

Markus Gnädinger¹, Christian Buchwalder, José Orellano, Andreas Meer²

¹ Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich; ² Medvantis AG Bern

Centre d'appel médical au service de nuit

Partie 1: Les effets en chiffres

Résumé

Pour les médecins, les nuits représentent la pression la plus lourde au service de garde. Après que certains arrondissements de services de garde aient dû fusionner pour des raisons d'âge de la population médicale, la pression exercée individuellement sur chaque médecin de garde a augmenté. Les arrondissements des services de garde de Frauenfeld et d'Arbon-Romanshorn, en charge de 30 450, resp. 37 217 habitants, ont examiné la faisabilité et l'utilité d'un centre d'appel médical nocturne pratiquant la sélection préalable en faveur du service de garde de 22 heures à 8 heures.

La période sans centre d'appel s'étendit du 1^{er} février au 31 mai 2007, la période avec centre d'appel alla du 1^{er} juin au 30 septembre 2007. Des 39 médecins, âgé(e)s de 52 (39–65) ans, 35 participèrent à l'étude. De tous les épisodes d'urgences, 85% furent saisis.

Durant la première période, le service recensa en moyenne 0,54 appels et 0,73 interventions par nuit et par arrondissement de garde, alors que dans la deuxième période, on en compta respectivement 0,37 et 0,64. Un tiers environ des appels nocturnes fut réglé définitivement par le centre d'appel.

Du côté des stations d'urgences des hôpitaux cantonaux, le pourcentage de patients se présentant de leur propre initiative resta constant pendant toute la durée de l'étude (31,0% contre 31,6%); on ne put constater aucune migration des cas d'urgences vers les hôpitaux publics, ni de fluctuation saisonnière.

Notre étude prouve que la sélection préalable des appels de nuit au service de garde est réalisable et judicieuse.

Le service médical de garde et d'urgence connaît des bouleversements. Les changements démographiques au sein de la population médicale, ainsi que la conscience de soi de la nouvelle génération, demandent de nouveaux modèles. Notre étude précédente, conduite sous une méthode pratiquement identique, avait mis en évidence la surcharge particulière, plus forte encore après la fusion des arrondissements d'Arbon et de Romanshorn [1, 2], que les nuits de garde exercent sur les médecins. Cette étude discute également de la bibliographie disponible sur le sujet. Une des possibilités évoquées, visant l'allègement de la tâche des médecins de garde, résidait dans la déviation des appels d'urgence de nuit vers une centrale d'appel médicale gérée professionnellement. Dès lors, il fallait comparer les situations avant et après une telle prise en charge.

Intervention: sélection préalable des appels de nuit au service médical de garde et d'urgences dès le 1. 6. 2007.

Question étudiée: quel est l'effet de la sélection préalable des cas d'urgence sur le nombre d'interventions nocturnes et de consultations téléphoniques incombant au médecin de garde?

Méthode

La période sans centrale d'appel s'étendit du 1. 2. 2007 au 31. 5. 2007, la période avec centrale d'appel alla du 1. 6. 2007 au 30. 9. 2007. Cette étude fut réalisée par les arrondissements des services de garde de Frauenfeld et d'Arbon-Romanshorn, en charge de 30 450 resp. 37 217 habitants.

Nous nous adressâmes à la centrale d'appel Medi24 de Berne (Medvantis SA). A l'aide d'un algorithme structuré et informatisé, les appelants reçurent des conseils et furent attribués aux catégories suivantes: a) auto-traitement/attente jusqu'aux heures de consultation régulière, b) transmission de l'appel au médecin de garde, ou c) au centre cantonal des interventions d'urgence. Les numéros 0900 des services de garde furent détournés sur le numéro du centre d'appel à partir de 22 heures.

L'étude fut signalée à la commission d'éthique du canton de Thurgovie.

Formulaires d'annonce d'épisodes

Les données suivantes furent recueillies lors de chaque épisode du service: interventions d'urgence, appels téléphoniques nocturnes et interventions. Dans cette étude, nous avons défini les cas d'urgences comme étant les consultations ou les visites convenues le jour même, et les interventions nocturnes comme étant le nombre d'appels téléphoniques nocturnes moins les cas urgents réglés par téléphone uniquement.

Critère d'inclusion

Nous avons admis les nuits de garde lorsque le médecin de garde s'était annoncé au centre d'appel médical avant 23 heures.

Fréquences des cas de patients arrivant à la station d'urgences de l'hôpital

Dans le but de saisir les cas d'urgence éventuellement détournés vers les stations d'urgences hospitalières, nous avons aussi saisi la fréquence des urgences dans les hôpitaux publics de Frauenfeld et de Münsterlingen selon les catégories: a) le nombre de cas traités et b) parmi eux, le nombre de patients arrivant de leur propre initiative.

Statistique

Comme les valeurs des variables mesurées diffèrent souvent considérablement de la distribution normale, nous restituons nos résultats par la médiane (minimum-maximum). Les comparaisons statistiques furent effectuées par test de U selon Mann-Whitney, et si les valeurs figuraient par paires, nous avons appliqué le test des sommes des rangs selon Wilcoxon; les différences dont le niveau de signification était inférieur à $p < 0,05$ (dans les deux queues de courbe) sont indiquées par un astérisque (*). Tous les tests appliqués sont mentionnés explicitement. La statistique fut élaborée au moyen du programme SPSS.

Résultats

Collectif de médecins et retour des questionnaires

Parmi les 39 médecins actifs au service de garde, 35 ont participé à l'étude. Leur âge médian s'élevait à 52 (39–65) ans. Trente d'entre eux ont admis être également en partie atteignables par leurs patients en-dehors des heures de consultation et du service de garde. Le retour des questionnaires s'effectua de la manière suivante (envoyés/reçus; % de retours): service de 24 heures: 484/410, 85%; service de garde de jour (Arbon-Romanshorn): 166/143, 86%.

Données sur les prestations au moment du service

Le tableau 1 indique les données du service médical de garde et d'urgence pendant la durée de notre étude.

Comme nous nous y étions attendus, en fin de semaine le nombre de cas à traiter fut plus élevé que pendant les jours ouvrables.

Tableau 1

Cas d'urgence en période 1 et en période 2 (phase de centre d'appel).

	phase de la semaine jours ouvrables		jours fériés et fins de semaine	
	période 1	période 2	période 1	période 2
Formulaires rentrés	210	213	66	63
Nombre de cas d'urgence	13 (1–47)	12* (1–36)	19 (5–47)	16* (4–41)

Légende: * $p < 0,05$ contre valeurs précédentes y c. les services de jour (Arbon-Romanshorn). La comparaison des valeurs des jours ouvrables et des jours fériés n'a pas été effectuée.

Tableau 2

Sollicitations nocturnes des médecins de garde.

	en valeur absolue		par service*	
	période 1	période 2	période 1	période 2
Nombre d'appels	111	57	0,54	0,37
Nombre d'interventions	149	98	0,73	0,64

Légende: *en raison de la faiblesse des nombres, nous indiquons les valeurs moyennes et non médianes. Nombre de nuits soumises à l'évaluation: $n = 205$ en période 1, $n = 154$ en période 2.

Durant la période de centre d'appel, la fréquence des cas d'urgence diminua de façon à peine significative par rapport à la période précédente.

Modifications introduites par la sélection préalable

Nous n'avions détourné les appels entrants vers la centrale qu'à partir de 22 heures. Le tableau 2 montre une vue d'ensemble des activités des médecins de garde durant la nuit.

En tout nous avons compté 240 nuits dans la première période, dont 205 (c.-à-d. 85%) furent documentées, et compté 244 nuits pendant la deuxième période, dont 181 avec une annonce du médecin au centre d'appel avant 23 heures, parmi lesquelles 154 furent documentées (63%).

Durant ces 154 nuits, le centre reçut 194 appels téléphoniques, ce qui revient à 1,27 appels par nuit. Dans 63 de ces cas, l'on conseilla un auto-traitement ou une attente (0,41 cas par nuit); dans 120 cas (0,78 par nuit), l'appelant dut être connecté au médecin de garde, et dans 11 cas (0,07 par nuit) il fut connecté à la centrale d'interventions d'urgence; les connections au numéro 144 impliquèrent en général l'intervention d'un médecin de garde. Par conséquent, le centre d'appel médical évita de déranger le médecin de garde dans 0,41 cas par nuit, ou dans le 32% de tous les appels entrants.

Cadences dans les stations d'urgences des hôpitaux publics

Le nombre de patients entrant aux stations d'urgence des hôpitaux publics de Frauenfeld et de Münsterlingen est demeuré inchangé pendant la durée de l'étude. Durant la première période, 2113 sur 6824 patients vinrent de leur propre chef à la station d'urgences (ou 31%). Dans la seconde période, ces chiffres se montèrent à 2209 parmi 6998 patients ou 31,6%. Nous n'avons malheureusement pas pu séparer ces entrées selon l'heure de la journée.

Discussion

Effectivité de la sélection préalable

Sur 1,27 appels par nuit parvenus au centre d'appel médical, 0,41 aboutirent à une recommandation d'auto-traitement ou d'attente. Pour les médecins de garde, cela représente un soulagement correspondant à 0,41 appels par nuit. Durant la même période, les médecins de garde annoncèrent 1,01 appels (donc 0,15 de plus que les appels retransmis par le centre d'appels ou le numéro 144. Parmi ceux-ci, 0,37 purent se régler par téléphone par le médecin de garde, si bien qu'il resta encore à effectuer 0,64 interventions par nuit.

Cette différence est due au fait que certains patients, plutôt que de composer le numéro 0900... du service médical de garde et d'urgence, utilisèrent le numéro direct de leur médecin de garde, ou alors le numéro 144. Ces appels ne purent être soumis à la sélection préalable et ne furent pas saisis non plus dans la statistique. Conclusion: la sélection préalable demande également d'établir une convention stricte avec les centrales d'appels d'urgence publiques compétentes.

Un autre projet, à Winterthour cette fois, enregistra 3,5 (0–8) appels par nuit [3]. Cela représente plus du double du nôtre. Si le nombre de sollicitations de nuit du service des urgences devait augmenter, l'utilité absolue du centre d'appels médical se renforcerait, par la diminution des dérangements du médecin de garde.

Limites

Dans l'étude, 85% des nuits furent incluses lors de la première période, 63% lors de la deuxième. L'explication de cette différence réside dans le fait que le groupe des médecins ne participant pas à l'étude et celui des médecins ayant renoncé à utiliser le centre d'appels n'étaient pas les mêmes, ce qui a entraîné un doublement des nuits d'étude non incluses.

Critiques

Chez les adeptes de la sélection préalable, quelques voix s'élèvent contre le caractère commercial des centres d'appels médicaux. Hugentobler [4] souhaite que les institutions restent en mains médicales, comme par exemple «Ärztelink Zurich» ou «Medphone Berne». Gafner [5] également exprime certains doutes à l'égard des intérêts financiers de ces centres, qui selon lui ont tissé des liens réciproques avec les assureurs. De mai à août 2007, un projet semblable fut réalisé à Winterthour, toutefois en s'adressant non pas à un fournisseur de services privé, mais à la centrale des urgences de l'hôpital cantonal [3]. Nous attendons avec impatience la publication de ces résultats. Dans notre essai cependant, aucun problème d'ordre commercial ne se manifesta. Si les limites de compétence sont clairement fixées par contrat, la collaboration avec les fournisseurs de centrales d'appels couvrant toute la Suisse ne devrait pas poser de problème majeur au corps médical.

Orientation des flux de patients

L'analyse de la fréquence des urgences n'a pas révélé de déviation des patients vers les stations d'urgence des hôpitaux publics; des fluctuations saisonnières majeures ont également été exclues. Environ 31% des patients des urgences hospitalières s'y sont rendus de leur propre initiative. Ce chiffre est nettement plus bas que celui de 55% qu'indique l'hôpital de Baden [6]. Les quelque 6500 pa-

tients par année qui se font soigner directement aux urgences de l'hôpital dans le canton de Thurgovie représentent un potentiel d'amélioration considérable. Des négociations sont en cours au sujet de cabinets médicaux d'urgence de médecins de famille rattachés à l'hôpital.

Perspectives

Dans l'arrondissement de Frauenfeld, la phase d'essai de notre centre d'appel pilote a été prolongée jusqu'au 31 mars 2008; après nous l'essai fut terminé pour des raisons financières. Nous sommes en train de négocier un mandat de prestations au service de garde, ainsi que son financement. Après l'effondrement du service de garde des médecins généralistes, l'Angleterre s'était trouvée dans l'obligation de financer un service public bien plus coûteux que n'aurait coûté un soutien ciblé aux médecins de famille.

Notre étude prouve la faisabilité et l'intérêt d'une sélection préalable des appels téléphoniques nocturnes au service médical de garde et d'urgence.

Références

- 1 Gnädinger M, Boesch E, Marty F. Fusion d'arrondissements – moins de nuits, moins de week-ends
Première partie: sollicitation du service de garde. PrimaryCare. 2008;8(10):179–82.
- 2 Gnädinger M, Boesch E, Marty F. Fusion d'arrondissements – moins de nuits, moins de week-ends
Deuxième partie: degré de satisfaction au service de garde ; PrimaryCare. 2008;8(11):206–8.
- 3 Christoph Bovet. Projekt Notfalltelefontriage der AWA 2007. [Communication personnelle].
- 4 Hugentobler W, Rothenberger J. Reorganisation des Notfalldienstes. Teil 2. Schweizerische Ärztezeitung. 2007;88(22):938–40.
- 5 Gafner B. Telefontriage als ideales Gatekeeping? Managed Care. 2007;7:26–7.
- 6 Kissling B. Forum klinische Notfallmedizin fKNM SGNOR. PrimaryCare. 2007;7(12):205–7.

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

Chaque sélection
préalable opérée par
un centre d'appels
médical doit faire
l'objet d'un accord
strict avec les centres
d'appels d'urgence
publics.