



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le jeudi 6 mai 2021 à Poitiers
par **Monsieur ROCHEFEUILLE Loïc**

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.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Monsieur le Docteur Vincent JEDAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gilles MOALIC



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le jeudi 6 mai 2021 à Poitiers
par **Monsieur ROCHEFEUILLE Loïc**

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.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Monsieur le Docteur Vincent JEDAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gilles MOALIC

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie □ JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

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

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeures émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

Remerciements

À Monsieur le Professeur Philippe BINDER, vous me faites l'honneur de présider cette thèse malgré vos grandes responsabilités, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY, je suis sincèrement honoré par votre présence dans ce jury, merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Et surtout merci pour votre disponibilité.

À Monsieur le Docteur Vincent JEDAT, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Gilles MOALIC, une rencontre formidable, vous avez dirigé cette thèse et je vous remercie pour votre aide et votre patience. Je tiens à vous témoigner ma plus sincère gratitude.

À ma première équipe, ma famille :

À mes parents, sans qui rien de tout ça n'aurait été possible, MERCI ! Merci de m'avoir toujours soutenu, de m'avoir toujours poussé et de m'avoir toujours tout donné. Vous avez fait de moi l'homme que je suis devenu aujourd'hui, et croyez-moi il ne laisse pas indifférent ☺. J'espère un jour pouvoir faire autant pour mes enfants, vous êtes des parents exemplaires. Cette thèse est le fruit de 31 années de travail d'équipe, de beaucoup de sacrifices, de pleurs, de joie, de doute... je vous la dédie. Il est temps de compter les billes cette fois papa !

À ma « grande petite sœur », merci, je voulais que tu saches que je serai toujours là pour toi, je t'aime et suis fier de t'avoir comme sœur. Profite de la vie, et donne-toi à fond dans tout ce que tu entreprends. Je suis désolé de ne pas avoir pu passer plus de temps avec toi quand j'étais encore à la maison, excuse-moi.

À ma « petite sœur », merci, je te souhaite plein de courage, de persévérance, la voie que tu as choisie est magnifique mais ardue ! Je te souhaite aussi plein de bonheur avec Gaël, courage à vous deux ! Il paraît que tu me ressembles de plus en plus, chanceuse, mais n'oublie pas que c'est moi le King ☺.

À Mathie, la seule, l'unique, celle qui maintenant partage ma vie depuis presque un an. Tu es arrivée dans ma vie de façon totalement inattendue, et je pense que plus jamais je ne te laisserai

partir. Tu m'as apporté tellement en si peu de temps, tu es une femme incroyable, merci pour tout ce que tu fais pour moi, surtout ces derniers mois ! Je souhaite pouvoir me réveiller chaque matin à tes côtés et me dire que je suis heureux de t'avoir, sache que je t'aime !

À mes grands-mères, merci ENORMEMENT pour votre soutien indéfectible. Malgré vos messages et appels restés sans réponses ... je pense à vous. Sans vous, cette réussite n'aurait pas été possible, alors MERCI ! Merci de m'avoir aidé, de m'avoir tant donné, de m'avoir transmis votre amour, votre goût pour la cuisine, de m'avoir permis de voyager. Je ne sais pas si un jour je pourrais vous le rendre, mais je ferai tout pour ! Je vous embrasse mes « Maminettes ». Prenez soin de vous. Je vous dis à très vite, je vous aime.

À mon grand-père, à mon « papy-lion », vous qui n'êtes plus là aujourd'hui, cette réussite est en partie la vôtre aussi. Je pense à vous et j'espère que je vous ai rendu fiers. Les parties de boules et de dominos me manquent. Si vous saviez comment je suis devenu fort... je vous aime.

Pou ou mon tati zabou, malgré tou band messaz' ou envoye a mwin mi repond pa... escuz mon pardon. Rest come ou lé, une madame gaillar ec un bel sourire franch papay', ou mérit un boug i merit a ou ! Tien bon larg pa ! merci pou tou sak ou la done a mwin, merci pou out générosité ! Tao a ou ti coq... ma fin di a ou, le jeu la pa bon meme, mi esper ou sa comprendre. Mi aim a zot fort même ! Si zordi mi lé la, zot lé pa pou rien, merci !

À mon cousin PL, le frère que je n'ai jamais eu, nos chemins se sont séparés trop rapidement, mais ainsi va la vie, merci pour tous ces bons moments passés ensemble, pour la passion de la pêche que tu m'as transmise. Tu as aussi participé à ce que je suis aujourd'hui alors merci. Je te souhaite la réussite dans tes nouveaux projets. A très vite, il me tarde de te revoir et d'entendre les moulinets chanter en voyant le soleil se lever sur la Réunion ! ;)

À tonton JL, tatie Brigitte merci d'avoir participé de « loin comme de près » à ma réussite, et mon épanouissement, je vous aime.

À tonton Bertrand et sa famille, merci.

À la famille BOYER, merci de m'avoir considéré comme votre fils, vous m'avez vu grandir et voilà où j'en suis aujourd'hui, alors merci ! Vous êtes des personnes extraordinaires, au plaisir de revivre d'agréables moments en votre compagnie.

À mes amis de la Réunion :

À Samir, Blakouts, Toinou, sacrée équipe ! plus de 13 ans d'amitié, de bons moments, de fous rires, de clashes, de soirées de folies, merci de m'avoir permis d'être l'homme que je suis aujourd'hui. J'espère qu'on se retrouvera très vite. Il faut que vous sachiez que vous êtes comme

mes frères, même si je ne donne pas beaucoup de nouvelles, je tiens à vous. Alors à très vite !
Merci encore Toinon pour ton aide pour cette thèse.

À Lulu, Jordent, Fabinou, merci les copains de m'avoir soutenu pendant l'externat, merci de m'avoir toujours donné le sourire, merci pour les fifuts endiablés, merci de m'avoir permis de sauter dans une poubelle plus d'une fois. Je vous aime, « si je vous je vous dis je vous jure »

À Shashit, mon premier coloc, merci pour ces bons moments passés en ta compagnie ainsi que les heures de LoL. Trouss un ot'

À mon Dulce, mon Mat, mon Maxou, mon Badoune, et les autres, mercis mes bloods pour ces vacances exceptionnellement intenses qu'on passe à chaque fois que je rentre à la réunion.

À Lorraine, merci d'avoir participé à mon épanouissement. Les premières années d'externats furent simples à tes cotés.

À mon pops, merci d'avoir toujours été là, surtout dans les bons moments ! Merci de m'avoir fait découvrir la cup, et merci aussi d'apprendre à faire la planche stp, n'oublie pas que je suis triple champion olympique ! Toujours un plaisir de te retrouver et de passer des afters voitures jusqu'à pas d'heure !

À ma deuxième équipe ex aequo, mes frères du XVD :

On a grandi ensemble pour la plupart, je tenais particulièrement à vous remercier pour tous les bons moments passés sur et en dehors du terrain, merci de m'avoir permis d'acquérir ces notions que sont le respect, la solidarité, l'engagement, le courage et le dépassement de soi (Surtout en soirée). Vous m'avez permis d'être ce que je suis devenu aujourd'hui, alors merci les copains.

À ma troisième équipe, et ma deuxième famille...

À Marion, Charlotte, mes colocs, mes sœurs, mes prefs! Merci de m'avoir supporté jusque-là, merci de m'avoir écouté, de m'avoir soutenu, de m'avoir nourri (sauf pour les pâtes « carbo » et le lapin à la moutarde, ça never ever !). Merci les filles, vous êtes d'incroyables jeunes femmes, fortes et indépendantes, je suis content que nos chemins se soient croisés, j'espère qu'on partagera encore plein de bons moments ensemble. Vous avez été l'épaule sur laquelle je me suis appuyé plus d'une fois, alors merci les filles.

À mon Benji, mon bro, ne change pas, c'est un réel plaisir de passer du temps avec toi, et de te mettre la paté a mario kart mais n'hésite pas à bouger quand tu fais du gainage sur le canap, une escarre est vite arrivée !

À mon Nonol, un sacré personnage, « nah mais je te jure lolo je t'aime t'es mon bro », je te rassure moi aussi ! On partage les mêmes valeurs, et je t'apprécie beaucoup ! Je te promets de répondre plus souvent à tes appels... à une seule condition, qu'on se yèèèèe dès que possible !

À Marine, OUI je sais que tu as quelque chose à me dire encore ... heureux de t'avoir rencontré ma petite tête en l'air ! Et je n'oublierai jamais notre première rencontre !

A mon Stouf, le mec qui a marqué ma première année d'internat, quelle belle personne tu es ! ne change pas !

À Urbain et Anne (et Célestine), Margaux, Peq, Nadia, Thomas dru, Jerem, Xavi, Kevin, Thomas kutku (et le célèbre « Angoulême est ce que vous êtes chauuuud ?! »), Tomy, Jeremy, Jean, Arthur, François, Natacha, mes co-internes, mes chefs, merci de m'avoir fait vivre 3 années d'internat exceptionnelles ! Merci pour les moments qu'on a partagés, et ceux à venir...

Pardon à ceux que j'ai pu oublier, merci à vous !

Merci encore à tous, sachez que je serai toujours là pour vous !

L'internat j'ai kompreich,

Mi aim zot toute !

Liste des abréviations

ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH /CHU	Centre Hospitalier/Centre Hospitalier Universitaire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DOM	Département d'Outre-Mer
DREES	Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HSCM	Hôpital Sacré Cœur de Montréal
FAU	Forfait Annuel Urgence
MG	Médecin Généraliste
MMG	Maison Médicale de Garde
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDS	Permanence Des Soins
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAS	Service d'Accès aux Soins
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Sommaire

1- INTRODUCTION	11
1-1 : L'agglomération de communes d'Angoulême	12
1-1.1 La population	12
1-1.2 L'offre de soins	12
1-2 : La réorientation, une des solutions à l'encombrement des urgences.....	13
1-2.1 Définition	13
1-2.2 Les patients éligibles	13
1-2.3 Arrêté du 27 décembre 2019.....	14
1-3 : L'outil : Logibec Réorientation ®	14
2- MATERIEL ET METHODE	16
2-1 : Choix d'une étude qualitative	16
2-2 : Réalisation du guide d'entretien.....	16
2-3 : Recrutement des médecins	16
2-4 : Réalisation des entretiens	17
2-4.1 : Réalisation des entretiens semi-dirigés.....	17
2-4.2 : Retranscription des entretiens semi-dirigés	17
2-5 : Analyse qualitative des données.....	17
2-5.1 : Codage	17
2-5.2 : Triangulation des données	18
3-RESULTATS	19
3-1 : Données sur les entretiens	19
3-2 : Caractéristiques de l'échantillon.....	19
3-3 : Analyse thématique.....	20
3-3.1 : État des lieux avant le projet de réorientation.....	20
3-3.1.1 : La gestion des soins non programmés au sein du cabinet	20
3-3.1.2 : Les motivations des patients à consulter aux urgences selon les MG	21
3-3.1.3 : Opinion des médecins généralistes concernant l'arrêté du 27 / 12 / 2019 ...	22
3-3.1.3.1 : Un côté financier qui dérange.....	22
3-3.1.3.2 : Une problématique que l'on déplace	22
3-3.1.3.3 : Une officialisation de pratique	23
3-3.2 : Opinions sur le projet de réorientation	23
3-3.2.1 : Les Avantages selon les médecins généralistes	23
3-3.2.1.1 : Venir en aide aux urgences	24
3-3.2.1.2 : Participer à la coordination ville-hôpital.....	24
3-3.2.1.3 : Participer à l'amélioration globale de l'accès aux soins	24
3-3.2.1.4 : Des consultations typiques de médecine générale justifiées	25
3-3.2.1.5 : Un logiciel simple.....	26
3-3.2.2 : Les inconvénients selon les médecins généralistes.....	27
3-3.2.2.1 : Des rendez-vous non honorés par les patients.....	27
3-3.2.2.2 : Souhaits de patients d'intégrer la patientèle.....	27
3-3.2.2.3 : Un accès au médecin généraliste peut-être trop rapide.....	28
3-3.3 : Les freins au développement du projet selon les médecins généralistes	28

3-3.3.1 : Les freins propres aux médecins généralistes.....	28
3-3.3.1.1 : Les craintes des médecins généralistes	28
3-3.3.1.2 : Le manque de disponibilité des médecins généralistes.....	29
3-3.3.1.3 : Les médecins en fin de carrière	29
3-3.3.1.4 : Les médecins non informatisés	29
3-3.3.2 : L'absence de rémunération.....	29
3-3.3.3 : L'absence de secrétariat	29
3-3.4 : Les pistes d'amélioration selon les médecins généralistes	29
3-3.4.1 : Une généralisation de la procédure à tous les médecins du territoire	30
3-3.4.2 : Une meilleure communication.....	30
3-3.4.3 : Une sectorisation par rapport à un territoire.....	31
4 - DISCUSSION	32
4-1 : Forces et faiblesses de l'étude	32
4-1.1 : Forces de l'étude	32
4-1.1.1 : Validité interne.....	32
4-1.1.2 : Choix de la méthode de recherche qualitative.....	32
4-1.2 : Faiblesses de l'étude.....	32
4-1.2.1 : Concernant la population :	32
4-1.2.2 : Concernant le recueil de données :	33
4-2 : Discussion des résultats.....	34
5 - CONCLUSION	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
ANNEXES :	45
RESUME	53
SERMENT D'HIPPOCRATE	54

1- INTRODUCTION

La qualité des soins en santé, est définie par l'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 depuis ces dernières années, le nombre de passages aux urgences croît de façon continue avec une augmentation de 3,6% en moyenne chaque année en France (1). Cette augmentation d'origine multifactorielle est devenue un vrai problème de santé publique et entraîne un encombrement des services d'urgences et ainsi des répercussions sur la qualité des soins, l'augmentation de la mortalité intra hospitalière, un retard à la prise en charge de la douleur. (2-4).

Il faut savoir qu'en France le système de soins non programmés s'articule autour de deux types d'intervenants :

- D'une part les hospitaliers avec les Services d'Accueil des Urgences (SAU), les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) composés de Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et des Centres 15.
- D'autre part les libéraux, les médecins généralistes, médecins de la Permanence Des Soins (PDS), les médecins correspondants du SAMU, ou des associations comme celle de SOS médecins.

Le médecin généraliste, médecin de premier recours, est le pivot de ce système car il peut être consulté en première intention par les patients, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.(5)

1-1 : L'agglomération de communes d'Angoulême

1-1.1 La population

Située dans la région de la Nouvelle Aquitaine, le Département de la Charente compte 3 arrondissements depuis 2017, autour des villes de Cognac, Angoulême et Confolens. L'agglomération d'Angoulême compte 117 communes. (6)

La population est composée de 353 335 habitants soit une densité de population de 59,2 habitants par km², dont 181 124 habitants dans l'arrondissement d'Angoulême, équivalent à près de la moitié de la population charentaise et 6% de la population de la Nouvelle Aquitaine. (7). La population Charentaise est vieillissante, ce qui peut entraîner une majoration de consommation de soins. En effet, plus de 12% de la population charentaise est âgée de plus de 75 ans contre 9,3% en France métropolitaine. (8)

1-1.2 L'offre de soins

On compte en Charente en février 2021, 246 médecins généralistes thésés, installés sur le territoire, dont 130 dans l'arrondissement d'Angoulême, ce qui correspond à une densité médicale de 93 médecins généralistes pour 100 000 habitants, pour une moyenne nationale à 124,5 pour 100 000 habitants (9). Le nombre de médecin généralistes en Charente a diminué de 15% depuis 2010 (10). Selon le Conseil Départemental de Charente de l'Ordre des Médecins, la moyenne d'âge des médecins généralistes de Charente est de 55,6 ans et 5 départs à la retraite ont eu lieu depuis le mois de décembre 2020, sans être remplacés.

Il y a actuellement dans l'agglomération une Maison Médicale de Garde (MMG), excentrée au Nord, et aucun centre de soins non programmés, ni d'association SOS médecin.

Le service d'accueil des urgences d'Angoulême est le troisième Centre Hospitalier (CH) en terme de nombre de passages aux urgences déclarés en 2019, avec plus de 52 000 passages en Nouvelle Aquitaine et le premier de Charente (11) .

Il existe quatre autres structures d'urgences en Charente : au CH de Barbezieux, de Confolens, de Ruffec et de Cognac. Ces structures sont situées aux limites Nord, Ouest, et Sud-Ouest du département. (Annexe 1)

Pour avoir accès aux soins primaires, les habitants du territoire doivent donc se référer à leur médecin traitant ou à un des services d'urgence, dont le CH d'Angoulême au centre du département.

1-2 : La réorientation, une des solutions à l'encombrement des urgences

1-2.1 Définition

La réorientation est la modification du parcours de soins d'un patient auto-référent, ne nécessitant pas le plateau technique des urgences vers un autre médecin.

Le patient auto-référent est un patient qui se présente spontanément aux urgences pour y être pris en charge.

1-2.2 Les patients éligibles

Estimer le nombre de passages évitables à l'urgence n'est pas facile. En France, la Société Française de Médecine d'Urgence a mis au point une Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) permettant de déterminer la gravité de l'état clinique d'un patient selon une échelle allant de 1 à 5. Bien que réalisé à postériori, et que sa reproductibilité soit variable d'un endroit à l'autre, cet outil peut donner une idée de la proportion de visites non urgentes. (Annexe 2)

L'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur un jour (le 11 juin 2013) auprès de 52 000 patients et 736 services d'accueil d'urgence en France métropolitaine et DOM relève plusieurs points intéressants qui viennent compléter leur enquête précédente de 2003 (12,13):

- Dans 6 cas sur 10 la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche,
- 70% de consultations sans contact médical préalable,
- 76% des patients regagnent leur domicile, 20% sont hospitalisés,
- Des venues aux urgences principalement le jour : 79% entre 8-20h,
- Une majorité de pathologies somatiques (48%) et traumatiques (48%),
- 14% de CCMU 1 : pas de nécessité d'actes complémentaires.

Ces patients CCMU1, patients stables, sans pronostic vital ou fonctionnel engagé, représentent la part de patients éligibles à la réorientation.

Ces données ont été reprises dans une étude française de 2019, sur 29407 patients inclus, 27,4 % de ces patients auraient pu être pris en charge par leur médecin traitant dans les 48 heures selon les médecins urgentistes. (14)

1-2.3 Arrêté du 27 décembre 2019

Un cadre légal à la réorientation à l'accueil des urgences a vu le jour en décembre 2019, avec l'expérimentation de la mise en place d'un forfait de réorientation sur une durée de 2 ans. Cet arrêté a pour but d'inciter les intervenants du système de soins non programmés français à travailler de concert pour proposer au patient un parcours de soin adapté à sa situation.

Les objectifs sont de pouvoir toucher 5 à 10% de ces passages évitables aux urgences, regroupés dans les CCMU1, et d'arriver à ce qu'au moins 70% des consultations de réorientation soient honorées par les patients. Le choix de la méthode de réorientation est libre tant qu'elle est sécuritaire pour le patient et sous la responsabilité d'un médecin sénior. À la suite de l'acte de réorientation, le patient doit partir des urgences avec un rendez-vous de médecine générale sous forme de bulletin de réorientation. Des indicateurs comme la satisfaction et le retour précoce aux urgences devront être évalués. (15)

Au service d'accueil des urgences du CH d'Angoulême, la réorientation des patients vers la médecine de ville est pratiquée depuis 1998 en partenariat avec les médecins de ville, selon un protocole institutionnel.

1-3 : L'outil : Logibec Réorientation ®

Au Canada, l'Hôpital Sacré Cœur de Montréal (HSCM) utilise un algorithme médical de réorientation via le logiciel Logibec Réorientation® depuis 5ans maintenant. En plus d'aider à la décision clinique, cet outil permet de réduire la variabilité ou la subjectivité qui pourrait exister entre les utilisateurs.

Cet algorithme comprend plus de 50 motifs de consultations, chacun associés à des contre-indications spécifiques. Le logiciel permet aux patients se présentant aux urgences et ne remplissant pas des critères d'urgences, d'être réorientés vers des médecins généralistes participants au projet. Il permet également aux équipes de triage d'évaluer le patient et d'avoir accès à un créneau de consultation dans les 36 heures chez un des médecins généralistes participants au projet.

En février 2021, le logiciel a permis de réorienter plus de 85 000 patients au Canada, avec 94% des rendez-vous honorés par les patients.

Aujourd'hui 12 hôpitaux utilisent ce logiciel au Canada et 2 hôpitaux en France, le CHU de Nancy et le CH d'Angoulême.

Ce logiciel est en place depuis le mois de juillet 2020 entre le CH d'Angoulême et 8 cabinets de médecine générale dans l'agglomération de commune d'Angoulême. Il a permis de réorienter aujourd'hui plus de 900 patients.

Le processus de réorientation se déroule en plusieurs étapes : (Annexe 3)

- Tout d'abord, l'infirmière d'accueil et d'orientation en accord avec le médecin d'accueil et d'orientation réalise la procédure de réorientation grâce au logiciel, et recherche un critère d'exclusion soit universel, soit en fonction d'un motif de consultation spécifique.
- S'il n'existe pas de critères contre-indiquant la réorientation, alors le patient peut être positionné sur un rendez-vous dans un des cabinets partenaires.
- Le patient reçoit alors un voucher de réorientation avec un numéro d'anonymisation, l'heure et le lieu de son rendez-vous pour se présenter chez le médecin traitant ayant accepté de libérer un créneau de consultation.
- Une fois le patient arrivé, le médecin ou la secrétaire peut modifier le statut du patient afin de valider la venue réelle du patient et pouvoir réaliser des statistiques.

Un travail d'évaluation réalisé au CH d'Angoulême a permis d'évaluer la sécurité et la satisfaction des patients réorientés, avec 2,2% de retour aux urgences dans les 48h sans complications sévères, et 71,9% de patients satisfaits (16). Au Canada l'équipe de recherche de l'HSCM a montré que ce projet était sécuritaire avec un retour précoce aux urgences de moins de 3% en 48h sur les 916 premiers cas et a permis une diminution de 10% des consultations aux urgences. (17)

La réorientation est avant tout un projet de partenariat entre les urgences et la médecine de ville, et met en relation trois acteurs : les patients, le personnel soignant hospitalier et les médecins généralistes. Des études existent déjà concernant la sécurité de la méthode, la satisfaction des patients, et les premiers impacts sur le service des urgences.

Cependant aucun travail n'a été effectué concernant les médecins généralistes.

Notre étude aura donc pour objectif de recueillir l'opinion des médecins généralistes partenaires de ce projet de réorientation, et dans un deuxième temps de dégager des pistes et les freins d'amélioration du projet toujours selon ces médecins généralistes.

2- MATERIEL ET METHODE

2-1 : Choix d'une étude qualitative

Traditionnellement utilisée en sciences sociales, une étude qualitative vise à recueillir les opinions, les comportements ou les sentiments d'une population. C'est ainsi que notre choix s'est tourné vers une telle étude puisque nous cherchons à explorer l'opinion des médecins généralistes.

Afin d'atteindre au mieux les objectifs de notre enquête, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. Ceux-ci permettent de maintenir un cadre tout en favorisant la liberté d'expression du sujet interrogé.

Afin de s'assurer de la pertinence scientifique de notre projet, nous avons utilisé la grille de critères COREQ.

2-2 : Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien réalisé avant le début de l'enquête, regroupe les différentes questions à poser ou les thèmes à aborder lors des entretiens.

Plus qu'une simple liste de questions, celui-ci a pour but de fournir un cadre général ordonné à l'entretien.

Ce guide a été testé avec le premier médecin interrogé. Ce test a permis de familiariser l'enquêteur avec le guide mais également d'effectuer quelques ajustements.

Cet entretien n'a donc pas été inclus dans l'étude.

2-3 : Recrutement des médecins

Toutes les personnes interrogées étaient des médecins généralistes thésés installés dans le département de la Charente et participants au projet de réorientation via l'utilisation du logiciel Logibec Réorientation®.

L'enquêteur a contacté par téléphone le secrétariat de chaque médecin, puis par e-mail l'ensemble des médecins sélectionnés. Tous les médecins n'ont pu être joints directement par téléphone.

Huit cabinets de médecine générale participent à ce projet, 18 médecins généralistes étaient éligibles, seuls 13 médecins ont initialement répondu. Sur ces 13 médecins, 2 ont refusé de participer à l'enquête par manque de temps. Pour les 5 autres, ils n'ont pu être joints après contact avec leur secrétariat.

Le recrutement s'est donc effectué par les premières réponses favorables.

Le thème de l'étude « *Opinion des médecins généralistes de Charente vis-à-vis de leur participation au déploiement du projet de réorientation des patients aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême* » était abordé dès le premier contact.

2-4 : Réalisation des entretiens

2-4.1 : Réalisation des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont tous eu lieu dans les cabinets des médecins généralistes selon les souhaits des médecins interrogés.

L'enquêteur se présentait brièvement puis énonçait l'objectif principal de l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés vocalement via l'application dictaphone d'un smartphone.

Les entretiens se sont déroulés du 8 février au 5 mars 2021.

Les entretiens se sont arrêtés après la saturation des données, c'est-à-dire lorsque aucune nouvelle notion n'apparait au bout de trois entretiens consécutifs. La saturation ici a été obtenue à partir du 9ème entretien.

2-4.2 : Retranscription des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont été retranscrits et les propos anonymisés. Les verbatims ont été réalisés grâce aux fichiers audio enregistrés. Le lecteur multimédia VLC® a été utilisé pour la lecture de ces fichiers audios. Le logiciel OpenOffice® a été utilisé pour le traitement de texte.

Chaque verbatim a été sauvegardé sur l'ordinateur de l'enquêteur ainsi que sur clé USB, pour éviter la perte des données.

2-5 : Analyse qualitative des données

2-5.1 : Codage

Après chaque retranscription, les verbatims ont été relus par l'enquêteur. Un codage ouvert a été réalisé afin de faire ressortir le maximum d'idées des entretiens et être le plus exhaustif possible.

Le logiciel QDA Miner Lite ® a été utilisé.

Par la suite, un codage axial a permis de faire ressortir des thèmes et sous-thèmes récurrents lors des entretiens et en adéquation avec la question de recherche.

Un exemple d'arborescence de verbatims est disponible en annexe. (Annexe 5)

2-5.2 : Triangulation des données

Afin d'optimiser les résultats et de réduire les biais, une triangulation a été effectuée pour le codage. En effet, une tierce personne, médecin généraliste extérieur au projet de recherche, a également codé les verbatims en ouvert, puis en axial sans aucune influence de la part de l'enquêteur.

Par la suite, les deux arborisations ont été comparées après discussion entre l'enquêteur et la tierce personne.

3-RESULTATS

3-1 : Données sur les entretiens

10 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 04 février et le 05 mars 2021.

L'enregistrement des entretiens a duré entre 9 minutes et 23 minutes avec une durée moyenne d'enregistrement de 15 minutes.

Les lieux et dates de rencontres étaient choisis par les praticiens interrogés afin de faciliter les entretiens et l'ensemble de ces derniers a eu lieu dans le cabinet de ces médecins.

Chaque entretien est désigné par la lettre M suivie d'un chiffre. La notation M1 correspond donc au premier médecin interrogé.

Le phénomène de saturation des données ayant été obtenu à partir du 9eme entretien, cela nous a permis de limiter le risque d'interprétation subjective.

3-2 : Caractéristiques de l'échantillon

Sur les 10 participants, on dénombre 6 femmes et 4 hommes.

S'agissant de leur mode d'exercice, seul un médecin n'exerce pas en cabinet de groupe.

Concernant leur lieu d'exercice, 8 d'entre eux travaillent en milieu urbain, 1 en zone rurale, et 1 en semi-rural.

L'âge de la population interrogée s'échelonne de 32 ans à 64 ans. La moyenne d'âge de celle-ci est de 43 ans.

Notre étude portant sur un projet de réorientation des patients aux urgences vers la médecine de ville mis en place par un médecin urgentiste, nous interroge sur l'existence d'un lien entre les urgences et ces médecins. En effet, il s'avère que sur les 11 médecins, 5 ont déjà fait un semestre en tant qu'internes aux urgences du CH d'Angoulême, dont un qui était un ancien urgentiste.

Un médecin avait initialement accepté puis s'est rétracté par manque de disponibilité.

Les autres médecins n'ont pu être joints même après avoir pris contact avec leur secrétariat et malgré des e-mails de relance.

Le tableau complet de cartographie de l'échantillonnage est disponible. (Annexe 6)

3-3 : Analyse thématique

3-3.1 : État des lieux avant le projet de réorientation

Il nous a paru nécessaire de réaliser un état des lieux de la gestion des soins non programmés par ces médecins généralistes, avant la mise en place du projet de réorientation, afin de comprendre pourquoi un tel projet avait sa place, et par la suite connaître l'opinion de ces médecins généralistes.

3-3.1.1 : La gestion des soins non programmés au sein du cabinet

L'ensemble de nos entretiens a révélé que l'organisation face à cette demande de consultations aiguës était similaire dans tous les cabinets avec le rôle de la secrétaire et la présence de créneaux de consultations dédiés.

Le Médecin M7 déclare « *On a des créneaux d'urgences dans la journée, la secrétaire bloque le matin ou l'après-midi une à deux consultations. Si le planning est plein on est averti oralement, et on décide de le prendre en plus ou pas, donc rajouter encore des créneaux d'urgence si besoin. On peut dire qu'on régule nos patients, leur urgence n'est peut-être pas la nôtre, enfin on ne les voit pas tous mais on leur donne une réponse au moins.* »

Le médecin M3 parle d'harmonisation à l'échelle du cabinet « *On essaie d'harmoniser nos pratiques [...]répondre à cette problématique de soins non programmés à l'échelle du cabinet plutôt qu'à l'échelle individuelle. On fonctionne en groupe, donc forcément, il y a des jours où on n'est pas là ... donc forcément on essaie de s'harmoniser et de faire en sorte qu'il y ait toujours un médecin qui puisse répondre aux soins non programmés.* »

Le médecin M9 lui, parle de patientèle partagée avec ses collègues au sein du cabinet « *On a une patientèle un peu partagée, c'est-à-dire que si quelqu'un se présente en urgence, le premier médecin qui a une place le prend.* »

Chaque cabinet effectue donc une régulation de patients qui lui est propre, cependant malgré cette organisation les patients continuent d'affluer aux urgences. Nous avons donc demandé aux médecins généralistes selon eux quelles étaient les motivations des patients à consulter aux urgences.

3-3.1.2 : Les motivations des patients à consulter aux urgences selon les MG

Près de la moitié des médecins utilisent la notion d'urgence ressentie par les patients comme motivation pour s'adresser directement aux urgences.

Le médecin M1 évoque la représentation des patients « *Il y en a forcément quelques-uns, des « angoissés de première » qui ne peuvent aller qu'aux urgences car voilà ça les rassure je pense et qu'ils croient qu'il n'y a que là-bas qu'ils peuvent être pris en charge, [...]. Il y a des gens dans leurs représentations c'est « on a une urgence donc on va aux urgences, le médecin généraliste il n'est pas là pour représenter l'urgence. »*

Tout comme le médecin M4 qui déclare « *Ils reviennent vers moi et me disent qu'ils pensaient que c'était urgent c'est pour ça que je ne suis pas passé par vous ou alors vous ne répondiez pas, ce qui est rare en général j'essaie de répondre (sourire), ou alors le rendez-vous était trop tard dans l'après-midi et ils avaient l'impression qu'ils ne pouvaient pas attendre. »*

Le médecin M7 parle de la surconsommation de soins avec un nombre important d'urgences ressenties « *Il y a une surconsommation de soins, beaucoup d'urgences ressenties des patients qui ne sont pas de vraies urgences vitales. »*

La seconde notion qui revient est la « facilité des urgences ».

Une facilité d'accès aux urgences comme le dit le médecin M1 « *Il y en a souvent qui se présentent aux urgences ou appellent les urgences dans un premier temps puis, ils appellent ou viennent ici dans la journée ou dès que c'est possible, parce que les urgences c'est facile, c'est ouvert tout le temps ! »*

De plus il rajoute qu'il y a aux urgences la possibilité d'avoir accès à un plateau technique « *Ils pensent qu'il y a plus de matériel, plus de capacité « à répondre à tout » ils ont le plateau technique qui fait que oui selon eux le médecin généraliste n'est pas dans cette capacité-là. »*

Il est rejoint sur ce point par le médecin M2 « *Ils y vont de leur plein gré alors que parfois ça ne nécessite pas une entrée aux urgences, mais c'est plus facile pour eux sûrement de se rendre aux urgences. »*

Pour conforter cette facilité et rapidité d'accès aux urgences, le médecin M9 lui parle de rendez-vous en cabinets médicaux de ville qui ne sont peut-être pas assez rapides selon certains patients « *Ils n'ont pas de rendez-vous rapidement, ou alors suffisamment*

rapidement, selon leurs critères, dans les cabinets médicaux ça c'est sûr. Après moi je me souviens, alors c'est des histoires de chasse, d'un monsieur par exemple qui téléphone le matin, on lui donne un rendez-vous à 17h et à 14H on a un coup de fil des urgences disant qu'il est aux urgences qu'il s'est présenté car le rendez-vous de 17H était trop tard selon lui, ça on ne peut pas y faire grand-chose. »

3-3.1.3 : Opinion des médecins généralistes concernant l'arrêté du 27 / 12 / 2019

À l'abord de l'arrêté du 27 décembre 2019, deux médecins ne le connaissaient pas.

3-3.1.3.1 : Un côté financier qui dérange

La mise en place d'une rémunération pour réorienter le patient vers un médecin généraliste n'a pas laissé indifférent près de la moitié des médecins interrogés.

Le médecin M1 déclare avoir été choqué par cette rémunération « Ça m'a choqué [...] j'ai trouvé choquant que l'on paye quelqu'un pour ne pas recevoir quelqu'un, quel qu'il soit ...euh... Sur le plan éthique je trouve ça surprenant, voilà. Après sur le fait de ne pas pouvoir recevoir tout le monde aux urgences et que les urgences soient débordées je l'entends, et qu'on trouve une solution c'est bien, ça je le comprends, mais sur le principe je trouve ça choquant de payer pour ne pas recevoir quelqu'un, un patient. »

Il est rejoint sur ce point par le médecin M8 qui partage cette opinion « *Hmm bon ! je trouve que c'est peut-être un peu exagéré, enfin je trouve ça dérangeant... Le côté financier que je trouve dérangeant ! attention, pas le fait de réorienter le patient. C'est le fait de financer ça, d'autant plus que le patient va devoir repayer son médecin donc ça fait des dépenses. [...] Après ça ne mobilise pas les moyens, ça prend un petit peu de temps personnel, ça ne désorganise pas l'hôpital, donc bon le cautionnement du forfait je trouve ça un petit peu abusif. »*

3-3.1.3.2 : Une problématique que l'on déplace

Deux médecins étaient plutôt sceptiques quant au réel intérêt de cet arrêté. Le médecin M3 explique que le problème ne sera pas résolu selon lui mais plutôt déplacé, au détriment des médecins généralistes « *Un peu sceptique, un peu de crainte, oui, [...]. Enfin vous connaissez l'expression déshabiller Paul pour habiller Jacques. Enfin voilà, de toute façon que cette réorientation allait peser sur les médecins généralistes du territoire, en sachant qu'on est déjà dans une démographie et une pression de*

démographie médicale assez importante, il y avait cette crainte-là [...] Donc un peu sceptique, un peu méfiant. Méfiant on va dire ça. »

Tout comme le médecin M1 « *La difficulté c'est que tout le monde dit que les médecins sont débordés, euh... les urgences sont débordées, mais on va réorienter vers les médecins alors si c'est possible tant mieux, si ce n'est pas possible c'est là où ça va être problématique... »*

3-3.1.3.3 : Une officialisation de pratique

D'autres médecins sont plus optimistes face à cet arrêté et y voient là un cadre légal sur des pratiques qui avaient déjà lieu, comme le souligne le médecin M4 « *Je trouve ça très bien, et puis c'est déjà ce qui se faisait aux urgences d'Angoulême, mais bon là c'est comment dire ... officiel quoi ! C'est officiel oui, parce que l'organisation qu'il y a aux urgences d'Angoulême n'est pas la même que dans toutes les villes, c'est bien, ça officialise les choses. »*

Le médecin M6 lui aussi réagit positivement face à ce cadre légal « *Je me suis dit que ça pouvait être une bonne chose de permettre de réorienter plus facilement avec un cadre légal. »*

3-3.2 : Opinions sur le projet de réorientation

Pour la majorité de l'échantillon, leur participation à ce projet relève de leur fonction de médecin généraliste, celle de répondre à une demande de soins non programmés, comme explique le médecin M1 « *Je rends service d'un point de vue professionnel, je rends service à la population, donc je participe et remplis mes fonctions de médecin généraliste, de répondre à des demandes non programmées. »*

Le médecin M3 l'évoque aussi : « *Effectivement, ça faisait partie de nos missions : Les soins primaires, les soins non programmés, ça fait partie de notre mission de médecin généraliste, [...] Il fallait apporter notre pierre à l'édifice si j'ose dire. »*

3-3.2.1 : Les Avantages selon les médecins généralistes

Lorsque nous avons discuté du projet de réorientation, il n'a pas été difficile pour les médecins de mettre en évidence plusieurs avantages.

3-3.2.1.1 : Venir en aide aux urgences

Le médecin M10 dit venir en aide aux urgences, en participant au désengorgement des urgences « *L'avantage est de pouvoir désengorger les urgences sur ce qui ne nécessite pas de l'urgence, ou pour les gens qui n'ont pas de médecin traitant et qui nécessite, euh... enfin c'est une urgence de médecine générale de ville et qui ne dépend pas de l'hôpital quoi !* »

Il est rejoint par le médecin M2 qui lui avait déjà travaillé aux urgences « *Oh ! pour essayer de désengorger les urgences hein, comme je vous l'ai dit j'y ai bossé déjà aux urgences de Girac alors je sais qu'il n'y a pas mal de patients qui ne nécessitent pas d'être pris en charge aux urgences, donc je connais les problèmes de réorientation ... (rires).* »

3-3.2.1.2 : Participer à la coordination ville-hôpital

Le médecin M3 parle de réseau et de travail conjoint avec les urgences « *voilà, on fait partie d'un même réseau et on doit savoir travailler ensemble, on travaille avec le service des urgences et forcément ça me paraît naturel d'harmoniser nos pratiques, de se coordonner, ça me paraissait essentiel.* »

Le médecin M5 parle de proximité avec l'urgentiste « *la proximité avec le médecin urgentiste, je trouve que c'est un échange de bons procédés.* »

3-3.2.1.3 : Participer à l'amélioration globale de l'accès aux soins

Le médecin M10 parle de pallier au manque de médecins « *De pallier au manque de médecins (rire) enfin chez nous sur Angoulême c'est surtout de pallier à ça, et de pouvoir offrir, même si on ne peut pas les suivre après en tant que médecin traitant, au moins d'avoir une prise en charge sur un problème aigu qui ne relève pas du plateau technique des urgences quoi, donc un meilleur accès au soin je dirais.* »

Le médecin M7 parle de filière de soins adaptée pour le patient : « *Limiter le passage aux urgences de la médecine générale, c'est participer à ce schéma-là, et je préfère voir ce patient en cabinet de médecine générale, plutôt qu'il soit vu dans un box des urgences en fait ! Que le patient soit bien recalé dans une filière de médecine générale de soins primaires.* »

Le médecin M8 lui parle de mission de service générale « *Ça nous permet de participer à la mission de service générale, et de ne pas emboliser l'hôpital avec « des*

conneries », des patients qui n'ont rien à y faire, oui ça semblait être en ce sens intéressant. »

3-3.2.1.4 : Des consultations typiques de médecine générale justifiées

Notre échantillon de médecin définit la majorité des consultations reçues via le projet de réorientation comme étant des consultations typiques de médecine générales justifiées.

Comme le déclare le médecin M6 « *Ça reste de l'aigu typique de médecine générale, je n'ai jamais eu un truc un peu cogné à me dire : quand même les urgences auraient pu le garder. »*

Le médecin M8 lui parle de consultations habituelles de médecine générale « *Ah ce sont des consultations de tous les jours, que je vois en pratique courante. Ça ne change pas de mes consultations habituelles, ce sont des consultations de médecine générale ça c'est sûr il n'y a pas eu d'erreur de casting, ce sont des motifs tout à fait légitimes. »*

Certains précisent quand même qu'un temps dans la création de dossier et interrogatoire est nécessaire, comme l'explique le médecin M3 « *Bien sûr qu'en terme d'organisation, ce sont des nouveaux patients, on doit refaire l'histoire. Il faut refaire les antécédents. Voilà donc forcément des consultations qui prennent plus de temps. Il faut passer la carte Vitale, il faut faire le dossier administratif. Donc forcément, ce sont des consultations qui prennent plus de temps. [...] au-delà de ça, finalement, les consultations elles-mêmes n'étaient pas très complexes, pas complexes et justifiées donc. »*

Rejoint par le médecin M7 qui lui précise que ce temps accordé est le même que celui qu'il aurait pris pour un nouveau patient qu'il accepterait dans sa patientèle « *Alors ce n'est pas plus compliqué, pas de difficultés particulières je dirais, si ce n'est que oui effectivement quand on voit un nouveau patient voilà ça prend un peu plus de temps mais comme si on voyait un nouveau patient dans notre patientèle en fait, quelqu'un qui appelle au cabinet et tombe sur la secrétaire pour un problème aigu. »*

3-3.2.1.5 : Un logiciel simple

La majorité de l'échantillon n'utilise pas le logiciel et précise que c'est la secrétaire qui s'en occupe.

Le médecin M1 annonce « *Écoutez ! moi dans ma pratique je n'utilise pas le logiciel, c'est plus la secrétaire. »*

Cela a nécessité un petit temps d'adaptation, mais ce n'était pas très compliqué comme l'explique le médecin M3 « *Pas très compliqué ouais, ça n'était pas vraiment un problème. [...] C'est vrai que ce n'est pas grand-chose, certes, mais ça fait quand même une charge de travail en plus, même pour notre secrétaire. Même si ce n'est pas une grosse formation, il faut qu'elle soit quand même formée et sensibilisée. »*

Comme le déclare le médecin M8 également qui précise que le logiciel est souple d'emploi, sans impact majeur sur le fonctionnement du cabinet « *Alors à partir du moment où les secrétaires étaient briefées, ce qui n'a pas pris très longtemps, elles prennent le temps de vérifier le planning de Logibec à chaque demi-journée, pour voir les créneaux de pris ou pas... ça n'a pas d'impact majeur sur le fonctionnement du cabinet, enfin c'est souple d'emploi je dirais. »*

D'autres médecins partagent le même point de vue :

Le médecin M5 témoigne « *Alors je regarde mon créneau, en début de journée s'il est réservé ou pas, puis je le bloque quand je suis en vacances et on reçoit une feuille descriptive en fax. Donc simple. »*

Le médecin M10 parle d'une maîtrise de l'outil « *On maîtrise l'outil, si on est fatigué ou absent, on peut très bien supprimer nos quelques créneaux le jour même. C'est intéressant. »*

3-3.2.2 : Les inconvénients selon les médecins généralistes

Malgré ces avantages, nous avons pu mettre aussi en évidence certains inconvénients rencontrés par notre échantillon. Parmi lesquels on retrouve : des rendez-vous non honorés, des difficultés à accepter des souhaits de patients de rentrer dans la patientèle et un accès au médecin généraliste peut-être trop rapide.

3-3.2.2.1 : Des rendez-vous non honorés par les patients

Comme l'annonce le médecin M1 « *Oh les difficultés, il n'y en a pas beaucoup, enfin pas vraiment ! c'est juste ce que je vous disais sur les créneaux bloqués non utilisés quand il y a des gens qui attendent ...* »

Le médecin M5 lui aussi l'exprime « *Il y a beaucoup de patients qui ne viennent pas, donc le créneau est bloqué, et ça fait un créneau en moins pour nos patients. Exemple vendredi dernier j'ai pris le créneau de ma collègue qui était en vacances, et le patient n'est pas venu. Son motif de consultation était piqure d'insecte, on a reçu le papier la veille, donc il a dû se présenter le jeudi aux urgences, et finalement le lendemain il n'est pas venu.* »

Mais ce problème n'est pas inhérent aux patients reçus via la réorientation, comme l'explique le médecin M6 « *Après le truc agaçant, mais qui est vrai aussi pour nos patients du cabinet, ce sont les patients qui ne viennent pas mais bon je ne pense pas qu'on puisse y faire quelque chose.* » Et rajoute « *C'est quand même des gens qui ont fait la démarche d'aller jusqu'aux urgences, qui se voient offrir un créneau de consultation le jour même ou le lendemain dans un cabinet médical et qui ne viennent pas ... C'est dommage.* »

3-3.2.2.2 : Souhaits de patients d'intégrer la patientèle

Deux médecins ont évoqué leurs difficultés face aux demandes récurrentes des patients à intégrer leur patientèle, comme l'explique le médecin M6 « *Il y a parfois une demande des patients de rester dans le cabinet, ça c'est une difficulté qu'on a, parce que nous le but ce n'est pas de recruter 6 patients par jour quoi, parce que sur la durée ça va être intenable !* »

Rejoint par le médecin M9 qui dit « *Ce qui peut être difficile, c'est que les gens sont demandeurs de devenir patients, voilà donc ce n'est pas toujours facile de dire non.* »

3-3.2.2.3 : Un accès au médecin généraliste peut-être trop rapide

Le médecin M5 évoque une anecdote en rapport avec un motif de consultation qui lui semblait ne pas correspondre au profil du patient devant être réorienté « *Il m'est arrivé de voir des gens pour des gonalgies évoluant depuis plusieurs mois et qui se majoraient, donc bon, est ce que ça nécessitait un créneau très rapide ... je ne pense pas. Donc c'est vrai que ça me perturbe un petit peu. Pourquoi dans ces cas-là si le processus va se faire connaître, donc ton médecin ne peut pas te recevoir, donc va passer par les urgences, tu dis que tu as très très mal, tu vas être réorienté tu vas voir un autre médecin mais bon ... je ne trouve pas ça très logique.* »

Le médecin M7 évoque aussi ce problème « *Bah l'autre jour, le dernier patient que j'ai vu, c'était une douleur à la mâchoire depuis 3 semaines, on aurait donné un rendez-vous à 8 jours au cabinet nous personnellement, enfin ce n'est pas une douleur aiguë. Logibec, ce que je trouve un peu dommage c'est qu'il y a un délai de 24-48h pour une consultation, après on n'est pas contre de les voir ces patients mais on aurait pu leur donner un rendez-vous plus tard, entre 8 et 15jour, sans les pénaliser, sans prendre de risque non plus en fait. Donc voilà on peut dire que parfois il y a donc un accès au médecin généraliste qui est plus rapide peut être un peu trop rapide dans certains cas, plus que ce qui aurait été fait chez nous s'il avait appelé.* »

3-3.3 : Les freins au développement du projet selon les médecins généralistes

Huit des dix médecins interrogés ont évoqué clairement des freins à l'extension de ce projet, liés en majeure partie aux médecins généralistes et aussi à l'absence de rémunération.

3-3.3.1 : Les freins propres aux médecins généralistes

3-3.3.1.1 : Les craintes des médecins généralistes

Le médecin M3 évoque la crainte des médecins généralistes devant la surcharge de travail qui « *Voient cet outil là comme du travail en plus, comme quelque chose qui vient désorganiser ou pas désorganiser mais rajouter de la charge de travail.* »

Le médecin M8 parle de crainte de perte de liberté avec un nouveau logiciel « *Je pense que déjà c'est le côté nouveau logiciel, et le côté c'est l'hôpital qui rentre dans mon cabinet, donc je perds de ma liberté de fonctionnement... je pense que ça peut être un des seuls freins.* »

Le médecin M6 évoque aussi cette crainte « *D'ouvrir les vannes envers les patients des urgences, parce que c'était ma crainte au départ.* »

3-3.3.1.2 : Le manque de disponibilité des médecins généralistes

Le médecin M9 parle du manque de temps à consacrer à ses propres patients « *Le temps en tant que médecin généraliste on ne l'a pas toujours pour nos patients, qui ne sont pas forcément contents à chaque fois car on leur donne des rendez-vous quelques jours après quand ils en ont besoin, donc oui le temps c'est certain.* »

Partageant le point de vue du médecin M1 qui parle de plannings remplis « *Le frein principal c'est notre manque de disponibilité, on a déjà des rendez-vous pleins, et une activité... alors entre les rendez-vous, les réunions, en ce moment les vaccinations [...] donc le planning est assez plein et je n'ai pas envie d'en rajouter, ça me suffit.* »

3-3.3.1.3 : Les médecins en fin de carrière

Le médecin M5 parle de réticence des médecins en fin de carrière « *Les médecins en fin de carrière bien sûr, parce qu'ils ne prennent pas de nouveau patient et tout ce qui est dans la nouveauté pour ceux en fin de carrière, ne les intéresse pas ! (Sourire)* »

3-3.3.1.4 : Les médecins non informatisés

Le médecin M5 l'évoque succinctement « *Après les freins voilà, certains médecins ne sont pas informatisés.* »

3-3.3.2 : L'absence de rémunération

Le médecin M3 parle d'une rémunération de temps de secrétariat « *C'est la rémunération... la juste rémunération de ce type de mise en place...Pas forcément la consultation, mais peut être sur le fait de mettre en place déjà ce type de régulation, ça prend du temps, de formation, ça prend du temps, du temps de secrétariat qui devrait être rémunéré et qui ne l'est pas de nos jours.* »

3-3.3.3 : L'absence de secrétariat

Le médecin M9 évoque la possible difficulté d'utiliser le logiciel en l'absence de secrétariat « *Alors peut être que ça peut être difficile à gérer pour des médecins qui n'ont pas de secrétariat je pense.* »

3-3.4 : Les pistes d'amélioration selon les médecins généralistes

Les médecins interrogés ont proposé des idées afin d'optimiser ce projet de réorientation, qui s'articulent autour de 3 axes.

3-3.4.1 : Une généralisation de la procédure à tous les médecins du territoire

La majeure partie de l'échantillon est d'accord sur ce point, comme le dit le médecin M6 « *Il faut que ça se développe, qu'il y ait une généralisation du fonctionnement de la réorientation !* »

Le médecin M3 déclare qu'il faut avoir une cohérence sur le territoire « *Plus de médecins, plus de cabinets coopérants [...] pour essayer d'harmoniser finalement et essayer d'avoir une cohérence sur le territoire.* »

Le médecin M7 l'exprime aussi en justifiant que ça permettrait d'étaler l'accès aux soins « *L'idéal ce serait que localement la plupart des médecins généralistes y participent, et comme ça chaque médecin généraliste ou ses confrères, peuvent accueillir les patients de leur cabinet. Car dans la réorientation il y a pas mal de patients qui ont un médecin traitant et s'il était sur Logibec, il y aurait moyen de trouver un créneau pour le voir. Et puis accueillir un nouveau patient en tant que médecin traitant c'est bien, mais c'est bien que ça tourne aussi, que d'autres participent [...]. Donc plus on sera nombreux en tant que médecins généralistes, plus ce sera facile pour les patients des urgences d'être réorientés vers un médecin généraliste, et puis d'étaler l'accès aux soins sur plus de médecins généralistes tout simplement.* »

Le médecin M5 rajoute même « *Je pense que ce serait peut-être nécessaire que chaque médecin prenne au moins un créneau dans la semaine, ce n'est pas grand-chose.* »

3-3.4.2 : Une meilleure communication

Une communication à améliorer avec le patient, pour confirmer le rendez-vous avec le patient comme le précise le médecin M3 « *Surtout sur le fait de nous permettre de contacter le patient avant son rendez-vous en amont. C'est plutôt pas mal, mais peut être continuer quand même à l'améliorer, peut être via le logiciel, parce que là, ça passe par fax. Ça passe un peu détournée, donc peut être trouver une solution, un peu plus pérenne, uniquement via le logiciel.* »

Le médecin M5 le rejoint aussi sur ce point « *Je pense qu'à part rappeler le patient par exemple une heure avant, pour prévenir qu'il a bien son rendez-vous et qu'il l'honore, ça serait plus judicieux. Alors après à qui de le faire, nous ou les urgences ? je ne sais pas ! Le but c'est qu'il n'y ait pas de créneaux perdus. Et puis peut être qu'en fait les urgences ont mis un créneau Logibec, ensuite un deuxième patient arrive qui aurait pu avoir besoin*

de ce créneau et malheureusement il n'y en a plus, si le premier n'est pas honoré alors c'est un créneau perdu en fait. »

Une communication interprofessionnelle, comme le décrit le médecin M7 qui formule souhait de faire plus de réunions entre médecins afin de pouvoir faire des retours d'expériences « *J'aimerais qu'on se réunisse plus souvent, qu'on puisse faire des retours d'expériences ... de s'échanger les petites choses qu'on peut améliorer, et puis c'est bien de communiquer, même en dehors de Logibec, avec nos confrères urgentistes. Je pense que Logibec est un outil qui en ce sens va améliorer encore plus la communication entre médecins. »*

3-3.4.3 : Une sectorisation par rapport à un territoire

Le médecin M3 parle d'une sectorisation de patient selon un territoire et évoque la notion de CPTS « *Sectoriser les patients par rapport à un territoire, pas par rapport à un cabinet, après je le vois comme ça hein ... Quand il y aura les CPTS, il y aura les territoires prédéfinis et puis peut être un patient qui correspond à ce territoire sera orienté vers un des médecins de ce territoire via Logibec ! »*

4 - DISCUSSION

4-1 : Forces et faiblesses de l'étude

4-1.1 : Forces de l'étude

4-1.1.1 : Validité interne

Pour obtenir une validité interne satisfaisante, nous avons utilisé la grille de critères COREQ (COConsolidated criteria for REporting Qualitative research). Celle-ci nous a accompagné lors de la conception de l'étude, de la réalisation du protocole de recherche mais également de l'analyse des résultats.

Une triangulation des données a été effectuée lors du codage des deux premiers entretiens ce qui renforce également la validité interne de cette étude, et en diminue sa subjectivité.

Le phénomène de saturation des données ayant été obtenu à partir du 9^{ème} entretien, cela nous a permis de limiter le risque d'interprétation subjective.

4-1.1.2 : Choix de la méthode de recherche qualitative

La recherche qualitative semble être le meilleur moyen pour observer et comprendre les pratiques, les comportements ou l'opinion des médecins généralistes. Nous avons effectué des entretiens semi-dirigés afin de laisser aux médecins une liberté certaine dans leurs propos. De plus, il s'agit d'une étude originale dans le sens où, à notre connaissance, aucune autre étude en France à l'heure actuelle ne s'est penchée sur l'opinion des médecins généralistes français concernant la réorientation.

Le but ici n'étant pas de quantifier une donnée, il s'agit d'une démarche interprétative.

4-1.2 : Faiblesses de l'étude

Malgré les critères de validité interne et le choix de l'étude qualitative, certains biais ont quand même pu survenir.

4-1.2.1 : Concernant la population :

Biais de sélection- Recrutement

Lors du contact téléphonique puis par e-mail, nous avons annoncé le thème de notre recherche. Ainsi, certains médecins ont pu y répondre favorablement ou inversement. Il y a donc un biais de sélection.

De plus, essayer d'obtenir un échantillon varié a été difficile malgré les relances par e-mails, jusqu'à 3 e-mails pour les derniers médecins qui ont participé. Est-

ce le manque de disponibilité ? probablement, avec d'autant plus l'épidémie de COVID actuelle qui sévit et par conséquent l'essor des centres de vaccinations.

4-1.2.2 : Concernant le recueil de données :

Biais d'intervention- Investigation

Devant le peu d'expérience de l'enquêteur, la qualité du recueil de données a pu être impactée.

Afin de diminuer l'impact de ce biais, un entretien « test » a été réalisé mais non inclus dans l'étude afin d'adapter au mieux les questions du guide d'entretien.

C'est pour cela que les techniques de communication nécessaires pour l'optimisation des entretiens sont donc perfectibles. Les propos des différents participants auraient pu être approfondis davantage pour certains pour mieux étudier la question.

Effet de cadrage

L'effet de cadrage 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 évolutif semi-dirigé, il reste possible que les formulations aient pu influencer les réponses.

Biais de désirabilité sociale

La désirabilité sociale consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs, et a pu être présent lors de l'enquête, d'autant plus que l'enquêteur connaissait certains médecins interrogés qu'il a rencontré lors de son internat.

Afin de limiter ce biais, nous avons tenté d'instaurer un climat de confiance lors des entretiens et avons rappelé aux participants avant chaque entretien le caractère anonyme et confidentiel de ces entretiens.

4-2 : Discussion des résultats

L'objectif principal de notre étude était de recueillir l'opinion des médecins généralistes participant au déploiement du projet de réorientation via le logiciel Logibec, dans le but d'évaluer leur opinion après quelques mois d'utilisation, et de pouvoir mieux cerner les enjeux du côté des médecins généralistes pour envisager une généralisation sur notre territoire de santé.

La réorientation à partir des urgences est souvent perçue comme une problématique de médecine d'urgence, or elle est avant tout une problématique de recours inapproprié aux urgences alors que le patient ne relève pas du plateau technique de l'hôpital. L'enjeu de cette démarche innovante est un partenariat ville/hôpital amélioré et une organisation décloisonnée des filières de soins.

La plupart des littératures internationales et françaises analyse la faisabilité de la réorientation, la sécurité de la réorientation, et l'impact sur « l'over-crowding » (l'encombrement) des urgences. (17-19). L'évaluation de l'opinion des médecins généralistes participants à ce projet de réorientation au Canada et en France n'a pas été retrouvée. Ainsi nous n'avons pas d'études pour comparer tous nos résultats sur ce projet de réorientation.

Le groupe de médecins ayant participé à l'étude a une moyenne d'âge plus jeune que celle des médecins généralistes en Charente. Cette génération de médecin plus jeune, pourrait avoir plus de motivation à participer à ce genre de projet et aurait possiblement une vision plus innovante de la médecine générale avec un partenariat accru dans des maisons de santé et avec le service des urgences.

Lorsque l'on analyse le parcours des médecins, la moitié n'a pas de lien direct avec les urgences du centre hospitalier d'Angoulême, à savoir qu'ils ne sont pas passés en stage aux urgences.

Lors de l'état des lieux de la gestion des soins non programmés au sein des cabinets des médecins participants, nous observons que l'ensemble des cabinets fonctionnent sur un système de régulation qui lui est propre. La secrétaire joue un rôle important de gestion de demandes de soins non programmés articulés autour de plages de consultations dédiées. Il nous semblait important de préciser l'organisation des cabinets participants afin que les futurs médecins volontaires puissent s'identifier. Lorsqu'on raisonne en termes de bassin de santé, l'essentiel de la régulation des soins non programmés est organisé par les cabinets de médecine générale.

Un travail de thèse de 2012 en Haute-Normandie, montre bien que la régulation des demandes urgentes par la secrétaire est une pratique réelle. Près de 45% des demandes sont souvent gérées

seules par la secrétaire, et la gestion des appels téléphoniques pour une prise de rendez-vous occupe la majeure partie de leur temps.(20)

Concernant l'organisation des plannings, chaque cabinet fonctionne sur un même mode : celui des plages de rendez-vous pour les demandes de soins non programmés. Les plages de soins non programmés étant bloquées en amont les semaines avant et libérées au fur et à mesure des besoins urgents. Dans les cabinets en Angleterre et en Australie, la même organisation a été également observée (21,22). Comme en France, il n'existe pas d'organisation standardisée des cabinets de médecine générale dans ces pays.

Selon les médecins généralistes de notre étude, les patients sont amenés à consulter devant le sentiment de gravité de leur état et la notion de facilité d'accès aux urgences. Différents travaux de thèse et articles reprennent ces notions en France (23-25). Le sentiment de gravité, d'urgence ressentie par le patient est un élément déterminant dans son choix de se présenter plutôt à un service d'urgence qu'à un médecin de ville.

Dans un colloque sur l'enquête de la DREES, quatre groupes de patients ont été reconnus pour caractériser les usagers des urgences (26) , dont les deux premiers groupes sont :

- les patients motivés par le motif médical, concernant le sentiment de gravité de l'état de santé. Cela représenterait près de 80% des patients.
- les patients motivés par l'accessibilité des urgences (horaire, gratuité, plateau technique) pour 60% des patients.

Depuis 2007 avec la mise en place de la tarification à l'activité, le financement des structures d'urgence en France comprend plusieurs éléments :

- Un forfait « Accueil et Traitement des Urgences » (ATU) : pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.
- Un « Forfait Annuel Urgence » (FAU) qui s'élève à 730 000 euros pour les 9000 premiers passages, puis un supplément par tranche de 2500 passages au-delà de 9000, fixé nationalement et unique quelle que soit la prise en charge.
- Des financements liés à la facturation des consultations et examens de biologies, imageries et recettes en cas d'hospitalisation.

Parallèlement, le financement des services d'urgences n'est pas vertueux, la tarification à l'activité unique pour chaque malade sans tenir compte de la charge en soin ou de la gravité, incite à voir tous les patients se présentant aux urgences, et notamment ceux ne relevant pas du

plateau technique. Ce sont souvent des patients plus jeunes, autonomes et qui consomment moins de ressources techniques et paramédicales aux urgences. Plusieurs rapports parlementaires et de la cour des comptes ont mis en lumière cette situation. (27-29)

Inversement, la mise en place de la réorientation vers la MMG à l'hôpital des enfants Robert DEBRE à Paris a fait brutalement chuter la rémunération de l'hôpital avec la perte du FAU permettant d'avoir le personnel pour organiser la réorientation. Ainsi le législateur a voulu associer à l'organisation de la réorientation un forfait réorientation pour l'hôpital qui vise à neutraliser la perte du forfait structure, l'hôpital perdant alors uniquement la consultation et le forfait urgence. (30) Ce forfait urgence a fait débat notamment sur la non-rémunération avec le médecin M3. Il est mal compris et perçu comme injuste par les médecins de notre étude.

Suite à cet état des lieux nous observons que la gestion des soins non programmés est similaire dans d'autres régions de France ainsi que dans d'autres pays.

Comme le rappelle le rapport sénatorial de 2017, une part de la demande de soins non programmés (dont celle adressée aux services d'urgence) résulte d'une attitude privilégiant la réalisation des consultations et des examens en un même lieu d'une part et, d'autre part, à une difficulté d'une partie de la population à gérer une angoisse liée à un problème de santé, même bénin(31). Comme l'écrit SAMU-Urgences de France dans son livre blanc de 2015, « La société a profondément évolué. Les patients sont aujourd'hui plus informés, plus avertis et surtout plus enclins à éviter tout ce qui peut représenter un risque pour leur santé. Cette disposition d'esprit engendre, naturellement, une demande de soins ou parfois seulement de conseils. » (32)

Concernant l'absence de rémunération spécifique pour les médecins généralistes, moins de la moitié de notre échantillon a réagi négativement, mais effectivement il y a un manque à gagner. Il a déjà été le cas, comme il est stipulé dans le rapport du Sénat 2017, qu'une revalorisation de la prise en charge des soins non programmés par les libéraux était nécessaire (31).

Deux cotations ont vu le jour en 2017, la première étant la majoration médecin traitant régulation (MRT) facturée à 15 euros, en complément des consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels. La seconde est une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants SAMU, qui reçoivent sous 48 heures un patient adressé par son médecin traitant (MCU), à laquelle correspond une majoration de 5euros pour le médecin traitant ayant adressé le patient (MUT). Ces deux cotations n'entrent pas dans le cadre du projet de réorientation. Les patients étant adressés par le service des urgences, ces rémunérations ne sont pas recevables. Il serait envisageable de penser qu'une

rémunération spécifique sera créée lors de la fin de la phase d'expérimentation de l'arrêté du 27 décembre 2019. Notamment lors de la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), nous y reviendrons plus loin.

Parmi les avantages de ce projet, l'aide aux services des urgences évoquée par l'ensemble des médecins interrogés, une étude Canadienne a mis en évidence le premier impact de la réorientation, avec une diminution des départs de patients avant prise en charge des urgences, un taux de 11,6% de départ avant prise en charge était observé juste avant la mise en place du programme et il était de 7,5% immédiatement après (différence absolue de 4,1 % [intervalle de confiance à 95% 3,4-4,8], $p < 0,001$; différence relative de 35%).(32)

Les autres avantages perçus par les médecins généralistes interrogés sont la coordination du réseau ville-hôpital et l'amélioration globale de l'accès aux soins, nous y reviendrons plus loin.

Concernant les motifs de consultation, les médecins généralistes partagent le même avis, ce sont des consultations typiques de médecine générale, aucun patient n'a été réadressé aux urgences, aucun médecin n'a été en difficulté sur ce point. Cependant, certains pensent que parmi les consultations, une priorisation aurait pu avoir lieu. Parmi lesquelles des douleurs évoluant depuis plusieurs mois, qui ne nécessitent pas une consultation dans les 24-48h, il est difficile parfois de faire la part des choses, notamment de la part de l'infirmière d'accueil et d'orientation. Il serait possible de mettre en place de nouveaux critères afin d'affiner le triage en ce sens et de prioriser les demandes. La mise en place de retours réguliers des problèmes rencontrés est une piste soulignée par les médecins traitants participant qu'il convient d'organiser de manière pérenne afin de pouvoir améliorer les pratiques des réorientations à l'accueil. Avec la mise en place d'un centre de santé à l'hôpital d'Angoulême, il peut être possible d'organiser une priorisation différente des patients pour ce type de pathologie évoluant depuis plus longtemps avec notamment des besoins d'inscriptions dans une filière de prise en charge d'investigation diagnostic semi urgente, de parcours clinique ville-hôpital.

À ce jour, il n'existe dans la littérature aucune étude prouvant que la réorientation a un impact sur l'encombrement des services d'urgence. Au CH d'Angoulême, les données statistiques ne sont pas représentatives car avec l'épidémie de COVID le nombre de passages aux urgences a diminué spontanément. De plus, les secrétaires des médecins doivent utiliser une dernière fois le logiciel pour clôturer le passage du patient. Avec les données que nous avons, nous nous sommes aperçus qu'il y avait un manque de retour important, le statut des patients n'étant pas systématiquement précisé après la prise en charge (vu par le médecin, retourné aux urgences, non présentation du patient).

L'écueil principal selon notre échantillon interrogé est le nombre important de rendez-vous non honorés. Ceci ne semble pas être un problème inhérent au projet de réorientation, une étude menée par l'Union Régionale des Professionnels de santé des médecins libéraux d'Île de France en juin 2015, montre que 75% des médecins généralistes interrogés ont de 1 à 2 rendez-vous non honorés par jour (33). Il serait intéressant de pouvoir étudier s'il existe un lien en fonction des jours, voir si cela semble être plus important en début de semaine, après la fermeture des cabinets médicaux lors du weekend, ou à un autre moment de la semaine. En effet un des médecins s'est aperçu qu'il avait plus de rendez-vous non honorés que son confrère du même cabinet, leur créneau de consultation Logibec n'étant pas le même jour. Malheureusement à part les propos des médecins rapportés ici, nous n'avons pas de données statistiques pour chiffrer ces rendez-vous non honorés.

L'objectif secondaire était de recueillir les freins au développement de ce projet selon les médecins généralistes, ces principaux freins étant dépendants des médecins généralistes.

Le principal frein concerne les craintes des médecins généralistes face au nouveau logiciel et face à la surcharge de travail. Ces craintes ne sont pas inhérentes au projet en lui-même, mais correspondent aux craintes que chaque être humain peut avoir. Pour reprendre le philosophe Nicolas MACHIAVEL « un changement en prépare un autre », le Dr Christophe ANDRE psychiatre, évoque cette citation pour décrire les deux raisons principales à la peur du changement : la première est que tout changement dans nos vies représente une source de stress, et la seconde est que tout changement implique des gains et des pertes. En effet, ici les médecins dans notre étude reviennent souvent sur l'absence de rémunération et y voient en ce sens une perte.(34) Excepté le temps de travail de secrétariat supplémentaire évoqué par certains médecins, ils étaient unanimes sur l'absence de modification de pratiques au sein de leur cabinet.

Le second frein selon les médecins généralistes concerne leur manque de disponibilité.

Une partie de notre échantillon a en effet évoqué qu'il a fallu trouver du temps pour pouvoir accepter la première réunion d'information sur le projet, ainsi que la mise en place du logiciel au sein du cabinet, mais ils se sont rendu compte que ces freins étaient levés maintenant.

Cependant, comme le précise un des médecins généralistes, le fait d'être « maître de l'outil » Logibec Réorientation®, a permis de lever ces deux premiers freins. Il a été rejoint par d'autres médecins qui se sont rendus compte que leurs craintes initiales étaient levées, comme ils sont décisionnaires dans la mise à disposition de leurs créneaux de consultation.

Autres freins évoqués, celui des médecins en fin de carrière, qui selon un médecin généraliste, seraient réticents à la nouveauté, et l'absence d'équipement informatique, ce qui semble logique car le logiciel est utilisable via une page internet.

Concernant les pistes d'amélioration, une grande partie de notre échantillon parle d'une nécessité de la généralisation de ce projet au sein du territoire, à l'ensemble des médecins généralistes. Ce point fut une de nos hypothèses initiales, et ce travail de recherche a été réalisé dans l'optique de pouvoir obtenir des arguments afin de pouvoir augmenter le nombre de médecins partenaires. La généralisation de la procédure à un ensemble de médecins généralistes sur un territoire plus grand, permettrait une meilleure répartition géographique de médecins généralistes disponibles. En ce sens le fait d'avoir plus de médecins participants, permettrait à chaque médecin de mettre à disposition moins de créneaux quotidiens, donc de pouvoir participer à l'effort global de l'amélioration de l'accès aux soins. Il serait au moins envisageable de généraliser déjà à l'ensemble des cabinets de médecine de ville, comme l'évoque un des médecins, et pas nécessairement à tous les médecins généralistes. Avoir plus de cabinets dans un même territoire géographique permettrait une meilleure absorption des demandes de soins non programmés.

La seconde piste d'amélioration mentionnée par la grande partie de notre échantillon concerne la communication.

D'une part la communication avec le patient, en amont de la consultation, ce point vient en réponse aux rendez-vous honorés pour la plupart des médecins. Certains ont réussi à résoudre ce problème en appelant le patient afin de pouvoir confirmer le rendez-vous ou le déplacer.

Il serait préférable de mettre en place une mesure obligatoire de la part du patient, en lui demandant de rappeler systématiquement le cabinet, afin de confirmer lui-même le rendez-vous, la nécessité d'impliquer le patient pourrait améliorer les rendez-vous non honorés.

Par exemple en communiquant les coordonnées téléphoniques du cabinet médical sur le voucher qui leur est fourni lors de leur réorientation aux urgences.

D'autre part la communication entre protagoniste, un seul médecin a évoqué cette piste d'amélioration, n'ayant pu participer à la première réunion. Son souhait était de pouvoir faire plus de retour de vive voix aux urgentistes, et de pouvoir échanger directement avec ses autres confrères partenaires du projet. Actuellement des réunions, tous les 6 mois, sont prévues pour optimiser la communication interprofessionnelle, et des échanges par e-mails sont utilisés de façon régulière par les médecins généralistes pour échanger sur les problèmes rencontrés, ainsi

que par les équipes hospitalières pour mettre en évidence la nécessité de suivre jusqu'à la fin de la prise en charge le parcours du patient sur le logiciel, dans le but d'obtenir des données statistiques.

La dernière piste d'amélioration concerne la sectorisation des patients par territoire, et va dans le sens du projet de loi « Ma Santé 2022 » annoncé en septembre 2018, avec la création de CPTS pour l'organisation des soins non programmés.(35) En effet il permet aux soignants de ville, les médecins généralistes ici, et les soignants de l'hôpital, les urgentistes, de travailler de façon conjointe, pour permettre à la population d'avoir accès à un médecin à proximité dans les 48 heures. Un des objectifs des CPTS est de pouvoir organiser de manière conjointe avec les différents intervenants la prise en charge des soins non programmés des patients sur un bassin de population. On peut à terme envisager de réorienter les patients vers les CPTS qui vont voir le jour sur le territoire de la Charente. Actuellement aucune CPTS existe sur le territoire de Charente mais des projets sont en cours.

De plus, depuis novembre 2020, 22 sites pilotes ont été retenus dans le cadre du pacte de refondation des urgences et du Ségur de la santé, pour expérimenter dès le début de cette année et ce pour une année, le Service d'Accès aux Soins (SAS)(36). Le SAS permettra à toute personne de disposer d'une réponse à une demande de soins, il est donc complémentaire des CPTS. Il offrira une prise en charge plus lisible et coordonnée entre ville et hôpital, via un unique numéro téléphonique qui permettra d'avoir accès à l'offre de soin locale. L'objectif du SAS est de permettre d'organiser conjointement entre la régulation médicale d'urgence, la régulation médicale de médecin générale, et les différents partenaires de ville (médecins généralistes, mais aussi pharmaciens et infirmiers) une réponse médicale pouvant être un simple conseil lors d'une consultation téléphonique, une prescription télétransmise, une consultation en cabinets... etc. La mise en place de la réorientation et de la régulation par l'infirmière et le médecin d'accueil du patient auto-référent aux urgences, a permis d'initier cette organisation future. Les médecins généralistes ayant participé à l'expérimentation sont moins inquiets de l'ouverture de leurs plages de soins non programmés face à la réalité de la surcharge de leur planning, que de la réquisition de créneaux par un partenaire extérieur.

Travaillant actuellement dans le centre de santé du CH d'Angoulême, j'ai reçu en tant que médecin des patients ayant été réorientés via le logiciel Logibec Réorientation®. Je partage l'avis des médecins généralistes sur plusieurs points concernant le projet :

- les rendez-vous non honorés : à maintes reprises j'ai dû recontacter le patient pour confirmer ou déplacer le rendez-vous selon ses disponibilités.

- les consultations typiques de médecine générale : les patients, bien que pour la plupart sans médecin généraliste ou ayant un médecin non disponible, relèvent tous de la médecine générale. Leur souhait principal est d'avoir un avis médical rapidement.
- la simplicité du logiciel : la facilité de se connecter simplement avec ses identifiants et d'accéder directement aux créneaux mis à notre disposition.
- la plainte récurrente des patients ayant du mal à avoir accès à un médecin généraliste et qui pensent trouver en ce projet une solution à leur problème.

5 - CONCLUSION

Le service d'accueil des urgences d'Angoulême pratique la réorientation depuis plus de 20 ans, en partenariat avec les médecins généralistes du bassin de santé de Charente. Dans un souci d'améliorer la prise en charge et de pouvoir proposer un rendez-vous dans les 36 heures aux patients réorientés le logiciel Logibec Réorientation® a été mis en place en juillet 2020. Huit cabinets ont accepté de participer à sa mise en place. Nous avons décidé, à travers notre étude, de recueillir l'opinion de ces médecins généralistes concernant ce projet.

Avec un outil simple d'utilisation, et des consultations typiques de médecine générale, les médecins généralistes viennent en aide aux services d'urgences, en participant à l'amélioration de l'accès aux soins et en étant des intervenants importants du réseau ville-hôpital.

Malgré cela, des inconvénients ont également été recensés : l'écueil principal étant les rendez-vous non honorés, suivi des difficultés de refuser des patients dans leur patientèle, et d'un accès aux soins parfois jugé trop rapide selon certains médecins.

Selon notre échantillon de participants, les principaux freins au développement de ce projet viennent des craintes des médecins généralistes, notamment quant à la surcharge de travail, et leur disponibilité. Un autre médecin a évoqué l'absence de secrétariat et de système informatique.

La première piste d'amélioration selon les médecins interrogés est la généralisation de la procédure à l'ensemble des médecins du territoire, dans un but d'harmonisation de l'accès aux soins. Plus de médecins participants pour moins de créneaux par médecin.

La seconde piste d'amélioration concerne la communication, interprofessionnelle d'une part, en augmentant le nombre de réunions entre les différents intervenants afin de progresser sur la pertinence de la réorientation, et en amont avec le patient, afin de pouvoir lutter contre les rendez-vous non honorés.

La dernière piste d'amélioration concerne la sectorisation des patients selon un territoire, qui sera d'autant plus facilité avec l'apparition des CPTS et la mise en place du SAS.

La mise en place de Logibec Réorientation® a montré qu'un projet gagnant/gagnant et respectueux des différents acteurs était possible entre le service des urgences et la médecine de ville pour améliorer l'accès aux soins de la population, la majorité des entretiens étant favorables au projet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DREES. Les établissements de santé - édition 2020 - [Internet]. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2020>.
2. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Acad Emerg Med*. 2009;16(1):1-10.
3. Sprivilis PC, Silva J-AD, Jacobs IG, Jelinek GA, Frazer ARL. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*. 2006;184(5):208-12.
4. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. janv 2008;51(1):1-5.
5. WONCA EUROPE. La Définition européenne de la médecine générale [Internet]. 2002.[cité le 15 mars 2021] Disponible sur : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/WONCA_definition.pdf
6. Préfet de la Charente. Changement des limites des trois arrondissements de la Charente [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.charente.gouv.fr/content/download/22375/148635/file/CP2017-001%20Changement%20des%20limites%20des%20arrondissements%20de%20la%20Charente.pdf>
7. Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine- La Charente à grands traits - n°22 [Internet]. 2016 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908454#encadre1>
8. Insee Analyses. Dossier complet – Département de la Charente (16) | Insee [Internet]. 2021 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-16#tableau-POP_G2
9. CDOM de la Charente. Démographie médicale en Charente. 2021.
10. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Tableau 14 [Internet]. 2020.[cité 16 avr 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
11. Observatoire régionale des urgences de Nouvelle Aquitaine. Organisation des Structures d'urgences 2019 [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur : https://www.oruna.fr/sites/default/files/2019_Panorama_Orga_web.pdf
12. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003 ; n° 212. 8p. [Internet] janvier 2003 [cité 15 mars 2021] Disponible sur : <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/er212.pdf>
13. DREES Le panorama des établissements de santé - édition 2014. Structure des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/panorama2014_dossier2.pdf
14. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *British Medical Journal*, 2019. 0 : 1-16.
15. République Française, Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence, *Journal Officiel*, n°0002, texte 15, du 03 janvier 2020.
16. 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 de DES] Université de Poitiers. 2020.
17. Chauny JM, Messier A, Marquis M, Lalonde E, Morris J, Ducharme D, et al. Impact d'un programme de réorientation à partir de l'urgence sur la sécurité des patients : taux de retour à l'urgence des patients réorientés dans les cliniques avoisinantes. Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 2017.
18. Chauny JM, Messier A, Cournoyer A, Morris J, Lanthier C, Marquis M. Faisabilité et acceptabilité d'un programme de réorientation des patients de l'urgence vers des cliniques avoisinantes : étude prospective descriptive de la clientèle touchée. Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 2017.
19. 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* 18, 26 (2018).

20. Faurre Y. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même. [Thèse de médecine]. Université de Rouen, 2012.
21. Hammond J., Katja G. Slaying the dragon myth : an ethnographic study of receptionists in UK general practice. *British Journal of General Practice*. 2013.
22. Garth B, Temple-Smith M, Clark M, Hutton C, Deveny E, Biezen R, et al. Managing same day appointments. *Australian Family Physician*. 2013.
23. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand A, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé publique* 2004. Vol 16. p 63-74.
24. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre [Thèse de Médecine]. Université Paris VII, 2009.
25. Frankowski P. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité. [Thèse de Médecine]. Université des Antilles et de la Guyane. 2015.
26. DREES. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures d'urgences hospitalières- Actes du colloque du 18 novembre 2014. Dossier solidarité et santé ,n°63 [Internet]. juin 2015 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss63.pdf>
27. Grall JY, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins 2007 [Internet] 27 pages [cité 9 avr 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
28. Rapport public annuel de la Cour des comptes 2014 – Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser [cité 9 avr 2021]
29. Rapport public annuel de la Cour des comptes 2019 – Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. [cité 9 avr 2021]
30. Véran O, Rapport sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur. 2017 [Internet] 133pages [cité 9 avr 2021]
31. Cohen L, Genisson C, Savary RP, Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système. Rapport du Sénat N°685 de 2017 [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
32. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Samu Urgences de France [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
32. Messier A, Chauny JM, Lalonde E, Morris J, Ducharme D, Cournoyer A, et al. Impact de la réorientation des patients de l'urgences sur les départs sans prise en charge : étude de 49239 cas. [Internet]. Juin 2019
33. Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés, état des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. [Internet]. Juin 2015 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16197.pdf>
34. André C. Psychologie et peur du changement [Internet]. Disponible sur : http://www.constructif.fr/bibliotheque/2014-11/psychologie-et-peur-du-changement.html?item_id=3438#:~:text=En%20r%C3%A9alit%C3%A9%2C%20il%20n'y,des%20gains%20et%20des%20pertes.
35. Buzin A, Ma Santé 2022 : un engagement collectif. 2018 [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
36. Véran O, Ségur de la santé : 22 sites pilotes retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/201123_-_cp_-_segur_-_sas.pdf

ANNEXES :

ANNEXE 1

Cartographie de l'accès aux soins dans le département de la Charente



- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| CH Universitaire | SMUR | Dragon - sécurité civile |
| Service d'urgences | Antenne SMUR | SOS Médecins |
| Centre de soins non programmés | Antenne SMUR saisonnière | Maison Médicale de Garde |
| SAMU | HéliSMUR | Limites des territoires de santé |

ANNEXE 2 :

Classification Clinique des Malades aux Urgences

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

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

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

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

CCMU 1 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

ANNEXE 3 :

Illustration de la procédure de réorientation sur le logiciel

Logibec Réorientation ®

The screenshot displays the 'Logibec Réorientation' web application. The top navigation bar includes the logo, the text 'LOGIBEC RÉORIENTATION', and a user profile for 'Réorientation, Administrateur'. Below this is a dark navigation menu with 'Tableau de bord', 'Critères', 'Administration', and 'Rendez-vous'. The main content area is titled 'Critères universels d'exclusion' and includes a sub-header: 'Si l'une des situations suivantes s'applique au patient, il doit rester à l'urgence.' A list of 13 exclusion criteria follows, each marked with a red 'X'. The last item is 'Si pertinent : Présence de signes d'un état clinique instable ou de signes vitaux instables :', with a button 'Afficher les signes vitaux instables'. At the bottom of this section is a question 'Ces critères globaux d'exclusion ne s'appliquent pas au patient?' and a green 'Continuer' button.

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

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

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

LOGIBEC RÉORIENTATION Réorientation, Administrateur

Tableau de bord Critères Administration Rendez-vous

Plainte sélectionnée • Lombalgie

Lombalgie

Contre-indications spécifiques à une réorientation :
Si l'une des situations suivantes s'applique au patient, il doit rester à l'urgence.

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

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

Horaire de toutes les cliniques

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

Plainte sélectionnée • Lombalgie

Secteur Hopital A Secteur Hopital B Secteur Hopital C Secteur Hopital Y Secteur Hopital Z

CLINIQUES DISPONIBLES

Date actuelle: Le mardi 12 mars 2019

Aide sur les statuts

Cartes des cliniques

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

GUIDE DES STATUTS ET COULEURS

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

Changement de statut

Patient sélectionné:
58430210

Date prévue du RDV: Le jeudi 23 mai 2019 à 10:00

Aperçu pour le vendredi 16 août 2019

Heure	Clinique Saint-Laurent
07:00	✗
07:30	✗
08:00	🚗 68965701
08:30	✗
09:00	🚗 24007001
09:30	✗
10:00	✗
10:30	✗
11:00	🚗 49999501
11:30	✗
12:00	✗
12:30	✗
13:00	🚗 82197001
13:30	✗
14:00	+
14:30	+
15:00	+
15:30	✗
16:00	+
16:30	✗
17:00	🚗 84801801
17:30	✗
18:00	✗
18:30	🚗 74002201
19:00	✗
19:30	✗
20:00	✗
20:30	✗
21:00	✗

État de la journée

- 15 plages ouvertes prévues normalement
- 0 ouverture ponctuelle
- 4 fermetures ponctuelles
- 4 plages actuellement ouvertes

Actions rapides

Logibec Réorientation

**Réorientation vers une clinique médicale avec rendez-vous**

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

Un rendez-vous a été enregistré pour vous au :

Clinique Forcemedic (J-T)

1021, rue Jean-Talon Est

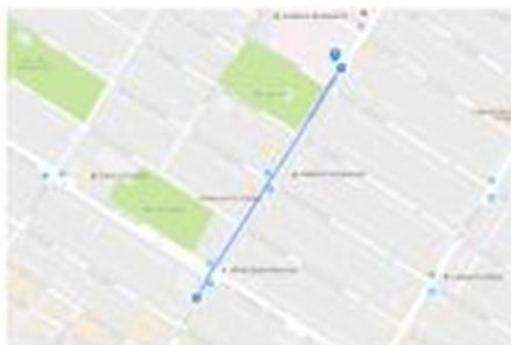
Tél: 514-787-1818

Le : **lundi 21 janvier 2019**

À : **08:00**

Numéro de référence : **6814912**

Condition clinique : **Lombalgie**



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

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

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

ANNEXE 4 :

Guide d'entretien semi-dirigé

- A- **Entretien** : En tête à tête avec enregistrement vocal de la conversation, après accord du médecin.
- B- **Durée** : 15-20 min
- C- **Personnes interrogées** : Médecins généralistes participants au déploiement du projet de réorientation via le logiciel LOGIBEC REORIENTATION® en Charente. Respect de l'anonymat.
- D- **Introduction de l'entretien** : Age, Sexe, nombre d'années d'installation, lieu d'exercice, mode d'exercice, activités professionnelles annexes ou DU, lien particulier avec les urgences du CH d'Angoulême

Quelle est l'opinion des médecins généralistes participants au projet de réorientation via le logiciel LOGIBEC REORIENTATION ?

OBJECTIF : Connaître les avantages et inconvénients de ce projet, relever les freins et pistes d'amélioration

E- **Questionnaire :**

- 1- Pouvez-vous me dire comment gérez-vous les consultations urgentes au sein de votre cabinet ?
- 2- Il arrive qu'à l'accueil des urgences, certains patients se voient refuser l'entrée, qu'en pensez-vous ?
Avez-vous le sentiment que cela est fréquent pour votre patientèle ? expliquez-moi
- 3- Concernant l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence, quelle était votre opinion ?
- 4- Pouvez-vous me raconter comment avez-vous connu ce projet ?
Quel a été votre ressenti ?
- 5- Quels avantages aviez-vous a priori à y participer ?
- 6- Comment avez-vous vécu l'installation et l'utilisation du logiciel ?
Modification de pratique ? (Nécessité de formation, nouveaux outils, temps installation/adaptation)
- 7- Parlez-moi des consultations que vous avez eues ? (*Temps/complexité*)
- 8- Quels sont les difficultés que vous avez rencontrées ?
- 9- De votre point de vue, quel est l'intérêt de cette pratique pour la médecine de ville ?
Est-ce que cela a renforcé le lien ville-hôpital ?
- 10- Que feriez-vous pour améliorer ce projet ? (*Optimisation*)
- 11- Quels sont les freins au développement de cette pratique ?
- 12- Recommanderiez-vous à un confrère d'adhérer à ce projet ? pour quelle(s) raison(s) ?
- 13- Est-ce qu'il y a un ou plusieurs thèmes que je n'ai pas abordés au cours de l'entretien dont vous aimeriez aborder ?

ANNEXE 5 :

Exemple d'arborisation de verbatims

VERBATIM	Codage ouvert	Codage axial
« On a une patientèle un peu partagée, c'est-à-dire si quelqu'un se présente en urgence, le premier médecin qui a une place le prend »	Harmonisation à l'échelle du cabinet	Gestion des soins non programmés
« Il y en a forcément quelques-uns, des « angoissés de première » qui ne peuvent aller qu'aux urgences car voilà ça les rassure je pense et qu'ils croient qu'il n'y a que là-bas qu'ils peuvent être pris en charge, [...]. Il y a des gens dans leurs représentations c'est « on a une urgence donc on va aux urgences, le médecin généraliste il n'est pas là pour représenter l'urgence.	Urgence ressentie	Motivation des patients à consulter aux urgences
« J'aimerais qu'on se réunisse plus souvent, qu'on puisse faire des retours d'expériences ... de s'échanger les petites choses qu'on peut améliorer, et puis c'est bien de communiquer, même en dehors de Logibec, avec nos confrères urgentistes »	Communication interprofessionnelle	Piste d'amélioration

ANNEXE 6 :**Cartographie de l'échantillon**

	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Age	Genre	Nombre d'année d'exercice	Patientèle (Patients)	Lien avec les urgences
M1	Cabinet de groupe	Urbain	64ans	Masculin	36 ans	1300	Aucun
M2	Cabinet de groupe	Rural	32 ans	Féminin	2 ans et demi	800	1 semestre en tant qu'interne
M3	Cabinet de groupe	Semi rural	42 ans	Masculin	8mois	330	1 semestre en tant qu'interne
M4	Cabinet de groupe puis Cabinet individuel	Urbain	42 ans	Féminin	7 ans	1500	Ancienne urgentiste
M5	Cabinet de groupe	Urbain	34 ans	Féminin	7 ans	1100	1 semestre en tant qu'interne
M6	Cabinet de groupe	Urbain	42 ans	Féminin	13 ans	1600	1 semestre en tant qu'interne
M7	Cabinet de groupe	Urbain	45 ans	Masculin	15 ans	1200	Aucun
M8	Cabinet de groupe	Urbain	52 ans	Masculin	9 ans	1500	Aucun
M9	Cabinet de groupe	Urbain	54 ans	Féminin	21 ans	1100	Aucun
M10	Cabinet de groupe	Urbain	35 ans	Féminin	5 ans	900	Aucun

RESUME

Introduction : La réorientation des patients auto-référés est une pratique courante mais mal connue et encadrée en médecine d'urgence. Un algorithme de réorientation permettant de choisir les patients à réorienter à l'accueil des urgences a fait ses preuves au Canada : Logibec Réorientation®. Ce logiciel a été mis en place en juillet 2020 entre le Centre Hospitalier d'Angoulême et des cabinets de médecine générale du bassin de santé. Notre étude a pour objectif de recueillir l'opinion des médecins généralistes partenaires du projet.

Méthodologie : Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes d'Angoulême partenaires du projet, entre février et mars 2021.

Résultats : Nos entretiens ont révélé que la prise en charge des demandes de soins non programmés était similaire dans tous les cabinets avec la présence de créneaux de consultations dédiés chaque jour et un rôle important de la secrétaire. Le logiciel est simple d'utilisation et les consultations, typiques de médecine générale. Les médecins généralistes viennent en aide aux urgences, participent à l'amélioration de l'accès aux soins et à la création d'un réseau ville-hôpital. Des inconvénients ont été soulevés : l'écueil principal étant les rendez-vous non honorés, les difficultés à refuser des patients en plus de leur patientèle, et un accès aux soins parfois jugé trop rapide pour certaines pathologies.

Les principaux freins au développement du projet sont les craintes quant à la surcharge de travail et à leur disponibilité. Le principal axe d'amélioration est la généralisation de la procédure à l'ensemble des médecins du territoire pour lisser les créneaux par médecin.

Les autres pistes d'amélioration sont la communication entre les différents intervenants afin d'améliorer la pertinence de la réorientation et l'évolution dans l'échange médecins-patients afin de diminuer les rendez-vous non honorés. La perspective d'avenir est la mise en place de réorientation par le biais de CPTS.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés sont satisfaits du projet. La généralisation du projet à l'ensemble du territoire, une meilleure communication entre les différents protagonistes, ainsi qu'une sectorisation des patients selon un territoire semblent être les pistes à exploiter pour améliorer le projet.

Mots clés : Réorientation – soins primaires - Opinion – Médecins généralistes – Charente



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction : La réorientation des patients auto-référés est une pratique courante mais mal connue et encadrée en médecine d'urgence. Un algorithme de réorientation permettant de choisir les patients à réorienter à l'accueil des urgences a fait ses preuves au Canada : Logibec Réorientation®. Ce logiciel a été mis en place en juillet 2020 entre le Centre Hospitalier d'Angoulême et des cabinets de médecine générale du bassin de santé. Notre étude a pour objectif de recueillir l'opinion des médecins généralistes partenaires du projet.

Méthodologie : Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes d'Angoulême partenaires du projet, entre février et mars 2021.

Résultats : Nos entretiens ont révélé que la prise en charge des demandes de soins non programmés était similaire dans tous les cabinets avec la présence de créneaux de consultations dédiés chaque jour et un rôle important de la secrétaire. Le logiciel est simple d'utilisation et les consultations, typiques de médecine générale. Les médecins généralistes viennent en aide aux urgences, participent à l'amélioration de l'accès aux soins et à la création d'un réseau ville-hôpital. Des inconvénients ont été soulevés : l'écueil principal étant les rendez-vous non honorés, les difficultés à refuser des patients en plus de leur patientèle, et un accès aux soins parfois jugé trop rapide pour certaines pathologies.

Les principaux freins au développement du projet sont les craintes quant à la surcharge de travail et à leur disponibilité. Le principal axe d'amélioration est la généralisation de la procédure à l'ensemble des médecins du territoire pour lisser les créneaux par médecin.

Les autres pistes d'amélioration sont : la communication entre les différents intervenants afin d'améliorer la pertinence de la réorientation. Les médecins souhaitent pouvoir communiquer avec les patients pour diminuer les rendez-vous non honorés. La perspective d'avenir est la mise en place de réorientation par le biais de CPTS.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés sont satisfaits du projet. La généralisation du projet à l'ensemble du territoire, une meilleure communication entre les différents protagonistes, ainsi qu'une sectorisation des patients selon un territoire semblent être les pistes à exploiter pour améliorer le projet.

Mots clés : Réorientation – soins primaires - Opinion – Médecins généralistes – Charente