



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

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

présentée et soutenue publiquement  
le jeudi 19 décembre 2024 à Poitiers  
par Madame CHAMBROT Ophélie

Évaluation de l'impact de la réorientation Logibec sur le statut médecin traitant de la patientèle Charentaise sans médecin référent vue aux urgences d'Angoulême entre Octobre 2023 et Février 2024.

### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Thierry HAUET

**Membres** : Monsieur le Docteur Vincent JEDAT  
Madame le Docteur Anne-Claire PUCHAU

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Gilles MOALIC



## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2024 – 2025

### DEPARTEMENT DE MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique (*retraite 01/04/2025*)
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses (*en disponibilité 2 ans à/c 01/08/2024*)
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- VENDEUVRE Tanguy, chirurgie orthopédique et traumatologique
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ALLOUCHERY Marion, pharmacologie clinique
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique (*en mission jusqu'au 31/03/2025*)
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DAVID Romain, médecine physique et de réadaptation
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie (*en mission 1 an à/c du 25/10/2024*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LARID Guillaume, rhumatologie
- LIUU Evelyne, gériatrie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MOSBAH Héléna, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)

- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

#### **Maitre de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

#### **Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- BENATRU Isabelle, neurologie
- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation
- LE MOAL Gwenaél, maladies infectieuses et tropicales

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

#### **Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent
- LUCCHESI PILLET Virginie

#### **Enseignant contractuel sur chaire professeur junior**

- MELIS Nicolas, biologie cellulaire et moléculaire

#### **Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU)**

- CARSUZAA Florent, oto-Rhino-Laryngologie
- RAULT Christophe, physiologie

#### **Professeurs émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie (08/2026)
- NEAU Jean-Philippe, neurologie (08/2027)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique (08/2027)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2026)
- RICHER Jean-Pierre, anatomie (08/2029)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

#### **Professeurs et Maitres 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
- 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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, 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
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- 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)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## DEPARTEMENT DE PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique
- VENISSE Nicolas, chimie analytique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guyène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur du département de pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- CAMBIEN Guillaume, santé publique, épidémiologie
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

### *Maîtres de conférences*

- ARANZANA CLIMENT Vincent, pharmacologie
- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – Référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *Enseignants contractuels en pratique officinale et soins primaires – DEUST PTP*

- CHASSERIAU Jacques, pharmacien
- VALET Maud, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- AUPY Thomas, toxicologie

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie (08/2029)

### *Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires*

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAERKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

## DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

### *Professeur associé des universités des disciplines odontologiques*

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- PERDRISOT Rémy, département de médecine
- RIOUX-BILAN Agnès, département de pharmacie

# Remerciements

---

A mon jury de thèse :

- Monsieur le Professeur HAUET Thierry, je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.
- Monsieur le Docteur JEDAT Vincent, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury en tant que membre du Département de Médecine Générale, mais aussi en tant que médecin généraliste.
- Madame le Docteur PUCHAU Anne Claire, je suis honorée de ta présence pour la dernière étape de mes études en acceptant de faire partie de ce jury de thèse. Tu m'as accompagné tout au long de mon internat comme tutrice puis dans mes débuts d'exercice en me permettant de te remplacer à Matha. Je te remercie infiniment pour tout le soutien que tu m'as apporté pendant ses 4 années.
- Monsieur le Docteur MOALIC Gilles, je te remercie de m'avoir confié ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné durant ce projet.
  
- Merci à M. RINGENBACH Julien, vous m'avez grandement aidé dans l'analyse statistique de mes données de thèse, un domaine qui ne m'a jamais vraiment passionné.

Merci à mes maîtres de stage :

- A Monsieur le Docteur JUNIOT Christophe, tu m'as donné l'envie de venir m'installer en Sud Charente avec toi et le reste de la MSP de Villebois-Lavalette dès mon deuxième semestre. Je te remercie de tout ce que tu m'as appris durant ce semestre et de ton accompagnement lors de mes tout premiers remplacements. A bientôt en tant que voisins de bureau.
- A Monsieur le Docteur FONTANAUD Patrick, tu m'as reçu en Niveau 1 et en SASPAS pour une double dose d'apprentissage vécue avec joie. A tes côtés j'ai découvert comment écouter mes patients avec empathie et sagesse.
- A Madame le Docteur SOUCHAUD-MENARD Vivianne, pour tous les conseils et débriefings apportés durant mon semestre de SASPAS. Ils m'ont permis d'accroître mes connaissances et de prendre de plus en plus confiance en moi.

Merci à toutes les équipes hospitalières avec qui j'ai travaillé durant mon internat :

- L'équipe des Urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême, merci pour votre accueil et votre aide lors de mon premier semestre d'internat. Merci pour votre aide et votre patience durant la phase d'inclusion de ce travail. Merci pour la compréhension et la disponibilité des IOA qui ont pris le temps de présenter mon travail de thèse aux patients réorientés et de leur faire signer les différents documents nécessaires à sa réalisation.
- L'équipe de Médecine Polyvalente du Centre Hospitalier de Saint-Jean d'Angely et tout particulièrement à Monsieur le Docteur KUCHLY Benoît pour tous ces moments riches en enseignement. Merci à Madame SWINGEDAUW Peggy, grâce à toi je suis devenue une pro de la rédaction des courriers de sortie.
- L'équipe de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier d'Angoulême et surtout à mes co-internes Thomas, Jordan et Martin. Sans vous, ce stage n'aurait pas eu la même saveur. Ce stage nous a rapproché et soudé pour une amitié qui, je l'espère, durera au-delà de tous vos déménagements hors Charente.
- L'équipe de Pédiatrie du Centre Hospitalier d'Angoulême qui m'a permis d'appivoiser l'Enfant de 0 à 15 ans. Merci pour votre gentillesse, votre patience et vos enseignements à tous niveaux de soins. Merci à mes co-internes Assia, Aurélie, Chand, Clément, Julie, Léa, Maxime, Pierre-Alexandre, Thomas pour ce semestre riche en émotion et en rebondissement. Un énorme merci à l'équipe des secrétaires de pédiatrie, Christelle, Gwen, Karine, Nathalie et Sophie pour m'avoir permis de venir travailler ma thèse dans les bureaux de consultations pendant 9 mois.

A ma famille :

- Je remercie mes parents pour leur soutien depuis toujours, je n'aurai pas assez de mots pour exprimer tout ce que je vous dois. Je mets enfin un terme à mes études ! ... en attendant le prochain Diplôme Universitaire. Je vous aime.
- Merci à ma grande sœur Célia et ma nièce Louna pour leur soutien à distance. Je vous aime.
- Madeleine, ma grand-mère de cœur. Que le temps où tu m'accompagnais dans mes jeux du mercredi après-midi est loin. Mais toujours le même amour entre nous.

Aux amis de tous horizons :

- Merci à mes meilleures amies d'être toujours présentes malgré les éloignements géographiques. Audrey et tes bourdes légendaires, quelle idée de t'être exilée en Angleterre. Marie, n'insiste pas je ne viendrai pas m'installer dans le Gers, mais je viendrai toujours profiter de ma maison secondaire dès que possible. Merci pour ses nombreuses heures passées au téléphone quand mon moral flanche. Sylvie et ton accent basque chantant et ta non-prise de tête permanente. Il y aura toujours un truc à faire dans les parages.

- Merci à ma coloc, Célia, pour m'avoir supporté pendant 5 semestres. De m'avoir écoutée et accompagnée quand j'étais au plus bas, pour tous les bars et restaurants testés et approuvés quelle que soit la période de l'année. Même si ta mère te dit le contraire, tu verras la Charente s'est vraiment chouette pour y vivre et y travailler.

- A la team de l'externat : Caro, Cynthia, Marie (vive les week-end de révision endiablés), Maxime (non le café ce n'est pas bon ! et pourtant je commence à devenir accro), Pauline. Nous sommes tous dispersés en France désormais, mais c'est toujours un bonheur de se retrouver dans une région différente le temps d'un week-end.

A Olivia, ma directrice de thèse officieuse. C'est un peu loin Montpellier mais je sais que notre amitié durera malgré la distance. Merci pour tes précieux conseils et ton investissement bénévole dans la réalisation de cette thèse. Tu es prête à devenir officiellement directrice de thèse, j'envie les internes qui auront la chance d'être encadrés par tes soins. Maintenant à nous les concerts, les randonnées et la liberté post internat.

- A Marlène et Bruno. Il aura fallu un cambriolage pour nous rapprocher, un mal pour un bien. Vive les apéros entre voisins mensuels.

- A Emeline et Maude pour leur bonne humeur et leur joie qui accompagnent mes passages à Villebois.

- A Camille, tu as fait un passage éclair en Charente mais cela nous a permis de développer une amitié forte et sincère.

Sans oublier la musique :

- A Los Téoporos, que de moments inoubliables avec vous, que de « HEY ! » pour vous rendre sourds, que d'ampoules sur mes mains fragiles parce qu'on ne tape jamais assez fort sur une grosse caisse (quoique vous en disiez). Je ne vous cite pas un par un pour ne pas risquer d'en oublier, mais je vous aime tous autant que vous êtes. Votre Morvette adorée.

- Je remercie la Fanfar'Ouest de m'avoir accueillie depuis un peu plus d'une année maintenant et pour votre bienveillance qui m'a permis de prendre confiance en moi avec un saxophone dans les mains.

- Merci à tous les fanfarons de France et de Navarre rencontrés depuis 2018.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui m'ont permis d'évoluer durant toutes ces années.

# Liste des abréviations

---

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences  
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public  
CH : Centre Hospitalier  
CM : Cabinet Médical  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPP : Comité de Protection des Personnes  
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé  
IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil  
IPA : Infirmière de Pratique Avancée  
MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation  
MDS : Maison de Santé  
MMG : Maison Médicale de Garde  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
MT : Médecin Traitant  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
ZAC : Zones d'Action Complémentaires  
ZIP : Zones d'Intervention Prioritaire

# Liste des figures et des tableaux

---

Figure 1 : Répartition des CH comprenant une structure d'urgence en Charente

Figure 2 : Panorama des passages aux urgences d'Angoulême en 2023. *Source : ORUNA*

Figure 3 : Répartition des cabinets médicaux partenaires au Logibec

Figure 4 : Diagramme de flux

Figure 5 : Répartition des 45 patients inclus en fonction de la classe d'âge.

Figure 6 : Répartition socio-économique des 45 patients inclus.

Figure 7 : Répartition des motifs de venues urgences en pourcentage.

Figure 8 : Odds ratios et leurs intervalles de confiance.

Figure 9 : Nombre de patient ayant ressenti un besoin de prise en charge médicale au premier trimestre (M0M3) de suivi et au deuxième trimestre de suivi (M3M6)

Figure 10 : Motifs de consultation en pourcentage au premier trimestre de suivi

Figure 11 : Motifs de consultation en pourcentage au deuxième trimestre de suivi

Figure 12 : Stratégie des patients pour résoudre leurs besoins de prise en charge médicale au premier trimestre (M0M3) et au deuxième trimestre (M3M6)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population réorientable

Tableau 2 : Caractéristiques de la population incluse pour l'analyse principale

Tableau 3 : Répartition des lieux de rendez-vous Logibec des 45 patients inclus

Tableau 4 : Statut « médecin traitant » à 3 mois et à 6 mois des patients réorientés inclus

<b>Liste des enseignants .....</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>5</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>7</b>
<b>Liste des figures et des tableaux.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Introduction.....</b>	<b>10</b>
1.1 <i>Évolution de la démographie médicale.....</i>	10
1.2 <i>Statut « médecin traitant ».....</i>	10
1.3 <i>Saturation des services des urgences.....</i>	11
1.4 <i>La réorientation.....</i>	12
1.5 <i>Le logiciel Logibec.....</i>	13
<b>2 Matériel et méthode.....</b>	<b>15</b>
2.1 <i>Description de l'étude.....</i>	15
2.2 <i>Critères d'inclusion.....</i>	15
2.3 <i>Critères de non-inclusion.....</i>	15
2.4 <i>Recueil de données.....</i>	15
2.4.1 <i>Ethique et consentement.....</i>	15
2.4.2 <i>Sélection à l'accueil des urgences.....</i>	15
2.4.3 <i>Méthodologie du recueil.....</i>	16
2.4.4 <i>Classification et analyse des données.....</i>	17
<b>3 Résultats.....</b>	<b>19</b>
3.1 <i>Caractéristiques de la population.....</i>	19
3.2 <i>Caractéristiques des réorientations.....</i>	22
3.3 <i>Résultats de l'objectif principal.....</i>	22
3.4 <i>Résultats de l'objectif secondaire.....</i>	23
<b>4 Discussion.....</b>	<b>25</b>
4.1 <i>Interprétation des résultats.....</i>	25
4.2 <i>Intérêts de l'étude.....</i>	26
4.3 <i>Limites et biais.....</i>	26
4.4 <i>Perspectives.....</i>	27
4.4.1 <i>Soins urgents.....</i>	27
4.4.2 <i>Soins chroniques.....</i>	27
<b>5 Conclusion.....</b>	<b>29</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>30</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>34</b>
<b>Serment.....</b>	<b>47</b>
<b>Résumé - Mots clés.....</b>	<b>48</b>

# 1 Introduction

---

## 1.1 Évolution de la démographie médicale

La qualité des soins en santé est définie par l' Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la capacité à « garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Or le nombre de médecins généralistes en exercice a diminué de 8,0% entre 2010 et 2023 en France.(1) Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a sorti un état des lieux de la démographie du Poitou Charente. Il retrouvait, entre 2007 et 2015, une baisse des médecins en activité, toutes spécialités confondues : - 0,3% au niveau national, et - 8,1% en Charente. En 2015, il y avait 292 médecins généralistes en activité régulière, soit -23,6% entre 2007 et 2015.(2)

En 2015, les médecins généralistes Charentais avaient en moyenne 54,1 ans. 29,1% de l'effectif avait plus de 60 ans et 12,7% de l'effectif avait moins de 40 ans, dont 54% étaient des femmes.(2)

Selon l'article L.4130.1 de la loi HPST, les missions du médecin généraliste de premiers recours sont notamment :

- « Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients.
- Participer à la mission des service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1 »(3)

## 1.2 Statut « médecin traitant »

La loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie introduit la notion de médecin traitant pour les patients de 16 ans et plus. (4) Tout médecin inscrit au CNOM peut être médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier, urgentiste ou salarié d'un établissement de santé. Il a un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient. Cela permet d'avoir un parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Le but est de limiter le nomadisme médical.

Le patient a la liberté de choix de son médecin traitant sans contrainte géographique. C'est une démarche volontaire du patient. Après accord du médecin, il le signale à l'assurance maladie. Si le patient ne désigne pas de médecin traitant, il s'expose à des pénalisations financières avec diminution des remboursements. Le patient peut changer de médecin traitant à tout moment. Un médecin peut refuser de devenir le médecin traitant d'un patient sans justification.

Plusieurs thèses de médecine se sont intéressées aux critères de choix du médecin traitant. C'est un choix complexe combinant les attentes du patient, la réalité du terrain et la diminution de la démographie médicale. Ces études retrouvaient, entre 2014 et 2018, des critères similaires : la qualité de l'écoute, la relation patient-médecin, la compétence, la disponibilité, la proximité géographique, l'identification au même genre. (5–8) Une étude de 2021 réalisée en Lorraine montrait que moins de 10% des répondants ont dû faire un « choix par défaut ».(9)

La baisse de la démographie médicale peut faire craindre que les patients soient amenés à faire leur choix plus fréquemment par défaut, voir même de ne pas trouver de médecin traitant. Un rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la situation de l'hôpital et du système de santé en France sorti en 2022 parlait de 6 millions de patients sans médecin traitant et de 6% de la population française qui habitait en zone géographique sous-dotée en médecins généralistes.(10) En 2022, 8,8% de la population française était sans médecin traitant. Mme ETCHEVERRIA, directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) Charente, parlait de « 3600 Charentais sans médecin traitant » le 23 décembre 2023.(11)

L'étude de LAURENT s'est intéressée en 2023 au « vécu des patients n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien ». Les patients avaient conscience d'une perte future de leur médecin traitant, notamment avec le départ en retraite. Ils espéraient que cette relation ne terminera jamais. Ils faisaient souvent face à des refus de la part des nouveaux médecins contactés. Ce qui entraînait une lassitude et une résignation à poursuivre les recherches.(12)

L'absence de médecin traitant entraîne la mise en place de méthodes alternatives pour se soigner : automédication, conseil en pharmacie, télémedecine, consultation en centre de soins non programmés et recours aux urgences pour des motifs qui sont parfois non urgents.

### 1.3 Saturation des services des urgences

Depuis plusieurs années, le nombre de passage aux urgences est en constante en augmentation. En 2014, la Cour des Comptes dressait un état des lieux des urgences hospitalières. Le constat était de « 18 millions de passages aux urgences en 2012, soit 30% de plus en dix ans ». Il y avait une augmentation surtout pour les passages non suivis d'une hospitalisation. 61% de ses passages n'ont pas été précédés d'un avis médical.(13)

La mission des structures d'urgence a été fixée par l'article R 712-65 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1995. Il s'agit d'un accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, sans sélection, pour toute personne se présentant en situation d'urgence et sa prise en charge.(14) La circulaire du 16 avril 2003 précise cette mission avec la priorisation pour les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel.(15)

D'un point de vue médical, on peut distinguer deux niveaux d'urgence : l'urgence réelle correspondant à des urgences vitales (mettant en jeu le pronostic vital) ou vraies (nécessitant des soins rapides), et l'urgence ressentie. Dans ce dernier cas, le patient pense avoir besoin de soins rapides alors qu'il n'en est rien. L'urgence ressentie peut être gérée par le médecin traitant.

En 2022, la Charente comptait 348 159 habitants pour 5 services d'urgences.

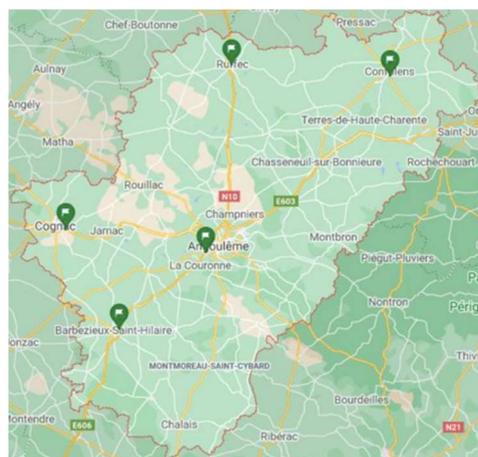


Figure 1 : Répartition des centres hospitaliers (CH) ayant une structure d'urgence en Charente

Il y a eu 105 036 passages aux urgences en 2022 et plus précisément 58 610 au CH d'Angoulême. (16)

En 2023, le patient type venant aux urgences est un homme de 40,6 ans résidant dans le département. Il vient durant les horaires de permanence des soins, reste environ 3h dans le service et rentre à domicile à l'issue des soins. L'état clinique est stable, sans ou avec acte complémentaire simple.(17)

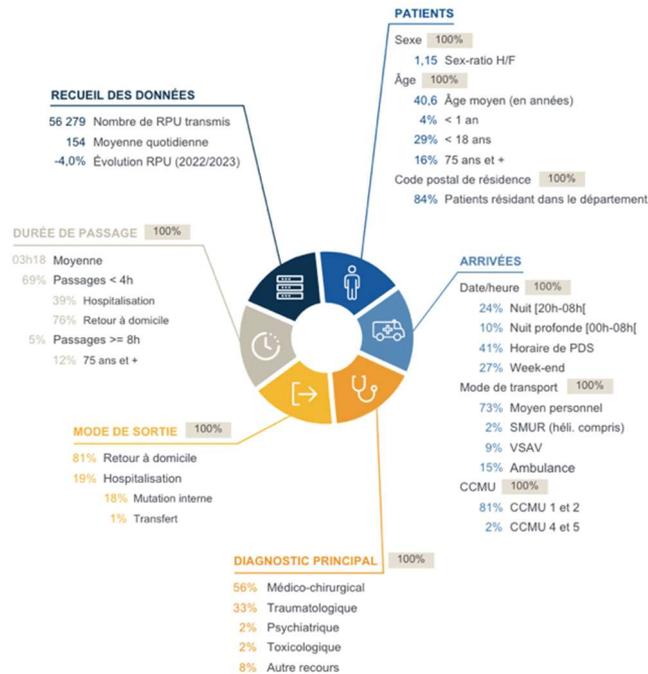


Figure 2 : Panorama des passages aux urgences d'Angoulême en 2023. Source : ORUNA

Les raisons exposées par les patients non-urgents se présentant aux urgences sont identiques dans plusieurs études (18–20):

- Le besoin de prise en charge rapide en rapport avec une douleur ou une anxiété.
- La difficulté à avoir un rendez-vous avec leur médecin traitant.
- La présence d'un plateau technique complet.
- Le besoin d'accéder à un médecin spécialiste.

## 1.4 La réorientation

Depuis plusieurs années, pour faire face à cette augmentation de passage, certains services des urgences ont mis en place un système de réorientation à l'attention des patients Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) 1.

La réorientation est « la procédure par laquelle un patient se présentant aux urgences est redirigé par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) ou par le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) vers une offre de santé mieux adaptée à son besoin. Tout patient ne relevant pas de la médecine d'urgence pourra être réorienté, après une évaluation réalisée par l'IOA ou le MAO. »(21)

Cette possibilité de prise en charge à l'entrée des urgences existe dans le Code de santé publique depuis 2006. Elle est précisée dans le décret N°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence.(22)

La réorientation se fait en plusieurs étapes (Annexe 1) :

- Accueil administratif.
- Vérification de l'absence de critères médicaux et sociaux de non-réorientation.

- Évaluation clinique : prise des constantes, sollicitation d'un avis médical si évaluation réalisée par l'IOA.
- Recherche d'un rendez-vous médical auprès d'une structure de médecine de ville conventionnée avec la structure des urgences.
- Information du patient et réorientation.

Au CH d'Angoulême la réorientation est pratiquée depuis 2000 avec une mise en place d'un protocole de service codifié. Il est régulièrement mis à jour pour respecter les évolutions du système de santé. Les IOA ont été intégrés au protocole en 2012. (Annexe 2) Le taux de réorientation au CH d'Angoulême fluctue : 3,2% en 2010, 6% en 2017, 4,4% en 2021.(20,23,53). Ces chiffres sont similaires à d'autres études réalisées en France entre 2017 et 2021.(24–26)

La réorientation est très bien acceptée par les patients (27,28) et c'est une pratique sûre dans la prise en charge médicale des patients non-urgents.(23,29,54)

## 1.5 Le logiciel Logibec

Au Canada, l'Hôpital Sacré Cœur de Montréal utilise un algorithme médical de réorientation via le logiciel Logibec Réorientation depuis 2016. Avec ce logiciel la variabilité et la subjectivité dues aux différents intervenants sont réduits. C'est un système efficace et sûr de pratiquer la réorientation.(23,54)

L'algorithme comprends plus de 50 motifs de consultations, associés à des contre-indications et des critères d'exclusion. Cela permet de limiter les risques de mise en danger des patients. Le logiciel permet aux professionnels des urgences de trouver un rendez-vous sous 48 heures avec un médecin généraliste de ville collaborant au projet.

Le Logibec est utilisé au CH d'Angoulême depuis le 11 Juillet 2020. Il est actuellement utilisé au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Suisse, au Royaume-Uni et en France. A l'été 2024, il était utilisé dans 12 Centre hospitaliers en France.

Le processus de réorientation se déroule comme décrit plus haut puis

- Un document attestant la réorientation est remis au patient. Il comporte un numéro d'anonymisation, l'heure et le lieu du rendez-vous (Annexe 3)
- Une fois au rendez-vous, cette attestation est remise au secrétariat pour notifier de la venue du patient.

La réorientation des patients via Logibec est sécuritaire avec 2,2% de retour aux urgences dans les 48h sans complication sévère en Août 2020. Les patients se disent satisfait à 71,9%.(54) Une thèse en 2021 s'intéressait au point de vue des médecins généralistes participant au projet. Il leur semblait naturel de participer et de venir en aide aux urgences surchargées. Cela permet une amélioration globale de l'accès aux soins, de créer une filière de soins adaptée pour les soins non programmés non urgents. Les freins retrouvés à l'utilisation du Logibec sont les rendez-vous non honorés, et un accès aux soins parfois jugés trop rapide.(30)

La mise en place du Logibec montre qu'un projet respectueux des différents acteurs de soins est possible entre le service des urgences et la médecine de ville pour améliorer l'accès aux soins de la population. De nombreuses études existent à propos de la sécurité de la méthode, la satisfaction des patients, les premiers impacts sur le service des urgences et l'opinion des médecins généralistes partenaires.

Cependant, aucune étude ne s'intéresse au devenir des patients réorientés qui se sont présentés aux urgences car ils n'avaient pas de médecin traitant déclaré.

Notre étude s'intéresse à l'évaluation du retour dans un parcours de soins adapté. L'objectif principal s'intéresse à la déclaration d'un médecin traitant dans les 6 mois qui suivent la réorientation. Comparé à avec une population témoin n'ayant pas bénéficié de la réorientation dans les 2 années précédentes.

Notre objectif secondaire est d'évaluer la consommation de soins sur 6 mois à travers le suivi d'une cohorte sans médecin traitant. Leur devenir et leur stratégie face à leurs besoins de santé est questionnée.

Le logiciel Logibec peut-il représenter un moyen de faciliter l'accès à un médecin traitant en Charente, qui possède de nombreux déserts médicaux, dans un contexte de démographie médicale qui diminue ? Permet-il également l'éducation d'un bassin de santé sur les stratégies de soins à adoptées pour les soins non urgents ?

## 2 Matériel et méthode

---

### 2.1 Description de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative cas-témoins, observationnelle, descriptive, monocentrique réalisée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CH d'Angoulême situé dans le département de la Charente en Nouvelle Aquitaine.

La période d'inclusion se déroulait du 1<sup>er</sup> Octobre 2023 au 29 Février 2024. Et la période de suivi des patients se déroulait jusqu'à six mois après la dernière inclusion soit le 29 Août 2024.

### 2.2 Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans la population cas : les patients majeurs, habitants en Charente, n'ayant pas de médecin traitant déclaré et étant réorientés par le Logibec.

Les critères d'inclusion de la population témoin fournie par la CPAM Charente étaient : patient majeur résidant en Charente ne s'étant pas présenté dans un SAU au cours des 2 dernières années et ne possédant pas de médecin traitant déclaré au 1<sup>er</sup> Janvier 2024.

### 2.3 Critères de non-inclusion

Étaient exclus de l'étude :

- Les patients de moins de 18 ans
- Les patients habitant dans un autre département
- Les patients ayant un médecin traitant déclaré en activité
- Les patients ne répondant pas aux critères de réorientation
- Les patients répondant aux critères de réorientation mais qui n'a pas aboutie par manque de rendez-vous Logibec disponible ou qui ont été réorientés vers le médecin de garde
- Les patients ayant refusé de participer à l'étude après information par l'observateur
- Les patients ne pouvant répondre au questionnaire de suivi (troubles cognitifs, barrière de la langue, sous protection judiciaire ...)
- Les patients ne s'étant pas présentés au rendez-vous Logibec.

### 2.4 Recueil de données

#### 2.4.1 Ethique et consentement

Le protocole de l'étude a reçu l'accord du comité d'éthique du CH d'Angoulême. Le fichier de recueil des données a été anonymisé et déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) par le biais des services du CH d'Angoulême. (Annexe 4)

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 CNIL et de la directive MR-04 relatives aux études humaines observationnelles. Ils devaient signer un consentement autorisant leur inclusion dans l'étude. (Annexe 5)

#### 2.4.2 Sélection à l'accueil des urgences.

Les patients se présentant au SAU du CH d'Angoulême sont évalués par l'IOA sous la responsabilité du MAO.

Un patient peut être réorienté vers la médecine de ville 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 la 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 (<48h)
- Patient en centre de détention
- Refus du patient d'être réorienté 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'IOA
- 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 contre-indication à la réorientation liée à la pathologie motivant 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 3)

Le passage du patient 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 EASILY avec le module ASUR.

Tous les patients réorientés via le Logibec vers un cabinet de médecine générale partenaire étaient analysés et ensuite inclus dans notre étude s'ils ne présentaient pas de critères d'exclusion.

### 2.4.3 Méthodologie du recueil

Les patients réorientés recevaient de la part de l'IOA ou de la part de l'enquêteur, une notice d'information concernant l'étude en cours et un consentement à signer s'ils étaient d'accord pour participer à notre étude. (Annexe 5 et 6)

Une fois le consentement recueilli, les données qui nous intéressaient étaient recueillies sur les logiciels ASUR et Logibec à savoir :

- Sexe,
- Date de naissance,
- Date de réorientation,
- Statut de la réorientation et lieu de réorientation le cas échéant,
- Statut médecin traitant,
- Département de résidence,
- Motif de venue au SAU.

Les données recueillies ont été enregistrées et traitées de manière anonyme via un numéro d'identification dans un tableau Excel (2024).

Dans un autre fichier Excel, indépendant, ce numéro d'identification était associé à leur numéro de téléphone pour pouvoir les joindre pour le suivi téléphonique à 3 mois et à 6 mois après leur réorientation.

Les patients qui étaient réorientés à plusieurs reprises durant la période d'inclusion de notre étude étaient inclus uniquement à leur premier passage. Les passages suivants étaient pris en compte dans le suivi du patient.

Les entretiens téléphoniques ont été réalisés par un seul enquêteur pour une meilleure reproductibilité des résultats afin de minimiser les biais. Dans la même optique, un questionnaire écrit et validé avant le début des entretiens téléphoniques a été réalisé pour servir de trame à l'enquêteur (Annexe 7)

Les patients étaient considérés comme non répondants après 3 appels sans réponse passés à des heures différentes et étalés sur 1 mois.

Les données recueillies lors du suivi téléphonique étaient les suivantes :

- Présentation ou non au rendez-vous donné via le Logibec,
- Département de résidence,
- Statut socio-économique,
- Statut médecin traitant. Si présence d'un nouveau médecin traitant, comment l'ont-ils trouvé. Si absence d'un médecin traitant, existe-t-il un suivi médical sans déclaration officielle du statut médecin traitant ?
- Besoin d'une consultation médicale depuis 3 mois. Si oui, pour quel motif et avec quelle prise en charge.
- A 3 mois, l'accord oral pour le suivi à 6 mois étaient redemandé.

Pour la population témoin, nous avons fait appel au service statistique de la CPAM Charente qui nous a fourni via un tableau Excel, une population anonymisée avec 2 témoins par cas appareillés sur l'âge et le sexe. La population témoin ne possède pas de médecin traitant déclaré au 1<sup>er</sup> Janvier 2024 et nous avons accès à leur statut médecin traitant au 1<sup>er</sup> Juillet 2024, soit à 6 mois. Pour garantir une comparaison fiable, cette population témoin n'a pas bénéficié de facturation pour passage dans un SAU depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2022.

#### 2.4.4 Classification et analyse des données

Les données recueillies ont été consignées et analysées dans un tableau Excel. Les données relatives aux motifs de consultation ont été classées selon la classification utilisée par le Logibec :

- Dermatologie
- Gastroentérologie
- Gynécologie-obstétrique
- Musculosquelettique
- Néphrologie
- Ophtalmologie
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Psychiatrie
- Urologie
- Divers (certificat médical, accident du travail, renouvellement d'ordonnance, plainte depuis un mois stable, changement de pansement)

Les cabinets partenaires au Logibec sont au nombre de 7, répartis dans la communauté de communes du Grand Angoulême :

- Le centre de santé (CDS) du CH d'Angoulême
- Le cabinet médical (CM) Lavalette à Angoulême

- Le cabinet du Dr GARNAUD à Angoulême
- Le CM des 3 Fours à Angoulême
- La MDS Val de Touvre à Ruelle sur Touvre
- La maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de la Clé d'Or de Dignac
- Le MSP de la Maison d'Ardoise à l'Isle d'Espagnac.

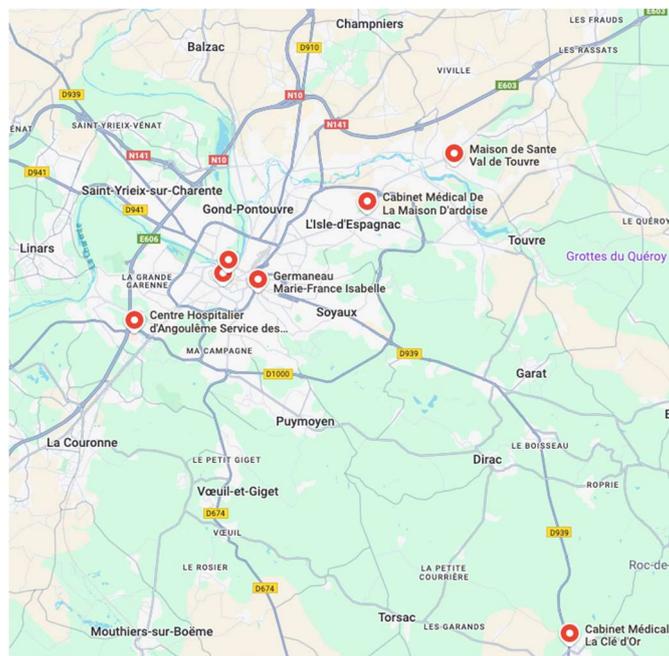


Figure 3 : Répartition des cabinets médicaux partenaires au Logibec

Les catégories socioprofessionnelles utilisées sont les suivantes : (31)

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activités (étudiants, en recherche d'emploi, en invalidité)

Nous avons eu recours à un statisticien pour l'analyse statistique. Le nombre de sujet nécessaire a été calculé à 60 patients. Les variables discontinues ont été comparées à l'aide d'un test de Chi 2. Les tests utilisés étaient définis avec une erreur de type 1 à 5% et de type 2 à 10%.

## 3 Résultats

### 3.1 Caractéristiques de la population

Sur la période de notre étude, soit entre le 1<sup>er</sup> Octobre 2023 et le 29 Février 2024, 19 628 patients se sont présentés spontanément à l'accueil des urgences. 419 patients ont été catégorisés comme éligibles à la réorientation, soit 2,13% des passages. Les caractéristiques de la population réorientable sont présents dans le tableau 1.

		n (%)		
MEDECIN TRAITANT	Oui	288	(69%)	
	Non	131	(31%)	
SEXE	Homme	224	(53%)	
	Femme	195	(47%)	
	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max
AGE (en nombre d'année)	40.5 (18.8)	38.0 [24.0; 54.5]	2.00	96.0
DEPARTEMENT ou REGION de résidence		n (%)		
CHARENTE		391 (93%)		
ILE DE FRANCE		8 (1.9%)		
AQUITAINE		6 (1.4%)		
POITOU CHARENTE		6 (1.4%)		
PAYS DE LA LOIRE		3 (0.72%)		
CENTRE		2 (0.48%)		
LANGUEDOC ROUSSILLON		1 (0.24%)		
LIMOUSIN		1 (0.24%)		
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR		1 (0.24%)		

Tableau 1 : Caractéristiques de la population réorientable

227 patients ont été réorientés vers un cabinet de médecine de ville partenaire, soit un taux de réorientation par rapport au nombre total de passage aux urgences sur la période d'étude de 1,15%. Le taux de réorientation via Logibec était de 54,18%. Les autres patients réorientés sans Logibec ont été réorientés vers le médecin de garde ou bien renvoyé à domicile après réassurance et consigne de surveillance. 1 patient a refusé l'inclusion dans l'étude et 2 patients ont été réorientés à plusieurs reprises mais pris en compte uniquement à leur premier passage. Sur les 227 patients réorientés via Logibec, 131 avaient déclaré un médecin traitant auprès de la sécurité sociale, soit 57,7% ; 17 patients n'habitaient pas en Charente, soit 7,5% ; 16 patients étaient mineurs, soit 7,0% ; et 22 patients ont été exclus de l'analyse car ils étaient soit sous tutelle judiciaire, soit ne parlaient pas français, soit demandeur d'asile ; ce qui représente 9,6% de la population réorientée.

Pour le suivi des patients à 3 mois, 63 patients étaient éligibles, soit 27,7% des patients réorientés via Logibec vers un cabinet de médecine de ville partenaire. 96,1% des rendez-vous ont été honorés avec certitude : 6 patients ne se sont pas présentés au rendez-vous et pour 3 patients la venue en consultation est inconnue. 5 patients ont déménagé dans un autre

département ; nous n'avions pas de numéro de téléphone exploitable pour 6 patients ; 1 patient est décédé dans l'intervalle. 10 patients n'étaient pas joignables.

Pour le suivi des patients à 6 mois, 24 patients étaient éligibles, soit 10,6% des patients réorientés via Logibec vers un cabinet de médecine de ville partenaire. Les 7 patients ayant déclaré un médecin traitant au cours du premier trimestre de suivi n'ont pas été recontactés, ainsi que les patients non joignables à 3 mois. 2 patients n'ayant pas trouvés de médecin traitant à 3 mois, n'ont pas souhaité être recontactés à 6 mois. 1 patient a déménagé dans un autre département et 2 patients n'ont pas répondu à mes appels.

Nous avons fait le choix d'exclure de l'analyse secondaire les patients non réponders à 3 et 6 mois et ceux dont le numéro de téléphone étaient non attribués ; mais nous les avons inclus dans l'analyse principale car les données Logibec nous informe de leur présence au RDV. Nous avons pu récupérer leur statut médecin traitant à 6 mois via les données de la CPAM.

Au total, sur les 227 patients réorientés par Logibec, 45 patients ont été inclus dans l'analyse principale. Concernant l'analyse secondaire, 33 patients ont été inclus dans l'analyse à 3 mois et 21 patients ont été inclus l'analyse à 6 mois.

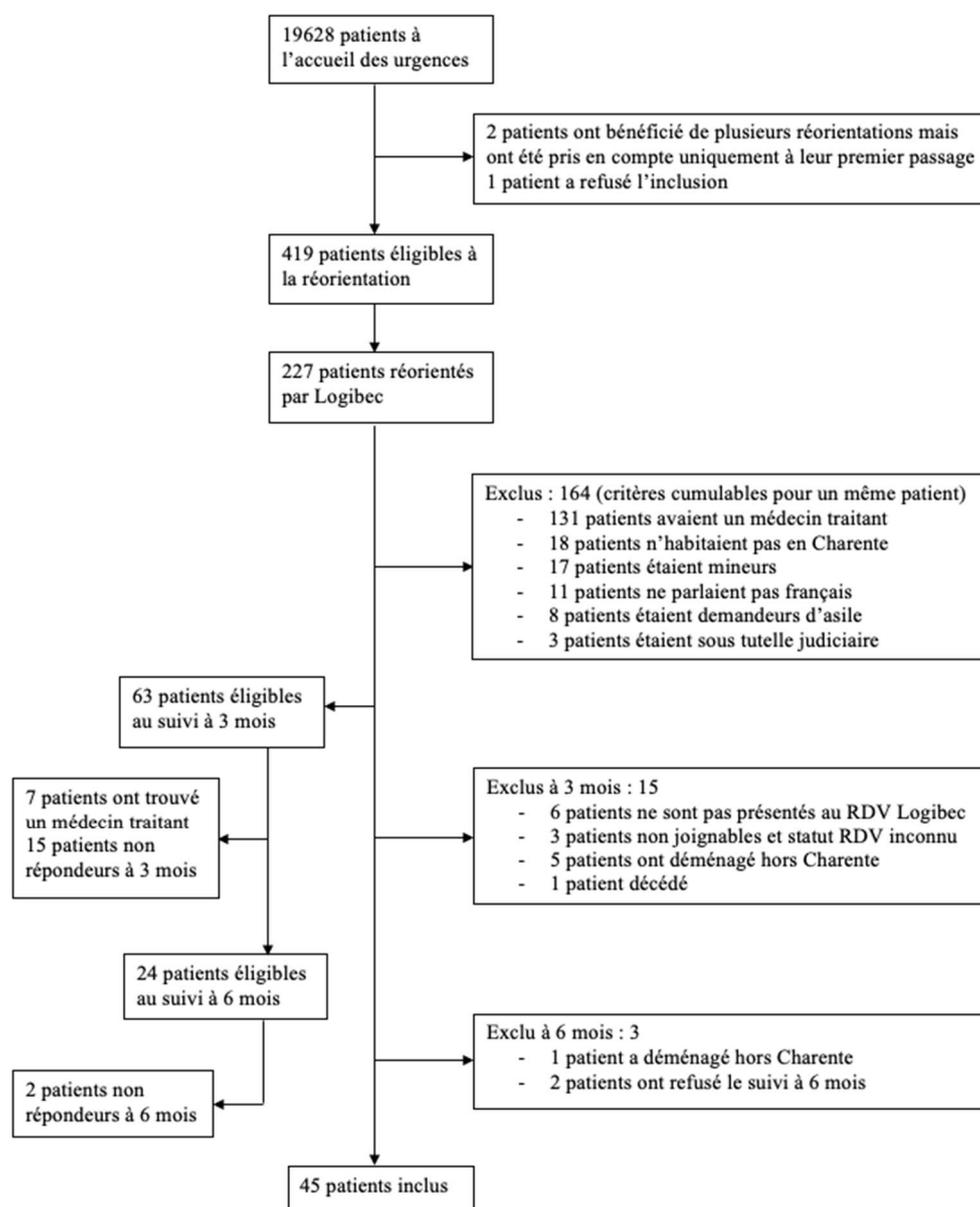


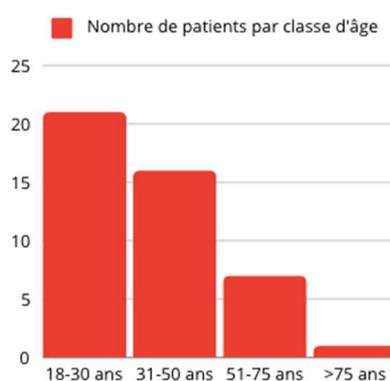
Figure 4 : Diagramme de flux

Les caractéristiques (âge et sexe) de la population étudiée pour l'analyse principale est présentée dans le tableau 2.

	SEXE	n (%)			
	Homme	25 (56%)			
	Femme	20 (44%)			
	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n
AGE (en nombre d'année)	36.9 (16.1)	36.0 [24.0; 47.0]	18.0	78.0	45

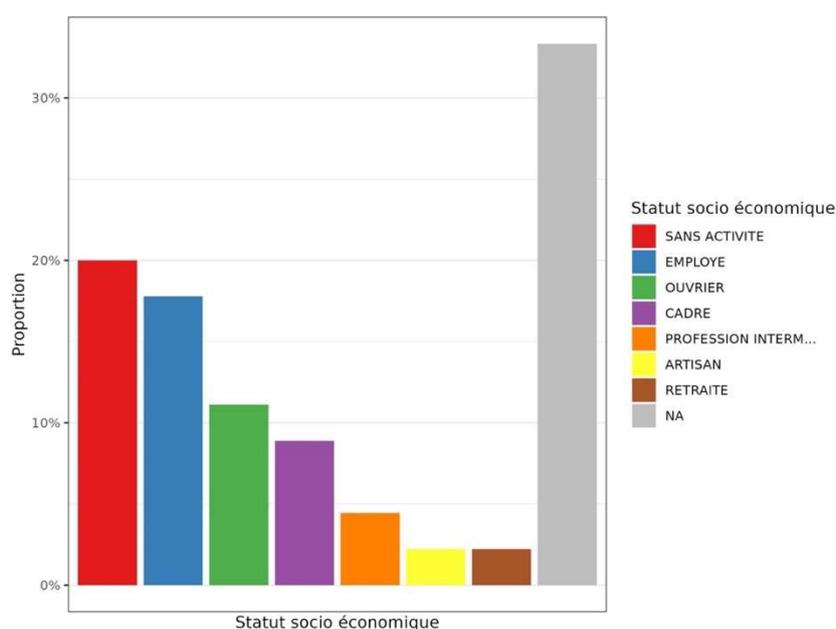
**Tableau 2 :** Caractéristiques de la population incluse pour l'analyse principale

La classe d'âge la plus représentée est celle des 18-30 ans avec 46,67% de l'effectif.



**Figure 5 :** Répartition des 45 patients inclus en fonction de la classe d'âge.

Les données concernant le statut socio-économique sont manquantes pour les 15 patients n'ayant pas pu être joints pour le suivi de l'objectif secondaire. Pour les autres patients, la répartition est la suivante : 9 patients sont sans activité, 8 sont employés, 5 sont ouvriers, 4 sont cadres, 2 exercent une profession intermédiaire, 1 est artisan et 1 patient est retraité.



**Figure 6 :** Répartition socio-économique des 45 patients inclus.

## 3.2 Caractéristiques des réorientations

Les catégories principales de motifs de venue aux urgences pour les 45 patients inclus sont les suivantes : ORL, pneumologie et musculosquelettique et enfin dermatologie.

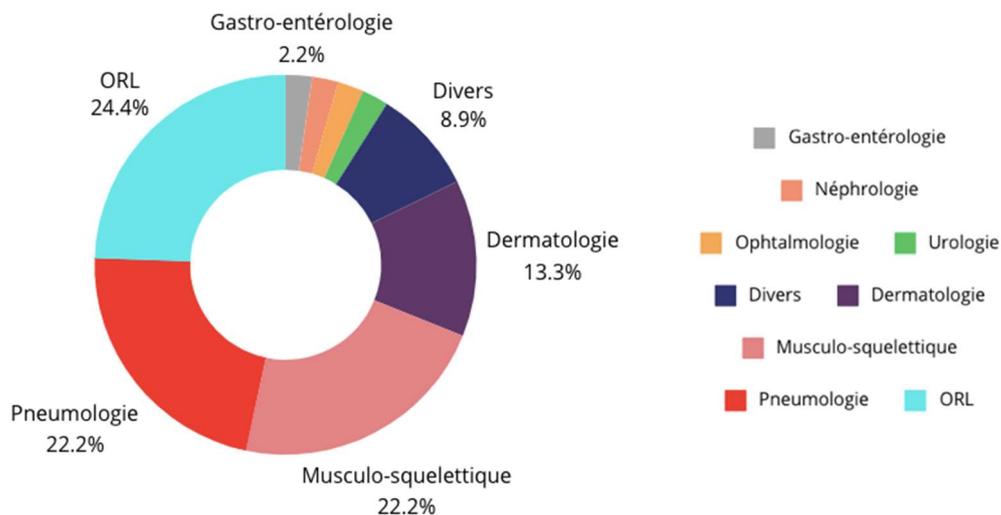


Figure 7 : Répartition des motifs de venues urgences en pourcentage.

Les patients ont été réorientés principalement vers le CDS du CH d'Angoulême comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous.

LIEU DES RENDEZ-VOUS	n (%)
Centre de Santé du CH d'Angoulême	33 (73,33%)
CM Lavalette	5 (11,12%)
MDS Val de Touvre	2 (4,44%)
Cabinet du Dr GARNAUD	2 (4,44%)
CM de la Maison d'Ardoise	1 (2,22%)
MSP de la Clé d'OR	1 (2,22%)
CM des Trois Fours	1 (2,22%)

Tableau 3 : Répartition des lieux de rendez-vous Logibec des 45 patients inclus.

## 3.3 Résultats de l'objectif principal

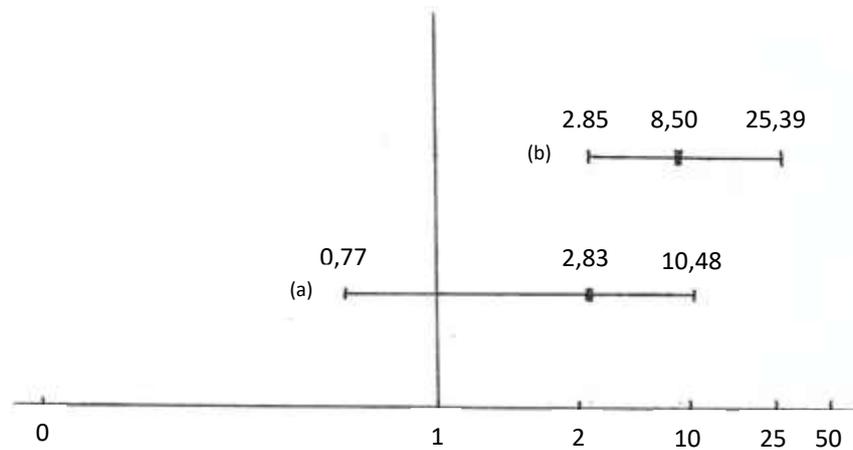
A l'issue des 6 mois de suivi, 30 patients n'ont pas déclaré de médecin traitant mais 5 patients bénéficient d'un suivi médical régulier par un médecin généraliste ne souhaitant pas faire de déclaration médecin traitant, soit 11,11%. La répartition des autres patients ayant déclarés un médecin traitant (Logibec ou non) est détaillée dans le tableau 4.

STATUT MEDECIN TRAITANT	3 MOIS n (%)	6 MOIS n (%)
DECLARE	7 (15,55)	8 (17,77)
MEDECIN LOGIBEC	4	1

Tableau 4 : Statut « médecin traitant » à 3 mois et à 6 mois des patients réorientés inclus

Dans la population témoin fournie par la CPAM, 5 patients sur les 90, ont trouvé un médecin traitant à 6 mois, soit 5,55%.

Des tests du Chi-2 ont été réalisés. Les patients réorientés par Logibec auraient 2,83 fois plus de chances (IC[0,77-10,48]) de trouver un médecin traitant partenaire du système Logibec à 6 mois. Ils auraient 8,50 plus de chances (IC[2,85-25,39]) de trouver un médecin traitant quel qu'il soit à 6 mois.



**Figure 8** : Odds ratios et leurs intervalles de confiance  
(a) Médecin traitant Logibec (b) Médecin traitant tout venant

### 3.4 Résultats de l'objectif secondaire

Durant le premier trimestre de suivi, 60,61% des patients suivis ont eu besoin d'une consultation médicale et pour le suivi du deuxième trimestre, le taux est de 61,91%. (Figure 8) Certains patients ont eu plusieurs besoins de consultations sur un même trimestre.



**Figure 9** : Nombre de patient ayant ressenti un besoin de prise en charge médicale au premier trimestre (M0M3) de suivi et au deuxième trimestre de suivi (M3M6)

Les patients suivis qui ont eu besoin d'un médecin dans les 6 mois présentaient majoritairement des problèmes musculosquelettiques, ORL ou divers. (Figures 9 et 10)

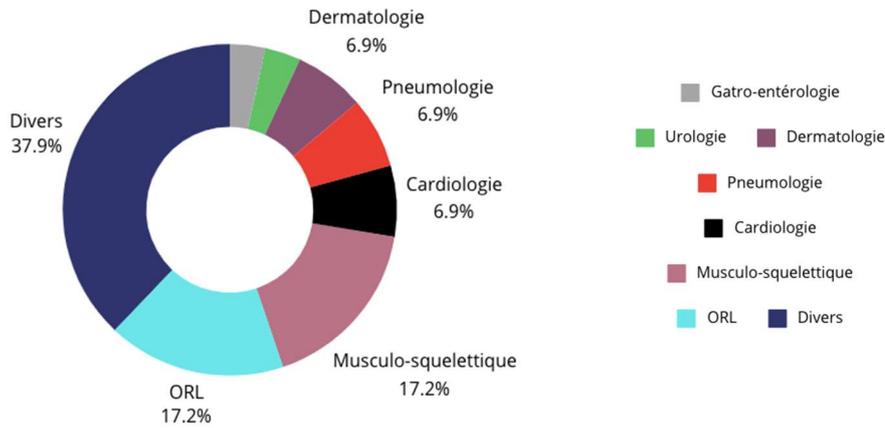


Figure 10 : Motifs de consultation en pourcentage au premier trimestre de suivi

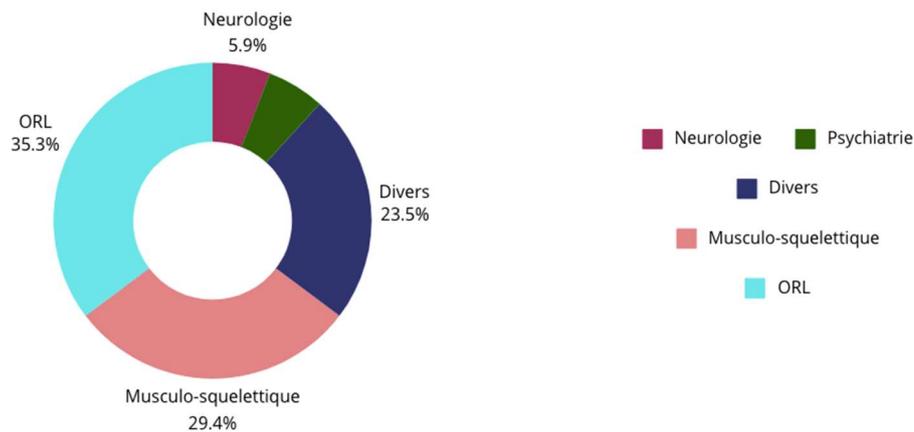


Figure 11 : Motifs de consultation en pourcentage au deuxième trimestre de suivi

La solution qu'ils ont majoritairement trouvée est la consultation d'un spécialiste ou d'un généraliste qui acceptait de les recevoir (médecin traitant ou non médecin traitant), ou alors ils se sont tournés vers leur pharmacien pour des conseils ou ils se sont automédiqués. (Figure 11). Certains ont utilisé plusieurs solutions pour résoudre un besoin unique ou bien plusieurs besoins différents.

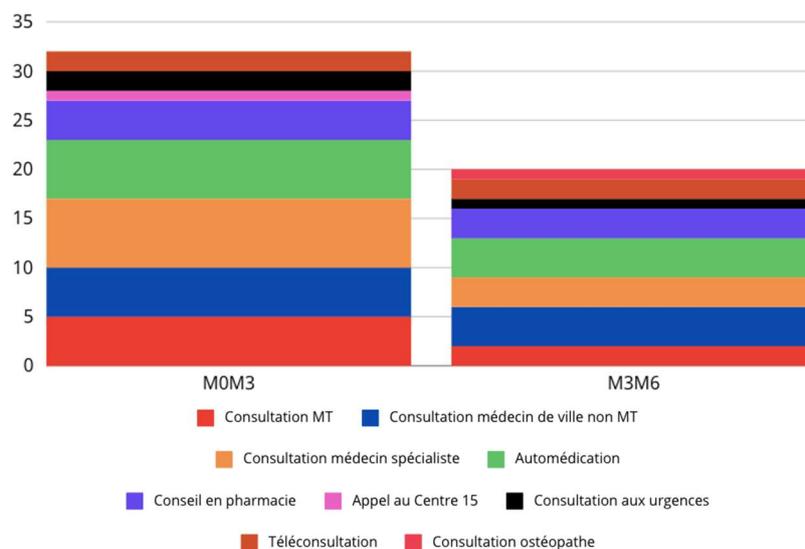


Figure 12 : Stratégie des patients pour résoudre leurs besoins de prise en charge médicale au premier trimestre (M0M3) et au deuxième trimestre (M3M6)  
MT : Médecin Traitant

## 4 Discussion

---

### 4.1 Interprétation des résultats

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'efficacité du Logibec dans la recherche d'un médecin traitant en comparant le nombre de déclaration chez des patients réorientés via Logibec par rapport à des patients non réorientés sur les deux années précédentes. Dans la population étudiée, 5 (11,11%) patients ont trouvé un médecin traitant grâce au Logibec et 10 (22,22%) ont trouvé un médecin traitant autre que le médecin généraliste vu au rendez-vous Logibec. Dans la population témoin, 5 (5,55%) patients ont trouvé un médecin traitant sur les six mois d'étude. Nous avons calculé un premier odd ratio à 2,83 avec un intervalle de confiance de [0,77-10,48] concernant les médecins partenaires du Logibec. Nous ne pouvons donc pas conclure sur l'efficacité du logiciel concernant l'accès à un médecin traitant partenaire.

Le deuxième odd ratio, concernant l'intégralité des déclarations de médecin traitant, est calculé à 8,5 avec un intervalle de confiance de [2,85-25,39]. Nous pouvons donc en conclure que la réorientation permet aux patients de trouver plus facilement un médecin traitant de manière générale.

La cohorte de patients étudiée était composée majoritairement d'homme (56%). L'âge moyen est de 36,9 ans, inférieur à l'âge moyen retrouvé dans les études réalisées en 2020 (42 ans)(54) et 2021 (40 ans)(23) au CH d'Angoulême. Cette différence peut s'expliquer par une tendance au rajeunissement de la population Charentaise. Les autres caractéristiques de ma population étaient similaires à celles de 2020 et 2021, à savoir une population jeune, majoritairement masculine, avec un emploi.

Dans notre étude, 42,3% des patients réorientés n'avaient pas déclaré de médecin traitant. En 2012, 10% des patients se présentant spontanément aux urgences d'Angoulême ne possédaient pas de médecin traitant.(20) Cette majoration de non déclaration peut s'expliquer par la diminution de la démographie médicale.

Nous avons objectivé 1,15% de réorientation via Logibec, ce qui est moindre par rapport à l'étude de Jacquot et al(54) et celle de Labarbe et al(23) qui sont respectivement de 3,8% en 2020 et 4,4% en 2021. Une étude canadienne réalisée sur 242 972 patients retrouvent un taux de 4% de réorientation.(32) Le service d'accueil des urgences d'Angoulême n'utilise pas de manière optimale le Logibec avec 1,12% de patients réorientables non gérés par ce logiciel durant mon étude.

Concernant l'évaluation sur six mois de la consommation de soins d'une population réorientée sans médecin traitant, nous pouvons dire que la majorité des patients ont eu besoin de consultation médicale (60,61% sur le premier trimestre et 61,91% sur le deuxième trimestre) pour des raisons musculosquelettiques, ORL ou administratif. Parmi ces patients, peu d'entre eux se sont rendus aux urgences pour être pris en charge. Ils se sont principalement tournés vers des médecins (généralistes ou spécialistes) ou vers leur pharmacien pour être conseillé.

Les différents motifs de consultations sont assez similaires entre leur venue aux urgences et la période de suivi, à savoir ORL et musculosquelettique. Ceci est semblable aux études angoumoises précédentes.(23,54)

La littératie en santé est définie comme « la capacité globale qu'aurait une personne à s'adapter et à faire preuve d'autonomie dans l'ensemble des contextes où il est question de santé. ».(55) La littératie prend en compte des dimensions sociales et individuelles. Cette capacité est liée à

la connaissance de la société et aux expériences individuelles au cours des contacts avec le milieu de la santé.

L'analyse de notre objectif secondaire nous permet de conclure que la réorientation agit sur la littératie en santé en éduquant les patients. Ils vont chercher plus activement un médecin traitant à déclarer, quel qu'il soit, par rapport à la population témoin n'étant pas passée par les services d'urgence pendant les deux années précédentes. Ils vont également chercher d'autres solutions à leur problème de santé leur permettant d'éviter de se rendre aux urgences pour des problématiques non urgentes.

Une étude d'ampleur sur le Logibec réalisée au Canada montre que grâce à cette éducation et à la réorientation, on observe une diminution du nombre de passage aux urgences, notamment pour les cas non-urgents et une diminution du temps d'attente et de prise en charge.(32)

## 4.2 Intérêts de l'étude

A ce jour, plusieurs études ont étudié les problèmes d'accès aux soins en France mais peu de travaux ont étudié la question du statut médecin traitant des patients, d'autant plus que ce système est une spécificité française. Il s'agit pourtant d'un problème de santé publique très actuel.

Plusieurs études ont montré que le Logibec permet une réorientation sécuritaire, efficace dans la diminution de la surcharge aux urgences.(23,33,54) Les patients en bénéficiant sont satisfaits de la prise en charge et les médecins partenaires également. Notre étude est à ce jour la seule étude française ayant étudié l'utilisation du Logibec pour un motif autre que la réorientation.

## 4.3 Limites et biais

Le recueil a été effectué sur 5 mois en période automno-hivernale, correspondante à un pic de virose et de maladie saisonnière plus importante qu'en été, pour permettre un recrutement plus large. Pourtant le taux de réorientation sur cette période a été plus bas que les études de 2020 et 2021 citées précédemment(23,54) Cela explique un faible nombre de sujets recrutés et la non atteinte du nombre de sujet nécessaire calculé au préalable de l'étude.

Le fait d'avoir un seul investigateur pour le recueil de données permet de limiter le risque d'un biais de recueil. Mais le caractère rétrospectif de mon recueil entraîne un biais de mémorisation et d'interprétation. Nous avons mis en place un suivi à 3 mois en plus du suivi à 6 mois pour essayer de limiter ses biais.

Nous pouvons aussi parler d'un effet de cadrage. Cela désigne l'influence que peut avoir la formulation d'une question sur la réponse qui y est apportée. Malgré la réalisation d'un guide d'entretien semi-dirigé, il reste possible que les formulations aient pu influencer les réponses. La grande majorité des items du questionnaire est faite de questions à réponses fermées avec proposition de réponse binaire (Oui/Non) ou à choix multiples. Néanmoins certains items sont libres.

La désirabilité sociale consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Les répondeurs veulent donner des réponses socialement acceptables au détriment de la pensée réelle. Afin de limiter ce biais, nous avons tenté d'instaurer un climat de confiance lors des entretiens. Il a été rappelé aux participants avant chaque entretien son caractère anonyme et confidentiel.

Un biais de sélection a pu aussi exister car cette étude est monocentrique. Une même étude menée sur d'autres centres utilisant le Logibec pourrait permettre de vérifier la reproductibilité des résultats. De plus les patients ne parlant pas français ou sous protection juridique ont été exclus de l'étude. Or ces patients sont tout autant éligibles à avoir un médecin traitant à partir du moment où leurs droits de sécurité sociale existent.

Enfin le biais de sélection est aussi présent via le nombre de perdus de vue : non réponse aux appels téléphoniques pour le suivi, déménagement dans un autre département, décès, non présentation au rendez-vous Logibec, coordonnées fournies à la signature du consentement non exploitables.

## 4.4 Perspectives

Peu d'études ont été réalisées concernant le statut médecin traitant. Plusieurs études se sont intéressées aux difficultés actuelles concernant l'accès aux soins primaires, notamment les solutions potentielles.

Certaines solutions concernent les soins urgents et non programmés. Ils ont pour but principal de réduire le nombre de passage aux urgences. D'autres sont plus orientés vers la prise en charge chronique des patients.

### 4.4.1 Soins urgents

Une maison médicale de Charente-Maritime a mis en place des créneaux de consultation sans rendez-vous tous les après-midis. Ils sont accessibles à la patientèle du cabinet et aux patients extérieurs demandeurs de soins. Cela a permis d'améliorer l'accès aux soins dans le bassin de santé concerné et de créer un lien entre les services d'urgence et la médecine de ville. (34,35) Il existe des centres de consultations avec ou sans rendez-vous qui ont vu le jour à l'initiative de médecins généralistes (exemple : Allo-garde Royan, SOS médecins, Centre de soins non programmés à Chasseneuil Sur Bonnieure).(36)

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) couvrait 97% du territoire français en 2023.(37) En Charente, elle permet l'accès à un médecin de garde de 20h à minuit en semaine, de 13h à minuit le samedi et de 8h30 à minuit le dimanche. Dans d'autres départements, un système de Maisons Médicales de Garde (MMG) a été créé. Parfois à l'initiative des médecins généraliste d'un secteur souhaitant se regrouper au sein d'un centre de consultations unique, ou bien à l'initiative de collectivités territoriales. (19,38) Un système similaire a été développé aux Pays-Bas et permet un accès à un médecin généraliste 24 heures sur 24. Une étude multicentrique de 2013 rapportait un temps de passage aux urgences Néerlandaises plus court que dans les pays Européens voisins notamment grâce à un accès aux soins primaires bien développé.(39)

D'autres pays ont développé un système de consultation de médecine générale au sein des services d'urgences. Cela permet une réorientation immédiate et rapide au sein de l'établissement même.(40,41)

La télémédecine existe depuis plusieurs années mais a connu un grand essor pendant l'épidémie de Covid-19. Elle a permis de poursuivre les consultations médicales en limitant les risques sanitaires. La téléconsultation peut être pratiquée depuis son domicile ou bien depuis une borne installée en pharmacie. Une étude de 2023 réalisée dans le Comminges parlait d'une population utilisatrice plutôt jeune, consultant principalement pour des motifs aigus. (42,43)

Toutes ces options de prise en charge permettent un accès aux soins primaires et de désengorger les services des urgences mais elles ne permettent pas forcément de trouver un médecin traitant.

### 4.4.2 Soins chroniques

Dans ce contexte de diminution de la démographie médicale, il est nécessaire de trouver des solutions pour augmenter le nombre de médecin généraliste installé et augmenter le temps médical dédié aux patients.(44)

Des aides financières ont été mises en place par la Sécurité Sociale telle que le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). En contrepartie d'une allocation mensuelle, les bénéficiaires s'engagent « pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum, à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ». (45)

Il existe également des avantages fiscaux et une aide à l'installation pour les médecins décidant de s'installer dans des zones sous-denses. Ces zones sont réparties en deux catégories : les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) qui sont les plus fragiles et les Zones d'Action Complémentaires (ZAC), fragile mais à un niveau moindre que les ZIP.(46) Certains politiques remettent en cause la liberté d'installation dont jouissent les médecins et souhaitent légiférer sur une obligation d'installation dans ces zones déficitaires.

Pour donner envie aux jeunes médecins de s'installer durablement dans les zones déficitaires, les différentes facultés développent des stages d'internat en zones rurales. Cela permet aux étudiants de découvrir un milieu de travail différent des stages en centre hospitalier qu'ils ont l'habitude d'avoir durant leurs années d'études. Une quatrième année a été rajouté dans la maquette de DES de médecine générale dont les modalités précises une année de stage en ambulatoire.(47)

Une autre façon d'augmenter le nombre de médecins en activité installé est d'augmenter le nombre de médecins formé. Dans le cadre du plan gouvernemental « Ma Santé 2022 », le Numerus Clausus a été supprimé en 2020 et remplacé par le Numerus Apertus qui a pour but d'augmenter le nombre d'étudiant formé.(48)

Une étude britannique de 2017 a demandé à plusieurs médecins généralistes quelles stratégies mettre en place pour faire face à l'augmentation de leur charge de travail. Ils évoquent plusieurs stratégies comme l'éducation des patients, le travail en collaboration avec une infirmière praticienne ou une assistante médicale, les téléconsultations pour des motifs ne nécessitant pas d'examen clinique approfondi, une réduction des tâches administratives.(49)

Dans plusieurs pays, le métier d'infirmière praticienne existe depuis plusieurs années. Il est bien plus récent en France. En 2016, est créé le métier d'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) et les décrets d'application sont publiés dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ». Les IPA peuvent intervenir dans les domaines suivants : pathologies chroniques stabilisées, hémato-oncologie, psychiatrie, maladie rénale chronique et urgence. Mme GREGOIRE, dans le cadre de son mémoire de diplôme d'IPA, s'est intéressée à l'amélioration de l'accès aux soins en Charente grâce aux IPA. Les médecins généralistes interrogés relatent une amélioration des délais de rendez-vous et de la qualité des soins. (56)

D'autres médecins ont choisi de travailler avec une assistante médicale, métier né également du plan « Ma Santé 2022 ». Cette mesure a pour objectif de libérer du temps médical aux médecins en leur déléguant des tâches administratives, des tâches en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation, ainsi que des tâches de coordination de soins. Différents médecins généralistes et patients interrogés sur cette modification de pratique rapportent une amélioration des délais de consultations, une relation patient-médecin améliorée avec une communication plus fluide.(50,51)

Pour coordonner les besoins des patients avec les médecins de ville et hospitalier d'un bassin de santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont été créées avec la loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016. Elles remplissent plusieurs missions de santé publique, dont notamment l'aide à l'accès au soin et à un médecin traitant.(52)

## 5 Conclusion

---

L'accès au soin est un défi majeur dans cette période de démographie médicale en diminution associée à une population vieillissante. Les services des urgences sont de plus en plus sollicités pour des motifs non-urgents. Le système de réorientation a été mis en place pour décharger ces services.

La réorientation est pratiquée au CH d'Angoulême dès 2000 et via l'interface du Logiciel Logibec depuis 2020. Ce système est efficace, sécuritaire et bien accepté par les patients. Ma thèse voulait montrer un intérêt de plus à utiliser le Logibec : permettre de trouver un médecin traitant aux patients qui n'en ont pas. Notre étude ne possède cependant pas assez de puissance pour pouvoir conclure. Un autre travail réalisé sur une cohorte plus importante de patients, sur plusieurs CH utilisant le Logibec, permettrait de valider la tendance d'accompagnement à un bassin de population en manque de médecin traitant.

D'autres solutions sont à mettre en place pour augmenter le nombre de médecins traitants installés tout en leur permettant d'avoir un plus large temps dédié à leur patient. Le travail en collaboration avec une IPA ou une assistante médicale a permis à certains médecins d'augmenter leur patientèle en diminuant leur charge de travail.

Des solutions sont possibles pour accompagner les patients en recherche de médecin traitant et les médecins en manque de temps. Il est important que tout soit décidé en partenariat entre les professionnels de santé (de ville et hospitaliers), les instances gouvernementales et les patients.

## Références bibliographiques

---

1. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France au 1er Janvier 2023.
2. Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF. La démographie médicale en région Poitou-Charentes en 2015.
3. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Santé publique, Article L4131-1 janv 29, 2016. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI0000031928438](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI0000031928438)
4. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158>
5. Moalic-Bellon V. Les déterminants du choix du médecin traitant : étude qualitative auprès de 24 patients du sud de l'île de la Réunion en 2018 [Internet]. Bordeaux; 2019 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02124698>
6. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée. Angers; 2014.
7. Koreneva-Castaigne N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence [Internet]. Nice; 2015 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01266920>
8. Ferrier A. Quels sont les critères de choix d'un médecin traitant ? Étude quantitative auprès des patients de médecine générale de la région Ouest de l'Étang de Berre réalisée en 2018 [Internet]. Marseille; 2019 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361951>
9. Quels sont les critères de choix de médecin traitant des patients consultants en cabinet de médecine générale? Étude menée en Lorraine.pdf [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED\\_T\\_2021\\_1358\\_ANCEL\\_SIMON\\_ANOUCK.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2021_1358_ANCEL_SIMON_ANOUCK.pdf)
10. Rapport du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France n°587-2021.pdf [Internet]. [cité 6 août 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>
11. Simon L. Les nouveaux tarifs du médecin font tousser. Charente Libre. 23 déc 2023;
12. Laurent JA. Étude du vécu des patients n'ayant plus de médecin traitant et en recherche d'un nouveau praticien attiré pour garantir leurs soins : enquête de terrain menée par entretien individuel semi dirigé en Vendée. [Internet]. Poitiers; 2023 [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/68958>
13. Rapport de la Cour des Comptes 2014 : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser [Internet]. [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport\\_securite\\_sociale\\_2014\\_urgences\\_hospitalieres.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf)
14. Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique [Internet]. mai 9, 1995. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000719792>
15. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. avr 16, 2003. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
16. Organisation des structures d'urgences, panorama 2022 Nouvelle Aquitaine [Internet]. [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: [https://www.oruna.fr/sites/default/files/Panorama\\_Organisation\\_SU\\_2022-2023.pdf](https://www.oruna.fr/sites/default/files/Panorama_Organisation_SU_2022-2023.pdf)
17. Activités des structures d'urgences, panorama 2023 Nouvelle Aquitaine.pdf [Internet]. [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: [https://www.oruna.fr/sites/default/files/2023\\_PANORAMA\\_WEB.pdf](https://www.oruna.fr/sites/default/files/2023_PANORAMA_WEB.pdf)

18. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* déc 2004;11(12):1302-10.
19. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 25 sept 2012;5:525.
20. Bouniort L. 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 [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/13922>
21. Guide sur la réorientation à l'entrée des urgences.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20240715\\_guide\\_sur\\_la\\_reorientation\\_a\\_l\\_entree\\_des\\_urgences.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20240715_guide_sur_la_reorientation_a_l_entree_des_urgences.pdf)
22. Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence [Internet]. déc 29, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048730260>
23. Labarbe B. Analyse et évaluation de la procédure de réorientation des patients autoréférés à l'accueil des urgences d'Angoulême vers la médecine de ville [Internet] [Thèse d'exercice]. [1970-..., France]: Université de Poitiers; 2021 [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/60662f99-4e83-4385-9c33-17da1a26cde6>
24. Morin MC. Evaluation d'une procédure de réorientation des patients vers la maison médicale de garde dès l'accueil des urgences. Angers; 2017.
25. Thibaud J. Évaluation d'une méthode de réorientation vers la médecine de ville, pour des patients non urgents consultant aux urgences du Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR) [Internet]. La Réunion; 2021 [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03664413>
26. Chaigneau A. Peut-on réorienter des patients se présentant spontanément à l'accueil des urgences de Châtelleraut vers la médecine de ville ? - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. Poitiers; 2021 [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/64492>
27. Vaillant J. Acceptation et limites de la réorientation des patients « non urgents » se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale [Internet]. Bordeaux; 2020 [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02521866>
28. Gentile S, Durand AC, 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.
29. Morin C, Choukroun J, Callahan JC. 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.* 22 août 2018;18(1):26.
30. 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]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/cd123216-aad0-4bb0-bd12-ea04aa9d1732>
31. pcs2020-1-Agriculteurs exploitants / Agricultrices exploitantes | Insee [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2020/groupeSocioprofessionnel/1?champRecherche=true>
32. Feral-Pierssens AL, Gaboury I, Carbonnier C, Breton M. Redirection of low-acuity emergency department patients to nearby medical clinics using an electronic medical support system: effects on emergency department performance indicators. *BMC Emerg Med.* 13 sept

2024;24(1):166.

33. Feral-Pierssens AL, Morris J, Marquis M, Daoust R, Cournoyer A, Lessard J, et al. Safety assessment of a redirection program using an electronic application for low-acuity patients visiting an emergency department. *BMC Emerg Med.* 29 avr 2022;22(1):71.
34. Hoerth G. Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zone sous-médicalisée ? : une étude transversale multicentrique - [Internet]. Poitiers; 2015 [cité 26 oct 2024]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/55402>
35. Centres de soins sans rendez-vous comme solution pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zones sous médicalisées : Impact du cabinet médical d'Archiac [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e2013c33-b569-455c-b199-722a27e15ec2>
36. CharenteLibre.fr [Internet]. 2023 [cité 26 oct 2024]. Chasseneuil : le centre de soins non programmés ouvre en janvier. Disponible sur: <https://www.charentelibre.fr/charente/chasseneuil-sur-bonnieure/chasseneuil-le-centre-de-soins-non-programmes-ouvre-en-janvier-17892597.php>
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2024 [cité 26 oct 2024]. Permanence des soins ambulatoires 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/permanence-soins-ambulatoires-2023>
38. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Serv Res.* 15 mars 2010;10:66.
39. Thijssen WAMH, Kraaijvanger N, Barten DG, Boerma MLM, Giesen P, Wensing M. Impact of a well-developed primary care system on the length of stay in emergency departments in the Netherlands: a multicenter study. *BMC Health Serv Res.* 26 avr 2016;16:149.
40. Cooper A, Davies F, Edwards M, Anderson P, Carson-Stevens A, Cooke MW, et al. The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review. *BMJ Open.* 11 avr 2019;9(4):e024501.
41. Willson KA, Lim D, Toloo GS, FitzGerald G, Kinnear FB, Morel DG. Potential role of general practice in reducing emergency department demand: A qualitative study. *Emerg Med Australas EMA.* oct 2022;34(5):717-24.
42. La téléconsultation dans les officines en Meuse : avis des patients. [Internet]. [cité 29 déc 2023]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED\\_T\\_2021\\_1323\\_ERIK\\_YERLITAS\\_TUGBA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2021_1323_ERIK_YERLITAS_TUGBA.pdf)
43. Tregan A. Les bornes de téléconsultation : étude de deux bornes installées en pharmacie dans le Comminges [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2023 [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/4463/>
44. Caractéristiques des patients consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque et réorientés vers d'autres filières de soins [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM363.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM363.pdf)
45. DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 27 oct 2024]. Le principe du CESP. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
46. DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 27 oct 2024]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
47. COLLANGE de N. 4ème année : publication de l'arrêté – SRP-IMG [Internet]. 2023 [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.srp-img.com/archives/11566>
48. enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Ma santé 2022 : suppression du numerus clausus et rénovation de l'accès aux études de santé. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/ma-sante-2022-suppression-du-numerus->

49. Fisher RF, Croxson CH, Ashdown HF, Hobbs FR. GP views on strategies to cope with increasing workload: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* févr 2017;67(655):e148-56.
50. Nguyen A. Mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients suite à une consultation avec un assistant médical en cabinet de médecine générale en Occitanie [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2024 [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/4850/>
51. Ferrari F. Vécu de médecins généralistes collaborant avec un assistant médical [Thèse d'exercice]. [1970-...., France]: Université de Bourgogne; 2024.
52. soins M de la santé et de l'accès aux, soins M de la santé et de l'accès aux. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. 2024 [cité 27 oct 2024]. CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>
53. Ottavy G. Analyse de l'impact de la pratique de la réorientation des patients relevant d'un autre parcours de soins sur le fonctionnement du service et la prise en charge des patients admis aux urgences d'Angoulême. [Thèse d'exercice]. [1970-..., France]: Université de Poitiers; 2017
54. Jacquot N. Mise en place d'un algorithme médical de réorientation et impact sur la sécurité des patients aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême. [Mémoire DES de médecine d'urgence]. [1970-...., France]: Université de Poitiers; 2020
55. Richard C, Lussier M.T. La communication professionnelle en santé, chapitre 23, page 521, 2015
56. Grégoire C. L'IPA, une alliée potentielle pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins en Charente... . [Mémoire de recherche]. [1970-...., France]: Université de Poitiers; 2024

# Annexes

Annexe 1 : Modèle national de protocole médical de réorientation de l'adulte, 2024. *Source Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.*

## Modèle national de protocole médical de réorientation de l'adulte



La réorientation à l'entrée des urgences par un infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ne peut se faire que sur protocole médical. Ce protocole médical n'est pas un protocole de coopération mais un protocole de service validée par le médecin urgentiste chef de service.

Le présent guide propose un modèle de protocole médical qui pourra être repris et adapté au niveau local. Ce protocole a été rédigé par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et par SAMU Urgences de France (SUdF) en lien avec le collège de la médecine générale (CMG) et le Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP).

1<sup>ère</sup> étape : inscription administrative puis vérification des **critères médico-sociaux** de non-réorientation par l'IOA :

- ✓ Patient adressé par un médecin aux urgences (médecin traitant ou médecin régulateur)
- ✓ Patient ayant des difficultés de compréhension
- ✓ Patient ayant un problème de santé mentale aigu
- ✓ Patient dont le motif de recours est en lien avec des antécédents de maladie chronique sévère
- ✓ Patient dans l'impossibilité de recourir à une alternative sanitaire

2<sup>ème</sup> étape : vérification du **motif de recours** du patient par l'IOA :

→ Voir la liste des motifs de recours sur les pages suivantes

3<sup>ème</sup> étape : **évaluation clinique** du patient par l'IOA, mesure des paramètres vitaux et vérification des critères cliniques de la réorientation (présence de signes cliniques suggérant un état clinique instable ou de paramètres vitaux hors des valeurs habituelles) :

- × Fréquence cardiaque < 50/min ou > 110/min
- × Fréquence respiratoire  $\geq$  22/min
- × Pression artérielle systolique < 90 mm Hg ou > 180 mm Hg
- × Température < 36°C ou > 38°C avec atteinte de l'état général (valider selon la tolérance générale du patient)
- × SpO2 < 93%
- × Altération de l'état de conscience
- × Glycémie capillaire < 3 mmol/L ou > 20 mmol/l ou cétose positive
  - Toute situation clinique jugée potentiellement à risque par l'IOA ou le MAO

4<sup>ème</sup> étape : **information** du patient et réorientation :

- Information du patient claire, compréhensible et adaptée à sa situation
- Réorientation du patient vers la ressource sanitaire jugée la plus adaptée, avec ou sans prise de RDV médical

Annexe 2 : Protocole de réorientation du CH d'Angoulême, 2024.

 <p><b>CENTRE HOSPITALIER ANGOULÊME</b></p> <p><u>Service :</u> Service d'accueil et d'urgences (SAU)</p>	<b>PROCEDURE</b>	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC Version : V3  Page 1 sur 3
	<b>ACCUEIL DES PATIENTS</b>	
	<b>PRISE EN CHARGE DES REORIENTATIONS A L'ACCUEIL DU SAU</b>	

<p><u>Rédaction</u></p> <p>• <u>Pilote / rédaction</u> Dr MOALIC, L. BIZOT</p> <p>• <u>Cadre supérieur de santé</u> C. DOUX</p>	<p><u>Validation</u></p> <p><b>Dr MOALIC</b> Chef de service du SAU Date 25/06/2024 Signature </p> <p><b>Mme CHADEFPAUD</b> Directrice des soins Coordonnateur Général des soins Date 12/06/2024 Signature </p>	<p><u>Approbation</u></p> <p><b>Mme PLAS</b> Direction Q/GR Date 29.6.2024 Signature </p>
Destinataires : Praticiens hospitaliers des services de soins, Cadres supérieurs et cadres de santé des services de soins, Personnel paramédical des urgences, Direction des soins, administrateur de garde		

**1. HISTORIQUE DES MODIFICATIONS**

Version	Nature de la modification	Date validation	Date d'approbation
V1	Document d'origine	20/08/2012	2012
V2	Actualisation	28/10/2016	2016
V3	Actualisation	15/05/2024	2024

**2. BUT ou OBJET**

Décrire les étapes obligatoires de la réorientation d'un patient à son arrivée aux urgences du CH d'Angoulême.

**3. ÉTENDUE ou DOMAINE D'APPLICATION**

Service d'accueil et d'urgences (SAU)

**4. DOCUMENTS DE REFERENCE ET/OU ASSOCIES**

- Audit concernant les modalités de prise en charge des réorientations et la traçabilité de ces patients (MEAH en 2009)
- Le triage en structure d'urgence, recommandations formalisées d'experts SFMU (2013) : « les experts proposent que le triage permette de réorienter, selon avis médical et/ou protocoles, les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge au sein de la SU »
- Guide d'utilisation Logibec réorientation®

 <p><b>CENTRE HOSPITALIER ANGOULÊME</b></p> <p><u>Service :</u> Service d'accueil et d'urgences (SAU)</p>	<b>PROCEDURE</b>	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC Version : V3  Page 2 sur 3
	<b>ACCUEIL DES PATIENTS</b>	
	<b>PRISE EN CHARGE DES REORIENTATIONS A L'ACCUEIL DU SAU</b>	

- Arrêté du 23 février 2021, abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019, relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs.

## 5. DÉFINITIONS ou GLOSSAIRE

- IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
- MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
- ASUR : dossier patient informatisé des urgences
- Réorientation : orientation d'un patient se présentant spontanément à l'accueil des urgences, avec un motif de consultation de médecine générale ou une pathologie bénigne, vers une alternative de soins adaptée.  
Les personnes se présentant pour des consultations gynécologiques ou pédiatriques ne sont pas considérées comme des réorientations. Il convient de leur indiquer le trajet vers les services spécialisés dont ils relèvent, et de prévenir les professionnels des services concernés de l'arrivée du patient
- Logibec Réorientation\* : logiciel permettant la réorientation des patients, via un algorithme, vers des cabinets de médecine générale partenaires du dispositif (appelés cabinets partenaires), ou vers le médecin traitant du patient
- Bulletin de réorientation : bon de rendez-vous imprimé via Logibec Réorientation\* à l'issue de la réorientation et donné au patient
- Permanence des soins : dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés (la nuit, le we et les jours fériés). Cette mission est assurée par les médecins généralistes.  
En Charente, la permanence des soins est effective de :
  - o 20h à minuit du lundi au vendredi
  - o 13h à minuit le samedi
  - o 8h30 à minuit les dimanches et jours fériés

## 6. CORPS OU CONTENU DE LA PROCÉDURE

### 1.1. Prérequis

- Cette procédure est applicable 24h/24, 7 jours/7 (week-ends et jours fériés compris).
- Un patient orienté aux urgences par le centre 15 ou son médecin traitant n'est pas éligible à une réorientation, sauf exception décidée par le MAO.
- Une réorientation en fin de garde médicale, entre 7h et 8h30, est fortement déconseillée. Dans ce cas, le patient doit être admis et vu dans le service des urgences ou, à partir de 8h, il doit être invité à attendre l'arrivée du MAO en salle d'attente.

 <p><b>CENTRE HOSPITALIER ANGOULÊME</b></p> <p><u>Service :</u> Service d'accueil et d'urgences (SAU)</p>	<b>PROCEDURE</b>	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC Version : V3  Page 3 sur 3
	<b>ACCUEIL DES PATIENTS</b>	
	<b>PRISE EN CHARGE DES REORIENTATIONS A L'ACCUEIL DU SAU</b>	

## **1.2. Accueil et prise en charge des patients réorientés**

### **1.2.1. Identification des patients concernés par une réorientation**

Profil du patient : personne se présentant d'elle-même à l'accueil des urgences pour un motif de consultation évoquant une pathologie bénigne ou de médecine générale.

Les motifs de consultation sont variés et il n'existe pas de liste exhaustive. Cependant, les douleurs dentaires, les problèmes de traumatologie bénigne, les problèmes rhumatologiques, cutanés et ORL représentent la majorité des motifs de réorientation.

Les **problèmes digestifs, les douleurs abdominales et thoraciques ainsi que les céphalées** nécessitent un entretien médical quelle que soit la date d'apparition des troubles : en effet, même si ces problèmes peuvent relever de la médecine générale, l'importance de leurs diagnostics différentiels **justifie une consultation médicale** par un praticien urgentiste.

Dans tous les cas, le MAO indique son avis à l'IAO concernant la décision d'orientation du patient pour sa prise en charge (secteur du SAU, médecin généraliste ...). Les décisions et consignes du MAO sont transcrites dans le dossier du patient.

### **1.2.2. Organisation de l'accueil du patient au poste d'IAO**

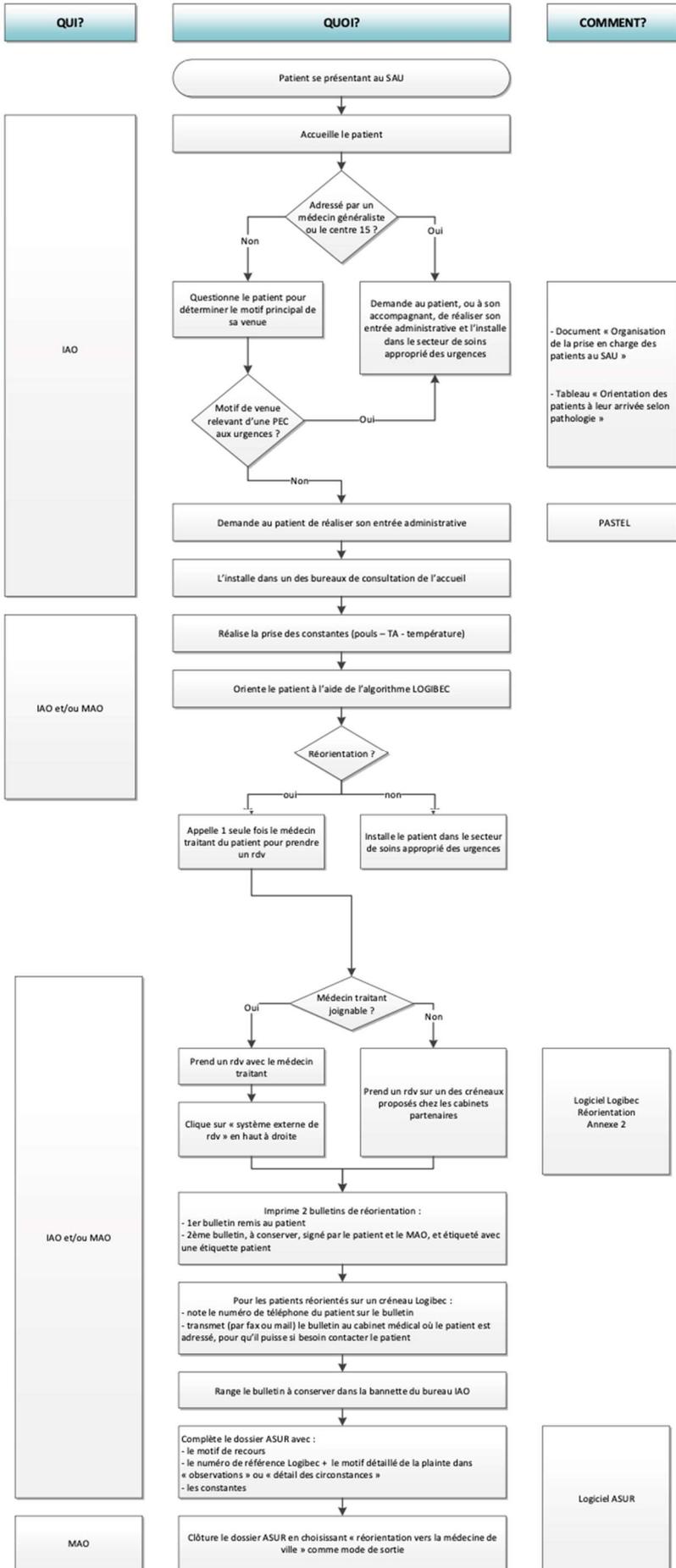
Cf. logigramme en annexe 1

### **1.2.3. Schémas de réorientation**

Au final, la réorientation du patient par le MAO ou l'IAO (sur validation du MAO) vers une offre de soins adaptée à son problème de santé peut se faire selon 5 possibilités :

1. Retour au domicile après conseils donnés par l'IAO et/ou le MAO
2. Orientation vers un cabinet partenaire, sur un créneau de consultation proposé par Logibec réorientation®
3. Orientation vers un médecin généraliste, sur un créneau pris par l'IAO
4. Orientation vers le Centre 15 pendant la permanence des soins. L'IAO ou le MAO :
  - Demande au patient d'appeler le Centre 15 afin d'être orienté vers un généraliste de garde.
  - Préviens le Centre 15 de l'appel prochain du patient et du motif
5. Orientation vers un autre professionnel de santé (dentiste par exemple)

ANNEXE 1 : Logigramme des réorientations



## Annexe 3 : Exemple d'une attestation de rendez-vous Logibec

21/08/2024 13:37

Confirmation du rendez-vous



### LGI Réorientation



#### Réorientation vers une consultation de médecine générale

Madame, Monsieur,

Vous vous êtes présenté à l'accueil des urgences du Centre Hospitalier Angoulême urgences adultes, votre état ne nécessite pas de prise en charge immédiate. Pour éviter d'attendre aux urgences, l'infirmière d'accueil a organisé votre réorientation vers un confrère de médecine de ville et vous a donné ce bon de rendez-vous. Vous avez accepté la recommandation de l'infirmière.

#### Instructions :

**Vous devez vous présenter au cabinet 30 minutes avant l'heure de votre rendez-vous** (voir encadré ci-dessous). Selon l'affluence au cabinet, certains délais peuvent se produire. Si vous ne pouvez pas vous présenter au rendez-vous, communiquez le plus tôt possible avec le cabinet pour annuler celui-ci. Il sera attribué à une autre personne.

**Afin de vérifier que tout est en ordre merci de bien vouloir téléphoner au cabinet aux heures ouvrables afin de valider votre rendez-vous.**

Avant de partir du service des urgences, l'infirmière vous a informé :

- Des signes cliniques à surveiller
- De la nécessité en cas d'aggravation:
  - Soit de revenir aux urgences si votre état vous le permet
  - Soit de composer le 15

**\*\* Important \*\* : L'infirmière d'accueil n'a pas fait de diagnostic. Il est important de consulter le médecin au rendez-vous qui vous a été fourni.**

#### Le rendez-vous suivant a été pris pour vous :

##### Centre de santé (Angoulême)

Entrée nord à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital,  
Rond point de Girac, Angoulême

Téléphone : 05 45 24 29 29

Le : **mercredi 21 août 2024**

À : **15:00**

Numéro de rendez-vous : **34819691**

Motif de réorientation : **Trauma à un membre**

Type de rendez-vous : **Rendez-vous en personne**

*ROU MT A / il y a 7 semaines  
dans 15;*

*Trauma main dt.*



Scannez ce code avec votre téléphone intelligent pour obtenir le chemin depuis votre position vers le cabinet.

Pensez bien à prendre votre carte vitale ou attestation de CMU ainsi que votre carte de mutuelle.

Le médecin libère du temps pour vous, il est important d'honorer ce rendez-vous.

Le : 12 décembre 2023

## Avis du délégué à la protection des données

Désignation du traitement de données : LOGIBEC ET DECLARATION MEDECIN TRAITANT

Site de mise en œuvre du traitement : CH Angoulême

Vu les éléments apportés, les pièces relatives au traitement dont j'ai pris connaissance :

- Note d'information à destination du patient ;
- Questionnaire de suivi.

Après consultation de la CNIL : OUI - ~~NON~~

### Observations :

Comme vu avec la CNIL, une simple déclaration m'a été faite et l'étude a été inscrite dans le registre des traitements de données personnelles de l'établissement.

Moi, délégué à la protection des données, pour la réalisation dudit traitement, suis en mesure de donner un avis :

FAVORABLE - ~~DEFAVORABLE~~

 Délégué à la protection  
des données

Christophe PIQUER





CENTRE  
HOSPITALIER  
ANGOULÊME

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
LOGIBEC ET DECLARATION MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le :    /    /

Je certifie avoir lu et compris la note d'information qui m'a été remise. J'ai pu poser toutes les questions que j'estime nécessaires pour m'éclairer. Ces données seront analysées de façon strictement confidentielle et à des fins exclusives de recherches. J'ai pris connaissance de la possibilité de vérifier leur exactitude et la possibilité de demander leur destruction ultérieure auprès de :

Mme Ophélie CHAMBROT, investigateur  
Service des urgences adultes  
Centre hospitalier d'Angoulême, Rond-Point de Girac, 16000 ANGOULEME

Ayant disposé d'un temps de réflexion avant de prendre ma décision, j'accepte librement et volontairement de participer à l'étude « LOGIBEC ET DECLARATION MEDECIN TRAITANT » et d'être appelé par l'investigateur dans le cadre du suivi au numéro de téléphone suivant :

.....

Fait à .....

Le    /    /

Signature



## NOTE D'INFORMATION

### LOGIBEC ET DECLARATION MEDECIN TRAITANT

Promoteur de la recherche : Centre Hospitalier d'Angoulême  
Investigateur principal / Doctorante : Ophélie CHAMBROT  
Directeur de thèse : Dr Gilles MOALIC

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude clinique dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention d'un Doctorat en médecine. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles, à l'investigateur qui vous propose l'étude.

Votre participation est entièrement volontaire et nécessite votre consentement. Après avoir pris connaissance des informations relatives à cette recherche, vous aurez la liberté d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela affecte la qualité de vos relations avec le personnel de l'établissement ou les soins que vous pourriez y recevoir.

Cette recherche concerne le logiciel LOGIBEC qui est un logiciel de réorientation médicale utilisé dans le service des urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême. Si un patient se présente aux urgences pour un problème médical non urgent, il sera réorienté vers un créneau de soins non programmés dans un cabinet de médecine générale collaborateur sous 48 heures.

#### **Pourquoi cette recherche ?**

Du fait de la démographie médicale actuelle, de plus en plus de patients se retrouvent sans médecin traitant et se tournent vers les services des urgences pour des soins non programmés non urgents. De nombreuses recherches sont effectuées pour essayer de remédier à cette situation et améliorer l'accès à un médecin traitant. Le logiciel LOGIBEC pourrait-il contribuer à améliorer la situation ?

#### **Quel est l'objectif principal de cette recherche ?**

L'objectif de la recherche est de savoir si le LOGIBEC permet de faciliter la déclaration d'un médecin traitant auprès de la Sécurité sociale, par rapport à une population témoin non réorientée par le LOGIBEC, dans les 6 mois qui suivent la réorientation.

Il y a également un objectif secondaire à cette étude qui consiste à faire un relevé observationnel des actions mises en place par les patients inclus en cas de nécessité de soins médicaux dans les 6 mois après la réorientation.

### **Comment va se dérouler cette recherche ?**

Cette recherche non interventionnelle monocentrique se déroulera auprès de certains patients se présentant à l'accueil des urgences adultes du centre hospitalier d'Angoulême.

La durée d'inclusion dans l'étude sera de 3 mois et il y aura un suivi téléphonique des patients inclus à 3 mois et à 6 mois de leur réorientation avec un questionnaire portant sur leur recherche de médecin traitant et leurs actions en cas de nécessité de soins médicaux.

### **Qui peut participer ?**

Pour participer à cette recherche vous remplir l'ensemble des conditions suivantes :

- Etre un adulte majeur de plus de 18 ans ;
- Ne pas être sous tutelle, curatelle ou privé de liberté ;
- Résider en Charente ;
- Ne pas avoir de médecin traitant déclaré auprès de la Sécurité sociale, ou bien avoir un médecin traitant déclaré qui n'exerce plus ;
- Etre réorienté par le logiciel LOGIBEC aux urgences adultes du centre hospitalier d'Angoulême ;
- Accepter d'être recontacté par voie téléphonique à 2 reprises durant les 6 mois qui suivent votre réorientation ;
- Avoir donné votre accord et signé le formulaire d'Information et de Consentement.

### **Que vous demandera-t-on ?**

Lors de votre venue aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême, l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) évaluera en collaboration avec le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) la possibilité de votre réorientation LOGIBEC en fonction de vos symptômes et de vos antécédents médicaux. L'IAO vous remettra ensuite la note d'information et le formulaire de consentement que vous être libre de signer ou non.

En cas d'accord de votre part, les données suivantes seront recueillies dans votre dossier médical :

- Date de naissance ;
- Département de résidence ;
- Numéro de téléphone ;
- Motif médical ayant motivé une réorientation ;
- Médecin traitant déclaré ou non.

Vous serez recontacté par l'investigateur par voie téléphonique pour répondre à un questionnaire à 2 reprises pendant les 6 mois de suivi. Ce questionnaire portera sur votre statut de déclaration de médecin traitant auprès de la Sécurité Sociale ainsi que sur vos actions en cas de nécessité de soins médicaux. Ce suivi téléphonique ne durera pas plus de 15 minutes.

### **Quels sont les bénéfices attendus ?**

Il n'y a aucun bénéfice direct attendu pour vous. En revanche, les retombées attendues de cette thèse sont de démontrer l'intérêt du LOGIBEC dans la recherche d'un médecin traitant. Le manque de

médecin traitant est actuellement un souci majeur que les différentes instances de santé (ministère, assurance maladie, agence régionale de santé) cherchent à résoudre.

### **Quels sont les inconvénients possibles ?**

Un dérangement de 15 minutes à deux reprises pour le suivi téléphonique.

### **Quels sont vos droits ?**

Vous disposez d'un délai de réflexion de 15 jours avant de donner votre réponse quant à la participation à cette recherche. Lors des appels téléphoniques prévues dans le cadre de cette étude, vous pourrez être accompagné(e) de la personne de confiance que vous aurez désignée et, à la fin de cette recherche, vous serez tenu(e) informé(e) personnellement des résultats globaux par l'investigateur dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, à l'aide d'un code numérique les données médicales vous concernant seront rendues anonymes, c'est-à-dire qu'elles ne seront plus reliées à votre identité. Sous cette forme ces données seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte. Elles ne seront pas exploitées en dehors de la France. Ainsi, en consentant à cette recherche, et sauf opposition de votre part, vous acceptez que les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le Centre Hospitalier d'Angoulême et par le promoteur de l'étude aient accès à votre dossier médical dans le cadre du contrôle qualité de l'étude dans le respect le plus strict de la confidentialité. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé française et à d'autres entités du centre hospitalier d'Angoulême.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données (RGPD), vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant ;
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises ;
- solliciter le délégué à la protection des données du Centre Hospitalier d'Angoulême (par e-mail : [dpo@ch-claudel.fr](mailto:dpo@ch-claudel.fr) ou par téléphone : 05 45 24 64 33) ;
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission Nationale de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>.

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Conformément à l'arrêté du 11 août 2008 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale autre que celle portant sur des médicaments à usage humain, elles seront ensuite archivées durant au moins 15 ans.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. Cela n'altèrera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués et ne modifiera pas vos relations avec l'ensemble de l'équipe soignante. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part (et dans ce cas, elles ne pourront être supprimées qu'à condition que cela ne compromette pas gravement la réalisation des objectifs de la recherche).

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser à l'investigateur toutes les questions que vous désirez. Après le délai de réflexion, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devez compléter et signer le formulaire de consentement de participation. Un exemplaire du document complet vous sera remis.

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au 05.45.24.42.46 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Ophélie CHAMBROT

## **QUESTIONNAIRE DE SUIVI**

Numéro d'inclusion du patient :

Suivi : 3 mois / 6 mois

Date :

Autorisation du suivi : oui/non

### **Rappel information patient**

Sexe : H/F

Age :

Catégorie socio-économique :

### **Suivi**

- Avez-vous été au RDV LOGIBEC donné aux urgences : oui/non

- Avez-vous trouvé un médecin traitant : oui/non

Si oui : celui de la réorientation / un autre

Si autre comment l'avez-vous trouvé ? :

- Par soi-même
- Par une relation (famille, ami, collègue)
- Par la CPAM
- Autre : (réponse libre)

- Avez-vous eu besoin d'un médecin pour des problèmes de santé, un certificat médical, un arrêt de travail, un renouvellement de contraception ou un souci dentaire, depuis votre réorientation/notre dernière conversation à 3 mois de suivi : oui/non

Si oui, de quel type : (réponse libre)

Si oui, qu'avez-vous fait pour la prise en charge :

- Rien
- Automédication
- Appel au médecin traitant (si médecin traitant trouvé depuis la réorientation) : conseil simple / ordonnance sans consultation / téléconsultation / consultation au cabinet
- Conseil en pharmacie
- Téléconsultation autre (en télécabine en pharmacie ou autre lieu de passage, ou sur ordinateur/téléphone à domicile)
- Consultation en médecine de ville (non médecin traitant)
- Appel au 15 : conseil/ordonnance/rdv médecin de garde
- Passage aux urgences : entrée/réorientation Logibec/réorientation autre
- Autre : (réponse libre)

- Si suivi à M3 : accord pour être recontacté à M6 ? oui/non



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 !

✕✕✕

## Résumé - Mots clés

---

**Introduction :** La réorientation des patients auto-référés aux urgences est une pratique courante et sécuritaire pour les patients. Le logiciel Logibec est utilisé aux urgences d'Angoulême depuis 2020. Dans cette période de crise démographique médicale, le Logibec peut-il permettre aux patients n'ayant pas de médecin traitant d'en trouver un ? Est-ce que les patients réorientés bénéficient d'une éducation sur les stratégies de soins à adoptées pour les soins non urgents ?

**Méthodologie :** Étude prospective, observationnelle, descriptive, monocentrique, au service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Angoulême situé dans le département de la Charente en Nouvelle-Aquitaine entre le 01/10/2023 et le 29/02/2024, associé à un suivi de leur besoin de santé sur les 6 mois qui a suivi leur réorientation. Analyse d'une comparaison d'un groupe de patients majeurs habitants en Charente sans médecin traitant réorienté et un groupe de patients témoins n'ayant pas été réorientés depuis 2021.

**Résultats :** Observation d'un taux de 11,11% de déclaration médecin traitant après un rendez-vous Logibec. Odd ratio à 2,83 (IC[0,77-10,48]) ne nous permettant pas de conclure sur l'efficacité du Logibec à aider à trouver un médecin traitant. Toutefois, en incluant tous les patients réorientés ayant trouvé un médecin traitant, l'Odd ratio est de 8,5 (IC[2,85-25,39]). 60% des patients ont manifesté des besoins de consultations médicales dans les 6 mois qui ont suivi la réorientation. La majorité avaient des besoins médicaux d'ordre musculosquelettiques ou ORL. Peu d'entre eux se sont rendus aux urgences. Ils ont préféré se tourner vers les médecins généralistes (médecin traitant ou non), les médecins spécialistes et le conseil en pharmacie.

**Conclusion :** Notre étude n'a pas permis de définir si le Logibec est une aide à la déclaration de médecin traitant. Elle a permis de démontrer que la réorientation permet l'éducation d'un bassin de population vis-à-vis de sa prise en charge médicale. Une étude complémentaire avec un plus grand nombre de sujets serait nécessaire. Un changement des pratiques médicales et organisationnelles est nécessaire pour accompagner les patients dans leur recherche de médecin traitant.

**Mots-clés :** Réorientation – Urgences – Logibec – Médecin traitant – Accès aux soins