



HAL
open science

Activité des internes en garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry : une étude analytique

Céline Chape

► **To cite this version:**

Céline Chape. Activité des internes en garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry : une étude analytique. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01095959

HAL Id: dumas-01095959

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095959>

Submitted on 16 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ANNEE 2014

N°

**Activité des internes en garde d'intérieur à
l'hôpital de Chambéry :
une étude analytique**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Céline CHAPE
Née le 20 novembre 1985 A Saint-Dié-Des-Vosges (88)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE ¹

Le 10 décembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président de Jury :

Monsieur le Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Membres du Jury :

Monsieur le Docteur Raphaël BRIOT

Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, Directeur de thèse

¹ La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Table des matières

I.	LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR 2013-2014	3
II.	REMERCIEMENTS	7
III.	RESUME	9
IV.	INTRODUCTION	10
V.	MATERIEL ET METHODES	13
VI.	RESULTATS	15
VII.	DISCUSSION	20
VIII.	CONCLUSION	24
IX.	BIBLIOGRAPHIE	25
X.	ANNEXES	27
A.	Annexe 1 : Répartition des lits au Centre Hospitalier de Chambéry	27
B.	Annexe 2 : Plan du Centre Hospitalier de Chambéry	28
C.	Annexe 3 : Questionnaire de l'étude préliminaire	29
D.	Annexe 4 : Analyse statistique de l'étude préliminaire	30
E.	Annexe 5 : Questionnaire de l'étude	31
F.	Annexe 6 : CCMU	32
G.	Annexe 7 : Tableau de la CISP-2	33
XI	SERMENT D'HIPPOCRATE	35

I. LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR 2013-2014

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70



Affaire suivie par Marie-Lise GALINDO sp-mecicine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2013-2014

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BEANI Jean-Claude	Dermato-vénérologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOULLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIROSEL Jean-Paul	Anatomie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Département de veille sanitaire
PU-PH	LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LA PORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémo - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie

PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
PU-PH	SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU	VILLA Alessandro	Neurosciences
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

II. REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter cette présidence de jury. Merci pour le temps que vous m'accordez.

A Monsieur le Docteur Raphaël BRIOT

Vous avez accepté de participer à mon jury avec un grand enthousiasme, merci.

A Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN

Après m'avoir aiguillée pendant mon stage aux Urgences de Grenoble, merci de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Merci d'avoir été présent tout au long de cette aventure, de m'avoir initiée à la pratique des statistiques, jusque-là obscure pour moi, et de m'avoir aidée à rédiger ce travail de manière scientifique. Merci de ta disponibilité et de ta gentillesse !

A Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Je vous remercie de votre implication malgré l'impossibilité de votre présence le jour de ma soutenance.

A mes enseignants et maîtres de stage

Tout au long de mon cursus, en Lorraine comme en Rhône Alpes, vous m'avez transmis les connaissances théoriques mais par-dessus tout, l'humanité nécessaire à ce magnifique métier. Merci.

A Madame le Docteur Dominique Beaudoin

Merci du temps que vous avez passé à m'aider sur ce travail.

A Sylvie Gros

Merci à toi, pour avoir réalisé en grande partie les statistiques de ce travail. Ta disponibilité et ton professionnalisme ont été à toute épreuve.

A Anouk Gachet

Tu m'as fait découvrir les rouages de la santé publique et des études qualitatives ! Merci de ton implication à tous les niveaux de cette étude.

A tous les internes investigateurs

La motivation dont vous avez fait preuve a permis la réalisation de ce travail, qui est le vôtre autant que le mien. MERCI

A ma Maman

Tu as fait de moi, grâce à ton amour, ton dévouement et ta patience, celle que je suis aujourd'hui. Ta force et ton courage ont toujours été un modèle pour moi. Tu es présente dans les moments importants, joyeux comme difficiles. Merci pour tout cela...

A mon Papa

Merci pour ton humour et tes écrits, pour les efforts que tu fournis. La fierté que je vois dans tes yeux est un merveilleux cadeau...

A ma sœur et mon frère, Fanny et Anthony

Vous avez toujours cru en moi et vous m'avez aidé à garder les pieds sur terre. Merci de partager tout le bonheur qui comble vos foyers avec moi.

Je suis si fière d'être votre grande sœur...

A mon Futur Mari...

Tu as toujours été là, tout au long de ce chemin, tu as cru en moi, tu m'as poussé à viser toujours plus haut. Tu t'es impliqué dans ces longues études en m'entourant de toute ta tendresse et de tout ton amour.

Si je suis arrivée jusqu'ici, c'est surtout grâce à toi.

Merci...

A Mamie

Pour ta sagesse et tout l'amour que tu m'as donné durant ces 29 années.

A Mémère

Remets-toi vite.

A Papi

J'espère que tu es fier de moi...

A tout Coinchimont

Vous êtes une chouette famille !!

A la Famille Launay

Merci d'être là pour moi et d'être tout simplement vous !

A Claire et Marina

Nouvelle région, premier stage d'interne, premières gardes à l'USIC, autant de choses que vous m'avez aidé à traverser grâce à cette amitié qui nous lie. J'ai adoré partager tous ces moments avec vous et j'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres !!

A Claire-Marie et Aline

Mes copines d'externat et de voyages ! Que de folles choses vécues ensemble ! La vie étudiante, la Croatie, le Mali... Je vous adore !

A Camille et Caro

De la maternelle à aujourd'hui, vous avez toujours été là dans les moments importants de ma vie et ça continue !! Je souhaite à tout le monde de trouver des amies merveilleuses comme vous.

III. RESUME

INTRODUCTION : L'hôpital de Chambéry (Savoie) possède un double système de permanence de soins. Le premier est représenté par le Service d'Accueil des Urgences (SAU) pour les patients ambulatoires. Le second, délégué à un interne de médecine générale séniorisé, se charge des patients hospitalisés nécessitant un recours médical via contact téléphonique par les équipes soignantes des étages. Comparativement au SAU particulièrement étudié, cette « garde d'intérieur » l'était très peu. L'objectif était de décrire les motifs de recours médicaux durant la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

METHODES ET MATERIEL : Une étude épidémiologique descriptive et analytique a été menée. Un recueil sur papier a été rempli par les internes durant leurs gardes, du 4 mars au 14 avril 2013 pour tout motif d'appels. Les variables étudiées étaient le nombre, les motifs selon la CISP-2 et l'heure d'appel, le stade de gravité selon la CCMU révisée, la nécessité de déplacement de l'interne.

RESULTATS : 622 appels ont été recensés de répartition différente (χ^2 ; $p < 0,01$) : 296 en semaine (47 %), 110 le samedi (18 %) et 216 le dimanche (35 %). La fréquence d'appel était inhomogène avec des pics de 9 demandes en 2 heures en moyenne le dimanche. Le délai moyen d'intervention était respectivement de 13, 16 et 37 minutes de différence significative (Kruskal Wallis ; $p < 0,05$). Les motifs d'appels les plus fréquents étaient d'ordre général (40,5 %), psychologique (15,1 %), cardio-vasculaire (11,6 %) et respiratoire (10 %). Le pronostic vital du patient semblait engagé dans 9 % des cas, des examens complémentaires ont été nécessaires dans 41 % des cas.

CONCLUSION : Le nombre d'appels et le délai moyen d'arrivée sont importants notamment le dimanche. Cette charge de travail accrue mettant à mal le délai de réponse et la sécurité des soins, a abouti à un changement d'organisation de la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

IV. INTRODUCTION

La permanence des soins a été définie historiquement en 2003 par la commission Descours (1). Son organisation est mise en place par les professionnels de santé afin de répondre aux besoins de soins non programmés en dehors des heures de travail normales des praticiens. Elle est régie par le code de la santé publique dans les articles L 6314-1 (2) et R 6315 (3) et passe notamment par le système de garde. Elle concerne les soins ambulatoires comme hospitaliers.

En France, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 (4) propose une organisation au niveau départemental sous l'autorité du Préfet et avec l'aide du CODAMUP-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des Transports Sanitaires). En milieu hospitalier, les modalités de la permanence des soins sont définies par l'arrêté du 30 avril 2003 (5). Elle est organisée par la CME (Commission Médicale d'Etablissement) sur avis de la COPS (Commission d'Organisation de la Permanence des Soins).

Le système de garde est particulier à chaque centre hospitalier et plusieurs types en sont définis :

- Les gardes au SAU (Service d'Accueil des Urgences),
- Les gardes spécialisées, réalisées dans un service spécialisé tel que la réanimation, la pédiatrie ou la gynécologie, par exemple,
- L'astreinte opérationnelle, qui se définit comme une période où le médecin n'est pas obligatoirement dans l'établissement, mais doit se déplacer en cas d'appel, afin d'intervenir pour un problème donné,
- La garde « d'intérieur » : qui permet d'intervenir pour les patients hospitalisés posant un problème aigu, en l'absence d'une garde spécialisée. Elle peut être assurée par le personnel des urgences ou par un personnel dédié.

Ces différents systèmes de garde assurent conjointement la prise en charge des patients ambulatoires consultant en urgence et des patients déjà hospitalisés. Ils se basent notamment sur l'intervention des internes en médecine, qui participent aux gardes de l'établissement où ils effectuent leurs stages.

L'interne est un « praticien en formation spécialisée » selon les modalités définies dans le code de la santé publique (6). Etudiant avec une formation théorique prévue sur 2 demi-journées par semaine, il est également un salarié, participant à part entière à l'activité hospitalière. Il acquiert la pratique de son métier, tous les jours au chevet des patients, durant ses stages, mais également en garde, sous la responsabilité de médecins seniors.

Le centre hospitalier de Chambéry possède un double système de garde. Le premier, réalisé au sein du service des Urgences, permet d'accueillir les patients ambulatoires par des médecins urgentistes et le *pool* d'internes en médecine de l'hôpital.

Le second est une garde d'intérieur. Elle est réalisée à tour de rôle par un interne de médecine générale en stage hospitalier, seniorisé par un médecin hospitalier tous les jours de la semaine. Elle s'effectue à partir de 18h30 du lundi au vendredi, 13h le samedi et 8h30 le dimanche et jour férié, jusqu'au lendemain 8h30. Quelques internes de spécialité médicale peuvent s'y associer.

L'interne est sollicité par l'équipe soignante des services via un téléphone de garde, en cas de besoin ressenti par celle-ci face à une situation de santé nécessitant un avis médical. Les services concernés étaient les services médicaux (280 lits), les hébergements médicaux en chirurgie (nombre de lit variable), les Soins de Suite et de Réadaptation (70 lits), l'Unité de Soins Longue Durée (30 lits), l'hébergement long séjour type EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de l'agglomération Chambérienne (370 lits) (Annexe 1). Une voiture de garde était mise à disposition de l'interne de garde pour accéder à certains services éloignés jusqu'à 1,6 km du centre hospitalier (Annexe 2).

Durant le semestre d'hiver 2012-2013, plusieurs internes ont mis en lumière la moindre qualité des soins prodigués aux patients le dimanche, en raison d'une charge de travail accrue. Devant l'absence de données objectives disponibles, une étude pilote a été menée du 11 au 24 février grâce à un premier formulaire de recueil de données (Annexe 3). L'analyse descriptive mettait en évidence une importante activité en garde d'intérieur (Annexe 4).

L'objectif principal de l'étude était de décrire l'activité de l'interne de garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry en termes de quantité et de répartition des appels.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les motifs d'appels, les délais d'interventions et les dysfonctionnements durant celle-ci.

V. MATERIEL ET METHODES

Une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique a été menée du 4 mars au 14 avril 2013. Elle étudiait l'activité de l'interne (l'investigateur), durant la garde d'intérieur du centre hospitalier de Chambéry.

Un formulaire de recueil des données a été créé avec l'aide du Département d'Information Médicale (DIM) du centre hospitalier de Chambéry (Annexe 5). Il prenait en compte les lacunes mises en évidence dans l'étude pilote. Tous les appels téléphoniques étaient inclus dans l'étude, sans exclusion.

Les investigateurs ont été formés à l'enquête, au formulaire et au recueil des données, lors d'une réunion deux semaines avant le début de l'étude. L'envoi d'un mail explicatif, une aide au remplissage affichée dans la chambre de garde ainsi qu'un numéro de téléphone étaient disponibles en soutien à l'investigateur.

Les formulaires de recueil vierges étaient à disposition dans la chambre de garde. Une fois remplis, ils étaient rangés dans une pochette relevée hebdomadairement.

Le codage de la gravité clinique, a nécessité l'élaboration d'une CCMU révisée par le DIM, basée sur la CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) (Annexe 6). Celle-ci a été simplifiée (Tableau 1).

Tableau 1 : CCMU révisée

CCMU révisée	Définition clinique	Correspondance CCMU
1	Etat clinique jugé stable, pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser en urgence	1
2	Etat clinique jugé stable ou susceptible de s'aggraver, nécessitant des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques à réaliser en urgence	2 et 3
3	Situation pathologique engageant le pronostic vital +/- prise en charge de réanimation	4 et 5
4	Problème psychiatrique isolé	P
5	Patient décédé	D

La nécessité d'intervention a été codée comme suit :

- 1 : la situation clinique aurait pu être gérée avant la garde.
- 2 : l'intervention était nécessaire sur la garde.
- 3 : l'intervention aurait pu être différée et attendre l'équipe de jour.

Ces 2 classifications ont été accrochées en porte-clés plastifié sur le trousseau de la chambre de garde.

Les motifs d'appels notés par les internes en garde ont été traduits en langage CISP-2 (2^{ème} version de la Classification Internationale des Soins Primaires) (7) et cotés comme les motifs de consultations (symptômes et plaintes, voire diagnostics) (Annexe 7).

Les données ont été enregistrées par l'intermédiaire d'un masque de saisie du logiciel Sphinx IQ[®] (le Sphinx Développement, France), une fois par semaine, après récupération des questionnaires papiers remplis par les internes en garde.

Les données ont été analysées grâce au logiciel Microsoft Excel[®] 2003 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA). Un contrôle de saisie systématique de toutes les données a été réalisé. Les variables continues ont été décrites par la moyenne, les variables dichotomiques par les effectifs et pourcentages. L'analyse statistique utilisait les tests de Chi-2 pour les variables dichotomiques et le test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables continues. Le risque alpha choisi était de 0,05. Les dysfonctionnements révélés par les commentaires libres ont fait l'objet d'une analyse classée par thème et fréquence d'occurrence.

VI. RESULTATS

La totalité des formulaires a été récupéré et analysé.

Six cents vingt-deux appels sur les 42 jours étudiés (29 jours de semaine, 6 samedis, 7 dimanches et jours fériés) ont été renseignés par les 24 investigateurs dont 2 étaient de spécialité médicale (8 %), les autres étant internes de médecine générale.

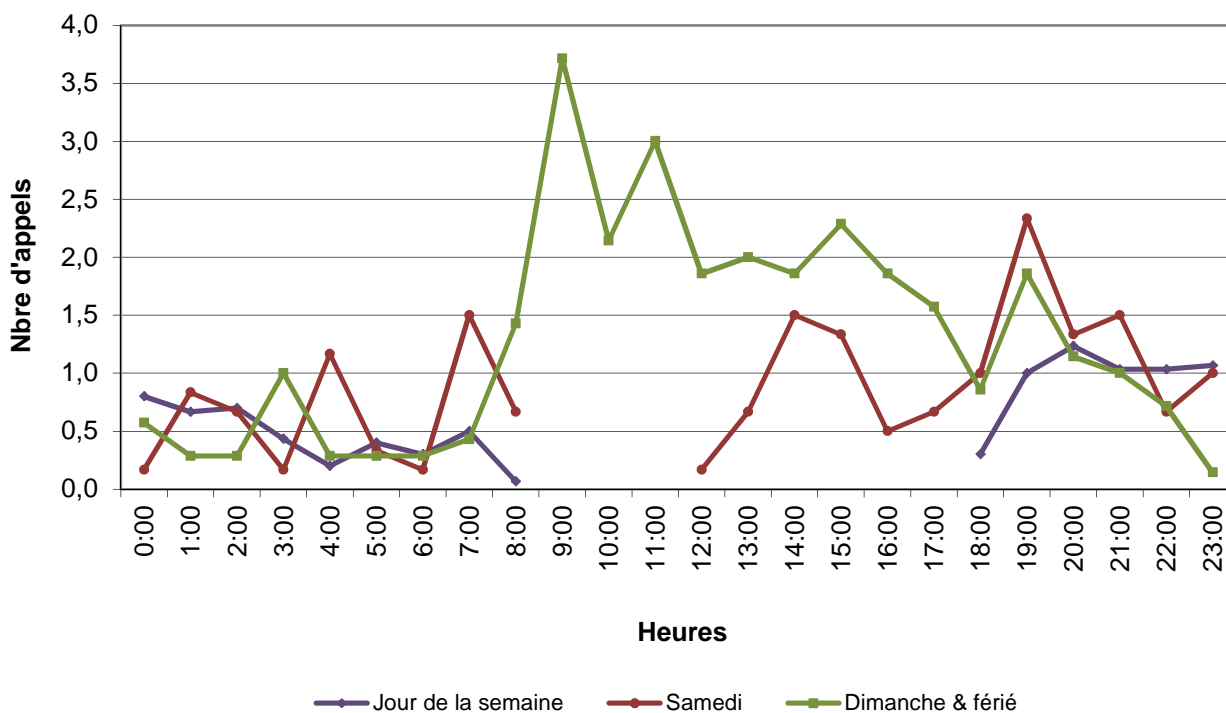
Douze investigateurs ont réalisés 1 garde, 7 en ont fait 2, 4 ont fait 3 gardes et 1 investigateur en a fait 4. Vingt-neuf pourcents des gardes ont été réalisées par des internes de 1^{ère} année d'internat, 5 % de 2^{ème} année, 64 % de 3^{ème} année et 2 % de 4^{ème} année (interne de spécialité).

La fréquence des appels téléphoniques était statistiquement différente en fonction des jours. (Tableau 2, Graphique 1).

Tableau 2 : Analyse du nombre d'appels

Jour de garde	Nombre d'appels (min ; max)	Nombre moyen d'appels par garde	Nombre moyen d'appels par heure de garde	p (comparaison avec les jours de semaine)
Semaine	292 (5 ; 21)	10,2	0,73	----
Samedi	110 (9 ; 27)	18,3	0,94	0,42
Dimanche	216 (25 ; 37)	30,9	1,29	< 0,01

Graphique 1 : Répartition du nombre moyen des appels selon le jour et la tranche horaire



Sept cent soixante-huit motifs de recours pour 615 appels ont été recueillis. Toujours pour le même patient, un appel pouvait comporter soit 4 motifs pour 1 appel (0,2 %), soit 3 pour 15 appels (2,3 %), 2 motifs pour 122 appels (19,8 %) ou 1 seul pour 478 appels (77,7 %).

Le tableau 3 représente la fréquence des motifs d'appels par catégorie, codés en langage CISP-2.

La douleur (tout système confondu) était le motif le plus fréquent pour 97 cas (12,6 %), un contrôle de résultat d'examen ou de constantes de type cardio-vasculaire pour 51 appels (6,6 %), l'agitation pour 47 appels (6,1 %), la déclaration d'un décès avec 43 appels (5,5 %).

Tableau 3 : Motifs des appels par catégorie

Motifs généraux	Nombre d'appels	Pourcentage d'appels
A = Général	312	40,6 %
P = Psychologique	116	15,1 %
K = Cardio-vasculaire	89	11,6 %
R = Respiratoire	77	10,1 %
D = Système Digestif	61	7,9 %
N = Neurologique	27	3,6 %
L = Ostéo-articulaire	23	3,0 %
S = Peau	18	2,3 %
U = Système Urinaire	15	1,9 %
T = Métabolique	13	1,7 %
B = Sang	9	1,2 %
F = Œil	4	0,5 %
H = Oreille	2	0,3 %
Y = Système génital masculin	1	0,1 %
X = Système génital féminin	1	0,1 %
Total général	768	100,0 %

Pour 70 % (435) des appels, l'interne de garde se déplaçait pour consulter. Les 187 appels restant aboutissaient à un avis téléphonique au professionnel appelant, une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) (95 %), un autre interne ou médecin (3 %) ou un membre du personnel administratif (1 %).

La réponse apportée (consultation ou avis téléphonique) était indépendante du jour de semaine ($p = 0,14$) alors qu'elle était dépendante du niveau d'étude de l'interne ; les internes de 1^{ère} année se déplaçaient plus souvent (76 %) que les autres (42 % pour les internes de 2^{ème} année, 69 % pour ceux de 3^{ème} année) (test exact de Fisher ; $p = 0,0036$).

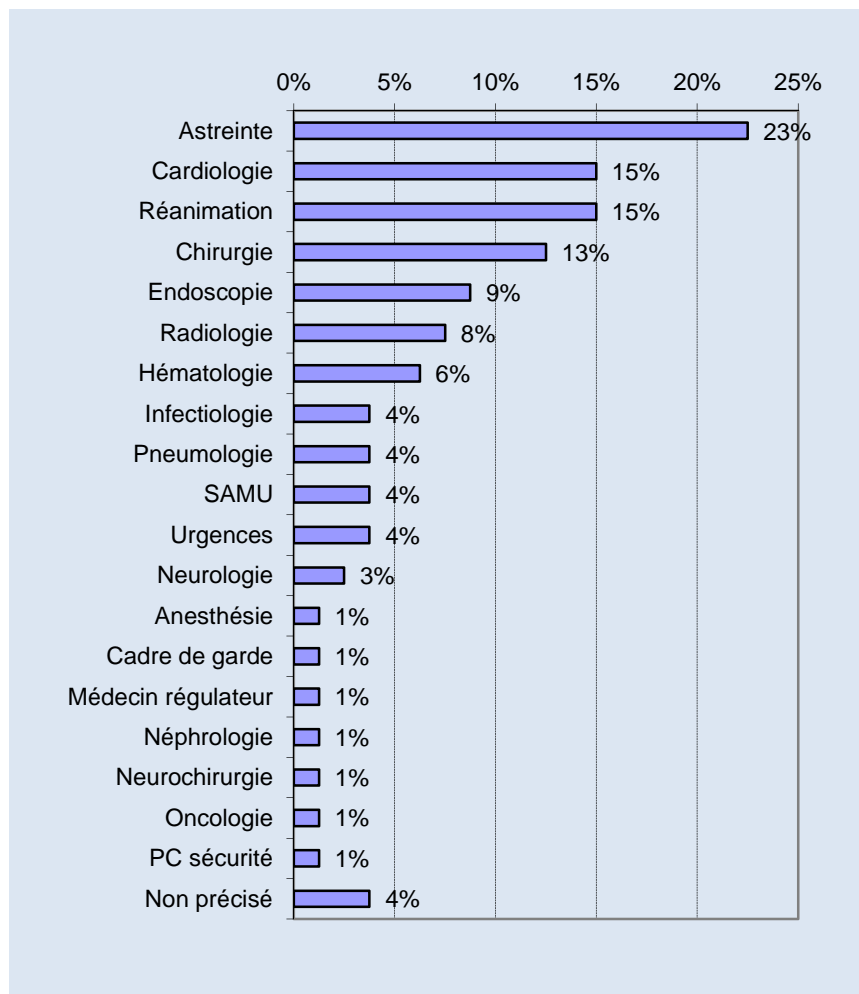
Le stade de gravité clinique du patient, évalué par la CCMU révisée, était renseigné dans 93,3 % des déplacements et retrouvait le code « 1 » dans 39 % des cas, le « 2 » pour 41 % des cas, le « 3 » dans 9 % des cas, « 4 » dans 1 % des cas et « 5 » dans 10 % des cas.

Les motifs d'appels décrits par le personnel appelant étaient concordants avec la situation clinique dans 95 % des cas. Parmi les 23 diagnostics non concordants (5 %), 3 cas plus graves ont été dénombrés (Arrêt cardio-respiratoire *versus* malaise, trouble de la

conscience *versus* syndrome occlusif et chute *versus* malaise syncopal), 9 cas moins graves (symptômes mineurs ou absents) et 11 qui auraient dû également nécessiter une intervention.

Un avis séniorisé était requis pour 80 appels (18 %). Cet avis a été donné dans 95 % des cas (63 sur 66 appels), d'abord par le médecin d'astreinte (23 %), puis le cardiologue (15 %) et le réanimateur (15 %) (Graphique 2). L'ancienneté de l'interne n'influaient pas sur le recours au sénior ($p = 0,94$).

Graphique 2 : Répartition des avis demandés par spécialité



Le délai moyen d'intervention dans le service appelant était de 22 minutes. Il était dépendant du jour de la semaine ($p < 0,05$) : 13 minutes en semaine, 16 minutes le samedi et 37 minutes le dimanche et les jours fériés. Ce délai d'intervention était aussi dépendant du critère de gravité ($p < 0,05$) : 21 minutes pour le stade 1, 16 minutes pour le stade 2 et 9 minutes pour le stade 3. Pour les patients de stade CCMU révisée 3, les extrêmes étaient

compris entre 0 minutes (investigateurs sur place) et 2 heures, avec une médiane de 5 minutes.

La durée d'intervention était significativement proportionnelle à la gravité clinique (stade 1 : 16 min, stade 2 : 39 min, stade 3 : 90 min) ($p < 0,05$). Le recours à l'interne de garde était estimé par eux-mêmes comme nécessaire dans 75 % des cas.

Cent quarante et un dysfonctionnements ont été notés par les internes en commentaires libres. Ils regroupaient :

- des défauts d'anticipation de la part de l'équipe de jour (30 %), dont une absence de traitement symptomatique prescrit pour des situations en exigeant (16,4 %), (l'agitation (6,5 %), l'insomnie (3,6 %), les antalgiques et antipyrétiques (3,5 %), les chimiothérapies dans 2,8 % des cas), l'absence de directive anticipée (7,9 %), l'absence de prescription après mutation des urgences ou de la réanimation (3,7 %) et autres (2 %).
- des appels non pertinents de la part du personnel infirmier dans 23 % des cas, répartis en 14,7 % d'appels inutiles, 5,6 % d'appels non urgents et 2,7 % d'appels trop tardifs.
- des appels ne relevant pas de la garde d'intérieur (13 %).
- des appels pour un problème de prescription informatique (9 %).
- des problèmes de séniorisation ou d'accès à celle-ci (8 %).
- des mutations trop précoces des urgences, nécessitant une intervention rapide de l'interne de garde (8 %).
- un problème de traçabilité ou de dossier médical incomplet (4 %).
- une charge de travail importante entraînant une mauvaise prise en charge des patients (3 %).
- des appels pour un renfort au SAU (2 %).

VII. DISCUSSION

Cette étude a permis d'analyser 622 demandes de recours médical. Elles étaient plus fréquentes le dimanche en journée. Ce rythme varie entre 0,73 patients par heure de garde en semaine et 1,29 patients par heure de garde le dimanche. Ceci concordait avec les souhaits de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) qui prévoyait un rythme moyen de 1,6 patients par heure pour un médecin sénior du SAU (8) (Tableau 2).

Les motifs d'appels les plus fréquemment retrouvés étaient en majorité d'ordre général, puis psychologique, cardio-vasculaire, respiratoire et digestif. La douleur était la raison d'appel la plus fréquente toute cause confondue.

Dans l'étude ECOGEN (9), les motifs les plus fréquemment retrouvés en ambulatoire, codés en CISP-2 sont : médication-prescription-injection (21 %), épisode initié par dispensateur (9,44 %) et rencontre de suivi (5,72 %). Cette différence note la distinction entre une consultation en médecine générale, tournée vers le suivi du patient, et une prise en charge en urgence pour un problème aigu chez un patient hospitalisé qui se trouve être le plus souvent un symptôme ou une plainte.

Baubeau et al. décrivaient en 2003 la douleur comme second motif de recours au SAU dans 12,6 % des cas après les accidents (10). En 2013, les accidents restaient le plus pourvoyeurs de recours aux urgences pour 36 % des cas (11).

Les internes se déplaçaient pour la plupart (70 %) au chevet du patient lors de l'appel du personnel soignant. Le fait d'être en première année d'internat, entraînait une différence significative en terme de déplacement ($p = 0,0036$). Cette différence peut être expliquée par la moindre expérience des internes de première année, par rapport à leurs aînés. Une anxiété plus importante lors d'un appel peut être générée, aboutissant au déplacement physique pour une évaluation clinique personnelle. Ce déplacement, n'influence toutefois pas un recours séniorisé.

Les délais d'interventions étaient courts, notamment pour les stades cliniques de gravité 3 avec une moyenne de 9 minutes et ce malgré l'éloignement géographiques de certains services. Les interventions réalisées par les internes ont nécessité des actes complémentaires dans 1 cas sur 2 (CCMU révisée 2 et 3). L'état des patients était donc assez grave pour motiver la réalisation d'un électrocardiogramme, d'une biologie ou d'une imagerie dans la moitié des cas (50 %).

Neuf pourcents des patients voyaient leurs pronostics vitaux engagés et prenaient à l'interne une heure et demie en moyenne, le mobilisant la majorité du temps sur place. Ceci a pu conduire à un retard de prise en charge d'autres urgences, comme nous informent certains commentaires concernant les dysfonctionnements. En effet, le fait d'être seul en garde, sans possibilité de renfort peut être une perte de chance pour le patient, d'autant plus que la première évaluation est réalisée par une infirmière qui donne l'alerte. Cette alerte a été jugée par l'interne inutile pour 21 appels et au contraire trop tardive pour 4 appels.

Contrairement aux gardes des urgences dont tous les aspects ont été étudiés, la garde d'intérieur reste une activité méconnue, peu étudiée dans la littérature. Mais elle fait partie intégrante du processus de continuité des soins dans des structures hospitalières de petite et moyenne taille. Elle fait d'ailleurs partie des critères d'évaluation des établissements de santé. Deux autres études françaises se sont intéressées à ces gardes d'intérieur dans des hôpitaux périphériques.

L'une d'elle, réalisée en 1993 en Lorraine, souhaitait décrire la charge de travail de l'interne durant cette garde (12). Il était chargé des admissions aux urgences, des hospitalisations directes en service et de la garde intérieure. Le nombre moyen d'appels par garde était de 11,4, avec une proportion de 64 % en semaine et 36 % le weekend. Les appels concernant la garde d'intérieur s'élevaient à 28,4 % de l'activité globale. 75,5 % des actes en semaine étaient réalisés entre 18 et 22 heures, et 61,5 % entre 8 et 18 heures pour le weekend, ce qui est superposable à notre étude (Graphique 1).

L'autre, plus récente (2003), réalisée en région parisienne n'étudiait que la garde d'intérieur, mais l'interne était en parallèle de garde au SAU (13). En moyenne, 5,18 appels par garde était dénombrés. Il n'existait aucune différence significative entre le nombre moyen d'appels par heure de garde entre le weekend et la semaine, contrairement à notre étude. Les délais d'interventions sont superposables : 21 minutes *versus* 22 minutes. Cependant, l'absence de donnée sur le bassin de population et la fréquentation de l'établissement nous empêchent d'établir une comparaison fiable.

La demande d'avis séniorisé était honorée dans 95 % des cas. Ce taux est meilleur que celui mesuré dans une étude de l'Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH), qui retrouvait un chiffre de 75 % (14).

Forces et limites de l'étude :

La totalité des formulaires attendus ont été renseignés. Cette réussite peut être attribuée à deux paramètres : la courte durée de l'étude qui a permis de maintenir une forte motivation parmi les investigateurs et la participation à une étude valorisant le travail en garde d'intérieur. Cependant, trois internes (parmi lesquels deux étaient de garde un dimanche), ont signifié une difficulté de remplissage optimale du formulaire, en raison du nombre d'appels trop important.

La première limite de cette étude est temporelle. En effet, le relevé de l'activité de garde n'a été réalisé que sur six semaines durant le printemps. Pour être plus complète, une analyse durant l'hiver et l'été, périodes respectivement plus intense et plus calme, aurait été intéressante à organiser. Cependant, pour des raisons de faisabilité et de fiabilité du recueil des données, nous avons choisi cette période, lorsque les investigateurs avaient acquis une aisance suffisante dans leur stage hospitalier (changement de poste de stage les 1^{er} mai et 1^{er} novembre). La seconde limite a été le manque de temps en garde pour remplir les formulaires, principalement le dimanche. A plusieurs reprises, les internes les ont complétés en fin de garde. Des données manquantes existent pour certains items comme les horaires d'action et le stade de gravité de l'appel (respectivement pour 33 et 29 appels). Des imprécisions dans ces situations sont possibles. Nous n'avons pas pu les détecter, aucune donnée aberrante n'a été identifiée.

La CISP-2 a été choisie pour coder, de par des motifs de consultations proches retrouvés en garde d'intérieur et en médecine générale et par la nature même des investigateurs, des internes de médecine générale. En effet, elle permet une approche médicale, biologique, psychologique et sociale (15). Elle est un outil facile d'utilisation après formation de par sa construction basée sur les systèmes organiques. Elle est validée par la WONCA (World Organization of Family Doctors) (16), recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé et utilisée dans de nombreux pays dont la France (17,18, 19).

La CIM-10 est le référentiel hospitalier pour classifier les maladies. Il existe un transcodage entre celle-ci et la CISP (20).

Le choix d'une CCMU révisée a été fait pour la faisabilité de l'étude. Une échelle rapide, comportant peu d'items était nécessaire pour faciliter le travail de l'investigateur.

Applications et perspectives

Les résultats de cette étude ont permis d'initier une réflexion sur l'organisation de la garde d'intérieur au centre hospitalier de Chambéry, en collaboration avec les représentants des internes, le personnel médical et la direction des affaires médicales. En effet, le nombre important d'appels le dimanche, préférentiellement de 8 à 19 heures, accompagné d'un délai d'action 2,8 fois plus long ce jour-là était jugé inapproprié.

Un second poste d'interne de garde a donc été autorisé et financé pour la journée du dimanche de 8h30 à 18h30, à partir de juillet 2013. L'objectif était de répartir le travail lors de la garde en améliorant la disponibilité des internes auprès des patients.

A l'échelle locale, cette étude peut être reproduite pour mesurer l'action du doublement de la garde d'intérieur. L'amélioration d'autres points peut également être envisagée grâce à une étude approfondie des différents dysfonctionnements mis à jour.

Ce travail pourrait permettre à d'autres hôpitaux ayant un mode de garde similaire de s'intéresser à l'activité de leur garde d'intérieur, de mettre en évidence les demandes de recours et d'identifier des dysfonctionnements potentiels.

Conclusion

Cette étude a donc pu montrer une activité importante durant la garde d'intérieur du centre hospitalier de Chambéry. Cet état des lieux a permis de modifier l'organisation interne par un doublement des effectifs en garde la journée du dimanche pour une meilleure rapidité d'intervention auprès des patients hospitalisés nécessitant des soins urgents.

VIII. CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Céline CHAPE

TITRE : ACTIVITE DES INTERNES EN GARDE D'INTERIEUR A L'HOPITAL DE CHAMBERY : UNE ETUDE ANALYTIQUE

CONCLUSION :

INTRODUCTION : L'hôpital de Chambéry possède un double système de permanence de soins. Le premier est représenté par les urgences pour les patients ambulatoires. Le second, délégué à un interne de médecine générale séniorisé, se charge des patients hospitalisés nécessitant un recours médical via contact téléphonique des équipes soignantes des étages.

Comparativement aux urgences particulièrement étudiées, cette « garde d'intérieur » était très peu décrite.

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des appels passés à l'interne durant la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

METHODES ET MATERIEL : Une étude épidémiologique descriptive et analytique a été menée. Un recueil sur papier a été rempli par les internes durant leur garde, du 4 mars au 14 avril 2013 pour tout motif d'appel. Les variables étudiées étaient le nombre, les motifs et l'heure d'appel, le stade de gravité, la nécessité de déplacement de l'interne. L'analyse statistique a été réalisée par des tests du Chi², de Fisher et de Kruskal Wallis.

RESULTATS : 622 appels ont été recensés : 296 en semaine (47%), 110 le samedi (18%) et 216 le dimanche (35%) avec une différence significative entre la semaine et le dimanche (Chi² p<0,01). Le délai moyen d'arrivée de l'interne dans le service d'appel était respectivement de 13, 16 et 37 minutes, avec une différence significative (Kruskal-Wallis Test p<0,05). Des pics de fréquence de 9 demandes de recours en 2 heures le dimanche ont été enregistrés en moyenne. Les motifs d'appels les plus fréquents étaient d'ordre « général » (40,5%), « psychologique » (15,1%), « cardio-vasculaire » (11,6%) et « respiratoire » (10%). Les internes se sont déplacés dans 70% des cas. Le pronostic vital du patient semblait engagé dans 9% des cas, des examens complémentaires ont été nécessaire dans 41% des cas.

CONCLUSION : Le nombre d'appel et le délai moyen d'arrivée sont importants notamment le dimanche, cette charge de travail accrue mettant à mal le délai de réponse et la sécurité des soins, a abouti à un changement d'organisation de la garde d'intérieur à l'hôpital de Chambéry.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 15/11/2014

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR DE GAOEMARIS

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'DE GAOEMARIS'.

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Paris: Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.cgtmurets.fr/Documents/Rapports/rapports_hopital/rapport_descours_permanence_soins.pdf
2. Code de la santé publique-art. L6314-1.
3. Code de la santé publique-art- R6315-1.
4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
5. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
6. Code de la santé publique-art R6153-2.
7. Jamouille M, Roland M, Humber J, Brûlet JF, auteurs. Traitement de l'information médicale par la CISP-2, deuxième version. Waterloo : Care Editions ASBL.
8. Samu-Urgences de France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence. Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD, 2011.
9. Mercier A, Letrilliart L. Etude ECOGEN : accéder à la « boîte noire » de la médecine générale. 2012. Disponible sur http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_Lyon_12_Session_ECOGEN.pdf
10. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et résultats. 2003;215.
11. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête nationale sur les structures des urgences. DREES, 2013. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>
12. Erbstein JJ. Evaluation de l'activité des gardes de médecine à l'hôpital de Freyming-Merlebach [Thèse d'exercice]. [France] : Université Nancy I. 1994.
13. Hirsch S. Evaluation prospective de l'activité des internes et des séniors de médecine pendant la « garde d'intérieur » [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. site Xavier-Bichat; 2003.
14. Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux. Interne en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail. 2012. Bartiaux M, Mols P. [Prospective study of waiting time delays in a university hospital emergency department with a physician triage model]. Rev Med Brux. oct 2013;34(5):405-9.

15. Roland M, Jamouille M, Dendeau B. Approches taxinomiques en médecine de famille. Care Editions. Bruxelles; 1996.
16. International Classification of Primary Care ICPC-2-R, Revised second edition, WONCA International Classification Committee, Oxford University Press 2005; ISBN 978-019-856857-5
17. Bhend H. ICPC-2–Premiers pas. PrimaryCare. 2008;8(6):108-11.
18. Letrilliart L, Gelas-Dore B, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care. 2006;14(3):157-65.
19. Letrilliart L, CISP-2 : québécois ?. Exercer 2014;114:158-61.
20. Wood M, Lamberts H, Meijer JS, Hofmans-Okkes IM. The conversion between ICPC and ICD-10. Requirements for a family of classification systems in the next decade. Fam Pract. sept 1992;9(3):340-8.

X. ANNEXES

A. Annexe 1 : Répartition des Lits au Centre Hospitalier de Chambéry

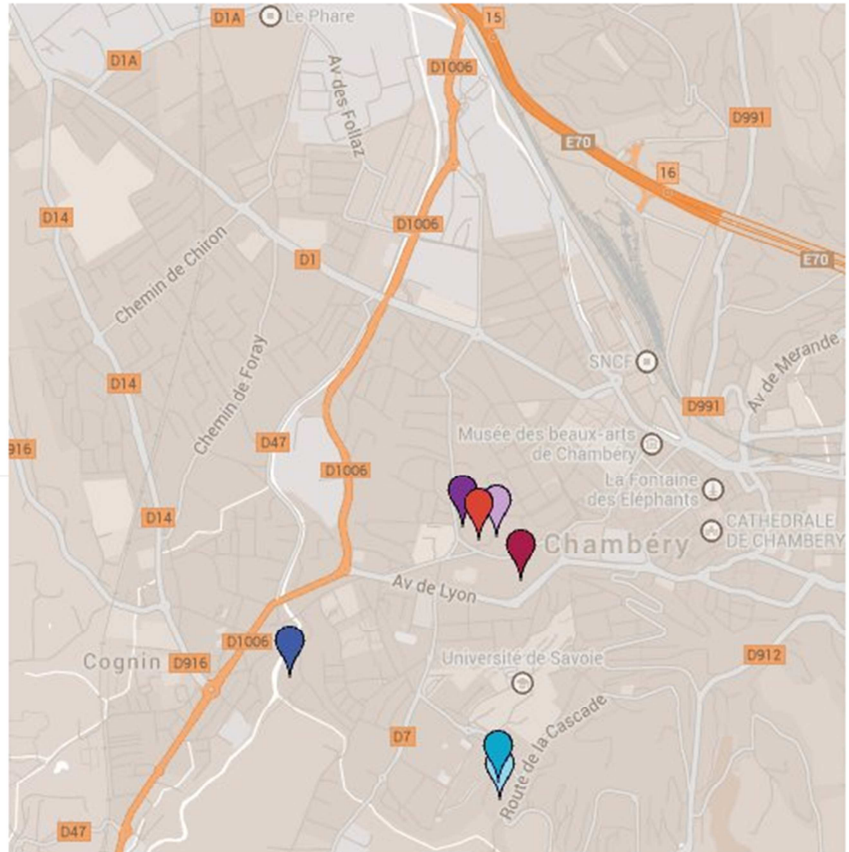
Services	Nombre de lits
Unité Post-porte	10
Néphrologie	18
Pneumologie	37
Endocrinologie - Hospitalisation	24
Endocrinologie - Hôpital de jour	10
Hématologie- Hémophilie	14
Oncologie	10
Médecine Interne - Infectiologie	35
Neurologie B6	20
Neurologie B5	19
Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	10
Soins Intensifs UNV	6
Gastro-entérologie - Hospitalisation	29
Gastro-entérologie - Hospitalisation programmée	8
Court Séjour Gériatrique	20
Unité Douleur - Soins Palliatifs	10
Soins de Suite	56
Réadaptation Fonctionnelle	14
Unité de Soins Longue Durée	30
EHPAD	370
Total	750

B. Annexe 2 : Plan du Centre Hospitalier de Chambéry :

Centre hospitalier de Chambéry

Bâtiments

-  Bâtiment J. Dorstter (Médecine et Chirurgie)
-  Bâtiment Hôtel Dieu (Gériatrie)
-  La Cerisaie (Hébergement)
-  Les Terrasses de l'Horloge (Hébergement)
-  Les Césalet Dessus (Hébergement)
-  Les Césalet Dessous (Hébergement)
-  Les Berges de l'Hyère (Hébergement)



C. Annexe 3 : Questionnaire de l'étude préliminaire :

FICHE DE TRACABILITE

Date :

Heure d'appel	Service et identité appelant	Motif d'appel	Actions	Appel astreinte ou avis	Heure de fin d'action	Commentaires

D. **Annexe 4 : Analyse statistique de l'étude préliminaire :**

Quatorze jours ont été observés soit 10 jours en semaine, 2 samedis et 2 dimanches.

L'analyse statistique du nombre d'appel est présentée ci-dessous :


Jour de garde	Nombre d'appels	Nombre moyen d'appels par garde	Nombre moyen d'appels par heure de garde	P (comparaison avec les jours de semaine)
Semaine	120	12	0,86	----
Dimanche	115	57,5	2,4	< 0,005

Sur les 275 appels, 31 % ont entraînés un avis téléphonique et 69 % un déplacement de l'interne de garde sans différence significative entre les jours étudiés ($p = 0,37$).

Dans 19 % des cas l'interne a eu recours à un avis avec une absence de différence significative selon le jour (test du Chi² ; $p = 0,34$).

C'est le cardiologue de garde qui a été le plus sollicité dans 24 % des cas, suivi par le réanimateur (16 %), l'astreinte (14 %) et le neurologue (14 %).

E. Annexe 5 : Questionnaire de l'étude

Fiche de traçabilité de l'activité des internes de médecine générale lors des grandes gardes au CH de Chambéry	
 CENTRE HOSPITALIER CHAMBERY EMS	Classeur de rattachement : gestion de la qualité et des risques Sous-thème éventuel : qualité
	Version n°2 Diffusé : le 26 février 2013 Fin de validité : fin avril 2013
EMS.QUALE02 Page 1/2	

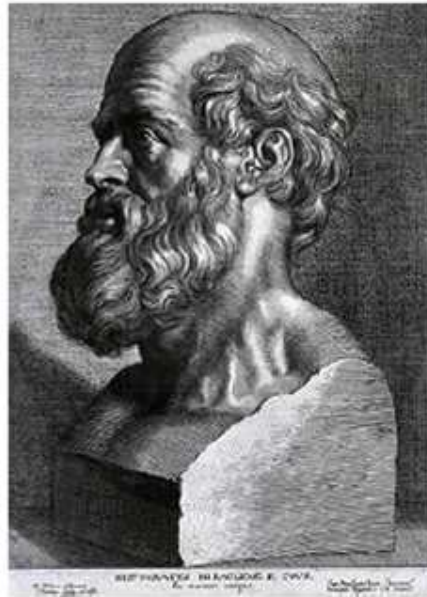
Date de la garde :	Jour de semaine Samedi Dimanche
Nombre de semestres validés par l'interne :	
Spécialité du médecin d'astreinte :	

Heure D'appel	Service Appellant	Professionnel Appellant (IDE, AS...)	Motif d'appel	Type de réponse	Heure d'arrivée dans le service	Si déplacement			Heure de fin d'action	Diriez-vous que cette intervention était nécessaire ** (1, 2 ou 3) Précisez pourquoi.	Dysfonctionnements relevés lors de cette intervention ? Oui (O) / Non (N), si oui le(s)quel(s) ?	Des commentaires ? Oui (O) / Non (N), si oui le(s)quel(s) ?
						Stade de gravité clinique * : 1, 2, 3, 4, ou 5 Si stade 1 : précisez.	Diagnostique concordant avec le motif d'appel ? Oui (O) / Non (N) Si non qual est votre diagnostic ?	Avez-vous eu besoin d'un avis ? Oui (O) / Non (N) Si Oui : quelle spé ? Vous l'a-t-on donné ? Donné (D) / Non donné (ND)				

F. Annexe 6 : CCMU

CCMU	Définition clinique
1	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences
2	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser aux urgences
3	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant pas le pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvre de réanimation
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
P	Problème psychiatrique isolé ou associé à un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel stable
D	Patient décédé à l'arrivée aux urgences et aucune manœuvre de réanimation entreprise

XI. SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.