



HAL
open science

Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes

Karine Bréant

► **To cite this version:**

Karine Bréant. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00836049

HAL Id: dumas-00836049

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00836049>

Submitted on 20 Jun 2013

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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par Karine BREANT

née le 20 octobre 1983 à Harfleur

Présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2013

TITRE DE LA THÈSE :

**Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre
par les médecins généralistes**

Président du jury : **Professeur Christophe MARGUET**

Directeur de thèse : **Docteur Pascal LE ROUX**

Membres du jury : **Professeur Jean-Loup HERMIL**
Professeur Benoit VEBER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES -
C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B.
HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M.
LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT -
M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB
- R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOV	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEU	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR-AGREGE OU-CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

III -- MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine-générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

**Par délibération en date du 3 mars 1967,
la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation**

A Monsieur le Professeur Christophe MARGUET

qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

**Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse
reconnaissance.**

A Monsieur le Docteur Pascal LE ROUX

pour avoir accepté de diriger ce travail.

**Cette thèse marque le commencement d'une longue collaboration à soigner
nos petits patients havrais.**

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

**pour m'avoir transmis l'amour de notre belle spécialité qu'est la médecine
générale.**

**Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici
l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.**

A Monsieur le Professeur Benoit VEBER

**vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression
de mes sincères remerciements et de mon profond respect.**

A Guillaume

pour son aide précieuse durant la rédaction de ce travail.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur



SERMENT D'HIPPOCRATE

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. »

Sommaire

Sommaire	1
INTRODUCTION.....	2
1. PRESENTATION DU SERVICE DES URGENCES PEDIATRIQUES DU HAVRE.....	4
2. MATERIEL ET METHODE	5
a. Type d'étude :	5
b. Modalités de recrutement :	5
c. Variables étudiées :	6
d. Analyse statistique.....	7
3. RESULTATS	8
a. Caractéristiques des médecins de l'étude.....	8
b. L'activité pédiatrique des médecins généralistes	11
c. La participation à des FMC sur la prise en charge pédiatrique	13
d. Les principales raisons du recours aux urgences pédiatriques	14
e. L'activité de traumatologie	16
f. Les paramètres qui vont influencer le recours aux urgences pédiatriques	17
g. Les outils d'aide diagnostique ou thérapeutique	18
h. L'avis téléphonique	20
i. Le mode d'adressage aux urgences pédiatriques	21
j. Le retour des Urgences Pédiatriques	22
k. Remarques et suggestions	23
4. DISCUSSION	25
a. Age, sexe, mode d'activités des médecins généralistes	25
b. La part des consultations pédiatriques dans l'activité des médecins généralistes.....	28
c. Le nombre d'enfants adressés aux urgences pédiatriques.....	31
d. La formation médicale continue.....	35
e. Les raisons du recours aux urgences pédiatriques	36
f. La place des outils d'aide diagnostique et thérapeutique dans la prise en charge des urgences pédiatriques	38
g. Les relations ville-hôpital.....	41
h. Discussion sur le questionnaire.....	44
CONCLUSION	45
Bibliographie.....	47
Annexes.....	50
1. Annexe A : classifications.....	50
a. Classification Clinique des Malades aux Urgences (C.C.M.U.).....	50
b. Classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (G.E.M.S.A.)	50
2. Annexe B : questionnaire	51
Liste des abréviations	55

INTRODUCTION

Le nombre de passages croissant aux urgences pédiatriques (1, 2, 3) pose de nombreux problèmes : des problèmes de fonctionnement pour absorber le flux de consultations et un coût non négligeable dans les dépenses de santé.

Rappelons qu'un quart des urgences en France sont des urgences pédiatriques (4). Les nourrissons de moins de un an ont recours aux urgences trois fois plus souvent que la population générale. Au cours de la première année de vie de leur enfant, 48% des parents ont recours, au moins une fois, à un dispositif d'urgence (5).

La part de la pédiatrie dans les services d'urgence est donc considérable.

Par ailleurs, il s'agit d'une prise en charge complexe puisqu'elle concerne un trio : une équipe médicale, un enfant et ses parents.

Pour autant, les faibles taux d'hospitalisation inférieurs à 20% voire 10% pour les plus de six ans (2, 3), montrent bien l'inadéquation de nombreux recours à l'hôpital ; ceci étant en lien avec le fait que le recours direct aux services d'urgences est très fréquent (94% des cas dans le rapport d'activité des Urgences Pédiatriques du Havre en 2011) tandis que l'adressage par un médecin est rare.

Le territoire de santé du Havre a plusieurs caractéristiques : d'abord il s'agit d'une population importante puisqu'il représente 451 981 habitants en 2007, soit une densité de population de 216,7 habitants par km² contre 147 au niveau régional et 114 au niveau national ; et cette population est très jeune puisque les moins de 20 ans représente 26,4% de la population contre 24,7% en moyenne en France métropolitaine (6).

Ensuite, le nombre de médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins est préoccupant, selon les données de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) en 2009, la densité médicale dans l'agglomération havraise s'élève à 80 médecins généralistes pour 100 000 habitants soit une densité inférieure à la moyenne française qui est de 87 pour 100 000 habitants (7).

La situation ne devrait pas s'améliorer ces prochaines années. En effet, le nombre de médecins devrait diminuer de 10% au cours des dix prochaines années et malgré un fort relèvement du numerus clausus (jusqu'à 8000 en 2011), le nombre de médecins en activité ne retrouvera son niveau actuel qu'en 2030.

Alors, devant ce tableau associant une demande de soins en urgence croissante, une population pédiatrique importante et un nombre de médecins libéraux en chute libre, nous avons voulu analyser le recours aux urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes.

Quel rôle occupe le médecin généraliste dans la prise en charge pédiatrique ?

Le médecin généraliste a-t-il souvent recours aux urgences pédiatriques ?

Quelles sont les raisons de ce recours ?

Quels sont les paramètres qui vont influencer ce recours ?

Quel type de relations entretient-il avec ce service singulier ?

A-t-il d'autres référents pour l'aider dans sa prise en charge ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant dans le secteur desservi par les urgences pédiatriques du Havre.

1. PRESENTATION DU SERVICE DES URGENCES PEDIATRIQUES DU HAVRE

Le service des Urgences Pédiatriques s'intègre dans le schéma régional d'orientation sanitaire urgences (arrêté le 30/03/2006) et le schéma régional d'organisation sanitaire enfants et adolescents (arrêté le 20/10/2007).

Le Groupe Hospitalier du Havre (GHH) est autorisé à la poursuite de cette activité au sein d'une structure spécifique Urgences Pédiatriques, au même titre que le CHU de Rouen, selon les autorisations liées au décret 2007-133 du 30 janvier 2007.

Les urgences pédiatriques appartiennent au pôle Pédiatrie avec la médecine pédiatrique, la chirurgie pédiatrique et de spécialité, et le service de médecine néonatale depuis le nouveau découpage des pôles du GHH en 2011.

Le service comporte douze box de soins (dont des box spécifiques : un déchocage, deux soins intensifs, un box de traumatologie), une zone d'accueil avec un box de pré-examen et un bureau pour l'Unité Médico-Judiciaire.

L'équipe médicale est constituée de six séniors : le Dr Le Roux (chef de service), le Dr Dufour, le Dr Belgaid, le Dr Hastier-Gouin, le Dr Guyet, le Dr Giannaka, et de huit internes (deux DES de pédiatrie, six DES de médecine générale).

En 2011, le service a enregistré 30 660 passages (8). Ceci marque une augmentation d'activité globale de plus de 12,4 % par rapport à 2010. Globalement, les motifs chirurgicaux de recours aux urgences du GHH diminuent, représentant 36,3% versus 39,5% en 2010. En 2009, l'activité chirurgicale correspondait à 55,83% et en 2008 le rapport était inverse avec 56% de motifs médicaux. Le taux global d'hospitalisation est de 13,6% en 2011 (dont 22,5% en médecine et 8% en chirurgie).

Les parents amènent leur enfant spontanément dans 94% des cas (chiffre identique en 2010 et 2009). L'adressage par un médecin (généraliste, pédiatre, PMI, médecine scolaire) représente 4% des situations, les autres modes d'adressage sont répartis entre le médecin de garde (0,4%) et les transferts hospitaliers (1,2%).

L'activité des Urgences Pédiatriques du Havre représentait un coût de 3 931 083 euros en 2011 soit un coût moyen pondéré de 128 euros par passage.

2. MATERIEL ET METHODE

a. Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale à l'aide d'un questionnaire anonyme (annexe B).

b. Modalités de recrutement :

Le questionnaire a été adressé à tous les médecins généralistes exerçant dans le secteur desservi par les urgences pédiatriques du Havre ce qui représente 185 médecins. (Figure 1)

Nous avons exclu les médecins qui ne gèrent pas les urgences pédiatriques (homéopathe, ostéopathe), les médecins de PMI, les médecins scolaires et les médecins remplaçants.

Les questionnaires ont été déposés dans les cabinets médicaux en mai et juin 2012. Ils ont été remis à la secrétaire ou en mains propres aux médecins présents lors de notre passage. Pour les médecins absents ou qui ne possédaient pas de secrétaire il a été envoyé muni d'une enveloppe retour pré-timbrée.

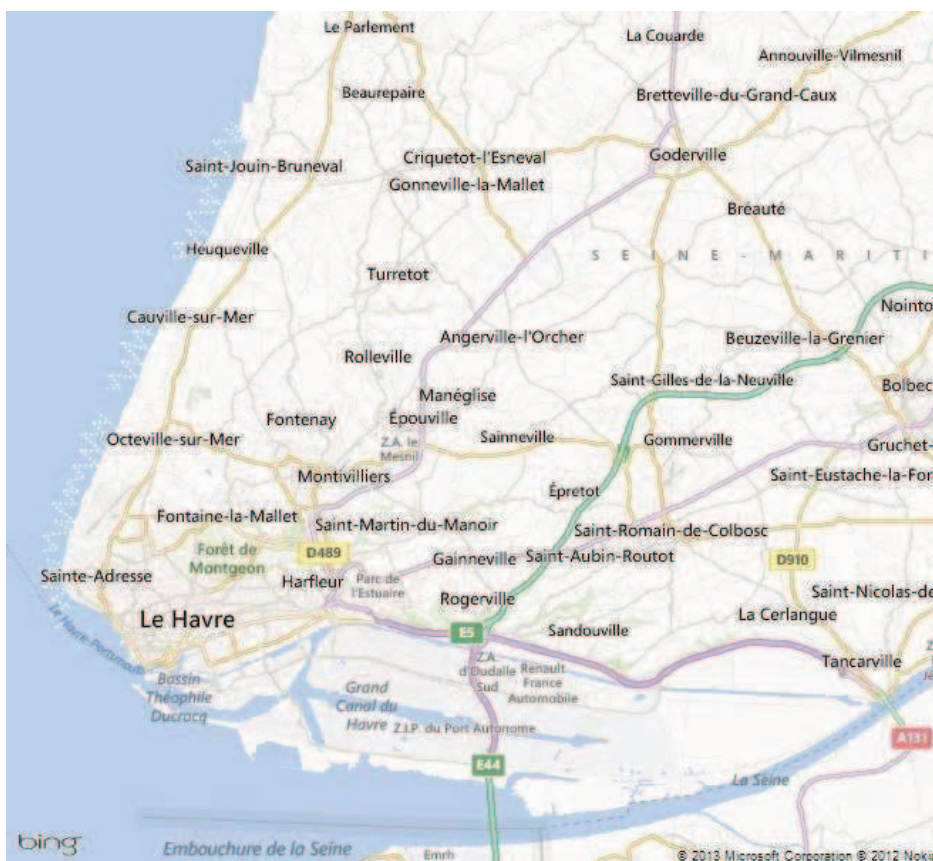


Figure 1 : territoire desservi par les urgences pédiatriques du Havre

c. Variables étudiées :

- Age
- Sexe
- Mode d'activité
- Ancienneté d'installation
- Le nombre de consultation de pédiatrie en moyenne par semaine
- Le nombre de recours au service des urgences pédiatrique au cours des trois derniers mois
- Evaluation de la formation médicale continue (FMC) en pédiatrie
- Les raisons du recours aux urgences pédiatriques
- La pratique d'une activité de traumatologie pédiatrique
- Les paramètres qui vont influencer le recours aux urgences pédiatriques
- L'utilisation d'outils d'aide diagnostique et thérapeutique
- L'utilisation d'un avis téléphonique avant d'adresser un enfant aux urgences
- La manière dont l'enfant est adressée aux urgences
- Le retour fait au médecin généraliste

d. Analyse statistique

Les résultats ont été analysés à l'aide d'un logiciel tableur Excel et nous avons effectué un test de Khi2.

Un seuil de significativité de 5% a été retenu.

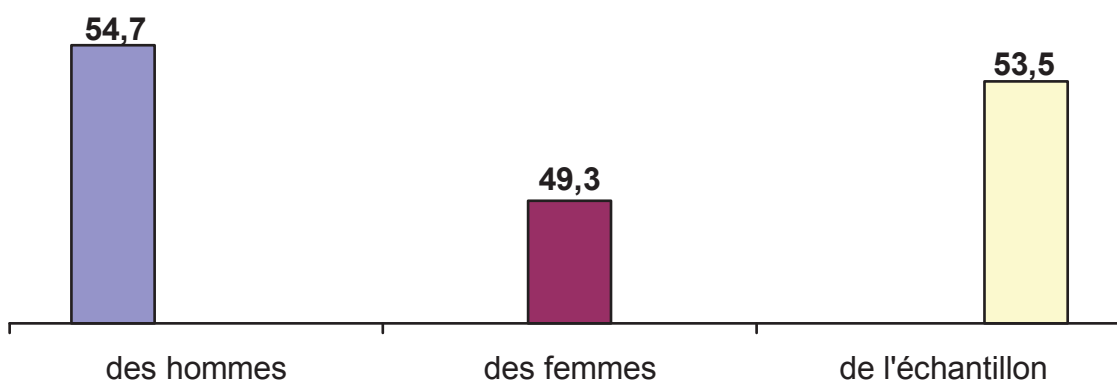
3. RESULTATS

Le taux de participation à l'étude était de 48%. (89 médecins ont répondu sur 185 questionnaires remis ou envoyés).

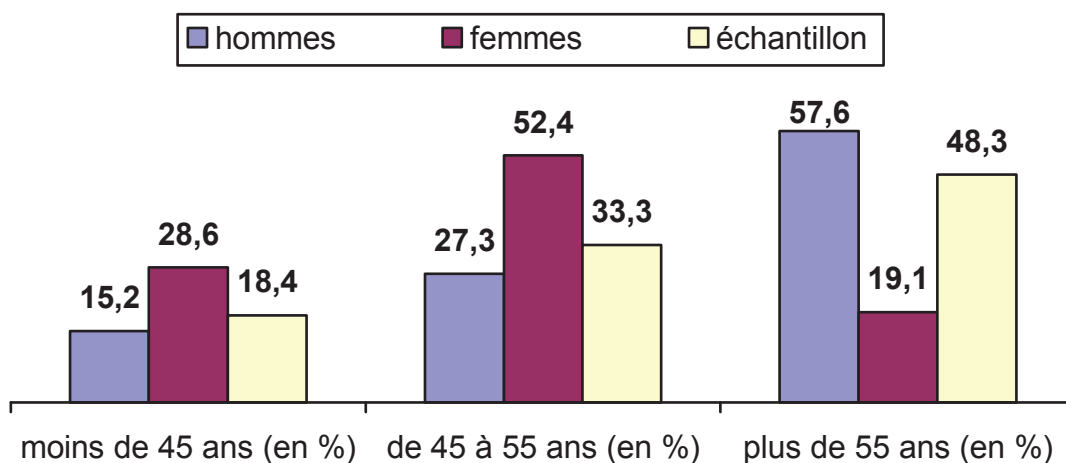
a. Caractéristiques des médecins de l'étude

L'âge moyen était de 53,5 ans avec 18,4% des médecins dont l'âge était inférieur à 45 ans, et 48,3% dont l'âge était supérieur à 55 ans. (graphique 1 et 2)

graphique 1 : âge moyen



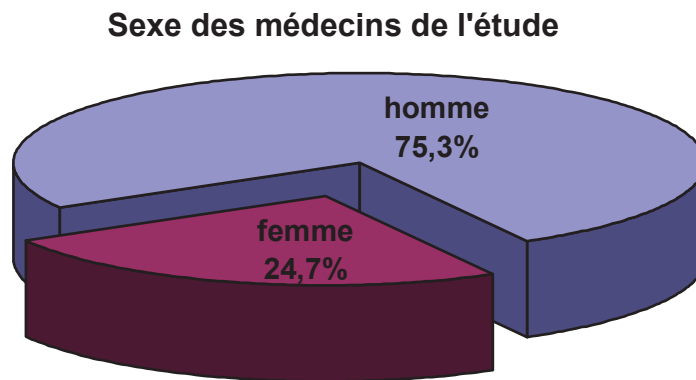
graphique 2: répartition des médecins par tranche d'âge



La proportion d'hommes était de 75,3% soit 67 hommes et 22 femmes. (graphique 3)

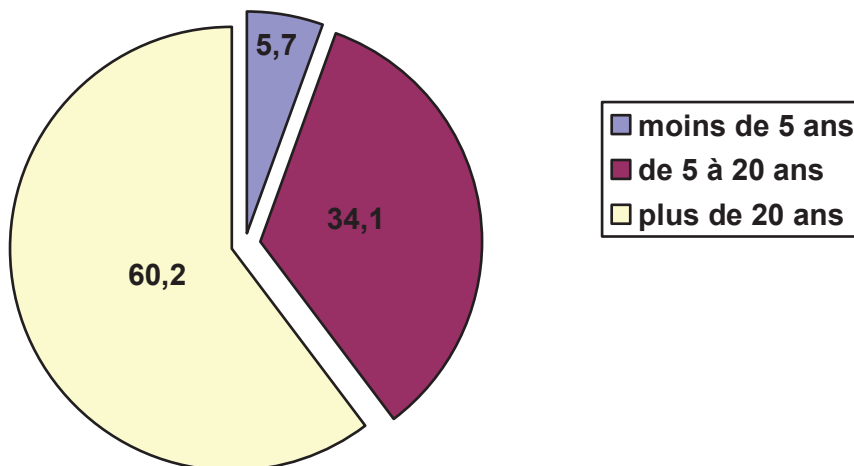
Cinquante-sept virgule six pourcents des hommes avaient plus de 55 ans alors que seulement 19,1% des femmes avaient plus de 55 ans. (graphique 2)

Vint-huit virgule six pourcents des femmes avaient moins de 45 ans alors que seulement 15,2% des hommes avaient moins de 45 ans. (graphique 2)



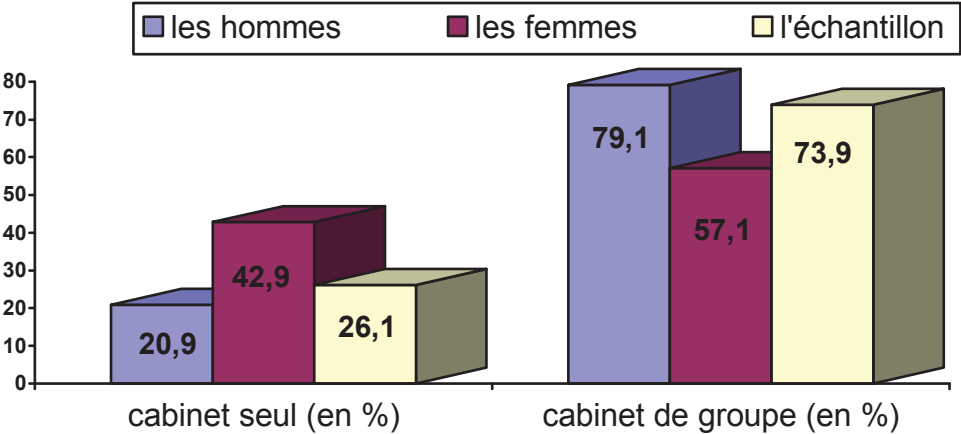
En moyenne, les médecins étaient installés depuis 23 ans ; 62,2% étaient installés depuis plus de 20 ans. (graphique 4)

graphique 4 : répartition des médecins par années d'installation



Soixante-treize virgule quatre-vingt-six pourcents des médecins exerçaient en cabinet de groupe ; 79,1% pour les hommes et 57,1% pour les femmes. (graphique 5)

graphique 5 : modes d'activité

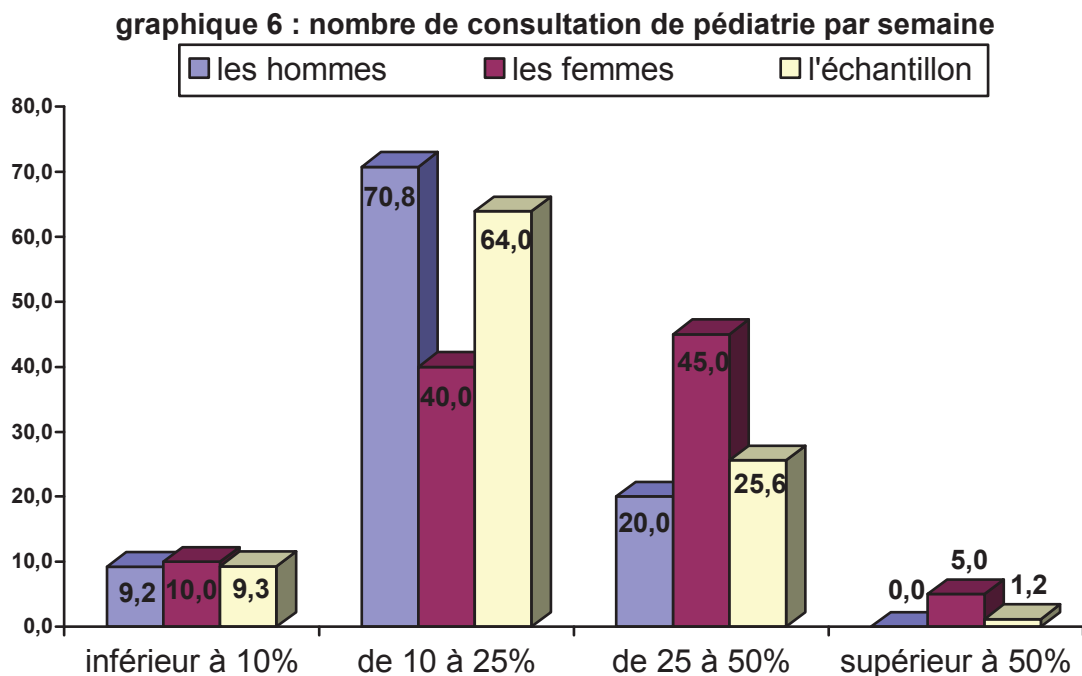


b. L'activité pédiatrique des médecins généralistes

Soixante-quatre pourcents des médecins déclaraient que 10 à 25% de leurs consultations par semaine étaient une consultation de pédiatrie. (graphique 6)

Quarante-cinq pourcents des femmes déclaraient même que la pédiatrie concernait 25 à 50% de leurs consultations par semaine.

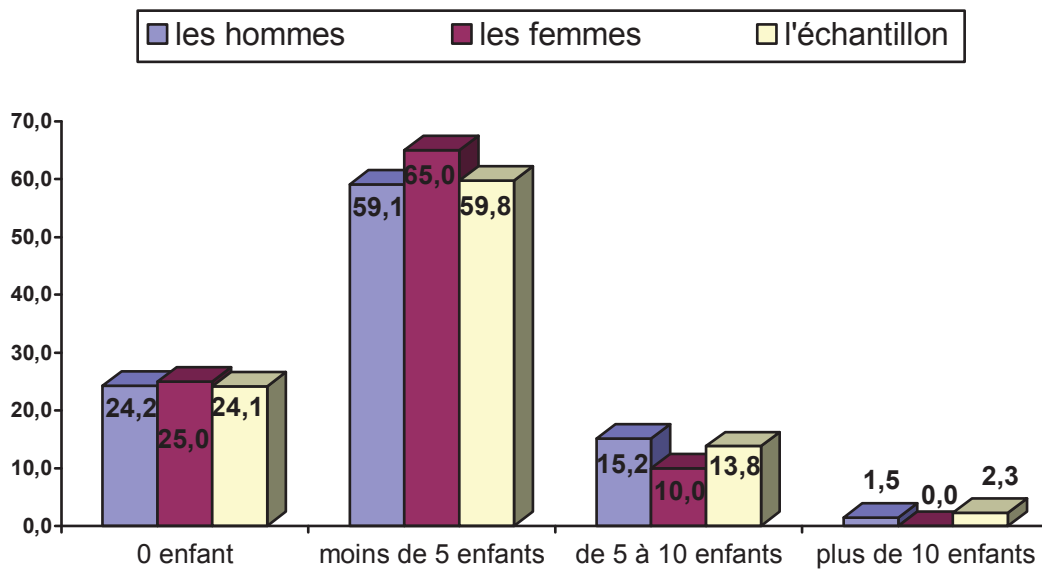
Il existe bien un lien statistique entre le sexe des médecins et la part des consultations pédiatriques avec une plus forte activité pédiatrique chez les femmes.



Cinquante-neuf virgule huit pourcents des médecins déclaraient avoir adressé entre 1 et 5 enfants aux urgences pédiatriques ces trois derniers mois ; 24,2% déclaraient n'en avoir adressé aucun. (graphique 7)

Nous avons vu dans le graphique précédent que les femmes avaient une activité de pédiatrie plus importante que les hommes mais elles n'ont pas davantage recours aux urgences pédiatriques que les hommes puisque nous n'avons pas retrouvé de lien statistique entre le nombre d'enfants adressés aux urgences pédiatriques et le sexe.

graphique 7 : nombre d'enfants adressés aux urgences pédiatriques au cours des trois derniers mois

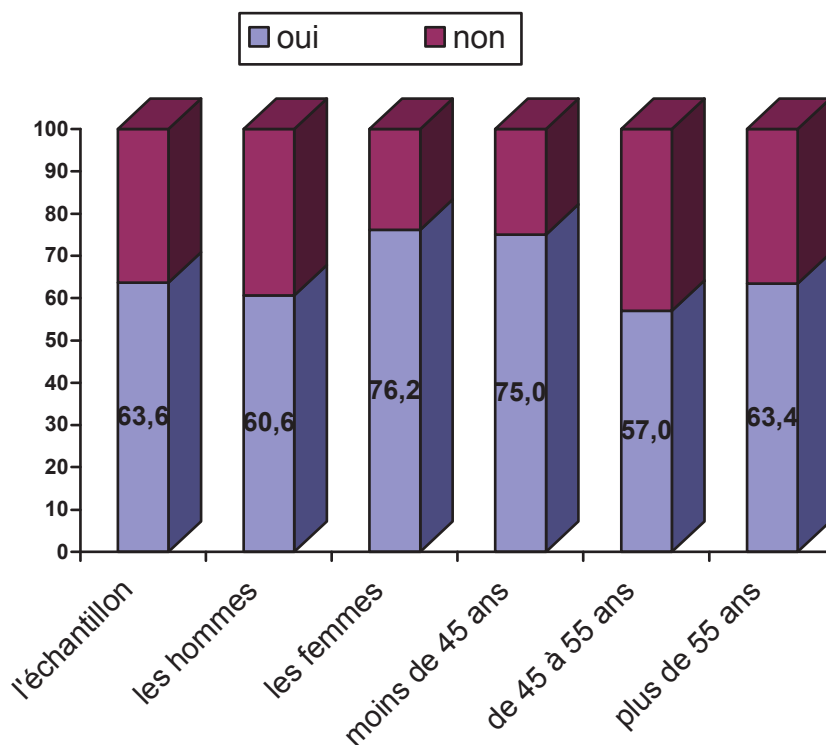


c. La participation à des FMC sur la prise en charge pédiatrique

Soixante-trois virgule soixante-quatre pourcents des médecins déclaraient participer à des FMC sur la prise en charge pédiatrique ; 76,2% des femmes et 60,6% des hommes. (graphique 8)

La différence entre les hommes et les femmes sur la participation à des FMC de pédiatrie n'est cependant pas significative, de la même façon il n'existe pas de différence significative à la participation à des FMC sur la prise en charge pédiatrique en fonction des différentes tranches d'âge.

graphique 8 : participation à des FMC sur la prise en charge pédiatrique



d. Les principales raisons du recours aux urgences pédiatriques

Nous avons demandé de classer par ordre décroissant les raisons pour lesquelles les médecins généralistes adressaient les enfants aux urgences pédiatriques. (graphique 9)

La priorité n°1 était les signes de gravité clinique pour 87,9%.

La priorité n°2 était la nécessité de pratiquer des actes thérapeutiques (aérosol, perfusion, suture, immobilisation...) pour 43,7 %.

La priorité n°3 était la nécessité d'une surveillance pour 32,9%, la nécessité de pratiquer des examens complémentaires pour 28,2%.

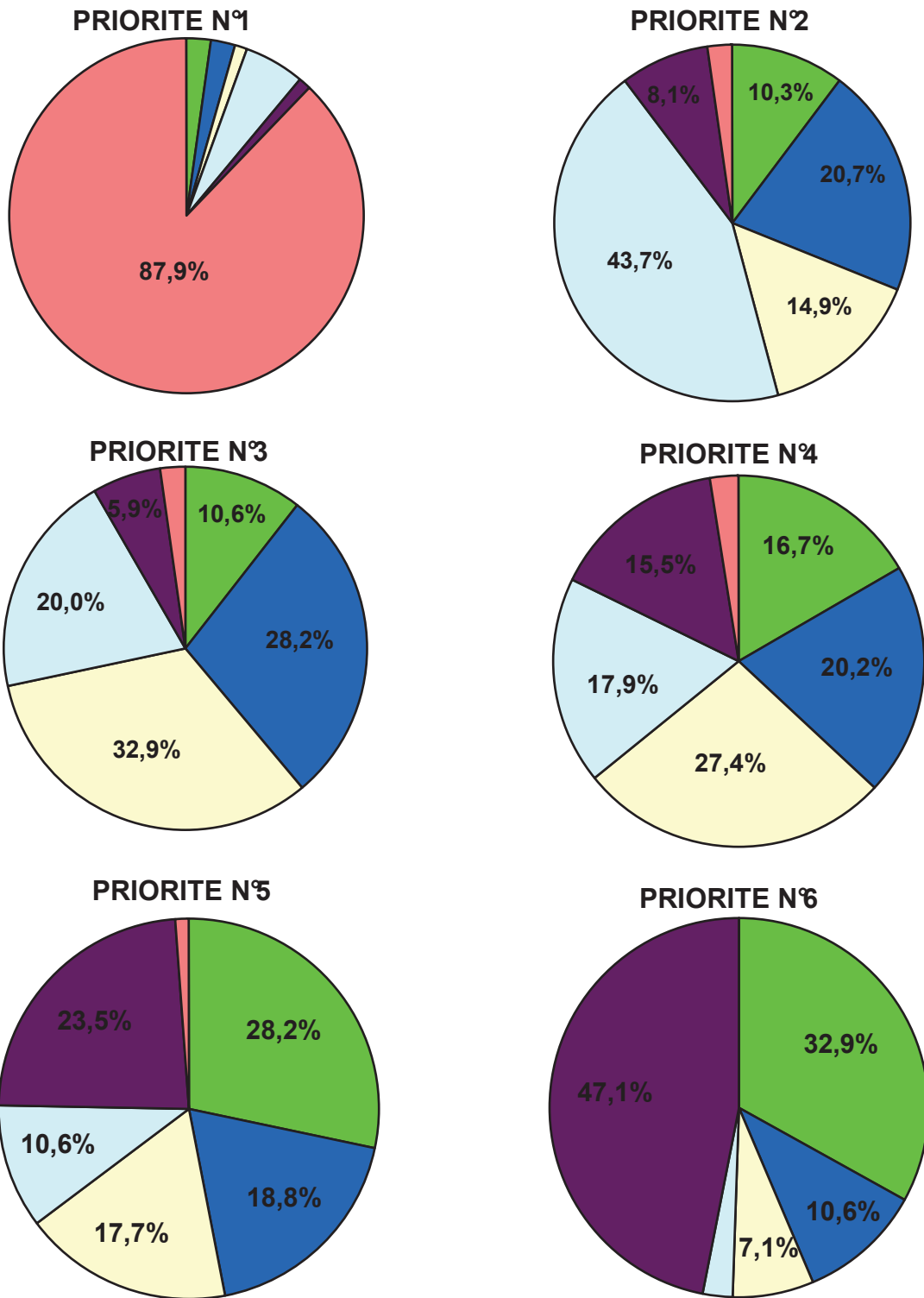
La priorité n°4 était la nécessité d'une surveillance pour 27,4%, la nécessité de pratiquer des examens complémentaires pour 20,2%.

La priorité n°5 était la demande d'avis spécialisé pour 28,2%.

La priorité n°6 était le contexte familial défaillant (problème de compréhension et/ou d'observation et/ou de surveillance) pour 47,1%.

Graphique 9 : principales raisons du recours aux urgences pédiatrique

- demande d'avis spécialisé
- nécessité de pratiquer des examens complémentaires
- surveillance
- nécessité de pratiquer des actes thérapeutiques
- contexte familial défaillant
- signes de gravité clinique



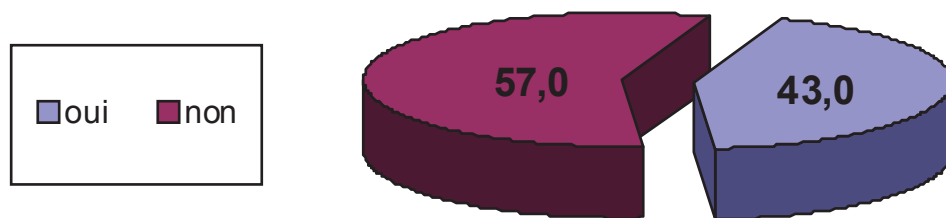
e. L'activité de traumatologie

Nous avons demandé aux médecins s'ils pratiquaient des actes techniques de traumatologie à leur cabinet. (graphique 10)

Quarante-trois pourcents des médecins pratiquaient des actes techniques de traumatologie.

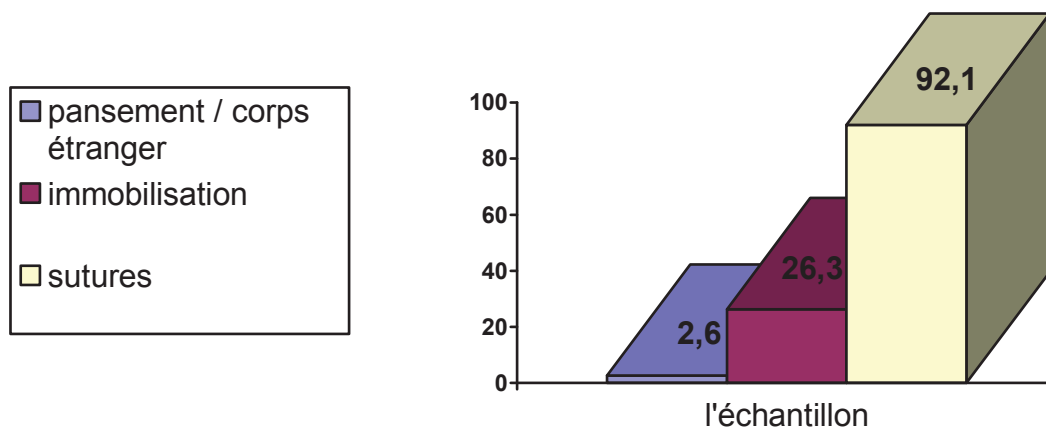
Nous n'avons pas retrouvé de lien statistique entre la pratique d'activité de traumatologie et le sexe, nous n'en avons pas retrouvé non plus en fonction de l'âge.

graphique 10 : activité de traumatologie



Seulement 38 médecins avaient précisé quel type d'actes ils effectuaient : 92,1% effectuaient des sutures, 26,3% des immobilisations et 2,6% des pansements/ablation de corps étrangers. (graphique 11)

graphique 11 : types d'actes de traumatologie



f. Les paramètres qui vont influencer le recours aux urgences pédiatriques

Nous avons demandé aux médecins d'indiquer l'importance de certains paramètres pouvant influencer sur leur décision à adresser aux urgences pédiatriques. Ils avaient alors le choix entre « pas du tout », « peu », « moyennement », « beaucoup ». (graphique 12)

Le fait de ne pas être le médecin traitant de l'enfant n'influence pas du tout la décision d'adresser aux urgences pour 51,1% des médecins.

L'inquiétude parentale influence moyennement pour 40,2%, peu pour 36,8%.

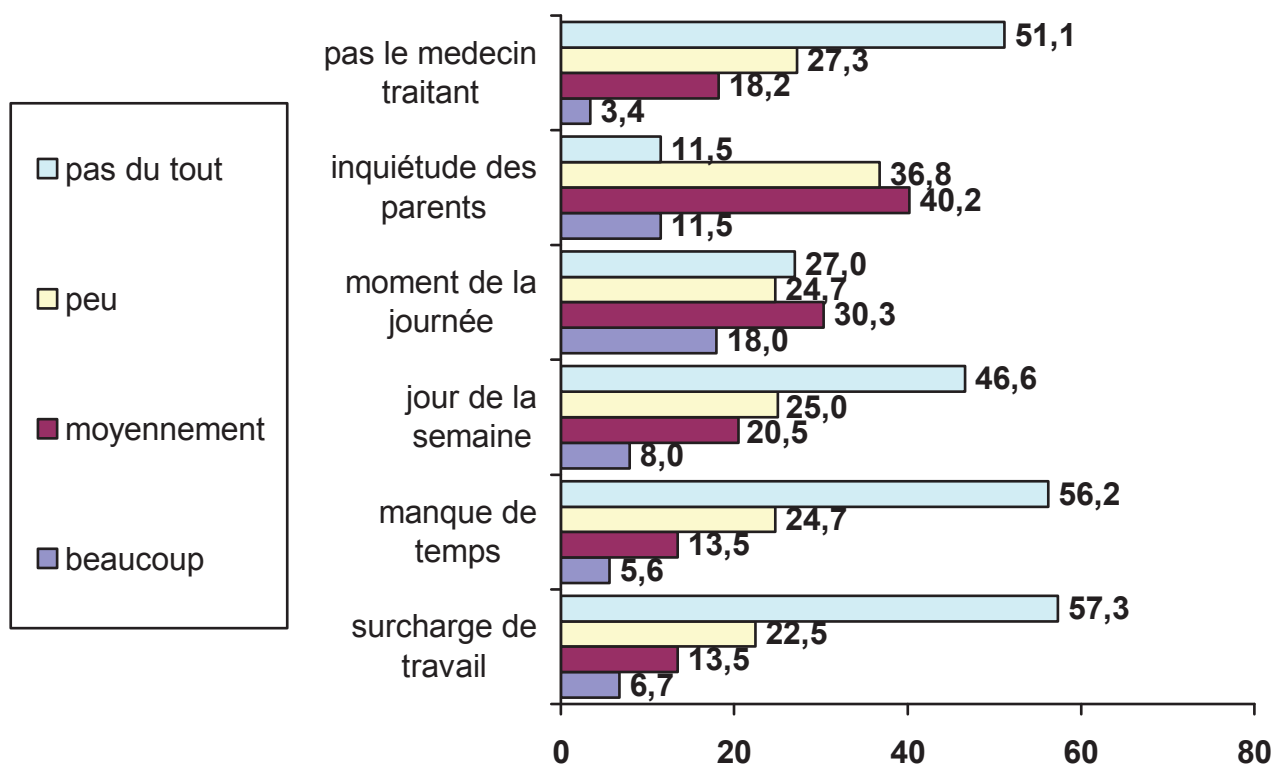
Le moment de la journée influence moyennement pour 30,3%, pas du tout pour 27%.

Le jour de la semaine n'influence pas du tout pour 46,6%.

Le manque de temps n'influence pas du tout pour 56,2 %.

La surcharge de travail n'influence pas du tout pour 57,3%.

graphique 12 : paramètres influant le recours aux urgences pédiatriques



g. Les outils d'aide diagnostique ou thérapeutique

Nous avons demandé aux médecins s'ils utilisaient des outils pour les aider dans leur démarche diagnostique ou thérapeutique, ils avaient le choix entre « pas du tout », « peu », « moyennement » et « beaucoup ». (graphique 13)

Quarante-huit virgule trois pourcents des médecins n'utilisaient pas du tout internet, 23,6% peu et 7,9% beaucoup.

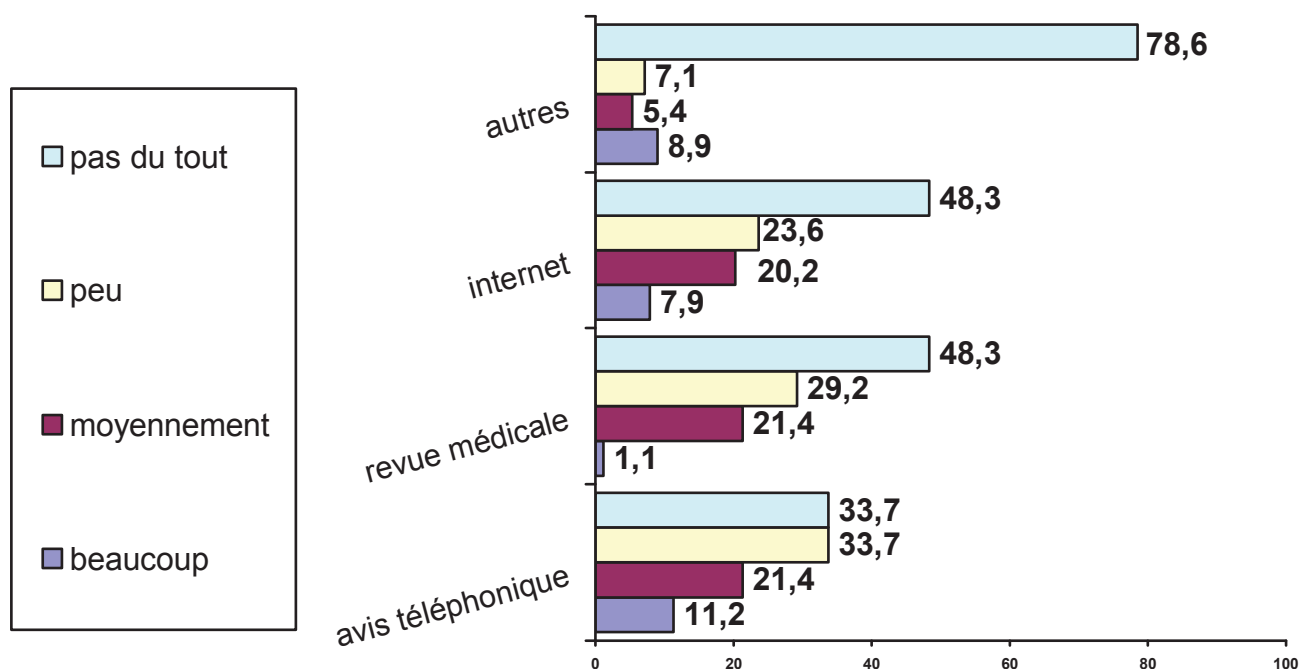
Quarante-huit virgule trois pourcents des médecins n'utilisaient pas du tout de revue médicale, 29,2% peu et 1,1% beaucoup.

Trente-trois virgule sept pourcents des médecins n'utilisaient pas du tout d'avis téléphonique, 33,7% peu et 11,2% beaucoup.

Seulement 9 médecins avaient précisé quels autres outils d'aide diagnostique ou thérapeutique ils utilisaient :

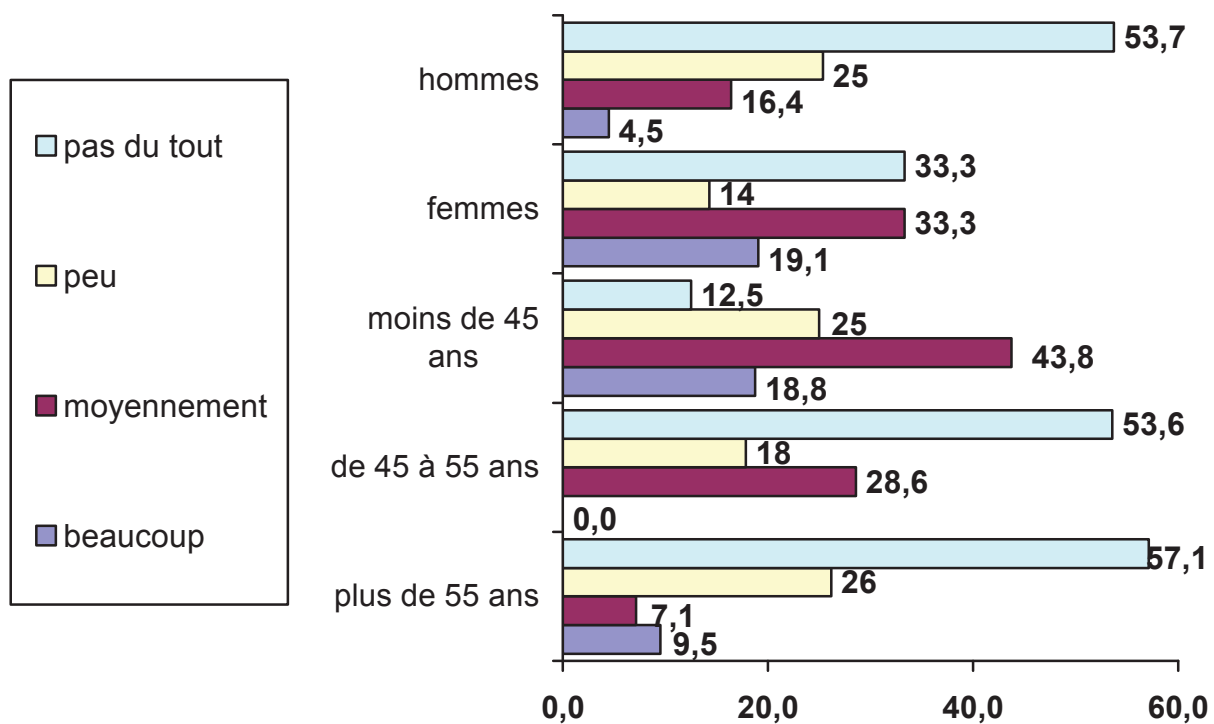
- 67% l'avis du confrère du cabinet
- 22% des examens complémentaires
- 11% des livres

graphique 13 : la place des outils d'aide diagnostique ou thérapeutique



Nous avons retrouvé un lien statistique entre l'utilisation d'internet et l'âge avec une plus forte utilisation de cet outil chez les moins de 45 ans. (graphique 14)

graphique 14 : utilisation d'internet dans la prise en charge



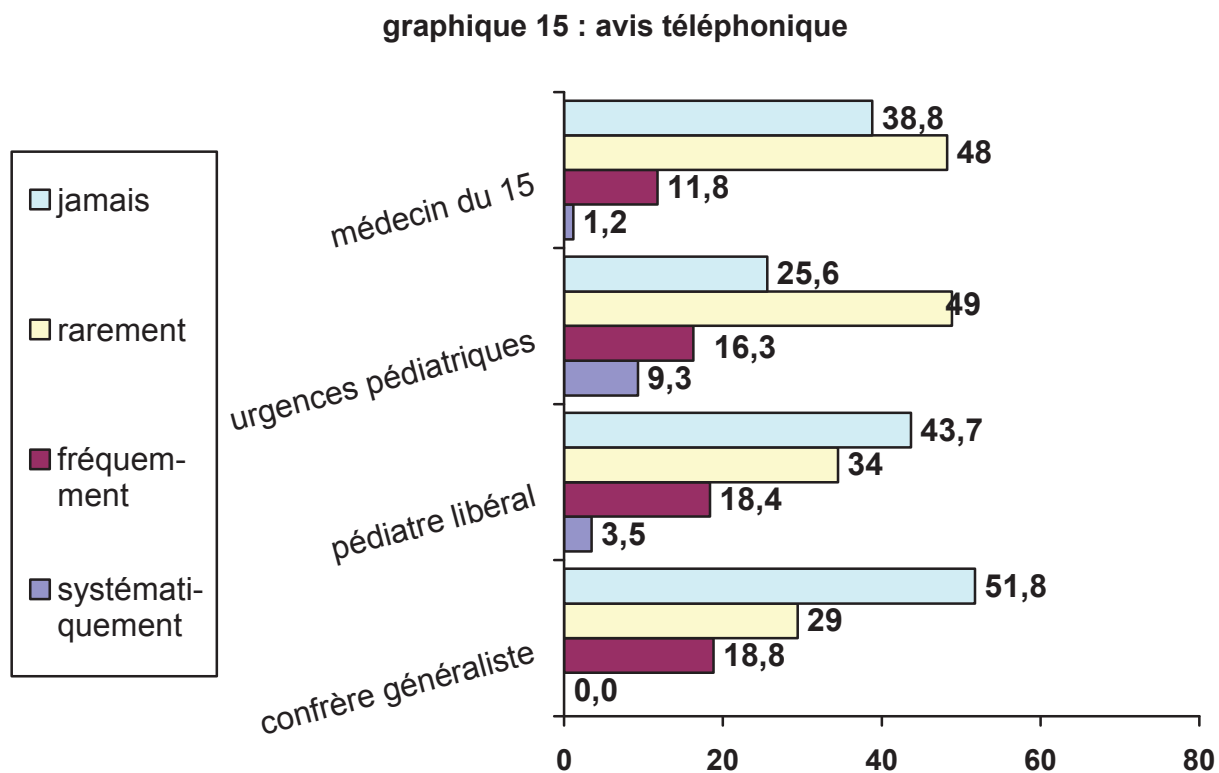
h. L'avis téléphonique

Nous avons demandé aux médecins à qui ils s'adressaient lorsqu'ils avaient recours à un avis téléphonique. (graphique 15)

Le médecin du 15 était rarement sollicité pour 48% des médecins, jamais pour 38,8%. Les urgences pédiatriques étaient rarement sollicitées pour 49% des médecins, jamais pour 25,6%, fréquemment pour 16,3%.

Un pédiatre libéral n'était jamais sollicité pour 43,7% des médecins, rarement pour 34%.

Un confrère généraliste n'était jamais sollicité pour 51,8% des médecins, rarement pour 29%.

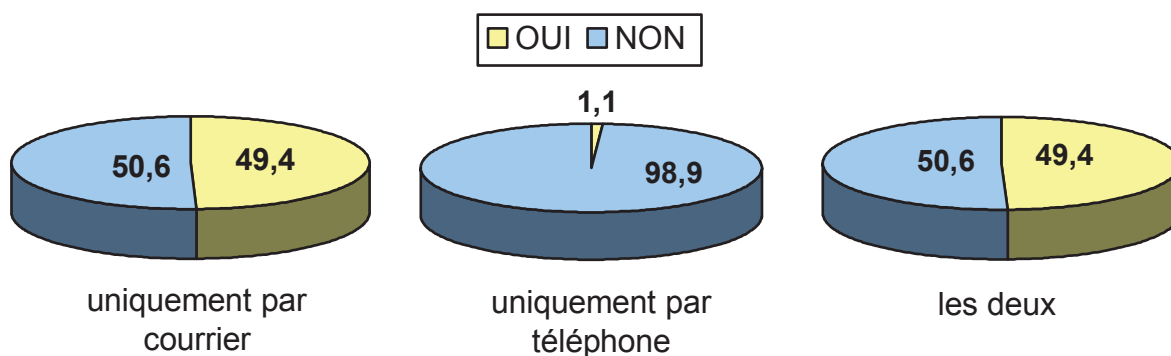


i. Le mode d'adressage aux urgences pédiatriques

Nous avons demandé aux médecins leurs modalités d'adressage aux urgences pédiatriques (courrier/appel téléphonique). (graphique 16)

Cent pourcents des médecins déclaraient avoir prévenu le service des urgences pédiatriques ; 49,4% l'avaient fait uniquement par courrier, 1,1% uniquement par téléphone et 49,4% avaient adressé l'enfant avec un courrier et en prévenant le service par téléphone.

Graphique 16 : modalités d'adressage aux urgences pédiatriques

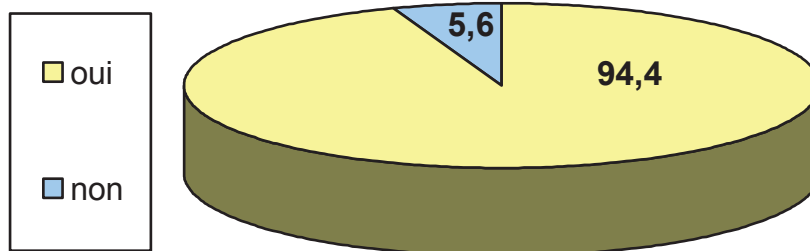


j. Le retour des Urgences Pédiatriques

Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient eu des nouvelles de l'enfant qu'ils avaient adressé aux urgences pédiatriques et si oui, par quels moyens. (graphique 17)

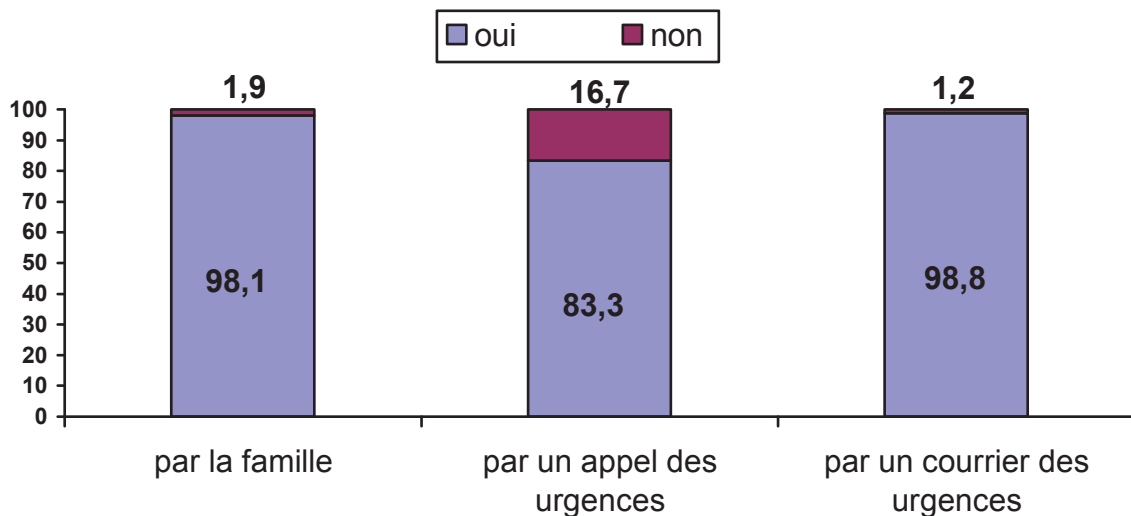
Les médecins avaient eu des nouvelles de l'enfant qu'ils avaient adressé aux urgences pédiatriques dans 94,4% des cas.

graphique 17 : ont-ils des nouvelles de l'enfant ?



Ces nouvelles avaient été données par la famille dans 98,1% des cas, par un appel des urgences dans 83,3% des cas et par un courrier des urgences dans 98,8% des cas. (graphique 18)

graphique 18 : par quels moyens ?



k. Remarques et suggestions

Nous avons ajouté dans le questionnaire une question pour les remarques et suggestions.

Sur l'ensemble des questionnaires neuf médecins ont fait des remarques.

Un médecin nous a fait part du fait qu'avec un enfant il ne prenait aucun risque et qu'au moindre doute diagnostique, thérapeutique ou lorsqu'il avait des difficultés à apprécier les critères de gravité, il préférerait adresser l'enfant aux urgences pour avoir leur avis.

Un médecin était étonné de voir repartir l'enfant des urgences sans qu'il ait été contacté devant la divergence d'appréciation de l'état de l'enfant.

Un médecin nous avait fait part de sa satisfaction de recevoir des nouvelles de l'enfant par courrier et ceci de manière rapide.

Un médecin nous avait fait part du fait que sa patientèle a vieilli, qu'il voit moins d'enfants et que donc ses réponses à ce questionnaire auraient été différentes il y a quelques années.

Un médecin rapportait que les parents appelaient souvent tard au cabinet et qu'il lui était difficile de voir l'enfant dans la journée.

Un médecin nous avait fait part du fait que les parents s'adressaient directement aux urgences en cas de problème de traumatologie mais aussi pour des problèmes médicaux qui auraient pu être gérés sans passer par les urgences.

Un médecin nous rapportait que les parents se plaignaient qu'il ne puisse pas voir l'enfant et se rendaient aux urgences alors qu'ils n'essayaient pas toujours de le joindre.

Un médecin faisait remarquer que les sutures étaient difficiles en cabinet de ville pour des questions d'analgésie et que cela était très dépendant des enfants.

Un médecin nous faisait part du fait qu'il envoyait toujours un enfant aux urgences pédiatriques avec un courrier, et qu'il prévenait les urgences par téléphone que si l'enfant présentait des signes de gravité tels qu'il voulait qu'il soit pris en charge en priorité.

Trois médecins nous faisaient part du fait qu'en cas de doute diagnostique ou thérapeutique ils se concertaient avec un confrère du cabinet.

4. DISCUSSION

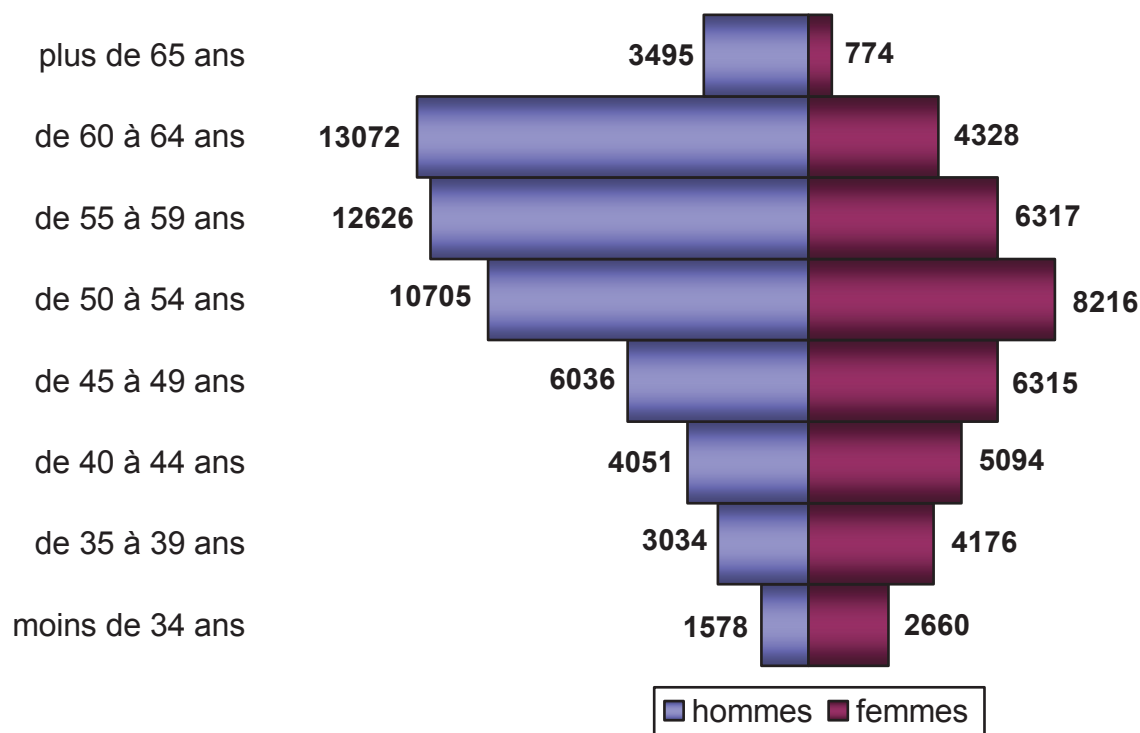
a. Age, sexe, mode d'activités des médecins généralistes

L'âge moyen des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire était de 53,5 ans, avec un âge moyen pour les hommes de 54,7 ans et 49,3 ans pour les femmes.

Ce chiffre est supérieur aux données nationales puisque l'âge moyen des médecins généralistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des médecins en 2012 (9) est de 52 ans ; 54 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes.

Ce chiffre reflète le vieillissement de la population des généralistes du secteur de notre étude, rappelons qu'il s'agit d'une tendance nationale. (figure 2)

figure 2 : pyramide des âges des médecins généralistes en 2012



Le Conseil National de l'Ordre des médecins estime que d'ici à 2017, 23,4% des médecins généralistes sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle, du fait de leur âge mais qu'également seulement 58,5% des généralistes exerceront leur profession en secteur libéral contre 59,7% actuellement.

Nous allons donc assister à des fermetures de cabinets libéraux qui ne trouveront pas de successeurs.

La répartition des sexes dans notre questionnaire ne reflétait pas les données nationales : 75,3% d'hommes contre 24,7% de femmes, alors que nationalement la proportion des hommes est de 59% (9).

L'âge des femmes sensiblement inférieur à celle des hommes s'explique facilement par la féminisation récente, en effet en 2010, les femmes sont majoritaires chez les moins de 40 ans (61% de la population médicale).

Plusieurs problèmes se posent alors :

- L'âge avancé des médecins généralistes, vont-ils trouver des successeurs ?
- Le départ prématuré des médecins libéraux, pourquoi dévissent-ils leurs plaques avant l'âge de la retraite ?
- La féminisation de la profession

L'activité moyenne féminine est inférieure à celle des hommes de l'ordre de 30% (10), en pratique elle travaille 10 heures de moins par semaine. Par ailleurs elles exercent davantage dans le domaine de la prévention ce qui ne va pas dans le sens du remplacement des médecins généralistes libéraux qui partent à la retraite.

Notre région se situe donc dans une situation délicate, avec une population médicale vieillissante, aggravée par le départ prématuré des médecins libéraux, et qui se féminise.

Concernant leur mode d'activité, 73,86% exercent en groupe, ce qui correspond aux données nationales puisque $\frac{1}{4}$ seulement des médecins généralistes exercent en cabinet seul.

La situation étant très différente entre les 2 sexes puisque 79,1% des hommes exercent en groupe contre 57,14 % des femmes.

Les habitudes des médecins généralistes changent ; en 2009, 54% d'entre eux travaillaient en groupe alors qu'ils étaient 43% en 1998, et ce taux atteignait 80% chez les moins de 40 ans (11).

En effet pour assurer la demande croissante de consultations, ainsi que les charges d'un cabinet, les médecins généralistes font souvent le choix d'exercer en groupe, ce qui rappelle le problème posé par les zones rurales.

La hausse de l'activité des médecins généralistes est le résultat de plusieurs événements, d'abord la densité médicale qui ne cesse de diminuer associée à une « consommation médicale » accrue notamment en ce qui concerne l'activité pédiatrique.

Les jeunes médecins sont de ce fait plus réticents à s'installer que leurs prédécesseurs et le nombre de médecins non installés ne cesse de s'accroître.

b. La part des consultations pédiatriques dans l'activité des médecins généralistes

La consultation pédiatrique représente une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes. Dans notre étude, 64% d'entre eux déclaraient voir entre 10 et 25% d'enfant par semaine, les femmes déclaraient même pour 45 % d'entre elles en voir entre 25 et 50%.

L'interprétation de ces chiffres est très limitée puisqu'il ne s'agit que d'une impression globale.

Toutefois ces chiffres coïncident avec les données publiées.

Le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports a publié en août 2007 un rapport concernant la prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale (12). Il en ressort que 40 % des enfants de moins de 16 ans sont suivis uniquement par un médecin généraliste et que la consultation pédiatrique représente 13% de l'activité du médecin généraliste.

D'après une étude de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2002 (13), parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% sont vus seulement par un pédiatre, 40 % sont vus seulement par un médecin généraliste et 55% sont suivis conjointement.

Les médecins généralistes prennent en charge les consultations programmées mais également celles qui ne le sont pas. Selon l'enquête menée par la DREES en octobre 2004 (14), les recours urgents ou non programmés constituent 12% de l'activité totale des médecins généralistes libéraux. Ainsi on estimait, en 2004, à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés pris en charge en médecine générale de ville pendant que les services d'urgence des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages. Ces consultations concernent essentiellement les moins de 45 ans, et notamment les enfants de moins de 13 ans, dont la part des recours programmés est inférieure de moitié à celle des recours non programmés.

Ainsi le médecin généraliste est un maillon essentiel dans la prise en charge des enfants.

Il assure des soins globaux et continus en intégrant les dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles. Il joue un rôle primordial dans la prévention et le suivi.

Alors, pourquoi n'arrive-t-il pas à être systématiquement la première personne vers laquelle les parents se tournent en cas de demande urgente de soins ?

Peut-être parce que les parents ont l'expérience d'un rendez-vous proposé quelques heures plus tard et qu'ils jugent la situation trop urgente ?

Dans l'étude de la DREES citée précédemment, l'attente est effectivement jugée trop longue pour 15% des patients.

Nous devons prendre en compte le fait que les parents récupèrent leurs enfants tard le soir après leur travail, et qu'il est difficile pour le médecin généraliste de voir tous ces enfants avant le lendemain. Les parents ne souhaitant pas attendre, trouvent la réponse en se rendant aux urgences.

La question de la définition de l'urgence est alors posée.

Littéralement, le mot urgence vient du latin « urgere » qui signifie « ce qui ne souffre pas de retardement ».

A l'origine, l'urgence correspondait à la définition univoque de l'urgence vitale.

Déjà en 1993, dans son rapport, Steg (15) tentait de clarifier la notion d'urgence en distinguant quatre niveaux :

- l'urgence vraie qui met en jeu le pronostic vital ou fonctionnel
- l'urgence ressentie qui vise un état morbide susceptible par son intensité ou sa soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié
- les soins de dispensaire définis comme des soins ambulatoires pouvant n'être que paramédicaux mais ayant nécessités au moins un avis médical pour un syndrome morbide d'apparition soudaine et récente
- les passages non urgents qui visent les consultations externes, les activités programmées ou les problèmes sociaux

Les auteurs du rapport soulignent que la notion « d'urgence ressentie » ne peut être constatée qu'a posteriori après que le diagnostic soit posé et que le plus anodin des symptômes peut masquer le début d'un trouble grave.

Ainsi, de nombreux rapports ont tenté de donner des éclairages à la notion d'urgence avec notamment la mise en place de classifications scientifiques : la classification clinique des urgences (CCMU) et la classification du groupe d'études multicentriques des services d'accueil (GEMSA) (annexe B).

Nous sommes ici face à toute la difficulté d'évaluer la gravité d'une pathologie, difficulté pour le médecin, alors comment demander aux parents qui n'ont pas les connaissances suffisantes et qui sont engagés affectivement, de répondre à cette question ?

Les parents ont toute confiance en leur médecin généraliste dans le domaine de la pédiatrie et pourtant ils ne se tournent pas toujours vers celui-ci lorsqu'ils se retrouvent face à une « urgence ».

De quelle manière peut intervenir le médecin généraliste ?

Pour toute pathologie, il doit expliquer son évolution naturelle, ce qui doit amener les parents à le reconsulter et les signes qui doivent les amener à consulter dans un service d'urgences. Pour cela, il ne doit pas hésiter à mettre des notes sur l'ordonnance et dans le carnet de santé.

Le médecin traitant doit également rappeler aux parents qu'ils ne doivent pas se rendre aux urgences pédiatriques lorsqu'ils pensent que la pathologie nécessite des examens complémentaires ou un avis spécialisé, c'est à lui de prendre cette décision et qu'il les aidera dans cette démarche.

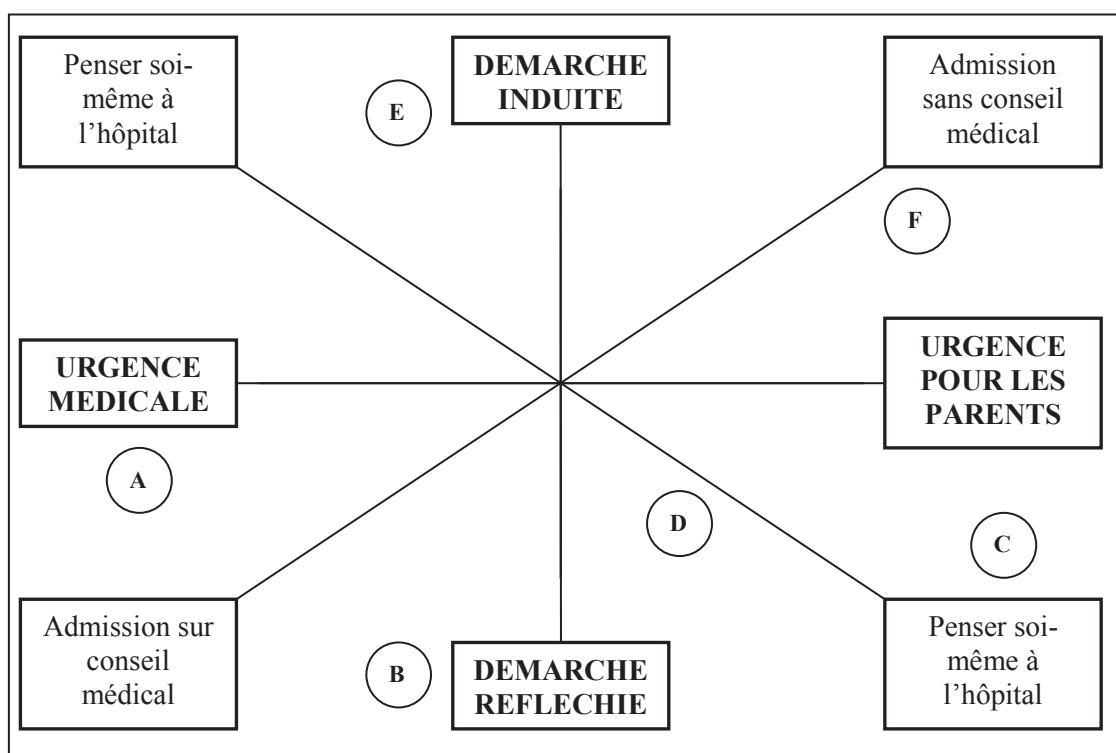
Le médecin généraliste doit revendiquer sa place de premier contact avec le système de soins, assurant ainsi une démarche de pertinence des soins.

c. Le nombre d'enfants adressés aux urgences pédiatriques

Dans la littérature, la proportion des enfants consultant aux urgences adressée par un médecin généraliste est faible (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

Ce phénomène est ancien. Une étude réalisée à Grenoble en 1986 (23) mettait en évidence six groupes significatifs de parents qui consultaient aux urgences pédiatriques (figure 3) : le type A (25%) correspondant aux parents envoyés par le médecin généraliste ou pédiatre, ils recourent spontanément à l'hôpital en cas d'état grave ; le type B (13%) correspond aux bons utilisateurs qui après un premier examen médical se sont référés d'eux-mêmes à l'hôpital ; le type C (17%) correspond aux parents excessifs dans leur recours à l'hôpital qui font davantage confiance à la compétence du personnel hospitalier qu'à celle d'un médecin seul ; le type D (8%) correspond aux parents qui sont guidés par la bonne image qu'ils ont de l'hôpital du fait de contacts antérieurs ; le type E (21%) correspond à des parents qualifiés d'anxieux qui ne pensent pas habituellement à l'hôpital mais qui y ont recours pour avoir une réponse à leurs angoisses, souvent pour de jeunes enfants ; le type F (16%) correspond à des parents démunis qui voient dans les urgences pédiatriques un centre médical ordinaire ouvert en permanence et offrant des facilités financières.

Figure 3



L'image prégnante de l'hôpital a tendance à orienter les patients qui obéissent majoritairement à une démarche personnelle réfléchie : l'hôpital est pensé comme un premier recours. Pour les auteurs de cette étude, le risque d'une telle situation était la banalisation de ce phénomène, largement entamée aujourd'hui.

Les services d'accueil d'urgence initialement dédiés à la prise en charge des patients les plus gravement atteints sont ainsi devenus, pour l'essentiel, des centres de soins primaires à type de consultations non programmées et ne justifiant pas, médicalement un plateau technique aussi sophistiqué. Ce phénomène n'est pas seulement coûteux en termes de temps et de moyens, mais surtout il peut compromettre les modalités de prise en charge des « urgences vraies » au niveau de l'accueil et de la disponibilité des personnels.

Néanmoins, un patient qui consulte aux urgences hospitalières n'est pas un intrus qui se trompe de lieu, mais une personne qui exprime une demande de santé que l'hôpital, qui a mission d'accueillir tout le monde (Mission de Service Public), se doit de prendre en compte. Il s'agit souvent, soit d'une urgence ressentie et analysée comme telle par le patient qui va sciemment choisir les urgences hospitalières, soit d'un recours en urgence en l'absence d'une offre alternative fiable aux yeux du patient en quête d'une réponse. Malgré les nombreuses critiques à l'encontre des urgences hospitalières : attente excessive, promiscuité, le patient privilégie l'hôpital où il dit trouver qualité et sécurité. Ce facteur irrationnel peu quantifiable est d'autant plus fort en pédiatrie puisque le patient est amené par un tiers, les parents le plus souvent, ce qui donne tout son sens à la notion d'urgence ressentie.

Ainsi dans notre étude, 59,8% des médecins généralistes déclaraient avoir adressé aux urgences pédiatriques ces trois derniers mois entre 1 et 5 enfants et 24,1 % déclaraient même n'en avoir adressé aucun.

La proximité du service des urgences explique peut-être ces chiffres extrêmement bas.

En effet, les parents vont facilement aux urgences sans passer par leur médecin traitant.

La situation est probablement un peu différente pour les zones plus rurales que celle de notre étude et il serait intéressant de comparer le recours direct aux urgences pédiatriques entre les populations urbaines et rurales.

Pour tous les recours directs le médecin généraliste n'a donc pas pu jouer son rôle de filtre et estimer si la situation de l'enfant nécessitait son passage aux urgences.

Ce rôle est particulièrement difficile pour les plus jeunes. L'étude de la DREES (4), réalisée sur le plan national en janvier 2002 auprès d'un échantillon de patients pris en charge dans 150 services d'urgences, montre que les nourrissons de moins d'un an sont proportionnellement 15 fois plus nombreux dans la patientèle des urgences et 80% de ces enfants se présentent sans avoir vu préalablement un médecin. Une autre étude réalisée dans le service des Urgences Pédiatriques du Havre (24) montre également la part importante des nourrissons de moins de 1 mois aux urgences, puisque leur passage aux urgences est deux fois plus important que leur « poids démographique » (0.5% de la population pédiatrique et 1% des urgences pédiatriques). Cette étude rappelle l'importance du séjour en maternité pour l'éducation aux soins des nouveau-nés et le problème posé par le raccourcissement de celui-ci.

Alors comment aider les parents dans leurs parcours ?

La réponse peut être apportée en développant l'information apportée aux parents comme dans l'expérience lyonnaise avec la création en 2002 du réseau Courlygones qui met à disposition des plaquettes d'informations, réalisées par des professionnels de santé, à l'usage du grand public. Il s'agit de délivrer une information simple mais non simpliste, compréhensible par tous et reposant sur des sources d'information validées, afin d'aider les parents à avoir les bons réflexes et à utiliser à bon escient les services d'urgences pédiatriques.

La question de l'usage des informations contenues dans le carnet de santé se pose.

Où doit-on afficher ces informations ? dans le carnet de santé ? dans la salle d'attente des médecins généralistes ? dans la salle d'attente des urgences pédiatriques ? à la télévision ?

L'essentiel étant de discuter de ses informations avec les parents et pas seulement de les diffuser.

A noter également que les médecins généralistes vont rarement prendre en charge les pathologies traumatiques puisque dans ce cas très souvent les parents à proximité d'un service d'urgences y amènent directement leur enfant.

Dans une étude de la DREES publiée en 2007 (12) sur les urgences en médecine générale, 78% de l'activité urgente des médecins généralistes sont liés à des troubles d'ordre somatique non traumatique, en particulier pour les jeunes patients de moins de 13 ans puisque ce chiffre

atteint 90% et que le généraliste effectue dans moins de 1% des cas des actes d'immobilisation ou de petite chirurgie.

Pourtant, 42,7% des médecins généralistes déclarent pratiquer des actes techniques de traumatologie (essentiellement sutures, immobilisations, ablations de corps étrangers). Mais il est vrai que dans ce domaine, la pédiatrie a la particularité de gérer l'enfant et sa douleur mais aussi l'angoisse parentale. Le plateau technique hospitalier (anesthésiants, équipe médicale complète...) est souvent nécessaire même si le traumatisme ou les soins sont minimes.

d. La formation médicale continue

Le devoir déontologique qu'ont les médecins de se former et d'évaluer leurs pratiques est devenu obligation légale en 1996 pour la FMC (ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996) et en 2004 pour l'évaluation des pratiques professionnelles (loi n°2004-810 du 13/08/04, définie par le décret du 14/04/05).

Pour Martinot (25) dans son enquête en 1994 auprès des médecins du département du Nord de la France, la formation aux urgences pédiatriques reçue pendant les études était estimée suffisante sur le plan théorique par 41% des médecins généralistes et sur le plan pratique par 5% d'entre eux seulement. Dans cette même étude les médecins généralistes se déclaraient intéressés par une formation complémentaire en médecine d'urgence pédiatrique. Devictor (26) insiste sur le fait de leur offrir une telle formation.

Actuellement, l'internat de médecine générale comporte un stage obligatoire en pédiatrie mais pas nécessairement aux urgences. Il serait intéressant d'interroger les jeunes médecins sur l'évaluation de leur formation à l'urgence pédiatrique.

Dans notre étude, 63,64% des médecins généralistes déclaraient participer à des FMC de pédiatrie, avec plus de femmes (76,2%) que d'hommes (60,6%). Ce qui montre bien l'intérêt que porte les femmes pour la pédiatrie et le désir qu'elles ont de se former.

Dans l'enquête sur « les pratiques en médecine générale dans cinq régions (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, PACA) de la DREES » (27), 81% des médecins généralistes déclarent participer à des FMC, avec seulement 19% des médecins qui n'ont pas participé à des FMC au cours des douze derniers mois ; 40% participent à une FMC une fois par trimestre ou moins et 41% participent à une session par mois ou plus. Les médecins généralistes sont donc intéressés par la formation médicale continue et ils l'a jugent efficace puisque dans cette enquête, plus de neuf médecins sur dix disent tirer un bénéfice dans leur pratique de la formation suivie.

e. Les raisons du recours aux urgences pédiatriques

La prise en charge de l'urgence constitue une obligation médico-légale et déontologique (article 77 du code de déontologie médicale) pour tout médecin (28).

Aussi bien sur le plan moral que sur le plan légal, le médecin doit être capable de prouver sa préoccupation vis-à-vis d'autrui et son désir actif de le secourir.

On ne lui reprochera pas l'insuccès de son intervention, mais son absence d'assistance.

Le médecin généraliste doit pouvoir juger du moment où il adresse un enfant aux urgences, anticiper l'évolution de la maladie.

La difficulté en médecine générale réside dans une pratique essentiellement fondée sur l'anamnèse, l'examen clinique et quelques examens simples réalisables au cabinet (exemple du strepto test, de la glycémie capillaire).

Dans notre étude, les médecins généralistes adressent un enfant aux urgences en priorité devant des signes de gravité clinique puis devant la nécessité de pratiquer des actes thérapeutiques ce qui semble tout à fait adapté au rôle des urgences.

Notre étude rappelle également la difficulté d'effectuer des examens complémentaires puisqu'en pédiatrie ils requièrent un personnel spécifiquement formé. Pourtant, ce motif n'arrive qu'en troisième ou quatrième priorité, les médecins semblent avoir alors de bons correspondants en ville.

Notre étude n'a pas permis de montrer que ce motif pour lequel un médecin peut être amené à adresser un enfant aux urgences peut dépendre de l'heure de la journée (pratiquer un ECBU à 18h30 à l'heure de la fermeture du laboratoire) ou du jour de la semaine (obtenir une radiographie du thorax un samedi midi).

Dans notre étude, les médecins généralistes n'utilisent pas les urgences pour avoir recours à un avis spécialisé ce qui est tout à fait adapté, reste à savoir vers qui se tournent-ils ? Un pédiatre libéral ? un pédiatre hospitalier ? Appelle-t-il le médecin de garde aux urgences ? Une enquête a été réalisée dans le service des Urgences Pédiatriques du Havre en 2002 (29) afin d'étudier les conseils téléphoniques donnés aux familles mais elle n'a pas permis de répertorier les appels des médecins généralistes.

De même, ils n'adressent pas un enfant pour un contexte familial défaillant, peut-être qu'il propose aux parents de revoir l'enfant pour s'assurer de la bonne évolution de la pathologie, de la bonne prise des traitements ? Ils contribuent ainsi à responsabiliser les parents qui ne doivent pas « consommer » de manière « passive » les urgences par habitude ou parce que « c'est pratique » ou « gratuit ».

En dehors des raisons médicales ou techniques pour lesquelles un médecin généraliste adresse un enfant aux urgences, il existe d'autres données qui vont pouvoir l'influencer.

Nous rappelons que dans la prise en charge d'un enfant l'inquiétude parentale joue un grand rôle et pour 40,23% des médecins interrogés cela peut influencer moyennement leur décision.

Dans son enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise sur les urgences pédiatriques et les consultations non programmées en cabinet de ville, Stagnara (5) a étudié entre autre, auprès d'une population de patients de moins de 18 ans les motifs invoqués du recours non programmé aux soins : l'anxiété parentale représente 20 à 24% des motifs.

Alors quelle attitude doit adopter le médecin généraliste face à ces parents inquiets ? Doit-il redéfinir l'urgence ? Doit-il adresser l'enfant aux urgences car le lieu est rassurant pour les parents ? Parce qu'il pense que les parents s'y rendront quand même ? Pour se rassurer lui-même ?

Le moment de la journée représente aussi un facteur déterminant puisqu'un médecin généraliste adressera plus facilement aux urgences le soir ou la veille d'un week-end afin d'assurer la surveillance nécessaire, les services d'urgences jouent alors parfaitement leur rôle de plateau technique et de structure spécialisée accessibles 24h/24.

Il est important de rappeler que les raisons du recours aux urgences pédiatriques sont multifactorielles et que nous aurions pu étudier d'autres paramètres tels que l'âge de l'enfant ou sa coopération et bien d'autres encore. Par ailleurs, il existe un facteur non quantifiable et totalement subjectif dans la prise en charge d'un patient : l'impression globale, ce que nous pourrions vulgairement appeler le « feeling ».

f. La place des outils d'aide diagnostique et thérapeutique dans la prise en charge des urgences pédiatriques

Quelle place occupe l'avis téléphonique, les revues médicales et internet dans la prise en charge des médecins généralistes avant d'adresser un enfant aux urgences ?

L'avis téléphonique permet dans certains cas d'éclaircir un doute diagnostique, de communiquer de vive voix avec la structure d'accueil, de modifier la prise en charge ou l'orientation d'un enfant.

Les revues médicales et internet peuvent dans certains cas aider au diagnostic ou conforter la prise en charge.

Selon le CESSIM (Centre d'Etudes Sur les Supports de l'Information Médicale) qui a publié son troisième baromètre en octobre 2010, la principale source d'information des généralistes reste la presse professionnelle (67%), internet arrive juste derrière (47%), pour le type d'information recherchée, l'information sur une pathologie (48%), les recommandations officielles (39%) ou l'actualité professionnelle (25%) prédominent. Cette étude montre que l'utilisation d'internet est différente selon les profils, pour les jeunes médecins, nouvellement installés, internet est considéré comme une véritable source d'information, alors que pour les généralistes plus âgés, internet demeure un outil de communication.

Dans notre étude, nous avons également mis en avant que l'utilisation d'internet comme aide diagnostique et/ou thérapeutique était plus fréquente chez les moins de 45 ans.

La recherche d'information médicale pendant la consultation n'est pas un processus simple. Il faut tout d'abord définir de façon précise l'information dont on a besoin, puis élaborer une stratégie de recherche, enfin savoir comment utiliser l'information obtenue pour que le patient puisse en bénéficier.

L'utilisation d'internet nécessite des repères pour trouver rapidement la réponse adéquate et les informations sont nombreuses : des livres et dictionnaires en ligne, des banques de données (banques de maladies, banques d'iconographies, banques médicamenteuses), des

documents de référence, des recommandations, des utilitaires (de calcul...), des informations pratiques pour le médecin et pour le patient.

Pourtant les médecins de notre étude n'utilisaient pas ces outils.

Quelles raisons peuvent-être mises en avant ?

Le manque de temps ?

Ils ne font pas partie de leur pratique habituelle ?

La gêne vis-à-vis du patient, car leur utilisation traduit un doute sur le diagnostic ou la prise en charge et discrédite le médecin ?

Le manque de lien ville/hôpital ?

La peur de la réaction du confrère hospitalier ?

Ils pensent avoir les mêmes moyens et les mêmes compétences en pédiatrie que leurs confrères généralistes ou pédiatres libéraux ?

Le fait de ne pas avoir d'ordinateur pour certains ?

Pourtant, en France 73% des cabinets sont connectés à internet ce qui représente un taux légèrement au-dessus de la moyenne européenne de 69%, même si il est très en dessous de certains pays puisqu'en 2007, en Estonie, en Finlande, au Danemark, en Suède, en Islande, en Hollande et en Grande-Bretagne, plus de 95% des généralistes disposaient d'un accès professionnel à internet.

Et le récent baromètre CNOM-VIDAL montrait que 71% des généralistes utilisaient des smartphones.

Le principal handicap n'est pas seulement la formation initiale, d'autant qu'elle serait forcément en décalage avec la réalité des outils qui évoluent vite, mais également la richesse quantitative des informations que l'on y trouve, posant le problème de la qualité de celles-ci.

Plusieurs médecins nous ont fait part dans les commentaires qu'ils utilisaient l'avis d'un confrère de leur cabinet. Avec l'explosion des cabinets de groupe, la médecine générale n'est plus une discipline solitaire mais un vrai travail d'équipe.

Un médecin nous disait, qu'en cas de doute diagnostic, il pratiquait des examens complémentaires afin d'éclaircir la situation. Comme nous l'avons vu précédemment, les

généralistes de notre étude envoient les enfants aux urgences que devant des signes cliniques de gravité, ce qui représente peu de cas, et que dans tous les autres cas les examens complémentaires sont réalisés en ville. La difficulté n'est donc pas de poser le diagnostic, ce qui peut se faire en plusieurs consultations, mais d'expliquer au parent que cela va prendre du temps.

g. Les relations ville-hôpital

Beaucoup d'études mettent en avant un problème de communication et de collaboration entre la ville et l'hôpital pour plusieurs raisons : le mode et les moyens de prise en charge sont différents. L'un des acteurs développerait une approche globale du patient, l'autre aurait une prise en charge centrée sur une pathologie. Les différents protagonistes ne se connaissent pas ou peu, leurs attentes sont différentes et la perception des urgences entre médecin généraliste et urgentiste est différente.

La perte de prestige professionnel et social couplée avec l'image de l'hôpital comme institution produisant des soins de haute technicité alimente les éventuelles tensions dans les relations avec la médecine de ville. Les uns se sentiraient mésestimés, les autres seraient déconnectés des préoccupations de la médecine générale. L'interface ville-hôpital est un véritable défi.

Notre étude a permis de mettre en avant deux types de relation entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques.

D'abord nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils prenaient avis, par téléphone, auprès de leurs confrères hospitaliers.

Le téléphone est un bon moyen de communication entre les différents acteurs. Pourtant, 49% des médecins interrogés prennent rarement, et même jamais pour 25,6% d'entre eux, un avis téléphonique auprès du sénior des Urgences Pédiatriques. Peut-être estiment-ils avoir des connaissances suffisantes en pédiatrie ou par peur de «perdre» la confiance que leur accordent les parents, ou parce que le sénior des urgences est difficilement joignable ? Trente-huit virgule huit pourcents des médecins ne demande jamais, et 48% rarement, un avis téléphonique auprès du médecin régulateur du 15, traduisant peut-être la faible fréquence des urgences vitales en cabinet de ville.

Pourquoi les médecins généralistes de notre étude ont-ils si peu recours à un avis téléphonique auprès d'un confrère hospitalier ?

Plusieurs raisons peuvent-être évoquées :

Ils sont à l'aise avec la pédiatrie et estiment leurs connaissances suffisantes pour gérer les pathologies urgentes les plus fréquentes ?

Les spécialistes sont difficilement joignables ? Ils ne les connaissent pas ?

Par manque de temps ?

Par manque d'habitude ?

Ils ne savent pas à qui s'adresser ?

Et pourtant, une utilisation plus systématique de l'avis téléphonique permettrait sûrement de mieux orienter l'enfant dans le système de soins, de nouer des relations avec les médecins hospitaliers et peut-être de diminuer le nombre de recours aux urgences pédiatriques.

Alors comment faciliter les échanges entre médecin généralistes et pédiatres hospitaliers ?

Par exemple généraliser la mise en place d'un numéro dédié aux médecins généralistes, pour joindre les urgences pédiatriques et les pédiatres hospitaliers, favoriser les rencontres entre équipes hospitalières et médecins généralistes, envoyer systématiquement aux médecins généralistes ayant adressé un enfant un compte-rendu même pour les enfants non hospitalisés.

Dans le secteur de notre étude, de nombreuses FMC sont organisées et permettent effectivement aux médecins généralistes libéraux de rencontrer les spécialistes hospitaliers.

De même dans le fonctionnement du service des Urgences Pédiatriques du Havre, un courrier doit systématiquement être envoyé au médecin généraliste qui a envoyé un enfant, de même pour les nourrissons de moins de un an adressés ou non par un médecin. Mais nous pourrions envisager que ce courrier soit rédigé pour tous les patients consultants aux urgences, sans exception. Dans l'hypothèse où les dossiers seraient informatisés, cela permettrait de remettre facilement aux parents un courrier simple et standardisé (dossier médical partagé en attente de généralisation).

Ensuite, nous nous sommes intéressés au mode d'adressage des médecins généralistes et le retour qu'ils ont eu par le service des Urgences Pédiatriques.

L'ensemble des médecins ayant répondu à notre questionnaire ont affirmé avoir prévenu le Service des Urgences Pédiatriques soit uniquement par courrier pour 49,4%, soit uniquement par téléphone pour 1,1% soit par courrier et téléphone pour 49,4 %.

Quant au retour fait par les urgences, les médecins généralistes ont déclaré avoir eu des nouvelles de l'enfant dans 94,4% des cas et que ces nouvelles avaient été données par un courrier des urgences dans 98,8% des cas et par un appel des urgences dans 83,3% des cas. En conclusion, la transmission des informations paraît plutôt bonne. Les enfants arrivent aux urgences avec un courrier et repartent avec un courrier. Il reste à savoir si les courriers sont jugés informatifs et si le courrier de sortie des urgences a directement été remis aux parents ou s'il a été envoyé au médecin généraliste et dans quel délai. Dans le service des Urgences Pédiatriques du Havre, les courriers sont envoyés au médecin généraliste dès le lendemain.

L'étude de Martinot (30) compare deux travaux réalisés à Lille et à Nantes. Elle montre qu'à Nantes, une information écrite et/ou téléphonique était donnée par les médecins chez 40% des enfants (53% des affections médicales) ; alors que dans l'étude lilloise, une lettre d'admission était rédigée pour 76% des enfants, mais aucun des médecins n'avait appelé l'Unité des Urgences Pédiatriques. Un tiers des lettres étaient jugées insuffisamment informatives par les médecins des Urgences.

L'étude formule deux conclusions. D'une part, un contact téléphonique précise facilement cette demande et permet de définir avec le médecin une attitude qui ne le disqualifie pas aux yeux des parents. D'autre part, lorsqu'un enfant quitte les Urgences Pédiatriques, les conclusions diagnostiques et les traitements doivent être rapidement transmis au médecin traitant (compte-rendu standardisé).

Qu'attendent les médecins généralistes de l'hôpital ?

Dans son étude, Domard (31) montre que l'élément le plus important est la transmission de l'information médicale, le délai de celle-ci mais aussi sa pertinence. L'information doit fournir aux médecins généralistes les moyens d'une prise en charge cohérente du patient en tenant compte des besoins de sa pratique. Il doit également être informé du niveau d'information que l'hôpital a donné au patient sur sa pathologie et le traitement proposé.

Dans notre étude, un médecin nous a fait part du fait qu'il souhaiterait être contacté par le médecin des urgences lorsqu'un enfant n'est pas hospitalisé alors qu'a priori il l'adressait en vue d'une hospitalisation. Il serait effectivement intéressant d'échanger les éléments des uns et des autres (connaissance du patient et de son entourage pour le médecin généraliste, résultats d'examen complémentaires pour l'urgentiste) afin d'organiser au mieux le suivi du patient, et de prendre ensemble certaines décisions.

h. Discussion sur le questionnaire.

Le taux de réponse à ce questionnaire est plutôt bon (48%) même s'il est perfectible.

Les médecins généralistes ne sont pas insensibles au sujet du recours aux urgences. Aucun médecin ne veut laisser dire qu'il adresse aux urgences pédiatriques des consultations banales.

Nous devons préciser que les questionnaires ont été déposés ou envoyés dans les cabinets en mai et juin 2012, les réponses à certaines questions auraient pu être différentes à une autre époque de l'année, notamment le nombre d'enfants adressés aux urgences ces trois derniers mois (mars/avril/mai) puisque cette période ne correspondait pas aux épidémies hivernales de gastro-entérites et bronchiolites.

Beaucoup de questions sont qualitatives et leur interprétation est donc difficile.

CONCLUSION

Notre étude montre que la pédiatrie occupe une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes mais qu'ils ont peu recours aux urgences pédiatriques.

Les médecins généralistes assurent la prise en charge des urgences pédiatriques de façon efficace et réfléchie.

Leurs demandes sont appropriées à la situation de l'enfant puisque priment les signes de gravité clinique mais leurs décisions sont influencées par de nombreux autres facteurs.

Finalement, le rôle des médecins généralistes dans le désengorgement des urgences pédiatriques réside dans l'éducation et l'accompagnement des parents.

Ils doivent améliorer l'information des parents quant aux alternatives possibles au recours aux urgences, les inciter à essayer de les joindre avant de recourir aux urgences et les éduquer à gérer des symptômes comme la fièvre, la diarrhée, les coliques, les vomissements, la douleur, autant de pathologies bénignes qui peuvent être gérées sans passer par les urgences.

Les parents sont-ils bien informés sur les possibilités de prise en charge ambulatoire ? Ont-ils contacté le médecin de garde ? Savent-ils que le service des urgences n'est pas le service approprié pour réaliser un examen complémentaire non urgent pour la prise en charge (radiographie, biologie...) prescrit par le médecin traitant.

De leur côté, les pouvoirs publics pourraient élaborer des spots télévisés ou envoyer aux familles des minis guides pratiques, élaborés en collaboration avec le corps médical, pour les aider à prendre en charge les pathologies courantes de leurs enfants.

Pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des urgences pédiatriques, il faut développer les relations ville-hôpital, faire en sorte que l'information médicale soit de qualité, qu'elle circule vite et privilégier les contacts téléphoniques.

Mais il faut également développer les relations des différents acteurs libéraux (généralistes/biologistes/radiologues/pédiatres libéraux).

L'objectif étant pour chacun de préserver le rôle initial des services d'urgence qui est de gérer les « vraies urgences » et non pas de réaliser de la « simple consultation » ou donner un avis spécialisé.

Tout ceci pourra se faire en organisant le système de soins et en éduquant les parents, inquiets, qui veulent être servis dans les meilleurs délais avec l'assurance de soins de qualité et d'un diagnostic certain et rapide.

Bibliographie

1. BEAUBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M, FIVAZ C, GIRARD I, LE LAIDIER S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2000 : 72 : 1-8
2. ALFARO C, BRODIN M, LOMBRIL P, FONTAINE A, GOTTOT S. Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Ile-de-France. Arch Pediatr. 1992 : 49 : 785-91
3. MARTRILLE L, LEZIN B, GUILLOUET N, DUHAMEL J-F, GUILLIOS B. Urgences médicales pédiatriques hospitalières : évaluation de la gravité des pathologies et de la décision de consultation. Arch Pediatr. 1999 : 6 Suppl 2 : s586
4. CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2003, n°212, 1-8
5. STAGNARA J, VERMONT J, DUQUESNE A, ATAYI D, DE CHABANOLLE F, BELLON G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées : enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Arch Pediatr. 2004 : 11 : 108-114.
6. CODAH. Diagnostic territorial de santé, Direction Santé. 2010 : 18-86
7. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, ROMESTAING P. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie-Situation au 1^{er} juin 2011-Conseil National de l'Ordre des Médecins 2012
8. LE ROUX, P. Rapport d'activité du service des Urgences Pédiatriques du Havre 2011
9. Atlas 2012 de démographie médicale (Conseil de l'Ordre des Médecins)
10. YVON B, LEHR-DRYLEWICZ A, BERTRAND P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. 2007 ; Volume 3, Numéro 2 : 83-8
11. BAUDIER F, et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé n°157. Septembre 2010
12. FRANC C, VAILLANT M, ROSMAN S, PELLETIER-FLEURY N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques DREES. 2007 : 588

13. CNAMTS. Coup de projecteur « l'activité des pédiatres libéraux en 2002 ». Point de conjoncture. 2003 ; 10 : 10-14
14. GOUYON M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. 2008 ; 625 : 2-8
15. STEG A. La médicalisation des urgences. Rapport de la Commission de restructuration des urgences. 1993 : 8-12
16. HUE V, AUREL M, HEUCLIN T, DUBOS F, MARTINOT A, et pour le GFRUP. Etat des lieux de l'accueil des enfants aux urgences en France en 2007. J,JEUR.2009 ; 22Suppl 2 : A92
17. HUE V, WALTER-NICOLET E, MARTINOT A. Le réseau inter hospitalier d'évaluation des pratiques médicales dans les affections courantes de l'enfant. Implication des pédiatres dans l'accueil des urgences. Enquête « un jour donné » auprès des centres hospitaliers et des pédiatres libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais. Arch Pediatr. 2004 ; 11 : 1191-6
18. BOULLOCHE J, GUILBERT L, GODDE F, DEVOS AM, AMUSSINI P, JULIEN JP, et al. Les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre : analyse des modalités de recrutement. Arch Pediatr. 1995 ; 2 : 601-2
19. BERTIE M, MARTIN-ROBIN C. Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Arch Pediatr. 2003 ; 10Suppl 1 : 61s-63s
20. KINI NM. Non urgent use of the pediatric emergency department during day. Pediatr Emerg Care. 1998 ; 14 : 19-21
21. ELKOHEN M.R, CNEUDE F, PEMBA A, POUANSI M, NYOMBE P, KREMP O, et al. Accueil des enfants aux urgences de l'hôpital Saint-Antoine à Lille : bilan d'activité. Arch Pediatr. 1999 ; 6Suppl 2 : s584
22. MARTRILLE L, LEZIN B, GUILLOUET N, DUHAMEL JF, GUILLOIS B. Urgences médicales pédiatriques hospitalières : évaluation de la gravité des pathologies et de la décision de consultation. Arch Pediatr. 1999 ; 6 Suppl 2 : s586
23. MARGUET MC, et al. Etude du CHU de Grenoble sur les motivations des parents à amener leurs enfants en urgence à l'hôpital. 1986 in le mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de PETER D.
24. TORRE S, MICHALSKI C, BALGAID A, DUFOUR D, PAON JC, LE ROUX P. Les nourrissons de moins de 1 mois aux urgences pédiatriques. Etude épidémiologique. Arch Pediatr. 2006 ; 13 Suppl 1 : S69-72
25. MARTINOT A, FOURRIER-LAMISSE C, HUE V, DIEPENDAELE JF, TESTARD MA, FLURIN V et al. Le médecin généraliste et l'urgence pédiatrique : Enquête auprès des médecins du Nord de la France. Réan. Urg. 1994 ; 3 : 255-260

26. DEVICTOR D, COSQUER M, SAINT-MARTIN J. L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales « un jour donné ». Arch Pediatr. 1997 ; 4 : 21-26
27. GUERVILLE MA, PARAPONARIS A, REGI JC, VAISSADE L, VENTELOU L, VERGER P. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et évaluation des recommandations de bonne pratique. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques DREES. 2009 : 708
28. Code de déontologie médicale, article 77
29. DUFOUR D, PAON JC, MARSHALL B, MARCOU A, BELGAID A, LE ROUX P. Les conseils téléphoniques aux urgences pédiatriques : expérience du centre hospitalier du Havre. Arch Pediatr. 2004 ; 11(9) :1036-40
30. MARTINOT A, BOSCHER C, ROUSTIT C, HUE V, LECLERC F, MOUZAR A, Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? Arch Pediatr. 2000 ; 7 : 591-3
31. DOMARD C, CLAVERO J. La continuité des soins de ville après une hospitalisation, URML Ile de France. 2006

Annexes

1. Annexe A : classifications

a. Classification Clinique des Malades aux Urgences (C.C.M.U.)

Classe I	état lésionnel ou pronostic vital jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences
Classe II	état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences
Classe III	état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, il n'engage pas le pronostic vital et la décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences
Classe IV	situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimations aux urgences
Classe V	situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manœuvres de réanimation

b. Classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (G.E.M.S.A.)

G1	Malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation
G2	Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale...)
G3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, rappel de vaccination, CMI,)
G4	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil. Pour ces patients une démarche diagnostic est effectuée et une thérapeutique éventuelle est initiée.
G5	Patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil que pour des raisons d'organisation. Pour ces patients, il y a accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge. Le passage au service d'accueil n'est motivé que pour faciliter la réalisation de certains examens.
G6	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière attentive pendant au moins une heure)

2. Annexe B : questionnaire

**ANALYSE
DU RECOURS
AU SERVICE DES URGENCES PEDIATRIQUES DU HAVRE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES**

Dans le cadre d'une thèse dirigée par le Dr Le Roux, chef de service des urgences pédiatriques du Havre, je vous adresse ce questionnaire qui vous prendra peu de temps.

Les données seront traitées de manière anonyme.

Merci d'avance pour votre aide.

1) Votre âge :

2) Votre sexe : homme femme

3) Votre mode d'activité : cabinet seul cabinet de groupe
 autre :

4) Depuis combien d'années êtes-vous installés ?

5) En moyenne combien de consultation de pédiatrie faites vous par semaine ?

- < 10 % de 10 à 25 % de 25 à 50 % > 50 %

6) Combien d'enfants avez-vous adressé aux urgences pédiatriques au cours des 3 derniers mois ?

- 0 < 5 de 5 à 10 > 10

7) Participez-vous à des FMC sur la prise en charge de la pédiatrie ?

- oui non

8) Classez par ordre décroissant de priorité (de 1 à 6) les raisons pour les quelles vous adressez aux urgences pédiatriques : (1 = priorité n°16 = priorité n°6)

- Demande d'avis spécialisé priorité n°.....
- Nécessité d'examens complémentaires (examen biologique, ECBU, radiologie...) priorité n°.....
- Nécessité d'une surveillance priorité n°.....
- Nécessité d'actes thérapeutiques (aérosol, perfusion, suture, immobilisation) priorité n°.....
- Contexte familial défaillant (problème de compréhension et/ou d'observation et/ou de surveillance) priorité n°.....
- Signes de gravité clinique priorité n°.....

9) Pratiquez-vous des actes techniques de traumatologie (suture, immobilisation...) ?

- oui non

Si oui
lesquels ?.....
.....

10) Dans vos conditions d'exercice quotidien, quantifiez l'importance des paramètres qui vont influencer votre décision à adresser aux urgences pédiatriques ?

(B = beaucoup, M = moyennement, P = peu, PDT = pas du tout)

	B	M	P	PDT
- Surcharge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Manque de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le jour de la semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le moment de la journée (tard le soir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'inquiétude parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous n'êtes pas le médecin traitant habituel du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Avant d'adresser aux urgences, utilisez-vous ces différents outils d'aide diagnostique ou thérapeutique pour votre prise en charge ?

(B = beaucoup, M = moyennement, P = peu, PDT = pas du tout)

	B	M	P	PDT
- Un avis téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une revue médicale et/ou livre de médecine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel ?				

12) Si vous souhaitez prendre un avis téléphonique, vers qui vous tournez-vous ?

(S = systématiquement, F = fréquemment, R = rarement, J = jamais)

	S	F	R	J
- Un confrère généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un pédiatre libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un médecin des urgences pédiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un médecin régulateur du centre 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Quand vous adressez un enfant aux urgences pédiatriques :

	Oui	non
- Vous l'adrez avec un courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous prévenez les urgences par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Avez-vous eu des nouvelles de l'enfant que vous avez adressé aux urgences pédiatriques ?

Oui

Non

15) Si oui, par quel moyen ?

- la famille

- un appel téléphonique des urgences

- un courrier des urgences

- autre :

Remarques / suggestions :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C'est fini !

Merci beaucoup pour votre collaboration et pour le temps oh combien précieux que vous nous avez consacré.

Veillez agréer, Chère Consœur, cher Confrère, mes salutations.

Liste des abréviations

CCMU	:	Classification Clinique des Urgences
CESSIM	:	Centres d'Etudes Sur les Supports de l'Information Médicale
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS	:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CODAH	:	Communauté de l'Agglomération Havraise
DES	:	Diplôme d'Etudes Supérieures
DREES	:	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECBU	:	Examen Cytobactériologique des Urines
FMC	:	Formation Médicale Continue
GEMSA	:	Groupe d'Etudes Multicentriques des Services d'Accueil
GHH	:	Groupe Hospitalier du Havre
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile

RESUME :

OBJECTIF :

Analyser le recours au service des Urgences Pédiatriques du Havre par les médecins généralistes.

MATERIEL ET METHODE :

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Le questionnaire a été adressé en mai et juin 2012 à tous les médecins généralistes exerçant dans le secteur desservi par les urgences pédiatriques du Havre, ce qui représente 185 médecins.

RESULTATS :

Le taux de participation à l'étude était de 48%.

L'âge moyen était de 53,5 ans, la proportion d'hommes était de 75,3% (67 hommes et 22 femmes).

Les médecins déclaraient, pour 64% d'entre eux, que 10 à 25% de leurs consultations par semaine étaient une consultation de pédiatrie ; 59,8% déclaraient avoir adressé entre 1 et 5 enfants aux urgences pédiatriques ces trois derniers mois.

Ils adressaient en priorité un enfant aux urgences pédiatriques devant des signes de gravité clinique pour 87,9% d'entre eux.

Le fait de ne pas être le médecin traitant de l'enfant n'influçait pas du tout la décision d'adresser aux urgences pour 51,1% des médecins, l'inquiétude parentale influçait moyennement pour 40,2%, le moment de la journée influçait moyennement pour 30,3%, le jour de la semaine n'influçait pas du tout pour 46,6%, le manque de temps n'influçait pas du tout pour 56,2 % et la surcharge de travail n'influçait pas du tout pour 57,3%.

Les médecins utilisaient peu d'outils d'aide diagnostique ou thérapeutique : 48,3% n'utilisaient pas du tout internet, 48,3% n'utilisaient pas du tout de revue médicale, 33,7% n'utilisaient pas du tout d'avis téléphonique.

La totalité des médecins avaient adressé l'enfant aux urgences pédiatriques en prévenant le service soit par courrier soit par téléphone. En retour, 98,8% d'entre eux avaient reçu un courrier des urgences.

CONCLUSION :

Notre étude montre que la pédiatrie occupe une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes mais qu'ils ont peu recours aux urgences pédiatriques.

Leurs demandes sont appropriées à la situation de l'enfant puisque priment les signes de gravité clinique, mais leurs décisions sont influçées par de nombreux autres facteurs.

Pour les aider dans leur prise en charge, il faut développer la transmission de l'information médicale qui doit être rapide et de qualité.

MOTS CLES :

Médecine générale, Urgences pédiatriques, motifs de recours aux urgences pédiatriques, démarche de soins, relations ville-hôpital