

Année 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 24 juin 2021 à Poitiers
par Aurore Chaigneau

Peut-on réorienter des patients se présentant spontanément à l'accueil des urgences de Châtelleraut vers la médecine de ville ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : - Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

- Madame le Professeur Valérie VICTOR CHAPLET

- Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR

Année 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 24 juin 2021 à Poitiers
par Aurore Chaigneau

Peut-on réorienter des patients se présentant spontanément à l'accueil des urgences de Châtelleraut vers la médecine de ville ?

COMPOSITION DU JURY

Président : *Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ*

Membres : - *Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT*
- *Madame le Professeur Valérie VICTOR CHAPLET*
- *Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR*

Directeur de thèse : *Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR*

Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- 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
- DAHYOT-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
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- 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
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- 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 détachement**)
- 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
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT 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
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- 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
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- 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

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- 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
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier Mimos, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être le président de cette thèse.

A Madame le Professeur Valérie Victor-Chaplet et à Monsieur le Professeur Pierrick Archambault de participer à cette thèse en tant que membres du jury.

A Monsieur le Docteur Jean-Yves Lardeur, merci pour ta pédagogie durant mon stage aux urgences de Châtellerauld, et surtout de m'avoir fait confiance et suivie et soutenue dans ce travail de thèse

A toute l'équipe des urgences de Châtellerauld, avec laquelle j'ai passé 6 mois de stage riche en apprentissage et en bonne ambiance, merci à eux d'avoir participé à l'élaboration de cette étude.

A maman, merci pour ton soutien permanent, dans les bons comme les mauvais moments et d'avoir été présente dans les périodes de doutes,

A mon frérot, qui, malgré la distance, a toujours veillé sur sa petite sœur,

A tous mes proches et amis, merci de m'avoir épaulé lors des périodes compliquées et de m'avoir changé les idées lorsqu'il le fallait,

Et à mon Doudou, mon Mari, mon tout, merci d'avoir partagé mon internat, de m'avoir suivie lors des changements de stage, d'avoir supporté mes absences et mon stress, de m'avoir portée durant les épreuves, de m'avoir soutenu dans mon travail jusqu'à ce jour, c'est grâce à toi que ce long travail s'achève, et que commence une nouvelle page à trois .

Liste des abréviations

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

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

GHNV : Groupe Hospitalier Nord Vienne

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

DDN : Date De Naissance

MT : Médecin traitant

RDV : Rendez-vous

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

AM : Après-Midi

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

RAD : Retour à Domicile

PEC : Prise en Charge

MDG : Médecin De Garde

USIC : Unité de Soins Intensif de Cardiologie

SOMMAIRE

<u>Remerciements</u>	1
<u>Liste des abréviations</u>	2
<u>Sommaire</u>	3
<u>I – INTRODUCTION</u>	6
I.1. Contexte	6
I.2. Situation aux urgences de Châtellerault	7
I.3. Objectifs de l'étude	8
<u>II – MATERIEL et METHODES</u>	9
II.1. Description	9
II.2. Critères d'inclusion	9
II.3. Critères d'exclusion	10
II.4. Cadre légal	12
II.5. Recueil de données	13
II.5a. Support de récupération des données	13
II.5b. Recueil de données rétrospectives	16
<u>III – RESULTATS</u>	17
III.1. Diagramme de flux	17

III.2. Comparaison entre réorientations possibles et réellement effectuées.....	18
III.2.a Caractéristiques des patients.....	18
III.2.b. Dates et heures de passage.....	19
III.2.c. Motifs de réorientation.....	21
III.3. Fiches de réorientation recueillies.....	23
III.3.a. Réorientation.....	23
III.3.b. Suivi des patients.....	25
<u>IV – DISCUSSION</u>	27
IV.1. Critères de jugement.....	27
IV.2. Intérêts de l'étude.....	28
IV.3. Limites et biais.....	29
IV.4. Comparaison avec les données de la littérature.....	31
IV.5. Solutions proposées.....	32
<u>V – CONCLUSION</u>	34
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	35
<u>ANNEXES</u>	39
ANNEXE I : Classification CCMU.....	39
ANNEXE II : Classification CIMU.....	39

ANNEXE III : Algorithme de réorientation pour IAO.....	40
ANNEXE IV : Algorithme de réorientation selon symptôme.....	41
ANNEXE V : Fiche de réorientation.....	47
 <u>RESUME – MOTS-CLES</u>.....	48
 <u>SERMENT</u>.....	49

I – INTRODUCTION

I.1. Contexte

Malgré les mesures entreprises depuis les années 1990 dans le domaine de la sécurité des prises en charge, de la médicalisation des urgences, des investissements immobiliers ou de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, l'affluence dans les services d'urgence pour des soins non urgents est croissante alors que la proportion d'urgences graves reste stable [1].

La DREES met en évidence la croissance inexorable de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux urgences, année après année, depuis 1996, à l'exception de 2010 [2]. En 20 ans, ce nombre a été multiplié par deux (10,1 millions de passages en 1996) en France métropolitaine.

Même si ce n'est pas le seul facteur d'encombrement des urgences, l'admission de patients de faible gravité, pouvant être gérés en ambulatoire, peut avoir un impact négatif sur le flux de patients en détournant les ressources médico-soignantes nécessaires ailleurs [3][4][5]. Ces patients de faible gravité sont plus susceptibles de quitter les urgences sans être examinés et de renoncer aux soins [6]. Enfin, d'un point de vue médico-économique, une admission de ces patients aux urgences est plus coûteuse qu'une consultation de médecin générale [7].

La réorientation des patients non urgents vers la médecine de ville pourrait être une alternative et améliorer considérablement leur parcours de soins.

Une étude a été réalisée en 2014 à Anson en Caroline du Nord [8] pour tester la réorientation des patients non urgents vers la médecine générale en zone rurale. Elle a montré une amélioration de la relation entre les urgences et les maisons de

santé, et a aidé le patient à se responsabiliser et à déterminer la vraie urgence. La limite reste la standardisation du modèle de ré adressage pour ne pas passer à côté de réelles urgences.

I.2. Situation aux urgences de Châtelleraut

L'intercommunalité Châtelleraudaise rassemble 47 communes et compte près de 84 500 habitants. [9] Le nombre de passages aux urgences de Châtelleraut a augmenté de 4% entre 2016 et 2017, atteignant 23 600 passages en 2017.

Le nombre de dossiers classifiés CCMU 1 [ANNEXE 1], c'est-à-dire, faisant référence à un état stable nécessitant un examen clinique simple sans nécessité d'acte complémentaire de diagnostic, est en très forte augmentation ces dernières années, passant de 365 dossiers en 2016 à 725 mi-2018 environ, soit une projection d'augmentation de 400% en 3 ans.

Aux urgences du site de Châtelleraut du Groupement Hospitalier Nord Vienne (GHNv), on estime à près de 7% la part de dossiers traités pour des soins non programmés ré orientables en médecine de ville. [10]

Lors de l'étude, l'organisation des urgences de Châtelleraut était telle que les patients admis étaient évalués et triés par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) selon la classification CIMU [ANNEXE II]. Il y avait deux médecins urgentistes sur place nuit et jour pour assurer les urgences. Ils assuraient également l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée pour l'un et le SMUR pour l'autre. Un ou deux internes étaient également sur place de 8h30 à 18h30 pour la prise en charge des urgences. Ce service ne possède pas de Médecin d'Accueil et d'Orientation.

I.3. Objectifs de l'étude

La question est, peut-on réorienter des patients se présentant à l'accueil d'un service d'urgences vers la médecine de ville ?

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la possibilité de réorientation des patients non urgents admis aux urgences de Châtellerault vers la médecine de ville.

Les objectifs secondaires sont de connaître le devenir des patients réorientés, d'évaluer la sécurité de la procédure et enfin d'appréhender ses limites.

II – MATERIEL et METHODES

II.1. Description

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective monocentrique réalisée au Service d'Accueil des Urgences du Groupe Hospitalier Nord Vienne (Châtelleraut). La période d'inclusion s'est étendue sur 3 mois, entre le 13 mai 2019 et le 13 août 2019, soit 93 jours.

II.2. Critères d'inclusion

Tous les patients qui se présentaient spontanément aux urgences entre 8h30 et 23h30, semaines et week-ends inclus, avec pour motif otite, angine, douleur dentaire ou oculaire, prurit, éruption cutanée, piqûre d'insecte, symptôme urinaire, douleur lombaire ou sciatique non déficitaire, fièvre de moins de 5 jours ou tout autre motif pouvant être réorienté, pouvaient entrer dans la procédure.

Pour être inclus, ils devaient être triés CIMU 4 ou 5 par l'infirmier d'accueil et d'orientation aux urgences (IAO) [ANNEXE II], et avoir un motif ré orientable et ne présenter aucun signe de gravité selon l'algorithme correspondant à son symptôme

[ANNEXE III].

II.3. Critères d'exclusion :

Tous les patients classés CIMU 1, c'est-à-dire, tout patient ayant une détresse vitale majeure avec pronostic vital engagé à court terme, ou CIMU 2, ayant une atteinte d'organe ou lésion traumatique avec pronostic vital ou fonctionnel engagé dans les heures suivantes, ou CIMU 3, ayant une atteinte susceptible de s'aggraver dans les 24h ou situation médicale complexe justifiant l'utilisation de plusieurs ressources hospitalières, étaient exclus. [ANNEXE III]

Si le patient était classé CIMU 4 ou 5, d'autres critères d'exclusion notés sur les algorithmes entraient en jeu selon le symptôme. [ANNEXE IV]

Pour le symptôme douleur de gorge, angine ou douleur dentaire, tout patient avec une douleur sévère supérieure à 8/10 ou une difficulté à respirer ou une impossibilité à déglutir sa salive ou tout enfant de moins de 2 ans était exclu .

Pour le symptôme suspicion d'infection urinaire, tout patient de plus de 75 ans ou ayant une douleur supérieure à 6/10 ou avec douleur lombaire ou immunodéprimé ou ayant un antécédent d'insuffisance rénale ou une grossesse en cours était exclu.

Pour le symptôme otalgie, tout patient ayant une douleur sévère supérieure à 8/10 ou associé à une céphalée, un syndrome méningé, un trismus ou tout enfant de moins de 2 ans était exclu.

Pour le symptôme éruption cutanée/ piquûre d'insecte/prurit, tout patient ayant une douleur supérieure à 8/10 ou une température inférieure à 35,5°C ou supérieure à 40°C, ou tout enfant de moins de 2 ans était exclu.

Pour le symptôme lombalgie, tout patient ayant une douleur supérieure à 6/10 ou fébrile ou avec un déficit moteur ou impossibilité de marcher était exclu.

Pour le symptôme fièvre supérieure à 38,5°C ou inférieure à 35,5°C, tout patient âgé de moins de 3 mois, ou avec fièvre de plus de 5 jours ou ayant fait une crise convulsive ou un purpura ou ayant un terrain à risque (grossesse, immunodépression, comorbidités) ou au retour d'un séjour en pays tropical était exclu.

Tous les patients qui avaient un ou plusieurs critères d'exclusion étaient automatiquement pris en charge aux urgences.

II.4. Cadre légal

D'un point de vue légal, la réorientation des patients à l'accueil des urgences est possible selon le Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique [11], mais cela oblige néanmoins une admission aux urgences.

Art. R. 6123-18. - Tout établissement autorisé à exercer l'activité 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.

« Art. R. 6123-19. - Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas :

« 1° Au sein de la structure des urgences ;

« 2° Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ;

« 3° Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-9 ;

« 4° En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;

« 5° En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;

« 6° En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation.

II.5. Recueil de données :

Après avoir accueilli et évalué les patients, l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation, devait remplir la fiche de réorientation pour tous les patients ré orientables selon les critères d'inclusion, que le patient soit réorienté ou non. [ANNEXE V]

Seuls ceux qui respectaient les trois critères suivants étaient réorientés :

- *Validation par l'urgentiste de garde,*
- *Accord du patient,*
- *Rendez-vous rapide avec un médecin d'une maison de santé pluridisciplinaire partenaire ou le médecin traitant du patient ou le médecin de garde*

II.5.a. Support de récupération des données

Les trois premiers volets de la fiche devaient être remplis par l'IAO.

Dans le premier volet, on retrouvait les nom et prénom du patient, la date de naissance, la date et l'heure d'arrivée aux urgences ainsi que le nom de son médecin traitant.

Nom Prénom DDN	Date et heure d'arrivée :
ETIQUETTE PATIENT	Médecin traitant : N° téléphone patient :

Dans le deuxième volet, était renseigné, le motif de consultation aux urgences, une case à cocher si, effectivement le patient pouvait être réorienté suivant les algorithmes, ce qui permettait de s'assurer une deuxième fois de l'absence de contre-indication à la réorientation. Et enfin, on demandait au patient s'il avait contacté son médecin traitant avant son passage aux urgences et si oui, on précisait que était le motif de non consultation.

<u>Motif de consultation aux urgences :</u>	
☐ Douleur de gorge/ douleur dentaire	☐ Signes fonctionnels urinaires
☐ Otalgie	☐ Eruption cutanée/ prurit/piqûre d'insecte
☐ Lombalgie	☐ Fièvre
☐ Autre motif réorientable :	
 ☐ Patient réorientable selon algorithme correspondant	
Contact du médecin traitant par le patient avant passage aux urgences : ☐ OUI* ☐ NON	
*Si OUI, motif de non consultation du MT :	

Le troisième volet était réservé à la réorientation. Elle devait être validée par le médecin urgentiste présent aux urgences avec mention de son nom, avec l'accord du patient et après contact de la maison de santé ou du 15 pour un rendez-vous avec un médecin de garde selon la date et l'heure. Les motifs de refus de réorientation de la part de l'urgentiste, du patient, ou l'absence de rendez-vous par la maison de santé devaient être notifiés.

Réorientation :

1- Validation par urgentiste Dr (maison de santé)

☐ OUI ☐ NON*

*Si non, motif de refus de réorientation :

2- Accord du patient :

☐ OUI ☐ NON*

* Si non, motif de refus :

3- Contact maison de santé :

☐ RDV impossible ce jour, motif :

☐ RDV programmé à h avec Dr

☐

OU Contact du 15 pour médecin de garde si week-end, jour férié ou après 19h en semaine :

RDV prévu :

Enfin, le quatrième volet permettait le suivi et l'analyse de la réorientation rétrospective à la fin de l'étude.

Par l'identité, la date de naissance des patients, et via le logiciel des urgences, on pouvait tracer leur passage aux urgences. S'ils avaient été réorientés, grâce à interrogatoire téléphonique, le diagnostic du médecin généraliste était recueilli ainsi que ses prescriptions. En cas de passage aux urgences, les informations étaient prises directement dans leur dossier.

Le patient a été classé injoignable après 3 appels non répondus sur 3 jours différents et à 3 horaires différentes. Il a été classé inconnu si aucun dossier n'est retrouvé dans le logiciel des urgences ni celui de l'hôpital.

<u>Suivi des patients :</u> ☐ Prise en charge aux urgences : Examens réalisés /avis : Diagnostic de fin de consultation : Prescriptions de sortie : ☐ Prise en charge MSP : Diagnostic de fin de consultation : Prescriptions :
--

A partir de ces données, les caractéristiques des patients réorientés sont répertoriées sous forme d'un tableau Excel®.

II.5.b. Recueil de données rétrospectives

A partir du logiciel des urgences, nous avons pu recueillir les données de tous les patients CIMU 4 et 5 ayant consulté aux urgences durant la période de l'étude sous la forme d'un tableau Excel®.

Les caractéristiques de chaque patient ont été colligées, à savoir, la date et l'heure du passage aux urgences, l'âge, le sexe, le motif d'entrée par l'IAO, le diagnostic final par le médecin, la classification CCMU, l'orientation à la sortie des urgences noté par le médecin et le jour et l'heure de sortie.

Les réorientations possibles ont été analysées a posteriori sur cette période. Nous avons exclu toutes les entrées entre minuit et 8h, tous les motifs d'entrée traumatiques et plaies/ contusions, et autre motifs non ré orientables par nécessité d'explorations (malaises, douleur thoracique, vertiges, palpitations ...), tous les patients dont la classification de sortie CCMU était supérieure à 2 et les orientations « hospitalisation ».

III – RESULTATS

III.1.Diagramme de flux

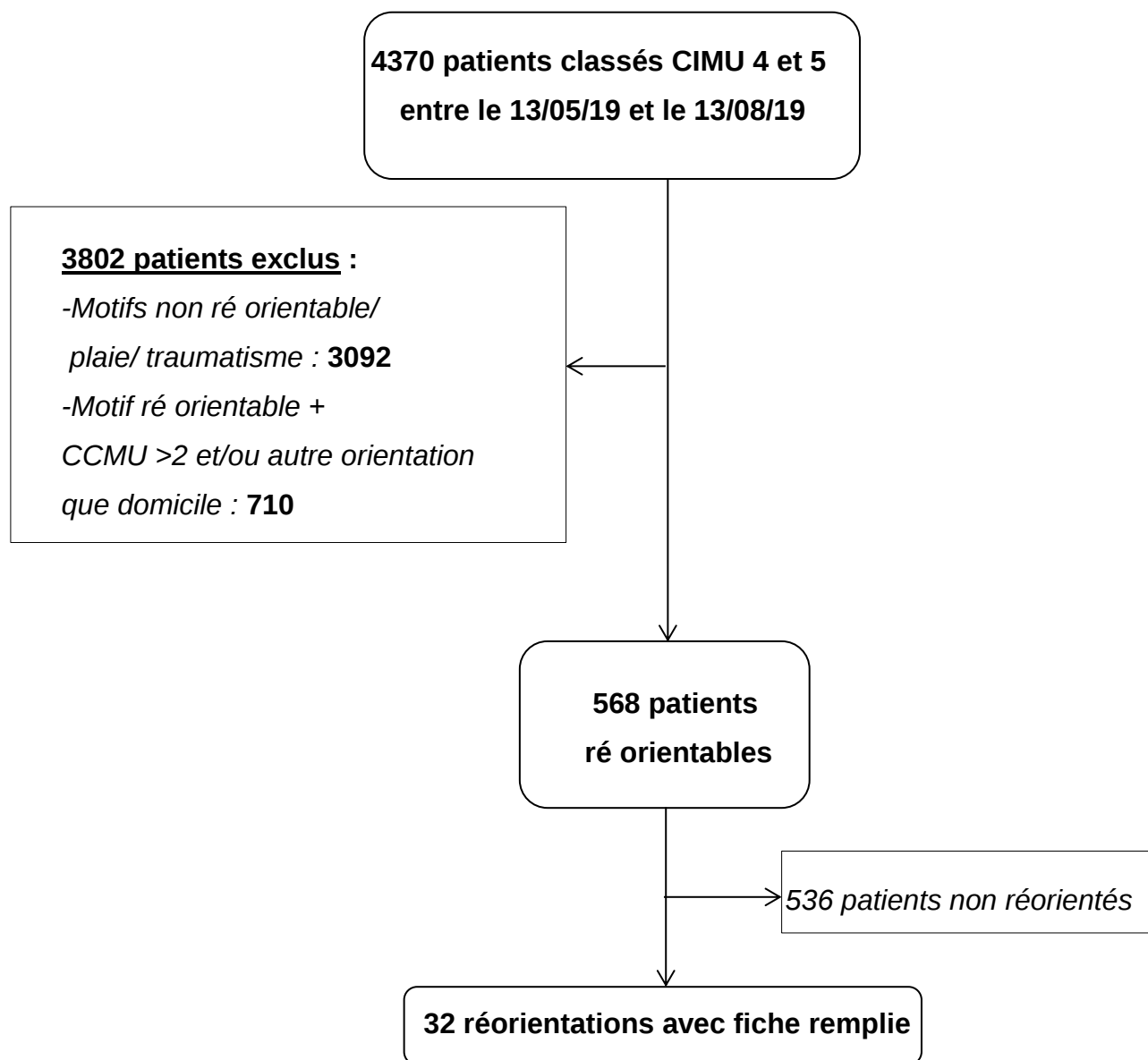


Diagramme de flux

4370 patients ont été enregistrés CIMU 4 et 5 entre le 13 mai et le 13 août 2019. Après prise en compte des motifs d'entrée, l'âge entrant dans les critères de non exclusion, leur orientation « retour à domicile » et leur arrivée entre 8h30 et 23h30, 568 patients étaient ré orientables, soit 13% des patients CIMU 4 et 5.

Trente-deux fiches de réorientations ont été remplies sur 568 patients ré orientables, soit 5,6%.

III.2.Comparaison des réorientations possibles et réellement effectuées

III.2.a.Caractéristiques des patients (Tableau 1)

- Patients ré orientables :

Parmi les 568 patients ré orientables, 248 sont des hommes et 320 sont des femmes. 114 patients ont moins de 16 ans et 454 ont plus de 16 ans.

249 patients ont passé moins de 2 heures aux urgences, 285 plus de deux heures. Pour 34 patients, la durée de passage aux urgences est inconnue.

(Figure 1)

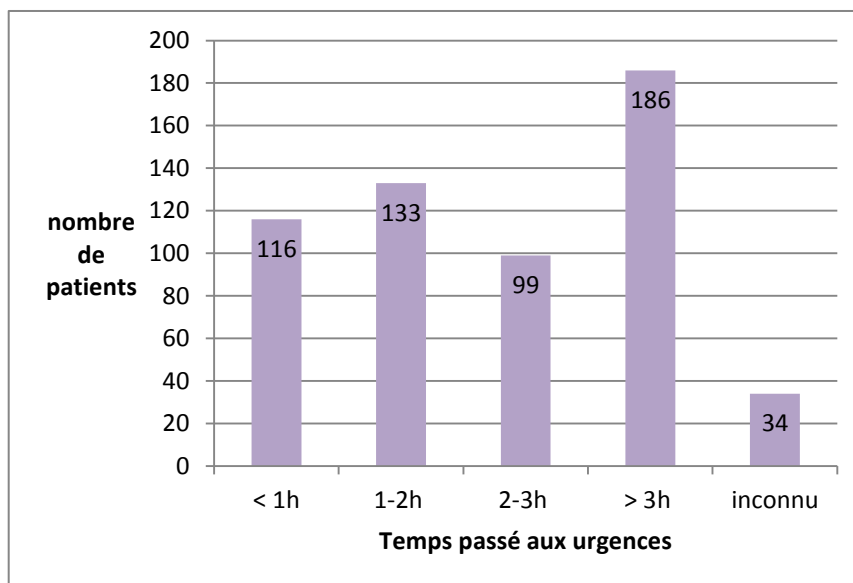


Figure 1 : Nombre de patients réorientables en fonction du du temps passé aux urgences

- Patients réorientés :

Dix-sept patients réorientés sont des hommes (6,8 %) et 15 sont des femmes (4,6%). Sept patients ont moins de 16 ans (6,1%) et 25 en ont plus (5,5%).

III.2.b. Dates et heures de passage aux urgences

Sur 93 jours de la période d'étude, en moyenne, 6,1 patients par jour auraient pu être réorientés. Seulement 0,34 patients par jour ont été réellement réorientés soit environ 1 patient tous les 3 jours en moyenne.

Sur la période de l'étude, la proportion de patients ré orientables diminue de mai à août (**Figure 2a**). Deux fois plus de patients ont été réorientés en juin (0,6 patients par jour contre 0,34 en moyenne). On ne connaît pas la date de la réorientation pour 2 patients.

Il y a plus de patients ré orientables le matin et l'après-midi que le soir.

(**Figure 2b**). Concernant les patients réorientés, onze patients ont pu être réorientés entre 8h et 13h, douze entre 14h et 19h et six après 20h. L'heure d'arrivée n'est pas connue pour 3 patients.

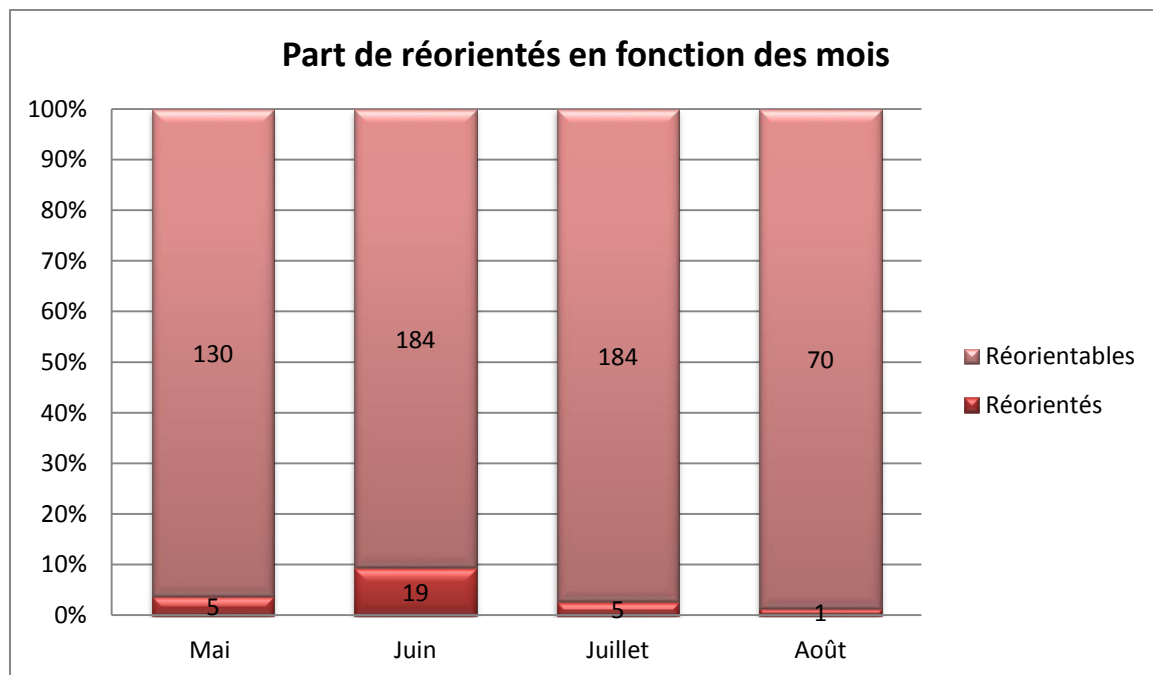


Figure 2a. Part de réorientés en fonction des mois

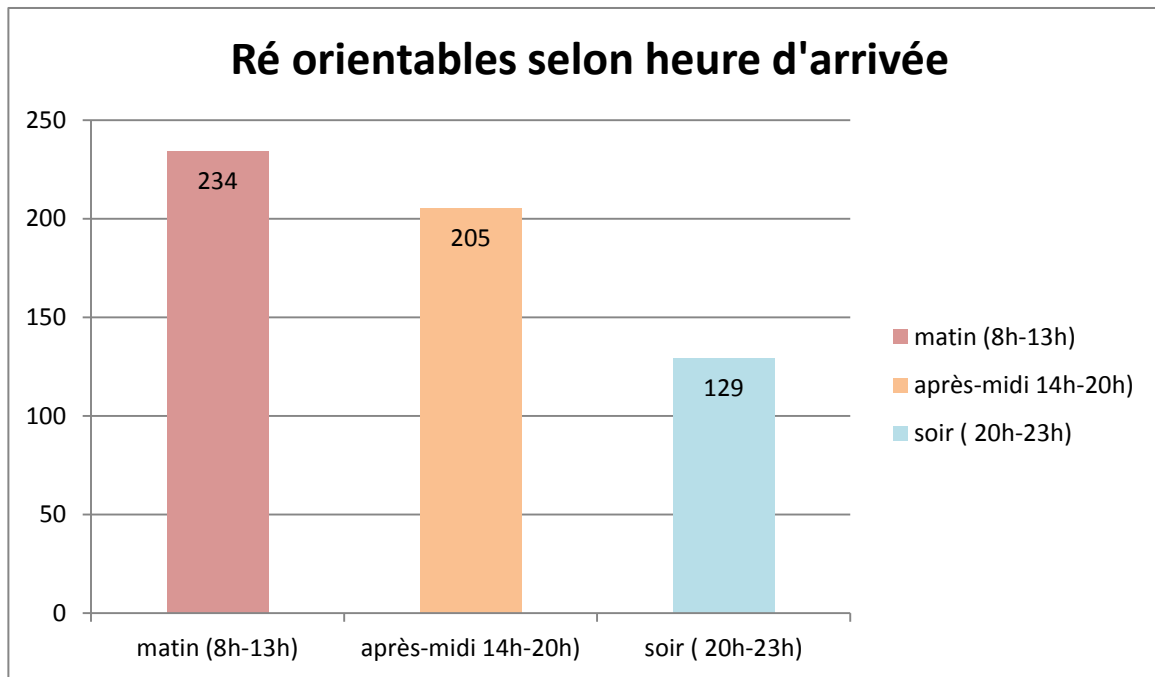


Figure 2b : Nombre de patients ré orientables selon l'heure d'arrivée aux urgences

III.2.c. Motifs de réorientation

Les cinq principaux motifs d'entrée des patients ré orientables sont les douleurs abdominales, les éruptions, les prurits et piqûres d'insecte, les douleurs dorsales, les symptômes oculaires ainsi que les douleurs de membres, ce qui représente près de 60% (59,1%) de tous les motifs ré orientables. (Tableau 2)

Parmi les patients réorientés, les motifs principaux sont les éruptions, les prurits et piqûres d'insecte à 18,8%. Les douleurs dorsales représentent 12,5% des motifs réorientés, tout comme les douleurs au niveau d'un membre. Les symptômes auditifs, odynophagies et fièvre représentent 9,4% de motifs .

	Patients ré orientables	Patients réorientés (% réorientés sur ré orientables)
Nombre	568	32 (5,6%)
Proportion homme/femme	248/320 (44%/56%)	17/15 (6,8%/4,6%)
Age < 16 ans	114 (20%)	7 (6,1%)
Age > 16 ans	454 (80%)	25 (5,5%)
Entrées matin 8h30 - 13h59	234 (41%)	11 (4,7%)
Entrées AM 14h - 19h59	205 (36%)	12 (5,8%)
Entrées soirée 20h – 23h30	129 (23%)	6 (4,6%)
Heure d'entrées inconnue	0	3
Nombre d'entrées en mai (19j)	130 (23%)	5 (3,8%)
Moy. Réorientable/jour	<i>6,8 patients/j</i>	<i>0,3 patients/j</i>
Nombre d'entrées en juin (30j)	184 (32,5%)	19 (10,3%)
	<i>6,1 patients/j</i>	<i>0,6 patients/j</i>
Nombre d'entrées en juillet (31j)	184 (32,5%)	5(2,7%)
	<i>5,9 patients/j</i>	<i>0,2 patients/j</i>
Nombre d'entrées en août (13j)	70 (12%)	1 (1,4%)
	<i>5,3 patients/j</i>	<i>0,08 patients/j</i>
Nombre dates inconnues	0	2

Tableau 1 : Caractéristiques des passages ré orientables et des réorientés

MOTIFS ré orientables	Nombre (%)	Réorientés (%)
<i>Douleur abdominale</i>	99 (17,4)	1 (3,1)
<i>Eruption/ prurit / piqûre</i>	95 (16,7)	6 (18,8)
<i>Douleur dorsale</i>	55 (9,7)	4 (12,5)
<i>Symptôme oculaire</i>	53 (9,3)	1 (3,1)
<i>Douleur d'un membre</i>	34 (6)	4 (12,5)
<i>Signe fonctionnel urinaire</i>	32 (5,6)	1 (3,1)
<i>Epistaxis</i>	30 (5,3)	0
<i>Douleur dentaire</i>	27 (4,8)	1 (3,1)
<i>Fièvre</i>	25 (4,4)	3 (9,4)
<i>Odynophagie / toux / rhume</i>	24 (4,2)	3 (9,4)
<i>Symptôme auditifs</i>	19 (3,3)	3 (9,4)
<i>Trouble digestif*</i>	18 (3,2)	1 (3,1)
<i>Consultation médecine**</i>	15 (2,6)	1 (3,1)
<i>Anxiété</i>	13 (2,3)	0
<i>Constipation</i>	12 (2,1)	2 (6,3)
<i>Céphalée</i>	9 (1,6)	0
<i>Symptôme proctologique</i>	8 (1,4)	1 (3,1)
TOTAL	568 (100)	32 (100)

*vomissement/diarrhée

**demande de renouvellement d'ordonnance, analyse biologique ...etc

Tableau 2 : Récapitulatif des motifs ré orientables et réorientés

III.3. Fiches de réorientations recueillies

III.3.a. Réorientation

La case « patient ré orientable selon algorithme correspondant » a été cochée 8 fois sur 32 soit pour 1/3 des fiches seulement. Pour les 24 autres, on ne sait pas si l'algorithme correspondant a été consulté avant réorientation.

Sur les 32 réorientations effectuées, 5 patients avaient contacté leur médecin traitant avant passage aux urgences, 21 patients ont consulté les urgences directement et les données sont manquantes pour les 6 autres patients. Parmi les 5

patients ayant contacté leur médecin traitant, un patient avait un rendez-vous plus tard dans la journée, un autre n'a pas obtenu de rendez-vous le jour même, un autre a été adressé aux urgences pour un avis dermatologique et pour les 2 autres, les données sont manquantes.

Toutes les réorientations ont été validées par un médecin urgentiste. 20 réorientations sur 32 ont été validées par le même médecin. Un deuxième en a validé 5 et un troisième en a validé 3. Les 4 autres réorientations ont été validées par 4 médecins différents.

Leur accord a été recueilli pour tous les patients sauf pour un patient mais il a été réorienté donc nous supposons qu'il était d'accord.

*Concernant la réorientation en elle-même, 24 patients ont obtenu un rendez-vous avec un médecin (**Figure 3**). Parmi eux, 7 patients ont pu avoir un rendez-vous avec le médecin de garde le jour même, 4 ont eu un conseil médical via contact du 15 SAMU, 4 sont allés d'eux-mêmes directement à leur cabinet médical habituel, 3 ont eu un rendez-vous le jour même avec leur médecin traitant, un a eu un rendez-vous le lendemain avec son médecin traitant, trois ont eu un rendez-vous avec un spécialiste le jour même (deux avec un ORL et un avec un ophtalmologue) et deux ont un rendez-vous programmé avec un spécialiste.*

Un patient a été orienté directement vers les urgences cardiologiques du CHU de Poitiers.

Parmi les sept autres patients réorientés, nous n'avons aucune donnée pour trois patients. La Maison de Santé Pluridisciplinaire n'était pas joignable pour un patient. Un patient s'est vu refusé une consultation par le médecin de garde, il a donc

été redirigé vers les urgences, un patient n'a pas eu de rendez-vous et est rentré chez lui et le dernier est parti de lui-même.

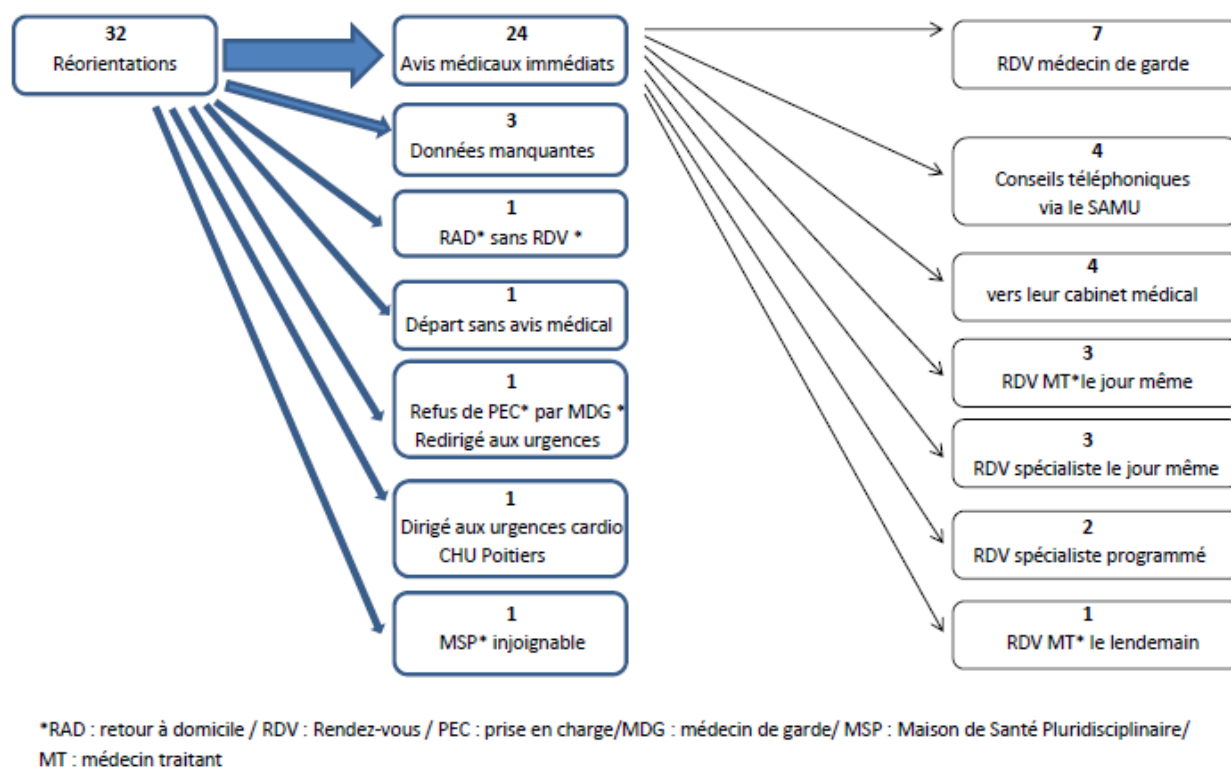


Figure 3. Diagramme des réorientations.

III.3.b. Suivi des patients

Le suivi a pu être réalisé chez 13 patients sur 32 réorientations.

Huit patients examinés par leur médecin généraliste ou par le médecin de garde n'avaient aucun signe de gravité et ont été traités en ambulatoire.

Quatre patients ont été consultés par un médecin spécialiste (ORL, ophtalmologue ou chirurgien viscéral) ou par un dentiste, soignés en ambulatoire sans signe de gravité ni ré-hospitalisation.

Un seul patient a été examiné aux urgences de Poitiers classé grave car transféré aux USIC devant une troponine décalée. Une fibrillation auriculaire paroxystique a été diagnostiquée, il a été mis sous anticoagulation préventive.

Nous n'avons pas d'information de suivi pour 19 patients. Pour un patient, un mauvais numéro avait été noté, il n'a donc pas pu être rappelé. Un patient ne s'est pas rappelé de son passage aux urgences, nous n'avons donc aucun élément de suivi. Six patients étaient inconnus, sans dossier informatisé. Onze patients ont été classés injoignables.

.

.

IV - DISCUSSION

IV.1. Critères de jugement

L'hypothèse testée est qu'il est possible de réorienter vers la médecine libérale un patient se présentant spontanément aux urgences d'un Centre Hospitalier de niveau 2 et trié CIMU 4 ou 5. Nos résultats montrent que 32 patients ont pu être réorientés sur les 3 mois de l'étude.

S'il est possible de réorienter des patients, ce n'est pas sans difficulté. Un certain nombre de freins et limites à cet exercice nécessite d'être discuté.

En France, la réorientation à l'accueil des urgences est une réalité pour une majorité d'urgentistes [12]. Pour certains praticiens, la mise en place d'une telle procédure peut avoir des risques potentiels en méconnaissant la gravité du tableau clinique présenté par le patient. Dans notre étude, même si le faible nombre de patients inclus est un biais, il n'y a pas eu de ré-hospitalisation ni de nouvelle consultation aux urgences pour le même motif dans les semaines suivantes. Les patients réorientés, pour qui nous avons recueilli le diagnostic final de consultation et la prise en charge par le médecin généraliste, n'ont présenté aucun syndrome grave ni urgent. Un seul patient a été orienté aux USIC de Poitiers mais il n'aurait pas dû être inclus dans l'étude du fait de sa classification CIMU.

Dans une étude similaire, Morin et al ont rapporté une réadmission aux urgences dans les 72 heures pour 4,1% de leurs patients et un seul a été réorienté vers les urgences par le médecin généraliste pour hospitalisation [13] .

IV.2. Intérêts de l'étude

Si les urgences vitales et graves nécessitent une grande quantité de soins spécialisés, elles ne sont que peu responsables de la tension observée dans les Services d'Urgences. Ce sont clairement les demandes de soins non programmés, non régulées et se présentant directement dans les services d'urgence qui en posent. Ces soins dont la nature est variée pourraient être traitées en dehors du contexte de l'urgence à condition de trouver une réponse adaptée auprès d'autres structures et ou d'autres professionnels en secteur ambulatoire.

Il existe un grand déséquilibre entre le faible taux des urgences vitales et le grand nombre d'urgences ressenties. " L'hôpital a pris la place du médecin de famille dans la gestion de l'urgence ", écrivait en 1993 le professeur STEG, pour qui il était donc nécessaire d'intervenir en amont de l'hôpital et de réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence. Notre travail s'inscrit dans cette philosophie en réorientant ce qui peut l'être vers un acteur ambulatoire.

Un des rôles du médecin généraliste est d'assurer les soins non programmés de sa patientèle permettant ainsi un suivi que les urgences ne peuvent pas faire. C'est tout l'intérêt d'une réorientation appropriée pour améliorer son parcours de soin.

Aujourd'hui, certaines structures hospitalières ont adapté la densité de personnel au flux de patients, voire, une profonde réorganisation comme la mise en place de filières selon la gravité des cas, dont une filière courte. Ces filières s'inspirent des unités « Fast Track » ou « Minor Care mis en place par certaines structures d'urgence aux États-Unis. L'utilisation de ces unités a permis d'améliorer considérablement le flux de patients et de réduire les temps d'attente. Dans une structure d'urgence de niveau 2 comme celle de Châtelleraut, l'organisation de telle

filière est compliquée du fait de la mutualisation des postes des médecins urgentistes en période de garde (SA/UHCD, SAU/SMUR). D'autre part, la mise en place des circuits courts au SAU peut attirer les patients les moins graves et pénaliser la mise en place de soins non programmés alternatifs en médecine libérale ambulatoire [14].

Pour être efficiente, une collaboration entre les services d'urgences et le monde libéral doit être développé. Gentile et al ont montré que des patients avec des pathologies non urgentes acceptaient une réorientation vers des structures alternatives. [15]

Si la réorientation fonctionne sans faille, les consultations peu urgentes pourraient être différées pour ainsi prioriser les pathologies et pallier à la perte de temps des situations urgentes. Elle permettrait également de responsabiliser le patient sur son auto-évaluation du caractère urgent ou non de la consultation.

Par cette étude, nous avons pu tester une méthode de réorientation, évaluer sa sécurité et sa fiabilité pour en déterminer son caractère généralisable ou non.

IV.3. Limites et biais

Nous n'avons pas de donnée de suivi pour 19 patients par la méthode téléphonique, à laquelle peu de patient répondent.

Nous n'avons pas de donnée remplie sur les fiches concernant les causes de non ré orientation. Aucune fiche n'a été cochée comme invalidée par l'urgentiste, ni par

désaccord du patient ni par impossibilité d'avoir un rendez-vous à la maison de santé.

Le patient était toujours favorable à la réorientation, cependant aucune fiche négative n'a été remplie, nous n'avons donc pas moyen de savoir s'il y a eu des refus de réorientation de la part du patient lui-même.

L'IAO n'a pas utilisé de fiche de réorientation pour chaque motif CIMU 4 ou 5 réorientable. Il y a probablement eu un manque de temps pour réorienter le patient avec toutes les étapes que cela demande, entre l'admission, le triage, l'obtention de l'autorisation du médecin des urgences, celle du patient et le contact du médecin traitant.

La réorientation représente un coût économique pour la Sécurité Sociale lorsque l'on compare le coût d'une consultation de médecine générale et celle d'un passage aux urgences. Lors de notre étude, l'activité et donc le financement des structures d'urgence était en outre lié au nombre de passage/an. Les politiques de service ne favorisent pas la pratique de réorientation comme le relève Marchetti et al. [12].

Le patient a-t-il connaissance des possibilités de consultation d'un médecin de garde hors semaine, en dehors des horaires du cabinet et en jours fériés ? Le manque d'information du patient peut l'amener à consulter aux urgences pour des motifs peu urgents par solution de facilité. Il y a également le problème des patients n'ayant pas de médecin traitant qui ne savent pas où s'adresser. Le Service d'accès aux Soins est une réponse à ce problème. Il permet d'accéder à distance à un professionnel de santé pouvant fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter selon la situation vers une consultation non programmée en

ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR, par exemple. [16]

Enfin, la disponibilité ou non d'une consultation immédiate avec le médecin généraliste ou du médecin de garde peut influencer la réorientation.

IV.4. Comparaison avec les données de la littérature

Dans notre étude, la méthode de triage initial avant ré orientation est basée sur l'échelle CIMU réalisé par l'IAO. Une revue de littérature française réalisée en 2010 a étudié 51 méthodes différentes de catégorisation des urgences conduisant au triage. La proportion de consultations non urgentes varie de 4,8% à 90% selon la méthode utilisée. [17]

Les résultats de notre étude montrent que peu de patients sont redirigés de l'urgence vers un médecin généraliste, alors que 13% en avait les critères et l'était en période diurne. Il existe peu d'étude évaluant les réorientations à partir des urgences vers les soins primaires dans les différents systèmes de soins de santé. Bentley et al qui ont utilisé une procédure de réorientation, ont pu rediriger 74% des patients avec un faible taux d'orientation non optimale. [18]

Dans une étude française, la mise en place d'une procédure permettant de rediriger des patients sélectionnés de l'urgence vers un médecin généraliste est faible avec seulement 3%, et a finalement peu d'effet significatif sur le flux de patients aux urgences.[13]

En ce qui concerne les problèmes économiques qu'engendrent la ré orientation aux urgences, le 27 décembre 2019, le Journal Officiel publie un arrêté relatif à l'expérimentation du forfait de ré orientation des patients dans les services d'urgences [19]. Le forfait s'élève à 60 euros par ré orientation. L'objectif poursuivi par l'expérimentation est d'atteindre entre 5 et 10 % de réorientation pour les patients dont le passage dans le service d'urgence n'est pas suivi d'une hospitalisation.

Au Québec, un programme de ré orientation à l'accueil des urgences a été initié grâce au logiciel Logibec®. Les résultats d'une étude prospective de 1000 patients sont très favorables avec une satisfaction de plus de 90% des patients réorientés, un personnel infirmier confortable avec le logiciel, et aucun cas de complication rapporté. [20] L'apport de l'Intelligence artificielle peut permettre d'améliorer les procédures et mieux cibler les patients éligibles et susceptibles d'accepter une réorientation.

IV.5. Les critères de réorientation proposés

Notre étude ne permet pas de démontrer l'impact d'une procédure de réorientation sur l'activité d'un service d'urgence. Néanmoins à partir de notre expérience et de la littérature, nous pouvons énoncer certaines recommandations pour mettre en place de type de procédure :

1 - Des critères standardisés et ciblés en fonction des plaintes spécifiques doivent être clairement définis. Cela permet aux IAO d'identifier facilement les patients éligibles.

2 - Un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste, à une heure précise au cours de la journée doit être fourni facilement et rapidement par le service d'urgence pour tous les patients réorientés. L'objectif est d'assurer la sécurité du patient et d'éviter l'attente dans l'autre lieu de soins.

3 - Des coopérations explicites et une communication constante doivent être établis entre le service d'urgence et les maisons médicales environnantes.

4- La mise en place d'un suivi, avec le nombre de non-présentations du patient, de retours aux urgences, d'admissions à l'hôpital subséquentes et de décès. Cela permettrait de s'assurer qu'un protocole de réorientation est efficace, sûr et appliqué de manière appropriée.

5- La mise en place d'un logiciel de réorientation standardisé à l'accueil des urgences sur le modèle du Québec pourrait éviter « l'oubli » de réorientation de la part de l'IAO, une sécurisation de la démarche avec traçabilité, une rapidité de prise en charge.

6- La mise en œuvre d'un forfait de réorientation pourrait pallier aux problèmes économiques.

V- CONCLUSION

La réorientation des patients non urgents vers la médecine libérale aux urgences pourrait être une réponse à l'augmentation de fréquence des consultations non urgentes aux urgences, et permettre d'améliorer le parcours de soins du patient.

Notre étude montre la possibilité de réorienter des patients non urgents vers leur médecin traitant à Châtellerault. Sur le faible nombre de patient réorientés, la procédure semble sécuritaire. Néanmoins, le suivi n'a pas pu être réalisé correctement par manque de donnée et de réponse de la part des patients.

Grâce aux études réalisées et aux résultats de la nôtre, nous avons pu trouver les critères d'une réorientation sécuritaire. La standardisation des critères de réorientation, une collaboration étroite urgences-médecine libérale, un suivi programmé, l'adaptation d'un logiciel de réorientation ainsi que le forfait hospitalier de réorientation pourraient être les solutions envisageables.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Grall DJ-Y. RAPPORT SUR LA TERRITORIALISATION DES ACTIVITES D'URGENCES. Pdf [Internet] [cité le 5 juin 2021] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf*
2. *21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans>*
3. *Chartier L, Josephson T, Bates K, Kuipers M. Improving emergency department flow through Rapid Medical Evaluation unit. BMJ Qual Improv Report. 2015;4(1):u206156.w2663.*
4. *Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. Ann Emerg Med. juin 2013;61(6):605-611.e6.*
5. *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. 1 juin 2011;342:d2983.*
6. *Baibergenova A, Leeb K, Jokovic A, Gushue S. Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen. Healthc Policy. mai 2006;1(4):35-42.*

7. *rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf* [Internet]. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
8. Zager K, Taylor YJ. Discharge to medical home: A new care delivery model to treat non-urgent cases in a rural emergency department. *Healthcare*. mars 2019;7(1):7-12.
9. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CA Grand Châtellerault (248600413) | Insee [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-248600413#chiffre-cle-1>
10. ATIH PMSI MCO Exploitation GHNV.
11. 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.
12. Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. *Ann Fr Med Urgence*. nov 2014;4(6):349-53.
13. Morin C, Choukroun J, Callahan J-C. Safety and efficiency of a redirection procedure toward an out of hours general practice before admission to an emergency department, an observational study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 22 août 2018 [cité 5 juin 2021];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103978/>

14. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. *Pacte de refondation des urgences - 20 décembre 2019 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-decembre-2019>*
15. Gentile S, Vignally P, Durand A-C, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. *Non urgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research. 15 mars 2010;10(1):66.*
16. A D, A D. *Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure>*
17. 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):333-45.*
18. Wang W. *Emergency Department redirection to primary care:a prospective evaluation of practice. [cité 5 juin 2021]; Disponible sur: https://core.ac.uk/reader/77007019?utm_source=linkout*
19. *Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence.*

20. *Outil de réorientation des usagers des urgences [Internet]. Recherche CIUSSS NÎM. 2019 [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: <https://rechercheCIUSSSnim.ca/projets/commercialisation-du-systeme-de-reorientation-des-usagers-des-urgences-evalues-comme-etant-de-priorite-4-ou-5/>*

ANNEXES

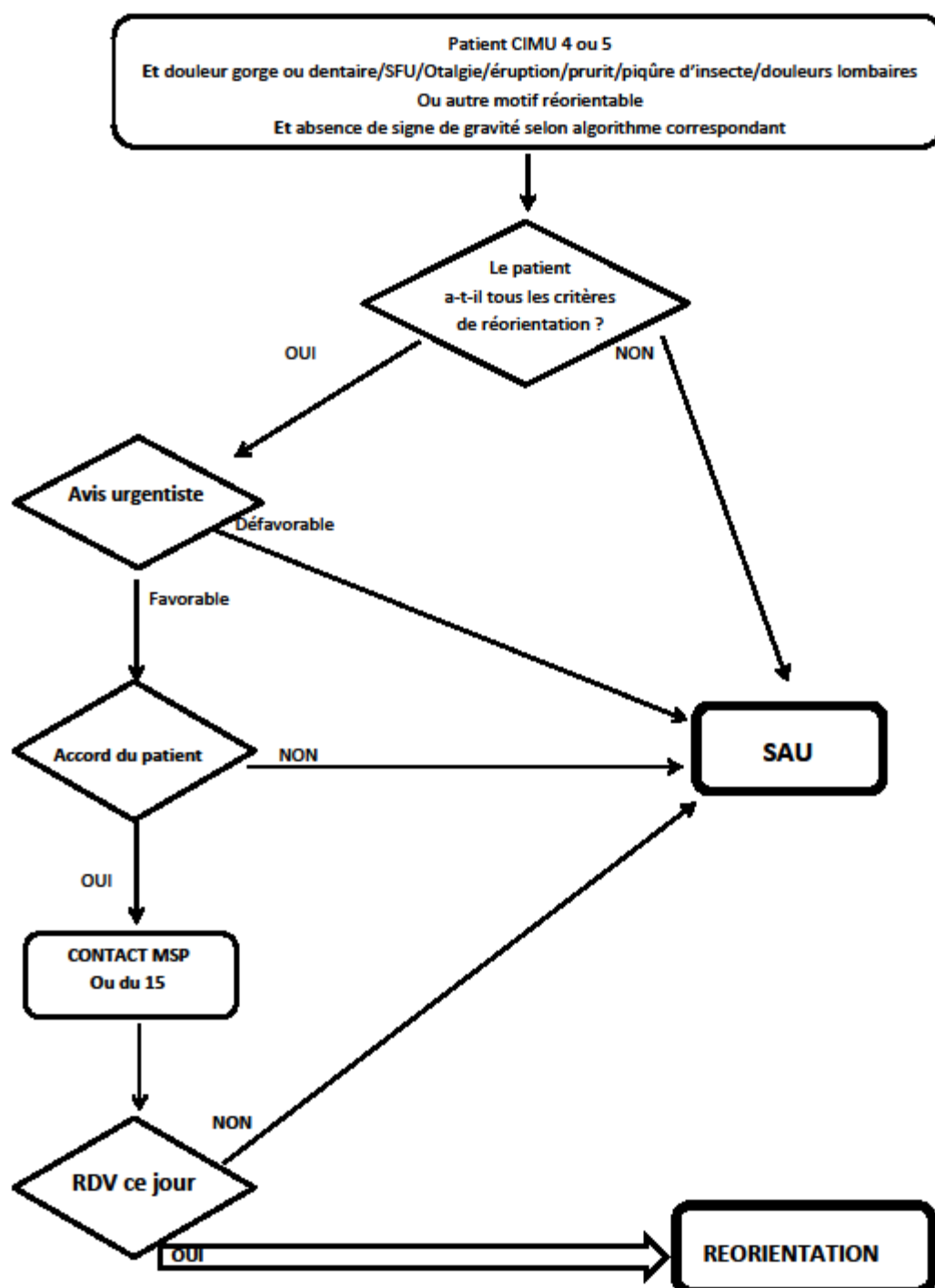
ANNEXE I : Classification CCMU

Etat clinique stable	Sans acte complémentaire	I
	Avec acte complémentaire	II
Etat clinique susceptible de s'aggraver	Pronostic vital non engagé	III
	Pronostic vital engagé sans geste de réanimation	IV
	Pronostic vital engagé avec réanimation	V

ANNEXE II : Classification CIMU

	<i>Description</i>	<i>Délai maximal de PEC médicale</i>
1	Détresse vitale majeure avec pronostic vital engagé à très court terme	immédiat
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique avec pronostic vital ou fonctionnel engagé dans les heures suivantes	20 minutes
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle susceptible de s'aggraver dans les 24 heures ou situation médicale complexe justifiant l'utilisation de plusieurs ressources hospitalières	60-90 minutes
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable, non complexe mais justifiant l'utilisation d'au moins une ressource hospitalière en urgence	120 minutes
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente justifiant l'utilisation de ressource hospitalière	240 minutes

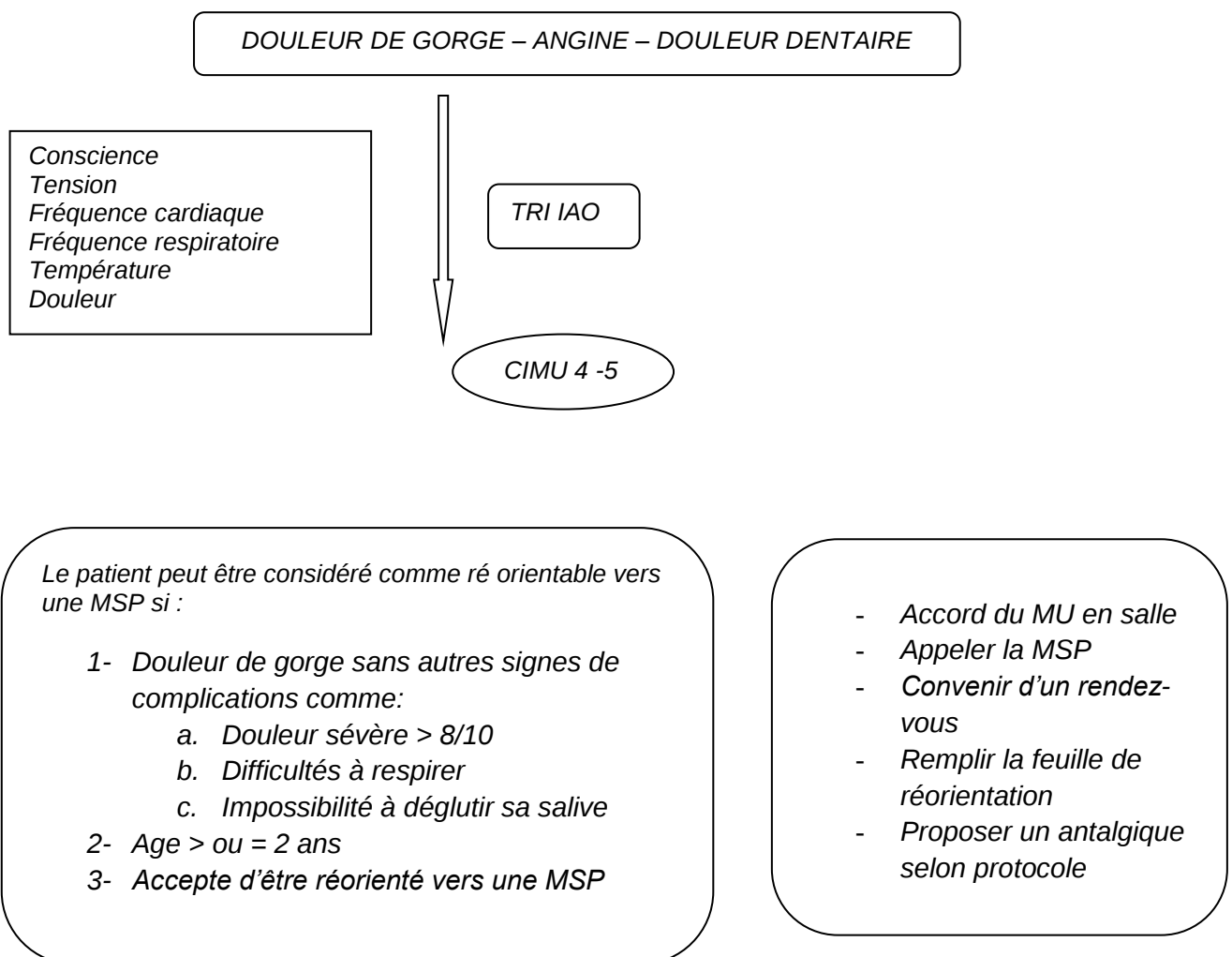
ANNEXE III : Algorithme de réorientation pour IAO



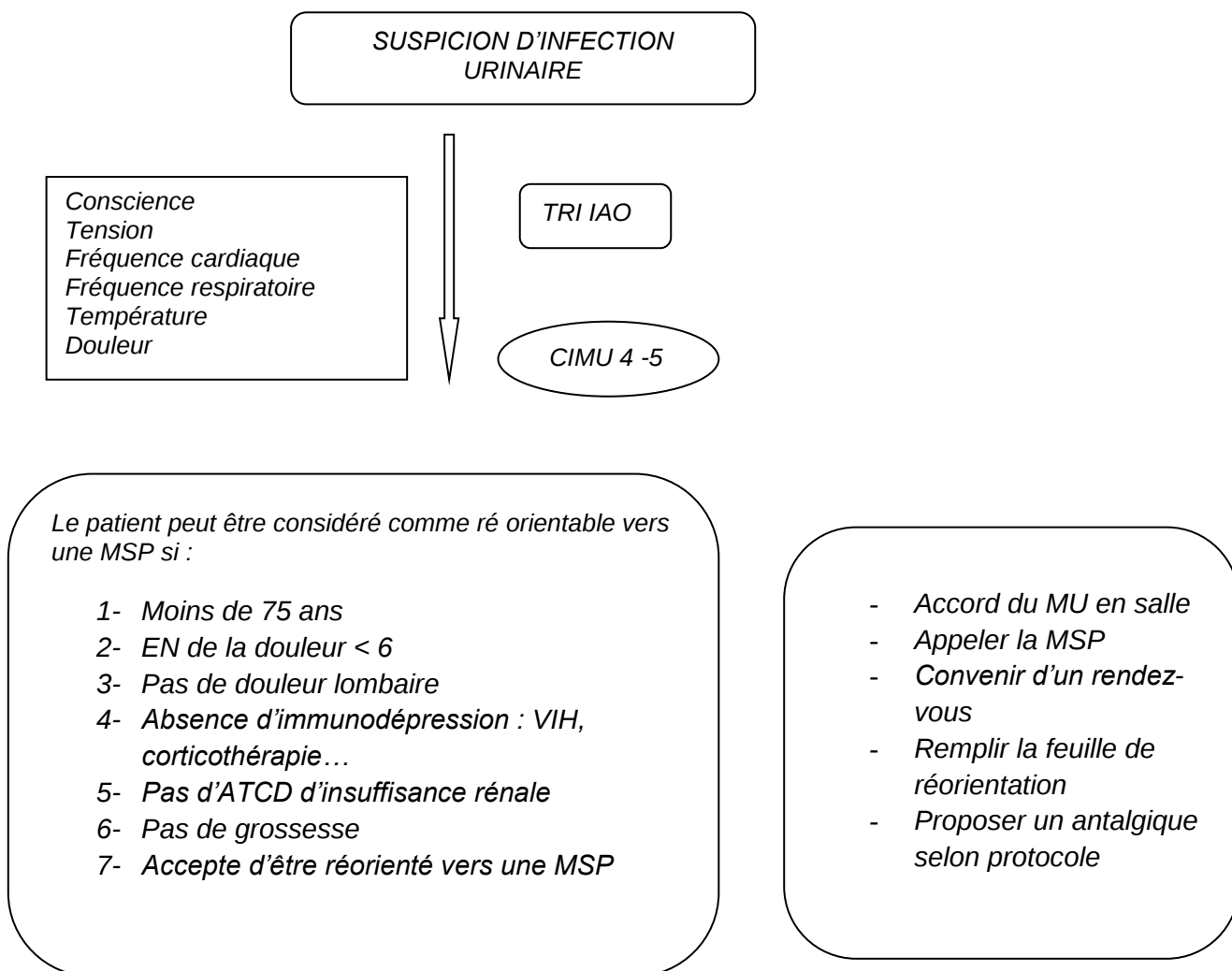
ANNEXE IV : Algorithme de réorientation selon symptôme

ALGORITHMES DE REORIENTATION

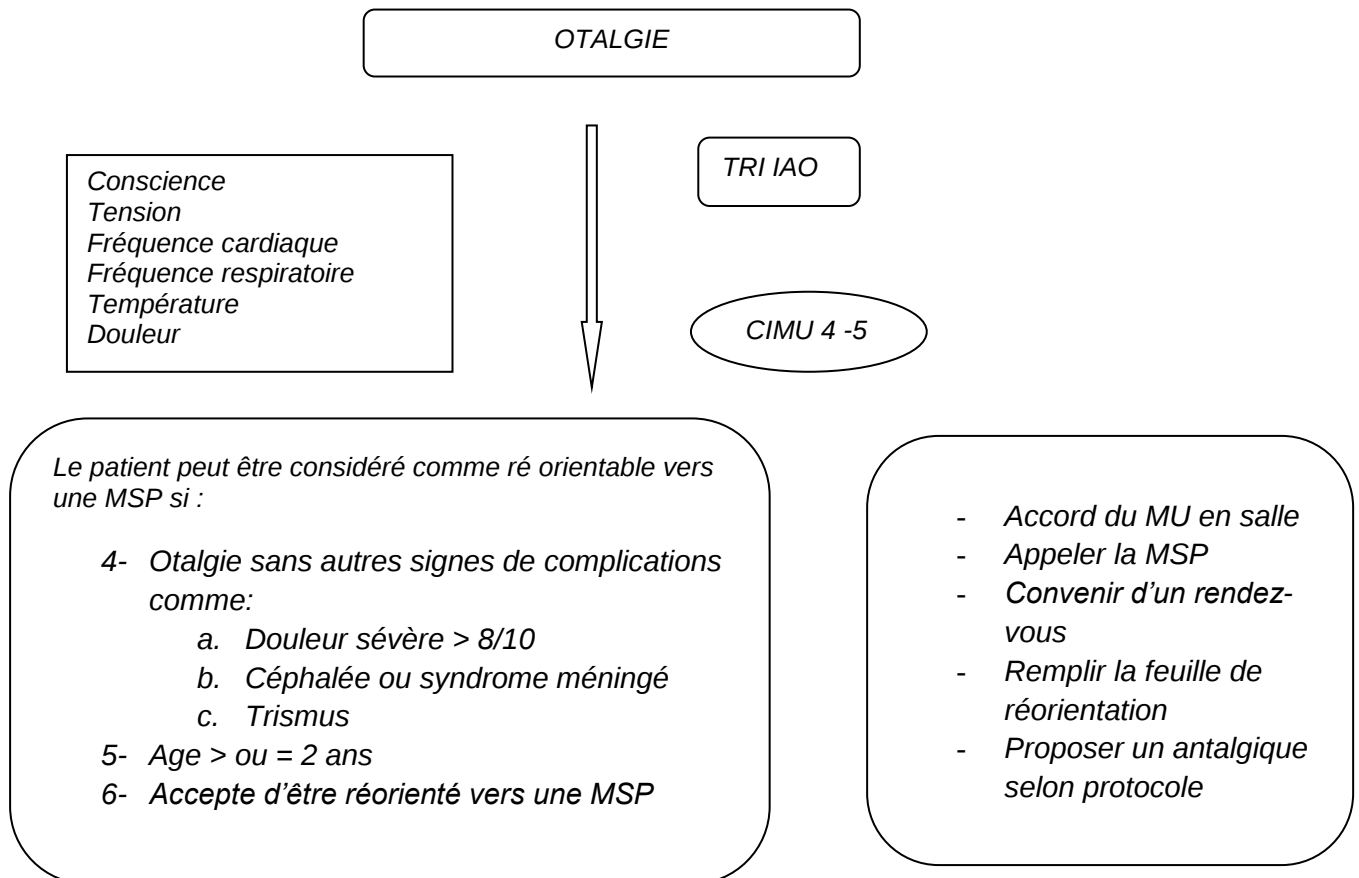
1 – ALGORITHME DE REORIENTATION POUR UNE DOULEUR DE GORGE OU ANGINE ET DOULEUR DENTAIRE



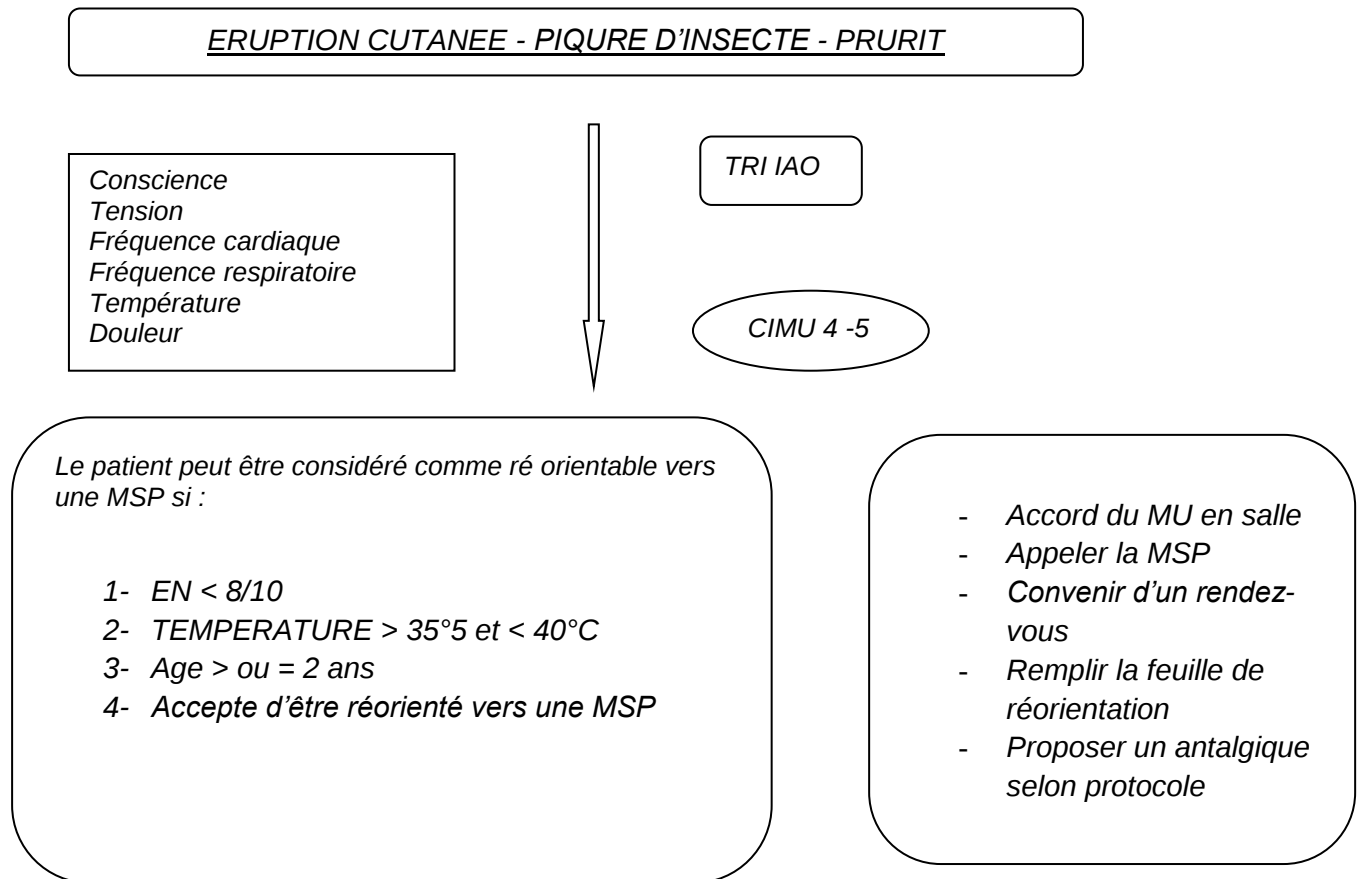
2 – ALGORITHME DE REORIENTATION POUR SUSPICION D'INFECTION URINAIRE



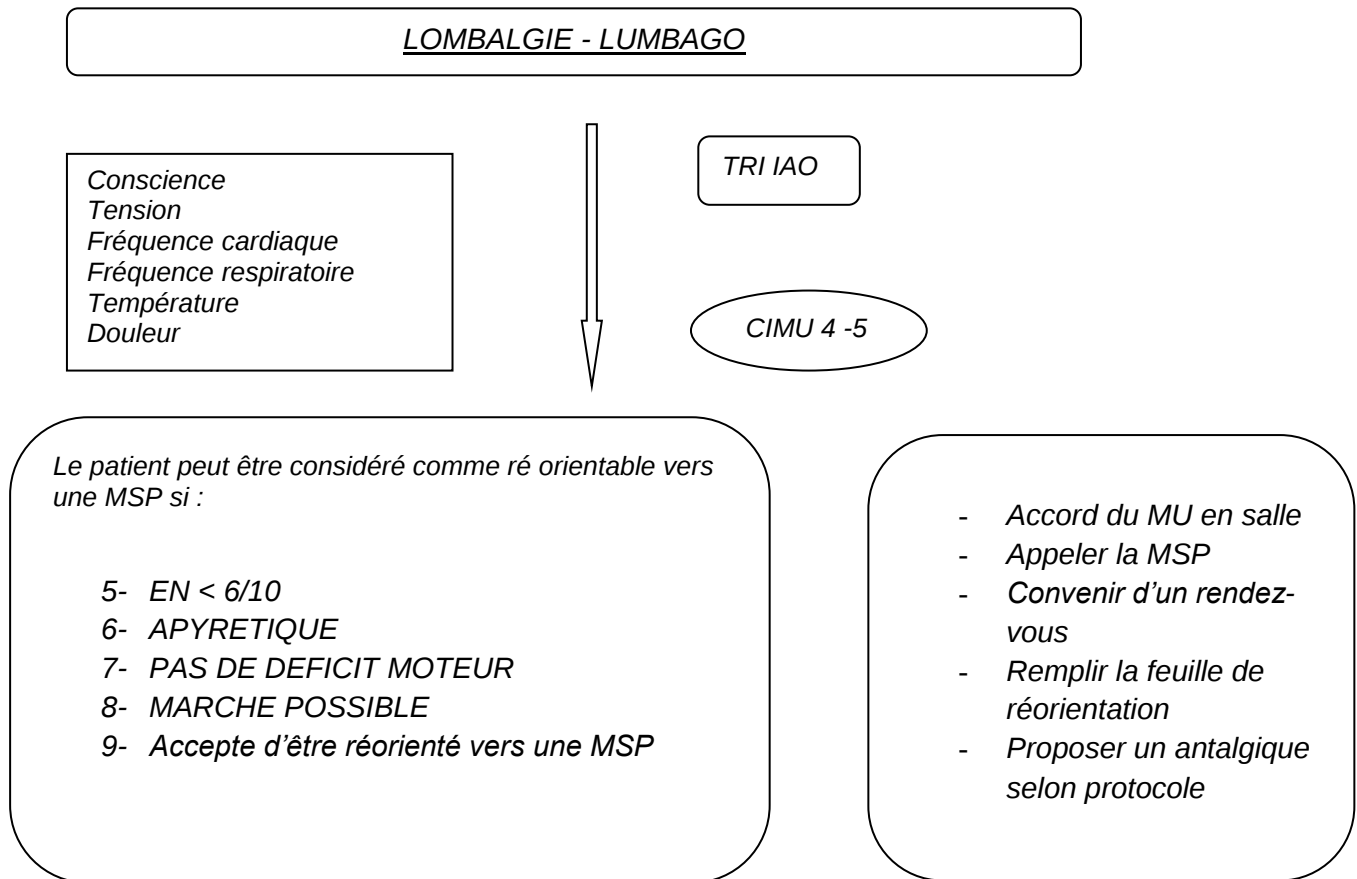
3 – ALGORITHME DE REORIENTATION POUR OTALGIE :



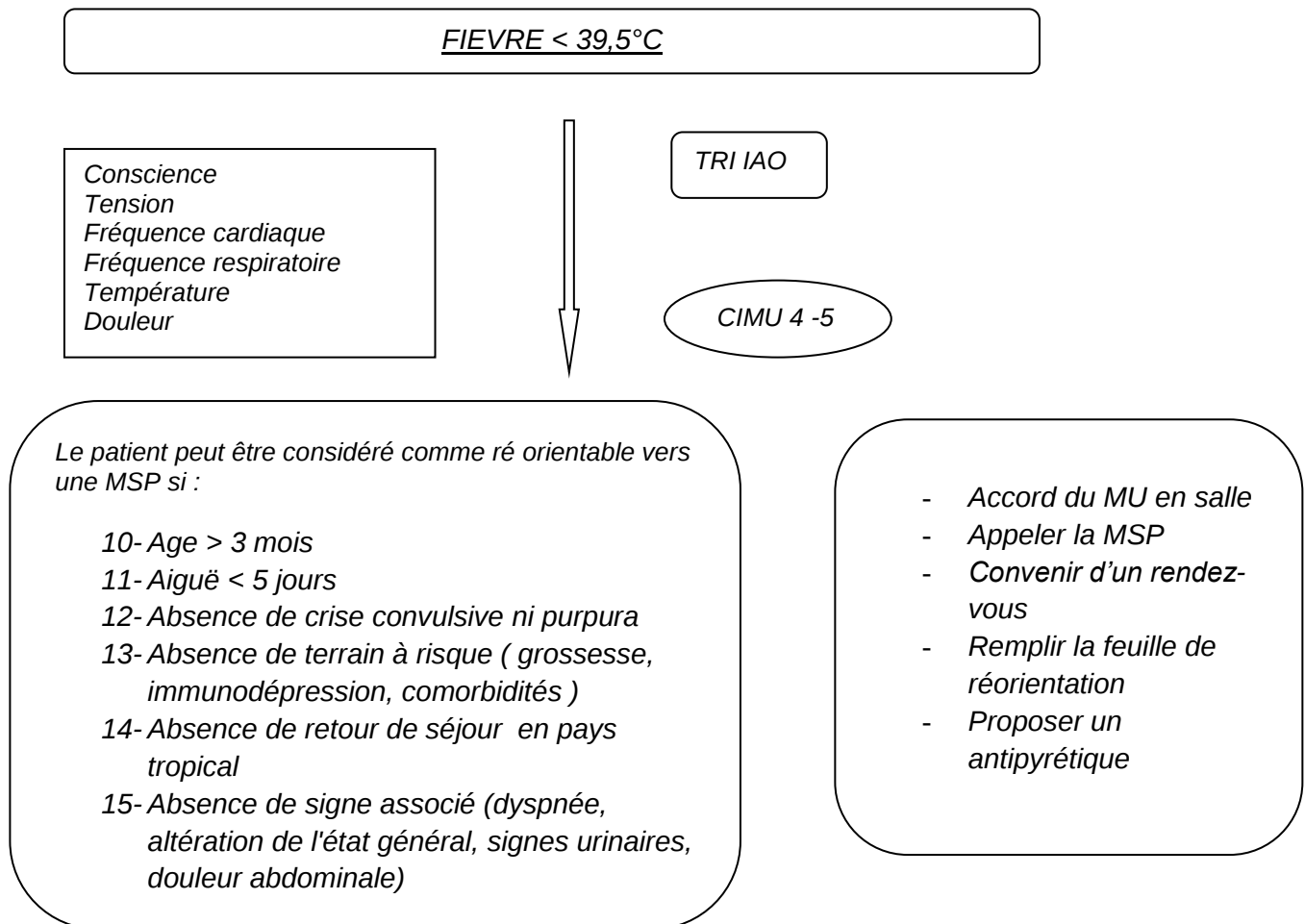
4 – ALGORITHME DE REORIENTATION POUR ERUPTION CUTANEE PIQURE D'INSECTE ET PRURIT :



5 – ALGORITHME DE REORIENTATION POUR DOULEUR LOMBAIRE :



6 – ALGORITHME DE REORIENTATION POUR FIEVRE:



ANNEXE V : Fiche de réorientation

FICHE DE REORIENTATION PATIENTS IAO

Nom Prénom DDN ETIQUETTE PATIENT	Date et heure d'arrivée : Médecin traitant : N° téléphone patient :
--	---

Motif de consultation aux urgences :

☐ Douleur de gorge/ douleur dentaire	☐ Signes fonctionnels urinaires
☐ Ootalgie	☐ Eruption cutanée/ prurit/piqûre d'insecte
☐ Lombalgie	☐ Fièvre
☐ Autre motif réorientable :	
☐ Patient réorientable selon algorithme correspondant	

Contact du médecin traitant par le patient avant passage aux urgences : ☐ OUI* ☐ NON

*Si OUI, motif de non consultation du MT :

Réorientation :

1- Validation par urgentiste Dr (maison de santé)

☐ OUI ☐ NON*

*Si non, motif de refus de réorientation :

2- Accord du patient :

☐ OUI ☐ NON*

* Si non, motif de refus :

3- Contact maison de santé :

☐ RDV impossible ce jour, motif :

☐ RDV programmé à h avec Dr

☐

OU Contact du 15 pour médecin de garde si week-end, jour férié ou après 19h en semaine :

RDV prévu :

Suivi des patients :

☐ Prise en charge aux urgences :

Examens réalisés /avis :

Diagnostic de fin de consultation :

Prescriptions de sortie :

☐ Prise en charge MSP :

Diagnostic de fin de consultation :

Prescriptions :

RESUME-MOTS CLES

Peut-on réorienter des patients se présentant spontanément à l'accueil des urgences de Châtelleraut vers la médecine de ville ?

Les consultations aux urgences étant en hausse depuis quelques années, la réorientation pourrait permettre un désengorgement des urgences, une amélioration du parcours de soins du patient et de la collaboration médecin de ville-hôpital.

Les consultations non urgentes pourraient-elles être réorientées vers la médecine générale sans risque et quelles sont les limites ?

Nous avons étudié la réorientation des patients non urgents à l'accueil du service des urgences de Châtelleraut sur 3 mois. L'Infirmier d'Accueil et d'Orientation pouvait ré adresser le patient vers son médecin traitant après son accord et celui de l'urgentiste de garde à l'aide d'une fiche de réorientation et suivant des algorithmes.

32 patients ont été réorientés sur les 568 ré orientables (étudiés rétrospectivement). Le nombre de réorientation décroît de mai à août et en soirée. Les motifs les plus souvent réorientés sont les prurits et piqûres d'insecte. 24 patients sur 32 ont pu consulter un médecin dans la journée ou les jours suivants. Nous avons pu recontacter 13 patients pour leur suivi.

Grâce aux données de notre étude et aux comparaisons avec la littérature, nous avons pu lister les solutions envisageables pour une réorientation fiable et sécurisée.

Mots clés : Urgences – réorientation – médecin généraliste – Châtelleraut



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 !*

~~~~~

RESUME - MOTS CLES

Peut-on réorienter des patients se présentant spontanément à l'accueil des urgences de Châtellerault vers la médecine de ville ?

Les consultations aux urgences étant en hausse depuis quelques années, la réorientation pourrait permettre un désengorgement des urgences, une amélioration du parcours de soins du patient et de la collaboration médecin de ville-hôpital.

Les consultations non urgentes pourraient-elles être réorientées vers la médecine générale sans risque et quelles sont les limites ?

Nous avons étudié la réorientation des patients non urgents à l'accueil du service des urgences de Châtellerault sur 3 mois. L'Infirmier d'Accueil et d'Orientation pouvait réadresser le patient vers son médecin traitant après son accord et celui de l'urgentiste de garde à l'aide d'une fiche de réorientation et suivant des algorithmes.

32 patients ont été réorientés sur les 568 ré orientables (étudiés rétrospectivement). Le nombre de réorientation décroît de mai à août et en soirée. Les motifs les plus souvent réorientés sont les prurits et piqûres d'insecte. 24 patients sur 32 ont pu consulter un médecin dans la journée ou les jours suivants. Nous avons pu recontacter 13 patients pour leur suivi.

Grâce aux données de notre étude et aux comparaisons avec la littérature, nous avons pu lister les solutions envisageables pour une réorientation fiable et sécurisée.

Mots clés : Urgences – réorientation – médecin généraliste – Châtellerault