



HAL
open science

Caractéristiques des patients consultants dans la filière de l'ultra court des urgences de Thonon les Bains

Alexandra Meynet, Vincent Brunet

► **To cite this version:**

Alexandra Meynet, Vincent Brunet. Caractéristiques des patients consultants dans la filière de l'ultra court des urgences de Thonon les Bains. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03078357

HAL Id: dumas-03078357

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03078357>

Submitted on 16 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS CONSULTANT
DANS LA FILIERE ULTRA COURTE DES URGENCES
DE THONON-LES-BAINS

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Alexandra MEYNET

[Données à caractère personnel]

Et

Vincent BRUNET

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 15/12/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Professeur Guillaume DEBATY

M. le Professeur Vincent RIALLE

M. le Docteur Thierry DEWAELE

M. le Docteur André PRUNIER (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAQUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

Remerciements aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, recevez nos sincères remerciements et le témoignage de notre profonde considération.

À Monsieur le Professeur Guillaume DEBATY

Et à Monsieur le Professeur Vincent RIALLE

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de notre plus grande reconnaissance.

À Monsieur le Docteur André PRUNIER

Et à Monsieur le Docteur Thierry DEWAELE

Merci de nous avoir guidés tout au long de cette thèse, nous espérons que ce travail est à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

Remerciements communs :

À Monsieur le Docteur Philippe NICOUD

Merci de vos conseils et de nous avoir permis de réaliser ce travail au sein du service des urgences de Thonon-les-Bains.

À tout le personnel des urgences

Merci de nous avoir accueillis parmi vous et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Aux secrétaires des urgences

Merci de nous avoir si chaleureusement accueillis et fait une place pendant une période si tendue.

Remerciements Vincent :

À Monsieur le Docteur Thierry Dewaele

Merci de ton enseignement, de ton investissement dans la formation des internes et de tes conseils pour la réalisation de ce travail.

À Monsieur le Docteur Philippe Boule

Merci pour ton dévouement envers notre formation aux urgences, pour tes précieux conseils et ta disponibilité durant toutes les phases de ce projet.

À ma famille, ma sœur, mon frère et mes parents pour votre amour et votre soutien depuis toutes ces années.

À François, sans qui tout ceci n'aurait pas commencé il y a 10 ans, merci de m'avoir soutenu de près comme de loin, toujours présent, on l'a fait.

À tous mes amis, ceux qui de près ou de loin m'ont supporté pendant toutes ces années, sans désespérer de me voir y arriver un jour. Merci pour votre amitié.

Remerciements Alexandra :

À mes maitres de stages : André, Jean Claude et Isabelle, Matthieu, Danielle, Thierry, Christelle, Alexandre, Gilles

Merci pour votre bienveillance et gentillesse à mon égard. Merci d'avoir pris le temps de me transmettre vos connaissances et votre passion pour la médecine.

À Bernard et à l'ensemble des pompiers de Bellevaux

Merci d'avoir fait naître cette vocation en moi et de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années.

À mes parents, frère et sœurs

Merci pour votre soutien et votre disponibilité depuis toujours.

Merci également pour votre aide à la rédaction de ce manuscrit.

À mes copains de la fac : Maya, Anne-Claire, Anne-Laure, Laura, Mathilde, Léa, Astrid, Esther, Clarisse...

Merci pour votre présence au cours de ces années que vous avez rendues plus douces ! A nos vacances, que les prochaines soient toujours aussi drôles !

À mes copains Julien, Soizic, Adrien, Sophie et leur moitié :

Merci d'être mes amis depuis si longtemps, vous avez été présents depuis le début de ces longues études, vous m'avez épaulée à chaque étape et je vous en suis très reconnaissante.

A tous ces week-ends, soirées, moments plus ou moins sportifs...

J'ai de la chance de vous avoir dans ma vie !

À Zouz,

Tu as toujours su sécher mes larmes lors de mes moments de doute, merci pour ton soutien sans faille depuis 9 ans. Merci pour toutes ces belles choses que nous avons construites ensemble, je suis fière de partager ma vie avec toi !

Titre :

Caractéristiques des patients consultant dans la filière ultra courte des urgences de Thonon-les-Bains

Nom des auteurs :

Brunet Vincent 1,2

Meynet Alexandra 1,2

Prunier André 3

Affiliations :

1 = Université Grenoble Alpes,

2 = Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Grenoble, avenue des Marquis du Grésivaudan, 38706 La Tronche Cedex

3 = Centre hospitalier Georges Pianta, 3 avenue de la Dame, 74200 Thonon-les-Bains

Mots clés MeSH :

soins primaires, médecin généraliste, urgences, COVID-19

Conflits d'intérêt : Nous n'avons pas reçu de soutien financier, ni de subvention publique ou privée, ni de gratification.

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt avec ce travail.

Tous les auteurs listés ont suffisamment participé au travail pour être cités comme auteurs et toutes les personnes pouvant être qualifiées comme auteur l'ont été.

Caractéristiques des patients consultant dans la filière ultra courte des urgences de Thonon-les-Bains

Introduction :

Il existe un décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction. C'est dans ce contexte particulier, qu'est née l'idée de mettre en place une « filière ultra-courte » au sein des urgences de l'hôpital de Thonon en 2017.

Objectifs :

Décrire la population consultant la filière ultra courte en termes d'affiliation à un médecin traitant, de parcours de soins avant la consultation et d'accès aux soins.

Matériel et méthode :

Nous avons interrogé via un questionnaire, les patients orientés vers cette filière par l'infirmière d'accueil. Étaient exclus tous les patients mineurs non accompagnés, ou n'étant pas capable de compléter le questionnaire par eux-mêmes.

Résultats :

Le recueil a eu lieu du 2 juin au 10 juillet 2020 et a permis d'obtenir 176 questionnaires. Il s'agit de patients jeunes, la moyenne d'âge étant de 34 ans et la tranche d'âge la plus représentée est la tranche 26-45 ans. Ils ont parcouru une faible distance, et ont une situation professionnelle et assurantielle précaire. On note une sur-représentation des catégories "employés" et "sans activité" et 12,5 % bénéficient de la CMU-C. 28,8 %, n'ont pas de médecin traitant déclaré. Dans ces derniers, 12,2 % ont tenté d'obtenir un rendez-vous chez un médecin avant de se rendre aux urgences. Parmi les patients ayant un médecin traitant déclaré, 55,9 % ont essayé de le contacter en amont. Il existe bel et bien une volonté de consultation en ambulatoire.

Conclusion :

La filière ultra-courte répond à ses objectifs de création, elle permet une réponse à une demande que la médecine ambulatoire n'arrive pas à satisfaire. Elle apparaît donc comme une réponse satisfaisante à moyen terme.

Un prochain travail pourrait s'intéresser à savoir si une telle offre ne pousse pas à consommer plus de soins.

Mots clés MeSH :

Soins primaires, médecin généraliste, urgences, COVID-19

Filière : MEDECINE GENERALE

Characteristics of patients consulting the ultra-short course in the emergency department of Thonon-les-Bains

Introduction :

There is a growing gap between the need for unscheduled care and general practitioner availability. It is in this particular era, that the idea was born to set up a general practitioner in an "ultra-short unit" within the emergency rooms of the Thonon hospital in 2017.

Objectives :

To describe the population consulting the ultra-short unit by the affiliation with an attending physician, the patient's route and ease of access to care.

Material and method :

We interviewed, via a questionnaire, the patients referred to this sector by the reception nurse. All minors who were unaccompanied, or who were unable to complete the questionnaire on their own, were excluded.

Results :

The collection took place from June 2nd to July 10th, 2020 and yielded 176 questionnaires. These are young patients, with an average age of 34 years and the most represented age group were the 26-45 years age group. They have traveled a short distance, and have a precarious professional and insurance situation. There is an over-representation of the "employee" and "non-active" categories and 12.5 % benefited from the CMU-C. 28.8 %, have no declared attending physician. Of these, 12.2 % tried to get an appointment with a doctor before going to the emergency room. Among the patients with a declared attending physician, 55.9 % tried to contact him upstream. All this shows that there is indeed a desire for outpatient consultation.

Conclusion :

The ultra-short course achieves its goals, as it allows a response to a demand that city medicine cannot meet. It therefore appears to be satisfactory in the medium term. A futur work could study if this offer not lead to an increase of primary care consumption.

MeSH keywords :

primary health care, General practitioners, emergencies, COVID-19

Pathway : GENERAL PRACTICE

Table des matières

I.	Introduction.....	16
A.	Les soins non programmés.....	16
B.	La Haute-Savoie et Thonon	19
1.	Une population grandissante	19
2.	Démographie médicale	23
3.	La filière ultra courte	29
4.	Objectifs.....	30
II.	Matériel et méthode	31
A.	Le questionnaire.....	31
1.	Justification des items du questionnaire.....	31
2.	Recueil	33
B.	Analyses statistiques	35
C.	Considérations légales et éthiques.....	37
III.	Résultats	38
A.	Patients suspects d'infection par le coronavirus.....	38
B.	Age/Sexe.....	39
C.	Distance parcourue	42
D.	Catégorie socio professionnelle	44
E.	Situation assurantielle	46
1.	Droits à l'assurance maladie.....	46
2.	Assurance complémentaire.....	47
F.	Motif de la consultation	48
G.	Information relative au médecin traitant.....	52
1.	Médecin traitant déclaré.....	52
2.	Appel du médecin traitant	53
3.	Réponse du médecin traitant	54
H.	Consultation spécifique à la filière ultra courte	56
I.	Mode de venue	57
J.	1 ^{ère} consultation à l'ultra court.....	58
IV.	Discussion	59
A.	Les caractéristiques de notre population.....	59
1.	Les cas suspects de coronavirus	59
2.	Age/sexes	59
3.	Distance parcourue	60
4.	Catégories socioprofessionnelles, Assurances	61
5.	Situation assurantielle	61

6.	Assurance complémentaire.....	62
7.	Motif de consultation.....	63
8.	Médecin traitant.....	64
9.	La filière ultra courte.....	65
10.	Mode de venue.....	66
B.	Les forces et faiblesses de notre étude.....	67
V.	CONCLUSION.....	69
VI.	Bibliographie.....	70
VII.	Annexes.....	72

Liste des figures

- 1- Tableau n° 1 : Variation de population entre 2012 et 2017, à l'échelle de la France, la Haute-Savoie et l'arrondissement de Thonon
- 2- Graphique n° 1 : Variation annuelle moyenne de la population entre 2012 et 2017 à l'échelle de la Haute-Savoie et de la France
- 3- Graphique n° 2 : Variation annuelle moyenne de la population entre 2012 et 2017 à l'échelle de l'arrondissement de Thonon et de la France
- 4- Graphique n°3 : Effectifs des médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière, en Haute-Savoie de 2012 à 2017.
- 5- Graphique n°4 : Effectifs des médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière, dans le bassin de vie de Thonon-les-Bains de 2012 à 2017.
- 6- Graphique n°5 : Densité des médecins généralistes, en activité régulière pour 100 000 habitants, en Haute-Savoie de 2012 à 2017.
- 7- Graphique n°6 : Densité des médecins généralistes, en activité régulière pour 100 000 habitants, dans le bassin de vie de Thonon-les-Bains, de 2012 à 2017.
- 8- Tableau n°2 : APL aux médecins généralistes de 2015 à 2018 sur la Haute-Savoie
- 9- Tableau n°3 : APL aux médecins généralistes de 2015 à 2018 sur l'arrondissement de Thonon-les-Bains
- 10- Graphique n°7 : Pourcentage des patients suspects d'infection au coronavirus
- 11- Graphique n°8 : Diagramme à moustache des âges des patients
- 12- Tableau n°4 : Répartition des patients par sexe et tranche d'âge
- 13- Graphique n°9 : Répartition des patients par sexe et tranche d'âge
- 14- Figure n°1 : Répartition géographique des patients
- 15- Figure n°2 : Répartition géographique des patients, avec les villes.
- 16- Graphique n°10 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle
- 17- Tableau n°5 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle
- 18- Tableau n°6 : Répartition des patients selon leur droit à l'assurance maladie
- 19- Graphique n°11 : Répartition des patients selon leur droit à l'assurance maladie
- 20- Tableau n°7 : Répartition des patients selon leur assurance complémentaire
- 21- Graphique n°12 : Répartition des patients selon leur assurance complémentaire
- 22- Graphique n°13 : Répartition des motifs de consultation
- 23- Tableau n°8 : Répartition des motifs de consultation
- 24- Graphique n°14 : Patients ayant ou non un médecin traitant déclaré
- 25- Tableau n°9 : Patients ayant ou non un médecin traitant déclaré
- 26- Graphique n°15 : Patients ayant ou non contacté leur médecin traitant
- 27- Tableau n°10 : Patients ayant ou non un médecin traitant déclaré
- 28- Tableau n°11 : Répartition selon la réponse obtenue par le médecin traitant
- 29- Graphique n°16 : Répartition selon la réponse obtenue par le médecin traitant
- 30- Graphique n°17 : Patients consultant spécifiquement la filière ultra courte
- 31- Tableau n°12 : Patients consultant spécifiquement la filière ultra courte
- 32- Graphique n°18 : Répartition selon le mode de venue
- 33- Tableau n°13 : Répartition selon le mode de venue
- 34- Graphique n°19 : Patients ayant ou non déjà consulté à l'ultra court
- 35- Tableau n°14 : Patients ayant ou non déjà consulté à l'ultra court
- 36- Graphique n° 20 : Répartition de la population de l'arrondissement de Thonon en 2017 et répartition de notre population, selon la catégorie socio-professionnelle

Annexes

Annexe 1 : Communes de l'arrondissement de Thonon-les -Bains

Annexe 2 : Communes du bassin de vie de Thonon les Bains

Annexe 3 : Grille de tri IAO pour la filière ultra-courte

Annexe 4 : Questionnaire

Annexe 5 : Fiche d'informations

Annexe 6 : Fiche orientation patient pandémie Covid-19

Annexe 7 : Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence, SFMU

Abréviations :

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

SOFRES : Société française d'enquête par sondage

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

APL : Accessibilité potentielle localisée

IAO : Infirmière d'accueil et orientation

SFMU : Société française de médecine d'urgence

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

RIPH : Recherche impliquant des personnes humaines

AME : Aide médicale d'état

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire

BALISE : Base locale d'information statistique en santé

CSS : Complémentaire santé solidaire

FUC : filière ultra courte

I.Introduction

A.Les soins non programmés

Les services d'accueil des urgences font face à une augmentation constante de leur fréquentation. En effet, entre 1996 et 2015, le nombre de passages annuels a augmenté de 93 %⁽¹⁾. Cette évolution, responsable d'un engorgement des services d'urgences, est une problématique bien connue des pouvoirs publics et a déjà fait l'objet de nombreuses études notamment de la part de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Les passages considérés comme inappropriés sont souvent incriminés et rendus responsables de cette fréquentation importante.

Selon les données de la littérature internationale, les passages inappropriés aux urgences représenteraient, en fonction de la manière dont on les définit, entre 20 % et 40 % de l'ensemble des consultations⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾. L'estimation du nombre de ces passages évitables reste toutefois, sujette à controverse. Elle doit en tout état de cause prendre en considération l'ensemble de l'offre de soins non programmés disponible sur un territoire donné, et tenir compte de l'état clinique des patients se présentant aux urgences.

Le député de Charente, Thomas Mesnier, dans son rapport sur les soins non programmés, publié en 2018, estime que les services d'urgences prennent en charge une part importante de soins ne relevant pas directement de leur mission. Cette

situation trouve sa source, selon lui, dans un décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction⁽⁵⁾.

En effet, la population vieillit et le nombre de patients atteints de pathologies chroniques croît alors que le nombre de médecins généralistes diminue.

Entre 2007 et 2017, le nombre de généralistes a baissé de 9,1 % ; cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025, date à laquelle la France aura perdu encore 8 % de médecins généralistes, et un généraliste sur six sur la période 2007-2025⁽⁶⁾.

Selon la DREES, en 2016, près de 5.7 millions de personnes, soit 8.5 % de la population française, résident dans une commune sous-dense en médecins généralistes⁽⁷⁾.

Devant cette diminution, la population se retrouve parfois en difficulté et se tourne vers les urgences faute d'obtenir une réponse satisfaisante en ambulatoire comme le montre l'enquête de la DREES de 2013. 6 % des personnes interrogées se rendent aux urgences du fait de l'absence du médecin traitant, et 5 % en raison de l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires⁽¹⁾.

On retrouve ce constat dans le sondage de la Société française d'enquête par sondage (SOFRES) réalisé en octobre 2015, 55 % des personnes interrogées auraient déjà éprouvé une difficulté à obtenir un rendez-vous médical dans un délai raisonnable et lorsque les Français sont dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous, 20 % se tournent vers les urgences hospitalières⁽⁵⁾.

Un sondage plus récent de BVA datant de novembre 2019, montre que près d'un français sur cinq (17 %) consulte aux urgences faute d'obtenir un rendez-vous chez son médecin traitant⁽⁸⁾.

La consultation dans un service d'urgence apparaît donc comme une solution pour répondre à un besoin non satisfait par la médecine de ville.

Pour répondre à ces problématiques, Edouard Philippe, Premier ministre et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé ont présenté le Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires, le 13 octobre 2017.

« Avoir un médecin traitant, obtenir rapidement un rendez-vous, accéder à des soins médicaux spécialisés dans un délai approprié à leurs besoins. Autant d'attentes qui doivent être satisfaites au même niveau de qualité sur l'ensemble du territoire. » ainsi sont décrits les principaux objectifs de ce plan⁽⁹⁾.

L'accès aux soins de premiers recours, les soins non programmés, leur organisation territoriale sont donc des problématiques d'actualité et font l'objet de nombreux travaux tant sur le plan gouvernemental que régional.

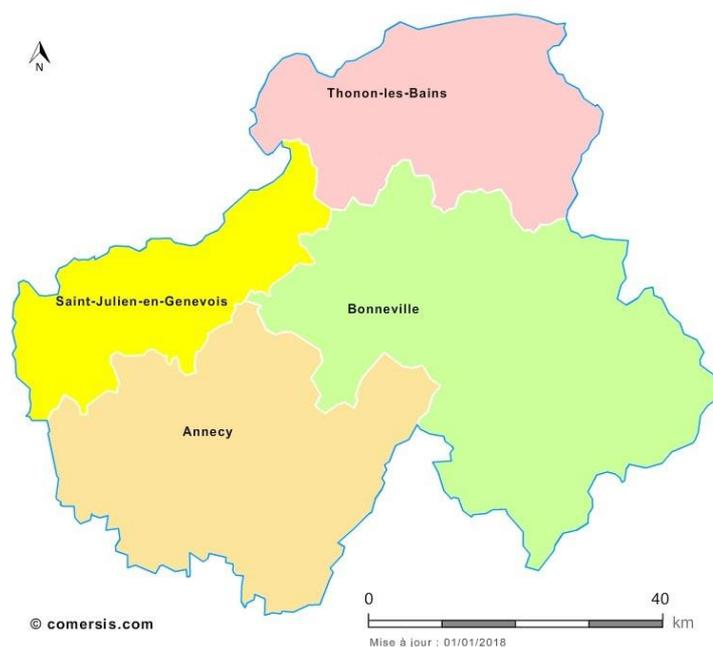
Qu'en est-il de cette problématique à l'échelle de la Haute Savoie et de l'arrondissement de Thonon les Bains ?

B. La Haute-Savoie et Thonon

1. Une population grandissante

Le département de la Haute Savoie est découpé en 4 arrondissements :

- Arrondissement de Thonon
- Arrondissement de Bonneville
- Arrondissement de Saint Julien
- Arrondissement d'Annecy



L'arrondissement de Thonon comporte 68 communes (Cf annexe 1).

En 2017, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) dénombrait 66 524 339 habitants, soit une densité de 105.1 habitants/km² au niveau national. Pour la Haute Savoie, et pour cette même année, on dénombrait 807 400 habitants pour une densité de 184 habitants/km²(10).

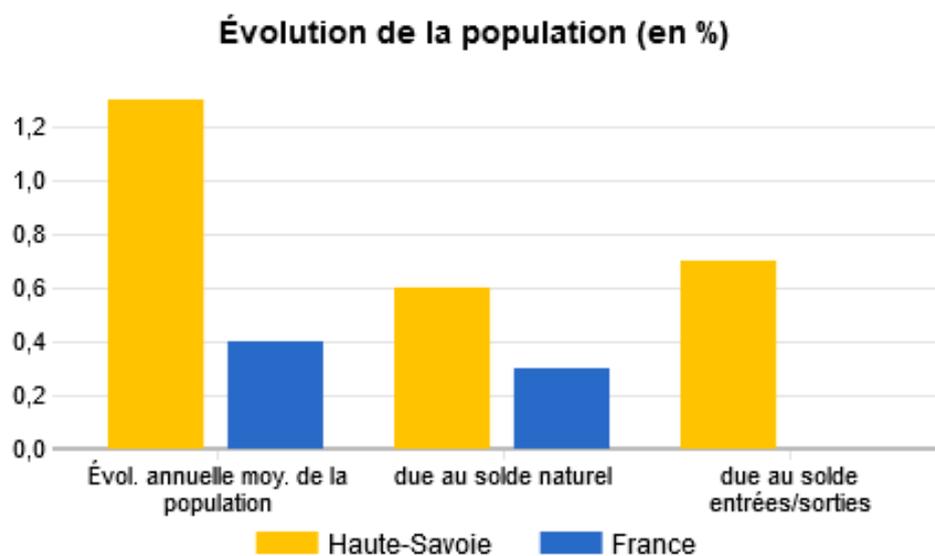
Entre 2012 et 2017, alors que la population nationale a augmenté de 1.97 %, celle de la Haute Savoie a augmenté de 5.48 % et celle de l'arrondissement de Thonon de 6.52 %.

	Population au 1^{er} janvier 2012 (en milliers)	Population au 1^{er} janvier 2017 en milliers)	Estimation de la population en janvier 2020 (en milliers)	Variation annuelle moyenne entre 2012-2017 (en %)	Variation annuelle moyenne due au solde naturel (en %)	Variation annuelle moyenne due au solde apparent des entrées et sorties (en %)
France	65 241	66 524	67 064	0.4	0.3	0.1
Haute Savoie	756.5	807.4	828.4	1.3	0.6	0.7

Arrondissement de Thonon	138	147		1.2	0.5	0.7
---------------------------------	-----	-----	--	-----	-----	-----

Dans ces variations de population, il y a la variation due au solde naturel, c'est-à-dire la différence entre les naissances et les décès, et la variation due aux entrées et sorties sur le territoire.

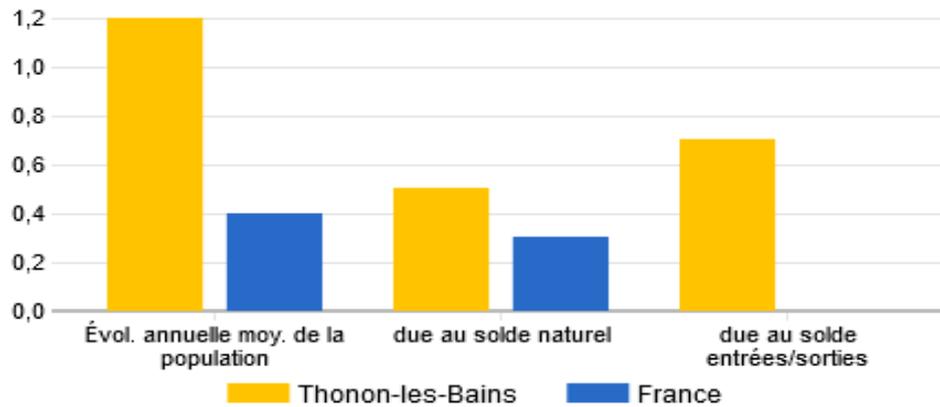
Tableau n° 1 : Variation de population entre 2012 et 2017, à l'échelle de la France, la Haute-Savoie et l'arrondissement de Thonon



Source : Insee, séries historiques du RP, exploitation principale - État

Graphique n° 1 : Variation annuelle moyenne de la population entre 2012 et 2017 à l'échelle de la Haute-Savoie et de la France

Évolution de la population (en %)



Source : Insee, séries historiques du RP, exploitation principale - État

Graphique n° 2 : Variation annuelle moyenne de la population entre 2012 et 2017 à l'échelle de l'arrondissement de Thonon et de la France

Cette distinction nous permet de constater que la forte croissance démographique de la Haute Savoie s'explique par un solde naissance-décès positif mais surtout par un afflux important de nouveaux habitants.

Le cadre de vie et la proximité avec la Suisse, font effectivement de la Haute Savoie une région très attractive.

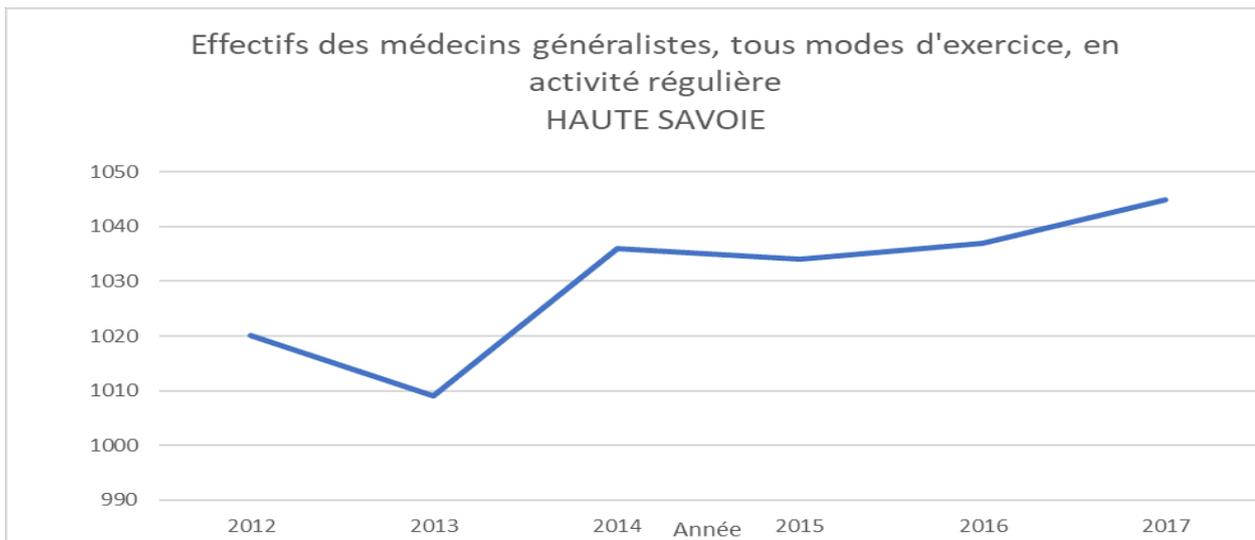
Nous allons maintenant nous intéresser à la démographie médicale.

2. Démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2017, le tableau de l'Ordre des médecins recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) ; soit une diminution de 9,1 % des effectifs depuis 2007.

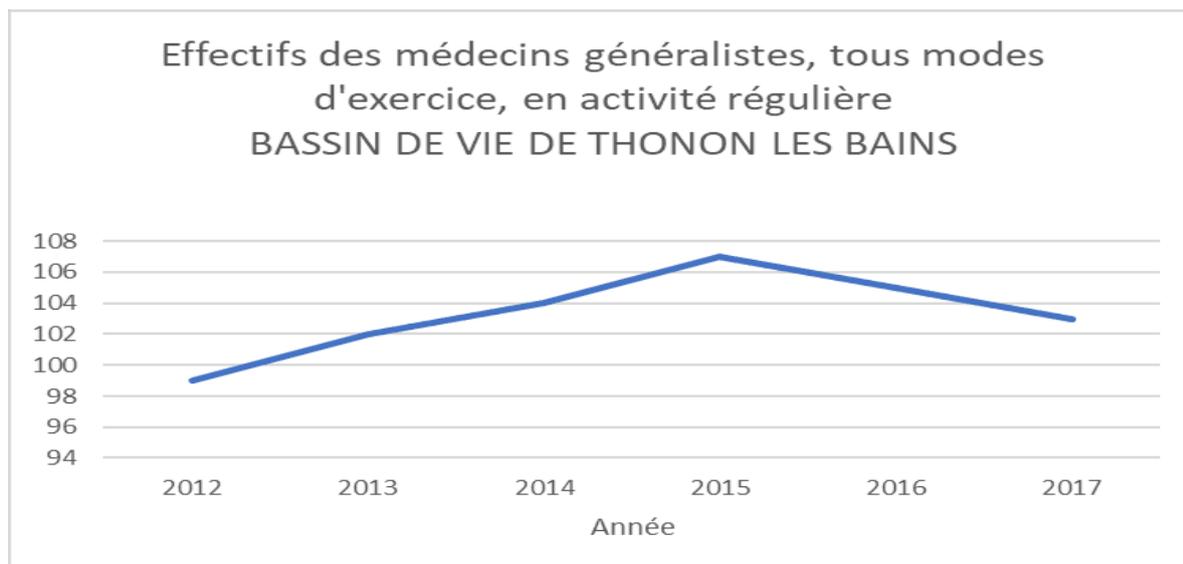
Cette tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière⁽⁶⁾.

Le département de la Haute Savoie semble toutefois épargné par cette baisse. En 2012, on comptait alors 1020 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) contre 1037 en 2017.



Graphique n°3 : Effectifs des médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière, en Haute-Savoie de 2012 à 2017.

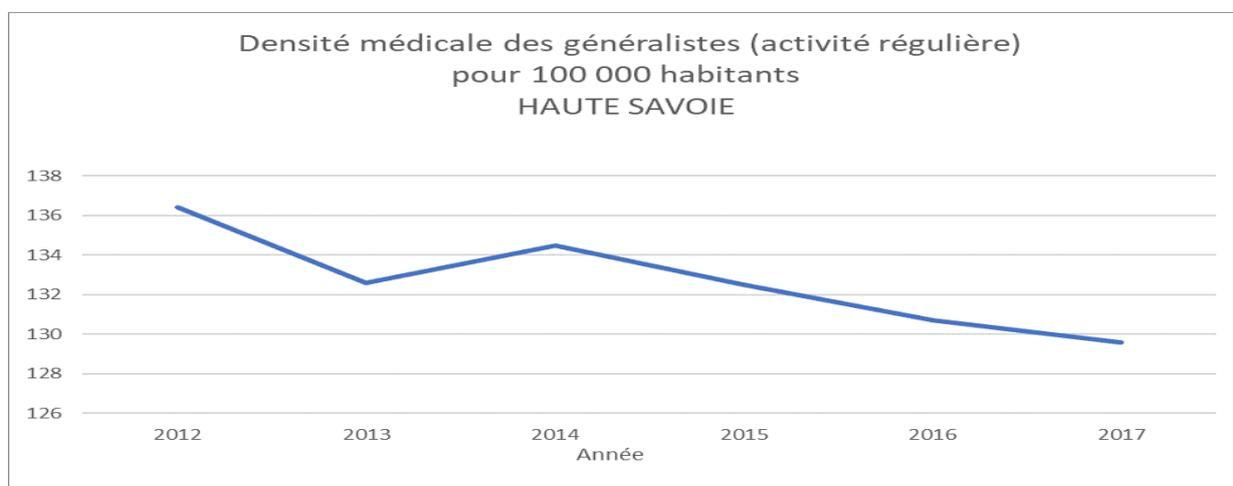
En ce qui concerne le bassin de vie de Thonon, après une augmentation initiale, l'effectif des généralistes diminue depuis 2015. (Bassin de vie de Thonon, Cf annexe 2)



Graphique n°4 : Effectifs des médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière,
dans le bassin de vie de Thonon-les-Bains de 2012 à 2017.

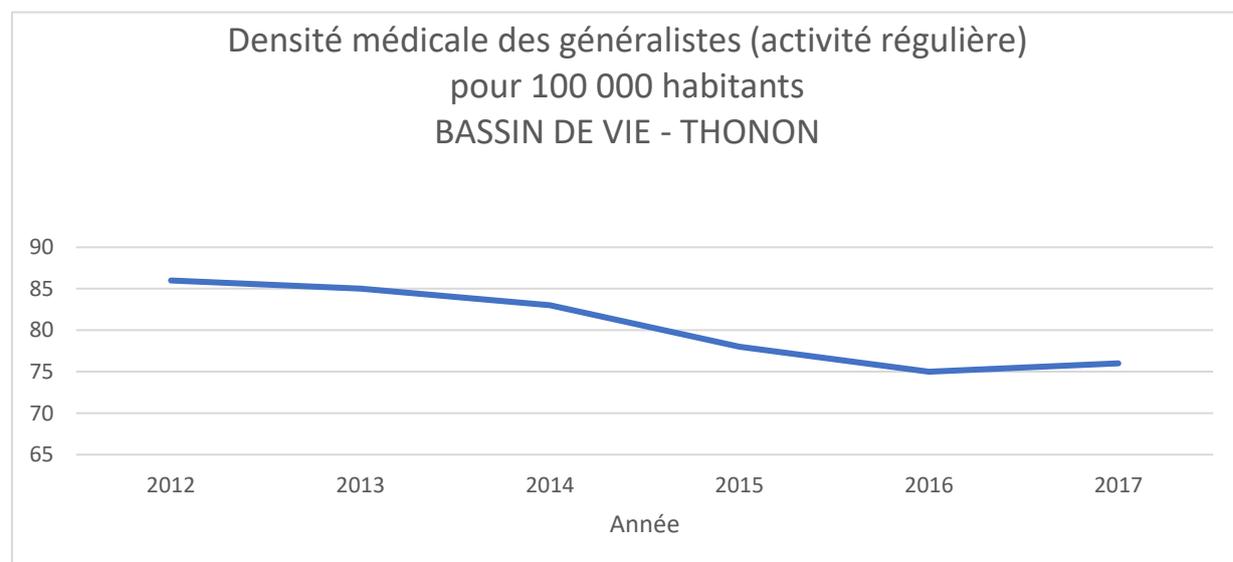
Même si la Haute Savoie enregistre une hausse des effectifs des médecins généralistes, cette hausse n'est pas suffisante au regard de la hausse de la population.

En 2012, la densité de médecins généralistes était de 136.4 pour n'être que de 129.6 en 2017 à l'échelle du département.



Graphique n°5 : Densité de médecins généralistes, en activité régulière pour 100 000 habitants, en Haute-Savoie de 2012 à 2017.

Concernant le bassin de vie de Thonon, c'est également une baisse de cette densité que l'on enregistre. En effet, elle était de 86 en 2012 pour n'être que de 76 en 2017.



Graphique n°6 : Densité de médecins généralistes, en activité régulière pour 100 000 habitants, dans le bassin de vie de Thonon-les-Bains, de 2012 à 2017.

La DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont développé un nouvel indicateur permettant de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande des soins de premiers recours. Il s'agit de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)⁽¹¹⁾.

Cet indicateur tient compte de la proximité et de la disponibilité des médecins d'une part et des besoins de soins de la population locale en fonction de l'âge d'autre part.

Le calcul de l'APL aux médecins généralistes repose sur l'estimation de plusieurs paramètres :

- La distance qui sépare la commune de résidence du patient de la commune d'exercice du professionnel de santé.
- L'activité de chaque médecin généraliste, convertie en " équivalent temps plein"
- La demande en soins des patients, différenciée par classe d'âge

Si l'on regarde cet indicateur pour la Haute Savoie :

Année	APL aux médecins généralistes
2015	3.19
2016	3.12
2017	2.99
2018	2.90

Tableau n°2 : APL aux médecins généralistes de 2015 à 2018 sur la Haute-Savoie

L'APL diminue ce qui signifie que l'accès aux généralistes se dégrade. En ce qui concerne l'arrondissement de Thonon les Bains, le constat est identique :

Année	APL aux médecins généralistes
2015	2.78
2016	2.75
2017	2.78
2018	2.68

Tableau n°3 : APL aux médecins généralistes de 2015 à 2018 sur l'arrondissement de
Thonon-les-Bains

Dans ce contexte particulier est née l'idée de créer une filière de médecine générale dans les urgences de l'hôpital de Thonon.

3. La filière ultra courte

Il s'agit d'une filière où les patients sont vus par un généraliste, salarié des urgences. Lors de l'admission du patient aux urgences, c'est l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) qui l'adresse vers le généraliste s'il relève plutôt de médecine générale (Cf annexe 3 grille de tri).

Les généralistes qui participent à cette permanence sont des praticiens de la région, la majorité étant des médecins qui ne sont pas encore installés ou à la retraite. La permanence est assurée du lundi au vendredi inclus de 12h à 20h.

Elle a été créée en 2017 à l'initiative du Dr André Prunier dans le but de soustraire les consultations relevant de la médecine générale de la charge des urgentistes mais aussi pour proposer une alternative aux généralistes ne pouvant plus recevoir de patients supplémentaires en urgence.

Cette initiative de réorientation des patients relevant de la médecine générale entrant dans les urgences est nouvelle en France. Elle est inspirée de pratiques anglo-saxonnes suggérant que l'utilisation d'un généraliste au sein des urgences n'altère pas la qualité des soins et n'entraîne pas de surcoût ⁽¹²⁾ (14).

La filière ultra courte est une structure différente des maisons médicales de garde, qui, elles, sont indépendantes du fonctionnement de l'Hôpital. La littérature à ce sujet est donc pauvre. La région du Chablais étant unique par sa population et son dynamisme, une étude épidémiologique descriptive de la population consultant cette filière, nous paraît indispensable avant de répondre à des questions plus avancées.

4. Objectifs

Il nous semblait erroné de présumer que la population qui consultait dans la filière ultra courte était simplement un échantillon représentatif de la population consultant les urgences. C'est pourquoi l'objectif principal de notre étude est de dresser un portrait-robot du patient adressé dans ce secteur par l'IAO afin de mieux comprendre à quelle population ce secteur rend service.

Les objectifs plus spécifiques de cette étude sont :

- Mesurer le nombre de patients ayant un médecin traitant déclaré,
- Evaluer la facilité d'accès à ce secteur selon la distance parcourue, la catégorie socio-professionnelle et la couverture sociale des patients,
- Etudier le mode de venue aux urgences,
- Comprendre leur parcours avant la consultation aux urgences.

II. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, mono centrique dans le service des urgences de Thonon les Bains.

Le recueil des informations sur la population consultant dans la filière ultra courte s'est fait par le biais d'un questionnaire. (Cf Annexe 4)

A. Le questionnaire

1. Justification des items du questionnaire

- Patient suspect de d'infection à la Covid-19

Il nous semblait opportun de recueillir le nombre de patients suspects d'infection au coronavirus à cette période par pur intérêt épidémiologique.

- Commune du lieu de vie

Cet indicateur nous permettra de calculer la distance moyenne parcourue par les patients et de mettre en lumière les communes les plus représentées.

- Catégorie socio-professionnelle

Concernant les items proposés, il s'agit des catégories socio-professionnelles selon la nomenclature de l'INSEE.

- Couverture sociale

Nous avons repris les mêmes items que ceux proposés dans le questionnaire patient de l'enquête de la DREES relative aux usagers des urgences de 2013⁽¹⁾. Ceci afin de pouvoir comparer nos résultats aux leurs.

- Motif de consultation

Il existe plusieurs nomenclatures possibles pour proposer des items :

- L'Observatoire de médecine générale qui a répertorié les 50 motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale⁽¹⁴⁾.
- La nomenclature de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) utilisée par l'enquête de la DREES⁽¹⁵⁾....

Ces nomenclatures sont composées de beaucoup d'items, il était donc compliqué d'être exhaustifs en effectuant des propositions, c'est pour cela qu'il nous a paru plus pertinent de laisser cette question ouverte et d'effectuer un codage secondaire.

- Informations relatives au médecin traitant

Aux vues de la pénurie de médecins généralistes dans l'arrondissement de Thonon, nous souhaitons connaître la proportion de la population ayant un médecin traitant déclaré et son interaction avec ce dernier, avant la consultation aux urgences.

En ce qui concerne la réponse du médecin, il nous a paru plus pertinent de laisser cette question ouverte pour ne pas limiter les réponses possibles.

2. Recueil

Après son entretien avec l'IAO, les patients relevant de la filière ultra courte sont orientés vers une salle d'attente spécifique. C'est dans cette dernière que nous leur présentons notre étude et nous leur proposons d'y participer (Cf annexe 4 et 5).

Les patients remplissaient ensuite le questionnaire seuls, en salle d'attente, avant leur consultation avec le généraliste de manière à ne pas introduire de biais sur les réponses.

Notre étude a eu lieu au cours de la pandémie du nouveau coronavirus, nous avons donc dû respecter certaines mesures d'hygiène particulières à ce contexte.

Les patients et nous-mêmes portions systématiquement des masques. Les fiches d'information destinées aux patients ont été plastifiées, ce qui nous a permis de les désinfecter entre chaque utilisation, nous avons également pris soin de désinfecter les stylos entre chaque patient.

Les patients présentant des symptômes suspects d'infection au coronavirus étaient installés dans une salle d'attente différente. (Cf Annexe 6).

Nous avons effectué notre recueil de données du 02 juin 2020 au 10 juillet 2020. La filière avait été fermée pendant le confinement et a ouvert à nouveau le 2 juin, notre recueil a donc débuté à cette date. Afin de réduire au maximum la population issue du tourisme, nous avons arrêté l'inclusion le 10 juillet 2020.

Les critères d'inclusion étaient :

- Tout patient orienté vers la filière ultra-courte par l'IAO.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patients mineurs non accompagnés,
- Les patients ne parlant pas français,
- Les patients ne sachant pas lire.

Nous avons également choisi d'exclure de notre étude les patients ne résidant pas dans une commune de l'arrondissement de Thonon (Cf annexe1).

B. Analyses statistiques

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Google Sheet®.

Les analyses statistiques ont été effectuées sur le logiciel Google Sheet® et le logiciel Excel®.

En ce qui concerne la commune du lieu de vie, nous avons calculé la distance moyenne parcourue, grâce à l'application "Plan" de Google®.

Pour chacune de nos valeurs, nous avons calculé un intervalle de confiance à 95 % selon les formules suivantes.

Pour les proportions :

$$\text{IC à 95\%} = \left[p - Z_{\alpha} \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} ; p + Z_{\alpha} \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} \right]$$

Avec p : proportion calculée dans notre échantillon

n : taille de notre échantillon

Z_{α} : la table de la loi normale centrée et réduite donne les valeurs de Z_{α} en fonction du risque alpha consenti. Pour un risque à 5 %, Z_{α} : 1.96.

Pour les moyennes :

$$\text{IC à 95\%} = \left[m - Z_{\alpha} \sqrt{\frac{s^2}{n}} ; m + Z_{\alpha} \sqrt{\frac{s^2}{n}} \right]$$

Avec m : moyenne calculée dans notre échantillon

S² : variance

n : taille de notre échantillon

Z_α : la table de la loi normale centrée et réduite donne les valeurs de Z_α en fonction du risque alpha consenti. Pour un risque à 5 %, Z_α : 1.96.

C.Considérations légales et éthiques

Nous avons reçu l'autorisation de la Commission national de l'informatique et des libertés (CNIL) le 16 mars 2020. Le Comité de protection des personnes (CPP) a été consulté et nous a affirmé le 21/04/2020 que notre étude était hors champs des recherches impliquant des personnes humaines (RIPH), nous autorisant donc à poursuivre.

III. Résultats

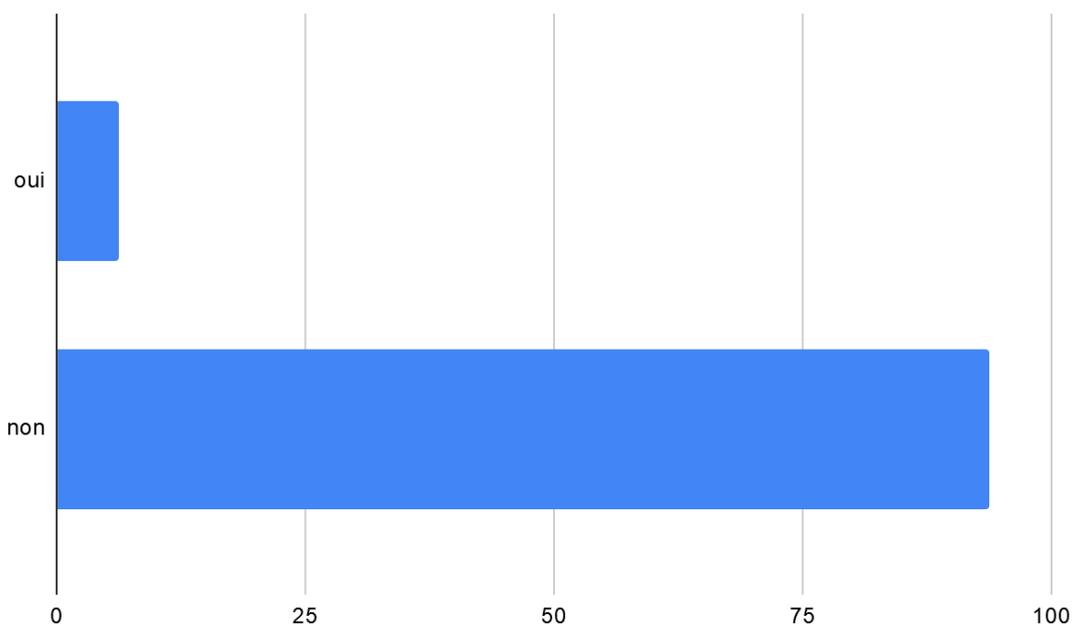
192 questionnaires ont été recueillis.

16 ont été exclus de l'analyse car résidant en dehors de la zone géographique précédemment définie.

Il nous est donc resté 176 questionnaires sur lesquels nous avons pu pratiquer les analyses.

A. Patients suspects d'infection par le coronavirus

Sur les 176 patients, 11 soit 6.25 % (IC95 = 2,7-9.8) étaient suspects d'infection au nouveau coronavirus, selon les critères de la grille de tri utilisée par les IAO versus 93,75 % (IC95 = 90-97) non suspects (Cf Annexe 6).



Graphique n°7 : Pourcentage des patients suspects d'infection au coronavirus

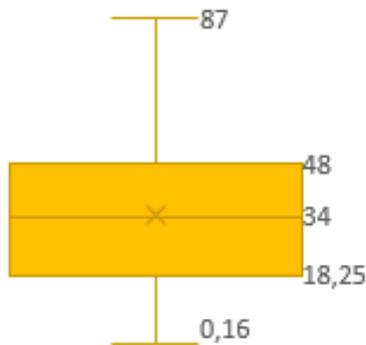
B. Age/Sexe

Notre population est composée de 51,1 % (IC95 = 44-58) de femmes et 49,9 % (IC95 = 42,5-57,2) d'hommes.

L'âge des patients consultant à la filière s'étend de 2 mois à 87 ans.

La moyenne d'âge est de 34 ans (IC95 = 31,2-37,3), la médiane est également à 34 ans.

Le 1^{er} quartile, c'est-à-dire l'âge au-dessous duquel se trouve 25 % de la population est à 18,25 ans. Le 3^{ème} quartile, c'est-à-dire l'âge au-dessous duquel se trouve 75 % de la population, est quant à lui à 48ans.



Graphique n°8 : Diagramme à moustache des âges des patients

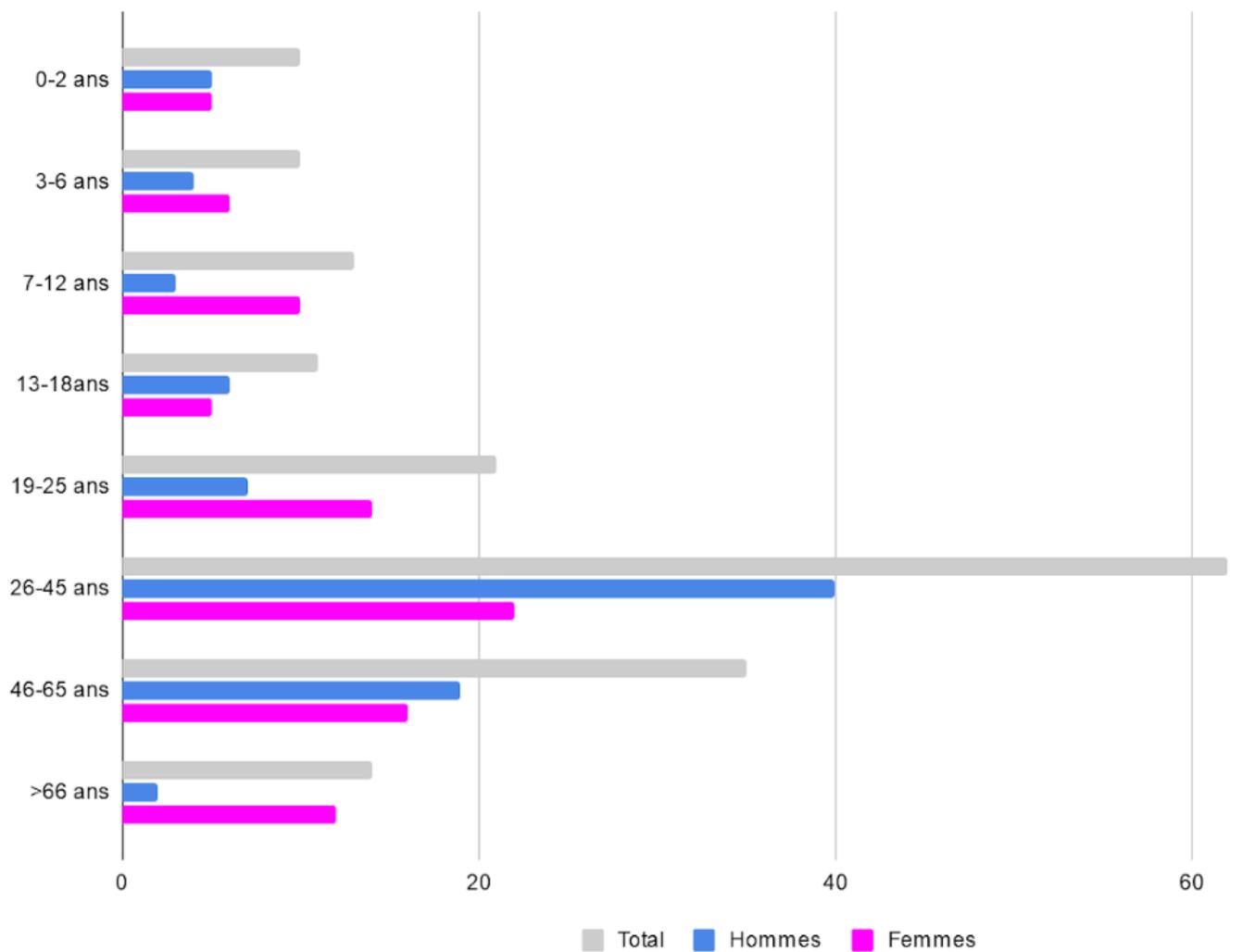
Nous avons regroupé les patients par tranches d'âge. Concernant la population pédiatrique, nous avons séparé les 0-2 ans, correspondant aux nourrissons, les 3-6 ans correspondant à l'âge préscolaire, les 7-12 ans correspondant à l'âge scolaire et les adolescents de 13 à 18 ans. Nous avons choisi de faire 4 tranches différentes pour la pédiatrie afin d'avoir une analyse plus précise de cette population hétérogène.

Nous avons ensuite créé une classe 19-25 ans représentant les jeunes adultes, puis une classe tous les vingt ans.

En ce qui concerne la population gériatrique, nous avons eu peu de patients donc nous n'avons fait qu'une seule classe d'âge. L'âge des patients est recueilli de manière absolue. Ainsi un patient ayant 25 ans est classé dans la tranche d'âge 19-25ans.

Compte par tranche d'âge	Total	Homme	Femme
Total	176	86	90
0-2 ans	10	5	5
3-6 ans	10	4	6
7-12 ans	13	3	10
13-18 ans	11	6	5
19-25 ans	21	7	14
26-45 ans	62	40	22
46-65 ans	35	19	16
>66 ans	14	2	12

Tableau n°4 : Répartition des patients par sexe et tranche d'âge



Graphique n°9 : Répartition des patients par sexe et tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée est la tranche 26-45 ans, que ce soit pour les hommes ou les femmes.

C.Distance parcourue

La ville de Thonon-les-Bains est considérée comme la distance 0, ainsi un patient résidant à Thonon-les-Bains a parcouru une distance égale à 0 dans notre analyse.

Nous avons pris la distance en kilomètres routiers, en effet, cette dernière nous semble bien plus appropriée dans cette région montagneuse que la distance à vol d'oiseau.

La distance moyenne parcourue est de 7.67 km (IC95 = 6.61-8.73).

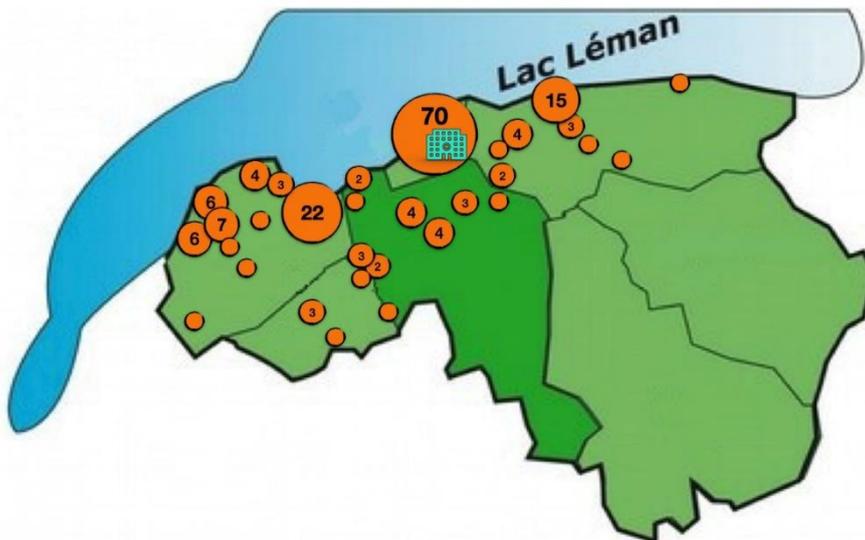


Figure n°1 : Répartition géographique des patients

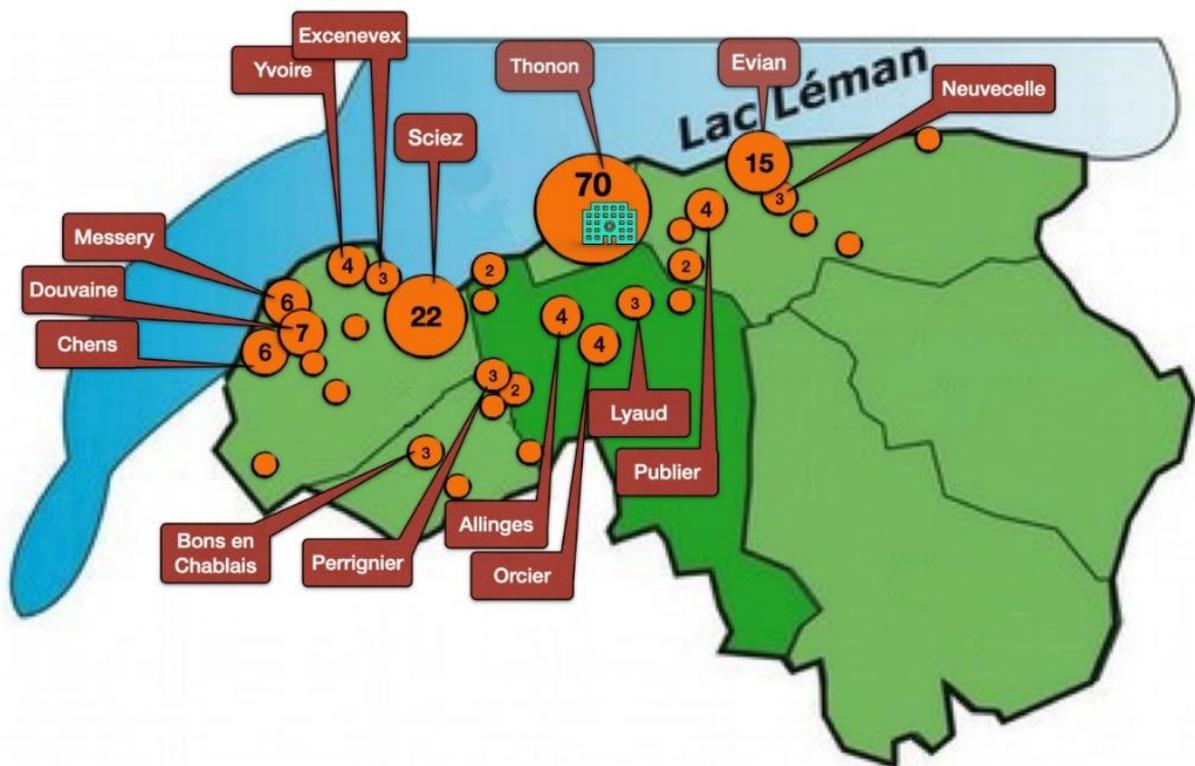


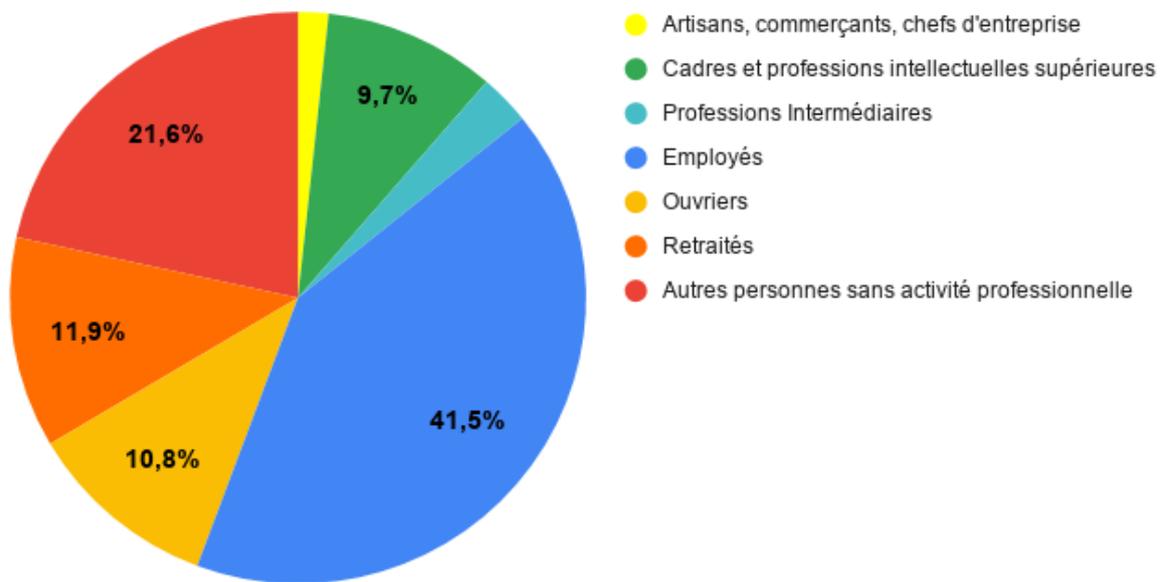
Figure n°2 : Répartition géographique des patients, avec les villes.

D. Catégorie socio professionnelle

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée dans notre recueil est celle des employés avec 41,5 % des patients, suivie des personnes sans activité pour 21.6 %.

Nous n'avons eu aucun agriculteur, exploitant.

Population de l'étude



Graphique n°10 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socioprofessionnelle	Compte	%	IC à 95%
Agriculteurs, exploitants	0	0	[0.0 ;0,0]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3	1,7	[0.0 ;3.6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	17	9,7	[5.6 ;14.4]
Professions Intermédiaires	5	2,8	[0.4 ;5,2]
Employés	73	41,5	[34 ;48]
Ouvriers	19	10,8	[6.2 ;15]
Retraités	21	11,9	[7.1 ;16]
Autres personnes sans activité professionnelle	38	21,6	[15 ;28]
Total	176	100	

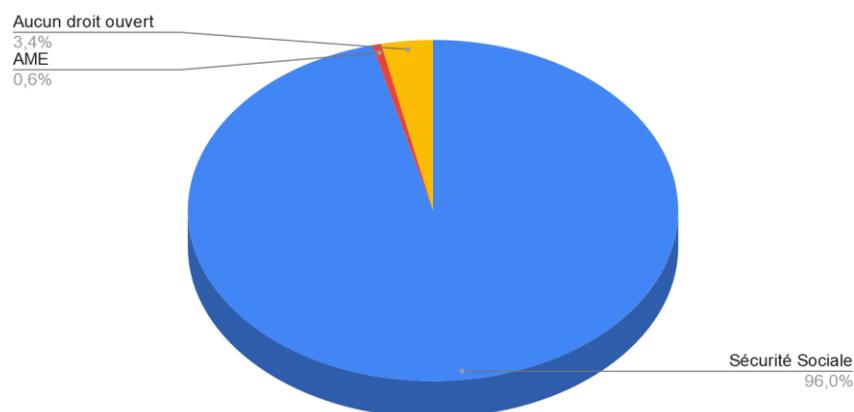
Tableau n°5 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle

E. Situation assurantielle

1. Droits à l'assurance maladie

Assurance	Compte	%	IC à 95%
Sécurité Sociale	169	96,0	[93 ;99]
AME	1	0,6	[0,0 ;1,7]
Aucun droit ouvert en France	6	3,4	[0.7;6,0]
Total	176	100	

Tableau n°6 : Répartition des patients selon leur droit à l'assurance maladie



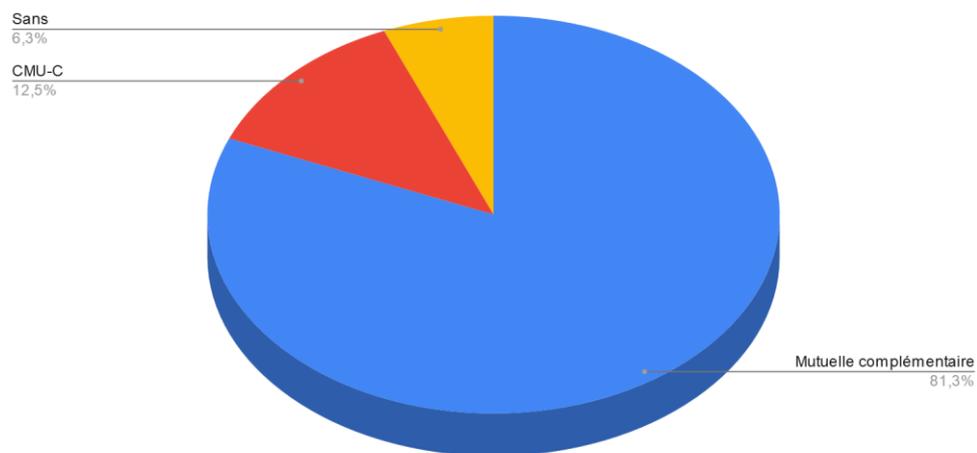
Graphique n°11 : Répartition des patients selon leur droit à l'assurance maladie

169 patients soit 96 % ont des droits ouverts à la sécurité sociale, une seule personne bénéficie de l'AME (aide médicale d'Etat) et 6 patients soit 3,4 % n'ont aucun droit ouvert en France.

2. Assurance complémentaire

Assurance complémentaire	Compte	%	IC à 95%
Mutuelle complémentaire	143	81,3	[75 ;87]
CMU-C	22	12,5	[7.6;17]
Sans	11	6,3	[5.5;6.9]
Total	176	100	

Tableau n°7 : Répartition des patients selon leur assurance complémentaire



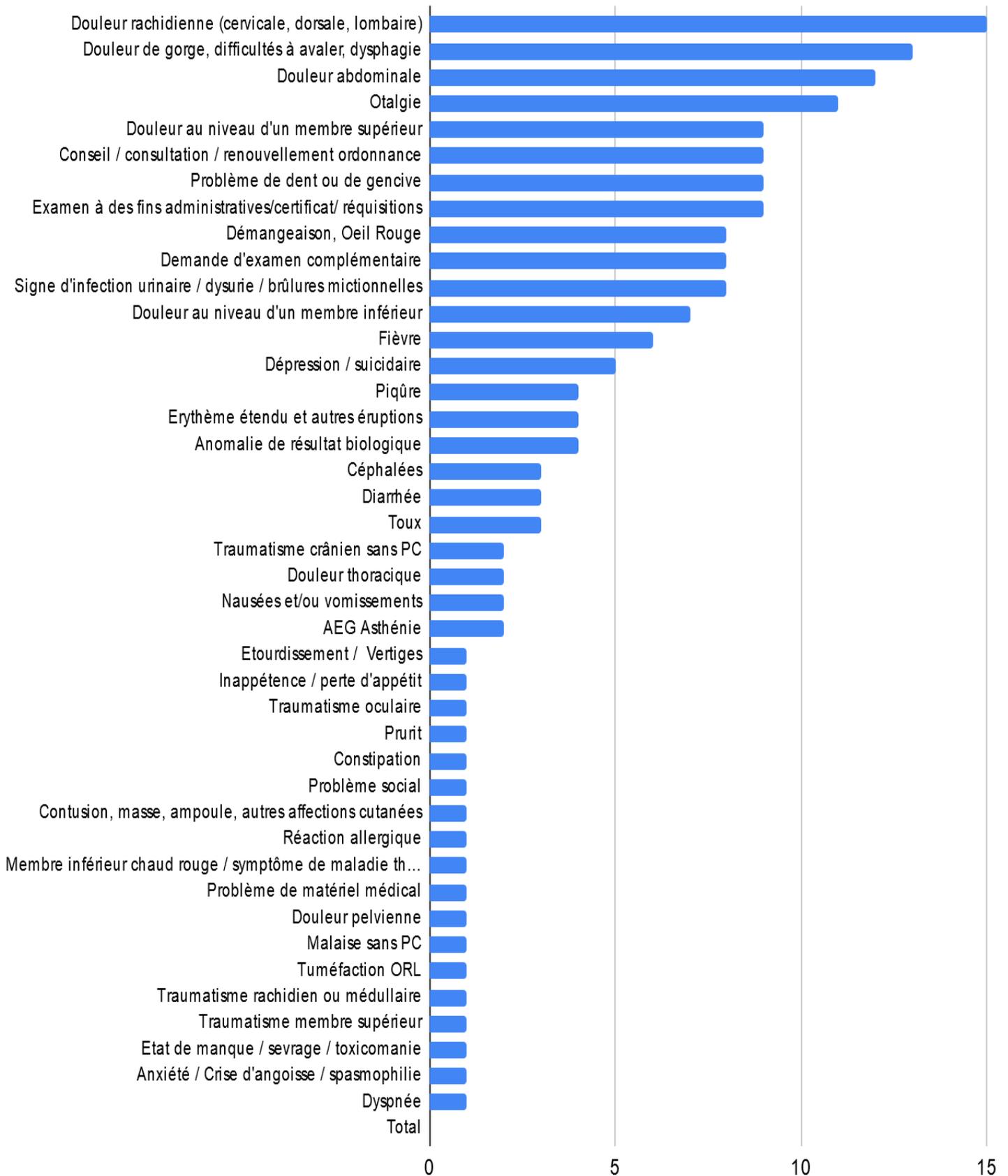
Graphique n°12 : Répartition des patients selon leur assurance complémentaire

F. Motif de la consultation

Pour le motif de la consultation, nous avons posé une question ouverte et nous avons effectué un codage des réponses obtenues.

Nous avons utilisé le thésaurus des motifs de recours en structures d'urgence de la SFMU (Cf annexe 7).

Nous avons obtenu 42 motifs de consultations différents. Le motif le plus fréquemment retrouvé est la douleur rachidienne, représentant 8,5 % des consultations. Les consultations pour des affections ORL sont également importantes (7.4 % pour la douleur de gorge et 6.25 % pour l'otalgie).



Graphique n°13 : Répartition des motifs de consultation

Motif de recours	Compte	%	IC à 95%
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)	15	8,52	[4.4;12]
Douleur de gorge, difficultés à avaler, dysphagie	13	7,38	[3.5;11]
Douleur abdominale	12	6,81	[3.0;10]
Otalgie	11	6,25	[2.7;9.8]
Douleur au niveau d'un membre supérieur	9	5,11	[1.8;8.3]
Conseil / consultation / renouvellement ordonnance	9	5,11	[1.8;8.3]
Problème de dent ou de gencive	9	5,11	[1.8;8.3]
Examen à des fins administratives/certificat/ réquisitions	9	5,11	[1.8;8.3]
Démangeaison, Oeil Rouge	8	4,54	[1.5;7.6]
Demande d'examen complémentaire	8	4,54	[1.5;7.6]
Signe d'infection urinaire / dysurie / brûlures mictionnelles	8	4,54	[1.5;7.6]
Douleur au niveau d'un membre inférieur	7	3,97	[1.0;6.8]
Fièvre	6	3,40	[0.7;6.0]
Dépression / suicidaire	5	2,84	[0.3;5.2]
Piqûre	4	2,27	[0.3;5.1]
Erythème étendu et autres éruptions	4	2,27	[0.3;5.1]
Anomalie de résultat biologique	4	2,27	[0.3;5.1]
Céphalées	3	1,70	[0,0 ;3.6]
Diarrhée	3	1,70	[0,0 ;3.6]
Toux	3	1,70	[0,0 ;3.6]
Traumatisme crânien sans PC	2	1,13	[0,0 ;2.7]
Douleur thoracique	2	1,13	[0,0 ;2.7]
Nausées et/ou vomissements	2	1,13	[0,0 ;2.7]
AEG Asthénie	2	1,13	[0,0 ;2.7]
Etourdissement / Vertiges	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Inappétence / perte d'appétit	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Traumatisme oculaire	1	0,56	[0,0 ;1.6]

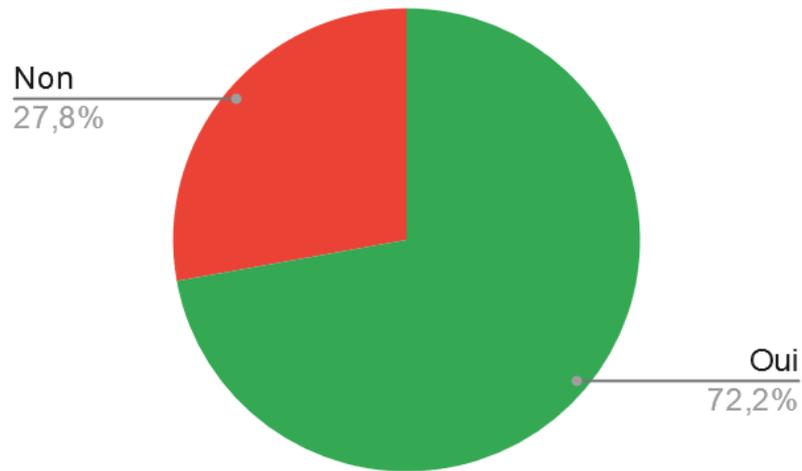
Prurit	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Constipation	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Problème social	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Contusion, masse, ampoule, autres affections cutanées	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Réaction allergique	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Membre inférieur chaud rouge / symptôme de maladie thrombo-embolique	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Problème de matériel médical	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Douleur pelvienne	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Malaise sans PC	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Tuméfaction ORL	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Traumatisme rachidien ou médullaire	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Traumatisme membre supérieur	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Etat de manque / sevrage / toxicomanie	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Anxiété / Crise d'angoisse / spasmophilie	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Dyspnée	1	0,56	[0,0 ;1.6]
Total	176	100	

Tableau n°8 : Répartition des motifs de consultation

G. Information relative au médecin traitant

1. Médecin traitant déclaré

Sur les 176 patients inclus, 72,2 % ont un médecin traitant déclaré soit 127.



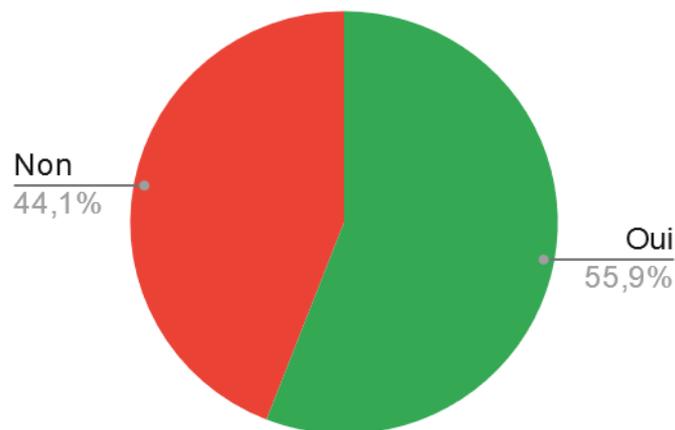
Graphique n°14 : Patients ayant ou non un médecin traitant déclaré

MT déclaré	Compte	%	IC à 95%
Oui	127	72,2	[65 ;78]
Non	49	27,8	[21 ;34]
Total	176	100	

Tableau n°9 : Patients ayant ou non un médecin traitant déclaré

2. Appel du médecin traitant

Parmi les 127 patients ayant un médecin traitant déclaré, 55,9 % ont essayé de le contacter avant de consulter le service des urgences.



Graphique n°15 : Patients ayant ou non contacté leur médecin traitant

L'avez-vous contacté ?	Comptes	%	IC à 95%
Oui	71	55,9	[48 ;63]
Non	56	44,1	[36 ;51]
Total	127	100	

Tableau n°10 : Patients ayant ou non contacté leur médecin traitant

A noter, que dans les 49 patients n'ayant pas de médecin traitant, 6 soit 12.2 % (IC95 = 7,4-17) ont tenté de contacter un généraliste pour obtenir une consultation en ambulatoire avant de venir aux urgences.

3. Réponse du médecin traitant

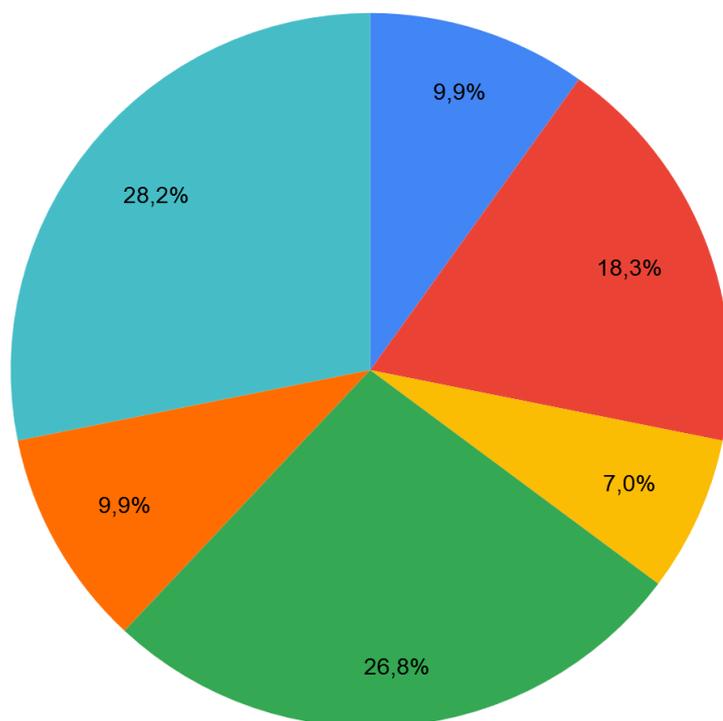
Concernant la réponse du médecin traitant, nous avons fait le choix de poser une question ouverte et nous avons effectué un codage des réponses obtenues.

Nous avons regroupé les réponses selon les catégories suivantes :

- Fermeture habituelle du cabinet : le médecin traitant n'est pas disponible ou non joignable parce qu'il s'agit d'un jour où il ne travaille habituellement pas,
- Injoignable : le patient n'a pas réussi à joindre le médecin ou son secrétariat alors qu'il s'agit d'un jour habituel de travail pour le médecin,
- Adressé aux urgences : le patient a réussi à joindre son médecin traitant et ce dernier l'a adressé aux urgences,
- Délai de consultation trop important : le médecin a proposé de recevoir le patient mais le délai a été jugé trop important, le patient est donc venu aux urgences,
- Adressé à la filière ultra courte : le patient a réussi à joindre son médecin traitant et ce dernier l'a adressé à la filière ultra courte,
- Absent non remplacé : le médecin est absent, il n'y a pas de médecin remplaçant pour assurer les consultations.

Réponse/Motif de refus du MT	Comptes	%	IC à 95%
Fermeture habituelle du cabinet	7	9,9	[5,45 ;14,2]
Injoignable	13	18,3	[12,6 ;24,0]
Adressé aux urgences	5	7,0	[2,26 ;10,8]
Délai de consultation trop important	19	26,8	[20,2 ;33,3]
Adressé à la filière ultra courte	7	9,9	[5,45 ;14,2]
Absent non remplacé	20	28,2	[21,5 ;34,8]
Total	71	100	

Tableau n°11 : Répartition selon la réponse obtenue par le médecin traitant

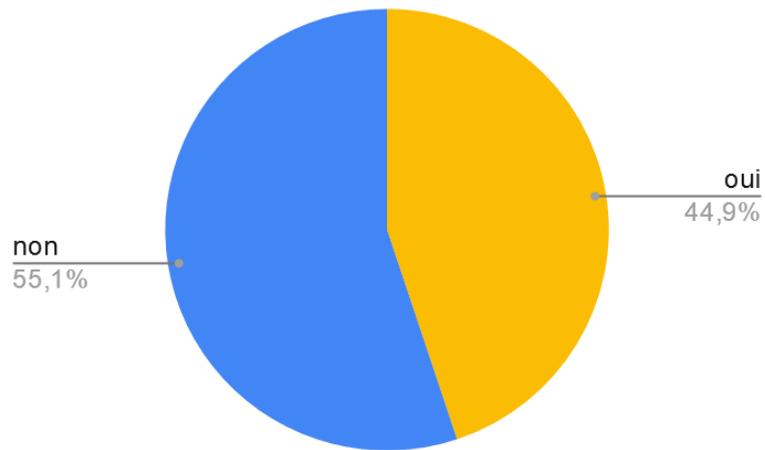


● Fermeture habituelle du cabinet ● Injoignable ● Adressé aux urg ● Delais de cs trop important ● Adressé à la FUC ● Absent non remplacé

Graphique n°16 : Répartition selon la réponse obtenue par le médecin traitant

H.Consultation spécifique à la filière ultra courte

Parmi les 176 patients, 79 soit 44.9 % venaient consulter aux urgences spécifiquement pour voir le généraliste, les autres n'avaient pas connaissance de cette filière.



Graphique n°17 : Patients consultant spécifiquement la filière ultra courte

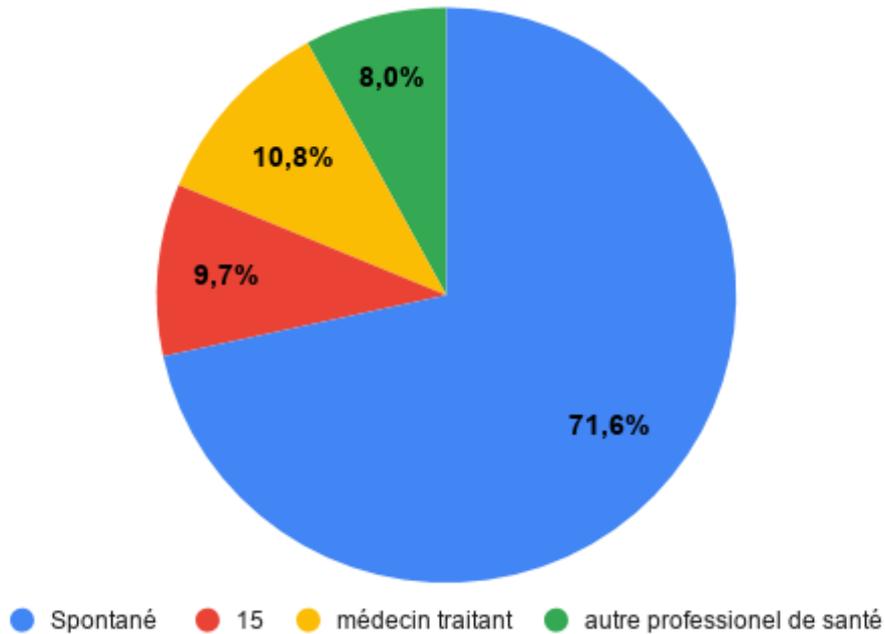
Cs spécifique à la FUC	Compte	%	IC à 95%
Oui	79	44,9	[37 ;52]
Non	97	55,1	[47 ;62]
Total	176	100	

Tableau n°12 : Patients consultant spécifiquement la filière ultra courte

I. Mode de venue

La majorité des patients, 71.6 % soit 126 patients sont venus spontanément.

19 soit 10,8 % des répondants ont été adressés, par leur médecin traitant.



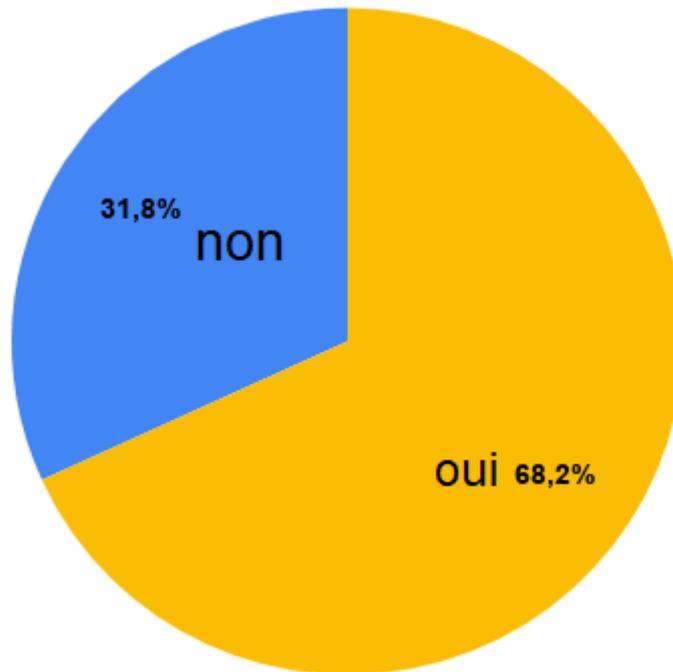
Graphique n°18 : Répartition selon le mode de venue

Mode de venue	Comptes	%	IC à 95%
Spontané	126	71,6	[64 ;78]
Adressé par le centre 15	17	9,7	[5.6;14]
Adressé par le médecin traitant	19	10,8	[6.3;15]
Adressé par un autre professionnel de santé	14	8,0	[3.9;12]
Total	176	100	

Tableau n°13 : Répartition selon le mode de venue

J. 1^{ère} consultation à l'ultra court

120 patients, soit 68,1 % des patients consultaient pour la première fois alors que 31,8 % étaient déjà venus.



Graphique n°19 : Patients ayant ou non déjà consulté à l'ultra court

1ère Consultation à LA FUC	Compte	%	IC à 95%
Oui	120	68,2	[61 ;74]
Non	56	31,8	[25 ;38]
Total	176	100	

Tableau n°14 : Patients ayant ou non déjà consulté à l'ultra court

IV. Discussion

A. Les caractéristiques de notre population

1. Les cas suspects de coronavirus

Dans la population de notre étude, nous avons retrouvé 6,25 % de patients suspectés d'infection au coronavirus selon la grille de tri confiée à l'IAO (Annexe 6). Ce chiffre est à rapporter à la période d'inclusion de l'étude, qui était une phase de stabilisation de la pandémie. A ce stade, selon les chiffres de Santé Publique France en Haute Savoie, il était réalisé en moyenne 370 tests par jour pour un taux de positivité en moyenne à 1,8 %⁽¹⁶⁾.

2. Age/sex

Contrairement aux études de la DREES⁽¹⁾, d'A.Chaudet⁽¹⁷⁾ et de M.Bonnet⁽¹⁸⁾ nous ne retrouvons pas de prédominance pour le sexe. La répartition homme/femme de notre échantillon de population, au vu des intervalles de confiance, approche l'équité.

De la même manière que dans la thèse d'Arnaud Chaudet⁽¹⁷⁾, la classe la plus représentée est celle des 26-45 ans.

La population pédiatrique est peu représentée dans notre étude. Les patients de moins de 15 ans sont à l'origine de 26 % des recours aux urgences à l'échelle nationale selon l'étude de la DREES⁽¹⁾ contre 19.9 % (IC95 =14-26) pour les moins de 15 ans, pour notre échantillon. A l'hôpital de Thonon, les pédiatres se rendent disponibles pour voir les enfants aux urgences de 8h à 18h, ce qui peut expliquer que ces patients ne soient pas adressés aux généralistes.

De plus, chacun des intervenants dans la filière ultra courte a sa propre affinité avec la pédiatrie et acceptera ou non de prendre en consultation tel ou tel enfant.

3. Distance parcourue

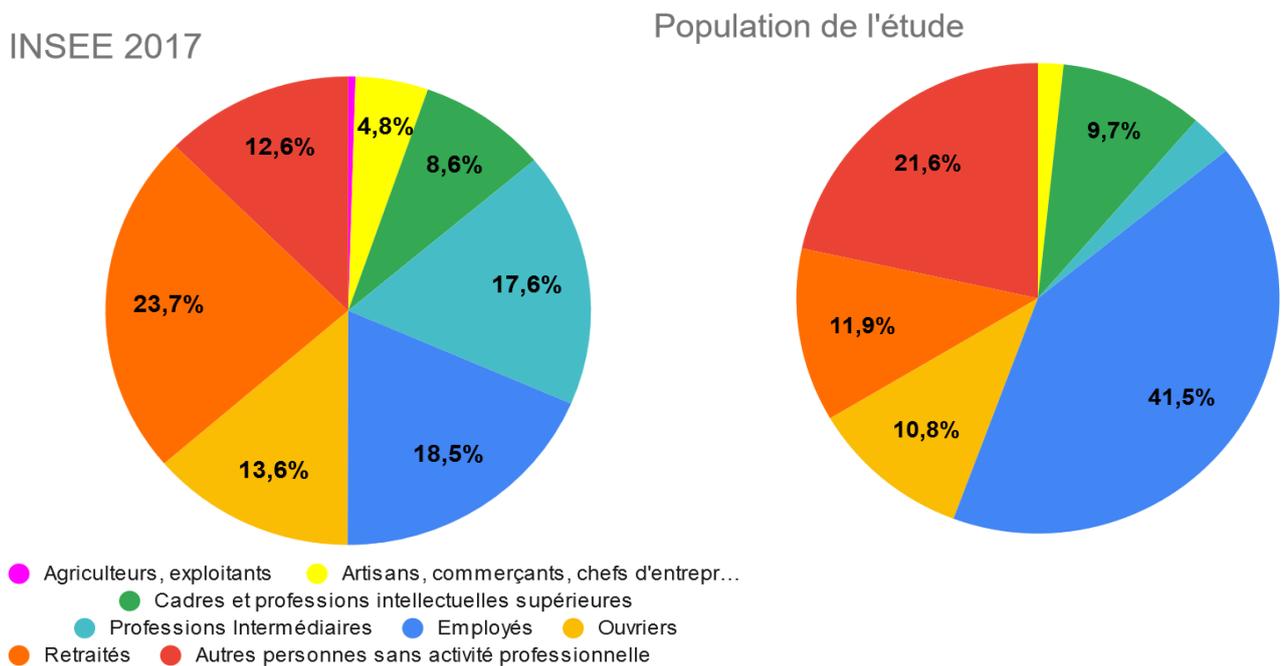
Les patients de la filière ultra courte parcourent en moyenne 7,67 km pour venir consulter. Nous retrouvons ce chiffre dans différents travaux de la littérature. Effectivement, dans sa thèse sur les consultations relevant de la médecine générale aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville, F.Morcant⁽¹⁹⁾ retrouve que 40 % des patients ont fait moins de 10 kilomètres. Le relief de la région ne semble pas impacter la distance parcourue par les patients.

Néanmoins, si l'on regarde la répartition géographique de la figure numéro 1, nous constatons que les patients résidant plus en altitude sont moins représentés, suggérant une meilleure accessibilité aux soins primaires dans les vallées d'altitude.

4. Catégories socioprofessionnelles, Assurances

De la même manière qu'A.Chaudet⁽¹⁷⁾ dans sa thèse, nous retrouvons une sur-représentation des catégories socio-professionnelles "Employé" et "Sans Emploi".

Cependant comparées aux données INSEE 2017 sur la population de l'arrondissement de Thonon les Bains, les deux répartitions sont discordantes. Les catégories "Sans Emploi" et "Employé" représentent respectivement 21,6 % et 41,5 % dans notre échantillon contre 12,6 % et 18,5 % respectivement dans l'arrondissement de Thonon⁽²⁰⁾.



Graphique n°20 : Répartition de la population de l'arrondissement de Thonon en 2017 et répartition de notre population, selon la catégorie socio-professionnelle

Ainsi, il semble que, quelle que soit la population source en France, on peut s'attendre à ce que les catégories socioprofessionnelles les plus représentées parmi les patients consultant pour des motifs relevant de la médecine générale soient celles des "Employés" et "Sans Emplois".

5. Situation assurantielle

Les patients bénéficiant de l'AME représentent moins de 1 % des consultations, ce qui se rapproche des chiffres mis en avant par la DREES⁽¹⁾, de même que ceux concernant l'assurance maladie. Cependant, 3,4 % de patients de notre échantillon n'ont aucun droit en France, ce qui est trois fois plus élevé que la moyenne nationale.

Depuis le 1er juin 2014, les nouveaux frontaliers ont le choix entre l'assurance santé française (via la CMU) ou l'assurance maladie suisse (LAMal). Cette particularité propre à la région pourrait expliquer en partie le taux plus important de patients n'ayant aucun droit ouvert en France.

6. Assurance complémentaire

Nos chiffres rejoignent ceux de la DREES en ce qui concerne le taux de patients couverts par une assurance privée (81,5 % pour notre étude contre 71 % pour la DREES) et pour le taux de patients sans assurance complémentaire (6,25 % pour notre étude contre 7 % pour la DREES)⁽¹⁾. Cependant, dans notre étude la population bénéficiant de la CMU-C est plus importante (12,5 %). De plus, au niveau national le taux de bénéficiaires de la CMU-C est de 8 % en 2018⁽²²⁾, alors que, selon la base locale d'information statistique en santé (BALISE) les bénéficiaires de la CMU-C ne représentent que 4,0 % de la population du bassin de vie de Thonon⁽²³⁾.

Deux hypothèses émergent alors :

- Les bénéficiaires de la CMU-C consultent davantage que les autres patients pour des motifs relevant de la médecine générale.
- Le questionnaire dans sa structure n'a pas permis au patient de distinguer clairement la différence entre CMU et CMU-C induisant une réponse erronée. De plus, cette erreur a pu être majorée par le changement récent de la CMU-C en complémentaire santé solidaire (CSS).

7. Motif de consultation

En 2013, la DREES montre que les patients consultent les urgences principalement pour de la traumatologie, elle représente 36 % des consultations⁽¹⁾. Dans notre recueil, ce motif est, quant à lui, très minoritaire, moins de 3 %. Ce faible résultat peut être expliqué par le tri de l'IAO, qui oriente plus facilement les patients nécessitant des radiographies vers les urgences plutôt que vers le généraliste. Sur la grille de tri, la traumatologie nécessitant un bilan para clinique simple peut être adressée au généraliste. Cependant, la décision finale appartient au généraliste présent ce jour-là. Une autre hypothèse est que les médecins travaillant dans la filière ultra courte ne sont peut-être pas tous à l'aise avec la traumatologie et préfèrent laisser ces consultations à leurs confrères urgentistes.

Le motif de consultation le plus représenté est la douleur rachidienne avec 8.5 % des consultations. Nous retrouvons cette haute prévalence dans les consultations de médecine générale ; la Société française de médecine générale (SFMG) constate qu'en 2012, la lombalgie représente 11 % des consultations.

De la même manière que l'enquête de la DREES sur les urgences en médecine générale de 2006⁽²⁴⁾, nous retrouvons dans nos diagnostics les plus représentés les pathologies ORL-ophtalmologie-stomatologie et les pathologies hépato-gastro-entérologie.

Par conséquent, le patient consulte dans la filière ultra courte pour des motifs similaires à celui consultant le cabinet de ville en aigue ; ceci fait suggérer que sa prise en charge serait possible en ville.

Nous avons eu 4,5 % des consultations pour des demandes d'examens complémentaires, ce pourcentage élevé est en lien avec le contexte endémique de notre recueil. Ce diagnostic inclut les patients demandeurs de test de dépistage pour la Covid-19.

8. Médecin traitant

Notre étude révèle que 27,8 % des patients consultants n'ont pas de médecin traitant déclaré, ce qui est près de 3 fois supérieur aux autres travaux. Effectivement, F.Morcant ⁽²⁰⁾ retrouve que 9,8 % des patients qui consultent aux urgences pour de la médecine générale n'ont pas de médecin traitant déclaré; 6,5 % pour A. Chaudet⁽¹⁸⁾. 56 % des patients ayant un médecin traitant l'ont appelé avant de venir aux urgences. Ce chiffre est quant à lui plus important que ce que retrouvent les autres études. En effet la DREES précise qu'un patient sur trois a entrepris des démarches avant de consulter les urgences⁽¹⁾.

De plus, parmi les 49 patients n'ayant pas de médecin traitant, 6, soit 12.2 %, ont tenté de contacter un généraliste pour obtenir une consultation en ambulatoire avant de venir aux urgences.

La consultation dans un service d'urgence apparaît comme une solution secondaire à une non-réponse à la consultation ambulatoire plutôt qu'un comportement par défaut.

Concernant la réponse du médecin traitant, nous constatons que 28,5 % des patients se trouvent confrontés à une absence de leur médecin traitant sans que ce dernier soit remplacé.

La faible proportion de patients affiliés à un médecin traitant associé au non-remplacement des médecins absents, témoigne d'une raréfaction de l'offre de soin ambulatoire dans la région.

9. La filière ultra courte

Près des trois quarts des patients consultent pour la première fois à la filière ultra courte, ce qui rassure quant à l'inquiétude de provoquer des consultations à répétition, du fait de la facilité d'accès à ce service.

Nous pourrions nous attendre à ce que les patients consultant pour au moins la deuxième fois soient majoritairement sans médecin traitant. Et pourtant, parmi les 56 patients concernés, on retrouve la même répartition d'affiliation à un médecin traitant. Le fait d'avoir un médecin traitant déclaré n'est pas gage d'accessibilité en aigu.

Enfin, rappelons que ce secteur a 3 ans d'ancienneté à l'heure du recueil et une nouvelle mesure de cet indicateur permettra de statuer sur sa tendance.

10. Mode de venue

En majorité, les consultants de la filière ultra courte viennent spontanément aux urgences. A sa création, cette initiative avait pour but de proposer une alternative aux généralistes de ville, mais force est de constater que l'adressage aux urgences par le généraliste reste faible (10,8 %). Il en va de même pour l'adressage par d'autres professionnels de santé et le centre 15. Cette filière apparaît comme une alternative peu connue des patients comme des professionnels de santé.

B. Les forces et faiblesses de notre étude

La littérature est abondante lorsqu'il s'agit de caractériser les consultations relevant de la médecine générale dans les urgences, mais il en existe peu ou pas sur les initiatives visant à proposer des solutions. La création d'une filière dédiée à la médecine générale aux urgences est un procédé novateur et nous donne accès à une population spécifique qu'il nous a paru intéressant de caractériser.

Notre travail est donc unique vis à vis de la population étudiée et permet de se confronter aux réalités du parcours du patient et de ses motivations.

Le premier biais auquel s'expose notre étude est le biais de sélection. L'adressage à la filière ultra courte dépend d'une grille de tri mais la décision finale appartient à l'IAO et au généraliste qui consulte. Le tri des patients est ainsi soumis au facteur humain et ces variabilités font partie de la réalité du terrain. Conscients de cet impact et afin d'en limiter l'incidence, nous avons inclu pendant plusieurs jours différents et donc avec des IAO et des médecins différents.

La période du recueil des données était elle aussi très particulière. Nous avons effectué notre étude lors du déconfinement. Au cours du confinement de mars à mai 2020, la fréquentation des urgences et des cabinets de ville a chuté de manière importante. Nous avons commencé notre étude alors que la filière venait d'ouvrir à nouveau et nous avons eu des chiffres de fréquentation moins importants qu'habituellement, provoquant une perte de puissance de notre étude.

Nous avons fait le choix d'exclure de notre étude les patients ne vivant pas dans une des communes de l'arrondissement de Thonon. La filière ultra courte a été créée dans le but de répondre à une problématique locale et spécifique à cette région et nous voulions connaître les caractéristiques de cette population précise. Nous avons donc exclu 16 questionnaires soit 8,3 %.

Nous avons souhaité être sur place lors de la présentation du questionnaire afin d'en améliorer la complétion, sachant que notre présence a pu entraîner un biais d'information par l'effet Hawthorne (tendance des sujets à modifier leurs comportements lorsqu'ils se savent observés).

V. CONCLUSION

Les patients consultant la filière ultra courte sont jeunes, ont parcouru une faible distance, et ont une situation professionnelle et assurantielle précaires. Une proportion non négligeable d'entre eux n'a pas de médecin traitant déclaré, alors qu'il existe bel et bien une volonté de consultation en ambulatoire. La plupart de ces patients sont venus spontanément pour consulter les urgences et se retrouvent à consulter la filière ultra courte pour la première fois.

La filière ultra-courte répond à ses objectifs de création, elle permet une réponse à un besoin que la médecine ambulatoire n'arrive pas à satisfaire. On peut reprocher à ce secteur de déplacer une main d'œuvre ambulatoire à l'hôpital, mais cette initiative a le mérite d'apporter un lieu physique unique pour réunir et prendre en charge tous ces patients que la médecine de ville ne peut recevoir et apparaît donc comme une réponse satisfaisante à moyen terme.

Une telle offre peut pousser à consommer plus de soin, d'autant qu'elle est peu connue des patients comme des soignants. L'évolution de la proportion de consultation relevant de la médecine générale parmi la population consultant les urgences pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

VI. Bibliographie

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières [Internet]. 2013 juin [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
2. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, Khoury CE, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf.* 1 juin 2020;29(6):449-64.
3. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica.* janv 2009;25(1):7-28.
4. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* 2011 Mar;29(3):333-45. doi: 10.1016/j.ajem.2010.01.003. Epub 2010 Apr 24. PMID: 20825838.
5. Mesnier T. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet] 2018 mai [cité le 19 janv 2020]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
6. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France, profils comparés : 2007/2017 –les territoires au cœur de la réflexion, situation au 1^{er} janvier 2017. Conseil National de l'ordre des médecins. 2017 p. 323.
7. Vergier N, Chaput H, Lefevre-Hoang I. « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? ». *Les Dossiers de la Drees* n° 17. Mai 2017.
8. Henry A, Gallay A-L, Schmidt J. Les Français et l'accès aux soins. BVA Groupe [Internet]. nov 2019 [cité 28 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/les-francais-et-lacces-aux-soins-sondage-bva-pour-france-assos-sante/>
9. Philippe E, Buzin A. Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Ministère des solidarités et de la santé [Internet] 2017 oct [cité le 16 juill 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-du-plan-pour-l-egal-acces-aux-soins-dans-les-territoires>
10. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. 2017 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/accueil>
11. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 17 juill 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
12. Uthman OA, Walker C, Lahiri S, Jenkinson D, Adekanmbi V, Robertson W, et al. General practitioners providing non-urgent care in emergency department: a natural experiment. *BMJ Open.* 1 mai 2018;8(5):e019736.
13. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ.* 4 mai 1996;312(7039):1135-42.

14. Observatoire de la médecine générale - Classement des 50 résultats de consultations les plus fréquents pour l'année 2009 [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
15. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmu/le-thesaurus-des-motifs-de-recours/ref_id/22
16. SPF. COVID-19 : point épidémiologique en Auvergne-Rhône-Alpes du 30 juillet 2020 [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: </regions/auvergne-rhone-alpes/documents/bulletin-regional/2020/covid-19-point-epidemiologique-en-auvergne-rhone-alpes-du-30-juillet-2020>
17. Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge [Thèse de médecine]. Université de Poitiers ; 2013.
18. Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux; 2018.
19. Morcant F. Etat des lieux des consultants aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale [Thèse de médecine]. Amiens Université Jules Verne; 2015.
20. Dossier complet – Arrondissement de Thonon-les-Bains (744) | Insee [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ARR-744>
21. Fonds de Financement de la Protection complémentaire de la Couverture universelle du Risque Maladie : rapport d'activité 2018. [Internet] juin 2019. [cité le 12 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/271545-fonds-financement-couverture-universelle-maladie-cmu-rapport-2018>
22. BALISES Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.balises-auvergne-rhone-alpes.org/pages/interrogation.php?bl=1&ba=12>
23. Gouyon L, Labarthe G, Ministère des solidarités et de la santé. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. Études et Résultats 2006;471:1-8.

VII. Annexes

Annexe 1 : Communes de l'arrondissement de Thonon-les -Bains

Annexe 2 : Communes du bassin de vie de Thonon les Bains

Annexe 3 : Grille de tri IAO pour la filière ultra-courte

Annexe 4 : Questionnaire

Annexe 5 : Fiche d'informations

Annexe 6 : Fiche orientation patient pandémie Covid-19

Annexe 7 : Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence, SFMU

ANNEXE 1

68 communes dans l'arrondissement de Thonon-les-Bains :

Abondance (74001)

Allinges (74005)

Anthy-sur-Léman
(74013)

Armoy (74020)

Ballaison (74025)

La Baume (74030)

Bellevaux (74032)

Bernex (74033)

Le Biot (74034)

Boège (74037)

Bogève (74038)

Bonnevaux (74041)

Bons-en-Chablais
(74043)

Brenthonne (74048)

Burdignin (74050)

Cervens (74053)

Champanges (74057)

La Chapelle-
d'Abondance (74058)

Châtel (74063)

Chens-sur-Léman
(74070)

Chevenoz (74073)

Douvaine (74105)

Draillant (74106)

Essert-Romand
(74114)

Évian-les-Bains
(74119)

Excenevex (74121)

Fessy (74126)

Féternes (74127)

La Forclaz (74129)

Habère-Lullin (74139)

Habère-Poche
(74140)

Larringes (74146)

Loisin (74150)

Lugrin (74154)

Lullin (74155)

Lully (74156)

Lyaud (74157)

Margencel (74163)

Marin (74166)

Massongy (74171)

Maxilly-sur-Léman
(74172)

Meillerie (74175)

Messery (74180)

Montriond (74188)

Morzine (74191)

Nernier (74199)

Neuvecelle (74200)

Novel (74203)

Orcier (74206)

Perrignier (74210)

Publier (74218)

Reyvroz (74222)

Saint-André-de-Boège
(74226)

Saint-Gingolph
(74237)

Saint-Jean-d'Aulps
(74238)

Saint-Paul-en-Chablais
(74249)

Saxel (74261)

Sciez (74263)

Seytroux (74271)

Thollon-les-Mémises
(74279)

Thonon-les-Bains
(74281)

Vacheresse (74286)

Vailly (74287)

Veigy-Foncenex
(74293)

La Vernaz (74295)

Villard (74301)

Vinzier (74308)

Yvoire (74315)

ANNEXE 2

32 communes du bassin de vie de Thonon les Bains :

Allinges (74005)

Anthy-sur-Léman (74013)

Armoy (74020)

Bernex (74033)

Champanges (74057)

Chevenoz (74073)

Drailant (74106)

Évian-les-Bains (74119)

Excenevex (74121)

Féternes (74127)

La Forclaz (74129)

Larringes (74146)

Lugrin (74154)

Lyaud (74157)

Margencel (74163)

Marin (74166)

Maxilly-sur-Léman (74172)

Meillerie (74175)

Neuvecelle (74200)

Novel (74203)

Orcier (74206)

Publier (74218)

Reyvroz (74222)

Saint-Gingolph (74237)

Saint-Paul-en-Chablais (74249)

Sciez (74263)

Thollon-les-Mémises (74279)

Thonon-les-Bains (74281)

Vacheresse (74286)

Vailly (74287)

La Vernaz (74295)

Vinzier (74308)

ANNEXE 3



SERVICE d'ACCUEIL et de TRAITEMENT des URGENCES

Docteur Philippe NICOU
Chef de Service
Tél : 04 50 83 21 53

p-nicoud@ch-hopitauxduleman.fr

Thonon le 15 mai 2020

NOTE DE SERVICE

**OBJET : ORIENTATION DES PATIENTS SUR LA FILIERE MEDECINE GENERALE BOXEE
12 heures / 20 heures tous les jours**

Ne doivent pas être orientés vers cette filière :

- Les patients présentant une pathologie médicale ou traumatique nécessitant un bilan para clinique complémentaire autre qu'un bilan radiologique simple
Ou une prise en charge spécialisée,
- Les parages et sutures complexes
- Les enfants de moins de 6 mois,
- Les problèmes gynécologiques,
- Les certificats médicaux, arrêt de travail et certificat de coups et blessure nécessitant un bilan paraclinique,
- Les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique du sport

Toutes les autres pathologies peuvent y être adressées, par exemple :

***Dans tous les cas ne pas hésiter à
demander l'avis du médecin généraliste
présent***

Traumatologie	Trauma isolé d'une extrémité Fracture isolée Plaies simples
Rhumatologie	Cervicalgie / Dorsalgie / Lombalgie qui arrive sur ses pieds
Pédiatrie	Fièvre < 48h sans AEG et enfant > 3 mois
ORL	Epistaxis Douleur dentaire Abscess dentaire
Urologie	Douleur testiculaire aiguë < 6h

Docteur Philippe NICOU
Chef de Service

Possibilité d'avis de spécialité par le médecin généraliste

HOPITAUX DU LEMAN
SERVICE d'ACCUEIL et de TRAITEMENT DES URGENCES
<https://www.hopitauxduleman.fr/>

ANNEXE 4

1. Suspicion d'infection liée au coronavirus (SARS-CoV-2) : oui non
2. Age :
3. Sexe :
4. Commune du lieu de vie habituel :

5. À quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ? Pour les enfants, catégorie socio-professionnelle de l'accompagnant :
 - Agriculteurs exploitants
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Professions Intermédiaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Retraités
 - Sans activité professionnelle

6. Couverture sociale :
Situation assurantielle :
 - Sécurité sociale
 - AME
 - Aucun droit ouvert en France
Assurance complémentaire :
 - Mutuelle complémentaire
 - CMU-C
 - Sans

7. Motif de venue ce jour :

8. Avez-vous un médecin traitant déclaré ? oui non
L'avez-vous contacté ? Oui non
Si oui, quelle a été sa réponse ? :

9. Veniez-vous pour consulter spécifiquement la filière ultra courte ? oui non

10. Mode de venue :
 - De vous-même
 - Adressé par votre médecin traitant
 - Adressé par un autre professionnel de santé
 - Adressé par le centre 15

11. Est-ce votre première consultation à l'ultra court ? oui non

ANNEXE 5

Fiche d'information

Caractéristiques des patients consultants dans la filière de l'ultra court des urgences de Thonon les Bains.

Devant une demande de soins de premier recours toujours plus importante et une offre difficile à étoffer, la filière Ultra Courte a été créée en 2015 pour pallier au manque de disponibilité immédiate des généralistes de la région du Chablais, leur permettant d'adresser leurs patients aux urgences ainsi que décharger les urgences des patients consultant spontanément pour un motif relevant de la médecine générale.

But de l'étude : Étudier la population consultant la filière Ultra-Courte afin de mieux répondre à la demande de soins.

Direction : Dr Prunier Médecin généraliste à l'initiative de la création de la filière Ultra Courte.

Investigateurs principaux : A. Meynet et V. Brunet internes au département de médecine générale Grenoble.

Le questionnaire qui va vous être remis est anonyme et les informations qui y figureront seront exclusivement destinées à la recherche médicale et seront effacées à l'issue de l'étude. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Alexandra Meynet ou Vincent Brunet, investigateurs principaux. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous aurez par ailleurs la possibilité d'être informé(e) des résultats globaux des recherches pour lesquelles vos données auront été utilisées.

Les investigateurs principaux, Alexandra Meynet et Vincent Brunet



PANDEMIE COVID-19

Service d'Accueil des Urgences GHT Léman-Mont-Blanc



AUX URGENCES

FICHE ORIENTATION PATIENT

- Orientation en secteur de Haute Densité Virale : COVID+
 - soit ● 1 critère majeur
 - soit ● 2 critères mineurs
 - soit ● 1 critère mineur + 1 critère contact

Simon, orientation en secteur Basse Densité Virale : Urgences Standards, MG de garde

Une fois le patient installé dans un secteur, il termine sa prise en charge dans le secteur attribué avec les précautions nécessaires.

Critères majeurs

- Fièvre > 38° sans point d'appel urinaire
- Toux
- Dyspnée et douleur thoracique
- Hypothermie < 35° si âge > à 75 ans
- AEG rapide et inexpliquée chez patient < à 75 ans
- Anosmie (perte de l'odorat)
- Aguesie (perte du goût)
- COVID-19 confirmé depuis < 30 jours.
- Diarrhées chez le malade de plus de 75 ans

Critères mineurs

- Fréquence respiratoire > 20/min
- Maux de gorge
- Rhinorrhée
- Douleur thoracique isolée
- Myalgies
- Patient >75 ans : AEG, troubles cognitifs décompensation d'une pathologie antérieure
- Confusion
- Douleur abdominale et/ou troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées)
- Céphalées
- Eruptions cutanées ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main.

Critères contacts

- Contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 min, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte du COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours.
 - Lieu de vie du patient identifié comme accueillant plusieurs cas suspects ou positifs de COVID.
- EHPAD**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La Prairie | <input type="checkbox"/> L'Escondra |
| <input type="checkbox"/> Les Verdannes | <input type="checkbox"/> Val Fleuri |
| <input type="checkbox"/> Lumière du lac | <input type="checkbox"/> Le verger des coudry |
| <input type="checkbox"/> St-Jean d'Aulps | <input type="checkbox"/> L'Hermilage |
| <input type="checkbox"/> Vacheresse | <input type="checkbox"/> Les balcons du lac |
| <input type="checkbox"/> Bon en Chablais | <input type="checkbox"/> Résidence du Léman |
| <input type="checkbox"/> Veigy Foncenex | <input type="checkbox"/> Les sources |

Agent d'Accueil

Température :°C

Fréquence respiratoire :/min

Lavage des mains SHA

Port du masque chirurgical

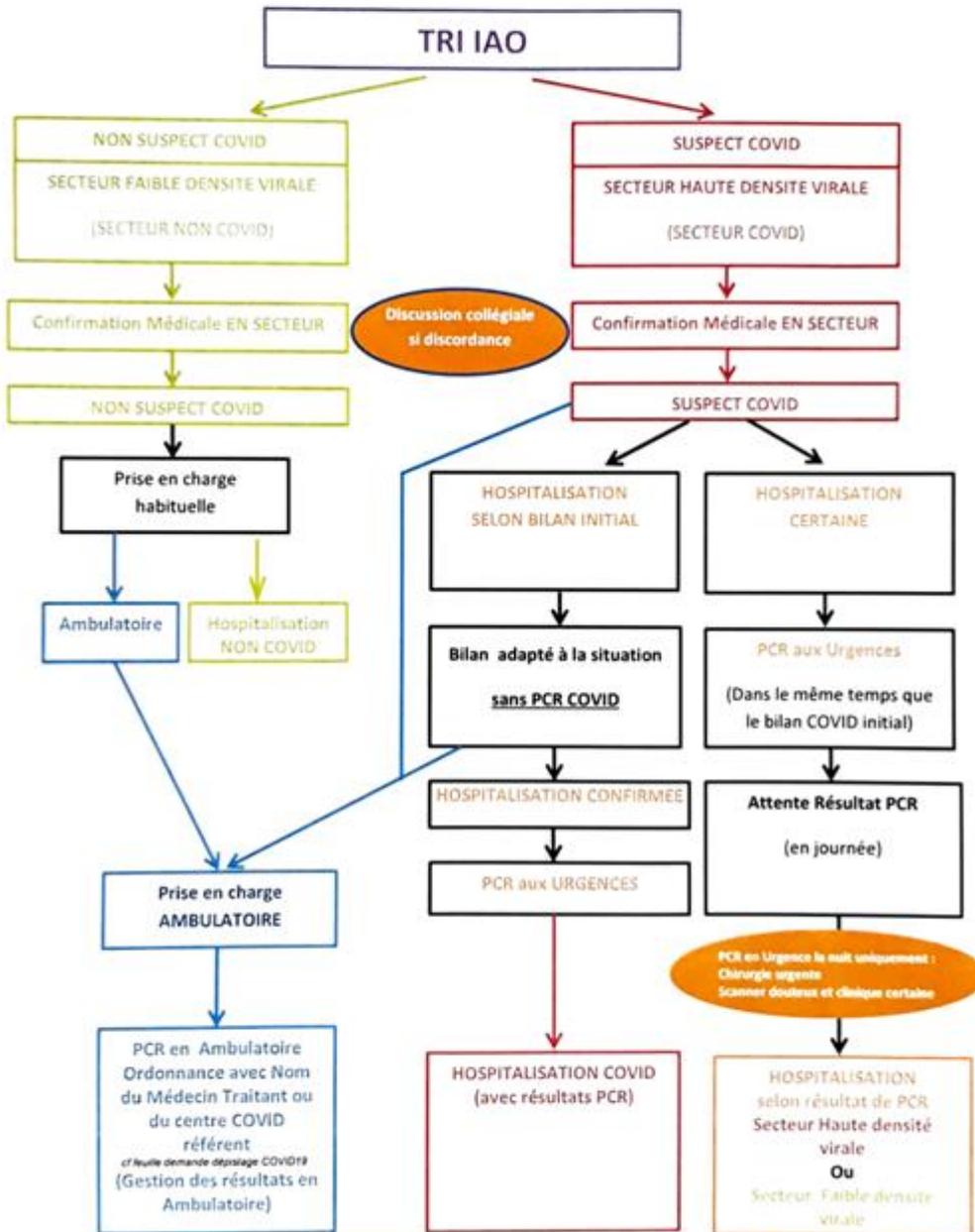
Pas d'accompagnant sauf nécessité

HOSPITALISATION POST URGENCES

PCR en Urgence UNIQUEMENT si Chirurgie Urgente ou Scanner atypique et symptomatologie évocatrice

- Secteur COVID+ (Unité Pneumo/Médecine polyvalente 3ème étage HGP) :
- si PCR-COVID+ et/ou TOM thoracique évocateur et/ou arguments anamnétiques clinico-biologiques évocateurs
- Autres services : si non COVID

ANNEXE 6



ANNEXE 7

Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence, SFMU

CARDIO-VASCULAIRE		PEAU	
Arrêt cardiaque	I46.9	Morsure	T14.0
Douleur thoracique	R07.4	Piqûre	T63.9
Palpitations	R00.2	Brûlure	T30.0
Hypertension	I10.0	Prurit	L29.9
Malaise sans PC	R53.+1	Erythème étendu et autres éruptions	R21
Malaise avec PC	R55	Œdème / rougeur localisée / abcès	L03.9
Hypotension / collapsus	R57.9	Contusion, masse, ampoule, autres affections cutanées	L98.8
Œdème des membres inférieurs	R60.0	Parasitose	B88.9
Membre inférieur froid sans pouls / symptômes compatibles avec ischémie de membre	I74.3	Hématome non traumatique	R23.3
Membre inférieur chaud rouge / symptôme de maladie thrombo-embolique	I80.2	Corps étranger - Peau	M79.59
Problème avec matériel implantable cardiologique	T82.1	PEDIATRIE < 2 ans (Pathologie spécifique)	
ENVIRONNEMENTAL		Troubles alimentaires du nourrisson (< 6 mois)	F98.2
Gelure / Lésions liées au froid	T35.7	Ictère néonatal	P59.9
Hypothermie	T68	Pleurs incoercibles	R68.1
Coup de chaleur / insolation	T67.0	Sifflement respiratoire sans autres symptômes (bronchiolite, laryngite...)	R06.2
GASTRO-ENTEROLOGIE		Convulsion hyperthermique	P90
Douleur abdominale	R10.4	Diarrhée du nourrisson (< 6 mois)	P78.3
Corps étranger voies digestives	T18.9	Fièvre < 3 mois	P81.0
Inappétence / perte d'appétit	R63.0	PSYCHIATRIE	
Constipation	K59.0	Dépression / suicidaire	F32.9
Diarrhée	K52.9	Anxiété / Crise d'angoisse / spasmodie	F41.9
Corps étranger dans le rectum	T18.5	Hallucinations	R44.3
Nausées et/ou vomissements	R11	Insomnie / troubles du sommeil	G47.0
Proctologie (thrombose, fissure, douleur...)	K62.8	Comportement violent / agitation	R45.6
Vomissement de sang	K92.0	Comportement étrange / troubles du comportement social / anorexie / boulimie	R46.2
Sang dans les selles / Méléna	K92.1	RESPIRATOIRE	
Ictère	R17	Dyspnée	R06.0
Hoquet	R06.6	Cyanose	R23.0
Masse ou distension abdominale	R19.0	Toux	R05
GENITO-URINAIRE		Hémoptysie	R04.2
Douleur de la fosse lombaire ou flanc	R10.3	Corps étranger voies aériennes	T17.9
Hématurie	R31.8	Réaction allergique	T78.4
Ecoulement ou lésion génitale	R36	Asthme	J45
Douleur ou œdème des OGE	N50.9	RHUMATOLOGIE	
Rétention d'urine ou anurie	R33	Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)	M54.9
Signe d'infection urinaire / dysurie / brûlures mictionnelles	R39.8	Douleur au niveau d'un membre supérieur	M79.60
INTOXICATION		Douleur au niveau d'un membre inférieur	M79.61
Intoxication accidentelle et/ou iatrogène (occasionnée par le traitement médical)	T88.7	Epanchement articulaire	M25.49
Intoxication médicamenteuse volontaire	T50.9	Douleur diffuse / sans précision	R52.9
Intoxication non médicamenteuse volontaire	X69.9	TRAUMATOLOGIE	
Etat de manque / sevrage / toxicomanie	F19.3	Traumatisme multiple	T01.9
Ébriété, ivresse	F10	Traumatisme crânien avec PC	S06.0
NEUROLOGIE		Traumatisme crânien sans PC	S00.9
Altération de la conscience / coma	R40.2	Traumatisme maxillo-facial	S00.8
Confusion / Désorientation temporo spatiale	R41.0	Traumatisme oculaire	S05.9
Etourdissement / vertiges	R42	Traumatisme cervical (hors rachis)	S19.9
Céphalées	R51	Traumatisme rachidien ou médullaire	S39.9
Convulsions	R56.8	Traumatisme thoracique	S21
Anomalie de la marche / Ataxie / trouble de l'équilibre	R26.8	Traumatisme abdominal	S31.8
Tremblement	R25.1	Traumatisme du bassin	S32.8
Faiblesse de membre / déficit / symptômes pouvant évoquer un AVC	I64	Traumatisme membre supérieur	T11.9
Perte de sensibilité / paresthésies	R44.8	Traumatisme membre inférieur	T13.9
GYNECOLOGIE		Traumatisme anal ou du rectum	S36.690
Problèmes menstruels	N92.6	Traumatisme OGE, priapisme	S37.8
Corps étranger dans le vagin	T19.2	Dermabrasion / plaie	T00.9
Pertes vaginales	N89.8	Amputation	T14.7
Aggression sexuelle / sévices	T74.2	GÉNÉRAL & DIVERS	
Rougeur ou tension du sein	N61	Accident d'exposition au sang et/ou au liquides biologiques	Z20.9
Méno-métrorragie en dehors de la grossesse	N92.1	Exposition à une maladie contagieuse	Z20.2
Douleur pelvienne	R10.2	Fièvre	A50.9
OBSTETRIQUE		Hyperglycémie	R73.9
Problèmes de grossesse 1er trimestre (saignement, douleur...)	O20.9	Hypoglycémie	E16.2
Problèmes de grossesse 2ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique...)	O99.8	Conseil / consultation / renouvellement ordonnance	Z76.0
Problèmes de grossesse 3ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique...)	O46.9	Problème de suture et pansements chirurgicaux / pansements	Z48.0
Accouchement imminent ou réalisé	O62.3	Demande d'examen complémentaire	Z01.6
Problème de post partum (allaitement, hémorragie...)	Z39.1	Problème de matériel médical	T85.9
OPHTHALMOLOGIE		Anomalie de résultat biologique	R79
Corps étranger, brûlure oculaire	T15.9	Complication post opératoire	T88.9
Trouble visuel / diplopie / baisse de l'acuité	H53.9	Problème social	Z60.9
Douleur oculaire	H57.1	Soins palliatifs / fin de vie	Z51.5
Démangeaison, œil rouge	H57.9	Examen à des fins administratives/certificat/ réquisitions	Z02.9
ORL		Perte d'autonomie	Z74.0
Otalgie	H92.0	AEG/Asthénie	R53.+0
Corps étranger ORL	T17		
Acouphènes ou trouble de l'audition	H93.1		
Otorrhée / écoulement oreille	H92.1		
Problème de dent ou de gencive	K08.9		
Douleur de gorge, difficultés à avaler, dysphagie	J02.9		
Tuméfaction ORL	R22.1		
Tumeur ORL et complications	C10.8		
Epistaxis	R04.0		
Congestion nasale / rhume des foies	J31.0		

THÈSE SOUTENUE PAR : Alexandra MEYNET et Vincent BRUNET

TITRE : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS CONSULTANT DANS LA FILIERE ULTRA COURTE DES URGENCES DE THONON-LES-BAINS

CONCLUSION :

Les services d'accueil des urgences font face à une augmentation constante de leur fréquentation. Les passages considérés comme inappropriés sont souvent incriminés et rendus responsables de cette hausse. Il existe un décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction. C'est dans ce contexte particulier, qu'est née l'idée de mettre en place une « filière ultra-courte » au sein des urgences de l'hôpital de Thonon en 2017, qui a pour but de soulager les généralistes et les urgentistes.

Notre travail a cherché à décrire la population consultant la filière ultra courte en termes d'affiliation à un médecin traitant, de parcours de soins avant la consultation et d'accès aux soins.

Pour cela, nous avons interrogés via un questionnaire, les patients orientés vers cette filière par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). Étaient exclus tous les patients mineurs non accompagnés, ou n'étant pas capable de compléter le questionnaire par eux-mêmes.

Le recueil a eu lieu du 2 juin au 10 juillet 2020 et a permis d'obtenir 176 questionnaires. Nous avons pu mettre en évidence qu'il s'agit de patients jeunes, la moyenne d'âge étant de 34 ans et la tranche d'âge la plus représentée est la tranche 26-45 ans. Ils ont parcouru une faible distance, et ont une situation professionnelle et assurantielle précaires. On note une surreprésentation des catégories "employés" et "sans activité" et 12,5 % bénéficient de la CMU-C. Une proportion non négligeable d'entre eux, 28,8 %, n'a pas de médecin traitant déclaré. Dans ces derniers, 12,2 % ont tenté d'obtenir un rendez-vous chez un médecin avant de se rendre aux urgences. Parmi les patients ayant un médecin traitant déclaré, 55,9% ont essayé de le contacter en amont. Tout cela témoigne qu'il existe bel et bien une volonté de consultation en ambulatoire.

La filière ultra-courte répond à ses objectifs de création, elle permet une réponse à une demande que la médecine ambulatoire n'arrive pas à satisfaire. Elle apparaît donc comme une réponse satisfaisante à moyen terme.

Une telle offre peut pousser à consommer plus de soin. L'évolution de la proportion de consultation relevant de la médecine générale parmi la population consultant les urgences pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 30/11/20

LE DOYEN

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrick IMBERT

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS CONSULTANT DANS LA FILIERE ULTRA COURTE DES URGENCES DE THONON-LES-BAINS

Introduction :

Il existe un décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction. C'est dans ce contexte particulier, qu'est née l'idée de mettre en place une « filière ultra-courte » au sein des urgences de l'hôpital de Thonon en 2017.

Objectifs :

Décrire la population consultant la filière ultra courte en termes d'affiliation à un médecin traitant, de parcours de soins avant la consultation et d'accès aux soins.

Matériel et méthode :

Nous avons interrogé via un questionnaire, les patients orientés vers cette filière par l'infirmière d'accueil. Étaient exclus tous les patients mineurs non accompagnés, ou n'étant pas capable de compléter le questionnaire par eux-mêmes.

Résultats :

Le recueil a eu lieu du 2 juin au 10 juillet 2020 et a permis d'obtenir 176 questionnaires. Il s'agit de patients jeunes, la moyenne d'âge étant de 34 ans et la tranche d'âge la plus représentée est la tranche 26-45 ans. Ils ont parcouru une faible distance, et ont une situation professionnelle et assurantielle précaire. On note une sur-représentation des catégories "employés" et "sans activité" et 12,5 % bénéficient de la CMU-C. 28,8 %, n'ont pas de médecin traitant déclaré. Dans ces derniers, 12,2 % ont tenté d'obtenir un rendez-vous chez un médecin avant de se rendre aux urgences. Parmi les patients ayant un médecin traitant déclaré, 55,9 % ont essayé de le contacter en amont. Il existe bel et bien une volonté de consultation en ambulatoire.

Conclusion :

La filière ultra-courte répond à ses objectifs de création, elle permet une réponse à une demande que la médecine ambulatoire n'arrive pas à satisfaire. Elle apparaît donc comme une réponse satisfaisante à moyen terme. Un prochain travail pourrait s'intéresser à savoir si une telle offre ne pousse pas à consommer plus de soins.

Mots clés MeSH : soins primaires, médecin généraliste, urgences, COVID-19

Auteurs : MEYNET Alexandra, BRUNET Vincent

Filière : MEDECINE GENERALE

CHARACTERISTICS OF PATIENTS CONSULTING THE ULTRA-SHORT COURSE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THONON-LES-BAINS

Introduction :

There is a growing gap between the need for unscheduled care and general practitioner availability. It is in this particular era, that the idea was born to set up a general practitioner in an "ultra-short unit" within the emergency rooms of the Thonon hospital in 2017.

Objectives :

To describe the population consulting the ultra-short unit by the affiliation with an attending physician, the patient's route and ease of access to care.

Material and method :

We interviewed, via a questionnaire, the patients referred to this sector by the reception nurse. All minors who were unaccompanied, or who were unable to complete the questionnaire on their own, were excluded.

Results :

The collection took place from June 2nd to July 10th, 2020 and yielded 176 questionnaires. These are young patients, with an average age of 34 years and the most represented age group were the 26-45 years age group. They have traveled a short distance, and have a precarious professional and insurance situation. There is an over-representation of the "employee" and "non-active" categories and 12.5 % benefited from the CMU-C. 28.8 %, have no declared attending physician. Of these, 12.2 % tried to get an appointment with a doctor before going to the emergency room. Among the patients with a declared attending physician, 55.9 % tried to contact him upstream. All this shows that there is indeed a desire for outpatient consultation.

Conclusion :

The ultra-short course achieves its goals, as it allows a response to a demand that city medicine cannot meet. It therefore appears to be satisfactory in the medium term.

A futur work could study if this offer not lead to an increase of primary care consumption.

MeSH keywords : primary health care, General practitioners, emergencies, COVID-19

Authors : MEYNET Alexandra, BRUNET Vincent

Pathway : GENERAL PRACTICE