



HAL
open science

La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant. Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen

Xavier Benet

► **To cite this version:**

Xavier Benet. La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant. Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01079525

HAL Id: dumas-01079525

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079525v1>

Submitted on 3 Nov 2014

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.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN

Année 2014

Thèse pour le doctorat en médecine

(Diplôme d'état)

**La confiance des parents vis à vis de
leur médecin généraliste pour la
prise en charge de leur Enfant**

Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du
CHU de Rouen

Xavier BENET

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2014

Président du jury : Monsieur le Professeur Benoît Veber

Membres du jury : Monsieur le Professeur Eric Mallet

Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly

Directrice de thèse : Docteur Sophie Rigal

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.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

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 (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	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. 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 communication	HCN	Informatique Médicale/Techniques de
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme 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. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
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
Mme 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. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme 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	Hépatologie - Gastro - Entérologie

M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
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
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme 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 BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
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
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

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
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme 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
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme 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. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

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

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** 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

Mme Yveline **SEVRIN-TARTARIN** 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

Mme 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
Mme 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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Benoît Veber,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Eric Mallet,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et d'évaluer mon travail.

A Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly,

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Madame le Docteur Sophie Rigal,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse.

Merci pour ton investissement, ta disponibilité, tes conseils et ta gentillesse.

Enfin, merci pour ton encadrement au cours de mon semestre de pédiatrie !

A mes collègues, ma famille, mes amis

A l'ensemble de **l'équipe des urgences pédiatriques** du CHU de Rouen,

Merci d'avoir, pendant 6 mois, distribué, expliqué, récupéré mon questionnaire. Merci pour votre gentillesse et votre accueil le long de mon semestre dans votre service.

Aux médecins et aux équipes paramédicales des urgences adultes et du SAMU du Havre,

Merci de m'accueillir très prochainement au sein de vos équipes.

Aux médecins que j'ai pu côtoyer tout au long de ma formation,

Merci, vous avez tous participé à former mon bagage médical.

A mes co-internes des différents stages pour tous ces moments passés ensemble, à l'hôpital comme en dehors.

Merci à **Cédric Tzebia** pour ton aide précieuse pour les stat' !

A Laure, à ma famille et à mes amis,

Merci d'être présents auprès de moi.

Table des matières

1. INTRODUCTION :	14
2. Matériel et Méthode :	16
2.1. Objectif de l'étude :	16
2.2. Le protocole d'étude :	16
2.3. Les caractéristiques de la population en Haute Normandie :	16
2.4. Le calcul d'effectifs :	17
2.5. Les impératifs du recueil :	17
2.6. Le contenu du questionnaire :	18
2.6.1. La population :	18
2.6.2. La relation avec le médecin traitant :	19
2.7. L'analyse des données :	20
2.7.1. L'analyse descriptive :	20
2.7.2. L'analyse de la confiance :	20
2.7.3. L'analyse de la satisfaction de la prise en charge par le médecin traitant:	21
A) L'analyse univariée :	21
B) L'analyse multivariée :	22
3. Résultats :	23
3.1. La population :	24
3.1.1. La démographie :	24
3.1.2. Le parcours de soins :	27
3.2. La relation avec le médecin traitant :	30
3.2.1. La confiance :	30
3.2.2. La satisfaction de la prise en charge par le médecin généraliste :	31
A) L'écoute :	31
B) L'obtention rapide d'un rendez-vous en cas de besoin :	31
C) L'appréciation globale de la prise en charge de l'enfant par le médecin traitant :	31
D) L'analyse des variables explicatives de la confiance :	32
4. Discussion :	34
4.1. Le recueil et le questionnaire :	34
4.2. La population :	35
4.2.1. La démographie :	35
4.2.2. Le parcours de soins	37
4.3. La relation avec le médecin traitant:	38
4.3.1. La confiance dans les compétences du médecin :	38
4.3.2. La satisfaction de la prise en charge :	47
A) L'écoute :	47
B) La disponibilité :	48
Conclusion :	56
Bibliographie	57
Annexe 1 : Questionnaire	62
Résumé :	63

1. INTRODUCTION :

Le nombre de passages dans les services d'urgences est en augmentation constante sur ces dernières années. Il est passé en France de 14 millions de passages par an en 2002 à 18 millions de passages en 2012 (statistique annuelle des établissements de santé). La problématique posée par cette augmentation est multiple. Pour les usagers, l'insatisfaction est liée à des temps d'attente parfois excessifs. Ceci engendre de l'agressivité et de l'incompréhension. Pour les professionnels travaillant dans les structures, il s'agit de relever un défi quotidien pour accueillir, orienter les patients et de faire évoluer l'organisation du service au sein de l'hôpital pour permettre une prise en charge correcte. Pour les pouvoirs publics, il s'agit de trouver des solutions adaptées aux besoins réels de la population.

L'augmentation des flux de patients dans les services d'urgences fait l'objet d'études, sans qu'une cause précise ne soit mise en évidence. Les plans d'accès aux soins, dessinés par les Agences Régionales de Santé (ARS), cherchent à organiser les flux de patients. Pour la sécurité sociale, les consultations aux urgences sont plus coûteuses que des consultations ambulatoires : d'après la Direction Générale de l'offre de soins, un passage aux urgences coûtait en moyenne 223 euros en 2004 contre 48 euros pour une consultation dans le cadre de la permanence des soins.

On remarque dans les services d'urgences pédiatriques que l'augmentation du nombre de passages ne se traduit pas par une augmentation du nombre d'hospitalisations. Les consultations d'enfants ne débouchent pas systématiquement sur la prescription d'examen complémentaires ou sur une prise en charge spécialisée. Le taux d'enfants hospitalisés au décours d'une consultation dans les services d'urgences pédiatriques se situe entre 6% et 22% en fonction des études. A Rouen, il se situe autour de 15% en fonction des années. Parfois même les patients ont préalablement vu un médecin en ville avant de s'adresser aux services d'urgences pédiatriques (SUP), où l'on confirme simplement la bonne prise en charge instituée, sans nécessairement modifier la prescription.

Actuellement, il semblerait que la confiance dans le corps médical est fortement remise en cause. Le nombre de plaintes à l'encontre des professionnels de santé augmente chaque année, et l'attitude des médecins est remise en cause dans des scandales médiatiques (Affaire MEDIATOR, prothèses PIP)

Il n'existe pas d'étude qui prouve la confiance des patients vis à vis de leur médecin généraliste. En effet, la confiance est une dimension de la relation

médecin/malade qui est relativement abstraite et complexe. C'est un lien qui se tisse avec le temps. Les déterminants de la confiance vis à vis du médecin sont nombreux. La compétence, la disponibilité, mais aussi la relation médecin malade elle même et les modes de communication utilisés par le médecin la conditionnent. Elle doit être réciproque dans la relation médecin malade.

Nous nous sommes demandés si les parents ont confiance dans les compétences de leur médecin traitant pour le suivi de leurs enfants. Peut être que les consultations croissantes aux urgences pédiatriques sont la traduction de cette perte de confiance. Néanmoins, d'autres explications peuvent être cherchées notamment la baisse de disponibilité des médecins.

Pour répondre à ces questions nous nous sommes intéressés aux parents qui franchissaient la porte du SUP et nous leur avons demandé quelle confiance ils accordaient au médecin traitant de leur(s) enfant(s).

2. Matériel et Méthode :

2.1. Objectif de l'étude :

Le premier objectif de l'étude était de déterminer la **confiance** des patients vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leurs enfants, dans les différents domaines de **compétence** des médecins généralistes.

Le deuxième objectif était de mettre en évidence les éléments de **satisfaction de la prise en charge par le médecin traitant**, notamment l'écoute et la disponibilité.

2.2. Le protocole d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle quantitative par diffusion de questionnaires au sein du service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rouen. Le contenu du questionnaire était expliqué et remis aux parents à l'accueil de l'enfant, par l'infirmière d'accueil et d'orientation. Il était proposé à tous les parents se présentant aux urgences avec leur enfant, quel que soit leur âge, leur pathologie et leur lieu de résidence. La première partie était remplie par le ou les parent(s) eux même, puis le questionnaire était rendu au médecin prenant en charge l'enfant. Il remplissait alors l'encadré destiné à évaluer la pertinence de cette consultation après examen clinique.

Les données étaient recueillies de façon anonyme et non obligatoire. Elles ne contenaient pas de données médicales.

Lorsque l'item portant sur la confiance n'était pas rempli, le questionnaire était exclu de l'analyse.

2.3. Les caractéristiques de la population en Haute Normandie :

La Haute Normandie comportait 1,84 millions d'habitants en 2011 dont un tiers dans l'Eure. L'aire urbaine de Rouen comportait 655 000 habitants en 2011, dont 120 000 de moins de 15 ans. A titre de comparaison, l'aire urbaine du Havre comportait 291 000 habitants dont 56 000 moins de 15 ans, et l'aire urbaine d'Evreux 110 000

habitants dont 22 000 moins de 15 ans. La part des moins de 15 ans dans notre région est légèrement plus importante que la moyenne nationale.

Les services d'urgences pédiatriques de la région sont au nombre de trois : hôpital du Havre, d'Evreux et Rouen. Les autres villes bénéficient de services d'urgences polyvalents.

2.4. Le calcul d'effectifs :

D'après l'estimation statistique, avec un effectif de 500 questionnaires, les caractéristiques des sujets pouvaient être décrites avec exactitude. Pour les variables qualitatives, la précision de l'estimation de la proportion de sujets dans une modalité de cette variable permettait d'obtenir l'intervalle de confiance à 95 %, au plus de 4,4 % (valeur obtenue pour une proportion de 50 % dans la modalité, ce qui correspondait au cas de figure le plus défavorable).

2.5. Les impératifs du recueil :

Nous avons élaboré un questionnaire qui répondait à plusieurs exigences. L'étude nécessitait un nombre important de questionnaires exploitables et nous savions que la phase de recueil allait être longue.

Il était nécessaire d'obtenir l'adhésion du personnel des urgences pour la distribution du questionnaire. Il devait donc être rapide à expliquer aux parents afin de ne pas perturber le fonctionnement de l'accueil des patients, notamment lors des pics de fréquentation. De même, nous avons raccourci au maximum les informations à remplir par le médecin qui récupérait le questionnaire après que le parent l'eut rempli.

Le contenu devait être facilement compréhensible afin que le parent ou les parents puissent le remplir sans l'aide d'une personne extérieure. Il devait être relativement court et rapide à remplir afin de ne pas décourager les participants et d'être rempli jusqu'au bout. Les questions posées étaient donc simples. Nous fournissions le stylo qui permettait de remplir le questionnaire.

La pagination a été modifiée en cours d'étude : initialement les informations que le médecin remplissait étaient situées au dos de la feuille. Elles ont été reportées dans un encadré situé sur la page de garde, pour améliorer la visibilité et le pourcentage de questionnaires remplis par le médecin.

Le questionnaire était à disposition de l'infirmière d'accueil et d'orientation, là où est faite l'entrée administrative de l'enfant et où sont prises les constantes. Il était proposé à tous les parents qui se présentaient au SUP. On constatait que lors des pics d'affluence et la nuit, le remplissage était plus rare. Notre objectif était de recruter en priorité en horaire de journée puisque dans ces horaires, nous étions plus à même de toucher des parents pouvant avoir un autre recours, en ambulatoire.

2.6. Le contenu du questionnaire :

Il était constitué de questions à choix multiples. La première partie était remplie par le parent ou les parents accompagnant l'enfant aux urgences.

Les items contenus dans le questionnaire traitaient deux axes. Le premier portait sur les caractéristiques de la population avec le recueil des données démographiques et du parcours de soins. Le deuxième axe portait sur les éléments de la relation avec le médecin traitant, il permettait d'étudier la confiance vis à vis du médecin et les déterminants de la confiance.

2.6.1. La population :

A) Les données démographiques :

- L'âge de l'enfant
- Le lieu d'habitation

B) Le parcours de soins :

- La date, l'heure de consultation (permettant de déterminer l'horaire de garde ou de journée).
- Le mode de consultation : le patient consultant de lui même, adressé par un médecin ou autre motif (qui nécessitait une précision dans le questionnaire).
- Les raisons pouvant expliquer une consultation aux urgences pédiatriques avec trois items : le médecin n'était pas disponible

- assez rapidement, le parent souhaitait un avis médical complémentaire, le parent estimait que l'enfant nécessitait une prise en charge hospitalière. Ces questions étaient posées à tous les parents mais ne s'appliquaient pas à tous les parcours, notamment en cas d'adressage par un médecin aux urgences.
- L'avis du médecin prenant en charge l'enfant sur la nécessité ou non de consulter aux urgences pédiatriques. En cas de réponse positive à cette question, le professionnel justifiait du caractère obligatoire du recours : nécessité du plateau technique, centre de référence de la pathologie au SUP, urgence vitale, en raison de l'âge (< 6 semaines notamment pour les problèmes de fièvre).

2.6.2. La relation avec le médecin traitant :

A) La confiance vis à vis du médecin généraliste

Elle était évaluée en quatre rubriques correspondant aux différents domaines de compétence des médecins généralistes (la prise en charge des urgences, les actions de prévention et vaccinations, la surveillance de la croissance, les conseils nutritionnels). Le critère confiance ne nous paraissait pas adapté à une question binaire. Nous avons donc une réponse graduée en quatre propositions (Cf. Questionnaire).

B) L'appréciation de la prise en charge par le médecin :

Cette appréciation comprenait plusieurs questions :

- Le suivi habituel de l'enfant (suivi exclusivement par le médecin traitant, mixte médecin traitant ou pédiatre).
- Le sentiment vis à vis de l'écoute du médecin traitant et le fait d'obtenir un rendez vous rapidement en cas de besoin.
- L'appréciation globale de la relation médecin-patient à travers une échelle visuelle numérique sur 10.

Enfin, une possibilité de commentaires libres vis à vis du questionnaire pour le parent.

2.7. L'analyse des données :

2.7.1. L'analyse descriptive :

Les données étaient décrites pour l'ensemble des patients en utilisant les paramètres habituels : effectif et pourcentage pour les variables qualitatives.

Les données « horaire » et « date de consultation » étaient analysées afin de déterminer si la consultation se déroulait en horaire de garde ou de journée selon les critères suivants:

- L'horaire de journée : du lundi au vendredi de 08h à 19h et les samedis de 8h à 12h.

- L'horaire de garde : les dimanches et jours fériés ainsi que les samedis à partir de 12h et en semaine à partir de 19h. Nous nous sommes basés sur les horaires d'ouverture du secrétariat de la maison médicale de Rouen et les horaires d'ouverture de la plupart des cabinets médicaux pour déterminer ces horaires de garde.

2.7.2. L'analyse de la confiance :

A) Les 4 questions traitant de la confiance :

Nous avons transformé les items traitant de la confiance en une même variable afin de pouvoir réaliser une analyse en sous groupes.

Pour chacune des quatre questions relatives à la confiance, la réponse était indexée selon le score suivant :

1) Non pas du tout = -2

2) Plutôt non = -1

3) Plutôt oui = +1

4) Oui tout à fait = +2

Le score ainsi obtenu allait de -8 à +8. Cette donnée était alors répartie en trois groupes :

- De 5 à 8 = confiance
- De 1 à 4 = moyennement confiance
- 0 et inférieur = absence de confiance

2.7.3. L'analyse de la satisfaction de la prise en charge par le médecin traitant:

A) L'analyse univariée :

La note donnée par le parent allant de 0 à dix nous a permis de répartir les patients en trois groupes :

- 1) ≥ 8 : très contents
- 2) 6 à 7 : moyennement contents
- 3) ≤ 5 : pas contents

Nous avons étudié les variables explicatives de la confiance suivantes :

- Mode d'adressage
- Mode de suivi
- Ecoute
- Obtention rapide d'un RDV en cas de besoin

Pour les variables de nature qualitative, la comparaison des groupes a été réalisée à l'aide du test du Chi2 (ou de Fisher Exact selon les effectifs).

B) L'analyse multivariée :

L'analyse multivariée a été effectuée via une régression logistique pour le calcul de l'Odds Ratio (OR) et de son intervalle de confiance à 95% (IC 95 %).

Les variables incluses dans l'analyse étaient celles dont le p en analyse univariée était inférieur à 0.20.

Concernant la variable à expliquer "probabilité d'avoir une confiance totale ou une confiance moyenne en référence au fait de n'avoir aucune confiance", l'OR représente le "sur-risque" (la "surchance") d'avoir une confiance totale par rapport au fait de ne pas en avoir.

Le logiciel SAS version 9.2 a été utilisé pour réaliser toutes les analyses avec un risque de première espèce fixé à 5%.

3. Résultats :

Cinq cent dix sept questionnaires ont été remplis entre le six décembre 2013 et le onze mai 2014, sur un total de mille questionnaires imprimés. Pour sept d'entre eux, l'item « confiance » n'était pas rempli. Nous avons donc retenu cinq cent dix questionnaires pour notre analyse.

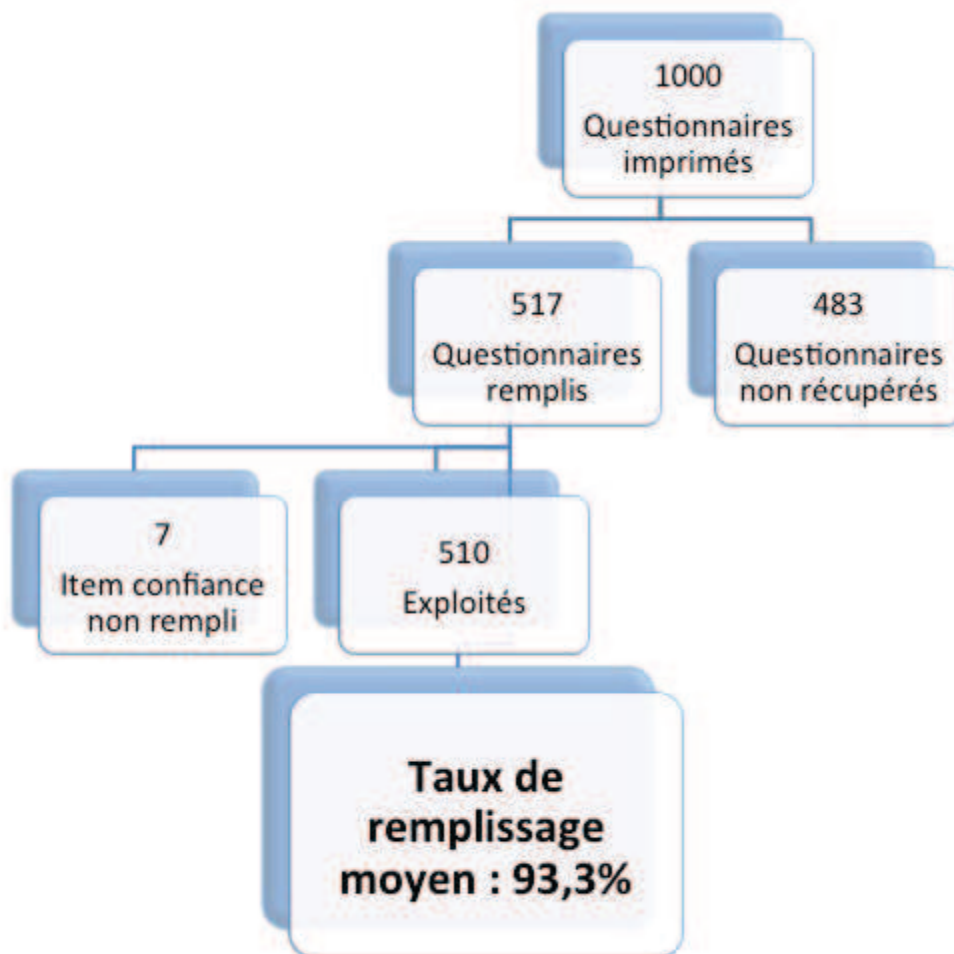
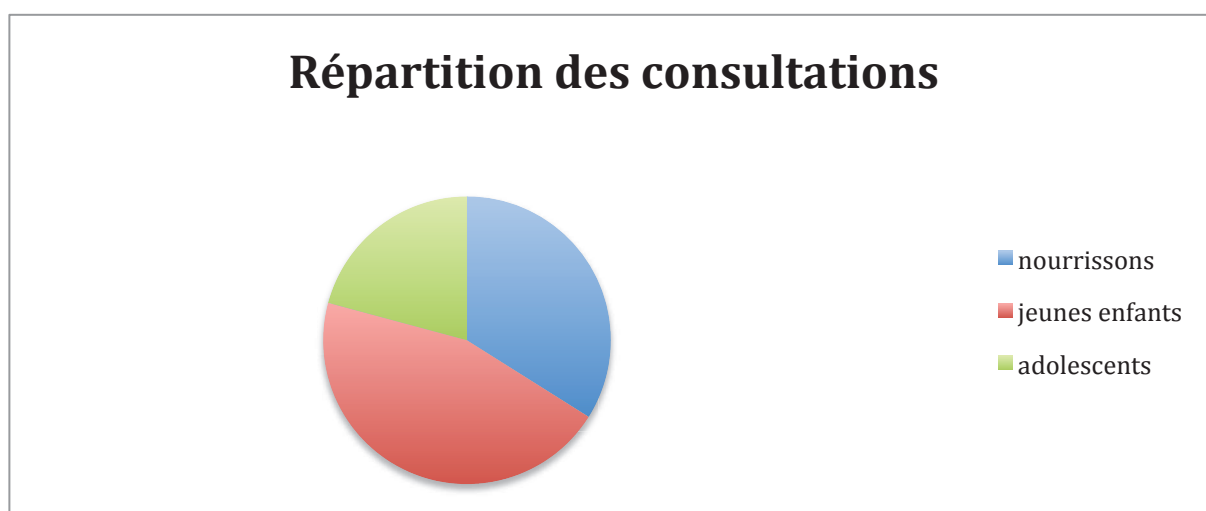


Diagramme de flux

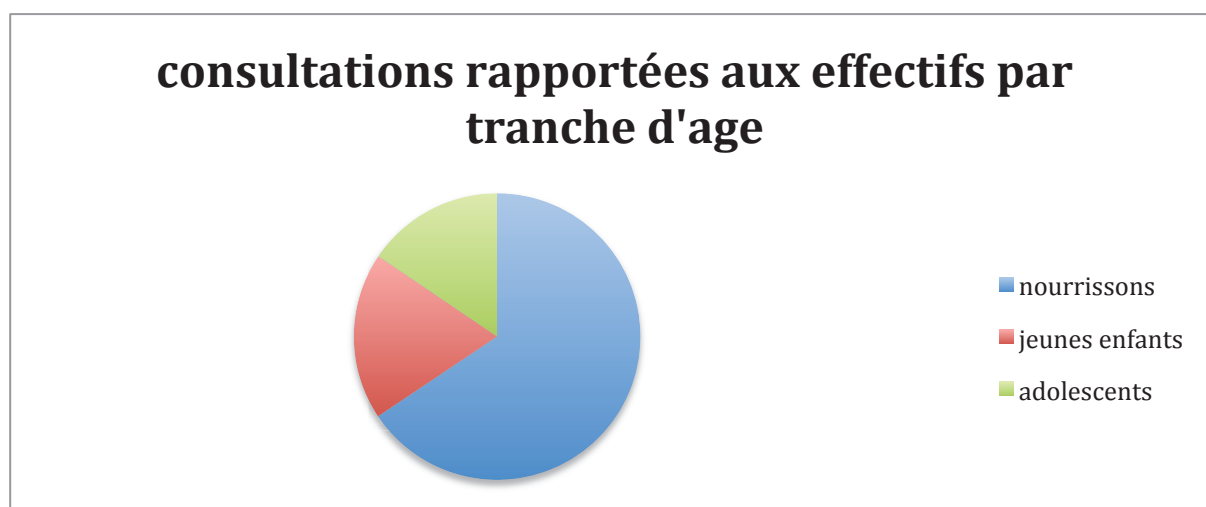
3.1. La population :

3.1.1. La démographie :

Nous nous sommes intéressés aux enfants de 0 à 16 ans. Nous avons distingué trois classes d'âge. Les nourrissons de 0 à 2 ans représentaient 168 consultations soit 32,9% des consultations. Les jeunes enfants de 2 à 10 ans représentaient 224 consultations soit 43,9%. Les adolescents de 10 à 16 ans représentaient 103 consultations (20,2%).



Afin d'estimer la consommation de soin de chaque tranche d'âge, nous avons rapporté le nombre de consultations aux effectifs de population par tranche d'âge sur le plan national.

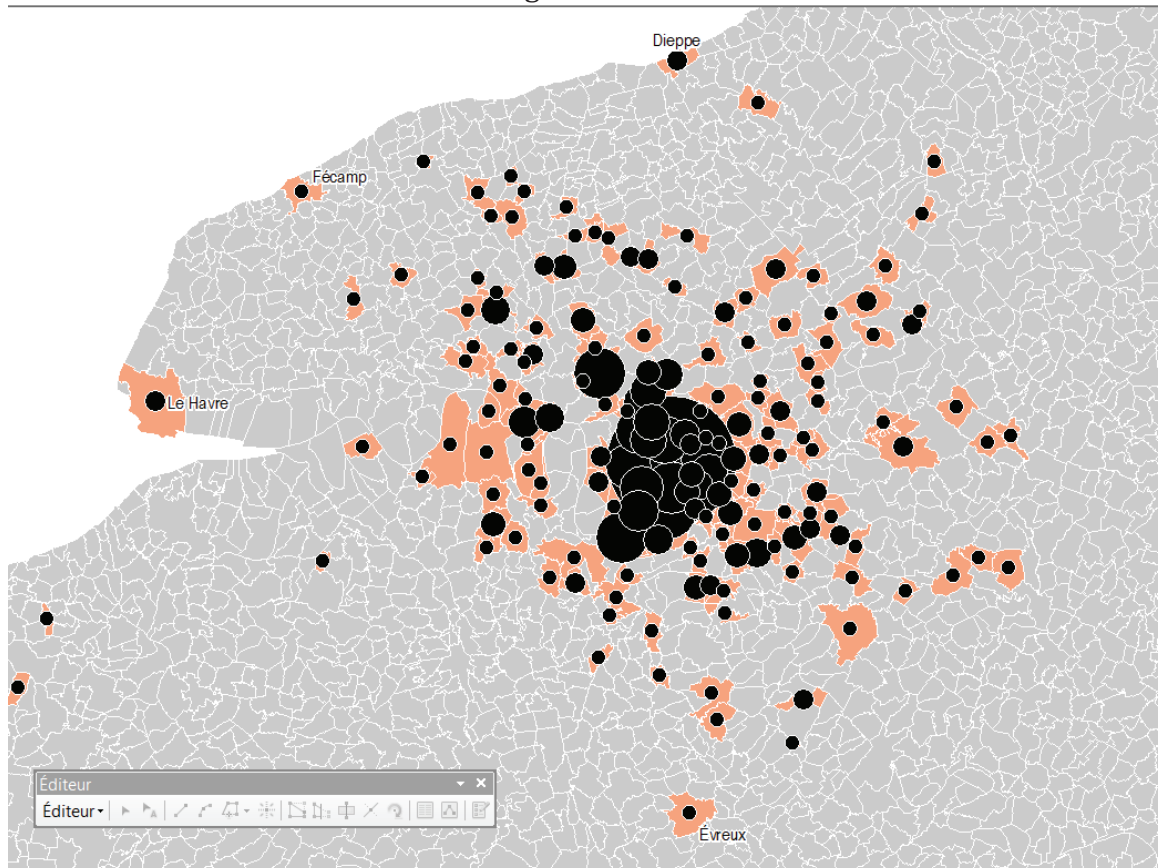


Source des effectifs nationaux : données INSEE, population totale au 1^{er} janvier 2013.

Deux cent quatre vingt un patients (55,1%) habitaient à moins de vingt minutes du CHU. Cent quatre vingt onze (37,5%) habitaient à plus de vingt minutes, dont 11 dans une autre région. Pour trente huit questionnaires (7,5%) nous ne disposions pas des données.

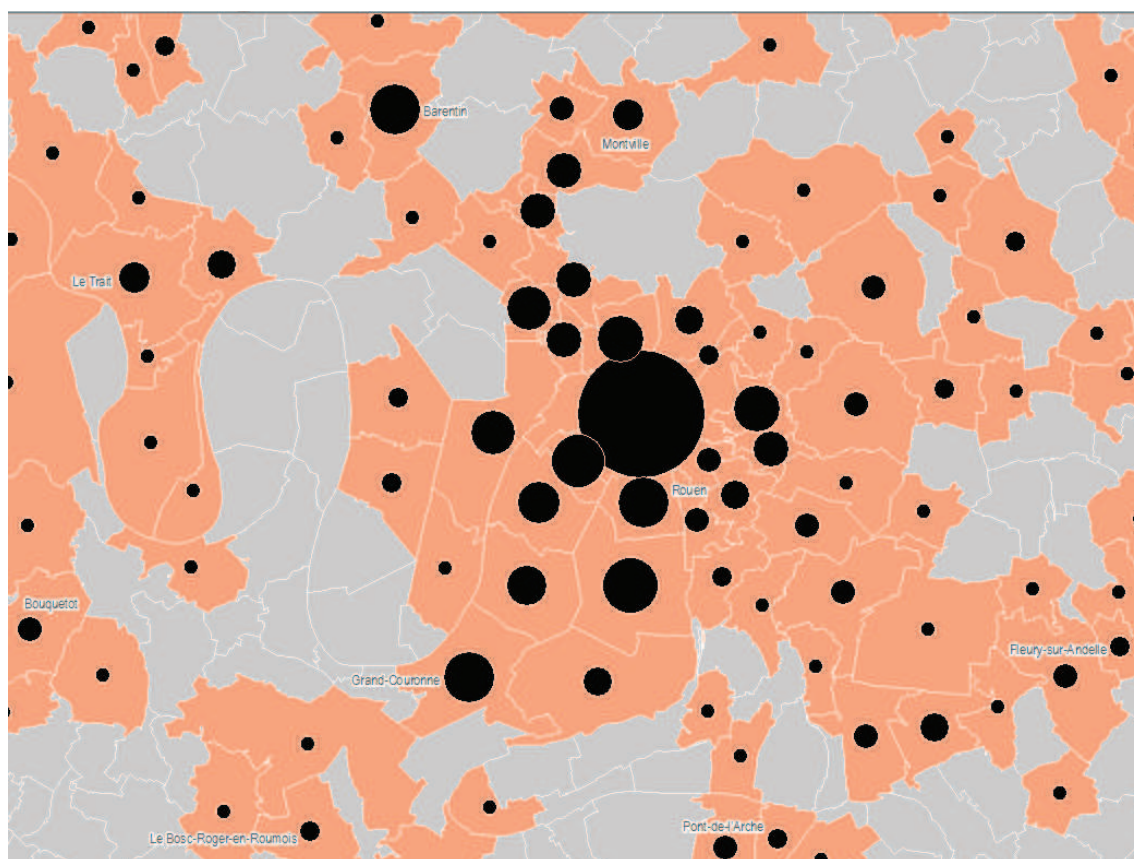
Voici la distribution des lieux d'habitation des patients de notre étude consultant aux urgences pédiatriques :

Distribution des localisations sur la région :



1/700 000^{ème} : 462 fiches, 170 communes

Distribution des localisations sur l'aire urbaine de Rouen :



376 fiches, sur 101 communes

3.1.2. Le parcours de soins :

A) Les horaires de consultation :

Trois cent quatorze (62%) enfants étaient accueillis en horaire de journée et cent trente six (27%) en horaire de garde. Pour soixante enfants (12%), la donnée était manquante.

B) Le mode d'adressage :

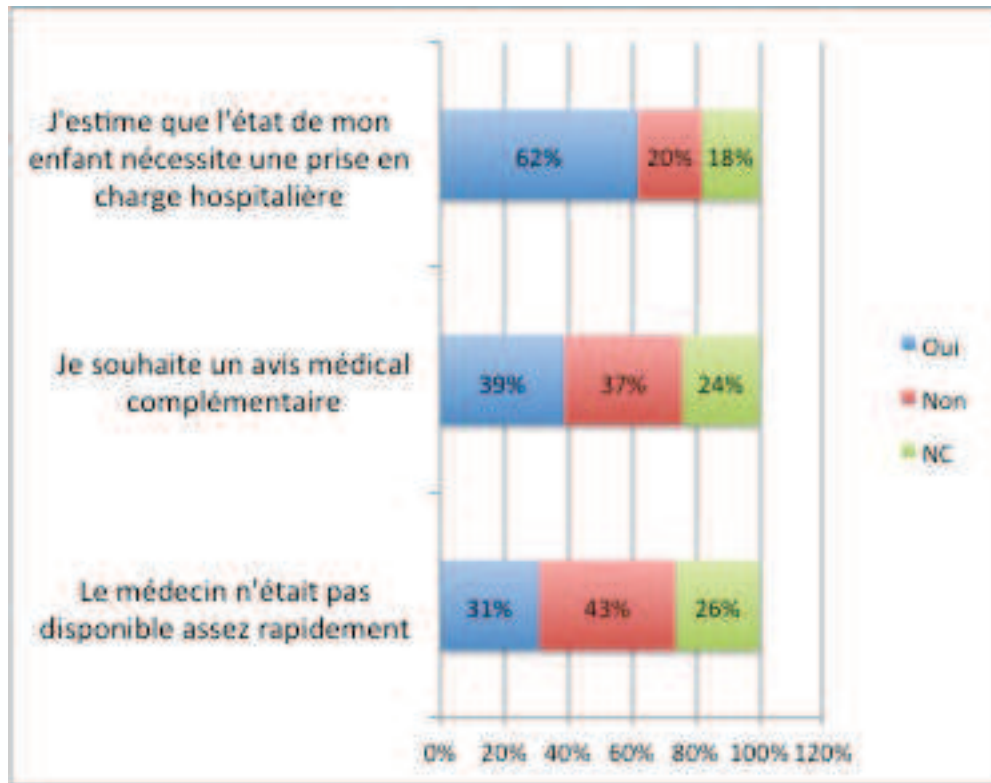
128 patients étaient adressés par un médecin (26,2%). 315 consultaient spontanément (64,4%). Quarante neuf étaient orientés par un autre moyen (9,6%) (SAMU, infirmière scolaire, pompiers, conseil téléphonique des urgences pédiatriques). Pour 18 patients cet item n'était pas rempli.

Sur les 315 patients consultant spontanément, 186 soit la majorité consultait en horaire de journée.

Le pourcentage de patients consultant d'eux même sans contact médical préalable correspond aux chiffres révélés par l'enquête nationale sur les usagers des urgences en 2003 (1) (70% des usagés tout âge confondu).

C) Les raisons de la consultation aux urgences pédiatriques :

Quand on interrogeait les parents sur les motifs de cette consultation aux urgences voici ce qu'ils répondaient :



D) Le recours obligatoire au service d'urgences pédiatriques :

Pour 167 consultations (33%), le médecin estimait que le recours était obligatoire au service d'urgences pédiatriques.

Dans cette estimation de caractère obligatoire, on ne jugeait pas seulement le caractère urgent de la consultation. Cela incluait aussi les compétences qui font la spécificité du CHU : plateau technique difficilement disponible en ville (IRM, échographies pédiatriques 24h/24, expertise du personnel paramédical pour la réalisation de bilans biologiques), ou l'accès à des avis spécialisés pour la prise en charge (chirurgicale par exemple, notamment pour les traumatismes ou les syndromes abdominaux, présence de pédiatres spécialisés).

Dans notre étude, le motif de recours obligatoire au service d'urgences pédiatriques était lié dans la majorité des cas à une nécessité de plateau technique (113). Pour 11 patients il s'agissait du centre de référence de la pathologie. Pour 1 enfant il s'agissait d'une urgence vitale. Pour 8 patients il s'agissait de l'âge (< 6 semaines).

Chez les patients consultant d'eux même en journée :

40% ont cherché à joindre leur médecin traitant.

Pour un tiers des patients, le médecin traitant n'était pas disponible assez rapidement.

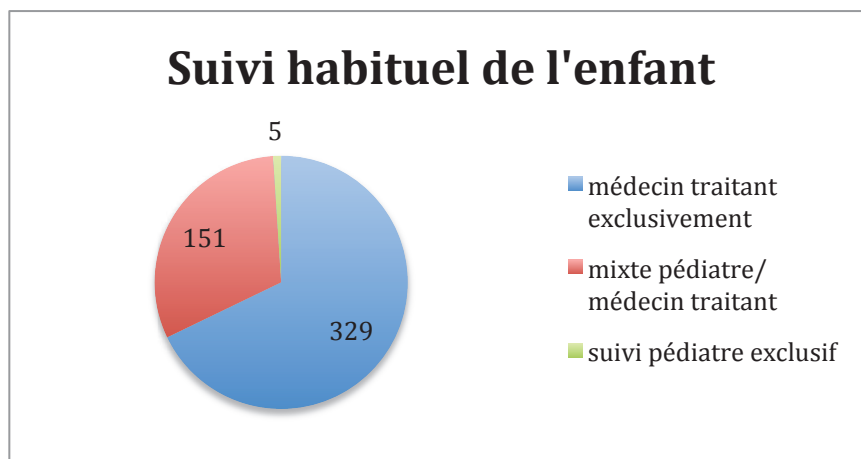
Pour 51% des patients, le recours aux urgences était jugé comme non obligatoire, donc aurait pu être pris en charge par le médecin traitant.

67% d'entre eux estimaient que l'état de leur enfant nécessitait une prise en charge hospitalière, résultat comparable au taux retrouvé pour l'ensemble de la population de l'étude.

E) Suivi habituel de l'enfant:

329 enfants avaient un suivi fait exclusivement par un médecin généraliste (68,6%). 151 enfants voyaient conjointement un pédiatre et un médecin traitant (30,6%). 5 enfants

(0,8%) étaient suivis exclusivement par un pédiatre.



3.2. La relation avec le médecin traitant :

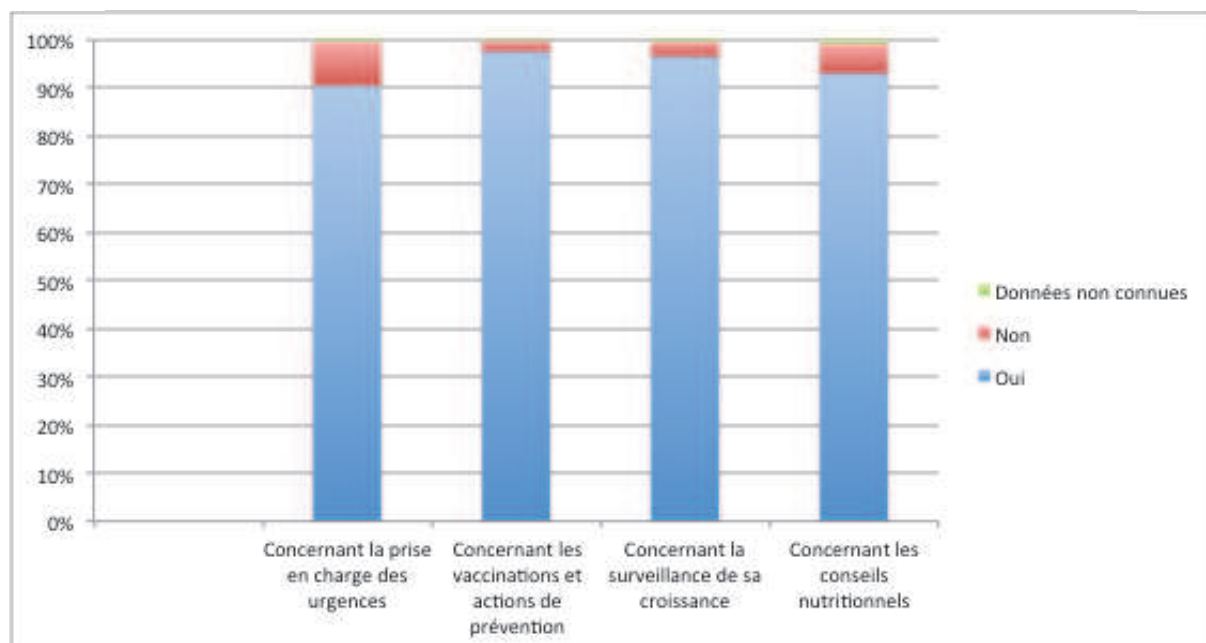
3.2.1. La confiance :

	non pas du tout		plutôt non		plutôt oui		oui tout à fait		total
Urgences	8	1,6%	39	7,7%	154	30,3%	307	60,4%	508
Vaccination et prévention	6	1,2%	4	0,8%	115	22,6%	383	75,4%	508
croissance	4	0,8%	11	2,2%	131	25,8%	362	71,3%	508
conseils nutritionnels	6	1,2%	25	5,0%	155	30,7%	319	63,2%	505

On peut voir dans le tableau récapitulatif ci-dessus que les patients avaient une confiance forte en leur médecin traitant. En fonction des items, ils étaient 60 à 75% à déclarer avoir « tout à fait confiance » en leur médecin traitant pour la prise en charge de leur enfant.

Afin de pouvoir étudier les sous groupes, nous avons traduit la variable confiance en une variable binaire dont voici les résultats : (Cf. matériels et méthode).

Avez-vous confiance en votre médecin traitant pour la prise en charge de votre enfant:



91% des parents déclaraient avoir confiance en leur médecin généraliste concernant la prise en charge des situations d'urgence.

97,6% des parents avaient confiance en leur médecin généraliste pour les actions de prévention et les vaccinations.

96,7% des patients avaient confiance en leur médecin traitant pour la surveillance de la croissance de leur enfant.

93% avaient confiance pour les conseils nutritionnels.

3.2.2. La satisfaction de la prise en charge par le médecin généraliste :

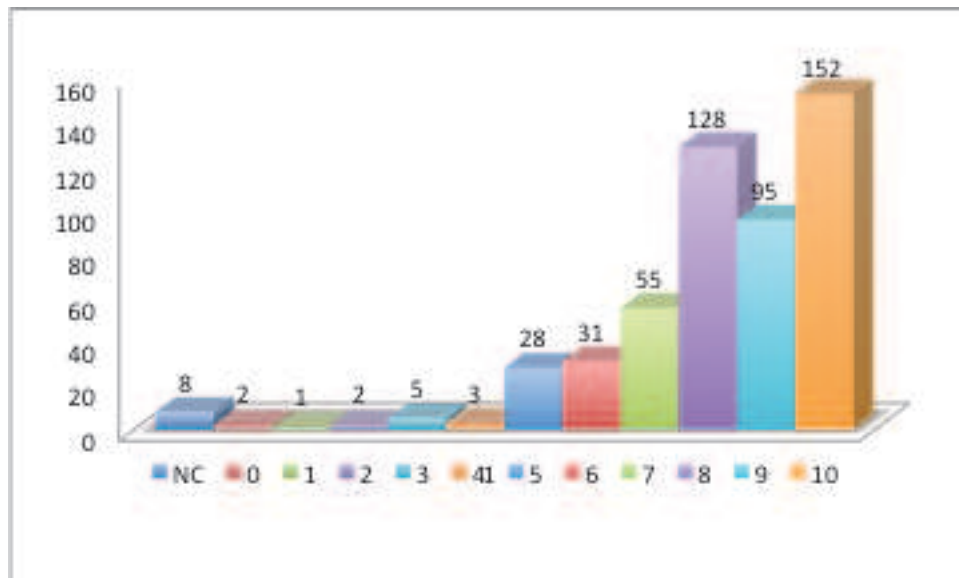
A) L'écoute :

92,6% des patients estimaient que leur médecin était suffisamment à l'écoute.

B) L'obtention rapide d'un rendez-vous en cas de besoin :

79% des parents (403) estimaient obtenir un rendez-vous rapidement en cas de besoin. 19% répondaient l'inverse et estimaient que leur médecin traitant n'était pas assez disponible.

C) L'appréciation globale de la prise en charge de l'enfant par le médecin traitant :



La moyenne des notes obtenues est de 8,25/10.

3 patients sur 4 étaient très contents de la prise en charge de leur enfant par leur médecin (notes égales ou supérieures à 8 sur 10).

D) L'analyse des variables explicatives de la confiance :

Variables	Tous Patients (n=510)		Analyse univariée (n=510)						Analyse multivariée** (n=361)			
	n	%	Confiance totale		Confiance moyenne		Aucune confiance		p-value	ORa	IC95%	p-value
			n	%	n	%	n	%				
Adressage (n=489)												
MT	128	26,2	100	27,5	27	24,5	1	0,38				
Soi même	315	64,4	231	63,5	71	64,5	13					
Autre	46	9,4	33	9,1	12	10,9	1					
Suivi (n=494)												
MT	339	68,6	261	71,9	70	59,8	8	0,00466*				
Mixte	151	30,6	98	27,0	47	40,2	6					
Pédiatre	4	0,8	4	1,1	0	0,0	0					
Classe d'âge (n=495)												
Nourrissons	167	33,7	116	31,7	46	40,0	5	0,55				
Jeunes	225	45,5	170	46,4	48	41,7	7					
Ados	103	20,8	80	21,9	21	18,3	2					
Ecoute (n=504)												
Non	31	6,2	9	2,4	17	14,8	5	<.0001*	1		<.0001	
Oui	473	93,8	366	97,6	98	85,2	9		18,02	[4,5;72,01]		
RDV rapide (n=495)												
Non	89	18,0	42	11,4	42	37,5	5	<.0001*	1		<.0001	
Oui	406	82,0	327	88,6	70	62,5	9		3,9	[1,1;14,2]		
Disponibilité du médecin (n=378)												
Non	222	58,7	166	60,8	46	50,0	10	0,07				
Oui	156	41,3	107	39,2	46	50,0	3					

* p < 0.05 avec le test de Chi2 (ou de Fisher exact).

**régression logistique polytomique ajustée sur "écoute" et "rdv rapide".

En analyse univariée, l'étude mettait en évidence un lien de manière significative entre le **mode de suivi** (exclusivement par le médecin traitant, mixte par le médecin traitant et le pédiatre ou exclusivement par le pédiatre) et la **confiance** vis à vis du médecin généraliste ($p=0,00466$).

De même il existait un lien de manière significative entre **l'écoute** du médecin traitant et le fait d'obtenir un RDV rapidement et la confiance ($p < 0,001$).

L'étude ne mettait pas en évidence de lien significatif pour le mode d'adressage, l'âge de l'enfant, la disponibilité rapide du médecin pour ce rendez vous et le degré de confiance.

En analyse multivariée, l'étude démontrait que **le fait d'obtenir un rendez-vous rapidement et l'écoute du médecin étaient des facteurs prédictifs de confiance totale** ou moyenne versus pas de confiance.

En effet, les patients ayant un rendez-vous rapide avaient 4 fois plus de chance d'avoir une confiance totale en leur médecin versus pas de confiance, par rapport à ceux qui n'ont pas de rendez-vous rapide.

Les patients jugeant leur médecin à l'écoute avaient 18 fois plus de chance d'avoir une confiance totale en leur médecin versus pas de confiance, par rapport aux patients ne jugeant pas leur médecin suffisamment à l'écoute.

La variable « suivi » ayant des valeurs égales à 0, n'a pas pu être incluse dans l'analyse multivariée, bien que significative en univariée.

En conclusion, Nous pouvons donc affirmer que les parents ont une confiance forte en leur médecin traitant pour la prise en charge de leur enfant (95%) , que ce soit dans le cadre de la prise en charge des urgences mais aussi dans le cadre du suivi. En revanche, ils sont moins nombreux à être pleinement satisfaits par la prise en charge globale de leur enfant par le médecin (3 patients sur 4). Les facteurs de confiance mis en évidence dans notre étude étaient l'écoute (OR=18 [4.5 ;72.01], $p < 0.001$) et la prise de rendez vous rapide (OR=3.9 [1.1 ;14.2], $p < 0.001$).

4. Discussion :

4.1. Le recueil et le questionnaire :

Nous avons recueilli 510 questionnaires analysables pour notre étude, ce qui correspondait aux objectifs et permettait d'obtenir une puissance suffisante pour notre analyse statistique.

La période de recueil a duré 5 mois, sur la période hiverno-printanière, ce qui a permis d'obtenir un échantillon de population le plus **représentatif** possible de la **fréquentation annuelle** des urgences pédiatriques. En effet, les consultations de pédiatrie sont particulièrement touchées par le caractère saisonnier des pathologies : les pics d'affluence dus aux épidémies hivernales de bronchiolites et de gastro entérites sont remplacés par une augmentation des consultations pour motif traumatologique en été (2)(3).

Les **difficultés liées au recueil** étaient multiples. Les pics de fréquentation étaient un frein à la distribution du questionnaire. En effet la distribution représentait une charge de travail supplémentaire. Lorsque l'infirmière d'accueil distribuait le questionnaire, le parent le remplissait alors en salle d'attente, à l'aide du stylo fourni. Il fallait ensuite qu'il pense à le confier au médecin quand il n'avait pas été oublié en salle d'attente. Nous relevions régulièrement les questionnaires et entrions les données dans un tableau Excel.

Concernant l'élaboration du questionnaire, notre objectif était d'évaluer la confiance des patients vis à vis de leur médecin concernant les différents domaines de prise en charge par les médecins généralistes en pédiatrie. Nous avons regroupé ces **compétences** en quatre catégories correspondant aux différentes consultations que rencontrent les généralistes au quotidien.

L'étude de la DREES (2007) (4) mettait en évidence 8 typologies de consultations en médecin de ville. Les affections aiguës non urgentes des voies aériennes, les affections aiguës urgentes des voies aériennes de type otites, bronchites ou bien angines ; les poly-pathologies aiguës non urgentes des voies aériennes, les maladies chroniques, la prévention et le dépistage, les diagnostics à confirmer, les autres affections aiguës urgentes. La thèse d'Helly N. (5), sur le suivi des enfants en médecine générale en France, dont les statistiques étaient établies à partir des données issues d'ECOGEN(6), mettait en évidence le fait que le nombre de motifs de consultation lors d'une même rendez vous, chez les enfants de moins de 6 ans, était de 1,97 en médecine de ville. Les principaux motifs de consultation étaient les suivants : La

vaccination/médication préventive, la toux , la fièvre, les rencontre de suivi, la gestion de santé/médecine préventive , la congestion nasale/éternuement, les vomissements et l'otalgie.

Nous avons fait le choix de regrouper toutes les pathologies urgentes en un item. La problématique de l'augmentation des consultations aux urgences est directement liée à la problématique de la gestion des urgences par les médecins généralistes en soin primaire. Les autres rôles du médecin généraliste étaient détaillées en trois sujets : vaccinations et actions de prévention, surveillance de la croissance, conseils nutritionnels.

4.2. La population :

4.2.1. La démographie :

Nous avons choisi de faire notre **recueil au sein du service d'urgences pédiatriques**. Nous avons besoin d'un nombre de recueils conséquent. Le service des urgences pédiatriques draine une population importante, principalement originaire de la zone urbaine de Rouen. Elle est considérée comme représentative de la population générale pour la population pédiatrique. La Haute Normandie est composée de 4 territoires de santé. Le CHU de Rouen draine particulièrement les territoires de Rouen-Elbeuf. Les zones de Dieppe, Le Havre, Evreux-Vernon composent les trois autres territoires de santé.

La **répartition géographique** des lieux d'habitation des enfants consultants aux urgences pédiatriques dessine une population péri urbaine. Plus de la moitié habitaient à moins de 20 minutes de Rouen. Neuf enfants seulement appartenaient à une autre région (de passage).

Le questionnaire portant sur la confiance vis à vis du médecin généraliste, nous avons jugé inadapté de le distribuer dans les cabinets de médecins généralistes. Cela aurait introduit l'élément de d'évaluation dans la consultation. On peut considérer que les patients n'ayant pas ou peu confiance en leur médecin n'auraient pas adhéré au questionnaire par peur d'un manque de confidentialité. De plus la lecture des travaux de thèse réalisés dans la région et le retour d'expérience de nos collègue a montré que le recrutement en cabinet est fastidieux : Pour obtenir une population représentative de la population générale, la sélection au hasard des cabinets est le gold standard. Mais la participation des praticiens installés est faible. Cela rend ce type de recueil biaisé. Il faut dans ce cas faut sélectionner d'autres praticiens, souvent au sein de ses connaissances

ou parmi les médecins engagés dans l'enseignement et la recherche. L'ensemble de praticiens sélectionnés n'est donc pas un bon reflet de la population médicale.

A l'opposé, le recrutement au sein du service d'urgences pédiatriques impliquait le risque de sélectionner dans la population des patients déçus par leur médecin, qui consultaient aux urgences pour un défaut de confiance. Le résultat de notre étude qui montre que 91 à 97% des patients ont confiance en leur médecin traitant vient à l'encontre de cet argument.

L'analyse de la **répartition des effectifs par tranche d'âge** dans l'étude met en évidence une surreprésentation de la tranche d'âge « nourrissons » par rapport à la population générale. (Les 0-2 ans représentent 33% du total des consultations). C'est une donnée connue dans la littérature : l'étude de la DREES en 2003 constatait que la patientèle des urgences est globalement plus jeune que l'ensemble de la population. Dans cette étude, 56% des consultants avaient moins de 6 ans, le quart des patients avait moins de 15 ans. Les nourrissons de moins d'un an sont proportionnellement quinze fois plus nombreux que le reste de la population dans le recrutement des urgences. L'observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées, qui constitue une source d'information très riche sur l'activité des services d'urgences a constaté en 2001 que les moins de deux ans représentaient 32% de l'activité du POSU pédiatrique de Toulouse(3). En ville, les moins de 2 ans représentent environ 20% des consultations (7)(5). Quand à elle, l'étude un jour donné de la DREES (8) faite un jour d'été (le 13 juin 2013) recensait moins de nourrissons (Les 0-18 mois représentaient seulement 16% des consultations), et un taux de consultation pour motif de traumatologie de 44% alors qu'il représente environ un tiers des consultations dans d'autres études(1). L'âge moyen de consultation était plus élevé. Ces chiffres qui sont différents des autres études sont probablement la conséquence du biais lié au recrutement en été : les épidémies qui touchent préférentiellement les nourrissons sont terminées, et les enfants plus âgés consultent pour motif traumatologique.

Une étude récente réalisée en soin primaire, le programme de recherche ECOGEN(5) donne des éléments de comparaison de la population sélectionnée par notre étude avec celle rencontrée en ville. Il s'agissait d'une étude transversale nationale multicentrique. Les objectifs étaient de décrire la distribution des motifs de consultation associée aux différents problèmes de santé (résultats de consultation) pris en charge en médecine générale en France, et de décrire les procédures de soins associées aux principaux problèmes de santé et évaluer leur transférabilité à d'autres professionnels de santé (infirmières, pharmaciens, autres). Cette étude a permis d'étudier 3639 consultations d'enfants. Les effectifs par tranche d'âge retrouvaient 20% de nourrissons,

39% d'enfants allant de 2 à 6 ans et 40% de plus de 6 ans. Ces chiffres récents sont proches de ceux trouvés dans notre étude.

Plusieurs études portant sur la population générale pédiatrique ont été réalisées au sein des services d'urgences pédiatriques ou la population est considérée comme représentative de la population générale(9)(10)(1).

On observe aussi que 2/3 des enfants étaient **suivis** par un médecin généraliste seul. 1/3 était suivi par un pédiatre de façon conjointe avec le médecin généraliste. Ces données ne sont pas disponibles auprès de la sécurité sociale puisque la mise en place de la déclaration de médecin traitant ne concerne pas les enfants. On se rend compte que les parents font souvent suivre leur enfant par le médecin de famille. Les données concernant le suivi des enfants dans la littérature sont rares. En 2005 la Société Française de Médecine Générale recensait que 79% des enfants étaient suivis par un médecin généraliste seul, 15% avaient un suivi conjoint et 5% exclusif par le pédiatre (11).

On peut conclure que la population sélectionnée par notre étude est un bon reflet de la population de pédiatrie rencontrée dans la région Haut Normande.

4.2.2. Le parcours de soins

On remarque que 26,7 pourcent des patients consultent en **horaire de garde**. Notre modalité de recueil n'a pas permis de faire une « photographie » en incluant la totalité des patients sur une période donnée. Si l'on compare les horaires de consultation aux résultats retrouvés dans d'autres études faites dans des services d'urgences pédiatriques, on s'aperçoit que notre recueil s'est effectué majoritairement en horaire de journée : Dans l'étude de Berthier et AL (10) 64% des patients consultent entre 22h et 8h ; 71% entre 18h et 8h. L'enquête de la DREES de 2003 (1) met en valeur le fait que l'horaire de consultation des nourrissons de moins d'un an diffère du reste de la population. Les consultations d'enfants forment un pic le matin, en début d'après midi, puis une diminution le soir avec un petit pic vers minuit. Les nourrissons de moins d'un an en revanche sont amenés plus souvent en fin d'après midi et en soirée avec un pic entre 19h et 22h. Les enfants de 1 à 5 ans sont plus amenés dans l'après midi avec un pic avant 21h.

L'enquête de la DREES(12) de 2002 révèle que le nombre de consultations aux urgences pédiatriques est plus important le jour (79% entre 8h et 20h) (12).

Le recueil d'un grand nombre de patients consultant en journée est un argument pour justifier de la représentativité de la population de notre étude, et permet de la comparer à la population consultant en médecine générale.

La population ayant répondu à notre étude est représentée par des enfants consultant plutôt en journée, avec une répartition d'âge similaire à celle rencontrée en médecine générale au niveau national. Les enfants habitent pour la plupart dans une zone de 20 minutes autour de Rouen. Enfin, ils sont tous suivis par un médecin généraliste, parfois conjointement avec un pédiatre. Il s'agit donc d'une **population qui aurait pu consulter en ville** et non aux urgences.

4.3. La relation avec le médecin traitant:

4.3.1. La confiance dans les compétences du médecin :

Nous avons montré que les patients ont confiance en leur médecin pour la prise en charge et le suivi de leur enfant. Cela renforce l'importance et la valeur de ce premier recours aux soins que représente le médecin généraliste dans la chaîne d'accès aux soins. D'autant plus que la prise en charge médicale des enfants est spécifique. Sur le plan administratif, la situation des enfants vis à vis de la sécurité sociale est différente de celle des adultes en France. En effet, ils n'entrent pas dans le cadre de la déclaration d'un médecin traitant. Ils bénéficient donc d'un suivi qui parfois fait intervenir un pédiatre en plus du médecin généraliste. Sur le plan médical, le rôle du médecin généraliste allie la prise en charge des pathologies aiguës, les urgences, et le suivi de l'enfant.

A) Une confiance affirmée :

Il s'agit de la première étude prouvant que les patients ont confiance en leurs médecins généralistes.

Lorsque l'on cherche la littérature traitant de la « confiance » vis à vis des médecins, on trouve quelques **sondages d'opinion**, qui ont été conçus en fonction des problèmes d'actualité du moment. Ainsi, un sondage paru en janvier 2011, fait par le CSA (13) pour « le parisien aujourd'hui en France » auprès d'un échantillon national représentatif de 999 personnes âgées de 18 ans et plus dans le contexte de la crise « MEDIATOR » établissait que 35% des français n'avaient « pas confiance » dans les médicaments. Ils étaient 94% à avoir confiance en leur médecin traitant pour les informer sur les médicaments (62% tout à fait confiance, 32% plutôt confiance).

Une enquête (14) portant sur l'image des généralistes réalisée en 2007 explorait la confiance de manière détournée : 78% des patients avaient le sentiment qu'ils pouvaient aborder facilement les sujets intimes avec leur médecin généraliste. 87% avaient une bonne opinion de la profession.

Une autre enquête réalisée par l'institut de sondage ViaVoice à la demande du groupe Pasteur Mutualité (15) révélait que les français accordaient une forte confiance au monde médical avec une cote globale pour les médecins à 91%.

Un travail de thèse réalisé en Lorraine étudiait la **relation médecin malade** (16). Dans un item relatif à la confiance, elle mettait en évidence que 2/3 des patients avaient confiance en leur médecin traitant (49,5% avaient une confiance forte, 13,1% très forte). 1/3 des patients la qualifiant de variable et 2,8% faible. Les facteurs retrouvés influençant la confiance étaient le sexe ($p=0,025$, femmes plus que les hommes), l'âge (les jeunes avaient moins confiance), la situation professionnelle (les personnes occupant un emploi stable avaient moins confiance), la qualité de la relation médecin patient. Il y avait un lien entre le degré de confiance et le nombre d'avantages que le patient reconnaissait à son médecin traitant (sa disponibilité, le fait qu'il « les connaisse bien », qu'il leur « consacre du temps », ou qu'il leur donne des « explications » satisfaisantes). Dans cette étude, on ne mettait pas en évidence de lien entre la confiance des patients et leur niveau d'études, leur fidélité, la fréquence de consultation, le premier recours en cas de problème bénin, la recherche et l'utilité des informations médicales provenant des médias, le droit à l'erreur accordé aux praticiens, le prestige du médecin, et les reproches formulés ou les changements souhaités chez le médecin traitant.

Le résultat de notre étude sur la confiance est sans appel : les patients ont une confiance élevée dans leur médecin généraliste. Le manque de confiance dans les médecins traitants n'est donc pas l'explication de l'augmentation des consultations dans les services d'urgences pédiatriques.

Selon l'enquête IPSOS en 2011 sur les français et le système de santé, 84% des Français ont confiance dans les médecins et 74% dans les hôpitaux publics. Pour 75% des personnes interrogées, le système de santé français permet à chacun d'accéder facilement à un médecin ou à un Hôpital à proximité de chez soi (17). Les Français ont une très forte confiance en leur système de soins : d'après le Baromètre de santé 2006, ils sont 86% à avoir le sentiment qu'il est meilleur en France que dans d'autres pays. Mais deux tiers d'entre eux pensent qu'il se détériore. Selon l'OMS, la France bénéficie du meilleur système de santé au monde, mais est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Ce sont des données qui sont bien étudiées outre Atlantique, et la France tente de

ratrapper son retard dans ce domaine. En 2008, une étude de l'IRDES a tenté d'évaluer la qualité des soins en France à travers des indicateurs validés sur le plan international : l'efficacité, la réactivité, la sécurité, l'accès/l'équité et l'efficience. Cette évaluation a permis d'affirmer que le système de santé français était de qualité. Mais l'intérêt de ce type d'étude est surtout de mettre en lumière les domaines dans lesquels des progrès sont possibles, et de donner des objectifs précis et mesurables(18). Au quotidien pour les français, la question de l'accès aux soins se pose. Dans les zones rurales, les départs à la retraite ne sont pas remplacés.

C) La vaccination

Concernant la vaccination, notre étude montre que les parents ont une confiance très élevée dans leur médecin. Pourtant, au niveau européen et de façon exacerbée en France, il existe une réelle crise de confiance des vis à vis des vaccins. La **controverse** est ancienne. Elle concerne l'innocuité des vaccins et l'efficacité des campagnes de vaccination. Cette dernière a permis au cours de l'histoire contemporaine la disparition de certaines maladies infectieuses infantiles notamment la variole. Mais la cible vaccinale a évolué ces dernières années vers des vaccins dispensés à titre « préventifs », sans preuve réelle de leur **efficacité** à long terme. La question de l'**innocuité** du vaccin qui est maintenant dispensé à titre préventif sème le doute dans l'esprit du public. Le GARDASIL permet une protection contre les souches d'HPV pro oncogènes, connues comme responsables du cancer du col de l'utérus. Son efficacité sur les lésions de bas grade est démontrée, avec un suivi relativement court (jusqu'à 8 ans dans les essais). En revanche, son efficacité à long terme sur l'apparition du cancer du col de l'utérus, qui est l'objectif justifiant sa commercialisation, n'est pas connue. Le débat s'est traduit ces dernières années par une réduction de la couverture vaccinale de certains vaccins (ROR notamment) et l'interruption de certains programmes de vaccination.

Sur le plan personnel, la décision vaccinale résulte d'un arbitrage entre les risques et les bénéfices perçus chez les personnes concernées par la vaccination.

Le BCG, inventé en 1921, est rendu obligatoire en 1952 dans le cadre d'une politique de lutte contre la tuberculose. Dès le début cette obligation suscite débats, car elle est qualifiée de liberticide. Dans les années 70, les traitements sont eux aussi plus efficaces et la prévalence de la tuberculose a diminué, aboutissant à une recommandation de vaccination ciblée (19). Le nombre de vaccins obligatoires en France est très réduit. La notion de vaccination recommandée et non obligatoire crée dans l'esprit du public un doute, un manque de certitude(20).

Une étude de l'INPES montre qu'entre 2000 et 2010, le nombre de personnes opposées à la vaccination est passé de 8,5% de la population à 38%. La remise en cause de la vaccination à travers l'absence d'innocuité du vaccin contre l'hépatite B citée dans les médias à la fin des années 90 a été remise sur le devant de la scène médiatique lors de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1. (21) (22)

D'après Jocelyn Raude (23) (chercheur à l'école des hautes études en santé publique), les changements dans l'attitude des Français face à la vaccination tiennent probablement à la fois à des facteurs liés aux informations (multiplication des théories alternatives, concurrence entre les messages et les communicants, existence de données contradictoires et de controverses récurrentes, dramatisation des enjeux pour la santé publique) et des facteurs liés à l'histoire récente : on se souvient du débat concernant le rôle potentiel du vaccin contre l'hépatite B dans l'apparition de la sclérose en plaque il y a quelques années, ou bien la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 entre décembre 2009 et janvier 2010, moment où les médias ont commencé à critiquer les autorités sanitaires accusés d'avoir exagéré la gravité de la pandémie. La confiance dans les autorités publiques a été entamée.

Les patients sont donc pris au piège entre le discours des médias d'une part qui alimentent la controverse sur la vaccination, et celui prônant la vaccination des firmes pharmaceutiques auxquelles ils ne semblent prêter aucune confiance, des autorités publiques et des médecins d'autre part. Lorsqu'il s'agit de chercher des informations sur internet, la confusion augmente : les débats sont nombreux entre les pro et anti vaccination. Les arguments sectaires prônant les bénéfices d'une absence de vaccination et la dangerosité de celle-ci sont les premières pages à apparaître sur le moteur de recherche Google lorsqu'on cherche des informations sur les vaccins. Certains médecins même déconseilleraient la vaccination contre la diphtérie, tétanos, poliomyélite si ce vaccin n'était pas obligatoire (0,6% des médecins généralistes(24)).

Internet est un outil incontournable dans la recherche d'informations. Une étude du conseil national de l'ordre des médecins montre que la proportion de français qui consulte régulièrement ou occasionnellement des informations de santé sur internet est passée de 31% à 45% entre 2006 et 2012. S'ils consultent internet souvent, ce n'est pas pour autant qu'ils ont confiance en les informations qu'ils y trouvent. Dans une étude réalisée en 2003 auprès de parents dans une unité de soins intensifs néonatale, les parents étaient 80% à considérer que les médecins étaient des sources d'information fiable contre 10% pour internet(25). Deux études américaines trouvaient que 75% des internautes avaient confiance dans l'information trouvée sur internet(26)(27). Dans une de ces études, 90% des patients cherchaient à se faire confirmer l'information trouvée,

soit en discutant avec le médecin, en comparant les informations issues de divers sites, en recoupant avec d'autres sources d'information ou en discutant avec famille ou amis(27). En revanche, l'arrivée d'internet transforme la relation médecin malade : Certains médecins se sentent remis en question lorsqu'ils sont confrontés à internet en consultation(28). Dans une étude, 7% des patients avaient été amenés à changer de médecin suite à la consultation d'internet ou préféreraient utiliser internet pour éviter une consultation(29). L'accès à une information fiable et claire serait une ouverture à une meilleure compréhension de la maladie et renforcerait la relation médecin malade en approfondissant les discussions. La confiance en serait plus forte(30).

En France, les vaccins sont majoritairement administrés par les médecins généralistes. Le formidable potentiel confiance dont ils disposent devrait être utilisé à travers les campagnes nationales mises au point pour améliorer la couverture vaccinale. Une réflexion plus globale devrait être faite autour d'un programme et d'une organisation qui pourrait intégrer l'ensemble des acteurs. L'absence de politique vaccinale sur les 20 dernières années associée aux débats amène à un flou des discours concernant la vaccination.

Ce sujet de la vaccination représente un défi pour les prochaines années puisque les vaccins à but préventif sont amenés à se développer. En effet, on met en évidence la responsabilité de virus dans la genèse de certains cancers, comme les lymphomes (EBV), les cancers colorectaux (CMV), les leucémies (HTLV), les hépato carcinomes (HBV, HCV). La vaccination préventive est donc amenée à se développer.

D) La bonne gestion des urgences :

Au delà de la compétence propre, les médecins doivent répondre aux demandes de consultations dans le cadre du suivi, mais aussi aux demandes de consultation en urgence souvent, pour la prise en charge d'un problème de santé aigu. Les plages horaires de consultations libres, fréquentes il y a quelques années, répondaient à ce besoin. Mais l'évolution des modes de pratique des médecins, qui souhaitent contrôler leur emploi du temps, et le souhait des patients d'avoir un minimum d'attente dans le cabinet ont conduit la plupart des médecins à supprimer les consultations libres, au profit de consultations programmées au milieu desquelles ils glissent quelques créneaux disponible en cas de demande de dernière minute, trop peu nombreux pour répondre à la demande en période épidémique.

Les consultations urgentes ou non programmées représentent tout horaire confondu environ **12% de l'activité des médecins généralistes libéraux** (31)(32). Au sein de ces consultations, 1 sur 10 sont de vraies urgences ; 2 sur 10 sont des recours hors horaire d'ouverture du cabinet et 7 fois sur 10 le patient a vu le médecin dans la journée car il déclarait vouloir voir ce dernier avant le lendemain. Les patients vus en urgence sont plus souvent des enfants ou des jeunes adultes. Les médecins généralistes doivent interrompre ou modifier leurs consultations pour la prise en charge d'une urgence sur cinq. Il s'agit la plupart du temps d'une affection aiguë somatique, non traumatique (90% des consultations des moins de 12 ans). Les patients atteints de traumatismes consultent préférentiellement dans les services d'urgences. En médecine générale de ville, 70% des patients sont jugés comme stables (contre 88% aux urgences). L'état est jugé susceptible de s'aggraver dans 28% des cas (contre 11% dans les services d'urgences hospitalières). Le recours à des actes de type suture, immobilisation est rarissime (1,2%) et à des examens complémentaires rare (11%)(31). Enfin, 5% des recours sont soldés par une hospitalisation. Les recours des enfants et adolescents pour épisode infectieux aigu représentent 43% des recours urgents auprès des médecins généralistes.

Les consultations urgentes sont plus longues que les consultations habituelles des médecins généralistes. En 2002 la durée moyenne des consultations était de 15 à 16 minutes. Elle était de 18 minutes pour la prise en charge des consultations urgentes. (16 minutes pour les moins de deux ans contre 22 minutes pour les plus de 80 ans)

Cela amène à la notion de **gravité réelle** de l'état de l'enfant. Dans la littérature, le **taux d'hospitalisation** des urgences pédiatriques est relativement faible : Dans l'étude de Berthier réalisée en 2003 à Poitier (10), on trouvait 22% d'hospitalisation. La thèse de Veyre A. au CHU Kremlin Bicêtre en 2006 un taux de 6,5%. La DREES en 2003 (1) trouvait 8,8%. Gauthier A, qui a réalisé une étude unicentrique à l'hôpital Louis Mourier dans les Hauts de Seine trouvait 17% d'hospitalisation. On se rend compte que les chiffres d'hospitalisation sont très dépendants des centres. Il est en général plus faible dans les services d'urgences pédiatriques où est présent un pédiatre 24h/24h. Dans les centres périphériques gérés par les médecins généralistes urgentistes, le taux d'hospitalisation est plus élevé. Cela montre bien que l'estimation de la gravité de l'enfant est difficile. Le taux d'hospitalisation est aussi déterminé par l'âge de l'enfant puisque l'âge constitue en lui même un facteur de gravité. En Haute Normandie, certaines zones géographiques sont très éloignées d'un centre hospitalier et c'est parfois un argument pour proposer une hospitalisation.

Dans notre étude, 2/3 des parents estimaient que l'état de leur enfant justifiait d'une prise en charge hospitalière.

Nous ne disposons pas de la classification de la gravité de l'enfant (CCMU). Il est donc difficile de comparer la gravité avec la littérature. Néanmoins pour les enfants dont on dispose de la donnée remplie par le médecin sur la nécessité ou non de consulter aux urgences, il était injustifié de consulter aux urgences dans 40 % des cas. Le taux d'hospitalisation en réanimation via le service d'urgences pédiatriques du CHU de Rouen est de 0,2%. L'enquête de 2003 montre que la proportion des enfants classés CCMU3 (Le pronostic vital n'est pas menacé à l'arrivée mais dont l'état est susceptible de s'aggraver) est inférieur à 5%.

L'étude de Berthier aux urgences pédiatriques (10) montre que 59% des enfants vus ont eu une simple consultation et 41 % une consultation simple sans nouvelle prescription à la sortie. On peut préjuger que ces patients auraient pu être évalués par leur médecin traitant.

Le rapport de la DREES de 2003 (1) remarque que pour 40% des nourrissons aucun acte diagnostique ou geste thérapeutique n'est réalisé. Environ 20% des enfants seulement sont hospitalisés au décours de la consultation aux urgences (DREES les usagers des urgences)

Dans l'enquête « un jour donné » faite à Lyon en 2004 (33), Stagnara S étudiait les consultations urgentes en ambulatoire et dans les services d'urgences pédiatriques de la ville. L'étude montrait que le circuit du patient, avant sa prise en charge, était jugé globalement satisfaisant dans 82% des cas. Dans les structures hospitalières, les circuits n'étaient jugés satisfaisants que dans 50% des cas. Le recours direct à une structure hospitalière était motivé dans 31% des cas par « le fait qu'on a tout sur place ». Les motifs invoqués en semaine, étaient la gravité du problème, l'orientation par le médecin traitant, la présence de spécialistes. Les motifs invoqués le week-end étaient l'absence du médecin traitant, la proximité, la gravité du problème, l'envoi par le médecin traitant.

L'enquête de la DREES (1) de 2003 révèle que 64% des usagers qui n'avaient pas été envoyés aux urgences et qui s'y rendent quand même le font en moins d'une demi-journée. Seuls 19% des usagers disent avoir attendu davantage, dont 11% plus d'un jour. De même dans cette enquête 32% des personnes interrogées à propos de leur motif de consultation affirmaient penser que « c'était grave » et que cela nécessitait peut être une hospitalisation.

Une étude faite par Driscoll P et Al (34), dans un service d'urgences, montrait que 21% des patients pensant avoir une affection grave pouvaient en fait être pris en charge en ambulatoire alors que 14% de ceux considérant leur cas comme non urgent relevaient véritablement de l'urgence.

Par ailleurs, certaines pathologies sont maintenant rarement prises en charge en ambulatoire comme le montrent les résultats des études concernant la prise en charge des enfants par les médecins généralistes. L'étude ECOGEN (5) ne relève pas de motif de consultation pour « traumatologie ». Une autre faite en soin primaire (7) montre que la traumatologie représente une part anecdotique des consultations en médecine générale pour les enfants : Le motif traumatologie n'était présent que pour le grand enfant et l'adolescent et représentait 2,8% des consultations.

Au total, la **définition de l'urgence** est très différente que l'on se place du point de vue de l'urgentiste, ou l'urgence implique une mise en jeu du pronostic vital ; du point de vue du médecin généraliste pour qui elle représente un soin ou une consultation qui interrompt son activité ; du point de vue du patient, l'urgence est notion ressentie, que le motif soit réellement grave ou non. Des études américaines ont montré l'efficacité de la formation de la population aux gestes de premier secours. Il y aurait un réel travail de sensibilisation, d'éducation et d'apprentissage auprès des familles afin de sensibiliser les enfants et parents aux signes d'appel et aux signes de gravité motivant une consultation urgente. L'école pourrait avoir un rôle prépondérant dans cet apprentissage. Certains pays intègrent aux programmes scolaires les gestes d'urgence, ce qui sensibilise les enfants dès le plus jeune âge. L'éducation des populations sur les modalités de recours urgents et la formation à ces gestes pourraient améliorer le système de soins.

Même si les médecins généralistes sont formés au cours de leur internat à la gestion de l'urgence, ils se plaignent parfois d'un manque de matériel et de formation dans leur pratique face à l'urgence(35). En effet, la gestion d'une situation urgente en ambulatoire et dans un service d'urgences n'est pas la même chose. Le recours facile aux examens complémentaires à l'hôpital permet de rassurer le jeune médecin. De plus, le temps de la décision est plus long. Les protocoles de prise en charge des urgences sont souvent disponibles à l'hôpital mais peu applicables en cabinet de ville. Les médecins libéraux ne sont pas tous à l'aise avec les prises en charges urgentes, et semblent volontaires pour participer à des formations aux gestes et soins d'urgence(36). Cette formation pourrait être organisée au sein des CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence) dans le cadre de la formation continue appliquée à la gestion de l'urgence en cabinet.

E) La prévention et le suivi :

L'une des spécificités du médecin généraliste est le rôle de prévention et d'éducation auprès de ses patients. Au quotidien, il explique, donne des consignes de surveillance, négocie, tente de convaincre ou avertit son patient.

Les suivis de la croissance staturale-pondérale et du développement psychomoteur sont des éléments majeurs de la surveillance de l'enfant. Le médecin généraliste doit par ailleurs dépister les troubles auditifs et visuels. Le carnet de Santé propre à chaque enfant représente une aide dans le suivi. Une anomalie dans le suivi doit conduire le praticien à adresser l'enfant pour une prise en charge adaptée.

A chaque consultation, le médecin mesure, pèse, examine, vérifie le développement des acquisitions. Le médecin doit aussi expliquer le développement de l'enfant aux parents, les guider pour adapter l'alimentation, expliquer les grands principes de l'hygiène. Sa connaissance de l'environnement familial peut être un atout pour proposer une aide concernant la parentalité. Les principes éducatifs doivent être expliqués.

Il dispose d'un support spécifique pour le suivi de l'enfant : **Le carnet de santé**. La version actuelle date de janvier 2006. Il est défini comme un « outil du suivi de la santé de l'enfant et de l'adolescent ». Il permet la communication entre les différents acteurs de la prise en charge de l'enfant. Il contient le détail du contenu des 20 examens de santé recommandés pour le suivi de l'enfant, dont les trois examens obligatoires ; les courbes de suivi, les tableaux de vaccination, des pages vierges pour le suivi de l'enfant, où le médecin a l'obligation d'inscrire le contenu de ses consultations. A l'attention des parents on y trouve des conseils de prévention ciblés sur le développement de l'enfant, des conduites à tenir dans certaines situations, comme par exemple la fièvre, les vomissements, diarrhées.

Comme le montre l'étude ECOGEN, en médecine générale, le **nombre de motifs de consultation** est en moyenne de 2 pour les enfants de moins de 6 ans. La durée moyenne de consultation est de 15,8 +/- 7,8 minutes. Aborder des sujets supplémentaires est donc difficile pour le médecin généraliste. Le pédiatre quand à lui choisit des consultations en général plus longues qui lui permettent une prise en charge plus globale de l'enfant. Ce constat est la conséquence directe du mode de rémunération en France qui est la tarification à l'acte. D'autres solutions sont possibles qui valorisent les actions de prévention et de dépistage (modèle allemand).

4.3.2. La satisfaction de la prise en charge :

Comme nous avons pu le voir, la relation médecin patient est centrée sur la confiance. Les consultations de plus en plus nombreuses dans les services d'urgences pédiatriques sont le témoin d'une fuite des patients vers l'hôpital et donc d'un accès aux soins primaires plus difficile, lié au manque de disponibilité des médecins généralistes.

A) L'écoute :

Notre étude révèle que la qualité de l'écoute du médecin est un facteur prédictif de confiance en analyse multivariée. Cela rejoint des notions retrouvées dans la littérature. Une étude publiée dans le JAMA en 1999 (37) montrait que les médecins généralistes américains interrompaient leurs patients en moyenne **23 secondes** après qu'ils aient pris la parole. Une autre étude parue dans le BMJ (38) en 2002 et réalisée en Suisse montrait que lorsqu'on laisse s'exprimer le patient avec des techniques d'écoute active, 78% des patients ont exprimé leur demande en moins de 2 minutes.

L'item « écoute » est avec l'« expérience » un des critères cités par les patients comme déterminant pour justifier de la confiance vis à vis du médecin dans une étude menée par le groupe pasteur mutualité (15). Parmi les autres critères, dans ce sondage d'opinion, on retrouvait la disponibilité, la capacité à prendre des décisions rapides, les soins et conseils préconisés, la compréhension.

Le défaut d'écoute est même un motif d'insatisfaction de la prise en charge médicale dans des contextes différents. Il pousse par exemple les patients à changer de médecin : Une étude parue dans la revue du praticien en 2002 (39) avait pour objectif de connaître les causes de changement de médecin. Elle montrait que sur les 1148 patients lorrains interrogés, 36% étaient restés fidèles à leur médecin sur les 20 dernières années. Sur les 64% ayant changé de médecin, lorsqu'on faisait abstraction de la cause principale de changement due aux déménagements, le manque de disponibilité et le manque d'écoute étaient souvent reprochés au médecin. Il est aussi responsable de dépôts de plaintes nombreux : 70 à 80% des plaintes médicales et poursuites judiciaires seraient dues à des problèmes de relation et de communication(40).

On s'aperçoit (41) que la qualité de l'écoute d'un médecin serait différente en fonction du profil des patients (elle diminuerait au contact des patients âgés et des catégories socio professionnelles défavorisées) et de l'état d'esprit du médecin (fatigue, préoccupations, attitude non verbale inadaptée).

Les médecins affirment que la **communication** est une de leurs principales difficultés(42). Aujourd'hui, la compétence du médecin généraliste concernant la communication est fondamentale. Une formation approfondie aux différentes techniques de communication, dès la formation initiale médicale paraît indispensable. Cela permettrait probablement un gain en terme d'efficacité et d'efficience dans les soins.

B) La disponibilité :

a) L'évolution de la société :

Notre étude montrait que 30% des patients justifiaient leur consultation aux urgences pédiatriques, par le fait que leur médecin ne proposait pas de rendez vous assez rapide. Ce constat s'inscrit dans la tendance de notre société à vivre dans l'impatience avec un accès aux services **instantanés**. Le boom lié à internet et à l'explosion des réseaux sociaux a transformé le quotidien en instantané. La disparition du recul et de la réflexion fait place à l'émotion. L'angoisse générée par un problème de santé doit être soulagée immédiatement, d'où le « besoin » de consultation urgente. On exige des médecins une efficacité rapide des traitements mis en place. Beaucoup de patients consultent plusieurs fois pour le même motif, à des intervalles parfois très courts. Une éducation bien faite avec des consignes de surveillance précises, éviterait souvent certaines de ces consultations.

La modification des **comportements des usagers** est en partie responsable de l'affluence aux urgences, liée à l'évolution consumériste du mode de consommation de soins(43). La consultation représente un service et on assiste à une déresponsabilisation vis à vis du coût de la santé avec des consultations « indolores ». Pour les patients, le seul accès aux soins en dehors de leur médecin généraliste est représenté par les urgences. Cela pourrait être différent. En effet, le rôle de la permanence des soins est d'organiser l'accès aux soins pour ces patients. Il serait intéressant de recenser la population connaissant l'existence de la maison médicale à Rouen.

b) Les raisons actuelles des consultations aux urgences :

Une étude sur les comportements des patients face à une urgence ressentie montrait que dans la majorité des cas, le patient consultait dans l'heure suivant

l'apparition de ses symptômes (44). Cette étude montrait bien le manque d'information du public sur les différents modes d'accès aux soins urgents.

Les patients justifient leur recours aux services d'urgences (43) pour les prestations offertes par ces médecins en terme d'efficacité, de technicité et d'accessibilité. Les urgentistes sont aux yeux des patients compétents et efficaces. La présence d'un plateau technique conséquent dans les services d'urgences et de spécialistes rassure les patients. Les autres motifs évoqués par les patients sont ensuite la douleur, l'angoisse, qui nécessitent pour les patients une prise en charge urgente, puis les difficultés d'accès aux soins en ambulatoire : La médecine ambulatoire n'apparaît pas capable d'une réponse adaptée en raison du manque de disponibilité des médecins de ville et des délais pour obtenir un rendez-vous. Le dernier motif évoqué est l'échec des solutions antérieures.

c) La permanence des soins ambulatoire :

La Permanence Des Soins est organisée par l'ARS. Les rôles des SMUR et des services d'urgences sont complétés par une activité de soins libérale. L'accès au médecin de garde est régulé par le SAMU centre 15. La possibilité de recours au 15 pour une demande d'accès aux soins ne relevant pas de l'urgence vitale immédiate ne semble pas assez connue du public.

Les plans d'accès aux soins ont mis en place ces dernières années des maisons médicales afin de prévoir un lieu d'accueil pour les consultations en horaire de garde et organiser les plannings de gardes libérales. Les organisations sont différentes d'un territoire à l'autre. Sur l'agglomération du Havre, un médecin généraliste est de garde tous les jours, dès le matin afin de recevoir ou aller voir en visite les patients sollicitant une consultation urgente.

D'un autre coté, le nombre de passages aux urgences augmente depuis de nombreuses années. (Le nombre de passages annuels est passé de 13,6 millions à 18,5 millions par an en France entre 2001 et 2011(12). Au delà de ce chiffre, il s'agit d'une augmentation globale des **soins non programmés**. Le nombre de visites de nuit augmente de 1% par an. Le nombre de dossiers médicaux régulés par le SAMU augmente de 10% par an (45)(il a doublé en 10 ans).

Dans les plans d'accès aux soins, l'accès à la maison médicale est régulé par les centres 15 qui orientent fréquemment les enfants vers des consultations pédiatriques. Pour les médecins installés, la participation à la permanence des soins n'est plus

obligatoire au regard de la loi, mais reste une obligation déontologique. En pratique, les gardes au sein des maisons médicales sont majoritairement assurées par de jeunes médecins remplaçants, souvent pour une motivation pécuniaire. La relation de confiance est difficile à établir pour les parents consultant face à un jeune médecin qu'ils ne connaissent pas et dont ils ne peuvent présumer la compétence. En cas de doute, les enfants sont facilement adressés aux services d'urgences pour avis complémentaire ou réalisation d'examens. En effet, les services d'urgence pédiatrique bénéficient d'une bonne image. Les parents sont surs d'y trouver un médecin expérimenté et spécialisé dans la prise en charge des enfants.

L'autre problématique de l'accès aux soins en libéral consiste en l'avance des frais, qui représente des sommes importantes, surtout en horaire de garde. Ca n'est pas le cas aux urgences.

d) La problématique de la démographie médicale :

Le nombre de médecins généralistes, en France, est en diminution constante jusqu'en 2020. Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) recensait 96889 médecins généralistes inscrits en 2007 (46). En 2014, il était de 90630. Les projections de calcul en tenant compte du numerus clausus et du nombre de postes à pourvoir aux ECN, estiment qu'il y aura environ 86000 médecins généralistes à l'horizon 2020. Cette diminution globale est bien sur inégale en fonction des régions.

La Haute Normandie se situe en dessous des moyennes lorsqu'on étudie sa densité médicale puisqu'il s'agit de la troisième région de France à avoir une densité faible derrière la Picardie et la région Centre (47)(151 médecins en activité régulière pour 100000 habitants en 2013). Cette tendance est estimée à la baisse puisqu'on estime que la densité médicale sera de **148,1 médecins pour 100 000 habitants en 2018**. Pour la médecine générale, elle est inférieure de 10 à 20% par rapport à la moyenne nationale. Les médecins généralistes sont implantés sur tout le territoire y compris en territoires rural (40% des médecins généralistes exercent dans des unités urbaines de moins de 50000 habitants(47)). La densité de pédiatres est inférieure de plus de 20% à la moyenne nationale en 2013(48). Il s'agit d'une spécialité installée de façon majoritaire en ville puisque 73% exercent dans des unités urbaines de plus de 50000 habitants.

Il est prévu une stabilisation du nombre de pédiatres en Haute Normandie d'ici 2018(47). Par ailleurs, au niveau national les études démographiques prévoient une

légère hausse du nombre de pédiatres mais une baisse du nombre de pédiatres libéraux(46). Le suivi des enfants est donc souvent fait par un médecin généraliste qui constitue le premier recours en cas de besoin, et cette tendance devrait s'accroître.

Les médecins déclarent **travailler 52 à 60 heures** par semaine en fonction des études (49). L'emploi du temps des médecins reste peu évalué dans les études. Il se décompose en plusieurs parties : l'activité de soins auprès des patients, la formation personnelle, les tâches administratives (gestion du cabinet, tenue de l'agenda, comptabilité...). Les médecins libéraux déclarent par ailleurs avoir une activité autre pour 20% de leur temps en moyenne (vacations dans les EHPAD ou hôpitaux, etc...).

Par ailleurs, la profession se **féménise** (+1% sur un an) (46). Les femmes représentent 63% des effectifs de moins de 40 ans en Haute Normandie (47). On constate aussi qu'elles travaillent en moyenne moins que les hommes (30% de moins en 2000 d'après Niel, Perret, 2004). Les projections de l'INSEE estiment qu'elles représenteront 50% des effectifs de médecins en 2030. Cette féminisation se traduit par certaines évolutions : elles sont, plus que les hommes, placées dans l'obligation d'équilibrer les contraintes entre la vie familiale et les exigences de la pratique professionnelle. Il en résulte des évolutions du mode d'exercice : choix privilégié de certains modes d'exercices, de l'installation en zone urbaine ou péri urbaine, un aménagement des horaires, une interruption plus fréquente d'activités. Elles ont une implication moins grande dans les gardes libérales (50). La conséquence est que même si elles sont reconnues plus à l'écoute, les femmes paraissent aux yeux des patients moins disponibles que les hommes et leur rôle en est alors moins respecté.

e) Les nouveaux modes d'installation

Les jeunes médecins, plus que les anciens, souhaitent privilégier un large espace de vie privée à côté de leur activité professionnelle. Dans une enquête réalisée en 2005 auprès d'étudiants de DCEM 3 et DCEM 4 (5ème et 6ème année d'études de médecine), les étudiants étaient nombreux à affirmer que les conditions de travail étaient susceptibles d'influencer leur choix de carrière. Ils faisaient une place importante à la **qualité de vie** pour décider de ce choix. Deux tiers des étudiants pensaient que s'ils avaient des arbitrages à faire, ils privilégieraient plutôt leur vie privée.

De plus, les **modalités de pratique** évoluent : la part de médecins salariés passe de 36 à 40% entre 1992 et 2000. Le nombre de généralistes libéraux a tendance à diminuer. La part de temps partiels augmente (de 10% en 1992 à 11,5% en 2000) (51).

Les jeunes médecins continuent de s'installer mais dans des conditions différentes de leurs prédécesseurs. Il y a moins d'installation en zone rurale. Les jeunes médecins recherchent des cabinets de groupe ou des maisons médicales où leur temps de travail est plus malléable qu'en exercice seul en cabinet.

Depuis 2004, la médecine générale représente une spécialité faisant partie des choix possibles au moment de l'internat. Entre 2004 et 2008, on se rend compte que le nombre de postes ouverts est passé de 1841 à 3200 avec un nombre de postes pourvus passant de 1232 à 2591. Néanmoins beaucoup de postes sont non pourvus. La médecine générale est choisie après les spécialités médicales(52). La vision de la spécialité par les étudiants évolue néanmoins de manière positive. La possibilité de stages ambulatoires de médecine générale au cours de l'externat accompagne ce changement d'image.

L'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire. La médecine ne se voit plus comme un exercice solitaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009. Les médecins de moins de 40 ans sont quand à eux 8 sur 10 à travailler en groupe (53) ! Le regroupement semble transformer l'organisation du temps de travail puisque si les médecins installés en cabinets de groupe ne travaillent pas moins en terme de nombre d'heures hebdomadaires par rapport aux médecins installés seuls, ils sont plus nombreux à travailler moins de 5 jours par semaine avec un nombre d'actes journalier plus important en moyenne. L'accès au cabinet médical s'en trouve donc meilleur pour le patient qui, s'il n'a pas accès à son médecin traitant en cas d'urgence, peut parfois obtenir un rendez-vous avec un des médecins du cabinet.

De nouvelles structures, les **maisons de santé pluridisciplinaires**, sont une des réponses actuelles pour faire évoluer l'organisation des soins. Il s'agit d'un lieu regroupant au moins trois professionnels de santé libéraux (Deux généralistes et un paramédical) qui mettent en œuvre un projet commun de santé formalisé. Elles offrent la possibilité d'une offre de soins diversifiée avec des consultations avancées de spécialistes ou d'autres professionnels du corps médical ou paramédical. Ce sont des solutions intéressantes qui tentent de maintenir une offre de soins minimum sur le territoire dans un contexte de démographie médicale déficitaire en répondant à la fois aux envies des professionnels qui cherchent un équilibre entre vie privée et professionnelle et en améliorant la prise en charge des patients. La mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires nécessite l'investissement des médecins sur le plan local, mais aussi des collectivités locales, conseils généraux et régionaux et ARS qui participent au financement des locaux bien souvent et qui déterminent les zones déficitaires dans lesquelles il est judicieux de renforcer la présence médicale.

L'objectif de l'implantation des maisons de santé est multiple(54) :

Le premier est d'attirer des professionnels de santé dans les territoires concernés. L'objectif est de répartir une offre de soins équilibré sur le territoire permettant un accès aux soins facile à tous les français. Il s'agit de lutter contre la désertification médicale.

Le deuxième est d'améliorer la qualité de prise en charge des patients : Elles apportent une réponse de proximité, organisent des actions locales de prévention, améliorent la continuité des soins et la coordination, notamment pour la prise en charge de pathologies chroniques. Le suivi est rendu possible au sein d'une même structure que représente la maison de santé grâce aux consultations délocalisées des spécialistes. L'accès aux soins est facilité, avec dans un même lieu la consultation possible de médecins, kinésithérapeutes, infirmières... En dehors des horaires d'ouverture, la maison médicale s'organise pour assurer une garde médicale, que ce soit la nuit, les week-end ou jours fériés. La mutualisation des moyens permet un équipement de plus haut niveau que dans un cabinet médical standard, comme la possibilité de disposer de matériel de radiologie (en montagne par exemple) ou de biologie rapide.

Le troisième objectif est d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé : Elles facilitent le partage d'informations et les échanges de pratique. Elles mutualisent les moyens et les couts des locaux et de personnels.

Le quatrième objectif est de favoriser la prévention et l'éducation à la santé, en accueillant ou organisant des séances collectives d'éducation à la santé et en proposant un accès à l'information pour les patients.

On essaie d'évaluer l'impact de la mise en place de ces maisons médicales. On estime leur chiffre à environ 200 sur le plan national. Leur mise en place améliorerait la qualité des soins, l'efficacité, l'efficience et diminuerait le nombre d'hospitalisations à moyen ou long terme. La CNAMTS cherche à mettre en place des études socio économiques sur l'impact réel de la mise en place des maisons de santé. Une étude parue dans le journal santé publique en 2009 (55) avait pour but d'évaluer le fonctionnement des maisons de santé de Franche Comté et Bourgogne. Sur le total des 9 maisons de santé qu'elle a étudié, cette étude constatait un niveau d'équipement supérieur à la moyenne, des plages d'ouverture élargies (11,5H/J en moyenne) et des pratiques coopératives le plus souvent informelles. A activité comparable, les médecins exerçant en MSP déclaraient prendre plus de jours de congés. Cette étude constatait que les maisons de santé disposaient d'un équipement supérieur aux cabinets médicaux simples, notamment la possibilité de réaliser des actes techniques (sutures, plâtres et

immobilisations, pansements lourds, mise en place de dispositifs intra utérins). Ces possibilités de soins pourraient, à l'avenir, ramener des patients des urgences vers la ville si elles étaient généralisées.

Le taux de substitution entre les médecins varie de 11,5% à 42,6% selon les MSP, c'est à dire le pourcentage de cas où le patient consulte un médecin différent de son médecin traitant déclaré dans la structure. Il s'agit d'un avantage en terme de disponibilité puisque cela montre que les patients ont un accès possible à un médecin même en cas d'indisponibilité de celui-ci, et ceci sans perte d'information (accès au dossier médical en réseau). Néanmoins la contrainte pour les patients est de ne pas avoir accès à son médecin traitant en cas d'urgence, mais à un autre médecin de la structure dans lequel il n'a pas forcément confiance.

Dans un travail de thèse soutenue en 2012, qui avait recueilli le ressenti de patients qui consultaient auparavant en cabinet puis en maison médicale, l'auteur montrait que 41% des patients pensaient que la maison médicale était plus accessible que la disponibilité du médecin était meilleure(56). Le délai pour y obtenir un rendez-vous était plus court. Pour les pouvoirs publics, la disponibilité et l'élargissement des horaires d'ouverture étaient une des raisons pour la création des maisons médicales(57). En revanche concernant la qualité des soins reçus, pour les patients elle semble être la même dans un cabinet que dans une maison médicale. Ils feraient confiance au professionnel et non à la structure(56). En revanche pour le professionnel exerçant, la pluridisciplinarité améliorerait la qualité des soins.

L'objectif secondaire de la mise en place d'une maison de santé est l'organisation d'un pôle de santé. Ces organisations se développent grâce à de nouveaux modes de rémunération alliant la rémunération à l'acte et des modes de financement globaux.

Au total, l'impact des maisons médicales auprès du public semble positif. Elles semblent répondre à un besoin réel de la population et semblent améliorer la prise en charge des patients (95% des patients sont enthousiastes vis à vis de la pluridisciplinarité offerte par les maisons médicales(56)).

f) La coopération, une solution pour améliorer l'efficacité des soins

D'un point de vue global, l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques rend de plus en plus nécessaire la coopération entre les différents acteurs de la prise en charge. Médecins généralistes, paramédicaux, mais aussi spécialistes. Cela répond à la fois à la diminution du nombre de médecins, à la nécessité

de diminuer les couts de santé et améliorer l'efficience, et devient logique du point de vue éthique. En effet, les patients sont en droit d'exiger la circulation d'informations entre les différents acteurs de leur prise en charge. En Angleterre, des études rapportent une efficience améliorée en matière de prise en charge de patients atteints de maladies chroniques lorsqu'un suivi centré sur le patient se fait en collaboration avec des infirmières spécialistes ou des pharmaciens. Le développement de ces modes de suivi impliquerait en France de repenser le statut juridictionnel des différentes professions.

Cette coopération doit s'accompagner de plusieurs évolutions : La redéfinition des tâches, tout d'abord. Elle est déjà à l'œuvre dans certains réseaux de soins où l'infirmière, éducateur, pharmacien travaillent « main dans la main » avec le médecin généraliste et se voient confier de nouvelles responsabilités, par dérogation(58). En Angleterre, la secrétaire médicale a un rôle administratif mais peut aussi prendre les constantes des patients, par exemple. Cet exemple de tâche permet d'améliorer l'efficacité du médecin et de gagner en temps. Ce genre de pratique n'est pas possible en France du fait d'une absence de cadre juridique. La coopération doit s'accompagner aussi d'une formation des personnels impliqués, et une refonte des modes de rémunération actuels qui consiste à une tarification à l'acte.

Conclusion :

Notre étude a montré que les parents ont une **confiance élevée** dans leur médecin traitant pour la prise en charge de leur enfant. Cette qualité renforce le rôle crucial du médecin traitant dans la chaîne de soins. Ce capital confiance devrait mieux être utilisé par les pouvoirs publics dans les champs de compétence du médecin à savoir la gestion des urgences, les actions de prévention et vaccinations, la surveillance de la croissance et les conseils nutritionnels.

La capacité d'écoute et la disponibilité du médecin sont des facteurs prédictifs de cette confiance.

On peut trouver d'autres explications à l'augmentation de la fréquentation des services d'urgences. L'augmentation des recours aux soins non programmés semble être expliqué par l'évolution du comportement des patients vis à vis des problèmes de santé aigus. La fréquentation croissante des services d'urgences pédiatriques résulte aussi d'une fuite des consultations du secteur ambulatoire vers le secteur hospitalier et semble être le témoin d'un manque de disponibilité des médecins qui ne réussissent plus à répondre aux besoins de la population. La démographie médicale en baisse, la féminisation des médecins, les évolutions de mode de pratique des praticiens semblent expliquer ce manque de disponibilité.

Les Plans d'Accès aux Soins n'ont pas réussi, jusqu'à maintenant, à inverser cette tendance. Une des solutions qui se développe actuellement pour faire face au problème d'accès aux soins est la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires. Leur objectif est d'améliorer la prise en charge des patients, d'attirer des professionnels de santé dans des zones déficitaires, d'améliorer les conditions d'exercice des médecins et de favoriser la prévention.

D'autres solutions pourraient cependant être trouvées : une réflexion globale sur l'organisation des soins primaires pourrait transférer des compétences du médecin généraliste vers les infirmières et les autres personnels paramédicaux, afin de soulager une partie de la charge de travail attribuée aux médecins, et redéfinir son rôle dans la chaîne de soins.

Bibliographie

1. 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) Etudes et résultats; 2003. N°212. [Internet]. [cité 24 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/er212.pdf>
2. Devictor D et Al. **L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales « un jour donné »**. Arch Ped. 1997;4-1;21:26
3. Sagnes-Raffy C et Al. **Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans**. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. [Disponible en ligne]. [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/jeunenf.pdf>
4. Franc C. **La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale** (DREES) série et études 2007. N°69. [Internet]. [cité 24 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud69.pdf>
5. Helly L. **Le suivi des enfants en médecine générale en France. étude descriptive sur 20 781 consultations issues d'une étude multicentrique nationale** [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Montpellier I, 2013. texte imprimé; 2013.
6. Letrilliart L. et Al. **ECOGEN: étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale**. exercer 2014;114:148-57.
7. Boulivan E. **la consultation pédiatrique en médecine générale**. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Université de Paris Est. 2012. [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th623796.pdf>
8. **Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières**, juin 2013. dirigé par la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. [Internet]. [cité 13 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>
9. Mallet E. et Al. **Prescription prophylactique de la vitamine D en France: Enquête épidémiologique multicentrique nationale chez 3240 enfants de moins de 6 ans**. Arch Ped. 2012;19-12;1293:1302.
10. Berthier M. **Les consultations aux urgences pédiatrique : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants**. Arch Ped. 2003;10(1):61s-63s
11. Raineri F. **Le suivi des enfants. SFMG 2005** [Internet]. [cité 16 sept 2014]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/actualite/actualite_fiche/30/fichier_communique_suivi_enfantc7754.pdf

12. Vuagnat A. **Les urgences hospitalières, qu'en sait on?** (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Le panorama des établissements de santé. 2013. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
13. **Les Français et les médicaments.** Sondage réalisé par le CSA à la demande du « parisien aujourd'hui en France ». 2007. [disponible en ligne]. <http://www.csa.eu/multimedia/data/sondages/data2011/opi20110113-les-francais-et-les-medicaments.pdf>
14. Zumsteeg S, Kraus F. **La bonne image des généralistes** - Ipsos Public Affairs. Février 2007 [disponible en ligne]. <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2007-02-28-bonne-image-generalistes>
15. **La cote de confiance des français à l'égard des professionnels de santé.** sondage réalisé à la demande du Groupe Pasteur Mutualite par le groupe ViaVoice. avril 2010.[disponible en ligne].<http://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiqués-de-presse/828-91-des-francais-font-confiance-a-leur-medecin-generaliste-selon-le-barometre-groupe-pasteur-mutualite-l-la-confiance-a-legard-des-professionnels-de-sante-r.html>
16. Mousel C. **Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du pays Haut Lorrain.** 2007. Université de Nancy. thèse pour le doctorat de médecine [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2009_MOUSEL_CATHERINE.pdf
17. **Les Français et le système de santé** - Ipsos Public Affairs [Internet]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2011-07-12-francais-et-systeme-sante>
18. Or Z, Com-Ruelle L, **La qualité des soins en France : Comment l'améliorer?**, déc 2008 Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. [Internet]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance>.
19. Torny D. **Politiques Vaccinales.** Bourdillon, F, traité de prévention, Flammarion, Paris, 2009, p.206-211. [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/43/69/94/PDF/TornyPolitiquesvaccinalespreprint.pdf>
20. **Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017.** Document réalisé à la demande du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_d_amelioration_de_la_politique_vaccinale_2012-2017_2_.pdf
21. Vaugrente A. **Grippe: pourquoi les soignants ont peur du vaccin.** Le nouvel Observateur. décembre 2013 [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: http://cause.i.am.online.fr/wordpress/wp-content/uploads/2013-12-06-Grippe_-_pourquoi-les-soignants-ont-peur-du-vaccin-SCMP-Pourquoi-Docteur.pdf
22. Peretti-Watel et Al. **Dramatic change in public attitudes towards vaccination**

during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in France. Eurosurveill. 2013;18(44)

23. Raude J. **Les attitudes des français face à la vaccination.** [Internet]. [cité 21 sept 2014]. Disponible sur: http://www.leem.org/sites/default/files/Jocelyn%20Raude%20-%2011.09.13_0.pdf
24. Koeck JL, **Vaccination : obliger ou convaincre il faut choisir.** [cité 28 sept 2014]. Disponible sur: http://www.vidal.fr/actualites/14147/vaccination_obliger_ou_convaincre_il_faut_choisir/
25. Amrit S. **Internet Use and Perceptions of Information Reliability by Parents in a Neonatal Intensive Care Unit.** Journal of Perinatology. 2003; 23:420-424
26. Todd H et Al. **Use of the internet for health information by the chronically ill.Preventing chronic disease.** 2004;1-4 [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1277953/pdf/PCD14A13.pdf>
27. Kendra L et Al. **Family Medicine Patients' Use of the Internet for Health Information: A MetroNet Study.** J Am Board Fam Med.2006;19.1;39-45
28. Rouah D. **Internet a t il changé la relation médecin-patient du point de vue du médecin généraliste?** [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7. 2009. [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3424_these_entiere_-_version_finale.pdf
29. **Le patient internaute. revue de la littérature édité par la HAS.** 2007.disponible sur www.has-sante.fr [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
30. Dubois-Bouchez D. **Relation médecin-malade: impact de l'accès du patient à l'information médicale sur internet.** [thèse pour le doctorat en médecine].Université de Paris-Est Créteil: 2011 [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0609878.pdf>
31. Gouyon M, **Les urgences en médecine générale.** Serie statistique n°94, avril 2006. [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
32. Gouyon M, Labarthe G, **Les recours urgents ou non programmés en médecine générale.** Rapport de la DREES n°471, mars 2006 [Internet]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
33. Stagnara J et Al. **Urgences pédiatriques et consultations non programmées. Enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise.** Arch Ped 2003.11.006 [Internet].
34. Driscoll C et Al. **The use of the accident and emergency department.** archives of emergency medicine. 1987,4,77-82

35. Dumouchel J, **Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale Analyse des pratiques de généralistes normands** (Thèse de doctorat en médecine.Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen), 2012 [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/77/00/75/PDF/Dumouchel_Julie.pdf
36. Sander C, **le médecin généraliste et les soins non programmés.**(Thèse pour le Doctorat en médecine,Faculté de médecine Henri Poincare Nancy 1), 2010 [Internet]. [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_SANDER_CAROLINE.pdf
37. Marvel K. **Soliciting the patient's agenda: Have we improved?** JAMA. 1999;281:283-287
38. Langewitch W. et Al. **Spontaneous talking time at start of consultation on outpatient clinic: cohort study.** BMJ 2002;325:682-3
39. Boivin J-M, Muller-Colle F, De Korvin J.D, Aubrege A. **Pourquoi les patients changent ils de médecin généraliste?** Rev Prat Med Gen 2003 ;17 (604) :293-7.
40. Howard B. Beckman et Al. **The Doctor-Patient Relationship and Malpractice: Lessons From Plaintiff Depositions.** Arch intern Med. 1994;154(12):1365-1370
41. Dareths S. **Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation** (thèse pour le doctorat en médecine).Université Bordeaux 2. 2011. [Internet]. [cité 5 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.voixmedicales.fr/wp-content/uploads/2012/02/These-Sophie-Dareths.pdf>
42. Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B. et al. **Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ?** La Rev du Prat Med Gen,1994; 8(260) : 41-8.
43. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I, Rofristch S. **Les consultants des services d'urgences relevant de lédecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé.** [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: http://www.copacamu.org/IMG/pdf/GENTILE_Texte_-_Analyse_du_comportement_des_usagers_des_urgences_pour_des_soins_non_urgents_ReI_sultats_de_la_reI_gion_PACA.pdf
44. Gentile S et al, **Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie.** Santé publique 2004,vol16, n°1 63-74
45. Congrès Urgences, Paris, 2000: **Les urgences : Comment mieux organiser les soins non programmés ?** sous le patronage de Madame Martine Aubry. [Internet]. [cité 22 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.caducee.net/congres/archives/congres-urgences1.asp>
46. Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. **Atlas de la Démographie Médicale 2014.** Document édité à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014. [Internet]. [cité 7 juill 2014].
47. Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. **La densité médicale en région Haute Normandie. Situation en 2013.** Document édité à la demande du Conseil Régional de

l'Ordre des Médecins, 2013. [Internet]. [cité 7 juill 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/haute-normandie_2013.pdf

48. **Compte rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009.** Observatoire national de la démographie des professions de santé. [Internet]. [cité 27 sept 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf

49. Le Fur P. **Le temps de travail des médecins généralistes.** Une synthèse des données disponibles. Qes;2009:144

50. Romestaing et Al. Synthèse. **Trois études sur la féminisation de la profession médicale.** réalisation à la demande de l'union régionale des médecins libéraux Rhône-Alpes.janvier 2005. [Internet]. [cité 30 sept 2014]. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/ETUDES_FEMINISATION.pdf

51. Niel X. **Le temps de travail des médecins: l'impact des évolutions sociodémographiques.** DREES. 2001. [Internet]. [cité 22 sept 2014]. Disponible sur: http://www.snjmg.org/doc_pdf/drees.pdf

52. **La régulation de l'offre de soins de premier recours. Lettre de mission.**[disponible en ligne]. [Internet]. [cité 22 sept 2014]. Disponible sur: http://www.ena.fr/index.php?fr/content/download/4390/32417/file/Annexes_groupe14.pdf

53. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gauter A, LeFur P, Mousquès J, **La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.** Questions d'économie de la Santé n°157, sept 2010

54. **Les maisons de santé pluridisciplinaires en Haute Normandie. (Guide d'informations).** Disponible sur www.ars.haute-normandie.sante.fr [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/ActeursEnSante/Professionnels_de_sante/MSP/GuideMaisonsdeSantePluridisciplinaires.pdf

55. Clément MC et Al. **Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux.** SPUB; 2009;21-112.

56. Bornand L, **Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales.** (Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de Grenoble, université Joseph Fourier),2012 [Internet]. [cité 1 oct 2014]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/75/75/47/PDF/2012GRE15126_bornand_loic_1_D_.pdf

57. **Maison médicale pluridisciplinaire : aide à l'élaboration d'un projet.** (Guide d'informations) disponible sur www.urcam.org [Internet]. [cité 1 oct 2014]. Disponible sur: <http://femasac.netii.net/MMP%20guide%20FC.pdf>

58. Penfornis A, **La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence** (Editorial), adsp n°70, 2010

Annexe 1 : Questionnaire

ENQUETE D'OPINION CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DES MEDECINS GENERALISTES DE HAUTE NORMANDIE

Questionnaire anonyme

Date :

Heure :

Vous : êtes adressé(e) par un médecin
 consultez de vous même
 Autre :

Lieu d'habitation (ville) :

Age de l'enfant :

Suivi habituel de l'enfant : Exclusivement fait par le médecin traitant
 Mixte médecin traitant et pédiatre

Avez-vous **confiance** en votre médecin traitant pour la prise en charge de votre enfant :

Concernant la prise en charge des urgences?.....
 Concernant les vaccinations et actions de prévention?.....
 Concernant la surveillance de sa croissance?.....
 Concernant les conseils nutritionnels?.....

Non pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait

Par rapport à votre enfant :

Pensez vous que votre médecin est suffisamment à votre écoute?
 En cas de besoin, obtenez-vous un RDV rapidement ?

Oui Non
 Oui Non

Avez-vous cherché à joindre votre médecin traitant avant de vous présenter ici ?

Oui Non

Vous consultez ce jour aux urgences car :

Votre médecin n'était pas disponible assez rapidement ?
 Vous souhaitez un avis médical complémentaire ?
 Vous estimez que l'état de votre enfant nécessite une prise en charge hospitalière

Oui Non
 Oui Non
 Oui Non

Si vous deviez donner une **appréciation globale de la prise en charge de votre enfant** par le **médecin traitant**, combien donneriez vous sur une échelle allant de 0 à 10 (0 = pas du tout satisfait, 10 = tout à fait satisfait) :

☹ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺

Remarques, observations :

A remplir par le médecin ou l'infirmière :

Orientation chirurgical médical

Recours OBLIGATOIRE au service d'urgences pédiatriques : oui non

Plateau technique nécessaire
 Centre de référence de la pathologie
 Urgence vitale
 En raison de l'âge (< 6 semaines)



Résumé :

Introduction : Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques augmente chaque année. Il s'agit souvent de consultations qui auraient pu être réalisées en ville par le médecin traitant. Nous nous sommes demandé si cela traduisait un manque de confiance de la part des parents vis-à-vis des médecins généralistes pour la prise en charge de leurs enfants.

Matériel et Méthode : Il s'agissait d'une enquête observationnelle par questionnaires diffusés auprès des parents consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen. L'objectif principal était de déterminer le degré de confiance vis à vis du médecin traitant. L'objectif secondaire était de déterminer les éléments de satisfaction de la prise en charge par le médecin traitant.

Résultats et discussion : 510 questionnaires ont été inclus entre décembre 2013 et mai 2014. Les parents avaient une confiance forte en leur médecin généraliste pour la prise en charge des urgences (91%), des vaccinations et actions de prévention (97,6%), du suivi de la croissance (96,7%) et des conseils nutritionnels (93%). L'écoute (OR=18 [4.5 ; 72.01], $p<0.001$) et la disponibilité rapide du médecin en cas de besoin (OR=3.9 [1.1 ; 14.2], $p<0.001$) étaient des facteurs prédictifs de confiance, en analyse multivariée. Un patient sur quatre n'était pas entièrement satisfait de sa prise en charge par le médecin traitant.

Conclusion : Les patients ont une confiance élevée dans leur médecin généraliste. L'afflux de patients aux urgences pédiatriques serait dû à d'autres motifs, notamment à une fuite des consultations urgentes du secteur ambulatoire vers le secteur hospitalier, et à un manque de disponibilité des médecins de ville. Ce manque de disponibilité pourrait être expliqué notamment par l'évolution des comportements des usagers et de la démographie médicale.

Mots clés : Confiance, Ecoute, Disponibilité, Compétences, Généraliste.