



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 6 octobre 2021 à Poitiers
par **Monsieur Benjamin Labarbe**

Analyse et évaluation de la procédure de réorientation des patients autoréférés à
l'accueil des urgences d'Angoulême vers la médecine de ville

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Olivier Mimos

Membres : Madame le Docteur Stéphanie Mignot,

Monsieur le Docteur Emmanuel Blancher

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gilles Moalic

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Par l'honneur que vous me faites de participer à ce jury, soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT,

Qui me fait l'amitié de bien vouloir juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Emanuel BLANCHER,

Vous vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gilles MOALIC,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Merci pour votre patience et votre optimisme sans faille.

Sommaire

Remerciements	4
Liste des tableaux	7
Liste des figures	8
Liste des abréviations	9
I. INTRODUCTION	10
1. Population de l'étude	10
2. Démographie médicale	10
3. La réorientation.....	12
4. Logiciel Logibec® réorientation	15
II. MATERIEL ET METHODE.....	17
1. Description de l'étude.....	17
2. Critères d'inclusion.....	17
3. Critères de non-inclusion.....	17
4. Recueil de données	18
4.1. Ethique et consentement	18
4.2. Sélection à l'accueil des urgences.....	18
4.3. Méthodologie du recueil	19
5. Objectif de l'étude	20
5.1. Objectif principal : Evaluation de l'efficacité de la réorientation selon un protocole établi par le logiciel Logibec®	20
5.2. Objectif secondaire : Evaluation de la sécurité du protocole.....	20
5.3. Evaluation de l'efficacité	21
6. Classification et analyse des données	21
III. RESULTATS	22
1. Taux de réorientation.....	22
1.1. Age des populations	23
1.2. Période de réorientation	23
1.3. Distance lieu de vie et de l'hôpital.....	25
1.4. Catégories sociaux-professionnelles	25
1.5. Couverture sociale	26
1.6. Recours aux médecins traitants.....	26
1.7. Motifs de consultations	27
2. Objectifs secondaires.....	29

2.1. Evaluation de la sécurité	30
2.2. Evaluation de l'efficacité	30
IV. DISCUSSION	31
1. Résumé des résultats.....	31
2. Intérêt de l'étude	31
3. Limites.....	32
4. Caractéristiques des patients autoréférés	33
4.1. Profil des patients.....	33
4.2. Recours aux médecins généralistes.....	34
4.3. Acceptation de la réorientation	35
4.4. Motifs de consultations	35
5. La réorientation, une solution idéale ?.....	36
5.1. Limites économiques	36
5.2. Limites techniques	37
V. CONCLUSION	39
Références bibliographiques	40
<u>Annexe 1</u> : Classification Clinique des Malades aux Urgences.....	43
<u>Annexe 2</u> : Illustration de la procédure de réorientation sur le logiciel Logibec Réorientation ®	44
Résumé.....	47
Serment d'Hippocrate	48

Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Catégories socio-professionnelles des patients réorientés.....	26
<u>Tableau 2</u> : Raisons de passage aux urgences	28
<u>Tableau 3</u> : Motifs de consultation ayant conduit à une réorientation	29

Liste des figures

<u>Figure 1</u> :	Répartition des CH comprenant des structures d'urgence en Charente.....	12
<u>Figure 2</u> :	Nombre et parcours des patients réorientés pendant l'étude	22
<u>Figure 3</u> :	Nombre de réorientation en fonction des jours sur la période d'étude.....	24
<u>Figure 4</u> :	Nombre de réorientation en fonction des plages horaires	24
<u>Figure 5</u> :	Distance entre le domicile des patients et le CHA en km.....	25
<u>Figure 6</u> :	Motifs de consultation aux urgences des patients non réorientés	29

Liste des abréviations

C2S : Complémentaire santé solidaire

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre hospitalier

CHA : Centre hospitalier d'Angoulême

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DOM : Département d'Outre-mer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FEDORU : Fédération des observatoires régionaux des urgences

HSCM : Hôpital Sacré Cœur de Montréal

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

IDE : Infirmier diplômé d'état

MAO : Médecin d'accueil et d'orientation

MMG : Maison médicale de garde

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PDS : Permanence des soins

SAU : Services d'accueil des urgences

SMUR : Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation

CMSI : Centre médicaux de soins immédiats

I. INTRODUCTION

En France le système de santé pour les soins non programmés est centré sur deux axes distincts qui travaillent en synergie :

- Le système extrahospitalier comprenant les personnels médicaux et paramédicaux libéraux et salariés, les médecins de la permanence des soins (PDS), les associations de médecins telle que SOS médecins et les médecins correspondant du service d'aide médicale urgente (SAMU),
- Le système hospitalier comprenant avec les services d'accueil des urgences (SAU), le service d'aide médicale urgente (SAMU) composé du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et des centres 15, les services d'hospitalisation conventionnels.

En 2018, 190 millions de consultations de médecine générale ont été réalisées, soit une moyenne de 22 consultations par jour et par médecin (1). Les médecins généralistes sont souvent présentés, à juste titre, comme les pivots du système de santé étant le moyen principal de premier recours.

1. Population de l'étude

L'agglomération du grand Angoulême est située dans la région Nouvelle Aquitaine, département de la Charente et comprends 117 communes.

Le département est peuplé de 353 335 habitants avec une densité de population de 59.2 habitants par km², dont 181 124 habitants dans l'arrondissement d'Angoulême (2). La population Charentaise a la particularité notable d'être vieillissante par rapport à la population française générale. En effet, plus de 12 % de la population charentaise est âgée de plus de 75 ans contre 9.3 % en moyenne dans la population française (3).

2. Démographie médicale

Le nombre de médecin, en particulier ceux de médecine générale, est en baisse en France. Cette diminution se confirme sur le département de la Charente. En 2020, 86 102 médecins généralistes étaient inscrits à l'ordre en activités régulières, soit une diminution de 9 % depuis

2010 et 1 % sur l'année 2019-2020 (4). En Nouvelle Aquitaine la situation se stabilise sur l'année 2019-2020 avec aucune modification mais de nombreuses disparités existent entre les départements. La Charente est, par exemple, très déficitaire avec une diminution de 15 % pour les médecins généralistes entre 2010 et 2020. On note malgré tout une très légère amélioration avec une hausse de 0.2 % sur la période 2019-2020. En février 2021, 246 médecins généralistes thésés étaient installés sur le territoire, dont 130 dans l'arrondissement d'Angoulême, ce qui correspond à une densité médicale de 93 médecins généralistes pour 100 000 habitants (5).

L'agglomération comporte une maison médicale de garde (MMG) au nord. Il n'existe en revanche aucun centre de soins non programmés, ni d'associations SOS médecins pouvant participer à la permanence des soins.

Au cours de l'année 2019, 21 443 657 passages aux urgences en France ont été enregistrés par la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) dont 19 213 102 pour les urgences adultes seules. Une augmentation de 0.6 % a été notée ce qui représente une hausse de 237 730 réparties sur l'ensemble du territoire national par rapport à l'année 2018 (6). En moyenne, le nombre de passage aux urgences a augmenté de 3,6% chaque année en France entre les années 1996 et 2018 (7).

Le service d'accueil des urgences d'Angoulême est le troisième centre hospitalier (CH) de Nouvelle Aquitaine en termes de nombres de passages aux urgences déclarés en 2019 avec 52 000 et le premier de Charente (8).

Il existe quatre autres structures d'urgences en Charente : les CH de Barbezieux, de Confolens, de Ruffec et de Cognac réparties aux quatre points cardinaux du département.

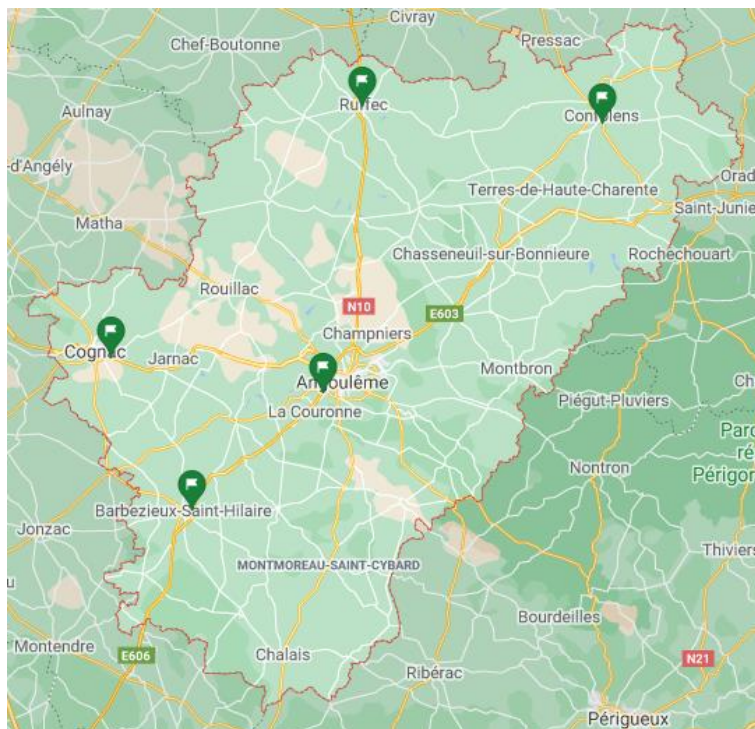


Figure 1 : Répartition des CH comprenant des structures d’urgence en Charente

3. La réorientation

Plusieurs études ont fait le lien entre cette augmentation des consultations aux urgences et un risque de complications et mortalité majoré (9–14). Une étude de 2019 menée au CH de Nîmes a montré une différence significative entre les taux de mortalité des patients ayant attendu aux urgences (7,8%) et ceux qui n’ont pas attendu (6,3%) (15).

La réorientation est née de ce constat et d’une volonté d’assurer à tous les patients qui se présentent à l’accueil des urgences une solution adaptée à leur problématique de santé, tout en permettant une prise en charge rapide et efficace des patients ayant besoin des moyens d’un service d’urgence en optimisant les ressources disponibles.

Elle est définie comme la modification du parcours de soins d’un patient auto-référent, ne nécessitant pas le plateau technique des urgences vers un autre médecin.

Un patient auto-référent est un patient qui se présente spontanément aux urgences pour y être pris en charge. Une étude réalisée en 2012 aux urgences du CH d’Angoulême avait permis de définir le profil des patients autoréférés. Ils sont essentiellement des hommes jeunes qui présentent un motif traumatologique récent, avec un emploi, une couverture sociale complète avec une mutuelle et un médecin traitant déclaré (16).

Le degré d'urgences des patients peut être estimé à posteriori avec la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) selon une échelle allant de 1 à 5 (annexe 1). Cet outil bien qu'imparfait par sa nature permet de donner une estimation des visites non urgentes.

La dernière enquête auprès des structures des urgences hospitalières réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2013, regroupant 52 000 patients et 736 SAU en France métropolitaine et DOM mettait en avant plusieurs points intéressants concernant les consultations étiquetées comme non urgentes (17) :

- 60 % des consultations aux urgences sont à l'initiative du patient ou d'un proche,
- 70 % des consultations sont sans contact médical préalable,
- 76 % des patients retournent à leur domicile,
- 79 % des passages aux urgences sont entre 8 h et 20 h,
- 14 % de CCMU 1 sans nécessité d'acte complémentaires.

Ces patients CCMU 1 seraient, en théorie, les plus à même d'être éligible à une réorientation.

Une autre étude française de 2019 montrait que sur 29 407 patients inclus, 27.4 % auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste dans les 48 h selon les médecins urgentistes (18).

Le cadre légal de la réorientation en France est défini par l'arrêté du 27 décembre 2019 avec l'expérimentation de la mise en place d'un forfait de réorientation sur une durée de 2 ans (19). Cet arrêté fixe les modalités pour les établissements voulant participer à cette expérimentation. La durée est fixée à 24 mois à partir du premier patient réorienté. Le lieu de réorientation doit être une structure de soin non programmée librement accessible.

Ce forfait, versé aux urgences, vise à réorienter le patient vers une consultation de ville à une date compatible avec son état de santé. La réorientation peut donc être réalisée vers un praticien de ville, une maison de santé ou une maison médicale de garde.

Les objectifs affichés sont de réorienter entre 5 et 10 % de ces passages étiquetés CCMU 1 et évitables aux urgences. L'idée est d'inciter les acteurs à travailler de concert pour proposer au patient un parcours de soin adapté à sa situation. Le forfait de réorientation, pour les patients concernés, se substitue à tous les autres éléments de rémunération de l'établissement. Pour les praticiens de ville qui réaliseront la consultation à la suite de la réorientation, il ne peut y

avoir de facturation de la majoration d'urgence en plus de la consultation et/ou des actes. Le patient est exonéré de reste à charge sur le forfait de réorientation. Pour la gestion des relations avec les médecins de ville partenaires dans le cadre de la réorientation, l'établissement établit une convention. L'expérimentation repose pratiquement, en premier lieu, sur un travail conjoint entre les urgentistes et les praticiens de ville du territoire sur les modalités de la réorientation (communication des plages de consultations et modalités d'accès à celle-ci pour l'hôpital, modalités de la réorientation et des informations transmises de l'hôpital au médecin de ville et de ce dernier vers l'hôpital, suivi et pilotage de l'expérimentation, etc.). Suite à l'acte de réorientation le patient est gratifié d'un bulletin de réorientation.

Selon une enquête de la DRESS un passage sur cinq aux urgences ne comporterait pas d'acte complémentaire ce qui correspondrait aux patients CCMU 1 (20). Ce chiffre est très discuté car des études de terrain montrent que seulement 5 à 6 % des consultations aux urgences seraient effectivement réorientables, de part plusieurs motifs tels que les freins sociaux ou l'impossibilité de consulter ailleurs qu'aux urgences et à un autre moment (21). Le rapport d'information ministériel (N°685) arguait même que la question des passages aux urgences était « un faux problème » car étant difficile à objectiver et recouvrant bien souvent des difficultés réelles des usagers du système de soins (22). Ce rapport soulevait aussi le problème de l'utilisation de la classification CCMU pour la réorientation, cette dernière étant peu reproductible entre les différents opérateurs et nécessitant un premier examen clinique. Les recours aux urgences pour des raisons de convenance personnelle apparaissent alors largement minoritaires, 8 patients sur 10 définissant leurs consultations comme motivées par un problème médical. Ces classements des patients en fonction de leur degré d'urgence effectués à priori souvent réalisés par des IOA placés à l'accueil des urgences pose la question de la reproductibilité des échelles entre opérateur et donc de la justesse de la réorientation. Une étude Canadienne évaluant ces différences a montré qu'un tiers des patients serait mal trié (23). En effet, si un patient était classé P3, un autre IDE avait 26 % de chance de classer ce même patient P4 et 9 % de chance de le classer P5. Nous avons voulu observer si l'utilisation du logiciel Logibec® et la sélection des patients par ce truchement permettait une réorientation sécuritaire.

Au service d'accueil des urgences du CH d'Angoulême, la réorientation des patients a été identifiée comme un moyen d'améliorer la prise en charge des patients et de diminuer les

temps d'attente puisqu'elle est pratiquée depuis 1998 selon un protocole institutionnel dans un premier temps puis grâce au logiciel Logibec® réorientation depuis le mois de juillet 2020.

4. Logiciel Logibec® réorientation

L'hôpital Sacré Cœur de Montréal (HSCM) au Canada pratique la réorientation des patients via le logiciel Logibec® réorientation depuis 5 ans. Ce logiciel met à disposition des professionnels de santé voulant pratiquer la réorientation un moyen efficace et sûr grâce à un algorithme médical.

L'utilisation de ce logiciel permet de réduire la variabilité et la subjectivité inhérente à l'intervention d'un opérateur humain et d'aider à la décision clinique.

L'algorithme comprend 52 motifs de consultations, associés à des contre-indications et des critères d'exclusions permettant de sortir les patients pour lesquels la réorientation pourrait présenter un danger. Les patients satisfaisant les critères peuvent ainsi être réorientés vers des cabinets de médecine générale partenaires sous 36 heures pour une consultation médicale.

Actuellement 12 hôpitaux au Canada utilisent ce logiciel et 2 hôpitaux en France : le CHU de Nancy et le CH d'Angoulême (24). Depuis le début de l'année 2021, plus de 85 000 patients avaient été réorientés au Canada avec un taux de 94 % des rendez-vous honorés. Plus de 1600 patients ont été réorientés depuis le CHA vers des cabinets de médecine générale répartis sur l'ensemble du département.

De manière concrète le processus de réorientation se déroule en quatre étapes :

- Le patient avec un motif de consultation compatible se présente à l'accueil des urgences et est pris en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), qui en accord avec le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) lance la procédure de réorientation grâce au logiciel et vérifie l'absence de critère d'exclusion universel ou spécifique à la pathologie (25).
- En l'absence de contre-indication, le patient est positionné sur un créneau de consultation dans un cabinet partenaire le plus proche possible de son domicile dans un délai de 36 h.
- Un voucher de réorientation avec un numéro d'anonymisation, l'heure et le lieu de rendez-vous est remis au patient (annexe 2).

- Une fois le patient arrivé au cabinet où se déroule la consultation, le médecin ou le secrétariat peut notifier sur le logiciel si le patient s'est présenté à la consultation ou non.

Une étude qualitative réalisée au CHA auprès de médecins généralistes prenant part au système de réorientation a également montré une satisfaction et une adhésion au projet de leur part (26).

Cependant nous avons remarqué que nous manquons de données concernant les caractéristiques des patients se présentant aux urgences et étant réorientés. Ces données pourraient nous permettre d'adapter au mieux nos prises en charge.

Notre étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité de la réorientation à l'accueil des urgences de l'hôpital d'Angoulême selon le protocole établi avec le logiciel Logibec® et d'évaluer la sécurité de la réorientation en s'assurant du respect du protocole.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, descriptive, monocentrique au service d'accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier d'Angoulême situé dans le département de la Charente en Nouvelle Aquitaine.

La période d'inclusion était de deux semaines (du 31/05/2021 au 13/06/2021). Les données ont été recueillies de manière prospective sur la plage horaire de 8h à 20h. En dehors de ces horaires, les dossiers étaient relus par un comité d'experts composé de 3 médecins urgentistes seniors pour identifier à posteriori les patients qui auraient pu être éligibles à la réorientation selon leurs motifs de consultations et leur évaluation à priori par l'IOA. Les patients éligibles étaient recontactés par téléphone à distance de leur passage.

Il avait été décidé à priori de ne pas intervenir en cas d'erreur dans le protocole de réorientation sauf si l'observateur constatait une faute majeure ayant un possible retentissement sur le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

2. Critères d'inclusion

Tous les patients adultes et enfants autoréférés, c'est-à-dire qui se sont présentés spontanément aux urgences et qui n'avaient pas été adressé par un médecin ou le centre 15, qui se sont présentés au SAU au cours de la période d'inclusion et qui répondaient aux critères de réorientation.

Après information certains patients ont refusé de partager leurs données personnelles.

3. Critères de non-inclusion

Etaient exclus de l'étude :

- Les patients ne répondant pas aux critères de réorientation,
- Les patients ayant refusé de participer l'étude après information par l'observateur.
- Les patients adressés aux urgences par un médecin

4. Recueil de données

4.1. Ethique et consentement

Tous les patients inclus dans l'étude ont été sollicités et informés de l'utilisation de leurs données personnelles anonymisées selon les directives de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et de la directive MR-004 relatives aux études humaines observationnelles (27).

4.2. Sélection à l'accueil des urgences

Les patients se présentant aux SAU du CHA sont évalués par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA) sous la responsabilité du médecin d'accueil et d'orientation (MAO). Le triage se fait selon un protocole institutionnel modifié en juillet 2020. Ce protocole répond à des critères stricts permettant d'assurer l'efficacité et la sécurité de la réorientation.

Un patient ne peut être réorienté vers la médecine de ville si et seulement si les conditions suivantes sont absentes :

- Enfant de 6 mois ou moins
- Problème de santé mentale aigu
- Toute douleur thoracique antérieure ou postérieure
- Chute sans cause évidente
- Antécédent de maladie chronique sévère lié à la raison de consultation
- Patient sous dialyse
- Patient avec néoplasie sous traitement
- Patient connu avec drépanocytose
- Patient immunodéprimé ou prenant de la cortisone
- Antécédent de transplantation
- Procédure intra-hospitalière récente liée à la plainte
- Adressé par un médecin aux urgences (< 48 h)

- Patient en centre de détention
- Refus du patient d'être orienté vers une autre ressource
- Incapacité physique ou mentale du patient ou de sa famille de se déplacer vers une autre ressource
- Difficulté significative de communication avec le patient ou sa famille
- Toute situation clinique jugée à risque selon le jugement de l'IDE
- Présence de signe d'un état clinique instable ou de signes vitaux hors normes

Si le patient ne remplit aucune de ces conditions, l'IOA doit ensuite s'assurer que le patient ne présente pas de critères d'exclusion spécifiques à la pathologie ayant motivé la consultation.

Le patient correspondant aux critères de réorientation se voit ensuite proposer un rendez-vous de médecine générale dans un cabinet partenaire au maximum sous 48h à l'aide du logiciel Logibec®. Le patient ainsi réorienté se voit remettre un document lui expliquant la procédure qui a été suivie, les signes cliniques à surveiller et de la nécessité de consulter ou de contacter le 15 en cas d'aggravation (annexe 2).

Le passage du patient à l'accueil du SAU fait l'objet d'une entrée administrative enregistrée selon le protocole habituel. De plus, les constantes et les circonstances de venues sont consignées dans le dossier médical à l'aide du logiciel CRISTAL LINK® et EASILY® avec le module ASUR.

En cas de refus de réorientation le patient était accepté aux urgences.

Tous les patients qui n'ont pas été réorientés alors qu'ils auraient pu l'être selon le protocole ont été inclus et analysés. Les motifs de cette non-réorientation ont été évalués à travers les différents éléments disponibles dans le dossier ou en interrogeant directement les soignants en charge du dossier quand cela était possible.

4.3. Méthodologie du recueil

Les différentes caractéristiques des patients inclus ont été recueillies dans un tableur à l'aide du logiciel Accès® afin de les comparer entre elles. Des données basiques telles que l'âge ou le sexe étaient bien entendu analysées au même titre que d'autres comme l'horaire de passage

aux urgences, si le patient avait déjà consulté ou essayé de contacter un médecin ou son médecin traitant à propos du même sujet ou encore si le patient disposait d'une couverture sociale active en France.

Les entretiens physiques et téléphoniques ont été réalisés par un seul enquêteur pour une meilleure reproductibilité des résultats et afin de minimiser les potentiels biais. Les données recueillies étaient des déclarations spontanées des patients.

Les patients étaient considérés comme non réponders après 5 appels sans réponse passés à des heures différentes et étalés sur 15 jours.

5. Objectif de l'étude

5.1. Objectif principal : Evaluation de l'efficacité de la réorientation selon un protocole établi par le logiciel Logibec[®].

Au cours de la période de recueil de données nous avons établi un taux de réorientation caractérisé par le rapport entre les patients réorientés et le nombre total de patients s'étant présenté au SAU sur cette même période.

Les caractéristiques de la population réorientée ont été comparées à une deuxième population de patients non réorientés mais identifiés comme pouvant être réorienté à posteriori par le comité d'urgentistes experts.

5.2. Objectif secondaire : Evaluation de la sécurité du protocole

Nous avons défini cette sécurité de deux façons. Tout d'abord nous avons calculé le taux d'erreur de réorientation défini par le rapport entre le nombre de patients ayant été réorientés sur le nombre de patient ne répondant pas aux critères de réorientation du protocole.

Dans un deuxième temps nous avons à chercher à savoir si les patients réorientés avaient nécessité une nouvelle consultation aux urgences spontanément ou par adressage d'un médecin dans les 7 jours qui suivaient leur passage initial aux urgences.

5.3. Evaluation de l'efficacité

Le taux d'efficacité a été défini en prenant le rapport du nombre de patient qui ont été réorienté sur le nombre de patient qui ont été identifié comme ayant pu être réorienté.

6. Classification et analyse des données

Les données recueillies ont été consignées et analysées dans un tableau à l'aide du logiciel ACCES® de la suite Word Office.

Les différents motifs de consultation et les diagnostics ont été classés selon les différents thèmes classant les motifs de consultations aux urgences afin de pouvoir plus facilement les comparer. Ces différents motifs sont classés selon les 12 catégories suivantes :

- Dermatologie
- Gastroentérologie
- Gynécologie – Obstétrique
- Microbiologie (syndrome d'allure grippale)
- Musculo – squelettique
- Néphrologie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pulmonaire
- Psychiatrie
- Urologie
- Divers

Les données ainsi récoltées ont été analysées à l'aide du site internet BIOSTAT TGV. Les variables discontinues ont été comparées grâce à un test de Chi 2. Les tests utilisés étaient définis avec une erreur de type 1 à 5 %.

III. RESULTATS

1. Taux de réorientation

Sur la période d'étude, soit entre le 31 mai 2021 et le 13 juin 2021, 1910 patients se sont présentés spontanément à l'accueil des urgences. 231 ont été catégorisés comme éligibles à la réorientation, 84 ont effectivement été réorientés vers un cabinet de médecine de ville partenaire, soit un taux de réorientation de 4.39 % ; 147 patients n'ont pas été réorienté et auraient pu après analyse par le comité d'expert soit 7 % des passages sur la période d'étude.

75 patients soit 89 % des patients ont accepté la réorientation, 5 % ont refusés pour différentes raisons. 2 patients étaient rassurés après les informations donnés par l'IAO et ne souhaitaient plus consulter de médecin, 1 a refusé car les rendez-vous proposés ne lui convenaient pas et 2 ont refusé sans explication. Sur ces 84 patients effectivement réorientés selon le protocole, 6 personnes soit 7 % ont été réorientés alors qu'ils ne remplissaient pas tous les critères.

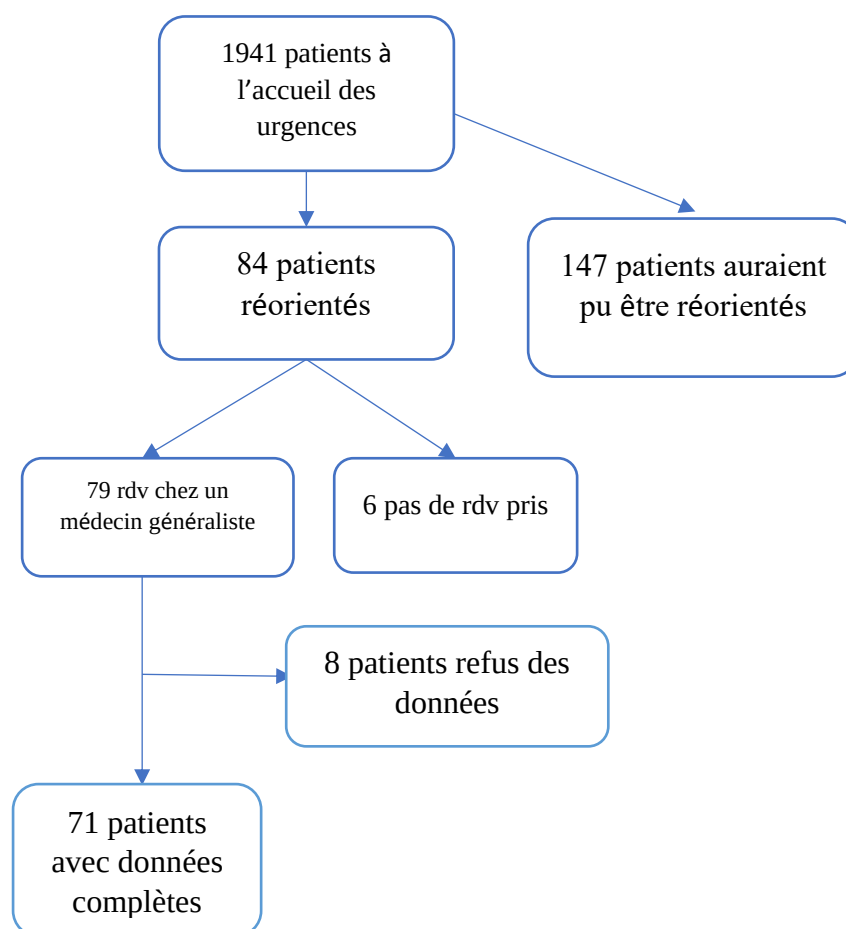


Figure 2 : Nombre et parcours des patients réorientés pendant l'étude

Durant la période d'étude aucun manquement grave au protocole n'a été constaté.

Parallèlement 147 patients ont été identifiés comme pouvant répondre aux critères de réorientation mais n'ont pas été réorientés.

1.1. Age des populations

La population des patients réorientés était composée de 40 femmes soit 48 % et de 44 hommes soit 52 %. La population des patients éligibles à la réorientation mais non réorientée étaient constituée de 55 % d'hommes et 44 % de femmes et n'avaient pas de différences significatives avec la population non réorientée (p value = 0.71). Nos deux groupes étant de ce fait comparables sur ces caractéristiques.

L'âge moyen de la population réorientée était de 40.72 ans avec un écart type de 19.105 et l'âge médian était de 42 ans. L'âge des patients étaient compris entre 12 et 83 ans. Les patients mineurs représentaient 7 % des patients réorientés. L'âge moyen de la population non réorientée était de 32 ans avec un écart type de 20.32 et un étalement entre 2 et 91 ans. L'âge médian était de 36 ans.

1.2. Période de réorientation

Les patients étaient majoritairement réorientés les lundis (21 %) et les mercredis et vendredis (17 %). Les plus faibles nombres de réorientations ont été observés les dimanches avec seulement 4 % des réorientations.

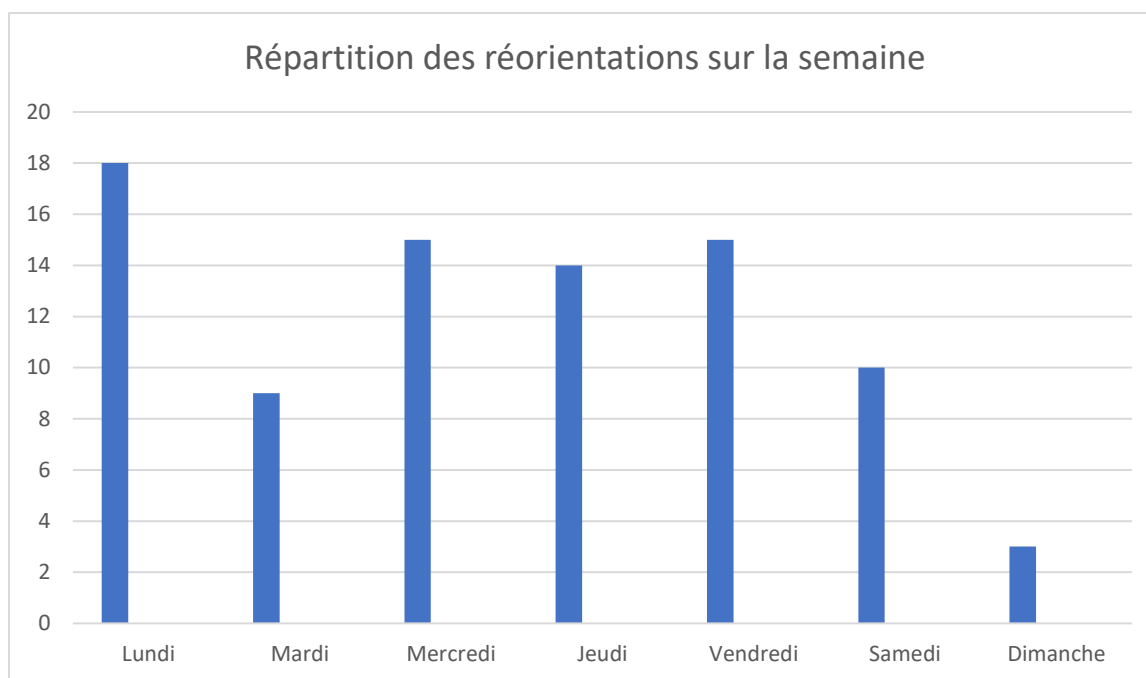


Figure 3 : Nombre de réorientation en fonction des jours sur la période d'étude

Près de la moitié des patients réorientés l'était le matin avec 19 % de réorientation entre 8 h et 10 h et 23 % de réorientation entre 10 h et 12 h. Un deuxième pic de réorientation a été constaté entre 14 h et 16 avec 20 % des réorientations. Nous avons constaté un faible nombre de réorientation au cours de la nuit profonde avec seulement 2 % sur une tranche horaire de 0 h à 8 h.

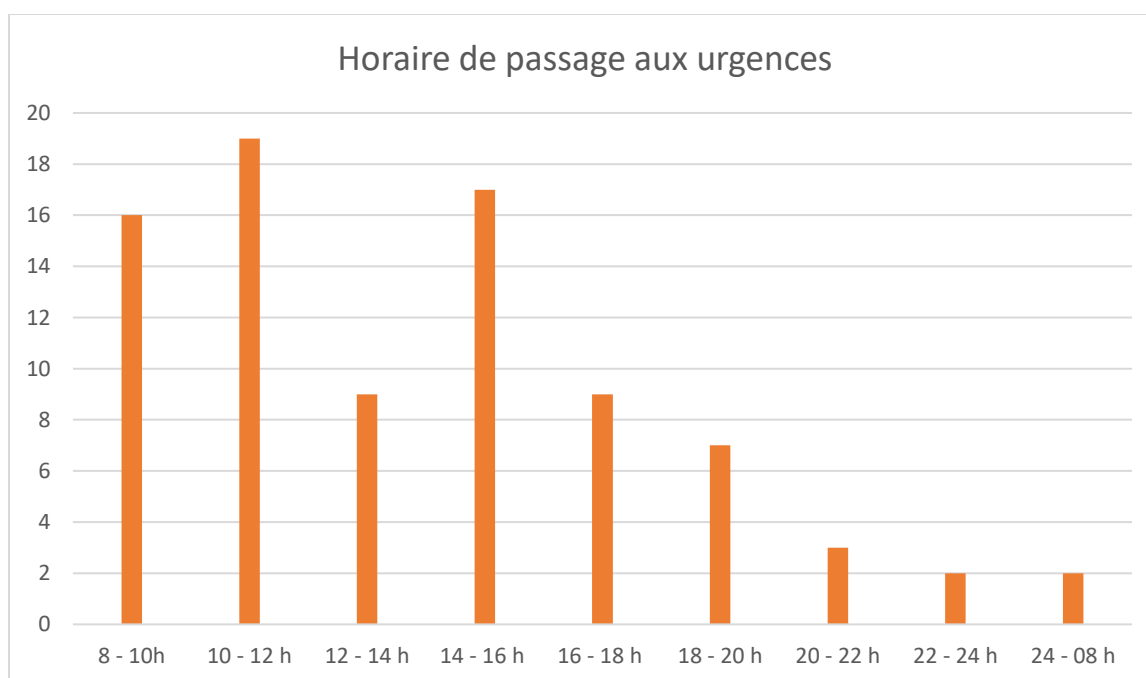


Figure 4 : Nombre de réorientation en fonction des plages horaires

1.3. Distance lieu de vie et de l'hôpital

Concernant le lieu de vie des patients, plus de la moitié habitaient dans un rayon de 10 km autour des urgences (52 %) et seulement 20 % des patients résidaient à une distance supérieure de 40 km. Chez les patients réorientés, une répartition assez homogène des distances par rapport aux urgences a été observée, 22 % des patients résidaient à moins de 5 km des urgences et du CHA. 22 % habitaient entre 5 et 10 km, 9 % entre 10 et 20 km, 14 % entre 20 et 40 km et 16 % à plus de 40 km.

Chez les patients non réorientés les chiffres étaient répartis de manière comparable avec 22 % résidant à moins de 5 km, 36 % entre 5 et 10 km, 18 % entre 10 et 20 km, 16 % entre 20 et 40 km et 8 % à plus de 40 km.

Il n'a pas été observée de différence significative entre ces deux groupes (p value > 0.06).

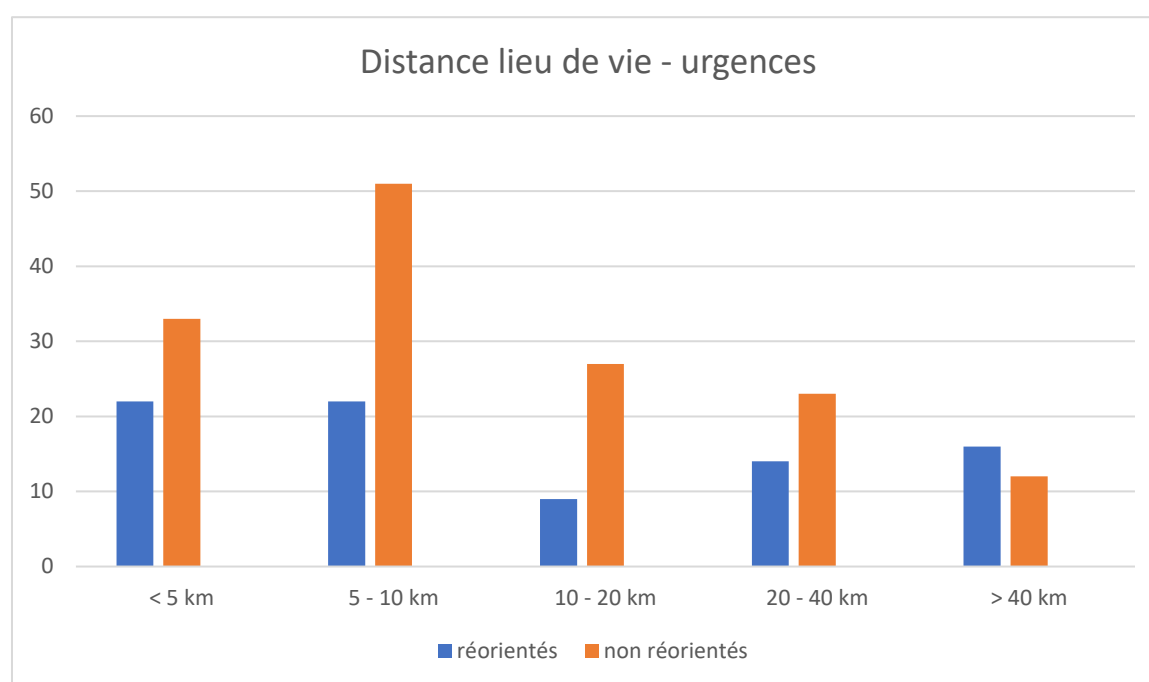


Figure 5 : Distance entre le domicile des patients et le CHA en km

1.4. Catégories sociaux-professionnelles

Les différentes catégories sociales professionnelles comme définies par l'INSEE étaient représentées avec une majorité d'ouvrier (18 %), de retraités (17 %) et d'étudiant ou en personne en formation (17 %). Seuls 9 % des patients ont déclaré être sans emploi.

Catégories socio-professionnelles	Effectif
Ouvrier	15
Retraité	14
Etudiants ou en formation	14
Employé	12
Profession intermédiaire	11
Sans emploi	8
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	6
Cadre et profession intellectuelles supérieures	3
Agriculteur exploitant	1

Tableau 1 : Catégories socio-professionnelles des patients réorientés

1.5. Couverture sociale

Dans la population réorientée, 90 % des patients ont déclaré avoir une couverture sociale active en France au moment de la consultation aux urgences. Seul 1 patient a rapporté n'avoir aucune couverture sociale. 7 patients n'ont pas répondu aux sollicitations, ils ont été classés comme non répondeur après que plusieurs appels téléphoniques effectués à des heures et jours différents soient resté sans réponse. 68 % possédaient la sécurité sociale et une mutuelle complémentaire, 6% la sécurité sociale seule, 16 % étaient des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et 10 % n'étaient pas capable de préciser le type de leur couverture sociale.

1.6. Recours aux médecins traitants

Une majorité de patient soit 64 % des patients réorientés ont un médecin traitant déclaré auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Comparativement 81 % des

patients non réorientés avaient un médecin traitant représentant donc une différence significative (p value = 0.005) par rapport aux patients non réorientés inclus dans notre étude.

Seul 27 % des patients réorientés ont rapporté avoir essayé de contacter leur médecin traitant avant de se présenter aux urgences. Parmi les patients qui avaient accès à un médecin traitant, 47 % ne pouvait pas le voir car il était absent ou injoignable pour diverses raisons et 53 % ne pouvaient pas avoir de rendez-vous suffisamment rapidement.

Les principales raisons avancées pour ne pas avoir contacté le médecin traitant avant de consulter aux urgences étaient :

- Le médecin traitant était absent ou non disponible rapidement pour 38 %,
- Le patient n'avait pas ou plus de médecin traitant pour 28 %,
- Le patient n'était pas dans la région de son médecin pour 12 %,
- Le patient n'y avait pas pensé pour 3 % ;
- 19 % des patients n'ont pas souhaité donner leurs raisons ou n'ont pas répondu.

Environ un tiers des patients (34 %) avait déjà consulté un médecin pour le même problème de santé avant de se rendre aux urgences.

1.7. Motifs de consultations

Nous avons ensuite recueilli les différentes motivations des patients pour consulter aux urgences qu'ils aient ou non un médecin traitant. La plus grande majorité (58 %) a déclaré n'avoir pas la possibilité de consulter un médecin généraliste ou avait un rendez-vous qui leur paraissait trop éloigné. 10 % des patients ont consulté aux urgences pour une prise en charge rapide de leur douleur, 6 % ont consulté sur les recommandations d'un tiers et 6 % ont déclaré n'avoir aucune autre solution. Au total 64 % des patients réorientés au cours de notre étude ont eu recours aux urgences car ils n'avaient aucun autre moyen de consulter un médecin.

Raisons évoquées	Effectifs	Pourcentage
Absence de consultation rapide	48	58 %
Prise en charge de la douleur rapide	10	9 %

Aucune autre solution	5	6 %
Recommandation d'un tiers	5	6 %
Rapidité de la prise en charge	4	5 %
Souhait d'un deuxième avis	2	3 %
NSP	1	< 1 %
Données manquantes	9	10 %

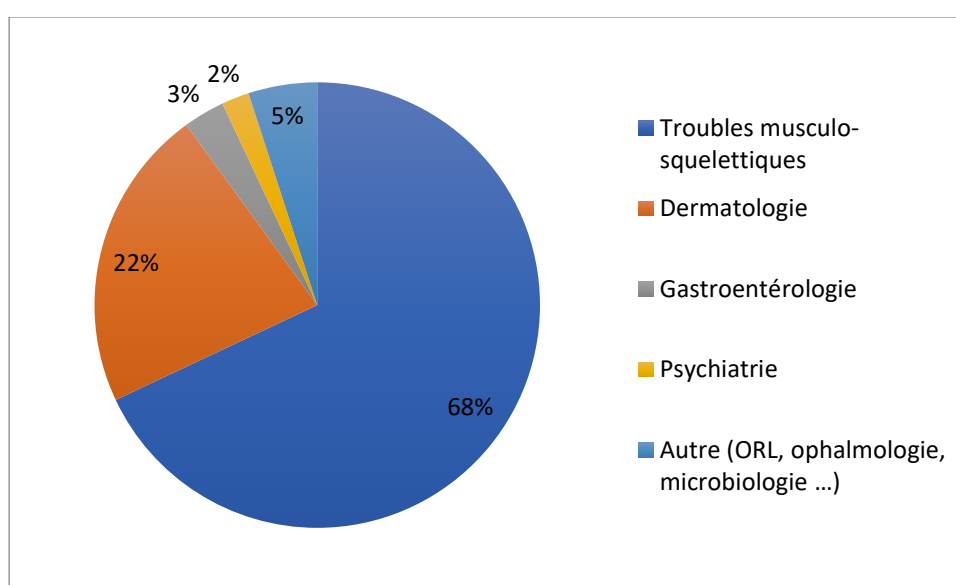
Tableau 2 : Raisons de passage aux urgences

Les motifs de de consultation ayant conduit à une réorientation ont aussi été analysés, il apparait que la majorité des réorientations sont dominées par les plaintes musculo-squelettiques pour 38 % des consultations et la dermatologie à 18 % puis les plaintes ORL à 12 %. On note une nette différence de fréquence entre ces trois motifs principaux et les suivants : à 7 % pour la gastro-entérologie, 5 % pour la psychiatrie et l'urologie et 4 % pour l'ophtalmologie.

Motifs de consultations	Effectifs
Musculo-squelettique	38 %
Dermatologie	18 %
ORL	12 %
Gastro-entérologie	7 %
Psychiatrie	5 %
Urologie	5 %
Ophtalmologie	4 %
Pneumologie	1 %
Microbiologie	1 %
Absence de données	5 %

Tableau 3 : Motifs de consultation ayant conduit à une réorientation

Dans le groupe des patients identifiés comme potentiellement réorientables nous avons retrouvé des similitudes sur les motifs de consultations avec une nette domination des troubles musculo-squelettiques pour 68 %. Ces troubles englobent principalement la petite traumatologie, les lombalgies et les douleurs des membres sans traumatisme. Le deuxième motif de consultation le plus retrouvé est la dermatologie à 22% (lacération mineure, piqures d'insectes et dermabrasions...), suivi de très loin par la gastroentérologie (3 %), la psychiatrie (2 %), l'ORL (2 %), l'ophtalmologie (1 %), la microbiologie et les motifs divers (< 1 %).

Figure 6 : Motifs de consultation aux urgences des patients non réorientés

Nous avons aussi demandé aux patients réorientés quel était le degré d'urgence ressenti à priori avant toute évaluation par rapport au problème de santé qui les conduisait à consulter aux urgences. Ce degré d'urgence ressenti était classé selon 4 niveaux : non urgent, peu urgent, urgence importante et urgence vitale. La majorité des patients soit 59 % ont déclaré que leur motif de consultation était une urgence importante. 30 % ont jugés que leur problème était peu urgent et seulement 2 % ont déclaré avoir ressentie une urgence peu importante. Il est à noter que aucun patient n'a déclaré avoir ressenti une urgence vitale avant de consulter aux urgences.

2. Objectifs secondaires

2.1. Evaluation de la sécurité

Au cours de l'étude, 6 erreurs de réalisation du protocole ont été constatées soit 7 % des réorientations totales, toutes sans gravité ni conséquence. Dans tous les cas, ces erreurs concernaient une absence de prise de rendez-vous dans les 48 h pour les patients. Dans 3 cas le rendez-vous n'a pas été pris par l'IDE à l'accueil des urgences, dans 2 cas le rendez-vous n'a pas été pris parce à la suite du refus du patient et dans 1 cas le patient avait déjà un rendez-vous avec son généraliste dans les 4 jours suivant sa demande de consultation aux urgences. Il est à noter que dans 2 cas la décision finale avait été prise en accord avec le MAO qui avait pris la décision finale de ne pas suivre totalement le protocole établi après une évaluation rapide de la situation.

Aucune erreur majeure n'a été notée, le protocole était respecté et les patients réorientés correspondaient aux critères d'inclusion et ne possédaient pas de critères d'exclusion.

2.2. Evaluation de l'efficacité

Quatre patients ont été adressés par le médecin généraliste aux urgences à la suite d'une consultation, ce qui représente 5 % des réorientations. Les motifs étaient les suivants :

- Réalisation d'un examen d'imagerie rapide pour un patient
- Demande d'un avis chirurgical pour deux patients,
- Prise en charge de brûlures pour un patient.

Un seul patient a consulté un médecin généraliste spontanément dans les 7 jours suivant la consultation de réorientation pour un second avis. Le taux d'efficacité de la réorientation sur notre étude est ainsi de 94 %.

IV. DISCUSSION

1. Résumé des résultats

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'efficacité de la réorientation à l'aide du logiciel Logibec® en calculant un taux de réorientation qui était de 4.39 % alors que le total des passages identifiés comme réorientables était de 12 %. Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives sur les caractéristiques des patients réorientés par rapport au groupe identifié comme réorientables. La majorité des réorientations sont effectuées le matin et les lundis. Plus de la moitié des patients réorientés résidaient à moins de 10 km des urgences et 81 % possédait un emploi ou était actif socialement. 90 % des patients possédaient une couverture sociale active en France au moment de leur consultation aux urgences. Les patients réorientés avaient significativement moins de médecins traitants déclarés que les patients identifiés comme réorientables mais seuls 27 % des patients avaient essayé de contacter leurs médecins avant de consulter aux urgences, principalement car ils pensaient ne pas pouvoir avoir un rendez-vous suffisamment rapide par rapport à l'urgence ressentie. La majorité des patients des deux groupes consultaient pour un motif concernant des troubles musculo-squelettiques.

Notre étude a permis de définir que la réorientation selon le protocole Logibec® était sûre car elle n'a pas mise en évidence d'erreur majeure du protocole et efficace car seul 5 % des patients réorientés ont été réadressés aux urgences et un seul est revenu spontanément.

2. Intérêt de l'étude

Plusieurs travaux dans le monde ont maintenant étudié la réorientation et les procédures qui l'encadrent. Nous avons pour notre part pu analyser et étudier la population, les motifs de recours, le bon déroulé et la sécurité de la procédure de réorientation pratiquées aux urgences d'Angoulême. Notre étude est la seule étude française à ce jour ayant étudié l'utilisation du logiciel Logibec® dans une procédure de réorientation des patients.

Dans notre étude nous avons observé un taux de réorientation de 4.39 %, qui aurait pu être augmenté à 12 % si tous les patients identifiés comme réorientable l'avaient été. Ce chiffre

rejoint une étude nationale française publiée dans le BMJ en octobre 2019 estimant que les recours injustifiés aux services d'urgences représentaient 13 % des passages totaux (21).

La cohorte de patients réorientés était composée majoritairement d'homme à 52 % mais sans différence significative. L'âge moyen était de 40.72 ans, supérieur aux âges moyens retrouvés dans deux précédentes études, 34.1 ans en 2020 à Agen (28) et 36.3 ans en 2009 à l'hôpital de la conception à Marseille (29). Cette différence s'explique par un âge moyen en Charente supérieur à la moyenne nationale montrant une population plus âgée et qui possède plus de besoin en termes de ressources de santé. Pour autant nous pouvons dire que notre population cible est jeune, insérée dans la vie, avec un travail qui utilisent le système de système de santé pour consulter à leur convenance.

La sécurité a bien été assurée au cours de l'étude avec seulement 7 % d'erreurs notées dans le protocole et aucune sans retentissement sur la prise en charge du patient.

3. Limites

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, descriptive et monocentrique. Ce type d'étude a par sa nature des faiblesses. Etant observationnelle, elle ne permet pas d'évaluer l'impact de la réorientation sur des mesures classiques de qualité du flux aux urgences. Pour cela, il sera nécessaire de réaliser une étude interventionnelle pour comparer deux systèmes opposés, l'un avec et l'autre sans réorientation.

La courte durée du recueil entraîne de facto un faible nombre de patient dans le groupe réorienté. Cela a pu influencer sur nos résultats en ne permettant pas de mettre en évidence des différences significatives entre les deux groupes. Néanmoins nos résultats semblent superposables aux différentes études sur le sujet.

Différentes méthodes de recueil ont aussi été utilisées en fonction de l'heure de passage des patients. Ceux réorientés entre 8 et 20 h étaient systématiquement interrogés par l'observateur et leurs données ont été enregistrées directement. Les patients venus pendant la nuit étaient systématiquement rappelés à plusieurs reprises en cas de non-réponse aux premiers appels. Malgré ces précautions environ 20 % de l'effectif n'a jamais répondu aux sollicitations de l'observateur.

La présence de l'observateur a aussi pu influencer sur les pratiques des IOA motivant la réalisation des réorientations et une meilleure application du protocole.

Le fait de recueillir les données avec seul investigateur permet de limiter le risque d'un biais de recueil. En revanche, le caractère rétrospectif du recueil téléphonique, pour les patients passé la nuit, entraîne un biais d'interprétation et de mémorisation mais qui reste limité étant donné la période courte du recueil de donnée.

Le design même de l'étude est à même d'entraîner un biais de reconnaissance lors des entretiens avec les patients. En effet ces derniers sont tentés de surévaluer leurs plaintes dans une envie de paraître plus légitime face aux professionnels de santé.

Il existe aussi un biais d'attribution lorsque du recueil des motivations de consultations aux urgences. Les patients peuvent se sentir obligé de se justifier et donner une raison différente pour coller aux attentes de l'observateur.

Enfin un biais déclaratif est toujours possible étant donné le mode de recueil de données.

Le biais de sélection a aussi pu exister dans notre étude étant donné que celle-ci est monocentrique et que tous les patients inclus ont été recrutés sur le centre hospitalier d'Angoulême. Une même étude menée sur d'autres centres pourrait permettre de vérifier la reproductibilité des résultats.

Un biais de classement est possible également lors du découpage en groupes des patients autoréférés selon leur justification de la venue aux urgences.

4. Caractéristiques des patients autoréférés

4.1. Profil des patients

Nous avons montré dans notre étude une absence de différences significatives entre les deux groupes de patients réorientés et non réorientés sur les caractéristiques sur l'âge et le sexe. Le patient type réorienté est un homme jeune de 40 ans, possédant une couverture sociale complète, un médecin traitant et un emploi consultant plutôt un lundi pour un trouble musculo-squelettique.

Ces résultats sont superposables à ceux décrits dans plusieurs études sur ce sujet (30–32). Dans un précédent travail qui avait analysé le profil type des patients autoréférés aux urgences

du CH d'Angoulême en 2012, l'âge moyen des consultants était de 37 ans et 60% étaient des hommes (16).

La majorité des réorientations est effectuée les lundis, nous pouvons lier cette augmentation à l'absence de créneaux disponibles pour les réorientations effectuées le dimanche et le samedi après-midi ce qui peut conduire à un report des procédures au lundi. La précédente étude similaire à la nôtre avait-elle montré un pic d'activité en fin de semaine (16). Une des hypothèses qui pourrait expliquer ce pic des réorientations les lundis est qu'étant le premier jour de la semaine et succédant à un jour où les cabinets médicaux sont fermés les médecins sont moins disponibles et ont moins de possibilités pour gérer les consultations d'urgences de leurs patients.

4.2. Recours aux médecins généralistes

Comme dans les autres études très peu de patients avaient essayé de contacter leur médecin traitant avant leur passage aux urgences (27 %) (30–32). Les raisons avancées sont très souvent qu'ils n'y ont pas pensé car il pensaient que leur motifs de recours ne pouvaient pas être pris en charge par leur médecin généraliste ou ils pensent qu'ils ne peuvent pas attendre une consultation qui ne sera pas forcément le jour même.

34 % des patients de notre étude avaient déjà consulté un médecin généraliste pour les mêmes symptômes dans les jours précédents avant de venir aux urgences. Ces patients consultaient car ils n'étaient pas satisfaits et ou inquiet face à l'évolution de leurs symptômes.

Nous pouvons nous poser la question de l'accessibilité aux médecins généralistes avec notre étude. En effet seuls 64 % des patients dans le groupe réorientés et 81 % dans le groupe qui auraient pu bénéficier de la réorientation ont déclaré avoir un médecin traitant. Cette situation peut en partie expliquer l'augmentation du nombre de recours aux urgences. Ce résultat est fortement en désaccord avec la précédente étude réalisée sur la même population en 2012 qui montraient que seuls 7 % des patients autoréférés aux urgences d'Angoulême ne possédaient pas de médecin traitant (16). Cette augmentation du nombre de patient sans médecin traitant s'explique, comme nous l'avons vu en introduction, par la forte diminution du nombre de médecins et notamment généraliste sur le territoire de la Charente depuis 2009. Ainsi la réorientation permet de palier ponctuellement à l'absence de médecin traitant. Une étude devrait être lancée afin de suivre le parcours des patients sans médecin traitant et de voir s'ils

arrivent à retrouver un médecin traitant au décours du passage. Un des critères de suivi du forfait urgences est d'évaluer l'utilisation des patients de la réorientation de de savoir s'ils consultent plusieurs fois afin avoir un rendez-vous de médecine générale. (Cf forfait réorientation)

4.3. Acceptation de la réorientation

Une étude réalisée dans un autre centre périphérique de la région avait évalué le taux d'acceptation de la réorientation à 79 % (28). Dans notre étude le taux d'acceptation était de 89 %. Une des raisons qui pourrait expliquer cette différence est l'utilisation du logiciel Logibec® qui permet de proposer spécifiquement aux patients une consultation avec un médecin dans les 36 h. Comme nous l'avons montré dans notre étude les patients se présentant à l'accueil des urgences le font à 58 % car ils n'ont pas la possibilité de consulter un médecin généraliste dans un délai qui leur semble suffisant. Ce chiffre est en augmentation par rapport à la même étude qui montrait un taux de 46 % en 2020 (28). Une étude similaire réalisée à Marseille en 2009 avançait un taux de 22.3 % de consultation aux urgences pour des difficultés de rendez-vous en ville (29). De ce fait on peut raisonnablement penser qu'une augmentation de la démographie médicale en ville diminuerait de manière significative le nombre de recours aux urgences.

4.4. Motifs de consultations

En analysant les motifs de consultation de ces patients non réorienté, nous remarquons que 68 % ont consulté pour des troubles musculo-squelettique mineurs très largement liés à de la petite traumatologie du jour ou de la veille. Vient alors la question de pourquoi tous ces patients possédant les critères de réorientation n'ont pas été inclus dans le protocole à leur arrivée aux urgences. Premièrement, à la suite d'échange avec le personnel médical, et para médical il ressort qu'il est décidé de ne pas enclencher de procédure de réorientation au vu des moyens techniques et humains limités en ville. En effet l'expérience a montré que ce type de patient est très souvent réadressé aux services des urgences suites à une consultation de médecine générale pour la réalisation d'examens complémentaires dont les délais en ville sont souvent trop éloignés. Deuxièmement, pour le cas des plaies et dermabrasions simples les médecins généralistes refusent de plus en plus de réaliser ces gestes au cabinet. Une autre

raison évoquée pour la non-réorientation est l'heure de la consultation, lorsqu'elle se déroule en dehors des heures ouvrables les équipes ont plus tendances à ne pas réorienter les gens pour leur éviter une trop longue attente. Nous pouvons en revanche nuancer en notant une évolution, un précédent travail de 2012 avait montré que les patients avec un motif somatique avaient significativement plus de chance d'être réorienté que ceux présentant un motif traumatologique (16).

Un précédent travail d'évaluation réalisé au CH d'Angoulême a permis d'évaluer la sécurité et la satisfaction des patients réorientés montrant un taux de retour aux urgences dans les 48 heures de 2.2 % sans complications sévères et 71.9 % de patients satisfaits (28). Des statistiques comparables avaient été observées au Canada avec moins de 3 % de retour aux urgences dans les 48 h. Il avait été aussi constaté une diminution de 10 % des consultations aux urgences (33).

5. La réorientation, une solution idéale ?

Comme nous l'avons montré dans notre étude la réorientation apparait comme un moyen efficace et sûr pour diminuer les passages aux urgences et remettre les patients dans des parcours de soins adaptés pour 5 % des passages totaux. Ces chiffres pourraient être augmentés pour arriver à environ 10 % de tous les passages, chiffres superposables avec différentes études si tous les patients identifiés comme réorientables l'étaient effectivement.

Mais alors pourquoi cette activité n'est pas pratiquée par tous les services d'urgences de France et du monde ?

5.1. Limites économiques

Le financement de la réorientation est un premier écueil. En effet les urgences sont financées par un forfait en fonction de leur activité et du nombre de patients qui les fréquentent chaque année. Utiliser la réorientation de manière intensive entrainerait donc une diminution des budgets pour les structures et donc à terme une limitation des moyens humains et techniques (34).

Le forfait de réorientation a été imaginé afin de permettre aux urgences de garder un financement tout en les incitant à expérimenter la réorientation. Il permet de valoriser l'accueil et l'orientation des patients pour un montant de 60 €.

Ce forfait pose quand même plusieurs questions.

Tout d'abord ce n'est pour l'instant qu'une expérimentation qui doit durer deux ans, il n'existe pas de garantie qu'à l'issue du temps d'expérimentation un autre système de compensation financière sera mis en place.

Cette expérimentation a reçu un accueil plutôt mitigé de la part des médecins généralistes libéraux.

Une consultation de médecine générale étant valorisée à 25 €, on peut se questionner sur la différence de rémunération, la non-consultation étant moins rémunératrice que la consultation en elle-même. De plus du point de vue de la CPAM une seule consultation coûte à la collectivité au minimum 85 €, chiffre qui peut encore augmenter si le patient est réadressé dans le service des urgences à la suite de la consultation avec le médecin généraliste.

5.2. Limites techniques

Notre étude montre à priori un fort taux de patients réorientables ce qui pourrait permettre de diminuer le flux des patients aux urgences. Néanmoins ces chiffres sont à nuancer pour diverses raisons que nous allons développer.

Pour effectuer une réorientation il faut des créneaux de consultations disponibles. Comme nous l'avons vu la démographie médicale en Charente et en France étant sur une pente descendante, il y a un risque d'arriver rapidement à une saturation des créneaux de consultation et donc à l'impossibilité de réorienter. Un médecin généraliste en France travaille en moyenne 55 heures par semaines en France (35) et demander un effort supplémentaire pourrait être mal perçu.

Dans notre étude 12 % des passages totaux ont été jugés comme éligibles à la réorientation, or la majorité des patients non réorientés consultaient pour des motifs traumatologiques et n'étaient pas réorientés car il n'existe pas de structure adaptée à la prise en charge de ces patients permettant la réalisation d'examens complémentaires rapide et mettant à disposition du matériel pour la réalisation des actes techniques (sutures, plâtres...). Une idée serait la

création de nouvelles structures comme les centres médicaux de soins immédiats afin d' étoffer l' offre de soins extrahospitalière.

Il existe aussi un risque que le rendez-vous proposé aux patients ne soit pas le bon rendez-vous, c'est-à-dire que le patient peut avoir des obligations et des impondérables qui l' ont conduit à consulter aux urgences plutôt que dans un cabinet avec des rendez-vous non adaptés. Ces contraintes pourraient entraîner un fort taux de rendez-vous non honorés privant ainsi d' autres patients de consultation avec un médecin généraliste et entraînant de nouvelles consultations aux urgences qui aurait pu être limitée. Notre étude n' a pas évalué le taux de rendez-vous non honorés, il serait intéressant d' effectuer un nouveau travail pour comparer ces chiffres à ceux d' autres centres et voir si l' utilisation du logiciel Logibec[®] permet d' éviter cet écueil. Une solution serait d' évaluer l' efficacité de la réorientation en prenant en compte le taux de rendez-vous non honorés plutôt que simplement le taux de réorientation fixe et valoriser les services d' urgences travaillant plus efficacement.

Enfin une dernière difficulté est apparue au cours de la période d' inclusion, la réorientation est perçue comme chronophage par les équipes para médicales et ralentissant de fait la gestion des flux et entraîne une certaine réticence quant à son utilisation. En vue de la généralisation de telle procédure il conviendrait de veiller à une formation et une information suffisante des personnels amenés à les utiliser. Cette procédure reste du fait de sa nature opérateur dépendant même si l' utilisation de l' algorithme du logiciel logibec[®] tend à minimiser ce problème.

V. CONCLUSION

Le début de l'expérience de la réorientation lancée par le ministre de la Santé Olivier Véran fait apparaître la réorientation comme un sujet d'autant plus d'actualité et comme un des moyens pouvant permettre une diminution et une meilleure régulation du flux des patients auto-référés aux urgences tout en permettant un accès aux soins des populations.

La réorientation est pratiquée au service d'accueil des urgences d'Angoulême depuis plus de 20 ans en lien étroit avec les médecins généralistes de Charente. L'utilisation du logiciel Logibec® a été mise en place en juillet 2020 dans l'optique d'améliorer l'offre de soins pour les patients du bassin Charentais.

Notre étude tend à montrer que la réorientation grâce à l'utilisation de l'outil Logibec® apparaît comme un moyen efficace, bien accepté par les patients et sûr de rediriger les patients vers la médecine de ville. Un autre travail réalisé sur une cohorte plus importante de patient et dans un autre lieu pourrait être utile afin de vérifier ces résultats.

Plusieurs freins économiques et techniques limitent la faisabilité de la réorientation et permettent de penser que cette solution seule, en l'état actuel, ne permettra pas de diminuer de manière significative l'afflux des patients aux urgences.

Si ces expériences sont amenées à se généraliser dans le pays il conviendra de rester vigilant afin de s'assurer de l'absence de renoncement aux soins.

Références bibliographiques

1. Les généralistes réalisent en moyenne 22 consultations par jour. Le Généraliste. 15 mars 2019;
2. Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine- La Charente à grands traits - n°22 [Internet]. 2016 [cité 5 septembre 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908454#encadre1>.
3. Insee Analyses. Dossier complet – Département de la Charente (16) | Insee [Internet]. 2021 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-16#tableau-POP_G2.
4. Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2021.
5. CDOM de la Charente. Démographie médicale en Charente. 2021.
6. Panorama des ORU, activités des structures d'urgence 2019 [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2021/01/PANORAMA_FEDORU_2019_VF_compressed.pdf
7. DREES. Les établissements de santé - édition 2020 - [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidaritesante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2020>.
8. Activité des structures d'urgence 2019, panorama de la région Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://www.oruna.fr/system/files/public/2020_07_02_PANORAMA_WEB_compressed.pdf
9. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emerg Med*. 2009;16:1-10.
10. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006;184:213-6.
11. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australia emergency departments. *Med J Aust* 2006;184:208-12.
12. Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983.
13. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, McCreath H, Asch SM. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. 2013 Jun;61(6).
14. Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec. :128.

15. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann Fr Med Urgence*. juill 2019;9(4):229-34.
16. Lisa Bouniort. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. [Internet]. Poitiers; 2012. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/21f90be8-23f1-472f-8a34-5cdfa5c4eb2f>
17. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf>
18. Les urgences moins sollicitées inutilement qu'on ne le pense, révèle une étude [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/urgences/les-urgences-moins-sollicitees-inutilement-quon-ne-le-pense-revele-une-etude>
19. République Française, Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence, *Journal Officiel*, n°0002, texte 15, du 03 janvier 2020.
20. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.
21. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, Khoury CE, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf*. 1 juin 2020;29(6):449-64.
22. Rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 685 (2016-2017) - 26 juillet 2017.
23. Manos D, Petrie DA, Beveridge RC, Walter S, Ducharme J. Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. *CJEM*. janv 2002;4(1):16-22.
24. Logibec | Logibec Réorientation [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.logibec.com/fr/nos-solutions/logibec-reorientation>
25. Desmettre T, Baron AF, Capellier G, Tazarourte K. L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions. *Réanimation*. 2013 Nov;22(6):610–5. [Consulté le 9 Dec 2019]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1311-Reanimation-vol22-N6-p610_p615.pdf.
26. Loïc Rochefeuille. Opinion de 10 médecins généralistes charentais participants au déploiement du projet de réorientation mis en place au Centre Hospitalier d'Angoulême via le logiciel Logibec Réorientation® : Étude Qualitative. [Internet]. Poitiers; 2021. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/cd123216-aad0-4bb0-bd12-ea04aa9d1732>
27. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le

domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>

28. Vaillant J. Acceptation et limites de la réorientation des patients « non urgents » se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale. :59.

29. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. [Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department?]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. févr 2009;57(1):3-9.

30. C. Sagnès-Raffy. Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. Collaboration avec l'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées (O.R.U.M.I.P.) et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). RECTO VERSO. N° 6, 2004/11, pages 2p.

31. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-dune-enquete-0>

32. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres-0>

33. Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_reorientation.pdf

34. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html

35. Les médecins généralistes libéraux travaillent au moins 50 heures par semaine [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine>

Annexe 1 : Classification Clinique des Malades aux Urgences

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

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

CCMU 3 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel susceptibles de s'aggraver aux urgences, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU1 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique

Annexe 2 : Illustration de la procédure de réorientation sur le logiciel Logibec Réorientation ®

LOGIBEC RÉORIENTATION

Réorientation, Administrateur

Tableau de bord Critères Administration Rendez-vous

Critères universels d'exclusion

Si l'une des situations suivantes s'applique au patient, il doit rester à l'urgence.

- ❌ Problème de santé mentale aigu
- ❌ ATCD de maladie chronique sévère (p. ex. : MPOC) lié à la raison de consultation
- ❌ Patient sous dialyse
- ❌ Toute douleur thoracique
- ❌ Patient avec néoplasie active
- ❌ ATCD de transplantation
- ❌ Procédure intra-hospitalière récente liée à la plainte
- ❌ Référence médicale pour consultation à l'urgence (< 48h)
- ❌ Refus du patient d'être orienté vers une autre ressource
- ❌ Incapacité physique ou mentale du patient ou de sa famille de se déplacer vers une autre ressource
- ❌ Toute situation clinique jugée à risque selon le jugement de l'infirmière
- ❌ **Si pertinent** : Présence de signes d'un état clinique instable ou de signes vitaux instables : [Afficher les signes vitaux instables](#)

Ces critères globaux d'exclusion ne s'appliquent pas au patient? [→ Continuer](#)

LOGIBEC RÉORIENTATION

Réorientation, Administrateur

Tableau de bord Critères Administration Rendez-vous

Plainte sélectionnée • Lombalgie

Lombalgie

Contre-indications spécifiques à une réorientation :

Si l'une des situations suivantes s'applique au patient, il doit rester à l'urgence.

- ❌ Trauma significatif
- ❌ Altération des signes neurovasculaires des membres inférieurs
- ❌ Incontinence urinaire ou fécale
- ❌ Fièvre
- ❌ Douleur abdominale associée
- ❌ Perte de poids significative
- ❌ Utilisateur de drogue par intraveineuse
- ❌ Patient avec néoplasie active
- ❌ Grossesse

Votre patient ne fait pas partie de ces critères d'exclusion? [→ Prendre un rendez-vous](#)

Tableau de bord

Cliniques

Administration

Rendez-vous

Horaires de toutes les cliniques

Prise de rendez-vous dans une clinique pour un patient éligible

Planète interactive

Secteur Hospital A

Secteur Hospital B

Secteur Hospital C

Secteur Hospital Y

Secteur Hospital Z

CLINIQUE DISPONIBLES

Date actuelle: Le mardi 12 mars 2019

Aide sur les statuts

Cartes des cliniques

Heure	Clinique 1	Clinique 2
07:00	✗	✗
07:30	✗	✗
08:00	✓ 10407100	✗
08:30	✗	🚗 79664600
09:00	✓ 92901700	✓ 48169711
09:30	✗	✗
10:00	✓ 94682000	+
10:30	✗	✗
11:00	🕒 25341911	+
11:30	✗	✗

GUIDE DES STATUTS ET COULEURS

Description du statut	icône et couleur
Clinique fermée ou plage horaire non disponible	✗
Plage horaire bloquée: Pathologie exclue	⊘
Plage horaire disponible	+
Patient en route vers la clinique	🚗 12345678
Patient ne s'est pas présenté à la clinique	🚗 12345678
Patient arrivé à la clinique, en attente du médecin	🕒 12345678
Patient a quitté la clinique sans être vu	🕒 12345678
Patient vu par un médecin à la clinique	✓ 12345678
Patient retourné à l'hôpital (à prioriser au triage)	🚑 12345678

Changement de statut

Patient sélectionné

58438210

Statut précédent

Le mardi 12 mars 2019 à 10h00

Annuler

Le patient ne peut pas être priorisé

Changer le statut du patient

Après pour le vendredi 15 août 2019

🔍

🔍

🔍

Heure	Clinique Saint Laurent
07:00	✗
07:30	✗
08:00	🚗 12345678
08:30	✗
09:00	🚗 12345678
09:30	✗
10:00	✗
10:30	✗
11:00	🚗 12345678
11:30	✗
12:00	✗
12:30	✗
13:00	🚗 12345678
13:30	✗
14:00	+
14:30	+
15:00	+
15:30	✗
16:00	+
16:30	✗
17:00	🚗 12345678
17:30	✗
18:00	✗
18:30	🚗 12345678
19:00	✗
19:30	✗
20:00	✗
20:30	✗
21:00	✗

État de la journée

15 plages ouvertes prévues normalement

0 ouverture ponctuelle

4 fermetures ponctuelles

4 plages actuellement ouvertes

Actions rapides

🔍 Trouver et modifier son statut

🔍 Modifier le jour de la semaine

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

45

Logibec Réorientation



Réorientation vers une clinique médicale avec rendez-vous

Madame, Monsieur,

Vous vous êtes présenté à l'urgence d'un hôpital de notre CIUSSS pour une condition clinique qui a été évaluée non urgente par l'infirmière. Votre problème de santé ne demande pas une prise en charge médicale immédiate. Pour éviter d'attendre à l'urgence, l'infirmière a proposé de vous réorienter vers une clinique médicale avec rendez-vous. Vous avez accepté la recommandation de l'infirmière.

Avant de quitter avec les instructions pour votre rendez-vous, l'infirmière vous a informé :

- des signes cliniques à surveiller en rapport avec votre condition clinique
- des mesures à prendre si votre état semble se détériorer soit :
 - appeler INFO-SANTÉ (811) pour connaître les actions appropriées
 - revenir à l'urgence pour être réévalué.

**** Important **** : Il ne s'agit pas d'un diagnostic. Il est donc important de consulter un médecin.

Un rendez-vous a été enregistré pour vous au :

Clinique Forcemedic (J-T)

1021, rue Jean-Talon Est

Tél: 514-787-1818

Le : **lundi 21 janvier 2019**

À : **08:00**

Numéro de référence : **6814912**

Condition clinique : **Lombalgie**



Il est fortement suggéré de vous présenter 30 minutes avant l'heure de votre rendez-vous. Certains délais peuvent se produire, mais ne dépasseront pas 1 heure après l'heure prévue de votre rendez-vous.

Si vous ne pouvez vous présenter au rendez-vous, communiquez le plus tôt possible avec la clinique pour annuler votre rendez-vous. Il sera attribué à une autre personne.

****Une facturation est possible s'il y a absence de carte d'assurance maladie ou expiration.****

Résumé

Objectif de l'étude : Analyser et évaluer la procédure de réorientation des patients auto-référés aux urgences de l'hôpital d'Angoulême selon le logiciel Logibec® et s'assurer de la sécurité et de l'efficacité de ce protocole.

Méthodologie : Etude prospective, observationnelle, descriptive, monocentrique au service d'accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier d'Angoulême situé dans le département de la Charente en Nouvelle Aquitaine entre le 31/05/2021 et le 13/06/2021 permettant la comparaison d'un groupe de patient effectivement réorienté et un groupe de patient identifié comme réorientable à postériori par un groupe d'urgentiste expert.

Résultats : Observation d'un taux de réorientation de 4.39 % qui pourrait être augmenté à 12 % si tous les patients identifiés comme réorientables l'avaient été. Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives sur les caractéristiques des patients réorientés par rapport au groupe identifié comme réorientables. 90 % des patients possédaient une couverture sociale active en France au moment de leur consultation aux urgences. Les patients réorientés avaient significativement moins de médecins traitants déclarés que les patients identifiés comme réorientables ($p = 0.005$) mais seuls 27 % des patients avaient essayé de contacter leurs médecins avant de consulter aux urgences, principalement car ils pensaient ne pas pouvoir avoir un rendez-vous suffisamment rapide par rapport à l'urgence ressentie. La majorité des patients des deux groupes consultaient pour un motif concernant des troubles musculo-squelettiques.

Notre étude a permis de définir que la réorientation selon le protocole Logibec® était sûre car elle n'a pas mise en évidence d'erreur majeure du protocole et efficace car seul 5 % des patients réorientés ont été réadressés aux urgences et un seul est revenu spontanément.

Conclusions : La réorientation à l'aide du logiciel Logibec® apparait comme un moyen sûr et efficace de réorienter les patients vers la médecine de ville mais ne permettra pas à elle seule de diminuer de manière significative les afflux de patients aux urgences du fait principalement des limites techniques et financières des structures d'accueil des patients en ville.

Mots-clefs : Urgences, réorientation, auto-référés, Logibec®, Médecine générale



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

