Les hospitaliers répondent-ils mieux aux besoins des patients hospitalisés que leurs médecins de famille?

OUI

Darryl Samoil MD CCFP(EM) FCFP

Quand j'ai terminé ma résidence en médecine familiale en 1990, le terme «hospitalier» n'existait pas. On a commencé à l'utiliser vers le milieu des années 1990, quand il a été décrit par Robert Wachter et Lee Goldman[1]. Je croyais alors avoir une bonne idée du genre de pratique familiale complète que j'aurais pendant les prochains 20 ans. En fin de compte, je n'avais aucune idée de là où ma carrière m'amènerait.

Quand j'ai commencé ma pratique, je trouvais le travail très intéressant et satisfaisant. Je faisais de l'obstétrique et des services de garde à l'urgence, j'allais dans les centres d'accueil et je faisais des visites à domicile. J'ai pu intégrer la médecine d'urgence dans ma pratique en travaillant régulièrement à l'urgence et en passant l'examen de Certification du Collège des médecins de famille du Canada en médecine d'urgence.

Aujourd'hui, je me retrouve à travailler comme hospitalier. Que s'est-il passé? Je me rends maintenant compte qu'un certain nombre de changements mineurs mais dignes de mention se sont produits avec le temps.

Amélioration inévitable

D'abord, la croissance naturelle de la population a fait croître la circulation routière la durée des déplacements entre mon cabinet et l'hôpital. De plus, la quantité de paperasse administrative au bureau semblait se multiplier et je trouvais de moins en moins de temps dans une journée pour faire les visites à l'hôpital. En outre, on a agrandi l'hôpital, et il me fallait plus de temps pour faire les visites, quand j'arrivais à m'y rendre. Un jour, j'essayais de trouver un remplaçant et les seuls médecins disponibles travaillaient tous en cabinet. Ils ne voulaient pas faire le travail du service de garde ni à l'hôpital. À cause de ces changements[2-4], mes collègues ont commencé un après l'autre à renoncer à leurs privilèges hospitaliers, nous laissant de moins en moins nombreux à nous occuper des patients hospitalisés. Avec l'aide de la direction de l'hôpital, nous avons organisé un système bien défini et prévisible de quarts de travail auprès des patients sur les étages. Le système a rapidement pris de l'expansion et peu de temps après, la majorité des patients de l'hôpital étaient admis par ces hospitaliers. Cette façon de fournir les soins hospitalisés a produit certaines améliorations observables.

Le personnel infirmier trouvait qu'il avait moins d'appels téléphoniques à faire pour joindre les médecins, ce qui voulait dire plus de temps pour les patients. Les médecins estimaient qu'après une longue journée de travail à l'hôpital, ils pouvaient rentrer chez eux sachant que leurs patients seraient soignés toute la soirée et pendant la nuit par les médecins qui restaient à l'hôpital. Tous mes collègues qui avaient conservé leurs privilèges d'admission ont bénéficié de ce système en ayant toujours un médecin disponible sur place pour fournir des soins dans des situations urgentes.

Les avantages se multipliaient. Les médecins qui travaillaient comme hospitaliers ont acquis plus de connaissances sur les maladies aiguës chez les patients hospitalisés. On a élaboré des protocoles pour traiter les problèmes courants. Les patients étaient vus dès leur admission après être passés à l'urgence, leurs tests et investigations ayant été prescrits et examinés le même jour. Leur traitement définitif pouvait commencer plus vite, et le déplacement des patients s'est amélioré. Les patients n'avaient plus à attendre toute la journée avant que leur médecin de famille vienne les voir (après leur journée au bureau). On pouvait nettoyer les lits et les préparer pour les prochains patients des heures plus tôt. La durée du séjour a diminué[5-7] et la qualité des soins a semblé s'améliorer[8,9].

Inquiétudes réprimées

Même s'il reste des questions à propos de la continuité des soins dans le modèle des hospitaliers[10], je crois

suite à la page 1106

This article is also in English on **page 1100.**

Les auteurs pourront réfuter les arguments de leur opposant dans Réfutation, dans un prochain numéro.

OUI *suite de la page 1104*

que les patients commencent à comprendre que leur médecin de famille ne peut être à 2 endroits à la fois et font confiance aux hospitaliers pour remplir son rôle. Les hospitaliers sont en mesure de consacrer le temps nécessaire pour aider les patients atteints de maladies aiguës. Ils sont accessibles pour parler aux familles sur les étages à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Dans certains endroits, les hospitaliers travaillent à temps partiel tout en continuant leur pratique en cabinet de médecine familiale. Lorsqu'ils voient les patients d'autres médecins à l'hôpital, ce n'est pas bien différent d'un service de garde dans un groupe de médecins de famille. En ce qui a trait au suivi, les hospitaliers communiquent avec les médecins de famille au moment du congé du patient par téléphone, par résumé écrit ou les 2. Ainsi, les soins appropriés peuvent se poursuivre quand le patient revient au bureau ou à la clinique de son médecin de famille. Pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille ou de clinique identifiable, les hospitaliers, avec l'aide des membres de la famille, essaieront d'en trouver qui acceptent des patients pour des soins continus. À l'avenir, la continuité des soins s'améliorera grâce aux dossiers médicaux électroniques auxquels pourront avoir accès les médecins de famille à partir de leur cabinet. Ce système d'accès est actuellement en place pour les médecins qui ont des privilèges hospitaliers et, espérons-le, pourra être élargi à tous les médecins de famille.

Si je pouvais comparer les soins fournis par un hospitalier à ceux donnés par un médecin de famille dévoué et consciencieux, je dirais que, dans les meilleures circonstances, il pourrait n'y avoir aucune différence dans la qualité des soins au patient individuel. Je crois toutefois fermement que les hospitaliers offrent un avantage considérable au système des hôpitaux parce qu'ils améliorent collectivement la qualité des soins aux patients hospitalisés. Si les soins à ce groupe sont améliorés, alors toutes les personnes qui font ou pourraient faire partie de ce groupe en bénéficient aussi.

Dr Samoil *est directeur médical du Fraser Health Authority Hospitalist Program, à Langley, en C.-B.*

Intérêts concurrents

Dr Samoil *est directeur médical du Fraser Health Authority Hospitalist Program, à Langley, en C.-B.*

Correspondance à: **Dr Darryl Samoil**, *Fraser Health Authority Hospitalist Program, Langley Memorial Hospital, 22051 Fraser Highway, Langley, BC V3A 4H4; téléphone 604 807-4658; courriel* **Darryl.Samoil@fraserhealth.ca**

Références

1. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med* 1996;335(7):514-7.
2. Collège des médecins de famille du Canada. *Family medicine in Canada: vision for the future.* Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2004. Accessible à: **www.cfpc.ca/local/files/Communications/Health%20Policy/FAMILY_MEDICINE_IN_CANADA_English.pdf.** Accédé le 13 juin 2008.
3. Collège des médecins de famille du Canada. Physicians at the bedside. Family physicians caring for hospital inpatients. *Can Fam Physician* 2004;50:664 (ang), 667-8 (fr).
4. Lancashire W, Hore C, Law JA. The hospitalist: a US model ripe for importing? *Med J Aust* 2003;179(1):62.
5. Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 years later. *JAMA* 2002;287(4):487-94.
6. Southern WN, Berger MA, Bellin EY, Hailpern SM, Arnsten JH. Hospitalist care and length of stay in patients requiring complex discharge planning and close clinical monitoring. *Arch Intern Med* 2007;167(17):1869-74.
7. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, Kenwood C, Benjamin EM, Auerbach AD. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *N Engl J Med* 2007;357(25):2589-600.
8. Meltzer D, Manning WG, Morrison J, Shah MN, Jin L, Guth T, et al. Effects of physician experience on costs and outcomes on an academic general medicine service: results of a trial of hospitalists. *Ann Intern Med* 2002;137(11):866-84.
9. Auerbach AD, Wachter RM, Katz P, Showstack J, Baron RB, Goldman L. Implementation of a voluntary hospitalist service at a community teaching hospital: improved clinical efficacy and patient outcomes. *Ann Inter Med* 2002;137(11):859-65.
10. Wachter RM. Hospitalists in the United States—mission accomplished or work in progress? *N Engl J Med* 2004;350(19):1935-6.
11. Society of Hospital Medicine. *How hospitalists add value: a special supplement to* The Hospitalist. Philadelphia, PA: Society of Hospital Medicine; 2005. Accessible à: **www.the-hospitalist.org/issues.asp.** Accédé le 13 juin 2008.

CONCLUSIONS FINALES

- Les hospitaliers assurent la présence continuelle d'un médecin sur place pour réagir sans délai aux problèmes des patients hospitalisés à mesure qu'ils se produisent[11].
- Une exposition répétée aux présentations courantes des maladies et des affections complexes augmente le degré de compétence dans la prise en charge de ces problèmes[11].
- Le partage des soins en petit groupe signifie que les médecins se fient mutuellement les uns aux autres pour offrir des soins de qualité supérieure et des normes de soins plus élevées[11].
- Les lacunes dans l'efficacité sont plus facilement identifiables et des solutions pratiques peuvent y être apportées grâce à la participation aux comités de direction de l'hôpital[11].