

Markus Gnädinger¹, Eva Boesch, Franz Marty

Fusion d'arrondissements – moins de nuits, moins de week-ends

Première partie: sollicitation du service de garde

Résumé

Les arrondissements des services médicaux de garde et d'urgence des communes d'Arbon et de Romanshorn ont fusionné le 1^{er} janvier 2007: ils comprenaient l'un 13 et l'autre 10 médecins, d'un âge moyen de 51 ans (minimum: 42 ans – maximum 60 ans), partageant la charge du service de garde et d'urgence de 22 376 resp. de 14 841 habitants. La diagonale est-ouest du nouvel arrondissement Arbon-Romanshorn comporte 10 kilomètres, les centres-villes sont distants de 7 kilomètres.

La présente étude avait pour but de saisir les changements survenus dans les sollicitations des médecins de garde par les patients et les patientes ainsi que dans la durée des trajets, et les conséquences sur le taux d'occupation des cabinets médicaux. Avant la fusion, chacun des arrondissements occupait un médecin de garde. Maintenant, un service de garde de 24 heures sur 24 (de 8 heures à 8 heures) a été mis en fonction. Il est occupé par un seul médecin. Les jours ouvrables, celui-ci est soutenu par un service de jour (de 8 heures à 18 heures).

Le nouveau règlement abaisse la quantité annuelle des nuits de service requises de chaque médecin de garde de 32 à 16 et celles des week-ends et jours fériés de service de 10 à 5.

Avant la fusion, les patients étaient étrangers au cabinet dans 5 cas d'urgence (de 0 à 26); après ils l'étaient dans 4 cas d'urgence (de 0 à 34) pendant le service de jour, et dans 7 cas d'urgence (de 3 à 27) lors du service de 24 heures. Les fins de semaine, le nombre de ces cas s'éleva de 10 (de 3 à 24) à 19 (de 10 à 38). Les nombres quotidiens de visites à domicile et de minutes de trajet restèrent constants la semaine, mais se multiplièrent par deux les week-ends (de 1 à 2 patients, de 20 à 45 minutes). Les durées de prestations médicales augmentèrent également, pendant les week-ends uniquement, de 358 à 525 minutes. Les médecins durent répondre au téléphone 0,6 fois et intervenir 0,9 fois en moyenne par nuit; ces chiffres restèrent inchangés après la fusion, alors que nous nous étions attendus à un doublement.

Notre étude montre que cette fusion des arrondissements des services de garde d'Arbon et de Romanshorn s'est déroulée sans problèmes, que la quantité de services de nuit et de week-end a notablement diminué, et que le taux d'occupation des cabinets médicaux en service a augmenté. Ainsi la fusion semble une voie tout à fait envisageable pour assurer les soins de premier recours dans les régions de campagne ou de petites agglomérations urbaines. Il reste cependant indispensable de reconstituer par une relève suffisante la population des médecins de famille, dont la courbe d'âge est problématique.

Historique

Les médecins de famille deviennent vieux et leur nombre diminue [1]. Les modifications démographiques prévues dans la population des médecins de famille exigent certaines adaptations dans l'organisation du service médical de garde et d'urgence (SMG) ambulatoire des médecins de famille [2, 3]. En été 2006, la Société des médecins du canton de Thurgovie avait décidé que les arrondissements des SMG devaient atteindre dès le 1^{er} janvier 2007 une taille telle que 15 médecins au moins partageraient le service. Les arrondissements d'Arbon et de Romanshorn ont alors décidé d'un «mariage» pour des raisons géographiques. Arbon doit pourvoir aux soins d'une population de 20 376 habitants, et Romanshorn de 14 811 habitants (état en automne 2006). La diagonale est-ouest de ce nouvel arrondissement mesure dix kilomètres, et la distance entre les centres-villes comporte sept kilomètres.

Cette fusion d'arrondissements de SMG ambulatoires devait donner lieu à une enquête comparative sur le SMG avant et après la fusion. Intervention: fusion des services de garde d'Arbon et de Romanshorn à partir du 1^{er} janvier 2007.

Questions étudiées: quelle est la modification des sollicitations du SMG après la fusion? Le nouvel arrondissement à deux centres entraîne-t-il une augmentation disproportionnée des durées de trajet? Et quel changement survient-il dans le taux d'occupation des cabinets médicaux du SMG?

Méthode

Durée de l'étude

L'étude s'étend sur deux périodes: la première allant du 9 oct. 2006 au 31 déc. 2006 («avant»), la deuxième allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 mai 2007 («après»). Les services étaient assurés pendant 24 heures de 8 heures à 8 heures. Ils avaient lieu dans le cabinet même du médecin; les tours de garde changeaient en principe tous les jours.

Avant la fusion, les villes d'Arbon et de Romanshorn assuraient chacune un service de garde de 24 heures sur 24; après la fusion, il n'y eut plus qu'un seul service, soutenu par un service de jour de 8 heures à 18 heures fonctionnant les jours ouvrables.

Enquête

Au préalable, tous les cabinets médicaux reçurent un questionnaire pour chaque prestation, sur lequel il fallait noter les données sui-

¹ L'auteur est «research fellow» d'une bourse de recherche dans l'Institut de médecine générale (IHAM-Z) de l'Université de Zurich.

vantes (cas d'urgence et de routine): les consultations et visites a) de patients du cabinet, b) de patients étrangers au cabinet; les patients de «routine» inscrits la veille déjà, les minutes de trajet facturées; les prestations médicales; les forfaits urgence-dérangement (FUD) de A à F; le total des appels téléphoniques nocturnes, et la part des consultations résolues entièrement par téléphone.

Nous avons calculé les urgences selon les formules suivantes: pour les patients de nos cabinets, consultations et visites moins les rendez-vous déjà inscrits à l'agenda la veille au moins. Pour les patients étrangers au cabinet: l'ensemble des consultations et visites, moins les consultations et visites des patients de nos cabinets. Nous avons défini les interventions nocturnes de la façon suivante: tous les appels téléphoniques nocturnes moins les consultations résolues entièrement par téléphone.

Comme certains de ces paramètres s'écartent nettement de la distribution normale, nous indiquerons les valeurs médianes de nos données avec les minima et les maxima. Les études statistiques s'effectuent par test U de Mann-Whitney; ces tests n'ont été réalisés que là où ils sont explicitement évoqués. L'intervalle de confiance pour une erreur α est défini pour $p < 0,05$ de chaque côté en queue de courbe; les différences significatives sont marquées d'un astérisque (*). L'évaluation statistique est calculée au moyen du programme SPSS.

Résultats

Les médecins dans l'étude

Des 26 médecins concernés au moment de la fusion, trois quittèrent l'étude, pour raison de maladie, de changement d'arrondissement de SMG ambulatoire ou de fin d'obligation de servir; deux d'entre eux venaient de Romanshorn, le troisième d'Arbon. Parmi les 23 médecins restants, 4 ne participèrent pas au remplissage des questionnaires (tous venaient d'Arbon). Dix-neuf médecins sont restés: toutes leurs prestations furent saisies. Leur âge moyen était de 51 ans (42 à 60 ans).

Nombre d'épisodes de service

Avant la fusion des deux arrondissements, il y eut 168 épisodes de service médical de garde (SMG) de 24 heures en 84 jours contrôlés. Après la fusion, durant 151 jours contrôlés, il y eut en tout 253 épisodes, dont 151 de SMG de 24 heures, et 102 de SMG de jour pendant les jours ouvrables. Pour la période «avant», 134 questionnaires nous ont été retournés et pour la période «après», 215 questionnaires, avec des taux de saisie respectifs de 80% et de 85%.

Nombre de sollicitations

Le tableau 1 compare les sollicitations du SMG avant et après la fusion.

Comme nous nous y attendions, le nombre de sollicitations du service de garde les jours de semaine restait pratiquement inchangé. Par contre, pendant les fins de semaine, le service dut faire face à davantage de cas d'urgence après la fusion. L'augmentation du

nombre de visites a rallongé la durée totale des trajets, et même la durée du trajet par visite (cela ne figure pas dans le tableau). L'augmentation des prestations médicales et la multiplication des FUD facturés reflètent une utilisation plus efficace des capacités médicales dans les gardes de fin de semaine.

Lors des services de garde de jour, nouvellement introduits, nous avons testé les fréquences: quatre cas* d'urgence de patients étrangers au cabinet (de 0 à 34), contre sept (de 3 à 27) lors du service de 24 heures ($n = 91$ resp. 84 , $p < 0,05$).

Nous avons également examiné l'influence des vacances scolaires pendant les jours ouvrables. Ces jours-là, le nombre quotidien de cas d'urgence doublait, que ce soit avant ou après la fusion.

Les nuits

Le tableau 2 montre une vue d'ensemble des activités nocturnes des médecins de garde.

Le nombre d'appels téléphoniques et d'interventions de nuit est resté constant, bien que la garde ait été confiée à un seul médecin après la fusion des deux arrondissements.

Tableau 1

Nombre de sollicitations par épisode de service, avant et après la fusion des arrondissements.

	jours ouvrables		week-ends et jours fériés	
	«avant»	«après»	«avant»	«après»
Nombre de questionnaires reçus	91	175	43	40
Nombre de cas d'urgence (consultations et visites), dont:				
patients du cabinet	6 (1-33)	7 (0-32)	1 (0-15)	2 (0-13)
patients étrangers au cabinet	5 (0-26)	6 (0-34)	10 (3-24)	19* (10-38)
Nombre de visites				
patients du cabinet	0 (0-10)	0 (0-12)	0 (0-3)	0 (0-2)
patients étrangers au cabinet	1 (0-5)	0 (0-7)	1 (0-6)	2* (0-7)
Minutes de trajets	15 (0-95)	10 (0-140)	20 (0-70)	45* (0-125)
Prestations médicales, minutes	636 (85-1094)	633 (46-1144)	358 (90-702)	525* (240-1023)
FUD A,B,C et F	3 (0-12)	6* (1-24)	9 (2-19)	16* (2-25)

Les visites d'urgence sont comprises dans les cas d'urgence, elles figurent donc à deux reprises dans le tableau. Les visites, les temps de trajet et les prestations médicales comprennent également les prestations sans urgence.

* signifie que $p < 0,05$ par rapport à la distribution «avant».

Tableau 2

Nombre de sollicitations durant les nuits de garde.

	«avant»	«après»
Nombre de questionnaires reçus	134	124
Appels téléphoniques	0,56 (0-3)	0,57 (0-4)
Interventions	0,93 (0-5)	0,85 (0-5)

Il s'agit ici des valeurs moyennes et non médianes, les nombres étant très petits.

Discussion

A propos des résultats de notre étude

Comme nous nous y étions attendus, les jours ouvrables, la fusion n'entraîna aucune augmentation du nombre de cas d'urgence par épisode. Les fins de semaine par contre, le nombre de patients par épisode consultant en urgence sans être clients du cabinet avait doublé, passant de 10 à 19 après la fusion; les prestations médicales ont ainsi augmenté, les FUD facturés également; le taux d'occupation des cabinets participant au service de garde fut amélioré, mais il fallut le gérer. Le nouveau règlement ne demande aux médecins plus que 16 nuits de garde annuellement alors qu'auparavant il en demandait 32, et plus que cinq services de fin de semaine et de jours fériés, contre dix dans l'ancien système.

Durant le service de jour, il y eut quatre cas de patients en urgence qui étaient étrangers au cabinet, contre sept lors du service 24 heures sur 24. Cela signifie que trois cas d'urgence sur onze ou environ 27% se présentèrent en-dehors des horaires de consultation. Cette proportion est légèrement plus faible que celle avancée par Marty et al. [5] dans leur étude pilote, où 36% des cas d'urgence (20 parmi 55 cas) arrivent en-dehors des heures de consultation. Toutefois, dans notre étude, les nombres de cas d'urgences sont calculés, alors que dans l'étude de Marty et al. ils avaient été annoncés comme tels, si bien qu'il faut les comparer avec circonspection.

Le service garde de jour s'est avéré comme un complément utile du service de garde. En dehors des périodes de vacances, les consultations et les visites en rapport avec le service de jour sont si peu nombreuses que l'on ne peut pas prétendre à une augmentation de la charge du médecin de service. En cas de visite d'urgence, les trajets sont raccourcis, car les visites s'effectuent dans l'ancien rayon d'activité. Le service de jour permet aux médecins plus âgés une sortie progressive du service de garde. A partir de 60 ans, les médecins sont dispensés de la garde de 24 heures.

Par nuit, il fallut répondre en moyenne à 0,6 appels téléphoniques, ce nombre restant constant après la fusion. La fréquence des interventions nocturnes en contact direct avec le patient, au nombre moyen de 0,9 par nuit, resta également constante. Pour un arrondissement comptant 48 000 habitants, Hugentobler [6] avait indiqué 1,4 contacts téléphoniques et 2,0 interventions: ses chiffres se situent ainsi proches des nôtres. Récemment, Gafner [7] avait publié des données provenant du canton de Berne: avec un appel et 1,1 interventions par nuit, et un arrondissement de 20 000 habitants, ses données se situent nettement au-dessus des nôtres, surtout en ce qui concerne les appels.

Notre étude montre que le nombre des nuits de service et des services de fin de semaine s'est considérablement réduit et que le taux d'occupation des cabinets en service s'est amélioré.

Limites

La définition du cas d'urgence en médecine générale, et son utilisation dans un questionnaire avaient posé quelques problèmes [4]. Dans l'étude, nous avons considéré comme cas d'urgence tout cas non fixé sur l'agenda des rendez-vous depuis le jour précédent au moins (voir partie «méthode»). Le nombre de contacts urgents chez les patients de nos cabinets peut avoir été biaisé par les modifications de rendez-vous et les rendez-vous manqués des patients préalablement inscrits à l'agenda.

La durée de l'étude était trop brève pour pouvoir exclure les fluctuations saisonnières.

Contexte général

La fusion a permis d'élever le nombre de médecins de garde au-dessus de la limite critique de 15 personnes, fixée par la Société de médecine du canton de Thurgovie pour éviter de porter atteinte à la capacité de fonctionnement du service. Pourtant, on peut se demander si les SMG sous leur forme actuelle ne sont pas en soi des modèles de fin de série.

Dans leur rapport sur le SMG ambulatoire publié en 2005, Below et Marty [8] proposèrent de réduire la charge en travail avant tout dans les régions de campagne, en adaptant les formes de coopération. Gafner [7] établit une liste des modalités encore en discussion:

- fusions d'arrondissement et aménagements idoines des limites de territoire,
- service hospitalier d'urgences de médecine générale (modèle de Baden) [9],
- postes de médecins de famille (selon un modèle hollandais),
- mesures structurelles prises lors des formations prégraduée, postgraduée et continue des médecins de famille,
- amélioration de l'attrait du métier de médecin de famille et du SMG en médecine générale.

Dans son rapport de décembre 2006, la CDS propose des réflexions analogues [10]. Elle pose quelques exigences supplémentaires: un numéro unitaire d'appel aux urgences, une unification des règlements des SMG, et une élévation de l'indemnisation du service de garde.

Dans les communes de Zurzach et de Lyss, il fut convenu d'une collaboration entre le SMG des médecins de famille et les hôpitaux de Leibstadt et d'Aarberg [11, 12]. Durant la nuit, le médecin assistant de l'hôpital s'occupe du téléphone des urgences et procède si nécessaire à l'examen des patients mobiles à la station d'urgences. Comme par le passé, c'est le médecin de famille de garde qui se charge des visites à domicile. Cette répartition des tâches contribue à la qualité de vie des médecins de famille qui sont un peu moins fatigués le lendemain lors des consultations; le taux d'occupation des petits hôpitaux de district et des lits d'hôpitaux à disposition est ainsi optimisé et les médecins assistants reçoivent une image réaliste des cas d'urgences en médecine générale.

Notre arrondissement fusionné ne possède aucun hôpital. C'est la raison pour laquelle nous avons poursuivi l'étude après la fin de la collecte des données à partir du 31 mai 2007, avec un questionnaire modifié cette fois: «sélection préalable du SMG par une centrale

médicale d'appel durant la nuit». Vous trouverez les résultats de cette «étude sur une centrale d'appel» dans un des prochains numéros de «PrimaryCare».

Notre étude montre que la fusion des arrondissements des SMG ambulatoires d'Arbon et de Romanshorn s'est effectuée sans heurts, que le nombre des épisodes de service de nuit et de fin de semaine s'est considérablement réduit et que le taux d'occupation des cabinets faisant partie du service s'est amélioré. La fusion apparaît donc comme une voie envisageable pour assurer les soins en médecine générale également dans les régions de campagne et les petites villes. Il faut cependant tenir compte des problèmes de la démographie des médecins et pourvoir suffisamment les cabinets en relève médicale.

Références

- 1 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R. Dem Hausarztschwund auf der Spur. VSAO-Journal. 2007;(1):33–6.
- 2 Schilbli D, Oertle C, Trutmann M. Der ambulante ärztliche Notfalldienst in der Schweiz. Managed Care. 2007;7:4–7.
- 3 Hugentobler W, Rothenberger J: Reorganisation des Notfalldienstes. Teil 1. SÄZ. 2007;88(20/21):879–82.
- 4 Gassner M: Was ist ein Notfall? SÄZ. 2006;87(42):1813–5.
- 5 Marty F, Meyer R, Lüscher S, Gnädinger M, Kissling B. Dringliche Konsultationen/Notfälle beim Hausarzt – eine Pilotstudie. PrimaryCare. 2006;6(18):345–7.
- 6 Hugentobler W. Die Belastung im regionalen Notfalldienst. PrimaryCare. 2006;6(26/27):493–97.
- 7 Gafner B, Zimmermann H, Hersperger M. Der ärztliche ambulante Notfalldienst im Kanton Bern 2006. SÄZ. 2007; 88 (5): 174–179.
- 8 von Below J, Marty F. Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. PrimaryCare. 2005; 5 (37): 740–2.
- 9 Kissling B. Forum klinische Notfallmedizin fKMN SGNOR. PrimaryCare. 2007; 7 (12):205–7.
- 10 Rapport du CDS 12/06, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/GDK/Ueber_uns/Jahresberichte/Jahresbericht2006.pdf (en français)
- 11 Hauswirth R. Ambulante Notfälle an das Spital delegieren. Managed Care. 2007; 7: 13–4.
- 12 Triaca-Bernasconi H, Ritschard T. Das Notfalldienstmodell im Ärztenotfallkreis Lyss und Umgebung – Spital Aarberg. PrimaryCare. 2007;7(23):377–80.

Dr Markus Gnädinger
Spécialiste en médecine interne FMH
Birkenweg 8
9323 Steinach
markus.gnaedinger@hin.ch

NÄHE

zuerst war dein Geruch
und Atem war und Wärme
der Rhythmus deines Gangs
und ein Gesang

und ungedeutet war ein Traum

dann kamen Worte
das Zauberhafte zu ergreifen
und merkten nicht
dass es entwich

dem Geist, der kennt und trennt

und nun, da vor dem Schmerz
und vor der Einsamkeit
die selbstgemachte Welt
zerfällt

nun ist kein Trost im Denken

nun sehn' ich mich
nach deines Atems Ruhe
nach festem Halt
auf deiner Haut

nach Duft aus deiner Erde

Thomas Schweizer