HAL
open science

La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de la Réunion : quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ?

Valentin Labarbe

To cite this version:

Valentin Labarbe. La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de la Réunion : quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01083540

HAL Id: dumas-01083540

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01083540

Submitted on 17 Nov 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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014 N° 101

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LABARBE Valentin

Né le 24 mars 1987

Le 7 octobre 2014

LA MAISON MEDICALE DE GARDE, ORGANE DE PERMANENCE DES SOINS ET FILIERE COURTE DES URGENCES DE SAINT-PIERRE, CHU DE L'ILE DE LA REUNION

Quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ?

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur GENEVEY Pierre-Yves

Jury

Monsieur le Pr COMBES Xavier, Professeur des universités, Président du jury

Monsieur le Dr FRANCO Jean-Marc, Maître de conférences associé

Monsieur le Pr SZTARK François, Professeur des universités

Monsieur le Pr DURIEUX William, Professeur associé

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014 N° 101

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LABARBE Valentin

Né le 24 mars 1987

Le 7 octobre 2014

LA MAISON MEDICALE DE GARDE, ORGANE DE PERMANENCE DES SOINS ET FILIERE COURTE DES URGENCES DE SAINT-PIERRE, CHU DE L'ILE DE LA REUNION

Quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ?

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur GENEVEY Pierre-Yves

Jury

Monsieur le Pr COMBES Xavier, Professeur des universités, Président du jury

Monsieur le Dr FRANCO Jean-Marc, Maître de conférences associé

Monsieur le Pr SZTARK François, Professeur des universités

Monsieur le Pr DURIEUX William, Professeur associé

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Xavier COMBES
Anesthésiste réanimateur,
Professeur des universités, praticien hospitalier,
Coordonnateur de la spécialité médecine d'urgence,
Chef du service des urgences hôpital Felix-Guyon, CHU de la Réunion
Chef de service du SAMU de la Réunion

En témoignage de ma gratitude pour l'honneur que vous me faites de bien vouloir présider ce jury de thèse.

Je vous suis particulièrement reconnaissant de tous vos enseignements et de votre guidance au long de la formation de médecine d'urgence.

Je vous prie de trouver dans cet hommage l'expression de mes sincères remerciements pour votre disponibilité et votre confiance ainsi que la marque de mon profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO
Médecin généraliste,
Maître de conférences associé
Directeur du département de médecine générale

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Votre enseignement fut pour moi des plus enrichissants. Merci pour votre investissement attentif dans la formation des internes et pour votre confiance.

Que ce travail soit pour moi l'occasion de vous exprimer le témoignage de ma gratitude et de mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur François SZTARK
Anesthésiste réanimateur,
Professeur des universités, praticien hospitalier,
Chef du département relations internationales de la faculté de Bordeaux
Chef de pôle anesthésie réanimation, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Au cours de mes années d'étude à Bordeaux j'ai pu apprécier votre qualité de pédagogue. Merci pour toutes les innovations et le développement de la formation hospitalo-universitaire à la Réunion.

Je vous prie de trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur William DURIEUX
Médecin généraliste,
Professeur associé des universités,
Membre du département de médecine générale

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Nous vous connaissons seulement par les chaudes recommandations de vos anciens élèves.

Merci de prendre sur un temps précieux pour partager votre expérience et votre sagesse, veuillez trouver ici nos sincères remerciements ainsi que la marque de notre profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Pierre-Yves GENEVEY
Médecin urgentiste,
Coordonnateur des prélèvements d'organes et greffes,
Service de réanimation polyvalente, Hôpital de Saint-Pierre, CHU de la Réunion

Je suis sincèrement reconnaissant de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Vous avez, par vos conseils et par votre aide, contribué à l'élaboration de cette thèse avec beaucoup de gentillesse.

Je tiens à vous en remercier tout particulièrement, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont apporté leur soutien pour réaliser ce travail :

Merci à M. CHANE-CHAN Johny du département d'information médicale qui s'est toujours montré patient et réactif et qui m'a rendu accessibles et intelligibles les données du dossier informatisé patient. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

Merci à l'équipe médicale et paramédicale des urgences du GHSR, chers amis, chers collègues, merci de m'avoir donné le goût de mon métier et conseillé tout au long de mon internat. Merci tout particulièrement à M. WARNER Thomas, au Dr CHABANE Hakim, Dr PIERNA Jean-Manuel, Dr VAGUE Adrien, Dr MASSEGUIN Thomas, Dr MANGIN Catherine pour leur contribution.

Merci à l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU de la Réunion, à Mme HUIART Laetitia, M. FERDYNUS Cyril à Mme NICOLAS Amélie, doctorante elle-aussi qui a inlassablement et sans délais procédé aux analyses statistiques.

Merci au Dr BELLONY Elsa, ma compagne qui m'a soutenu et conseillé au cours de ce travail.

Merci à mes parents et à mon frère de s'être intéressés au projet et de m'avoir éclairé de leurs remarques. Merci à toute ma famille de m'avoir soutenu.

Merci à mes collègues internes ; Sarah, Laurence, Mahé, Sylvain, Marco et PAF, du service de pédiatrie conciliants à l'extrême grâce à qui ce travail a été terminé dans les temps. Merci à Josiane pour ses encouragements.

Merci aux médecins de la maison médicale de garde, qui ont bien voulu me renseigner et avec qui j'ai eu plaisir à travailler. Merci tout particulièrement au Dr LAN-SUN-LUK Maximin pour son aide et aux Dr COSNEFROY Jean-Yves et Dr GOMARD Philippe pour leur investissement et leurs enseignements.

Merci aux médecins régulateurs du SAMU974 et de l'ARRMEL qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire, et spécialement aux Dr MECHERGUI Karim et Dr HUMBERT Patrice pour leurs précieux conseils.

Merci au service informatique du GHSR, particulièrement M. LU-YUN Jean-Luc grâce à qui j'ai pu continuer mes travaux quand mon matériel m'abandonnait dans un moment critique.

Merci à Madame DA ROS Christie du service des thèses et aux services de visioconférence d'avoir géré la logistique avec parfois beaucoup de flexibilité.

Merci à Monsieur CAPET Mario secrétaire du département de médecine générale pour sa gestion parfaite de l'organisation de la soutenance.

Merci au Dr AUSSEDAT Mariette qui est à l'origine de mon choix de sujet.

Merci à Madame COSTE Michèle du service Mission d'information et Publications de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour ses précieux renseignements.

Merci aux généralistes enseignants du département de médecine générale, merci notamment au Dr GAILLARD Patrick pour ses conseils éclairés.

Merci au Dr BERAL Jean-Michel, de l'ordre des médecins de la Réunion pour ses précieux renseignements.

Merci au Dr MOUGIN Katia, chef de service des urgences du CHGM pour ses renseignements.

Merci enfin à ceux qui, sans avoir contribué à cette thèse, m'ont marqué par leurs enseignements ou leur affection, ceux que j'ose nommer maîtres, Monsieur Frédéric BOLY, Monsieur le Dr Alain BOURDEAUD'HUI, Monsieur le Dr Jacques RIVIERE, Monsieur le Dr François LION et Monsieur André HARDOUIN, mon grand-père.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARRMEL : Association Réunionnaise des régulateurs médicaux d'exercice libéral

ARS : Agence régionale de santé

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

CGSS : Caisse générale de sécurité sociale

CHGM : Centre hospitalier Gabriel Martin, ville de Saint-Paul

CIM-10 : Classification internationale des maladies version 10

CMU : Couverture maladie universelle

CRRA : centre de réception et de régulation des appels

CTAS : Canadian triage assessment scale

DAFPEC : Délai avant fin de prise en charge médicale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ES : Erreur standard

FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins en ville

Fc : Fréquence cardiaque

GHER : Groupe hospitalier est Réunion, Saint-Benoît

IC : Intervalle de confiance

IOA : Infirmier d'accueil et d'orientation

MMG : maison médicale de garde

MMSR : Maison médicale sud Réunion

PDS : Permanence des soins

PFME : Pôle femme mère enfant

SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

SU : Structure des urgences

SpO2 : saturation transcutanée en oxygène

URML : Union régionale des médecins libéraux

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 11

II. PRESENTATION APPROFONDIE DU CONTEXTE 13

A. CONTEXTE NATIONAL 13
1. La demande de soins non programmés 13
2. La permanence des soins 15
3. Les maisons médicales de garde 16
B. CONTEXTE LOCAL 19
1. Médecine générale et permanence des soins 19
2. Consommation médicale 21
3. Le CHU de la réunion et la SU de Saint-Pierre 22
4. La maison médicale sud Réunion 23
C. INTERACTION SU/MMSR 24
1. Règles d'adressage à la maison médicale 24
2. Ressenti des intervenants 24

III. MATERIEL ET METHODES : 25

A. SCHEMA DE L'ETUDE 25
1. Type d'étude 25
2. Critères d'inclusion 25
3. Critères d'exclusion 25
B. RECUEIL DES DONNEES 25
1. Mode de recueil 25
2. Identification et explication des données recueillies 25
3. Correction des données 27
C. ANALYSE STATISTIQUE 28
1. Procédure d'analyse 28
2. Critères de jugement 28

IV. RESULTATS 29

A. POPULATION 29
B. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL ET AUTRES ANALYSES DES DUREES DE PRISE EN CHARGE 31
1. Délai avant fin de prise en charge et avant prise en charge médicale 31
2. Temps en zone d'attente 32
3. Durée de séjour 32
C. PROVENANCE DES PATIENTS 33
D. FREQUENTATION DE LA SU ET DE LA MAISON MEDICALE 34
1. Date d'entrée 34
2. Mois 34
3. Type de jour 35
4. Heure d'entrée 35
E. MODALITES DE RECOURS ET DE TRANSPORT 36
F. MOTIF DE CONSULTATION ET TRI INFIRMIER 37
1. Gravité à l'admission 37
2. Motif de consultation 38
3. Orientation initiale après triage IOA 39
G. INTERVENTION MEDICALE ET PATHOLOGIES LES PLUS REPRESENTEES 40
1. Médecin responsable 40
2. Examens complémentaires et avis spécialisé 40
3. Acte thérapeutique 40
4. Diagnostic principal 41

5. CCMU *42*
6. Orientation de sortie *43*
H. QUESTIONNAIRE AUPRES DES EFFECTEURS DE LA MMSR 44
I. QUESTIONNAIRE AUPRES DES REGULATEURS SAMU ET ARRMEL 44

V. DISCUSSION 45

A. BIAIS GENERAUX 45
1. Type d'étude *45*
2. Biais de recrutement, de sélection et d'incorporation *45*
3. Biais d'information *45*
4. Biais de confusion *45*
B. INDICATEURS DE "QUALITE" DE LA MMSR 46
1. Critère de jugement principal *46*
2. Découpage des temps d'attentes *47*
3. Taux de réorientation *48*
C. APPORT EN MATIERE D'OFFRE DE SOIN, DE PDS 49
1. Place dans le circuit de PDS *49*
2. Caractéristiques des patients consultants *49*
D. INTERACTION AVEC LA SU 50
1. Diminution des délais dans la filière standard *50*
2. Nombre de passages aux urgences *50*
3. Taux de patients non graves vus dans la filière standard *51*
4. Taux d'hospitalisation *52*

VI. CONCLUSION 53

VII. REFERENCES 54

VIII. ANNEXES 60

I. Introduction

Ayant travaillé deux ans comme interne au service des urgences de l'hôpital de Saint-Pierre, CHU de la Réunion, j'ai pu constater le fonctionnement d'une maison médicale intra-hospitalière, la maison médicale sud Réunion (MMSR). Après huit années d'existence, le ressenti des usagers de la MMSR ainsi que du personnel soignant des urgences auxquelles elle est jumelée semble[1] positif en matière de rapidité de prise en charge et de gestion des flux aux urgences. Au-delà du ressenti, les données issues de l'activité de la MMSR n'ont pas encore fait l'objet d'une analyse.

La Maison Médicale Sud Réunion (MMSR) qui fait l'objet de cette étude est une MMG hospitalière créée le 13 avril 2006 sous forme d'une association loi 1901. Son but tel qu'énoncé par ses créateurs est de «permettre une prise en charge rapide des patients se présentant au service des urgences du CHU sud Réunion (CHUSR) dans le cadre de la permanence des soins ; solliciter les médecins libéraux pour assurer cette permanence de soins ; participer à la coordination des soins entre la ville et l'hôpital en lien avec le S.A.M.U. centre 15 et l'Association Réunionnaise des régulateurs médicaux d'exercice libéral (A.R.R.M.E.L)».

Ce type de structure a émergé progressivement pour répondre à une problématique nationale. Au cours des quinze dernières années, l'offre de soins en dehors des heures « ouvrables » en ville s'est considérablement appauvrie. Le gouvernement a dû organiser un plan d'action permettant un accès aux soins pour tous, à toute heure reposant sur le concept de permanence des soins (PDS) (1).

Une analyse des études et audits récents a mis en évidence une augmentation globale de la demande de soin et plus particulièrement un recours accru à l'hôpital (2).

Les principaux effecteurs de la PDS sont les cabinets d'urgence de ville type SOS médecins, les maisons médicales de garde (MMG), et les structures d'urgences (SU) hospitalières. Ces services sont articulés par une régulation téléphonique (SAMU centre 15, et dans certaines régions une régulation de médecine générale) qui a la capacité d'envoyer des vecteurs, médicalisés ou non, sur tout le territoire.

Depuis 2003 les MMG se sont multipliées en France métropolitaine (29 centres en 1995 contre 98 en 2005) (3,4) mais leur nombre exact est inconnu faute d'inventaire précis de l'ARS. Selon les directives ministérielles, les MMG sont une des options de la PDS en ville à favoriser (5). Celles qui ont bénéficié de subventions par l'ARS ont un cahier des charges qui comprend une évaluation annuelle. D'autres se sont créées sans subvention et perdurent tant que le bilan financier est positif. Des études, notamment des travaux de thèse, ont été réalisés sur certaines MMG. Leur objectif était de mettre en évidence les répercussions de la création d'une MMG sur la qualité de la PDS :

-impact sur le nombre de consultations dans une SU (6,7)
-satisfaction des usagers, temps d'attente (7)
-profil des patients et motifs de refus de prise en charge par la MMG (8)

[1] Il n'a pas été réalisé d'enquête d'opinion

Les résultats de ces études sont hétérogènes et peu exportables d'une MMG a une autre.

Si le service rendu est manifeste, il est souhaitable de pérenniser et d'encourager cette filière. La diffusion voire la généralisation des MMG intra hospitalières nécessite des données chiffrées afin d'obtenir l'adhésion des ARS. Le Schéma d'organisation des soins du projet de santé Réunion-Mayotte prévoit de créer à proximité de chacun des centres d'urgences de l'île un point fixe de PDS ambulatoires (9). Cependant, l'implantation d'une MMG se fait parfois dans un environnement réticent.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer le bénéfice apporté par la MMSR en matière de délais de prise en charge pour les patients qui se sont présentés aux urgences du CHU de la Réunion, hôpital de Saint-Pierre entre juin 2011 et juin 2014 aux heures de la PDS pour des soins ambulatoires.

Suite à cette introduction nous détaillons le contexte en faisant un état des lieux de l'offre et de la demande de soin à l'échelle nationale puis régionale ainsi qu'une présentation du couple «urgences CHUSR et MMSR».

Nous détaillerons ensuite notre étude suivant la structure consacrée, en commençant par notre méthode puis nos résultats. Enfin, nous discuterons ces résultats en interprétant l'apport en matière de PDS selon le critère de jugement principal, en dégageant les biais, en comparant notre échantillon avec les données de la littérature. Enfin, nous conclurons sur l'apport présumé de cette étude, ses limites et les perspectives d'amélioration de la collaboration entre la SU et la MMSR.

II. Présentation approfondie du contexte

A. Contexte national

1. La demande de soins non programmés

Définition de l'urgence

L'urgence a une définition différente pour les usagers et pour les professionnels de santé. Par leur fonction d'aide médicale urgente, les SU doivent souvent prendre en charge la demande de soin non programmée dans son ensemble, au-delà de l'urgence diagnostique et thérapeutique. L'usager se présente à la SU car sa situation lui semble urgente ou car il n'a pas la possibilité de recourir à la médecine ambulatoire, c'est la notion "d'urgence ressentie" qui est fondamentale. Il s'agit parfois d'une consultation de médecine générale ne nécessitant pas forcément le plateau technique hospitalier (10).

Un recours accru aux services d'urgences

En effet, malgré le développement des cabinets médicaux de garde, SOS médecin et les maisons médicales de garde, leur participation à la PDS est variable, voire absente en nuit profonde. Cette réponse aléatoire est difficile à gérer en matière de régulation médicale et engendre le doute dans la population (11). Il en résulte une orientation et un recours spontané accrus aux centres hospitaliers et un déploiement plus important de transports sanitaires régulés ou non (12). D'après les résultats préliminaires de l'enquête DREES sur la fréquentation des SU, le taux annuel de passages aux urgences en France[2] est passé, de 23,5 % en 2003 à 28.8% en 2013 (13,14). Le nombre de passages aux urgences en France était de 7 millions en 1990 (15) 10 millions en 1996, 14 millions en 2003 (2) et *a priori*[3] 19 millions en 2013 (14). Il en résulte une saturation des SU et une augmentation des coûts de santé.

Une modification des motifs de recours

Les motifs de recours des patients aux urgences se sont modifiés, d'après le sondage DREES de 2004, 62% des patients consultent d'eux-mêmes aux urgences (13). D'après l'enquête DREES de 2002, le recours à une structure hospitalière est souvent multifactoriel, avec pour raisons principales la proximité de l'hôpital, la nécessité supposée d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé (Figure 1 et Figure 2).

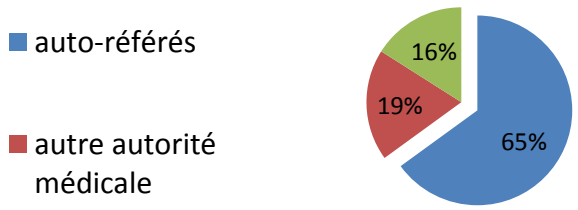


Figure 1 Répartition des modalités d'adressage à la structure hospitalière sur questionnaire à l'entrée aux urgences

[2] Nombre de passages aux urgences rapporté au nombre d'habitants recensé au premier janvier de l'année
[3] Le nombre de passages en 2013 a été extrapolé à partir des résultats de l'enquête transversale de 2013

Par ailleurs, pour 36% des patients il s'agit d'un problème médical ayant déjà fait l'objet d'une consultation, à l'hôpital dans 78% des cas (2). Une autre étude montre une "familiarité" de certains usagers avec les services d'urgences, qui auraient tendance à y recourir pour des motifs de médecine ambulatoire. En effet, d'après *Bailly et al.* le fait d'être auto-référé ou d'avoir déjà eu recours aux urgences dans les six derniers mois est corrélé à l'absence de nécessité de prise en charge diagnostique ou thérapeutique urgente (évaluée *a posteriori*), respectivement OR 2.40 (IC 95%=1.16-449) et OR 3.02 (IC 95%=1.27-7.18) (16).

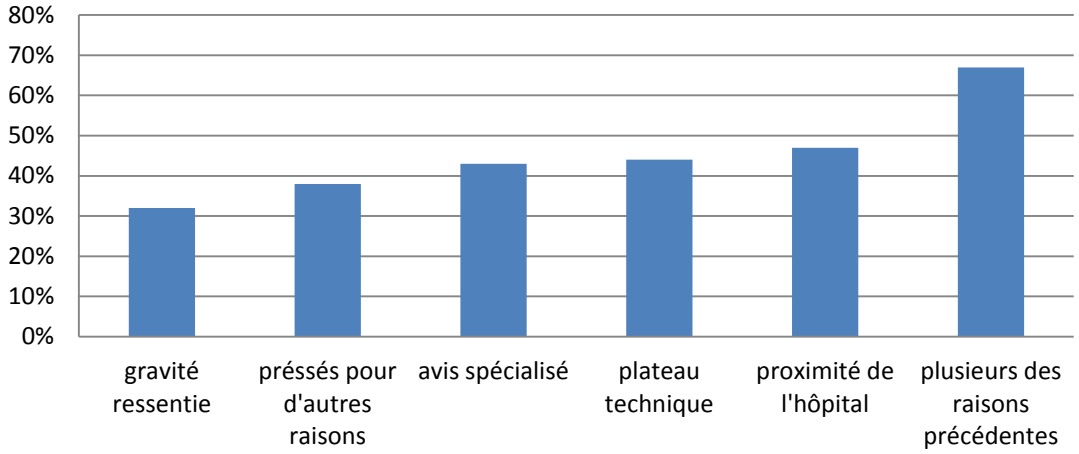


Figure 2 Causes de recours hospitalier pour les auto-référés

Stratégie de réponse à cette demande croissante

Ce changement sociétal qui semble être mondialement étendu (17–20) a entrainé une surcharge des services d'urgences et un mécontentement des usagers. Dans la presse spécialisée, la réaction initiale des médecins urgentistes semblait être de vouloir lutter contre cette métamorphose portée par le concept de recours "non justifié" aux urgences (16,21). Certains pays ont même mis en place des mesures pénalisant les recours "non justifiés" aux urgences (22). Aux Etats-Unis et en Allemagne certains patients sont renvoyés vers une structure extra hospitalière après un tri paramédical (18,23,24). Une méta analyse récente rapporte que l'évaluation a priori du caractère urgent ou non d'une consultation n'a pas fait la preuve de sa fiabilité (10,24,25). Cette analyse met en évidence une grande variabilité des proportions de patients "non-urgents" identifiés par les différentes procédures de tri évaluées (4.8 à 90%). La conclusion des auteurs est de ne pas utiliser ces procédures pour "refuser l'accès" aux urgences, en raison du risque d'éconduire des patients nécessitant une prise en charge urgente.

Le mot d'ordre actuel des sociétés de médecine d'urgence est de bannir la notion de "vraie et fausse urgence". En France, la règle est l'évaluation médicale pour tout patient se présentant aux urgences ; "Art. R. 6123-18 Tout établissement autorisé à exercer l'activité (de médecine d'urgence) mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU" (26). Un médecin est tenu par la loi de porter assistance à toute personne supposée en danger portée à sa connaissance (27). Le droit de refuser de prendre en charge un patient (28) ne peut s'appliquer qu'après élimination de toute situation d'urgence par un interrogatoire et un examen médical. C'est pourquoi les

patients qui semblent relever de la médecine ambulatoire après le tri infirmier doivent quand même être examinés par un médecin.

Plus récemment, la tendance est donc davantage d'adapter l'offre de soin non programmée et l'aval des urgences que les mentalités des usagers (29,30).

2. La permanence des soins

La définition de la permanence des soins selon la circulaire du 16 avril 2003 est : "organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi" (1,31). Ce dispositif sanitaire n'a pas vocation à traiter les patients relevant de la médecine d'urgence ni de soins programmés (32,33). Cette PDS a été mise en place afin de répondre à la demande de soin non programmée dans un contexte de démographie médicale défavorable et de désinvestissement de la médecine libérale.

Il est encadré par trois textes réglementaires majeurs : la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (1) qui rappelle l'importance d'articuler la permanence de soins de ville et les services d'urgence, et qui encourage explicitement les MMG ; le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 (34) qui définit les principes de la permanence des soins et instaure le principe du volontariat pour la prise de garde et le décret n° 2003-881 (35) qui modifie l'article 77 du Code de déontologie médicale.

Plusieurs rapports font état de difficultés récurrentes de la PDS, qualifiée de peu fiable, fragile et coûteuse (370 millions d'euros en 2006 contre 263 millions d'euros en 2004) (12,32). Les causes sont multiples et impliquent aussi bien la gestion de la PDS, que les effecteurs et les usagers. La responsabilité du dispositif incombe aux préfets alors que le financement est administré par l'assurance maladie créant ainsi des difficultés de gestion. Les effecteurs, pour la plupart des médecins libéraux volontaires sont moins nombreux et moins disponibles à participer à la PDS.

Au premier janvier 2014, la France comptait 219 834 médecins en activité. Au niveau national, la densité médicale moyenne était de 334.3 pour 100 000 habitants (36), avec une répartition hétérogène sur le territoire (Figure3).

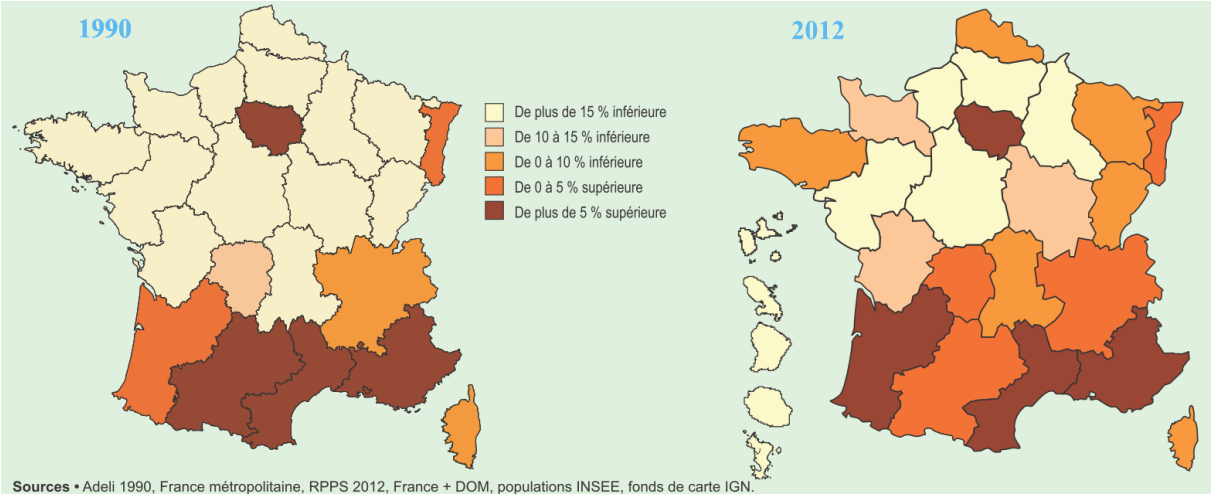


Figure 3. Evolution de la densité médicale par région de 1990 à 2012

Outre le nombre et la répartition des médecins généralistes, les mentalités ont changé et sont pour beaucoup dans la métamorphose de la profession. Ces changements de mentalité se sont accompagnés d'une modification des pratiques, suite aux mouvements de revendication relatifs au temps de travail et à l'indemnisation des gardes en 2002 appelées "grèves des gardes" (11). Les jeunes médecins (avec une proportion croissante de femmes : 41% en 2012 (37)),ne souhaitent plus sacrifier leur vie privée pour dégager du temps médical, ce que Jean-Yves Grall appelle "l'effet RTT" (12). Ces changements se traduisent par une urbanisation de l'exercice de la majorité des omnipraticiens, qui se concentrent dans les villes où les contraintes nocturnes sont transférées aux urgences hospitalières et aux associations de type SOS Médecin (38).

3. Les maisons médicales de garde

Cadre légal

Les maisons médicales participent à la permanence des soins et au réseau de prise en charge des urgences (26). Les lois qui les régissent sont propres à leur convention de création ; association (professionnelle ou à but non lucratif), groupement d'intérêt économique…

La maison médicale de garde fonctionne comme un cabinet de médecine générale libéral ; et nécessite le paiement de la part mutuelle en l'absence de couverture conventionnée ou CMU.

Objectifs

Leurs objectifs sont dictés par le rôle que leur prête les directives ministérielles, selon lesquelles les MMG sont une des options de la PDS en ville à favoriser (5).Les cinq raisons évoquées dans le rapport Grall sont :

- Leur possibilité de s'implanter en milieu rural
- Elles constituent l'embryon d'une éventuelle maison de santé

- Elles ont permis un réinvestissement des professionnels de santé libéraux dans la PDS
- Elles sont connues pour être une alternative avantageuse aux urgences pour le patient se présentant pour des soins ambulatoires
- En zone urbanisée, la maison médicale de garde est un point fixe de PDS identifiable et fiable

Cette volonté de participer à la PDS ressort nettement à l'analyse des objectifs poursuivis à l'ouverture d'une MMG, exemple des MMG de Toulouse (39) :

«-Assurer la prise en charge des consultations dites "non programmées" qui ne relèvent pas de l'urgence grave en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux.

-Limiter le flux à l'entrée des services d'urgences hospitaliers des patients présentant des pathologies entrant dans le cadre de la médecine générale.

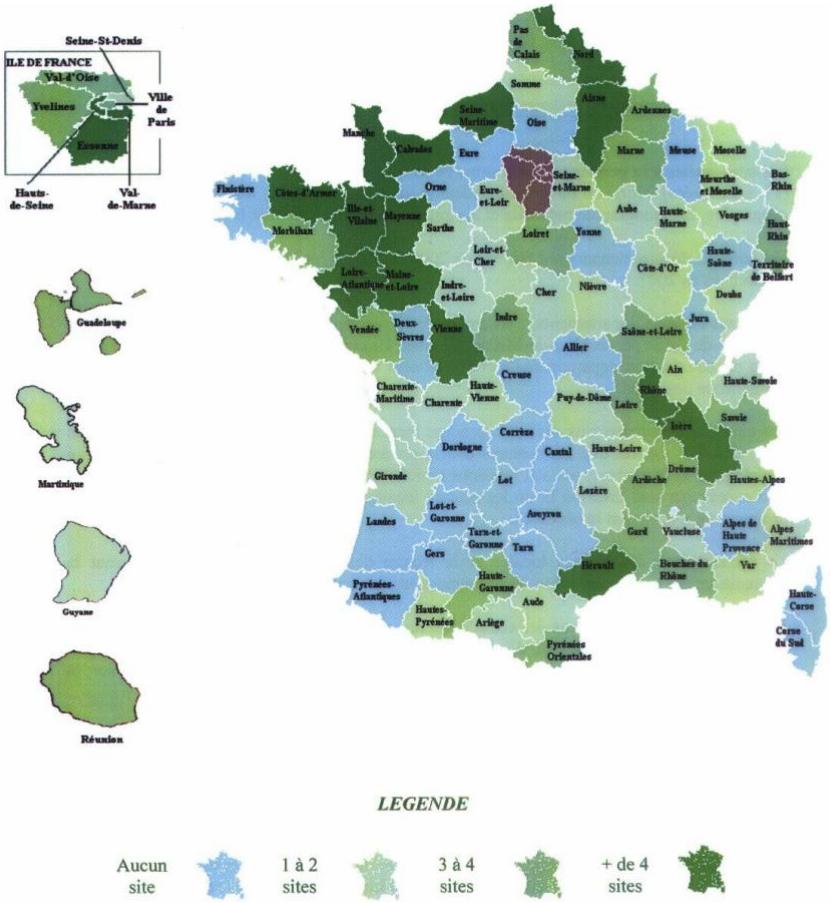
-Impliquer la médecine de ville dans l'activité de garde en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux.

-Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de leur coordination et apporter aux patients une réponse adaptée à leur demande (accueil, disponibilité et accessibilité).

-Contribuer à une meilleure connaissance par la population et les professionnels de santé du bon usage et de l'organisation de la permanence de soins. »

Répartition

Une étude en 2003 faisait état de 98 MMG, 46 fonctionnelles et 52 en projet, prédominantes dans les zones de fortes densités de population, 75% financées par le fond d'aide à la qualité des soins en ville (3). La France comptait en 2008, 238 maisons médicales dont 62% jumelées à un hôpital, 26 % isolées en milieu urbain, 12% en milieu rural (32), la répartition des MMG sur le territoire est très hétérogène (Figure 4).



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins

Figure 4 Répartition des maisons médicales de garde en 2008

Financement et installation

Le financement des MMG est variable mais est assuré soit par les Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville[4] (FAQSV à hauteur de70%), soit par les établissements de santé et dans une proportion bien moindre par les ARS ou les médecins. Les dépenses sont parfois élevées pour une MMG et se répartissent comme suit (5):

-Location des locaux, diminuées de 75% si hébergée par une structure hospitalière

-Personnel embauché : souvent un temps plein pour les MMG isolées (80% du budget)

-Dépenses annexes, notamment évaluation annuelle (à hauteur de 15 000€)

-Dépenses supplémentaires pour les médecins : gardes sur place, coordination, *etc*. (jusqu'à 30 000€).

Il existe plusieurs freins à l'installation des MMG parmi lesquels ; l'absence d'initiative locale avec parfois une concurrence avec un autre effecteur de permanence des soins ou le service d'urgence à proximité par crainte de "vol" de subventions (financement lié à l'activité avec forfaits de 80 000€ environs par 2500 passages (40)). On retrouve aussi comme motif de non création un financement difficile à trouver, ou une étude de marché défavorable, notamment par le fait que les transports ne soient pas pris en charge pour les patients (remboursement uniquement à destination de l'hôpital) (5).

B. Contexte local

1. Médecine générale et permanence des soins

Au 1er Janvier 2014, la Réunion comptait 2 399 médecins dont 1 282 médecins généralistes (981 généralistes exerçant en libéral), soit 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants (contre 155 en France Métropolitaine) (41). La Réunion est donc une des régions les mieux dotées en termes de médecine générale de ville parmi les DOM (Figure5).

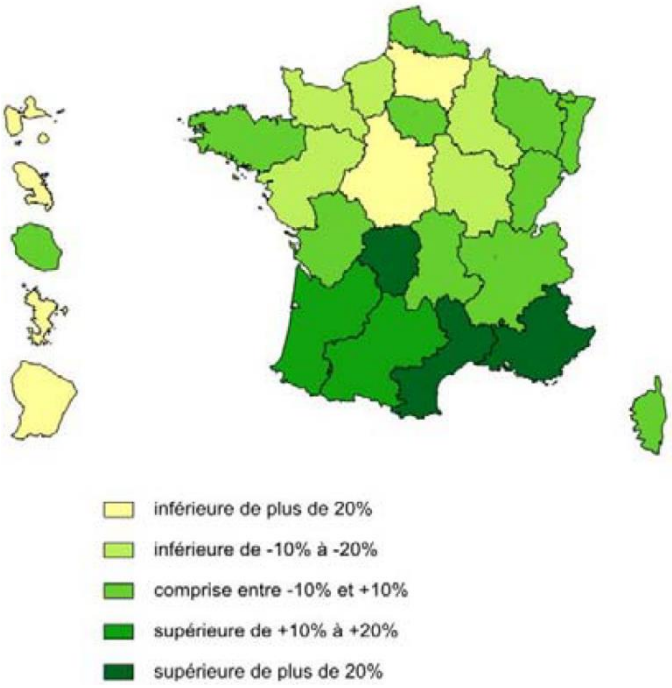


Figure 5 Densité de généralistes par rapport à la moyenne (France et DOM) par région au 1er janvier 2013
Source ASIP, RPPS, traitement INSEE et DREES (sur population de 2012)

[4] Les FAQSV sont financés par l'assurance maladie

La répartition des médecins généralistes sur le territoire est hétérogène et prédomine en zone urbaine (Figure 6).

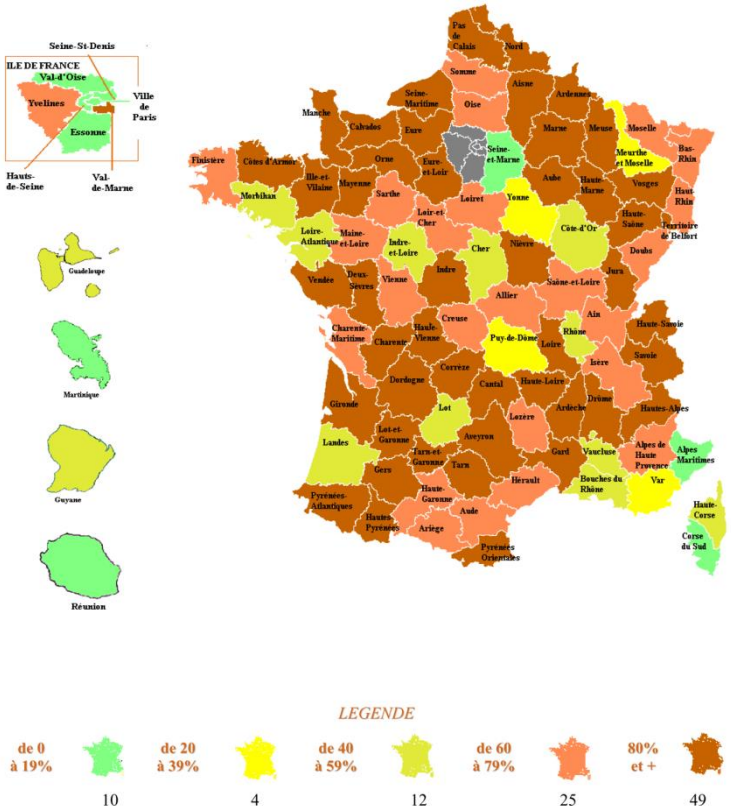


Figure 6 Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants à l'échelle infra communale

Moins de 20% des médecins généralistes participent à la PDS contre plus de 50% en métropole (Figure 7) (9).

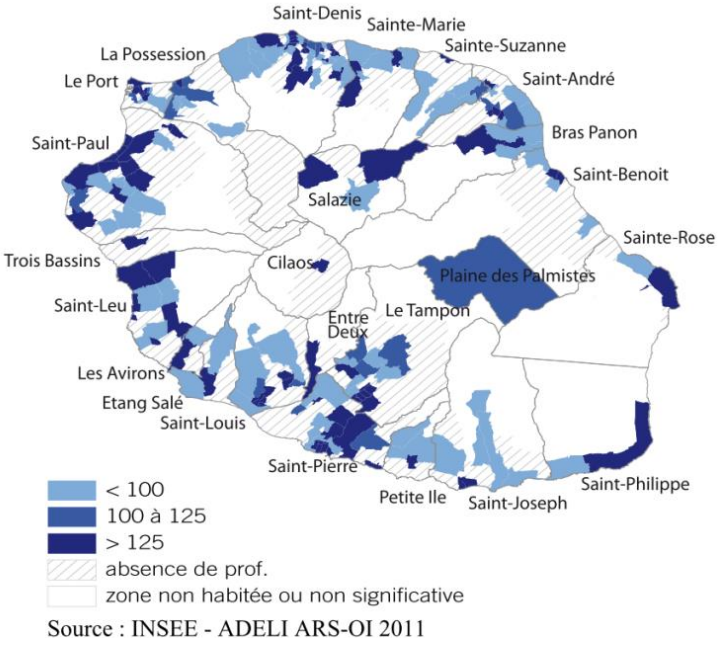


Figure 7 Participation des médecins généralistes à la permanence des soins en 2013, densité pour 100 000 habitants

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le département compte 11 points fixes de PDS ambulatoire : 9 cabinets de garde dont 2 associations SOS médecin (OUEST et SUD), 3 MMG (EST, OUEST et SUD), télémédecine dans le cirque de Cilaos (Figure 8) (9).

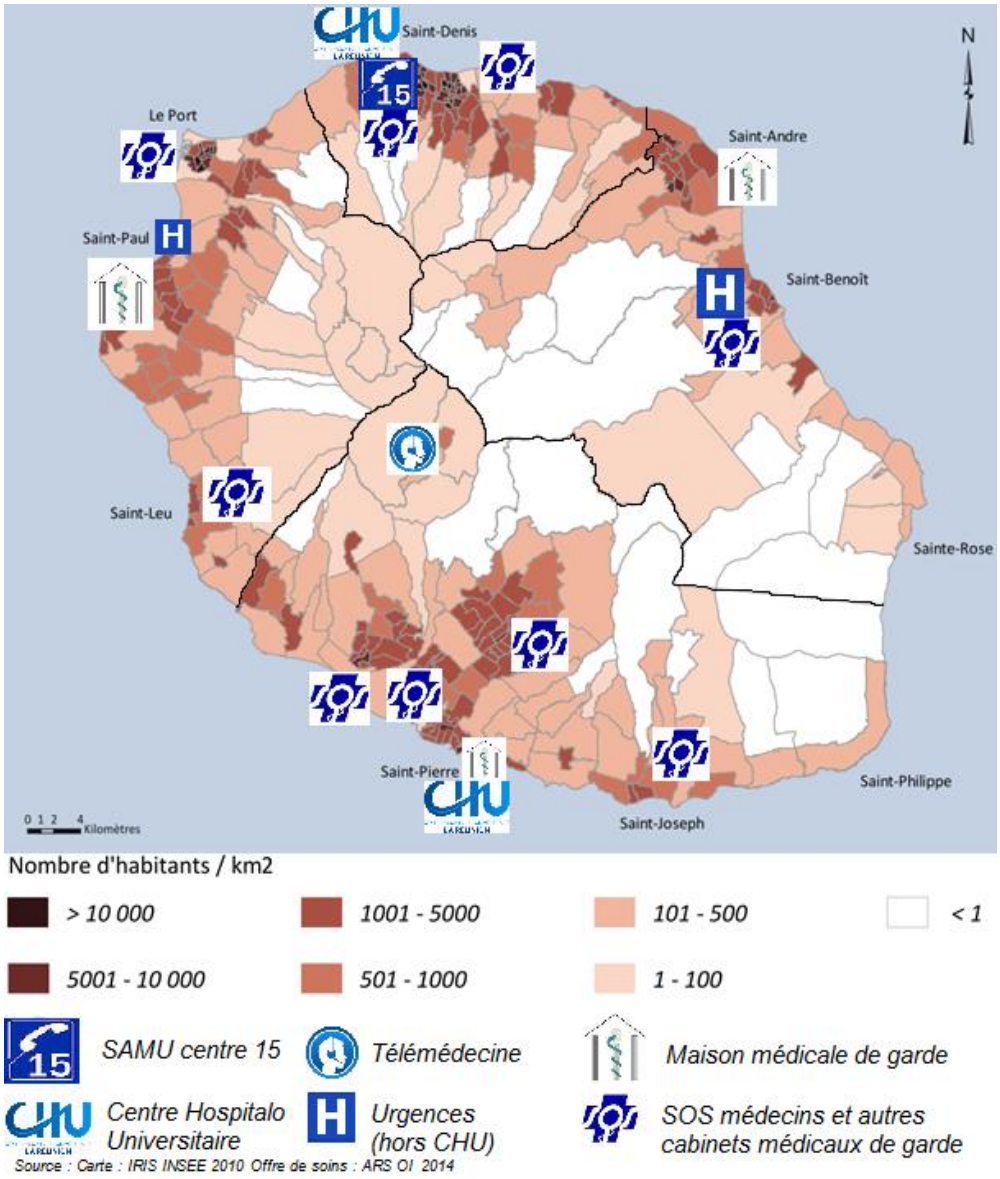


Figure 8 Effecteurs de permanence des soins et densités de population

2. Consommation médicale

Au 1er janvier 2013, la Réunion comprenait 837 617 habitants avec un tiers de moins de vingt ans, une espérance de vie 74.9 ans pour les hommes et 82.7 ans pour les femmes. Le taux de natalité est de 2.36 enfants par femme (2.01 en métropole), et le taux de mortalité infantile de 7.4‰ contre 3.5‰ en métropole. Le taux de mortalité adulte standardisé est 9.6‰ (8.7‰ en métropole) (42). Une personne sur deux bénéficie de la Couverture Maladie Universelle (CMU), un taux de minima sociaux de un sur trois, et 29.5% de chômage, soit une précarité importante (9,43).

Le centre 15 géré par le SAMU974 à Saint-Denis a reçu en 2013 plus de 200 000 appels téléphoniques, donnant lieu à 120 000 dossiers de régulation. La régulation médicale est mixte avec présence au sein du centre de réception et de régulation des appels (CRRA) d'une régulation de médecine ambulatoire par l'ARRMEL (en 2103 l'ARRMEL a géré 38 181 des 120 000 dossiers de régulation) (44,45). Les appels reçus par l'ARRMEL se soldent dans 60% des cas par un conseil médical, 20% par l'envoi vers le médecin traitant ou le médecin de garde, 20% vers un service d'urgence (9).

De même, le nombre de passage annuels dans les différents services d'urgence a présenté une croissance importante entre 2007 et 2010 (de 3% à 26%) avec une augmentation globale de la fréquentation des urgences du département de 13.8% (9) (Tableau I).

Tableau I Nombre de passages annuels dans les services d'urgence de l'île (à l'exclusion des urgences gyneco-obstetricales)

	CHU Nord	CHU Sud	CHGM*	GHER†	Total
2007	39 898	41 264‡	37 338	16 462	134 962
2008	39 690	42 865‡	38 395	17 967	139 216
2009	41 609	54 197	40 042	19 269	155 117
2010	41 230	52 148	39 689	20 503	153 570
2011	42 260	55 001	39 634	21 614	158 509
2012	43 622	58 194	42 512	24 137	168 465
2013	43 358	57 806	42 596	24 490	168 250

***Cente Hospitalier Gabriel Martin, Saint-Paul**
†Groupe Hospitalier Est Réunion, Saint-Benoît
‡ Les données antérieures à 2009 aux urgences du CHU Sud excluaient la pédiatrie médicale
Source : ARS pour les données avant 2011, rapports d'activités des établissements hospitaliers pour les données après 2011

3. Le CHU de la réunion et la SU de Saint-Pierre

Le CHU de la réunion est un CHU bicéphale, un pôle au Nord (Saint-Denis) et un pôle au Sud (Saint-Pierre, Saint-Louis, Saint-Joseph). Les spécificités des sites sont la cardiologie interventionnelle et la cardio-chirurgie à Saint-Denis et à Saint-Pierre, la neurochirurgie, neuro-réanimation, l'hyperbarie et la radiothérapie.

La SU de Saint-Pierre est le plus gros service d'urgence du département en nombre de passages (44 476 passages en 2013 aux urgences adulte) (46). Il est divisé en deux pôles dont les locaux sont séparés :

- Urgences adultes, traumatologie infantile, SMUR dans le bâtiment central
- Pédiatrie médicale et gynécologie obstétrique dans le pôle femme mère enfant (PFME) adjacent.

Le personnel médical de la SU est constitué de 26 équivalents temps plein (ETP) de médecin urgentistes, un ETP de médecin non urgentiste, 6 internes en médecine générale (14).

4. La maison médicale sud Réunion

Il paraît utile d'éclaircir la genèse de la Maison Médicale Sud Réunion (MMSR) et le destin de son homologue à Saint-Denis. En 2006, dans les suites de l'épidémie de Chikungunya, l'idée du Dr Nicolas DENIS, médecin généraliste, est de créer une consultation de médecine générale dans le cadre de la Permanence des Soins. Ce site de consultation aurait la possibilité de réorienter facilement vers la SU de Saint-Pierre. A cette époque, seul le cabinet SOS Sud à Saint-Pierre participe à la PDS en ville. Le Dr SCHULZ alors gérant du cabinet ne voit pas dans la MMSR un concurrent mais un autre maillon de la chaîne. Il participe à l'élaboration du projet et s'intègre au planning des gardes.

La MMSR est régie par un statut d'association loi 1901 et une convention avec le groupe hospitalier sud Réunion (GHSR) et l'Agence Régionale de Santé (ARS). La convention stipule, que contrairement aux cabinets de ville, l'exercice à la MMSR ne donne pas droit à une rémunération forfaitaire de service de PDS (47), que l'accès au plateau technique de radiologie standard est autorisé afin de gérer la petite traumatologie.

Les locaux de la MMSR se situent dans l'enceinte de l'hôpital, dans le SU, au niveau du SAS d'accueil des urgences. Cette localisation est idéale du point de vue gestion du circuit des patients, ceux-ci étant d'abord triés par l'IOA, ce qui présente aussi un net avantage en matière de coûts de personnel (80% du budget de certaines MMG). Par ailleurs ces locaux sont prêtés par le CHU de la Réunion, diminuant ainsi de beaucoup les coûts de fonctionnement de l'association. L'association utilise les équipements (mobiliers, équipement médical et informatique) et les consommables du CHU en contrepartie du versement d'une indemnité évaluée trimestriellement en fonction des quantités utilisées (48). Le financement de l'association vient exclusivement de la cotisation annuelle des membres, il n'y a pas de financement par le FAQSV, ou l'ARS.

Plus de trente médecins généralistes différents se sont relayés sur la période d'étude (13.5 en moyenne) pour assurer le planning des gardes à la MMSR. Les tours de gardes sont organisés par semestre par les médecins généralistes eux-mêmes et transmis à l'hôpital. Il y a un médecin hospitalier référent de la maison médicale. Le président, le secrétaire et le trésorier de l'association ne sont pas rémunérés.

Les horaires ne sont pas tout à fait ceux officiels de la PDS puisqu'elle est disponible de 19h à 23h en semaine, de 13h à 23h le samedi et de 9h à 23h le dimanche. L'astreinte du dimanche est divisée en 2, un médecin le matin jusqu'à 15h, un autre de 15h à 23h.

Dans le Nord de l'île, une maison médicale de garde intra hospitalière avait été créée en avril 2006. Le recrutement se faisait via les IOA des urgences, par son caractère intra hospitalier et l'interdiction statutaire de "publicité". Cette structure avait dû fermer ses portes en mars 2008 principalement pour les deux raisons suivantes (49) :

- Difficultés de financement, voulant s'appuyer sur le FAQSV, cette MMG n'avait pu obtenir de l'ordre des médecins le statut d'effecteur de PDS
- Difficultés de fonctionnement ; le service des urgences pédiatriques voyait dans le dispositif un concurrent (contexte de mise en place de la tarification à l'acte), ce qui aurait limité le recrutement pédiatrique qui passait par les IOA

C. Interaction SU/MMSR

1. Règles d'adressage à la maison médicale

Les patients qui se présentent à la SU de Saint-Pierre sont vus par l'IOA conformément aux recommandations relatives aux services d'urgence et au fonctionnement des MMG. Ils sont ensuite triés en fonction de leur gravité et de leur motif de consultation. L'IOA a la possibilité dans les horaires d'ouverture de la MMSR de proposer le patient au médecin de garde à la MMG plutôt que de l'inclure dans la filière standard. Le patient a la possibilité de refuser ou de rejoindre à tout moment la filière standard.

Il n'y a pas de protocole de tri écrit pour l'IOA concernant l'éligibilité pour la MMG, en fonction du profil de compétences du médecin de garde et par concertation préalable avec l'IOA l'orientation vers la MMG sera ou non proposée. Il y a cependant quelques règles usuelles énoncées ci-après sachant que l'IOA peut à tout moment demander conseil à un médecin des urgences:

➔Sont adressés systématiquement à la SU les patients :

-consultants pour un motif pour lequel le protocole IOA mentionne un ECG
-adressés par le SAMU/SMUR
-les enfants de moins de 2 mois
-les patients avec des constantes vitales anormales
-les patients relevant de l'attente couchée
-les patients avec orientation psychiatrique ou intoxication aigue (alcool, médicaments)
-les patients avec une douleur cotée supérieure à 6/10 ou résistante au traitement antalgique anticipé doit être vu dans la filière standard
-la pédiatrie médicale est adressée avant entrée administrative aux urgences pédiatriques

➔Sont adressés préférentiellement à la SU :

-les patients adressés par un médecin de ville
-les patients qui nécessiteront probablement un bilan biologique ou une imagerie autre que radiologie standard

➔Sont adressés préférentiellement à la MMG :

-les enfants consultants pour traumatologie (pour réduire le temps d'attente et les préserver des scènes quotidiennes de la SU)
-les patients venant pour fractures d'un membre notamment si une lettre de médecin l'adresse pour radio ou plâtre

2. Ressenti des intervenants

Depuis maintenant 8 ans, le personnel des urgences du GHSR et les médecins de la MMSR collaborent. Les intervenants de la SU comme de la MMSR ont l'impression d'une interaction positive quand on les interroge, ce qui est cohérent avec les données de la littérature en matière de sondage de satisfaction des professionnels et des patients (50). Il semble évident quand on exerce dans une de ces deux structures que le temps d'attente des patients est diminué quand ils sont pris en charge à la MMSR. Mais cette diminution des temps d'attente n'a pas encore été mise en évidence avec de manière objective.

III. Matériel et méthodes :

A. Schéma de l'étude

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective monocentrique sur trois ans, du 1er juin 2011 au 31 mai 2014.

2. Critères d'inclusion

Tous les patients qui se sont présentés en consultation aux urgences du CHU de Saint-Pierre durant la période d'étude, soit 133 299 patients.

3. Critères d'exclusion

Nous avons exclu du fichier de recueil uniquement les patients factices (dossier informatisés « test ») n=43.

B. Recueil des données

1. Mode de recueil

Les données ont été recueillies en temps réel par le personnel soignant des urgences suivant la procédure habituelle du dossier informatisé patient sur le logiciel Urqual version 7. Nous avons extrait ces données en format Excel le 1er juillet 2014 par la fonction rapport statistique du logiciel Urqual. Le fichier initial a été anonymisé par attribution d'un nombre à chaque patient remplaçant son numéro de séjour.

Nous avons réalisé un questionnaire informatique en utilisant un site internet hôte gratuit[5] destiné à étudier les caractéristiques des médecins participants à la PDS via la MMSR qui leur a été transmis par email avec un rappel téléphonique après 10 jours pour les non-répondeurs.

Un sondage complémentaire a été effectué auprès des médecins de garde du SAMU et de l'ARRMEL pour évaluer leur connaissance de la MMSR. Ce sondage informatique a été réalisé avec les mêmes modalités que le précédent.

2. Identification et explication des données recueillies

Voici la liste exhaustive expliquée des variables extraites pour chaque patient :

- Variables démographiques :
  - date de naissance
  - sexe
  - âge (en années, mois, jours)
  - code postal

[5] www.surveymonkey.com

- Variables de temps :
  - date d'entrée
  - mois
  - type de jour, semaine, samedi, dimanche et fériés
  - heure d'entrée

- Variables de durée de prise en charge :
  - date de sortie
  - heure de sortie
  - délai avant première évaluation médicale (connexion d'un médecin sur le dossier informatisé)
  - délai avant fin de prise en charge (DAFPEC) à la SU (saisie de l'orientation de sortie dans le dossier informatisé)
  - temps en zone d'attente
  - durée de séjour

- Variables de tri par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA) :
  - adressant (médecin traitant, SOS médecin, Autre médecin, service de l'hôpital, autre établissement, SAMU, pompiers, convoqué, non adressé ou autre)
  - moyen de transport à l'arrivée (SMUR terrestre, pompiers, ambulance privée, taxi, personnel, hélicoptère ou autre)
  - constantes : fréquence cardiaque (Fc), saturation transcutanée en oxygène (SpO2), tension artérielle aux deux bras
  - gravité évaluée par l'IOA selon échelle canadienne de triage (CTAS) simplifiée en quatre stades par les médecins du service lors de l'informatisation (51,52)
    - 1 = urgence vitale immédiate (stades 1 et 2 de la CTAS): transfert immédiat à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)
    - 2 = urgences : 30 minutes maximum avant premier contact médical ou réévaluation
    - 3 = urgences relatives : 60 minutes maximum avant premier contact médical ou réévaluation
    - 4 = consultation non programmée : 120 minutes maximum avant premier contact médical ou réévaluation
  - motif de consultation
  - orientation (médecine, traumatologie adulte, traumatologie pédiatrique, psychiatrie)

- Variables de prise en charge (qualitatives) :
  - biologie
  - acte de radiologie standard
  - acte de radiologie échographique ou TDM
  - acte de radiologie indifférencié
  - acte thérapeutique
  - électrocardiogramme
  - noms des médecins (un à trois, par ordre de prise en charge), n'a pas fait l'objet d'une analyse mais a été utilisé pour recouper les informations concernant

l'orientation de sortie et identifier les patients réorientés d'une filière vers une autre

- avis spécialisé (type et nombres)
- diagnostic principal (selon CIM-10)
- CCMU
- orientation de sortie
  - Maison médicale : retour à domicile depuis la maison médicale
  - Ambulatoires filière standard, regroupe :
    - sortie (retour à domicile depuis la SU)
    - sortie sans soins (a quitté le service sans attendre la prise en charge médicale)
  - Hospitalisés regroupe :
    - sortie contre avis médical (sorti après avoir vu le médecin et signé une attestation de refus de soin)
    - fugue
    - patient décédé dans la SU
    - toutes les autres orientations, qu'il s'agisse d'un transfert intra ou extra hospitalier, d'une sortie depuis le service porte ou d'un service de l'hôpital

3. Correction des données

Certaines données aberrantes ou absentes ont été corrigées avant étude statistique, par recours au dossier ou par recoupement le cas échéant. C'est le cas pour les 4384 dossiers suivants (n=nombre de dossiers corrigés) :

-2 patients dont la date de naissance avait été notée 1902 et 1906 pour 2002 et 2006.

-Code postaux (n=9); 2 données supprimées, 7 corrigées.

-Orientation de Sortie (n=78) corrigée en fonction du dossier quand les données étaient aberrantes. Cas particulier : lorsqu'un médecin de la SU et un médecin de la MMG étaient notés sur un même dossier. Lorsque le nom du médecin hospitalier était noté en second, l'orientation "sortie" était retenue. Lorsque le nom d'un médecin de la MMG était noté en dernier ainsi que pour les médecins à activité mixte, les dossiers ont tous été vérifiés et l'orientation "sortie via la maison médicale" a été retenue dans 6 cas. "Sortie" a été remplacé par "sortie via la maison médicale" quand seul figurait le nom d'un médecin avec exercice exclusif à la MMG.

- En dehors des patients réorientés, certains patients ont été hospitalisés sans qu'il y ait d'autre responsable médical inscrit que le médecin de la MMSR. Ces dossiers ont été considérés comme hospitalisés directement par la MMSR.

-Motif d'admission présenté à l'IOA non référencé (n=1), considéré comme donnée manquante

-Fréquence cardiaque (n=46) données supprimées si valeur décimale ou supérieure à 300/min

-Oxymétrie de pouls (n=31), données supprimées pour valeurs aberrantes (présence de décimales, de signes mathématiques)

-Type de jour (n=3975) les jours fériés et chômés officiellement à la réunion n'étaient pas notés dans le recueil d'origine. Ils ont été identifiés et comptés comme dimanches

C. Analyse statistique

1. Procédure d'analyse

Les analyses statistiques ont été réalisées en collaboration avec un médecin et un statisticien de l'unité de soutien méthodologique et statistiques médicales du CHU de la réunion avec le logiciel SAS 9.3 et le logiciel Excel 2010.

Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test de Wilcoxon ou le test de la différence minimale significative (Z-test). La différence a été retenue comme significative pour un risque $\alpha < 0{,}05$. Les données quantitatives sont présentées sous la forme de moyenne et d'écart type (ET) ou erreur standard (ES) et intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

2. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la différence du délai avant fin de prise en charge médicale (DAFPEC) entre les patients ambulatoires pris en charge aux urgences et ceux pris en charge par la maison médicale sud Réunion.

Deux analyses en sous-groupes ont été réalisées.

Tout d'abord le DAFPEC a été comparé entre les patients ambulatoires de la filière standard et ceux de la maison médicale. N'ont été inclus que les patients répondant à tous les critères suivants :

- Sortis sur les heures d'ouverture de la maison médicale
- Critères de tri compatibles avec une orientation vers la maison médicale :
  - Fréquence cardiaque comprise entre 60 et 109 par minute
  - Saturation supérieure ou égale à 95%
  - Tension artérielle systolique entre 100 et 139 millimètres de mercure (mmHg) et tension artérielle diastolique entre 60 et 99 mmHg ou non renseignée
  - Gravité évaluée par l'IOA >2
- Pas de réalisation d'examen de biologie, d'examen radiologique autre que radiographie standard, pas d'avis spécialisé

Ensuite, le DAFPEC a été évalué en fonction de l'orientation à l'issue du tri infirmier, quelle que soit l'orientation de sortie.

Le critère de jugement secondaire était le temps d'attente avant fin de prise en charge à la SU pour les patients ambulatoires de la filière standard en fonction de l'ouverture ou non de la maison médicale.

IV. Résultats

A. Population

L'échantillon recueilli comptait 133 299 séjours. Ces séjours ont été répartis en fonction de l'unité responsable de leur prise en charge par recoupement de l'orientation de sortie et le lieu d'exercice du médecin responsable (SU ou MMSR) (Figure 9). Le groupe ambulatoires filière standard contenait 4 216 patients n'ayant pas attendu les soins. Le groupe hospitalisés totaux contenait 328 sorties contre avis médical, 818 fugues et 258 décès.

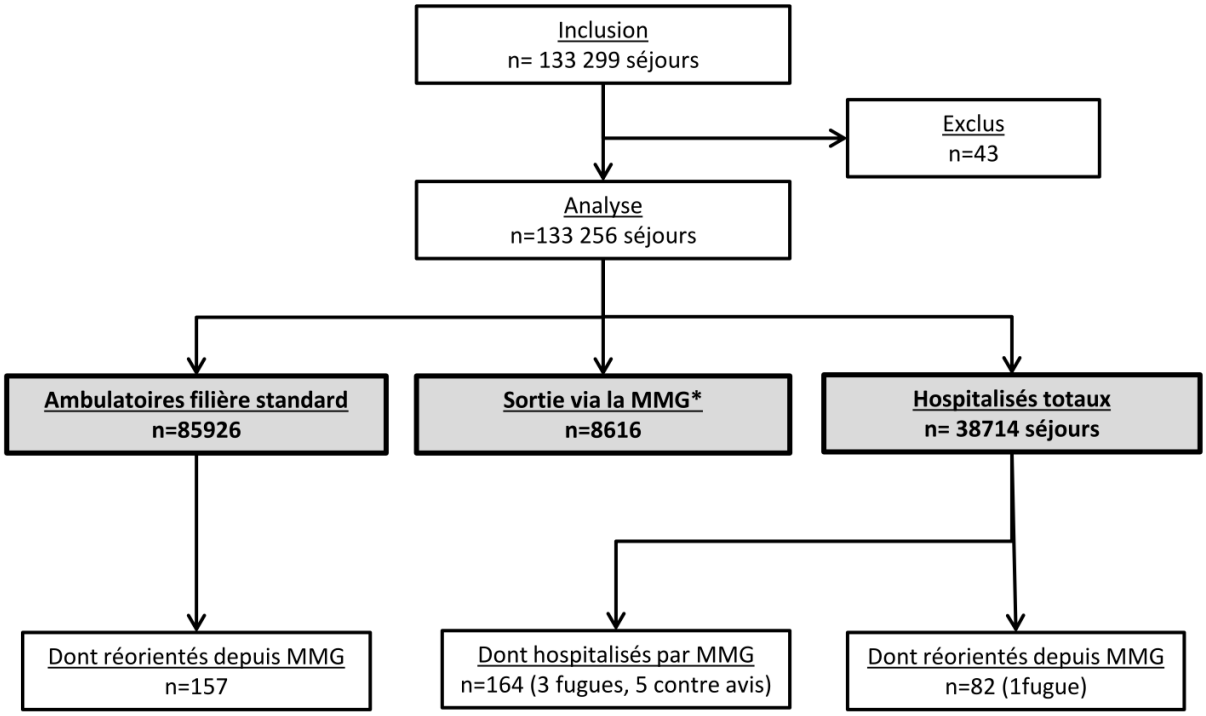


Figure 9 Diagramme des flux en fonction des orientations de sortie et de l'entité responsable (maison médicale de garde ou service des urgences)

***Maison médicale de garde**

La répartition des orientations en pourcentages est représentée sur le diagramme ci-dessous (Figure 10), avec une prédominance de l'activité ambulatoire tout confondu (70.5%).

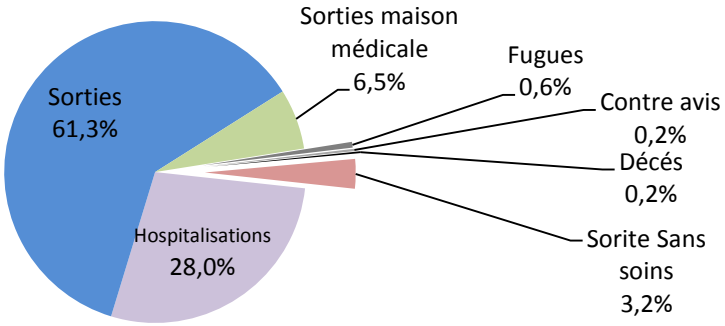


Figure 10 Répartition des orientations de sortie du service des urgences en pourcentages

L'analyse de l'âge des patients (Tableau II) montre une erreur d'orientation pour sept patients âgés de moins de 2 mois et une prédominance nette des grands enfants et jeunes adultes dans la filière MMG.

Tableau II Caractéristiques démographiques des patients admis aux urgences sur les trois ans en fonction de l'orientation de sortie

	Population totale	**Hospitalisés totaux**	**Ambulatoires totaux**	**Sortie MMG***
	Effectifs (%)	Effectifs (%)	Effectifs (%)	Effectifs (%)
SEXE†				
Femmes	57 167 (42.9)	17 349 (44.8)	39 818 (42.1)	3 536 (41,0)
Hommes	76 088 (57.1)	21 365 (55.2)	54 723 (57.9)	5 080 (59.0)
AGE‡				
0 - 2 mois	26 (0.0)	1 (0.0)	25 (0.0)	7 (0.1)
3 mois - 2 ans	1 341 (1.0)	90 (0.2)	1 251 (1.3)	280 (3.3)
3 - 18 ans	16 875 (12.7)	1 858 (4.8)	15 017 (15.9)	3 505 (40.7)
18 - 29 ans	22 112 (16.6)	3 847 (9.9)	18 265 (19.3)	1 711 (19.9)
30 - 49 ans	37 002 (27.8)	8 664 (22.4)	28 338 (30.0)	1 921 (22.3)
50 - 64 ans	25 084 (18.8)	8 202 (21.2)	16 882 (17.9)	831 (9.6)
>= 65 ans	30 807 (23.1)	16 051 (41.5)	14 756 (15.6)	361 (4.2)

*Maison médicale de garde
†1 patient de sexe indéterminé (0.0%)
‡3 données manquantes

B. Critère de jugement principal et autres analyses des durées de prise en charge

1. Délai avant fin de prise en charge et avant prise en charge médicale

L'analyse du critère de jugement principal a montré une différence significative de DAFPEC[6] entre les patients pris en charge par la MMSR et ceux pris en charge dans la filière standard (SU). Pour les ambulatoires de la SU ce délai était en moyenne de 205 minutes (ES=0.6, IC 95% 204 à 206) et pour les patients de la MMSR de 114 minutes (ES=0.8, IC 95% 113 à 116). Soit une différence significative (Z=-62.4 p<0.0001) du délai d'attente de 85 minutes en moyenne. Il y avait respectivement 5 443 observations manquantes dans la filière standard et 22 dans le groupe MMSR.

A**nalyses en sous-groupes**

La première analyse a été réalisée après exclusion des patients traités en dehors des heures de PDS ou ne présentant pas les critères de tri compatibles avec la maison médicale ou ayant bénéficié d'un bilan biologique, d'un ECG ou d'un avis spécialisé. L'analyse a porté sur 5 852 patients ambulatoires dans la filière standard et 3 874 à la maison médicale. Les DAFPEC moyens étaient respectivement de 180 minutes (ES=1.8, IC 95% 176 à 183) et 112 minutes (ES=1, IC 95% 110 à 114), soit pour une différence de 60 minutes, Z=4 et P<0.0001.

Tableau III Temps avant fin de prise en charge médicale des patients orientés en filière médecine ou traumatologie quelle que soit l'issue de leur séjour

	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	Effectif
Médecine	263.9	1.55	260.8 à 266.9	76 055
Traumatologie	150.7	4.42	142.0 à 159.4	51 660
Trauma adulte	164.4	6.17	152.3 à 176.5	36 882
Pédiatrie	116.9	1.62	113.7 à 120.1	14 778

L'analyse du critère de jugement secondaire a montré un DAFPEC de 199.2 minutes dans le groupe maison médicale fermée et 218 minutes dans le groupe MMG ouverte. Soit une augmentation significative de 19 minutes en moyenne (Z=18.7, p<0.0001) pour les patients ambulatoires de la SU lorsque la maison médicale est ouverte.

Le délai avant prise en charge médicale était significativement plus court dans le groupe MMSR que dans le groupe ambulatoires de la filière standard, respectivement 80 minutes (ES=0.67, IC 95% 79 à 81) et 156 (ES=0.52, IC 95% 155 à 157), soit une diminution moyenne de 76 minutes (Z=-56.2 p<0.0001).

[6] Pour rappel : délais correspondant au temps écoulé entre heure d'entrée et heure à laquelle le médecin note l'orientation de sortie

2. Temps en zone d'attente

L'analyse du temps passé en zone d'attente retrouve une différence entre les patients ambulatoires de la filière standard et les patients de la maison médicale. Les moyennes observées sont respectivement de 128 minutes (2 133 données manquantes, ES=0.68, IC 95% 127 à 129) et de 43 minutes (975 données manquantes, ES=0.59, IC 95% 42 à 45), différence significative entre les moyenne de 85 minutes (Z= 5.04 p<0.0001).

3. Durée de séjour

Pour la variable durée de séjour il manquait 4 077 données (les données négatives et supérieures à 1440 minutes ont été exclues de l'analyse et considérées comme manquantes), 1647 dans la filière ambulatoire standard et 20 dans la filière maison médicale.

La durée moyenne de séjour était de 305 minutes (ES=0.9, IC 95% 303 à 307) pour les ambulatoires de la filière standard et de 120 minutes (ES=0.9, IC 95% 118 à 122) pour les patients de la maison médicale. La différence était significative, 180 minutes en moyenne (Z= 5.44 p<0.0001).

C. Provenance des patients

Données manquantes : 327 dossiers. Les codes postaux extérieurs au département de la Réunion ont été regroupés sous l'appellation autre.

Les 10 villes les plus représentées dans la population totale sont dans l'ordre ; Saint-Pierre, Le Tampon, Saint-Joseph, la Ravine des cabris, Saint-Louis, La Rivière Saint-Louis, Petite île, la Plaine des Cafres, Etang salé, et Piton Saint-Leu. L'ordre est sensiblement le même pour les ambulatoires et la maison médicale, à l'exception d'une plus grande représentation des patients domiciliés en dehors du département (2% de la population totale, 3.5% de la MMSR, 2.25% des ambulatoires de la filière standard et 1.2% des hospitalisés).

40% des patients consultants à la maison médicale proviennent de la commune de Saint-Pierre et du Tampon. 90% des patients vus à la MMSR sont domiciliés dans le secteur Sud (Figure 11).

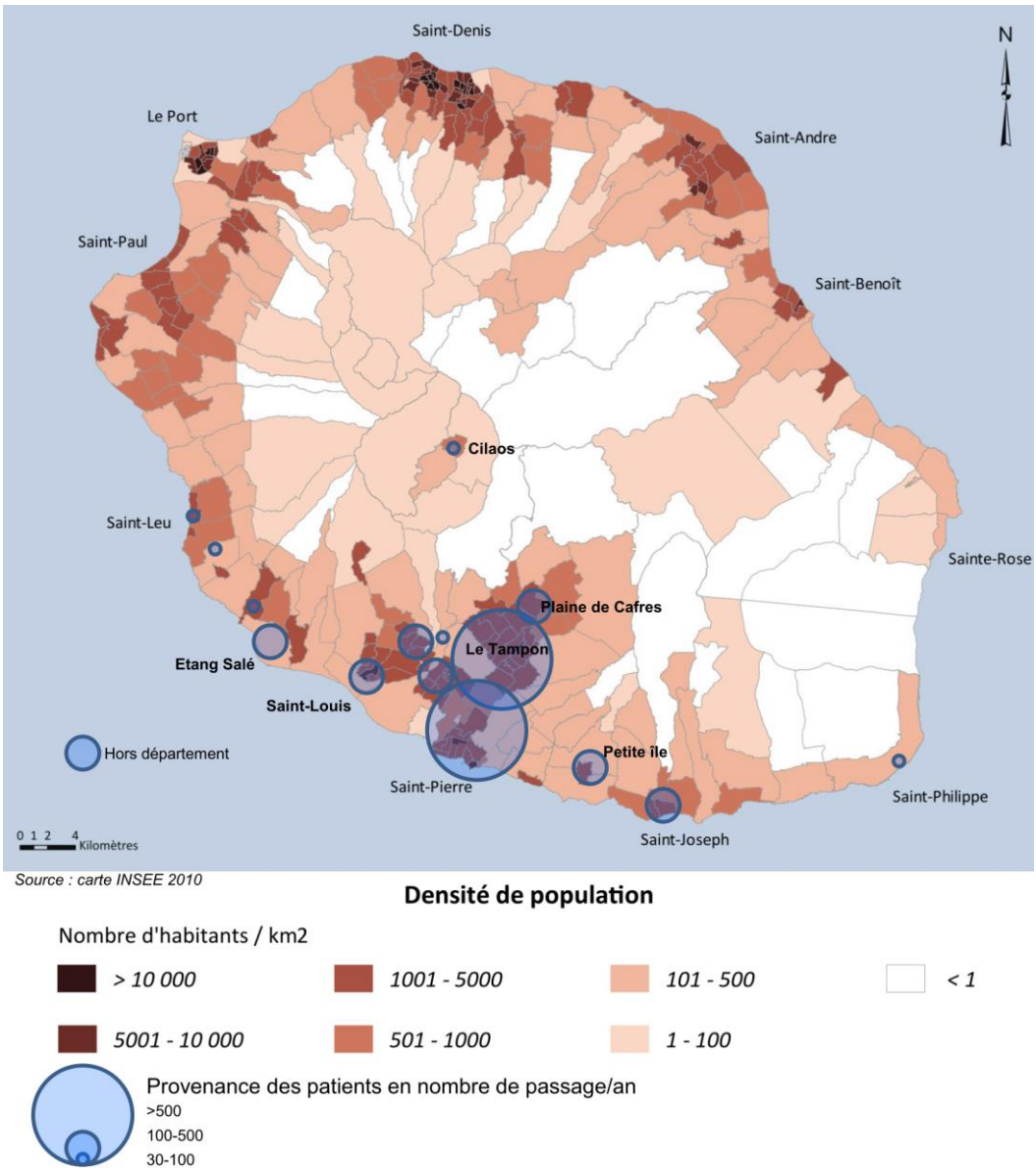


Figure 11 Patients ayant consulté à la maison médicale sud Réunion par commune de domicile entre juin 2011 et mai 2014

D. Fréquentation de la SU et de la maison médicale

Sur la durée de notre étude, 133 256 séjours ont été inclus pour analyse. Soit 67 à 181 passages par jour avec une moyenne de 122 passages, écart type : 14.

1. Date d'entrée

L'activité annuelle des urgences en fonction des orientations et les pourcentages d'accroissement d'activité sont exposés ci-dessous (Tableau IV). On constate une augmentation de 34% de l'activité de la MMSR, soit 63% de l'accroissement des séjours ambulatoires totaux.

Tableau IV Nombre de passages annuels aux urgences de l'hôpital de Saint-Pierre en fonction de l'orientation de sortie

	juin 2011 à mai 2012	juin 2012 à mai 2013	juin 2013 à mai 2014	croissance sur 3 ans
Total Hospitalisations	12 674	12 977	12 805	1.0%
Sorties filière standard	28 195	29 055	28 676	1.7%
Sorties maison médicale	2 408	2 977	3 231	34.2%
Total	**43 378**	**45 084**	**44 794**	3.3%

2. Mois

Le nombre de passages par mois lissé sur les trois années de recueil est représenté Figure 12 et montre une augmentation du nombre de passages de novembre à janvier et dans une moindre proportion en avril et en juillet. Cette augmentation est plus marquée pour les séjours ambulatoires que pour les hospitalisations.

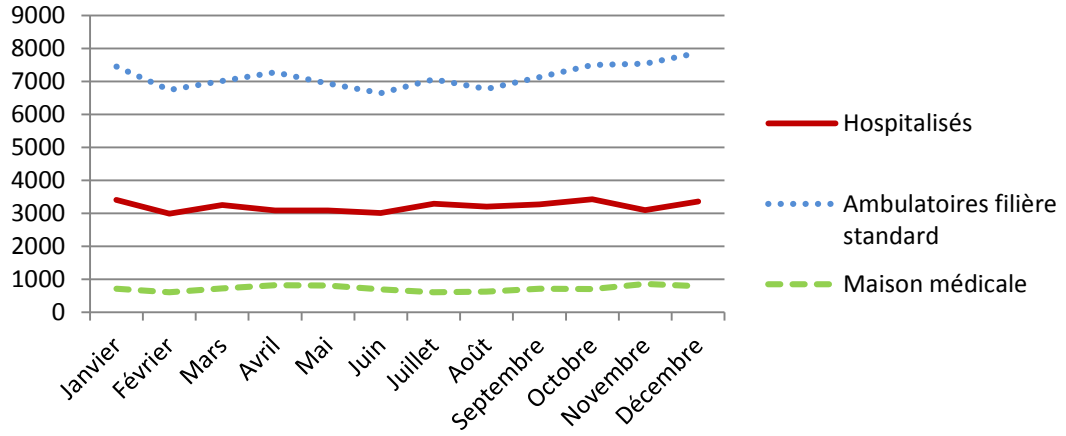


Figure 12 Nombre de passages sur les trois ans en fonction du mois

3. Type de jour

La répartition des passages aux urgences en fonction du jour de la semaine est représentée ci-dessous (Figure 13). On constate une augmentation des hospitalisations le lundi et une diminution le weekend. Les passages ambulatoires sont plus nombreux le lundi et le weekend. La fréquentation de la maison médicale est plus importante le mercredi et croît du samedi au dimanche (horaires d'ouverture plus larges).

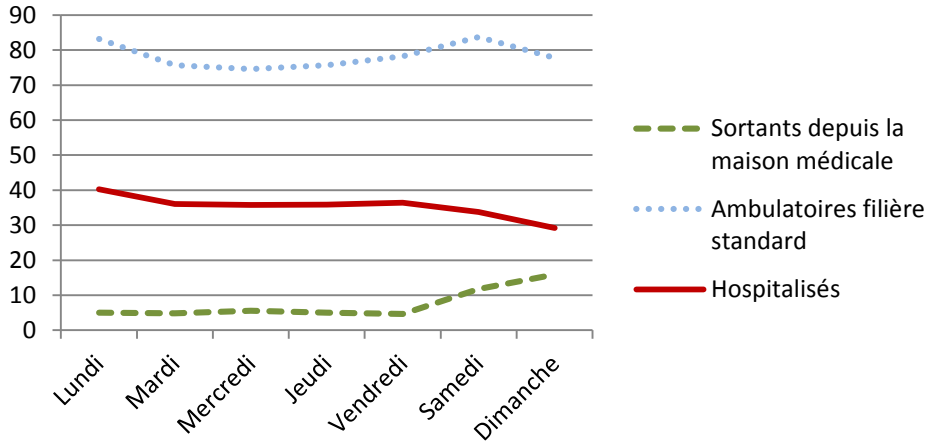


Figure 13 Nombre de passages quotidiens en fonction du jour de la semaine

4. Heure d'entrée

La fréquentation horaire des urgences en fonction du jour de la semaine est représentée ci-dessous (Figure 14). On note deux pics de fréquentation, l'un en milieu de journée, l'autre en fin d'après-midi. La variation d'un jour à l'autre semble mineure sauf pour samedi où on observe une fréquentation plus importante en milieu de journée et la nuit. Le dimanche la fréquentation en nuit profonde est plus importante et la fréquentation sur la journée est plus faible.

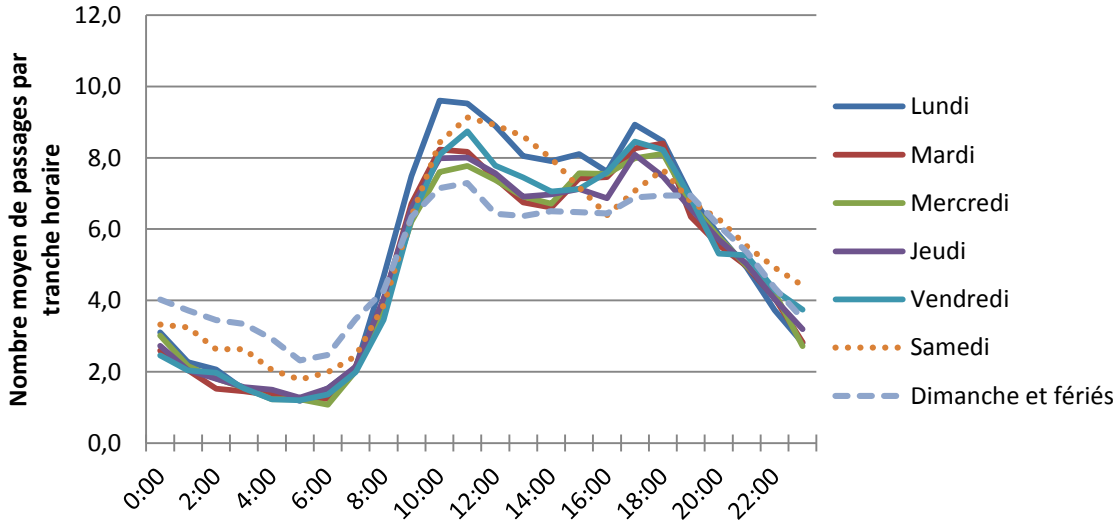


Figure 14 Nombre moyen de passages par tranche horaire aux urgences

22% des patients vus par la MMG sont admis aux urgences avant les heures d'ouverture de celle-ci. 90% de ces patients sont admis dans les deux heures qui précèdent (Figure 15).

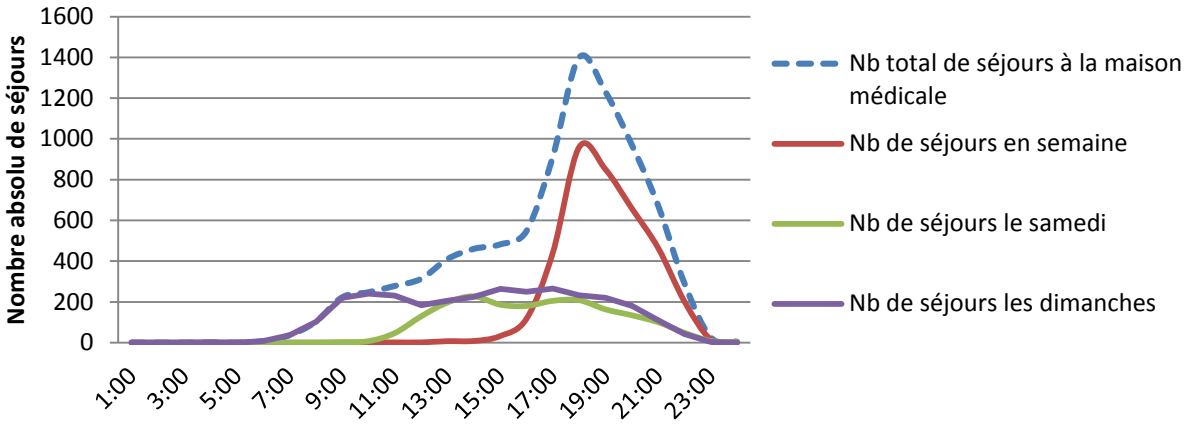


Figure 15 Nombre de patients ambulatoires traités par la maison médicale en fonction de l'heure d'admission

E. Modalités de recours et de transport

Concernant l'adressant, 130 297 données manquantes, soit 97.8% des dossiers. Les données recueillies n'ont donc pas été analysées pour cause de non exhaustivité.

Concernant le moyen de transport pour se rendre aux urgences, il y avait 245 données manquantes (Figure 16). Les patients ambulatoires (sortie, sortie sans soins et sortie via la MMSR) semblaient arriver plus souvent par moyens personnels. On remarque un plus faible pourcentage de patients amenés par les pompiers ou par une ambulance privée à la maison médicale par rapport aux autres patients ambulatoires. Les patients sortis par fugue et contre avis médical semblaient être plus souvent transportés par les pompiers à l'arrivée.

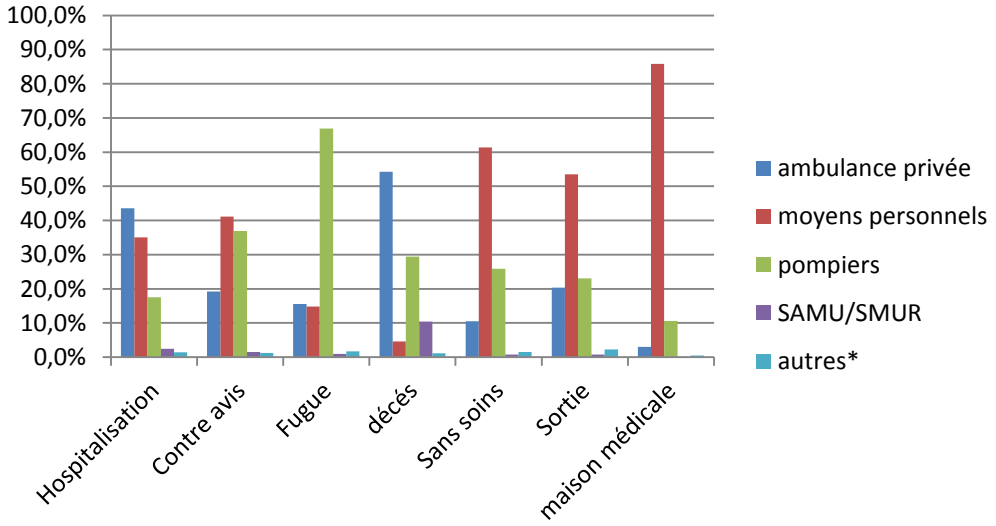


Figure 16 Moyens de transport en fonction de l'orientation de sortie (pourcentages)
***Autres : taxi, non renseigné ou donnée manquante**

F. Motif de consultation et tri infirmier

1. Gravité à l'admission

Pour la gravité à l'admission il manquait les données de 1 852 dossiers. Plus de 12% des patients évalués comme non graves par l'IOA (gravité 3 et 4) qui ont finalement pu rentrer chez eux ont été traités par la maison médicale (Tableau V).

Tableau V Gravité pressentie à l'issue de l'évaluation par l'infirmier d'orientation et d'accueil en fonction de l'orientation de sortie

	Population totale (%)	Hospitalisés (%)	Ambulatoires filière standard (%)	Ambulatoires via la maison médicale (%)
1	1 495 (1.1)	1 211 (3.16)	283 (0.3)	1 (0.0)
% par niveau de gravité	100	81.0	18.9	0.1
2	46 641 (35.5)	20 882 (54.6)	25 285 (30.0)	474 (5.6)
% par niveau de gravité	100	44.8	54.2	1.0
3	74 898 (57.0)	15 355 (40.1)	52 625 (62.2)	6 918 (80.8)
% par niveau de gravité	100	20.5	70.3	9.2
4	8 370 (6.4)	830 (2.2)	6 374 (7.5)	1 166 (13.6)
% par niveau de gravité	100	9.9	76.2	13.9
Données manquantes	1 852	436	1 359	57

2. Motif de consultation

25 615 données manquaient pour le motif de consultation.

Tableau VI Motif de consultation à l'admission et pourcentage de la filière représenté par chaque motif

	Ambulatoires (%)	Maison médicale (%)	Part MMG*
Traumatisme membre supérieur	6 730 (10.8)	1 783 (27.2)	21.0
Traumatisme membre inférieur	5 040 (8.1)	1 478 (22.6)	22.7
Plaie	3 686 (5.9)	613 (9.4)	14.3
Malaise ou syncope	4 180 (6.7)	29 (0.4)	0.7
Douleurs abdominales aigües ou intenses	3 892 (6.2)	45 (0.7)	1.1
Etat d'ivresse aigüe	3 839 (6.2)	6 (0.1)	0.2
Traumatisme crânien sans perte de connaissance	2 787 (4.5)	498 (7.6)	15.2
Douleur thoracique	2 944 (4.7)	14 (0.2)	0.5
Autre Motif	2 260 (3.6)	156 (2.4)	6.5
Traumatisme non précisé	1 337 (2.1)	407 (6.2)	23.3
Plaie de mains	1 305 (2.1)	197 (3.0)	13.1
Céphalée aiguë	1 430 (2.3)	45 (0.7)	3.1
Douleur thoracique avec antécédents cardiovasculaires	1 336 (2.1)	-	0.0
Nausées, vomissements	1 223 (2.0)	32 (0.5)	2.6
Dyspnée	1 187 (1.9)	9 (0.1)	0.8
Traumatisme de la face	970 (1.6)	168 (2.6)	14.8
Convulsions	1 042 (1.7)	3 (0.1)	0.3
Altération de l'état général	1 001 (1.6)	5 (0.1)	0.5
Traumatisme dorsal et/ou lombaire	891 (1.4)	91 (1.4)	9.3
Sensation vertigineuse	728 (1.2)	11 (0.2)	1.5
Traumatisme crânien avec perte de connaissance	704 (1.1)	29 (0.4)	4.0
Certificat de non admission	670 (1.1)	2 (0.0)	0.3
Gêne respiratoire	608 (1.0)	17 (0.3)	2.7
Traumatisme thoracique	490 (0.8)	86 (1.3)	15.0
Rougeur de l'œil	423 (0.7)	121 (1.9)	22.2
Troubles du comportement	542 (0.9)	1 (0.0)	0.2
Traumatisme cervical	462 (0.7)	70 (1.1)	13.2
101 Motifs restants non détaillés†	10 668 (17.1)	636 (9.7)	5.6

*Cette colonne représente la part de chaque motif traitée par la maison médicale
†Chacun des motifs regroupés dans cette catégorie représente moins de 1% pour chaque filière
Les pourcentages par motif représentent la participation de la maison médicale à la gestion de chaque motif

3. Orientation initiale après triage IOA

L'analyse des orientations initiales par type de pathologie est représentée Tableau VII, 4038 données manquantes. La maison médicale réalise 14.4% de la traumatologie, 16.9% si on considère la traumatologie ambulatoire. Pour la traumatologie adulte, la MMG réalise 11.1% des consultations, 13.5% si on considère la traumatologie adulte ambulatoire. Pour la traumatologie infantile : 22.5% des consultations porté à 24.7% si on ne considère que les ambulatoires.

Tableau VII Orientation initiale après tri par l'infirmier d'accueil en fonction de l'orientation de sortie pour les patients admis aux urgences de juin 2011 à mai 2014

	Population totale (%)	Hospitalisés totaux (%)	Ambulatoires filière standard (%)	Maison médicale (%)
Médecine	76 055 (57.1)	28 105 (72.6)	46 830 (54.5)	1 120 (13)
Psychiatrie	3 522 (2.6)	2 283 (5.9)	1 236 (1.4)	3 (0.0)
Trauma Adulte	36 882 (27.7)	6 463 (16.7)	26 310 (30.6)	4 109 (47.7)
Trauma Pédiatrie	14 778 (11.1)	1 333 (3.4)	10 120 (11.8)	3 325 (38.6)
Données manquantes	2 019 (1.5)	530 (1.4)	1 430 (1.7)	59 (0.7)

G. Intervention médicale et pathologies les plus représentées

1. Médecin responsable

7 100 données manquantes, soit 94.7% d'exhaustivité. Un à trois médecins étaient inscrits sur chaque dossier. Cette variable n'a pas fait l'objet d'une analyse statistique mais a été utilisée pour identifier les filières responsables et le parcours des patients.

2. Examens complémentaires et avis spécialisé

Pas de données manquantes pour les examens complémentaires (Tableau VIII).

Tableau VIII Examens complémentaires et avis spécialisés réalisés pour les patients admis aux urgences en fonction de l'orientation de sortie

	Population totale	Hospitalisés	Ambulatoires filière standard	Maison médicale
Examen biologique (%)	40 078 (30.1)	14 822 (38.3)	25 148 (29.3)	108 (1.3)
Radiographies standards (%)	47 982 (36.0)	17 126 (44.2)	26 675 (31.0)	4 181 (48.5)
Echographie, TDM ou IRM (%)	13 242 (9.9)	8 395 (21.7)	4 834 (5.6)	13 (15.0)
Total imagerie (%)	56 469 (42.4)	22 302 (57.6)	29 981 (34.9)	4 186 (48.6)
ECG (%)	3 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.0)	0 (0.0)
≥1 Avis spécialisé (%)	5 190 (3.9)	3 008 (7.8)	2 172 (2.5)	10 (0.1)

3. Acte thérapeutique

Pas de données manquantes. 131 patients traités par la maison médicale ont eu besoin d'un acte thérapeutique, soit 1.5% des patients de la filière. Dans la filière ambulatoire standard, 38 415 patients ont nécessité un acte thérapeutique, soit 44.7%, la différence est significative ($p<0.0001$).

4. Diagnostic principal

Tableau IX Répartition des diagnostics de sortie par appareil selon CIM-10, en nombre de séjours et pourcentages

	Hospitalisés	Ambulatoires filière standard	Maison médicale	
Catégorie diagnostique	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**% en ligne***
Infectiologie	766 (2.1)	1 067 (1.2)	42 (0.5)	2.2
Tumeurs	95 (0.2)	22 (0.0)	0 (0.0)	0.0
Hématologie	570 (1.6)	338 (0.4)	4 (0.0)	0.0
Endocrinologie	1 140 (3.2)	685 (0.8)	3 (0.0)	0.0
Psychiatrie	3 588 (9.9)	9 377 (10.4)	81 (0.9)	0.0
Neurologie	1 977 (5.5)	2 447 (2.7)	40 (0.5)	0.1
Pathologie ORL-Ophtalmologie-Stomato	233 (0.6)	1 761 (2.0)	221 (2.6)	1.0
Cardiologie et Vasculaire	4 062 (11.2)	1 624 (1.8)	21 (0.2)	0.0
Pneumologie	3 106 (8.6)	1 928 (2.1)	121 (1.4)	2.3
Gastro-Entéro-Hépatologie	3 288 (9.1)	2 653 (2.9)	160 (1.9)	2.6
Dermatologie	461 (1.3)	883 (1.0)	89 (1.0)	6.2
Rhumatologie	847 (2.3)	6 144 (6.8)	561 (6.5)	7.4
Urologie-Appareil Génital	1 829 (5.1)	2 997 (3.3)	61 (0.7)	1.2
Obstétrique	11 (0.0)	39 (0.0)	5 (0.0)	10.0
Pédiatrie	11 (0.0)	6 (0.0)	1 (0.0)	5.9
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	12 (0.0)	12 (0.0)	2 (0.0)	8.3
Motifs Sans Orientation	7 137 (19.7)	18 813 (20.9)	332 (3.9)	1.3
Traumatologie	4 795 (13.2)	21 642 (24.0)	5 848 (67.9)	18.0
Toxicologie-Agents physiques-Allergie	1 053 (2.9)	3 508 (3.9)	664 (7.7)	12.7
Causes externes de morbidité et mortalité	586 (1.6)	2 781 (3.1)	181 (2.1)	0.5
Pathologie Sociale et Médico-Légale	579 (1.6)	2 968 (3.3)	143 (1.7)	3.9
Données manquantes	2 568 (7.1)	4 231 (4.9)	3 (0.0)	0.0

*Participation de la maison médicale au traitement de chaque groupe de pathologie en %

L'analyse des diagnostics les plus fréquents retrouvait 17 diagnostics qui représentaient plus de 25% des passages ambulatoires. Pour les usagers de la maison médicale, les dix premiers diagnostics relèvent de la traumatologie (Tableau X).

Tableau X Diagnostics les plus fréquents parmi les patients ambulatoires en pourcentage de chaque filière

CIM-10	Libellé diagnostic	Ambulatoires filière standard	Maison médicale
F100	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	6,97	0,02
R53	Malaise et fatigue	4,82	0,37
R074	Douleur thoracique non précisée	2,87	0,08
R104	Douleurs abdominales non précisées	2,41	0,29
S934	Entorse et foulure de cheville	1,54	5,85
N23	Colique néphrétique	1,98	0,12
R529	Douleur sans précision	1,59	0,52
S0600	Commotion cérébrale	1,39	1,58
S5250	Fracture fermée de l'extrémité du radius	1,09	2,83
S610	Plaie des doigts sans lésion de l'ongle	1,13	2,07
S500	Contusion du coude	0,35	2,30
S010	Plaie ouverte du cuir chevelu	0,99	1,94
S602	Contusion d'autres parties du poignet et de la main	0,36	1,94
S800	Contusion du genou	0,39	1,79
S903	Contusion de parties autres et non précisées du pied	0,25	1,76
S202	Contusion du thorax	0,48	1,72
T149	Lésion traumatique, sans précision	0,34	1,66

5. CCMU

Avec le dossier informatisé, 45 376 données manquantes. Devant le très grand nombre de données manquantes concernant le codage CCMU, notamment pour les patients de la MMSR (96.3%), nous avons recalculé le nombre de CCMU1 par recoupement. Les patients CCMU 1 ont été identifiés comme n'ayant pas nécessité d'examen complémentaire, d'avis spécialisé ou d'acte thérapeutique. De cette façon, nous avons identifié 33 624 séjours CCMU1 ; 29 301 dans la filière ambulatoire standard et 4323 traités par la MMSR. Cela correspondait à une gestion par la MMSR de 12.8% des séjours CCMU1, avec un taux de CCMU1 dans la filière standard représentant à 25.2% des passages totaux.

6. Orientation de sortie

a) *Réorientés*

L'examen des dossiers a permis par recoupement d'identifier 239 patients réorientés depuis la maison médicale vers la filière standard. Cela correspond à 6.7 patients par mois en moyenne (écart type 2.9) dont 34% conduisaient à une hospitalisation. Le nombre de patients réorientés semble stable avec le temps.

Les caractéristiques des patients réorientés avaient tendance à varier de celles des patients sortis via la maison médicale. Sans qu'il y ait de différence significative ils présentaient les particularités suivantes :

-plus souvent amenés par une ambulance privée (16.4%) et les pompiers (16.7%) que dans le groupe sortant via la maison médicale (respectivement 3.1% et 10.6%)

-consultaient plus souvent pour un motif médical que dans le groupe sortant via la maison médicale ; 24.7% contre 13%

-de gravité à l'entrée plus élevée 18.4% de gravité 2 contre 5.5% pour les sortants via la maison médicale

-10.9% avaient une fréquence cardiaque à l'entrée supérieure à 110/minutes contre 7.3% dans le groupe sortant via la maison médicale

-19.2% ont nécessité un bilan biologique contre 1.3% dans le groupe sortant via la maison médicale

-28.5% ont nécessité un acte thérapeutique contre 1.5% dans le groupe sortant via la maison médicale

b) *Hospitalisations directes via MMG*

Concernant les hospitalisations directes via la MMSR, 203 patients ont été admis sur les trois ans. Ces entrées directes sont réparties entre les différents effecteurs de la MMSR et représentent en moyenne 2.4% des patients vus par la MMSR. Parmi ces dossiers gérés par la maison médicale, huit ont été analysés, trois correspondaient à des patients ayant fugué et cinq à des sorties contre avis médical. L'analyse du compte rendu de sortie pour ces dossiers retrouve dans deux cas l'absence de prise en charge médicale (équivalent de sortie sans soins), et dans un cas une réorientation effective dans la filière standard avec une gestion exclusive par un interne. Dans les autres cas il s'agit d'une fugue ou d'une sortie contre avis médical à la suite de l'annonce de la nécessité d'une prise en charge hospitalière.

H. Questionnaire auprès des effecteurs de la MMSR

Les données du questionnaire ont été relevées le 24 aout 2014, le taux de réponse était de 81.3%.

Les données extraites ont permis de dresser le profil suivant des médecins travaillant à la MMSR :

- Age moyen 41.7 ans, écart type 11.2 ans, minimum 27 ans et maximum 62 ans
- Thésés à 84.6%
- 50% sont installés
- 42 % ont une formation d'urgentiste
- 96.2% se disent à l'aise pour pratiquer des sutures, 80.8% pour réaliser des plâtres et 61.5% pour "la petite urgence ophtalmologique" (l'exemple donné était corps étranger intra oculaire)
- Nombre de gardes par mois :
  - 1 seule pour 19.2%
  - 2 à 3 pour 46.2%
  - Plus de trois pour 34.6%
- Nombre de patients par demi-journée d'astreinte : 69.7% des intervenants traitent de 5 à 8 patients en semaine et plus de 10 le weekend

I. Questionnaire auprès des régulateurs SAMU et ARRMEL

Les données du questionnaire ont été relevées le 25 aout 2014, le taux de réponse était de 40.3%.

Les données extraites étaient les suivantes :

- ARRMEL 13 réponses, SAMU 14 réponses
- Régulateurs exerçant à la Réunion depuis plusieurs années pour 77.8% d'entre eux
- A la question : connaissez-vous la maison médicale Sud Réunion, 59.3% répondent oui, 7.4% non, 33.3% plus ou moins
- 66.7% situent correctement la MMSR
- 81.4% savent que la structure accueille des patients le soir et le weekend, seulement 14.8% connaissent l'heure exacte de fermeture
- 81.5% disent avoir déjà adressé un patient à la MMSR
- 18.5% des régulateurs pensent que les médecins exerçant à la MMSR sont des urgentistes de formation et/ou sont capables de faire des plâtres et immobilisations.
- 51.9% les voient capables de réaliser un examen ophtalmologique de base (corps étranger intra oculaire)
- 66.7% les voient capables de réaliser des sutures
- 33.3% pensent qu'ils ne réalisent aucun des gestes cités ci-dessus

V. Discussion

A. Biais généraux

1. Type d'étude

Le type d'étude n'est pas parfaitement adapté à l'objectif de notre travail. L'idéal aurait été la réalisation d'une étude comparative de type avant-après ouverture de la MMSR. Ce type d'étude n'était pas possible faute de données informatisées antérieures à 2006. Par ailleurs du fait de la mission d'intérêt général et de l'importance de la fiabilité du dispositif aux yeux du public, une "fermeture" artificielle de la MMSR pour comparaison était exclue.

2. Biais de recrutement, de sélection et d'incorporation

Pas de biais de sélection pour la population globale, les critères d'inclusion sont exhaustifs, il n'y a que 43 exclus qui ne représentent pas des patients réels (dossiers tests informatique).

Le Tableau II des caractéristiques démographiques de notre échantillon appelle quelques remarques. Tout d'abord on constate une forte proportion d'hommes (57.1%) qui semble équilibrée entre les groupes de devenir (hospitalisés, ambulatoires et MMG). Par ailleurs, au niveau des âges, comme attendu, les patients sont plus âgés lorsqu'ils sont hospitalisés qu'en ambulatoire.

3. Biais d'information

Il y a dans notre étude un biais d'information ou de mesure qui est inconstant d'une variable à l'autre (18 498 cellules manquantes en moyenne, écart type 37 022) et qui relève de la non exhaustivité du recueil en temps réel. Le taux d'exhaustivité par variable était 86,1%, écart type 27.8%. Ce biais est inhérent au travail rétrospectif.

Les données erronées ont été corrigées comme expliqué dans la partie matériel et méthodes afin de compenser le biais de codification des données. Pour les analyses statistiques certaines variables étaient sujettes à validation. C'est le cas par exemple pour les durées de séjours, un délai d'attente avant prise en charge médicale ou une durée avant orientation supérieure à 24 heures étaient considérés comme invalides et traités comme manquants pour les analyses.

Le recueil du diagnostic par codage avec la CIM10 pose le problème de l'exhaustivité du thésaurus. L'exemple en est la colique néphrétique qui arrive en 7eme position des diagnostics les plus fréquents. C'est certainement dû à la multitude de façons de coder certains diagnostics qui semblent plus fréquents (infection pulmonaire lésion traumatique des membres par exemple) qui a un effet de dilution de ces diagnostics.

4. Biais de confusion

Ils sont discutés en fonction de chaque variable dans le paragraphe concerné.

B. Indicateurs de "qualité" de la MMSR

1. Critère de jugement principal

Notre étude a montré une **différence significative des délais de prise en charge**, diminution de 85 minutes en moyenne sur les horaires de permanence des soins pour les patients ambulatoires qui ont pu bénéficier de la maison médicale.

Nos résultats sont soumis aux biais suivants :

- Biais d'information ou de recueil : nous avons constaté par observation que le remplissage des dossiers était fait en décalé (à la fin de l'astreinte) par certains médecins de la MMSR, pratique qui n'a pas lieu dans la filière standard. La conséquence attendue est une sous-estimation de la différence.
- Biais de sélection : les patients de la MMSR sont différents des patients de la filière standard. Ils sont en principe moins graves et de prise en charge plus simple que les patients non éligibles, ceci s'accompagne d'un raccourcissement théorique des durées de prise en charge. Ils diffèrent aussi de la filière standard en matière d'orientation initiale : il y a plus de traumatologie, notamment pédiatrique (Tableau VII). Or les patients de la filière traumatologique ont des prises en charge plus courtes que les autres, différence encore majorée pour la traumatologie pédiatrique (Tableau III).
- Biais de confusion : les délais ont été recueillis pour tous les patients ambulatoires de la filière standard, sans tenir compte aux heures d'ouverture de la MMSR. Or on constate deux pics d'affluence quotidiens (Figure 14) qui ne correspondent pas aux horaires d'ouverture de la MMG. On peut craindre un allongement des délais ambulatoires sur ces périodes qui aurait pour conséquence de nous faire conclure à tort à une différence significative entre ces patients et ceux de la maison médicale

➔Pour pallier à ces biais, nous avons réalisé une analyse en sous-groupes sur le critère de jugement principal, n'incluant que les patients ayant un "profil" de tri et de prise en charge comparable à celui des patients de la maison médicale et pris en charge aux heures d'ouverture de celle-ci. Les résultats de cette analyse sont cohérents avec ceux de l'analyse globale du critère de jugement principal. Toutefois la différence moyenne du DAFPEC (60 minutes) entre le groupe SU et le groupe MMG est moins importante dans l'analyse en sous-groupes que dans l'analyse globale.

Choix du critère : certains auteurs réfutent ce critère en tant que critère de qualité mais il a montré une corrélation significative avec le taux de satisfaction des usagers (53,54). Nous avons choisi le DAFPEC ou délai avant décision d'orientation finale et non la durée de séjour ou le temps avant premier contact médical comme dans d'autres études. Ce critère nous paraissait plus pertinent pour évaluer l'efficacité de la prise en charge des patients ambulatoires. En plus de permettre une comparaison de délai entre les deux filières, il présente les avantages suivants :

- Représentatif de la prise en charge "thérapeutique" : comprends le temps d'attente et temps de prise en charge, donc une notion d'efficacité de prise en charge après la première évaluation médicale

- Semble plus pertinent en matière de durée de séjour aux urgences que le temps avant premier contact médical. En effet la littérature récente montre que l'engorgement physique des urgences par les patients ambulatoires agit comme un frein au fonctionnement global du service (55)
- Permet d'exclure le temps après décision médicale où le patient attend par exemple un transport pour le retour à domicile. Ce temps d'attente de transport, inclus en cas d'analyse de durée de séjour totale entraîne un biais de confusion. Les patients de la MMSR sont significativement plus arrivés par moyen personnels que ceux de la filière standard (Figure 16), on peut donc supposer que le temps d'attente de transport dans ce groupe est plus court.

Ce DAFPEC présente l'inconvénient de ne pas individualiser le délai avant premier contact médical. Cependant, il s'agit de patients ambulatoires (*a posteriori*), qui ne nécessitent pas une prise en charge diagnostic urgente. De plus l'analyse secondaire sur le délai avant premier contact médical montrait elle aussi une diminution significative.

Comparaison aux données de la littérature : si on assimile la maison médicale de garde à une filière rapide ou "ultra-rapide" des urgences de Saint-Pierre, l'effet observé est cohérent avec celui rapporté dans la littérature mais semble plus important. Nous nous permettons cet amalgame car la SU de l'hôpital de Saint-Pierre n'est pas pourvue d'une autre filière "ultra-rapide". Par ailleurs d'après la littérature, 50% des patients se présentant pour un motif de consultation "non-urgent" auraient consulté un généraliste s'ils en avaient eu la possibilité (56). Cette constatation est à modérer du fait de la forte proportion de traumatologie constatée dans la filière MMG, dont la prise en charge aurait été plus complexe en cabinet de médecine de ville.

Faute d'étude portant sur le DAFPEC, nous avons étudié la littérature en matière de délais avant prise en charge médicale et durée de séjour. Une étude de type cas témoins avec une méthodologie proche de la nôtre comparait les durées de séjours pour les patients admis dans la filière rapide versus celles des patients de la filière standard et montrait une différence significative (respectivement 116 et 132 minutes, $p<0.01$) uniquement pour les patients ambulatoires (57). Pour rappel, notre étude montrait une différence significative (180 minutes en moyenne, $Z=5.44$ $p<0.0001$) des temps de séjours aux urgences entre ces deux filières.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de publication rapportant l'absence d'effet positif d'une filière rapide ou un effet néfaste sur les temps de séjour des patients de la filière rapide. Ceci est à modérer du fait d'un biais évident d'information, les études rapportant un échec sont de fait plus rares que celles rapportant un succès.

2. Découpage des temps d'attentes

Notre étude a montré une différence moyenne de 76 minutes du **délai avant prise en charge médicale** ($Z=-56.2$ $p<0.0001$) en faveur des patients de la maison médicale par rapport aux ambulatoires traités aux urgences. C'était accompagné d'une diminution des temps passés en zone d'attente à la MMG par rapport à la filière standard : 80 minutes environ.

Dans notre étude, cette donnée correspond au temps avant que le patient soit installé dans une salle de consultation ou dans la salle d'attente de la maison médicale. Il est donc accompagné d'un biais de mesure important car le décompte cesse dès lors qu'il est adressé à la MMSR. Pour les patients de la MMG il est donc davantage le reflet du délai avant décision d'orientation à la MMSR. Le temps d'attente après orientation à la MMG pourrait être estimé en soustrayant le temps d'attente mesuré (43 minutes en moyenne) au délai moyen avant prise en charge médicale (80 minutes en moyenne). Le résultat est de 40 minutes environ, bien inférieur au délai avant prise en charge médicale mesuré. Ceci est le reflet du fait que 22% des patients sont admis avant l'ouverture de la maison médicale (Figure 15).

Nous avons aussi montré une différence significative des **durées moyennes de séjour**. Il y avait une diminution moyenne de 180 minutes ($Z= 5.44$ $p<0.0001$) entre les patients ambulatoire de la filière standard (310 minutes) et de la maison médicale (130 minutes). Ceci représente 58% de réduction de durée de séjour du fait d'un seul médecin.

3. Taux de réorientation

Le taux de réorientation sur trois ans est de 2.7% et semble stable. Ce taux semble plus élevé que dans d'autres travaux de thèse sur les MMG (7). A noter qu'en plus de ces 2.7% réorientés, il y a 1.9% de patients qui ont été hospitalisés directement via la maison médicale. Ce fait n'est pas rapporté dans les autres études et est peut être spécifique à la structure que nous avons étudiée qui compte 42% d'urgentistes dont certains travaillaient ou travaillent dans la SU.

Le fait que la MMSR réoriente des patients ou effectue des hospitalisations directes peut être vu sous deux angles. On peut y voir une participation au rôle de régulation médicale, les patients sont vus plus rapidement par la maison médicale et la réorientation vers les urgences fait partie du rôle prédéfini. Les hospitalisations directes sont un gain de temps pour les patients et peut être un gain de temps pour la filière standard des urgences. Cependant, on pourrait y voir une perte de temps et de chance pour les patients. Certains d'entre eux étaient adressés par un médecin avant d'être examinés à la maison médicale, et l'étape maison médicale peut sembler être une étape inutile à la prise en charge.

Il existe un biais d'information concernant ces données. L'identification des orientations réelles ayant été faite sur le nom du médecin "senior" en charge du dossier, il est possible que parmi ces admissions directes, des dossiers réorientés soient passés inaperçus. Nous avons donc vérifié parmi les hospitalisations directes depuis la MMSR 10 dossiers au hasard. L'analyse des dossiers a mis en évidence sept hospitalisations directes effectives avec avis téléphonique du médecin responsable ou intervention de l'interne de chirurgie (cinq en chirurgie orthopédique, une en neurochirurgie, une en psychiatrie), deux patients ont été revus aux urgences (un infarctus et une fracture complexe), un dossier mal rempli (médecin de la maison médicale inscrit par erreur sur un dossier des urgences). Cette analyse nous amène à critiquer le recueil informatisé qui permet des erreurs de remplissage des dossiers et l'analyse de celui-ci qui parfois ne fait pas apparaitre le nom de tous les intervenants. Toutefois, dans sept cas sur dix l'hospitalisation directe était vérifiée.

C. Apport en matière d'offre de soin, de PDS

1. Place dans le circuit de PDS

Dans une étude précédente à Toulouse, l'interrogatoire des généralistes montrait une méconnaissance de l'existence des MMG ; seulement 30 à 60% des généralistes de l'agglomération connaissaient les horaires des 2 MMG et du cabinet de SOS médecins (39). D'après le sondage réalisé auprès des régulateurs du centre 15, 80% d'entre eux adressent des patients à la MMSR. Cependant, seuls les deux tiers d'entre eux savent où elle se situe et ils ignorent le profil des médecins qui y travaillent. La régulation est en théorie le seul moyen de recrutement de ce type de structure pour lesquels la "publicité est interdite, par crainte d'effet recrutement et pour éviter un litige avec les effecteurs de PDS de ville. Les principales zones pourvoyeuses de patients pour la MMSR sont des zones pourvues de cabinets médicaux de garde (le Tampon, Saint-Pierre, Saint-Louis et Saint-Joseph). Nous n'avons pas analysé l'évolution de la fréquentation de ceux-ci depuis l'ouverture de la MMG pour en étudier l'impact. Parmi les villes fortement représentées dans les patients de la MMG, certaines (Etang-salé, Petite île, la Ravine des cabris, la Plaine des cafres) ne disposent pas de cabinet médical de garde et font partie des zones sous dotées en médecins (9).

2. Caractéristiques des patients consultants

Les patients provenant de l'extérieur du département sont plus représentés à la maison médicale que dans la population totale, ils sont aussi moins souvent hospitalisés. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

-une gravité moindre entrainant une orientation par l'IOA plus volontiers vers la MMG
-une meilleure connaissance et acceptation de ce type de dispositif
-une meilleure couverture sociale

On constate que le nombre de passages quotidiens aux urgences tout confondu augmente les lundis, et est stable sur la semaine (Figure 13), comme rapporté dans la littérature (58). Sur le weekend en revanche, on remarque que le nombre de patients ambulatoires augmente beaucoup le samedi et un peu le dimanche (par rapport au reste de la semaine) alors que le nombre d'hospitalisation diminue. Ceci évoque un accroissement des demandes correspondant à de permanence des soins le weekend, en lien probablement avec la carence de permanence des soins en ville.

Le nombre de passages à la MMSR n'augmente pas le lundi alors que le nombre de passages aux urgences est plus important. Ceci pourrait traduire une "saturation" de la consultation de la MMSR ; sur une astreinte de semaine, les MMG voient en moyenne 5 patients. On pourrait aussi penser que cet accroissement des passages le lundi sans retentissement sur la maison médicale est dû à l'heure d'arrivée des patients. En effet si on regarde la répartition des passages aux urgences en fonction de l'heure pour chaque jour de la semaine, on constate que l'augmentation de fréquentation propre au lundi prédomine sur le milieu de journée (Figure 14).

D. Interaction avec la SU

1. Diminution des délais dans la filière standard

Dans la filière standard nous avons observé un allongement de 19 minutes en moyenne des DAFPEC quand la maison médicale est ouverte.

Cette constatation est contraire à certaines données de la littérature. Nous avons relevé quatre études de type avant-après installation d'une filière rapide qui rapportaient une diminution des temps de prise en charge. Diminution du délai avant prise en charge médicale (de 24 à 60 minutes suivant les études) et des durées de séjours (diminution de 28 à 30 minutes). Ces données concernaient tous les patients consultant aux urgences dans l'étude de *Sanchez et al.* (59), les patients CTAS 3 et 4 dans l'étude de *Devkaran et al.* (60) et CTAS 4 et 5 pour *Darrab et al.* (61). L'étude avant-après d'*O'Brien et al.* (62) en 2006 a montré une réduction moyenne de 41 minutes des durées de séjours pour les patients ambulatoires.

Nos résultats pour cette variable sont accompagnés des biais suivants :

- Echantillonnage : en effectuant une analyse dans le sous-groupe "ambulatoires de la filière standard", on extrait de l'analyse les patients vus à la maison médicale. Or ces patients sont connus pour être des patients "peu graves" avec des prises en charge rapides. Leur exclusion de l'analyse dans le bras MMG ouverte entraîne une majoration des délais moyens dans l'échantillon restant. Cet effet est rapporté dans la littérature : "Il est en revanche plus difficile de juger de l'impact de cette mesure (diminuer le nombre de CCMU 1 aux urgences) sur les temps de passage : a priori les patients CCMU 1 ont un temps de passage court et un impact positif sur le temps de passage moyen, leur diminution dans le case-mix du service entraînant une augmentation du temps moyen." (63).
- Confusion : certains pics de fréquentation des urgences accompagnent les heures d'ouverture de la MSSR (Figure 14). Un allongement des délais de prise en charge à la suite de ces deux périodes est donc prévisible, indépendamment de l'efficacité de la MMSR.

Une large étude multi centrique de 2007 sur quatre millions de passages a montré que le nombre de patients non graves vus aux urgences influence peu le temps d'attente avant premier contact médical et la durée de séjour des patients plus graves (64).

2. Nombre de passages aux urgences

L'augmentation du nombre de passages aux urgences entre juin 2011 et juin 2014 était modérée (+3.3%). Elle était en revanche beaucoup plus significative pour la MMSR (+34%). En comparaison, 42% des 1416 passages supplémentaires aux urgences ont été pris en charge par la MMSR. On peut interpréter ces chiffres de deux façons:

- En y voyant un effet de recrutement de la MMSR ; l'augmentation du nombre de passages s'est faite pour des motifs de consultation ne justifiant pas d'hospitalisation (augmentation de 1% seulement des hospitalisations).

- En y voyant une absorption de l'accroissement d'activité annuelle des séjours ambulatoires. En faveur de cette hypothèse, l'augmentation quasi ubiquitaire de la fréquentation des SU. En témoigne le rapport de l'organisme de recherche en médecine d'urgence de la région Midi-Pyrénées fait état d'une croissance de +4.3% en 2011 et +1.8% en 2012 (65).

D'après la littérature, les MMG, notamment intra hospitalières semblent apporter un bénéfice en matière de gestion des flux avec dans certains centres un infléchissement de l'accroissement d'activité, voire une diminution du nombre de passages aux urgences (jusqu'à -7.8% d'activité au SU sur les horaires d'ouverture de la MMG) (7,66,67). Le rapport Grall de 2006 sur les MMG a répertorié 6 SU où la fréquentation a diminué suite à l'implantation d'une MMG et 4 où la pente d'augmentation des passages s'est infléchie (5,67). D'après un rapport de 2007 sur la région Midi-Pyrénées, plus de 97% des patients interrogés se disaient satisfaits, notamment en matière de délais de prise en charge et d'accessibilité (39). Le même rapport dément un effet de recrutement par la forte proportion (45%) de patients qui déclarent qu'en l'absence de MMG ils se seraient présentés aux urgences, (15% auraient appelé le centre 15 et 12% se seraient présentés à SOS médecin).

3. Taux de patients non graves vus dans la filière standard

Cette maison médicale a un profil particulier puisqu'elle traite surtout de la traumatologie et donc beaucoup de patients CCMU 2, ayant nécessité une radiographie ou un geste thérapeutique.

16.9% de la traumatologie ambulatoire, est gérée par la MMSR. 12% des patients de gravité initiale 3 et 4 dont le devenir est ambulatoire, et 12.8% des patients CCMU1 sont traités par la MMSR. Les CCMU1 représentent 25.5% de l'activité de la filière standard. Lorsque l'on s'intéresse à la gravité pressentie au triage, on ne retrouve que 6.4% de patients gravité 4 sur la totalité des passages.

La littérature montre une proportion différente ; dans l'étude de *Kwa et al.* la filière rapide traitait 14.9% de tous les patients se présentant sur ses heures d'ouverture (68). Dans l'étude d'O'Brien la filière rapide traitait 21.6% des entrées sur les heures d'ouverture et 29.8% des ambulatoires sur ces horaires (62).

Nos données comportent un biais de mesure important, en témoigne le nombre d'ECG réalisés sur la cohorte (n=3), ce qui n'est pas cohérent avec la réalité d'un service d'urgence. L'explication est que l'ECG n'est pas nécessairement prescrit via le dossier informatisé contrairement aux examens radiologiques. Ceci conduit à une minimisation importante des examens complémentaires réalisés dans la filière standard et donc une majoration importante des CCMU 1 dans cette filière. Cela n'a en revanche pas d'incidence a priori sur les CCMU 1 de la filière MMG car la réalisation d'un ECG est une clause d'adressage dans la filière standard.

4. Taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisations de 29% sur la totalité des passages aux urgences semble anormalement élevé par rapport à la moyenne nationale. Il était de 20% environ selon l'enquête DREES de 2006 (13) et 19.9% en 2013 (14). Cet écart peut s'expliquer par :

- Un biais de classement : nous avons intégré les décès, les fugues, les sorties contre avis médical et les hospitalisations dans le service porte au groupe hospitalisé. Mais après exclusion de ces derniers, le taux d'hospitalisation reste élevé : 27.9%
- Un comportement de consommation médicale différent de la métropole ; la consultation à l'hôpital est peut-être moins spontanée, elle est en tout cas connue pour intervenir en deuxième voire troisième ligne pour un problème médical, très souvent après la phytothérapie traditionnelle, la médecine chinoise (69)
- Il y a une forte prévalence de maladies chroniques, notamment cardiovasculaires et diabète, qui sont des comorbidités connues comme favorisant l'hospitalisation (70).

VI. Conclusion

Ce travail apporte des réponses chiffrées sur la participation de la MMSR à la PDS, et le bénéfice pour le patient ambulatoire en matière de délais de prise en charge. Elle montre une diminution moyenne de 85 minutes des DAFPEC pour les patients se présentant aux heures de PDS nécessitant des soins ambulatoires lorsqu'ils sont pris en charge par la MMSR. Le DAFPEC était aussi plus court pour les patients ambulatoires de la filière standard sur les horaires d'ouverture de la MMSR et en remplissant les conditions de tri et de prise en charge. Ces résultats concernent principalement des patients jeunes, à prédominance masculine, consultant pour de la traumatologie.

La principale limite de cette étude est le biais de sélection qui rend les deux groupes du critère de jugement principal peu comparables. La méthodologie idéale pour compléter ce travail, faute de possibilité d'étude "avant-après" serait une étude prospective comparant des patients de la maison médicale et des patients ambulatoires de la filière standard répondant aux critères de tri de la maison médicale à l'inclusion.

La méthodologie de notre étude ne nous permet donc pas de statuer avec certitude mais le service rendu semble fort pour cette structure, et conforte les recommandations de favoriser les MMG, notamment intra-hospitalières comme effectrices de PDS. Elles présentent deux des cinq qualités attendues de ce type de dispositif (5). Elles encouragent la participation des médecins généralistes libéraux à la permanence des soins dans une région où elle est faible et elles offrent une alternative aux urgences avec des possibilités de réorientation en cas de défaut de triage.

On constate avec ce travail que des améliorations sont encore possibles, tant au sein de la maison médicale de garde que pour la structure d'urgence et la régulation.

La maison médicale pourrait participer davantage en tant que filière rapide des urgences et organe de permanence des soins en élargissant ses horaires d'ouverture le samedi matin et les soirs de semaine à partir de 18 heures. L'étude des affluences permet une certaine prévision des modifications de flux. En cas de pic d'activité, la maison médicale pourrait être ouverte en journée, reposant sur la forte proportion de médecins remplaçants dans ses effectifs.

Le recueil de données via le logiciel de dossier informatisé est incomplet et contient de nombreuses erreurs pour les patients de la maison médicale. Il nécessite manifestement une certaine pratique que ne permet pas la fréquence des gardes des effecteurs de la MMSR. Une simplification de l'informatique ou une formation ciblée sur son utilisation serait bénéfique.

Le taux de réorientation est relativement faible et pourrait témoigner d'un tri efficace à l'admission. Pour autant, celui-ci doit être optimisé par un protocole de tri écrit contenant les règles spécifiques de l'orientation vers la maison médicale. Par ailleurs la prise en charge de la pédiatrie médicale pourrait soulager les urgences pédiatriques en cas de surcharge de celles-ci. En matière de régulation, les connaissances des régulateurs au sujet de la MMSR sont incomplètes et peuvent faire l'objet d'une information afin d'optimiser l'articulation avec la permanence des soins en ville.

Certains sites pourvus de maisons médicales de garde ont procédé à leur universitarisation (71), la MMSR étant située dans un CHU, cette perspective est envisageable.

VII. Références

1. circulaire du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm

2. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale Etudes et résultats. 2003;(212):8.

3. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 1 juin 2005;Vol. 17(2):233‑240.

4. Acker D. Rapport sur les centres de santé. Direction de l'hospitalisation et des soins [Internet]. 2007 [cité 29 juill 2014];57. Disponible sur: http://fncs.org/medias/pdfs/Rapport_Acker_Lien5.pdf

5. Grall J. Les maisons médicales de garde [Internet]. Ministère de la santé et des solidarités; 2006. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2006/rapport_grall.pdf

6. Recco L. Impact de l'ouverture de la Maison Médicale de Garde de Sète sur les urgences de cette ville [Internet]. 2011. Disponible sur: http://hdl.handle.net/10068/866626

7. Langin N. Activité du service des urgences du Centre Hospitalier de Romans [Drôme] avant et après ouverture de la maison médicale de garde [Internet]. [Lyon]: Sciences de la vie et de la santé; 2006. Disponible sur: http://hdl.handle.net/10068/784567

8. Havez E. Maisons médicales de garde et hôpital : l'articulation entre services d'urgence et permanence des soins de ville à Saint-Etienne [Internet]. ENSP; 2006 [cité 20 août 2014]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2005/iass/havez.pdf

9. Agence Régionale de Santé Océan Indien. Projet de santé Réunion-Mayotte [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/PRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_schemas_org_des_soins_24_07.pdf

10. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. The American Journal of Emergency Medicine. mars 2011;29(3):333‑345.

11. Blanchard P, dupont M, Ollivier R, Ferrier C, Prétot. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. IGAS/IGA; 2006. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000321/0000.pdf

12. Grall J. Mission de mediation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. 2007.

13. DREES. L'activité des services d'urgences en 2004 [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er524.pdf

14. DREES. Enquête nationale sur les structures d'urgence. 2013.

15. Baubeau D, Delville A, Fivaz C. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. 2000 p. 8. Report No.: 72.

16. Bailly L, Moritz F, Brousse B, Idrissi I, Lebrun E, Muller JM, et al. Recours non justifiés aux urgences hospitalières : des usagers habitués aux services d'urgences ? Une étude transversale dans quatre services d'urgences, Haute-Normandie, 2003-2004. Rev Epidemiol Sante Publique. 2006;54:3‑1.

17. Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. Hong Kong Med J. juin 2001;7(2):131‑138.

18. Kerr HD. Access to emergency departments: a survey of HMO policies. Annals of emergency medicine. 1989;18(3):274‑7.

19. David M, Schwartau I, Anand Pant H, Borde T. Emergency outpatient services in the city of Berlin: Factors for appropriate use and predictors for hospital admission. Eur J Emerg Med. déc 2006;13(6):352‑357.

20. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Annals of Emergency Medicine. août 2008;52(2):126‑136.e1.

21. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tavolacci M. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours aux urgences et comportements de consommation de soins. PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS. 2008;(1):33‑42.

22. Kellermann AL, Weinick RM. Emergency departments, Medicaid costs, and access to primary care--understanding the link. N Engl J Med. 7 juin 2012;366(23):2141‑2143.

23. Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG, Henneman PL, Brook RH. Next-day care for emergency department users with nonacute conditions. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 5 nov 2002;137(9):707‑714.

24. Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, et al. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. Ann Emerg Med. févr 1994;23(2):286‑293.

25. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. Am J Emerg Med. mars 1997;15(2):133‑136.

26. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.

27. Code de la santé publique - Article R4127-9

28. Code de la santé publique - Article R4127-47

29. Riou B. Les urgences : une solution et non un problème ! Annales françaises de médecine d'urgence. 9 janv 2013;3(1):1‑2.

30. Giroud M, Carli P, Ricard Hibon A. sudf 1eres assisesde l'urgence [Internet]. Samu Urgences de France; 2012. Disponible sur: http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/732/sudf_1-assises-de-l-urgence_txt-et-reco_120913_vf.pdf

31. Code de la santé publique - Article R730. Code de la santé publique.

32. Boënnec P. Rapport sur la permanence des soins [Internet]. Assemblée nationale; 91. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1205.pdf

33. 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 [cité 2 août 2014]; Disponible sur: http://www.cgtmurets.fr/Documents/Rapports/rapports_hopital/rapport_descours_permanence_soins.pdf

34. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.

35. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 2003-881 sept 15, 2003.

36. DREES. Données sur les médecins au 1er janvier 2014 issues de l'exploitation statistique du RPPS [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014 avr p. 7. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_sources_et_definitions_2014.pdf

37. Fauvet L. Les médecins au 1er janvier 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2012 [cité 25 juill 2014]; Disponible sur: http://www.datar.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/er796.pdf

38. Urgences et gardes. La permanence des soins en questions [Internet]. Ordre des médecisn; 2000. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/urgence.pdf

39. Cayla F, Fahet G. Les Maisons Médicales de Garde de Toulouse dans le dispositif de Permanence de Soins [Internet]. Observatoire Régional de la Santé de Midi-pyrénées; 2007. Disponible sur: http://www.orsmip.org/tlc/documents/MMG_RAPPORT.pdf

40. Arrêté du 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

41. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013 [Internet]. DREES; 2013. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf

42. Insee Réunion - La région et ses départements : population [Internet]. [cité 29 juill 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/reg-dep.asp?theme=2

43. Bernede-Bauduin C. Indicateurs Santé-Social à La Réunion : Synthèse régionale. 2012 [Internet]. Observatoire Régional de la Santé de la Réunion. (O.R.S.). Saint-Denis. REU; 2013. Disponible sur: http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/synthese_IndicSanteSocial_2012.pdf

44. Combes X. SAMU 974 de la Réunion [Internet]. [cité 4 sept 2014]. Disponible sur: http://www.samu974.re/WebSAMU/?page_id=461

45. Humbert P. ARRMEL [Internet]. [cité 24 juill 2014]. Disponible sur: http://www.urml-reunion.net/arrmel/index.html

46. Rapport d'activité 2013 CHU Réunion [Internet]. CHU Réunion; 2013. Disponible sur: http://www.chr-reunion.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CHU_Run_2013_ok-2.pdf

47. ARS OI. arrete n°425 du 18 décembre 2013.

48. Chopin J-M, Denis N. Convention CHU maison médicale [Internet]. Disponible sur: https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=36063de9b9&view=att&th=147e5771bf956143&attid=0.1&disp=safe&zw&saduie=AG9B_P9uY8IPvJ-LCL5D-PnrpfYZ&sadet=1408306139980&sads=uL8EuTgKic0YupPqhcjMLjB20QI

49. Beral J-M. Entretien téléphonique au sujet de la maison médicale de garde de Saint-Denis. 2014.

50. Rodi SW, Grau MV, Orsini CM. Evaluation of a Fast Track Unit: Alignment of Resources and Demand Results in Improved Satisfaction and Decreased Length of Stay for Emergency Department Patients. Quality Management in Health Care July/September 2006. 2006;15(3):163‑170.

51. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, et al. Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). CAEP, Ottawa [Internet]. 1998 [cité 17 août 2014]; Disponible sur: ftp://75-166-154-233.hlrn.qwest.net/Public/CLIENTS--PROSPECTIVE/Falls-Russell,%20Sascha/Canadian%20Triage%20Scale.pdf

52. Société francophone de médecine d'urgence, Boivin M. Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil. Paris: Brain Storming; 2004.

53. McCarthy ML, Ding R, Zeger SL, Agada NO, Bessman SC, Chiang W, et al. A Randomized Controlled Trial of the Effect of Service Delivery Information on Patient Satisfaction in an Emergency Department Fast Track. Academic Emergency Medicine. 1 juill 2011;18(7):674‑685.

54. Perruche F, Pourriat J-L, Claessens Y-E. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. Journal Européen des Urgences. mars 2008;21(1):14‑21.

55. Pateron D. Une organisation des flux au sein des urgences. Annales françaises de médecine d'urgence. 20 févr 2013;3(2):69‑70.

56. Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: A prospective pilot study comparing two models of care. Australasian Emergency Nursing Journal. août 2014;17(3):112‑118.

57. Considine J, Kropman M, Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case–control study. Emerg Med J. 12 janv 2008;25(12):815‑819.

58. Himmich S, Khoudri I, Zekraoui A, Madani N, Abidi K, Benchekroun A, et al. Modélisation et facteurs influençant le flux quotidien des patients aux urgences. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. mai 2009;57, Supplement 1:S31.

59. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. The Journal of Emergency Medicine. juill 2006;31(1):117‑120.

60. Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, Drennan J, Rajah J. The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. BMC Emergency Medicine. 2009;9(1):11.

61. Darrab AA, Fan J, Fernandes CMB, Zimmerman R, Smith R, Worster A, et al. How does fast track affect quality of care in the emergency department? Journal of Emergency Medicine February 2006. 2006;13(1):32‑35.

62. O'Brien D, Williams A, Blondell K, Jelinek GA. Impact of streaming. Australian Health Review. 2006;30(4):525‑32.

63. ANAP. Reduire le temps d'attente aux urgences Retours dexperiences [Internet]. [cité 25 juin 2014]. Disponible sur: http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf

64. Schull MJ, Kiss A, Szalai J-P. The Effect of Low-Complexity Patients on Emergency Department Waiting Times. Annals of Emergency Medicine. mars 2007;49(3):257‑264.e1.

65. Rapport d'activité 2012 ORU-MiP [Internet]. Organisme de recherche en médecine d'urgence Midi-Pyrénée; 2012. Disponible sur: https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2013/10/Rapport-annuel-2012-ORU-MiP.pdf

66. Martin I. Les maisons médicales de garde : réponse à la sur-utilisation des services d'urgences du CHU de Toulouse ? 2004.

67. Ménard B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière [Internet]. 'École Nationale de la Santé Publique - RENNES; 2004. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2004/edh/menard.pdf

68. Kwa P, Blake D. Fast track: Has it changed patient care in the emergency department? Emergency Medicine Australasia. 1 févr 2008;20(1):10‑15.

69. Mohy F. « Doctèr, mon pied de cœur y fait mal » : singularités d'une consultation de la douleur à La Réunion. Douleur [Internet]. 9 avr 2008 [cité 24 août 2014]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/138130

70. Catteau C, Pourchez L. La Réunion : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé. LA SANTE DE L'HOMME. 2009;(404):31‑34.

71. Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. [cité 30 juill 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin%2015.pdf

VIII. Annexes

Annexe 1

Convention relative aux modalités de mise à disposition de locaux du GHSR « Hôpital de Saint-Pierre » pour le fonctionnement d'une maison médicale

ENTRE :

Le Groupe Hospitalier Sud Réunion
Représenté par son directeur, M. Jean- Marie CHOPIN

Ci-après désigné par le sigle : **GHSR**

ET :

L'Association « Maison Médicale Sud Réunion »

Représentée par son Président, Monsieur le Docteur Nicolas DENIS

Ci-après désigné par le sigle : **La maison médicale**

Collectivement désignés ci-après par « les parties » :

PREAMBULE

Etant rappelé que :

Dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins, il a été décidé de mettre en place une maison médicale dans les locaux du service des urgences de l'hôpital de Saint-Pierre permettant à cette dernière d'assurer selon une planification établie une consultation de médecine générale d'urgence.

Après l'accord de principe de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Réunion Mayotte, les instances du GHSR et le Conseil de l'Ordre des médecins informés,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 - Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir entre les parties :

- les conditions de mise à disposition des locaux,
- le fonctionnement et l'organisation générale valant règlement intérieur de la maison médicale,

Page 1 sur 5
Convention de mise à disposition des locaux - Maison Médicale Sud Réunion

- les modalités de remboursement des consommables mis à la disposition de la maison médicale.

Article 2 - Conditions de mise à disposition des locaux et équipements

Il est convenu entre les parties que les locaux et équipements mis à disposition sont ceux attenant aux urgences. Il est entendu que la maison médicale ne pourra réaliser ou faire réaliser aucune modification des locaux mis à disposition sans l'accord préalable du GHSR.

Il est rappelé que les équipements médicaux et non médicaux mis à disposition de la maison médicale, restent la propriété du GHSR. Ce dernier assure l'entretien des locaux et des équipements. Toutefois, l'utilisation de ces locaux et le bon usage des équipements s'y trouvant, sont placés de fait sous la responsabilité des intervenants de la maison médicale. En cas de dégradation manifeste ou de perte quelle qu'en soit la cause, le GHSR se réserve le droit d'émettre à l'encontre de la maison médicale une demande de remboursement pour réparation ou remplacement dudit équipement.

La maison médicale devra obligatoirement avoir souscrit dans les meilleurs délais une assurance en responsabilité civile.

Article 3 - Organisation générale et règlement intérieur

- Principes généraux

Les intervenants de la maison médicale sont tenus au respect des normes générales d'hygiène, de sécurité et règlement en vigueur dans les établissements publics de santé.

- Horaire d'ouverture de la maison médicale

Les horaires retenus pour l'ouverture de la consultation de médecine générale d'urgence de la maison médicale au GHSR seront de 19h à 23h en semaine, de 14h à 23h le samedi, de 8h à 23h les dimanches et jours fériés.

- Identification de la maison médicale et de leurs intervenants

La localisation physique de la maison médicale sera clairement identifiée d'une part en amont au travers d'une signalétique appropriée dès l'entrée de l'hôpital et d'autre part au sein même du service des urgences.
Afin de garantir aux patients la plus grande transparence d'exercice, les intervenants de la maison médicale devront clairement s'identifier vis à vis des malades qui leur sont adressés et notamment au travers du port d'un badge déclinant leur appartenance à la maison médicale ; d'utiliser uniquement les imprimés support et documents à leur entête personnel et professionnel, notamment les ordonnances.

- Accessibilité et enregistrement du passage

L'accès à la consultation de la maison médicale se fait sans rendez-vous.

Le patient, après une évaluation du motif de recours effectuée par l'infirmière d'accueil et d'orientation et/ou le médecin hospitalier régulateur, est adressé après enregistrement préalable par l'accueil du service des urgences du GHSR vers la consultation de médecine générale. Il est tenu une main courante de ces patients.

Le passage du malade est comptabilisé par le service des urgences, que celui-ci bénéficie d'une consultation de médecine générale ou d'une prise en charge hospitalière. La prise en charge par la seule consultation de médecine générale fera l'objet d'un repérage distinct du passage avec recours aux urgences hospitalières.

En cas de refus formel du patient, il est pris en charge directement par le service des urgences.

A l'issue de la consultation au sein de la maison médicale, deux situations peuvent se présenter :

- Si le médecin généraliste estime que l'état du patient ne nécessite pas de prise en charge par le service des urgences hospitalières, ce dernier est libre de rejoindre son domicile. Le médecin généraliste devra en informer l'accueil du service des urgences par le retour de la fiche de liaison.
- Si le médecin généraliste estime après examen que le patient relève d'une prise en charge médicale par les urgences, il adresse ce dernier muni d'une fiche de liaison au service des urgences accompagnée d'un courrier.

Dans le premier cas, les prescriptions sont effectuées dans les mêmes conditions que dans un cabinet de ville. Le médecin généraliste remet au patient un compte-rendu de consultation pour son médecin traitant et en conserve un double pour ses archives personnelles s'il le souhaite et un autre archivé dans le dossier patient hospitalier.

- Coordination du fonctionnement de la maison médicale

Le bureau de l'association signataire détermine, le 15 de chaque mois, le tableau nominatif des médecins qui participent aux consultations de médecine générale du mois suivant. Il transmet le tableau aux médecins concernés, au responsable du service des urgences du GHSR et au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Réunion.

Conformément au règlement intérieur de l'association signataire, il est rappelé les points suivants au titre de la convention :

Le médecin généraliste inscrit sur le tableau de présence assure son tour de consultation dans les conditions décrites par le présent document.

En cas d'empêchement, le médecin prévu s'engage à trouver lui-même son remplaçant et à en informer le bureau de l'association et le médecin responsable du service des urgences du GHSR.

Il ne pourra se faire remplacer que par un médecin inscrit sur la liste des médecins adhérents à l'association signataire.

En cas d'empêchement imprévisible et exceptionnel, le bureau de l'association trouvera un remplaçant au médecin généraliste.

En cas d'absence constatée par le service des urgences du GHSR, son responsable prévient le Président de l'association et le Centre 15.

Le médecin qui ne souhaite plus participer à la consultation adresse son intention de se désengager au conseil d'administration de l'association avec un préavis de trois mois, sauf cas de force majeure acceptée par le Président. Dans tous les cas, ce dernier informera le GHSR.

- Réunion du bureau de l'association

L'association Maison Médicale se réunit quatre fois par an. Le Chef de service des urgences ou son représentant est convié à cette réunion et exposera les problèmes ou difficultés éventuellement rencontrés.

Article 4 - Modalités financières

Il est convenu que la mise à disposition des locaux et équipements est faite à titre gratuit sous réserve des dispositions prises dans le cadre de l'alinéa 2 de l'article 2. Les charges générales afférentes au fonctionnement telles que l'eau, l'électricité ne donneront pas lieu au paiement d'une redevance.

Les consommations de consommables divers (boite de suture) mis à disposition de la maison médicale, notamment par la pharmacie du GHSR fait l'objet d'un montant forfaitaire évalué sur la consommation moyenne mensuelle de la maison médicale qui est de :

Le montant forfaitaire est évalué à **1 166 euros par trimestre**, à la date de signature de la convention de mise à disposition. Ce montant fera l'objet d'un titre de recette trimestriel à l'encontre de l'Association signataire.

Ce montant fera l'objet d'une révision tous les ans, à la date anniversaire de la signature de la convention, après nouvelle évaluation des besoins en fonction des prix unitaires consentis par les fournisseurs au GHSR.

Article 5 - Résiliation- litige

La présente convention pourra être résiliée de plein droit, par lettre recommandée avec accusé de réception, par l'une des parties en cas d'inexécution par l'autre partie d'une ou plusieurs de ses obligations prévues au titre de la présente convention, dans la mesure où la partie fautive n'a pas remédié à son manquement dans un délai d'un (1) mois à compter de la notification de son manquement par lettre recommandée.

Toute modification de la présente convention et de son présent règlement intérieur ne pourra intervenir que sur accord express et formel des parties signataires.

Il est d'autre part entendu entre les parties que le GHSR peut résilier de façon unilatérale la présente convention si l'objet de l'association signataire venait à être modifié sans accord des parties et/ou si les modifications de son règlement intérieur comportaient des dispositions opposables au GHSR ou seraient susceptibles de porter atteinte à l'organisation interne de ses services et au delà, au fonctionnement du service public hospitalier.

Pour toute contestation qui s'élèverait les parties, relative à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention, celles-ci s'engagent à soumettre leur différend, préalablement à toute instance juridictionnelle, à Madame la Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Réunion Mayotte. Cette dernière, dès sa saisine par l'une ou l'autre des

parties par lettre recommandée, s'efforcera de régler les difficultés et de faire accepter par les parties une solution amiable dans un délai de 30 jours. A défaut de conciliation, la contestation sera portée devant le tribunal administratif de Saint-Denis

Article 6 - Durée de la convention et renouvellement

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa date de signature. Elle sera reconductible, d'année en année, par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une ou l'autre des parties, avec un préavis de six mois, par lettre recommandée et accusé de réception.

Article 7 - Volonté des parties

La présente convention représente l'intégralité de la volonté des parties. En cas de modifications de celle-ci, un avenant à la présente convention devra être établi.

Fait en 2 exemplaires originaux, le

Le Président de l'Association Maison Médicale Sud Réunion	Pour le Directeur Général du CHR et par délégation, Le Directeur du GHSR
Dr Nicolas DENIS	Jean- Marie CHOPIN

Annexe 2

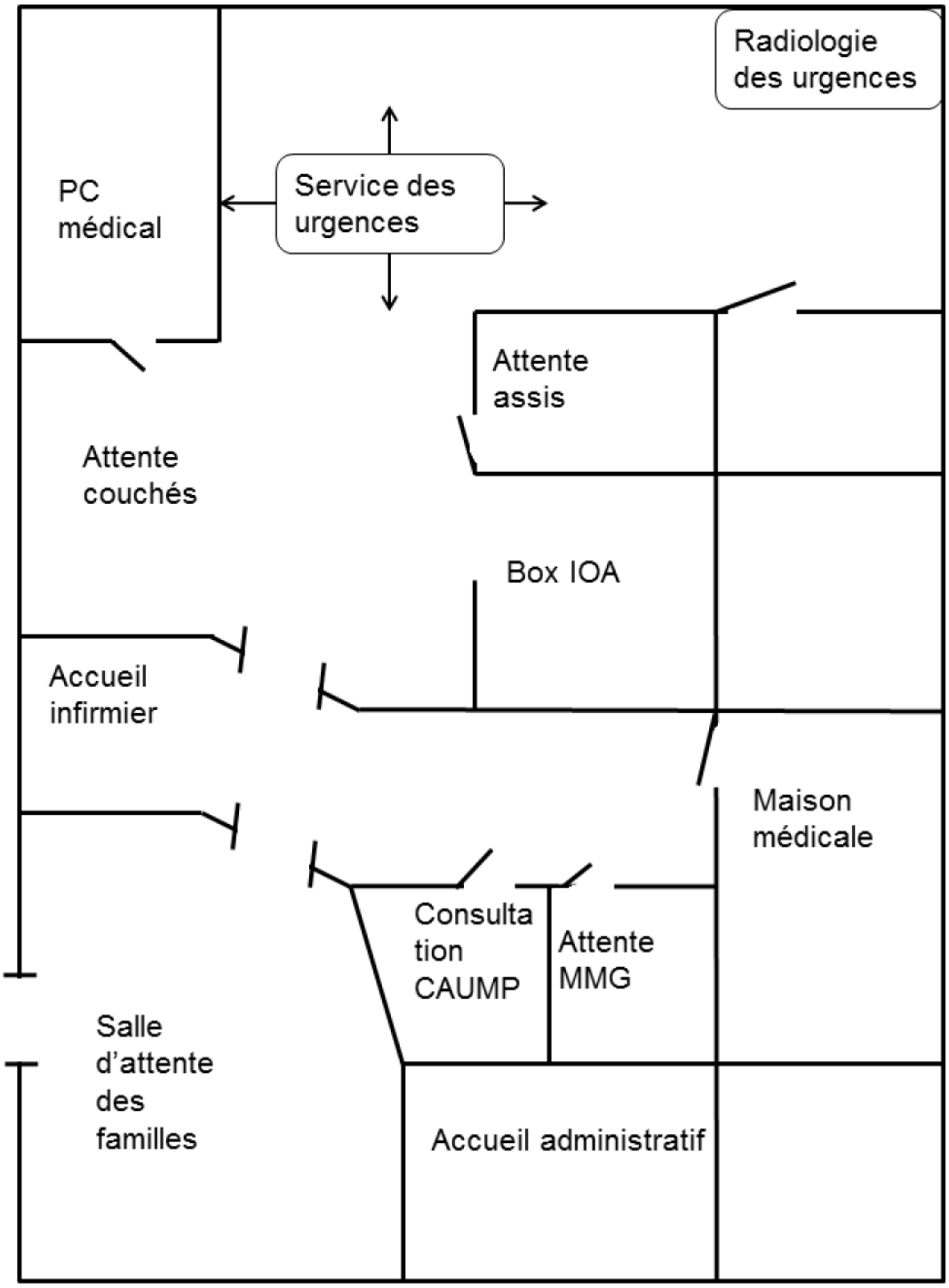


Figure 17 Plan schématique des urgences de l'hôpital de Saint-Pierre, CHU de la Réunion

ANNEXE 3

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes : - CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise

- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

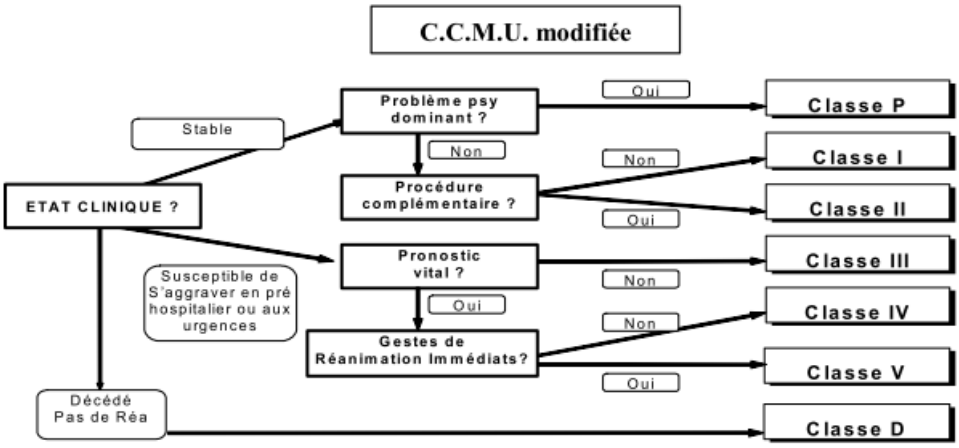
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G,Spo2, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

Figure 18 Classification Clinique des Malades des Urgences CCMU
Source Organisme de recherche en médecine d'urgence Midi-Pyrénées 2011

ANNEXE 4

The Canadian Association of Emergency Physicians
L'Association canadienne des médecins d'urgence

NENA National Emergency Nurses Affiliation Inc.
L'affiliation nationale des infirmiers/infirmières d'urgence incorporée

L'association des Médecins d'urgence du Québec

The Canadian E.D. Triage and Acuity Scale

Patients should have an *INITIAL TRIAGE ASSESSMENT WITHIN 10 MINUTES** of arrival

TRIAGE LEVEL I - *RESUSCITATION*

Time to NURSE Assessment *IMMEDIATE**

Time to PHYSICIAN Assessment *IMMEDIATE**

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Code / Arrest	Traumatic Shock
Major Trauma	Pneumothorax - Traumatic / Tension
Shock States	Facial Burns with Airway Compromise
Near Death Asthma	Severe Burns > 30% TBS
Severe Respiratory Distress	Overdose with Hypotension / Unconscious
Altered Mental State (unconscious, delerious)	AAA
Seizures	AMI with Complications / CHF / Low BP
	Status Asthmaticus
	Head Injury - Major / Unconscious
	Status Epilepticus

TRIAGE LEVEL II - *EMERGENT*

Time to NURSE Assessment *IMMEDIATE**

Time to PHYSICIAN Assessment *15 MINUTES**

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Head Injury (Risk Features ± Altered Mental State)	Head Injury
Severe Trauma	Trauma, Multiple Sites, Multiple Rib Fracture, Neck Injury / Spinal Cord
Altered Mental State (lethargic, drowsy, agitated)	
Chemical Exposure - Eyes	Alkaline / Caustic Occular Burns
Allergic Reaction (Severe)	Anaphylaxis
Chest Pain • Visceral, Non-Traumatic • ± Associated Symptoms	AMI, Unstable Angina, CHF, Chest Pain NOS, Gastroesophageal Reflux
Overdose (conscious), Drug Withdrawal	Unspecified Drug / Medicinal Overdose, "d.t.'s"
ABD Pain (Age >50) with Visceral Symptoms	AAA, Appendicitis, Cholecystitis
Back Pain (Non Trauma, Not MSK)	
GI Bleed with Abnormal Vital Signs	Gastrointestinal Bleed, Hypotension
CVA with Major Deficit	CVA
Asthma Severe (PEFR <40%)	Severe Asthma
Moderate / Severe Dyspnea / Diffuculty Breathing	COPD, Croup
Vaginal Bleeding • Acute, Pain scale >5 • ± Abnormal Vital Signs	Spontaneous Abortion, Ectopic Pregnancy / Rupture
Vomiting and/or diarrhea (with suspicion of dehydration)	
Signs of serious infection (purpuric rash, toxic)	
Chemotherapy or immunocompromised	
Fever (age ≤ 3 months) Temp ≥ 38.0 (rectal)	Epiglottitis, Meningitis, Sepsis
Acute Psychotic Episode / Extreme Agitation	Acute Psychotic Episode / Agitation
Diabetes: Hypoglycemia, Hyperglycemia	Hypoglycemia, Diabetic Ketoacidosis, Hyperglycemia
Headache (Pain Scale 8 - 10/10)	Migraine
Pain Scale 8-10 (CVA, Back, Eye)	Renal Colic, LBP / Strain (Disc), Keratitis, Iritis
Sexual Assault	
Neonate (≤ 7 days old)	

TRIAGE LEVEL III - *URGENT*

Time to NURSE Assessment *30 MINUTES**

Time to PHYSICIAN Assessment *30 MINUTES**

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Head Injury, Alert, Vomiting	Head Injury
Moderate Trauma	Anterior Dislocated Shoulder, Tibia / Fibula Fracture, Bimalleolar, Trimalleolar Ankle Fracture
Abuse / Neglect / Assault	
Vomiting and/or diarrhea (≤ 2 years)	
Dialysis problems	
Signs of Infection	Pyelonephritis
Mild / Moderate Asthma (PEFR > 40%)	Asthma without Status / COPD
Mild / Moderate Dyspnea	Bronchiolitis / Croup, Pneumonia
Chest Pain • No Visceral Symptoms (Sharp/MSK) • No Previous Heart Disease	Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp)
GI Bleed with Normal Vital Signs	GI Bleed, No complications
Vaginal Bleeding Acute, Normal Vital Signs	Spontaneous Abortion
Seizure, Alert on Arrival	Seizure
Acute Psychosis ± Suicidal Ideation	Acute Psychosis ± Suicidal Ideation
Pain Scale 8 - 10 / 10 with minor injuries	
Pain Scale 4 - 7 / 10 (Headache, CVA, Back)	Migraine, Renal Colic, LBP / Strain (Disc)

TRIAGE LEVEL IV - *LESS URGENT*

Time to NURSE Assessment *60 MINUTES**

Time to PHYSICIAN Assessment *60 MINUTES**

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Head Injury, Alert, No Vomiting	Head Injury, Alert, No Vomiting
Minor Trauma	Colles Fracture, Ankle Sprain
ABD Pain (Acute)	Appendicitis, Cholecystitis
Earache	Otitis Media / Otitis Extema
Chest Pain, Minor Trauma or MSK, No Distress	Chest Pain NOS (MSK, GI, Resp), Gastroesophageal Reflux
Vomiting and diarrhea (>2 years/no dehydration)	
Suicidal Ideation / Depression	Suicidal Ideation / Depression
Allergic Reaction (Minor)	Urticaria
Corneal Foreign Body	Corneal Foreign Body
Back Pain (Chronic)	LBP /Strain
URI Symptoms	URI
Pain Scale 4 - 7	
Headache (Non Migraine / Not Sudden)	

TRIAGE LEVEL V - *NON URGENT*

Time to NURSE Assessment *120 MINUTES**

Time to PHYSICIAN Assessment *120 MINUTES**

USUAL PRESENTATION	SENTINEL DIAGNOSIS
Minor Trauma, Not Necessarily Acute	LBP / Strain
Sore Throat, No Resp Symptoms	URI
Diarrhea alone (no dehydration)	Gastroenteritis
Vomiting alone normal mental status (no dehydration)	Vomiting
Menses	Disorders of Menstruation
Minor Symptoms	Dressing Changes
ABD Pain (Chronic)	Cast Changes
Psychiatric complaints	Constipation
Pain Scale < 4	Symptoms / Neurotic, Personality and Nonpsychotic Mental Disorders
	Unspecified Superficial Laceration(s)

* *TIMES TO ASSESSMENT* are operating objectives, not established standards of care. Facilities without onsite physician coverage may meet assessment objectives using delegated protocols and remote communication.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME :

L'objectif de ce travail est d'évaluer le bénéfice apporté par la maison médicale sud Réunion (MMSR) en matière de délais de prise en charge pour les patients qui se sont présentés aux urgences aux heures de la permanence des soins (PDS) pour des soins ambulatoires.
Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective de juin 2011 à juin 2014. 133 256 patients se sont présentés aux urgences de l'hôpital de saint-pierre, CHU de la Réunion. Les données du dossier informatisé de chaque patient ont été analysées. Le critère d'évaluation principal était la différence de délai avant fin de prise en charge médicale (DAFPEC) pour les patients ambulatoires vus par la MMSR par rapport à ceux de la filière standard. Une analyse en sous-groupe a été réalisée n'incluant que les patients consultant sur les horaires d'ouverture de la MMSR et en remplissant les conditions de tri et de prise en charge. Les différences entre les moyennes ont été comparées avec un test de Wilcoxon.
Résultats : 8 616 patients composaient le groupe MMSR et 85 926 la filière standard. Il y avait respectivement 22 et 5443 observations manquantes. Le résultat sur le critère principal montrait une différence significative du DAFPEC, diminution de 85 minutes en moyenne ($Z=62.4$, $p<0.0001$) en faveur du groupe MMSR. L'analyse en sous-groupes comparait 5 852 patients de la filière standard et 3 874 à la maison médicale. Les DAFPEC moyens étaient respectivement de 180 minutes (ES=1.8, IC 95% 176 à 183) et 112 minutes (ES=1, IC 95% 110 à 114), soit pour une différence de 60 minutes, $Z=4$ et $P<0.0001$.
Conclusion : Cette étude montre un bénéfice pour les patients ambulatoires se présentant aux urgences aux heures de la PDS pris en charge par la MMSR. Ces résultats s'appliquent à une population jeune, consultant majoritairement pour de la traumatologie.

GP PRIMARY CARE CENTER, OUT OF HOURS SERVICE AND EMERGENCY DEPARTMENT'S FAST TRACK, IN SAINT-PIERRE UNIVERSITARY HOSPITAL, REUNION ISLAND

Reducing delays in ambulatory management ?

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2014

MOTS-CLES :

Maison médicale, filière courte, permanence des soins, soins primaires, urgences, triage, durée de séjour, sortie du patient

MESH TERMS :

Care center, fast track, out of hours, primary care, emergency department, triage, length of stay, patient discharge

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de médecine de Bordeaux
146 rue Léo-Saignat
33 076 BORDEAUX CEDEX