

Markus Gnädinger, Christian Doenecke, Thomas Chlibec, Andreas Hartmann, Maurus Pfister

# Service de garde et d'urgence des médecins de famille: prise en charge par l'hôpital des soins aigus aux heures de nuit

2<sup>e</sup> partie: Le point de vue hospitalier

## Résumé

Les médecins de garde de nuit au SPIRO ont estimé la nouvelle collaboration avec les médecins de famille aux heures de nuit comme étant neutre. Ils n'ont d'autre part pas pu en tirer de profit réel pour leur formation. Par contre, ils ont décrit la réaction des patients comme étant plutôt positive et n'ont pas évoqué de problèmes d'engorgements dus à l'accroissement du nombre de contacts avec les patients aux heures de nuit. Notre étude montre que la déviation des appels au numéro d'urgence des médecins de famille vers l'hôpital local de soins aigus aux heures de nuit diminue nettement la pénibilité du service de garde des médecins de famille.

## Antécédents

Dans la première partie de notre article, nous avons décrit le point de vue des médecins de famille sur les changements apportés par la réorganisation du service de garde et d'urgence à Rorschach [1]. Comme dans le «modèle d'Aarberg» [2], les appels au numéro d'urgence des médecins de famille sont déviés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 vers le médecin en service de garde de nuit au SPIRO de Rorschach entre 23 heures et 7 heures. Après la réorganisation, le médecin de famille de service reste toujours atteignable à son domicile et le médecin de service à l'hôpital peut lui demander d'effectuer des visites à domicile urgentes.

Dans une publication antérieure, nous avons montré que les médecins de famille pouvaient souvent prendre en charge les cas urgents eux-mêmes sans les adresser au service médical de garde et d'urgence, et que ce service ne traitait qu'un nombre relativement faible de patients aux heures de nuit après 22 heures [3]; par conséquent, la surcharge de travail du médecin de garde de nuit au SPIRO ne devait pas se modifier de beaucoup.

De son côté, le SPIRO avait dû dégager un poste complet de médecin pour le service médical de nuit, afin de respecter la semaine de 50 heures. Le médecin assistant, en service de 23 heures jusqu'à la relève matinale de 7 heures, n'est pas toujours sollicité pleinement.

Dans cette deuxième partie de notre article, nous allons exposer le point de vue des médecins hospitaliers sur notre projet pilote.

## Intervention

Déviations des appels du numéro d'urgence des médecins de famille au SPIRO aux heures de nuit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## Questions posées dans l'étude

- Comment évolue le degré de sollicitation du médecin de nuit du SPIRO?
- Quel est le degré d'acceptation de la nouvelle convention chez les médecins de nuit du SPIRO?

## Méthode

La description du déroulement de l'étude figure dans la première partie de cet article [1].

## Traitement des cas urgents

Durant les périodes du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2008 («avant») et du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2009 («pendant»), on a relevé les paramètres suivants pour chaque contact entre médecin de garde de nuit et patient externe au SPIRO: date, heure, sexe, année de naissance, code postal, médecin de famille, manière de contacter, problème médical (diagnostic ouvert, ces données ne sont pas présentées ici), code lié au problème, mesures appliquées.

## Degré de satisfaction des médecins assistants

Au terme de l'étude, les médecins de nuit devaient remplir un bref questionnaire sur leurs expériences (questions posées: voir la section résultats). Ils pouvaient donner leurs réponses sur une échelle visuelle analogique (EVA), allant de 1 (très mauvais/en aucun cas) à 10 (excellent, sans aucun problème).

Comme les paramètres étudiés s'écartent nettement de la distribution normale, les données sont présentées sous forme de valeurs médianes (minimum-maximum). L'analyse statistique s'effectue par test U de Mann-Whitney (fréquence de l'ensemble des cas) et par test du Chi-carré (comparaison de la distribution des classes de résultats «avant» et «pendant»). Ces tests n'ont été réalisés que là où ils sont explicitement évoqués. Le seuil de signification testé (bilatéral) correspond à un risque d'erreur  $\alpha$  de  $p < 0,05$ . Le logiciel utilisé pour l'évaluation statistique est SPSS.

## Résultats

### Médecins de nuit

Le service de nuit était réparti entre onze médecins assistants pendant la durée de l'étude. Age: 30 (28–34) ans; rang des années cliniques: 2 (1–5). Il se composait de trois femmes et de huit hommes.

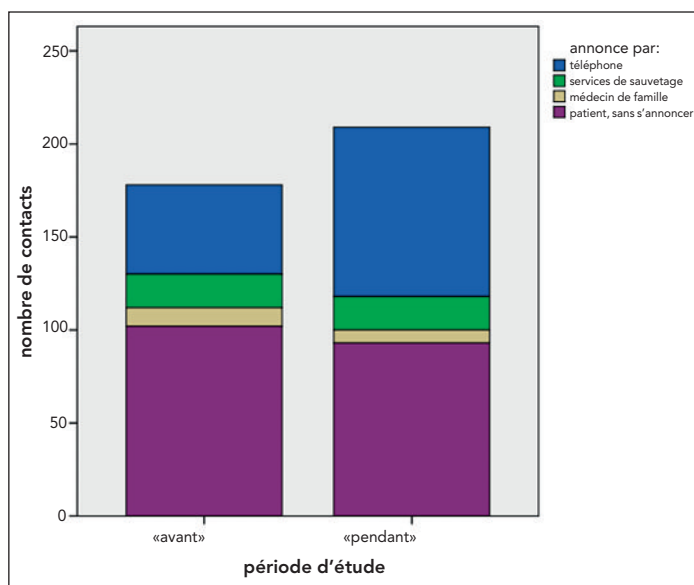
### Analyse quantitative des cas d'urgence

Pendant l'étude, nous avons saisi tous les contacts (100%), aussi bien aux heures de nuit que dans les cas d'urgence.

La figure 1 montre l'évolution du nombre de contacts médecin-patient (CMP) extérieurs à l'hôpital et la répartition selon la manière de s'annoncer. La proportion des patients s'annonçant aux urgences par téléphone a augmenté (Chi-carré = 11,8;  $df = 3$ ;  $p < 0,05$ ). On a enregistré 179 CMP extérieurs à l'hôpital pendant la première période de 92 nuits et 209 pendant la deuxième période de 90 nuits. Cela correspond à 2 (0–6) contacts par nuit «avant» et 2 (0–8) contacts par nuit «pendant». Le nombre de sollicitations par nuit a passé de 1,9 à 2,3 (valeurs moyennes), mais cette augmentation n'est pas significative selon le test U.

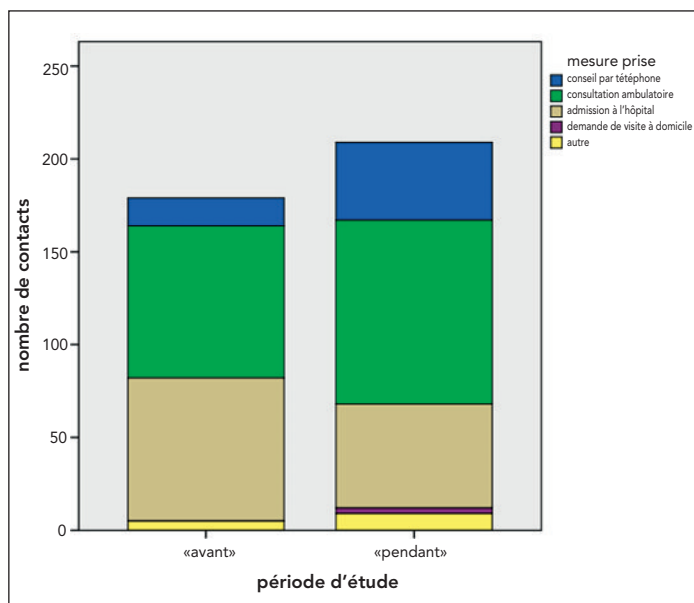
La figure 2 montre l'évolution du nombre de mesures prises par le

médecin de nuit. Elle indique une nette augmentation des appels, une faible augmentation des consultations et un recul (saisonnier?) des admissions hospitalières (Chi-carré = 19,6; dl = 4; p <0,05; ce résultat demeure toujours significatif si l'on supprime les deux mesures les moins fréquentes).

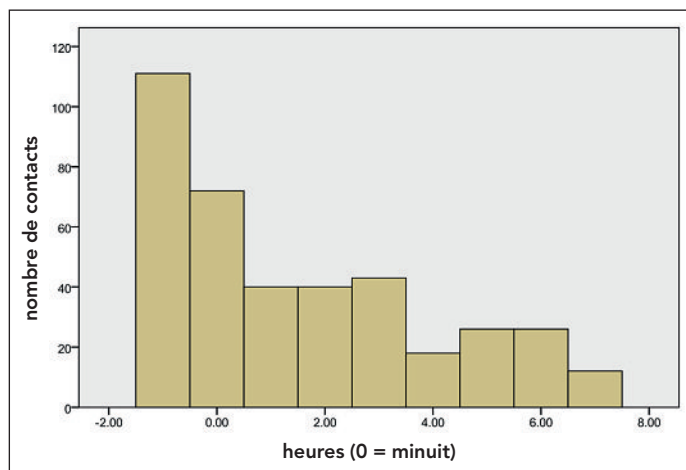


**Figure 1**  
Evolution de la répartition des cas d'urgence selon l'annonce et la phase d'étude.

La figure 3 contient l'histogramme de la distribution horaire des CMP. La fréquence des contacts diminue dès une heure du matin. La figure 4 représente la répartition des types de pathologies attribuées lors des CMP aux heures de nuit. Il s'agissait en général de problèmes traumatologiques et d'infections. Distribution des patients par classes d'âges: moins de 10 ans: 6%; 11-20 ans: 12%; 21-30 ans: 20%; 31-40 ans: 15%; 41-50 ans: 16%; 51-60 ans: 14%; 61-70 ans: 6%; 71-80 ans: 5%; plus de 80 ans: 6%. Parmi ces patients, 51% étaient des femmes, 68% habitaient l'ar-



**Figure 2**  
Evolution de la répartition des cas d'urgence selon la mesure prise par le médecin de garde de nuit et la phase d'étude.



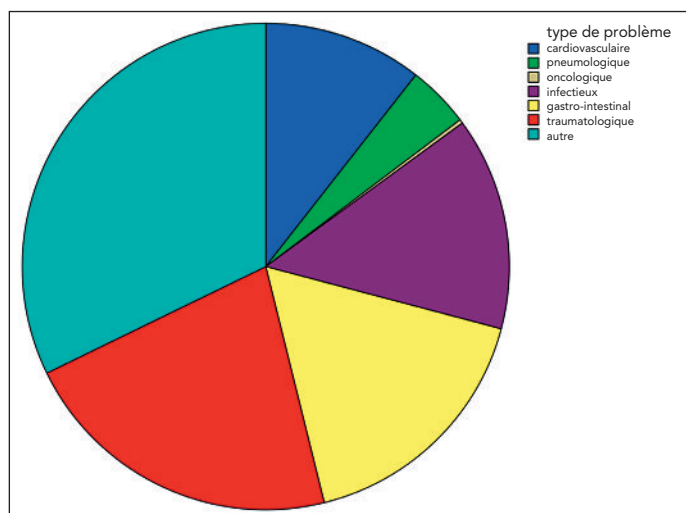
**Figure 3**  
Distribution horaire des CMP. L'abscisse représente l'écart en heures par rapport à minuit.

rondissement, 92% déclarèrent avoir un médecin de famille, les trois quarts de ces médecins étant installés dans l'arrondissement.

*Degré de satisfaction*

Les questions ci-dessous furent posées aux médecins de garde de nuit; chacune d'entre elles est suivie de l'évaluation statistique des réponses données sur l'échelle EVA (médiane, minimum-maximum; N):

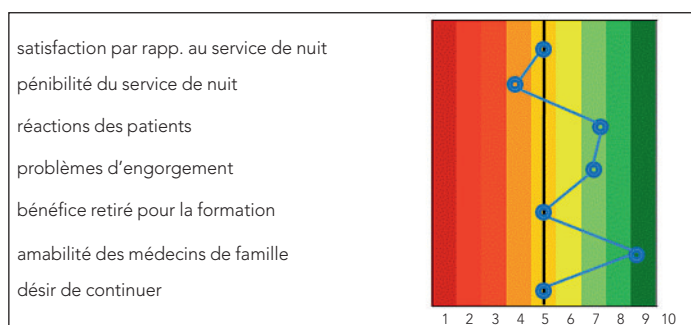
- «Comment vous sentez-vous en général au service des urgences du SPIRO?»: 5,5 (1,7-9,5; 11).
- «Comment évaluez-vous la pénibilité du service des urgences en général?»: 4,1 (1,8-9,7; 11).
- «A votre avis comment les patients aiguillés vers le SPIRO ont-ils réagi à cette déviation téléphonique?»: 7,7 (3,2-9,7; 10).
- «Y a-t-il eu des problèmes d'engorgement en raison d'un nombre élevé de cas d'urgence / d'appels arrivant simultanément?»: 7,3 (1,3-10; 11).
- «Dans quelle mesure avez-vous pu tirer profit de la prise en charge du service médical de garde pour votre formation / votre expérience personnelle?»: 5,5 (1-10; 11).
- «Comment estimez-vous l'amabilité des médecins de famille de service lorsque vous avez dû les mobiliser pour une visite?»: 9,1 (4,6-10; 9).



**Figure 4**  
Répartition des types de pathologies diagnostiquées au SPIRO.

- « Dans quelle mesure désirez-vous que le modèle étudié dans le projet pilote soit poursuivi et débouche sur une solution définitive de collaboration du SPIRO avec les médecins de famille? »: 5,5 (1–10; 11).

La figure 5 représente graphiquement ces réponses. On constate que seule l'évaluation de la pénibilité se trouve en zone négative, et que l'appréciation globale, la mise à profit pour la formation et le désir de poursuivre ce modèle ont reçu une évaluation neutre. Les médecins ont jugé positivement la réaction des patients, l'amabilité des médecins de famille et l'absence de problèmes d'engorgement.



**Figure 5**

Degré de satisfaction des médecins assistants par rapport au service de garde de nuit.

Parmi les onze médecins participants, quatre ont remarqué des changements dans le déroulement du service. En règle générale, il s'agissait de l'augmentation de la fréquence des appels aux heures de nuit. Un médecin a mentionné dans son rapport que l'introduction d'une meilleure structure au service de garde et d'urgence des médecins de famille a entraîné une réduction de la fréquence des cas bénins traités au SPIRO aux heures de jour. Un autre médecin a relevé qu'il était enchanté que la nouvelle organisation permette au médecin assistant de service de mieux contrôler et piloter les cas urgents aux heures de nuit.

## Discussion

Durant les deux périodes situées avant et après le changement d'organisation des services d'urgence, nous avons documenté tous les cas d'urgence chez les patients externes au SPIRO aux heures de nuit. Après la déviation des appels d'urgence, le SPIRO a enregistré une fréquence plus élevée d'appels et de consultations. Toutefois, la diminution (saisonnnière?) des hospitalisations a empêché le léger accroissement des CMP d'atteindre le seuil de signification statistique. Alors que les cas annoncés par téléphone avaient augmenté, on assistait à une légère diminution (certes bienvenue) des patients se rendant aux urgences «de leur propre chef».

Particularité intéressante: un tiers des patients étaient domiciliés en dehors de l'arrondissement. Plusieurs causes peuvent avoir contribué à cette situation: a) le médecin de famille de certains patients était installé dans notre arrondissement (alors que les patients venaient de l'extérieur), le répondeur de notre cabinet médical les a aiguillés vers notre numéro d'appel d'urgence et leur appel a ainsi été dévié vers le SPIRO; b) notre statistique a également pris en compte les sujets qui se rendaient directement au SPIRO sans se préoccuper des arrondissements; c) nous avons également saisi les patients domiciliés dans un autre arrondissement et ayant eu un accident à Rorschach (personnes pratiquant la voile, un sport, etc.); d) le SPIRO fonctionne comme hôpital de soins aigus de la région et il couvre également les besoins d'autres arrondissements.

Dans cette étude, le nombre de contacts recensés est plus élevé lors de la deuxième période avec déviation téléphonique que lors de la période précédente. Ce nombre, d'une valeur de 48, se divise en 27 appels, 17 consultations et 4 autres interventions. Il est probable que ces contacts avec le médecin de nuit aux urgences hospitalières seraient sinon arrivés chez le médecin de famille de service. A ces 48 cas, il faut opposer les 3 situations dans lesquelles le médecin de famille de piquet a dû être mobilisé pour une consultation à domicile. La probabilité que le médecin de famille doive être dérangé aux heures de nuit se trouve donc réduite à 3 cas sur 51, ce qui correspond à une diminution de 94%. Dans la première partie de cet article [1] nous avons évalué l'efficacité de la déviation des appels d'urgence à 71% et ici elle atteint même 94%. La différence peut s'expliquer par le fait que certains patients peuvent avoir appelé leur médecin de famille alors qu'il était fortuitement de service, et qu'ils ont ainsi contourné le triage du SPIRO. Ou alors certains appels au numéro d'urgence 144 ont pu suivre un chemin que nous n'avions pas prévu et atteindre directement le médecin de service. Dans ces deux scénarios, l'efficacité mesurée chez le médecin de famille sous-estime la valeur théorique obtenue à travers les données du SPIRO. Quoi qu'il en soit, cette efficacité réduit d'au moins deux tiers le nombre de dérangements du service de garde et d'urgence et contraste avec les résultats obtenus dans notre étude sur un centre d'appel médical en Thurgovie [4], dans laquelle nous n'avions vu diminuer les dérangements que d'un seul tiers (efficacité: 33%). Ces chiffres montrent que la collaboration avec l'hôpital des soins aigus est de loin la mesure la plus efficace pour réduire la charge des médecins de famille au service de garde et d'urgences.

Les médecins de nuit du SPIRO ont estimé neutre la nouvelle collaboration avec les médecins de famille aux heures de nuit, et ils n'ont à vrai dire pas pu en tirer profit pour leur propre formation. Par contre, ils ont décrit les réactions des patients comme étant plutôt positives et n'ont pas évoqué de problèmes d'engorgement liés à l'accroissement du nombre de contacts avec les patients aux heures de nuit. Les médecins de famille n'ont pas non plus enregistré de plaintes de la part des patients (selon information de A. H.). Notre étude montre que la déviation du numéro d'urgence des médecins de famille vers l'hôpital des soins aigus local aux heures de nuit diminue nettement la pénibilité du service nocturne de garde et d'urgence des médecins de famille.

## Références

- 1 Gnädinger M, Chlibec T, Doenecke C, Hartmann A. Service de garde et d'urgence des médecins de famille: prise en charge par l'hôpital des soins aigus aux heures de nuit. 1<sup>re</sup> partie: Le point de vue des médecins de famille. *PrimaryCare*. 2009;9:12:244–6.
- 2 Triaca-Bernasconi H, Ritschard T. Das Notfalldienstmodell im Ärztenotfallkreis Lyss und Umgebung – Spital Aarberg. *PrimaryCare*. 2007;7(23):377–80.
- 3 Gnädinger M, Marty F. Quelles sont les heures de pointe au cabinet médical d'urgence? *PrimaryCare*. 2008;8(14):283–4.
- 4 Gnädinger M, Buchwalder C, Orellano J, Meer A. Centre d'appel médical au service de nuit. Partie 1: Les effets en chiffres. *PrimaryCare*. 2008;8(12):229–31.

Correspondance:  
Dr Markus Gnädinger  
Facharzt für Innere Medizin  
Birkenweg 8, 9323 Steinach  
markus.gnaedinger@hin.ch

Pour décharger les médecins de famille, il est bien plus efficace de dévier les appels d'urgence vers un hôpital de soins aigus que vers un centre d'appel médical.