1.1.2002.

Une liste des cours reconnus se trouve sur le site internet de la SSMG www.SSMG.ch, à la rubrique Groupes de travail – Formation postgraduée / Cours.

