Déterminants influençant le recours aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : enquête qualitative auprès des médecins généralistes de Gironde

Sophie Thermes

▶ **To cite this version:**

Sophie Thermes. Déterminants influençant le recours aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : enquête qualitative auprès des médecins généralistes de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01112623

HAL Id: dumas-01112623

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01112623

Submitted on 3 Feb 2015

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 Thèse n° 6

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 Janvier 2015 par

Sophie THERMES

Née le 19 Mars 1985 à Marmande

DETERMINANTS INFLUENÇANT LE RECOURS AUX URGENCES PEDIATRIQUES DU CHU DE BORDEAUX. ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE GIRONDE.

Directeur de thèse

Docteur Camille RUNEL-BELLIARD

Membres du jury

Professeur Thierry LAMIREAU……Président du jury

Professeur Gérard DUCOS……..Rapporteur

Docteur François PETREGNE……Juge

Docteur Florence ROUSSEAU……Juge

REMERCIEMENTS

Au président de jury,

Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAU,
Professeur des Universités,
Chef de service de Gastro-entérologie et Nutrition Pédiatrique

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Gérard DUCOS,
Professeur des Universités
Enseignant au département de Médecine Générale
Médecin généraliste

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury en tant que rapporteur. Je vous remercie de votre implication et de l'intérêt que vous avez su me témoigner. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur François PETREGNE
Enseignant au département de Médecine Générale
Médecin généraliste

Je suis honorée de vous compter parmi les membres du jury. Je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu accorder à mon travail et de votre disponibilité. Merci pour vos précieux conseils. Veuillez croire en mes sentiments les plus respectueux.

Madame le Docteur Florence Rousseau
Médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. J'ai eu la chance de travailler à vos côtés. Je serai sensible au regard que vous porterez sur mon travail et je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Camille RUNEL-BELLIARD,
Praticien hospitalier aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir conseillée tout au long de ce travail. Merci de m'avoir formée à la pédiatrie. Travailler à tes côtés et dans ce service fut un véritable enrichissement. J'espère que tu trouveras dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Aux médecins généralistes de l'enquête qui ont permis la réalisation de ce travail. Ils ont eu la gentillesse de me consacrer un peu de leur temps et ont participé avec franchise et sérieux à cette étude.

A l'équipe des urgences pédiatriques, sans qui, également, ce travail n'aurait pas été réalisable.

A mes parents, sans qui je n'aurais pas accompli ces études. Merci pour votre écoute et votre soutien inébranlable chaque jour et tout au long de ce parcours. Soyez assurés de tout mon amour.

A ma sœur, pour ses conseils et ses nombreuses relectures... Tu es d'une grande pédagogie et tes élèves ont la chance de t'avoir ! Tu m'as toujours encouragée. Je vous souhaite à Christophe et toi tout le bonheur que vous méritez.

A mes grands- parents,
A ma grand-mère, merci pour ta gentillesse et ton amour.
A mon grand-père, je pense beaucoup à toi, particulièrement en ce jour.
Je vous dédie ce travail.

A toute ma famille, oncles, tantes, cousines…et à **la famille Bailly**

A mes amies de toujours, Elsa et Aurore qui sont présentes depuis de nombreuses années et ce malgré la distance.

A mes amis de fac, Mathilde, Cécile, Gégé, merci pour votre joie de vivre et tous ces bons moments partagés ensembles depuis la P2… et aux nombreux à venir ! Gallou et Manouch, merci pour ces nombreux fou-rires et ces voyages passés, merci Cathoch et Romain (qui l'eût cru?), Marine, Laurie (Bruxelles ?), Marie (et co-interne de choc), Sandie et Louis-Marie, Alix, Loulou, petit Antoine, Anne-so etc…et si on recommençait ?...juste pour les soirées alors !

A mes amis que j'ai eu le plaisir de rencontrer au début de mon internat, Leilo, merci pour tes précieux conseils durant ce travail et pour tout le reste bien sûr ! Ayo, merci d'apporter un peu de « Mauwice » chaque jour, en toutes circonstances! Léa (super coloc), Sarra (tu m'régales !), Marie et Po (et chouchou), Santos, Alice, Papa klotz, Vinvin, Céline, Romain, Daphné, Polo, Elolo, Lionel, Babinou etc…merci d'avoir autant « profité » avec vous !

Aux co-internes et amies, Stéphanie, Julia (mon modèle culinaire !), Aseel, Marie-Raphaël.

Aux médecins hospitaliers et généralistes avec qui j'ai eu la chance de travailler et d'apprendre la médecine.

Et bien sûr à Antoine, merci pour ta présence et l'amour que tu m'apportes chaque jour. Je suis heureuse et fière d'être avec toi.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 13

2. CONSTATS ET JUSTIFICATIONS 14

2.1. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EN SOINS PRIMAIRES 14

2.1.1. Place du médecin généraliste *14*

2.1.2. Les modèles existants en Europe et aux Etats-Unis *14*

2.2. DEMOGRAPHIE MEDICALE EN GIRONDE 16

2.3. URGENCE ET MEDECINE DE VILLE 18

2.3.1. Notion d'urgence *18*

2.3.2. Consultations non programmées *19*

2.4. LES DIFFERENTS PROTAGONISTES OU STRUCTURES D'ACCUEIL PEDIATRIQUES EN GIRONDE 20

2.5. LES MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES PEDIATRIQUES 20

2.6. SITUATION ACTUELLES DES URGENCES PEDIATRIQUES DU CHU DE BORDEAUX ET SES USAGERS 21

2.7. INTERET DE CETTE ENQUETE DE PRATIQUE 22

3. MATERIEL ET METHODES 23

3.1. TYPE D'ETUDE 23

3.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE 23

3.2.1. Objectif principal *23*

3.2.2. Objectifs secondaires *23*

3.3. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON 23

3.3.1. La taille de l'échantillon *23*

3.3.2. Composition et recrutement de l'échantillon *24*

3.4. GUIDE D'ENTRETIEN 24

3.5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS 24

3.6. ANALYSE DES DONNEES 25

3.6.1. Retranscription *25*

3.6.2. Analyse *25*

4. RESULTATS **26**

4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION 26

4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins interrogés *26*

4.1.1.1. Age et sexe 26

4.1.1.2. Zone d'activité 26

4.1.1.3. Nombre d'année et mode d'installation 27

4.1.1.4. La Formation médicale initiale (FMI) 27

4.1.1.5. Formation médicale continue (FMC) 27

4.1.1.6. Activité du médecin généraliste 27

4.1.1.7. Nombre d'enfants adressés aux urgences pédiatriques les trois derniers mois 28

4.1.2. Age des enfants adressés et leurs pathologies *30*

4.1.2.1. Age des enfants 30

4.1.2.2. Pathologies 30

4.1.2.3. Stade de gravité des consultations 31

4.2. ENQUETE DE PRATIQUE 32

4.2.1. Déterminants influençant le recours aux urgences pédiatriques du CHU *32*

4.2.1.1. La prise en charge en amont 32

4.2.1.2. Choix de la structure hospitalière 37

4.2.1.3. Autres modes d'orientation 38

4.2.1.4. Gestion du temps 39

4.2.1.5. Signes cliniques d'orientation 39

4.2.1.6. Paramètres sociaux 41

4.2.1.7. Demande du médecin généraliste 42

4.2.1.8. Recours lié au médecin 45

4.2.2. Communication et collaboration entres les principaux acteurs *47*

4.2.2.1. Liens entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux 47
4.2.2.2. Collaboration entre les médecins généralistes et pédiatres libéraux 50
4.2.2.3. Modalités du retour sur la prise en charge de l'enfant aux urgences pédiatriques 51
4.2.2.4. Conditions de sortie de l'enfant des urgences 53
4.2.3. Vécu des parents 55
4.2.3.1. Attente difficile pour les familles 55
4.2.3.2. Réticence et incompréhension 55
4.2.3.3. Réassurance 56
4.2.4. Ressenti du médecin 56
5. DISCUSSION 58
5.1. LIMITES ET BIAIS 58
5.1.1. Type d'étude 58
5.1.2. Limites liées à la population 58
5.1.3. Limites liées à l'enquêteur 59
5.1.4. Limites liées au guide d'entretien 59
5.1.5. Limites liées au recueil des données 59
5.1.6. Limites liées à l'analyse 60
5.2. SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET COMMENTAIRES 61
5.2.1. La prise en charge en amont de l'orientation 61
5.2.1.1. Réseau professionnel du médecin généraliste en pédiatrie 61
5.2.1.2. Les examens complémentaires réalisés et les difficultés rencontrées 62
5.2.1.3. Choix des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux 63
5.2.2. Déterminants incitant l'orientation aux urgences pédiatriques 63
5.2.2.1. Critères décisionnels objectifs 63
5.2.2.2. Critères décisionnels subjectifs 65
5.2.3. Collaboration entres les médecins généralistes et les urgences pédiatriques 67
5.3. PROPOSITIONS 69
5.3.1. Améliorer la collaboration entre les urgences et les médecins généralistes 69

5.3.1.1. Correspondance....69
5.3.1.2. Communication....69
5.3.2. Eviter le mésusage des urgences....70
5.3.3. Mise en réseau des différents acteurs : les médecins généralistes, les pédiatres libéraux et les urgences pédiatriques....72
6. CONCLUSION....74
7. BIBLIOGRAPHIE....76
8. ANNEXES....84
9. SERMENT D'HIPPOCRATE....101

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Distribution du système de soins pédiatrique dans 29 pays. 15

Figure 2 : Type de soins primaires pédiatriques en Europe : évolution de 2002 à 2010 16

Figure 3 : Densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants en Gironde en 2003 17

Figure 4 : Densité et variations des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie 17

Figure 5 : Densité et variations des pédiatres à l'échelle des bassins de vie 18

Figure 6 : Résumé des tranches d'âge des consultations aux urgences pédiatriques de Bordeaux en 2012 21

Figure 7 : Proportion d'hommes et de femmes dans la population des médecins de Gironde et des médecins de l'enquête 26

Figure 8 : Proportion d'enfants adressés aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux par les médecins généralistes les 3 derniers mois précédant l'entretien 28

Figure 9 : Tranche d'âge des enfants adressés par les médecins généralistes de cette enquête. 30

Figure 10 : Synthèse des principaux résultats 57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins.....29

Tableau 2 : Spécialités des pathologies adressées 30

Tableau 3 : Stade de priorité des consultations à l'entrée des urgences pédiatriques 31

LISTE DES ABREVATIONS

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

GAPP : Groupe d'Analyse des Pratiques entres Pairs

PMI : Protection Maternelle Infantile

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

TDR : Test diagnostique rapide

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1. INTRODUCTION

Les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'années en années (1,2). Les urgences pédiatriques n'échappent pas à ce phénomène. C'est le cas des urgences pédiatriques du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Bordeaux avec plus de 38000 passages en moyenne.

Presque une urgence sur deux est une consultation simple ne réclamant pas l'utilisation du plateau technique. Les situations engageant le pronostic vital ou fonctionnel sont minoritaires dans les services d'urgences (1). La majorité des consultations aux urgences pédiatriques ne sont pas adressées par un médecin traitant, 75 % des patients y ont recours spontanément. Les familles se tournent de plus en plus vers les urgences de par leur accessibilité, leur environnement sécuritaire, l'absence d'avance des frais et la coexistence dans un même lieu de la consultation de ville et du rendez vous avec un spécialiste (1). Un bon nombre de consultations relèvent néanmoins de soins primaires. Selon les données de la littérature, 10,7 % des patients sont adressés par le médecin traitant aux urgences pédiatriques (2). Bien que le taux d'admission approprié augmente significativement lorsque l'enfant est vu par son médecin (3), celui- ci adresse 25 % de pathologie bénigne (1,4). C'est à partir de ce constat que nous nous sommes intéressés à la prise en charge de l'enfant par le médecin généraliste en amont des urgences pédiatriques et aux déterminants ayant contribués au recours aux urgences.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à décrire le système de soins pédiatriques primaires en France que nous comparerons aux pays voisins. Nous aborderons la place du médecin généraliste, des différents acteurs en pédiatrie et la situation actuelle des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.

Dans un second temps, nous présenterons notre enquête de pratique ayant pour principal objectif d'étudier les facteurs décisionnels du médecin généraliste influant sur l'orientation de l'enfant aux urgences pédiatriques du CHU. L'objectif secondaire est d'évaluer les recours éventuels du médecin en amont de la prise en charge hospitalière plus particulièrement le recours à un référent en pédiatrie libérale. Enfin nous nous appuierons sur les données dégagées à partir de cette enquête, pour discuter des résultats et faire émerger des pistes d'amélioration.

2. CONSTATS ET JUSTIFICATIONS

2.1. Prise en charge de l'enfant en soins primaires

2.1.1. Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste contribue à la prise en charge partielle ou totale de 80% des enfants en soins primaires (50 % entre 0 et 2 ans). La consultation pédiatrique représente entre 10 et 25 % de l'activité d'un médecin généraliste (5). Un rapport publié en 2007 par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports confirme ces chiffres et montre que 40 % des enfants de moins de 16 ans sont uniquement suivi par un médecin généraliste (6). Selon l'observatoire national de la démographie des professions de santé, les pédiatres libéraux assurent un tiers des consultations effectuées auprès des enfants de 0 à 2 ans (7). 30 % des enfants sont suivis alternativement par un pédiatre et par un médecin généraliste (8). Ils assurent également la permanence de soins en dehors des heures ouvrables et dans les maisons médicales de gardes où on peut noter jusqu'à 35% de consultations pédiatriques.

2.1.2. Les modèles existants en Europe et aux Etats-Unis

En 2002, puis en 2008, des études (9,10) ont mis en évidence trois systèmes de prise en charge de l'enfant en soins primaires en Europe . Pour certains pays comme l'Espagne et la Grèce, le suivi des enfants est exclusivement assuré par les pédiatres ; pour d'autres, ce suivi est uniquement effectué par les médecins généralistes, comme pour la Grande Bretagne et les Pays Bas. L'enfant peut aussi être prise en charge conjointement par un pédiatre et un médecin généraliste, comme en France actuellement, en Italie, et en Allemagne. (Figure 1)

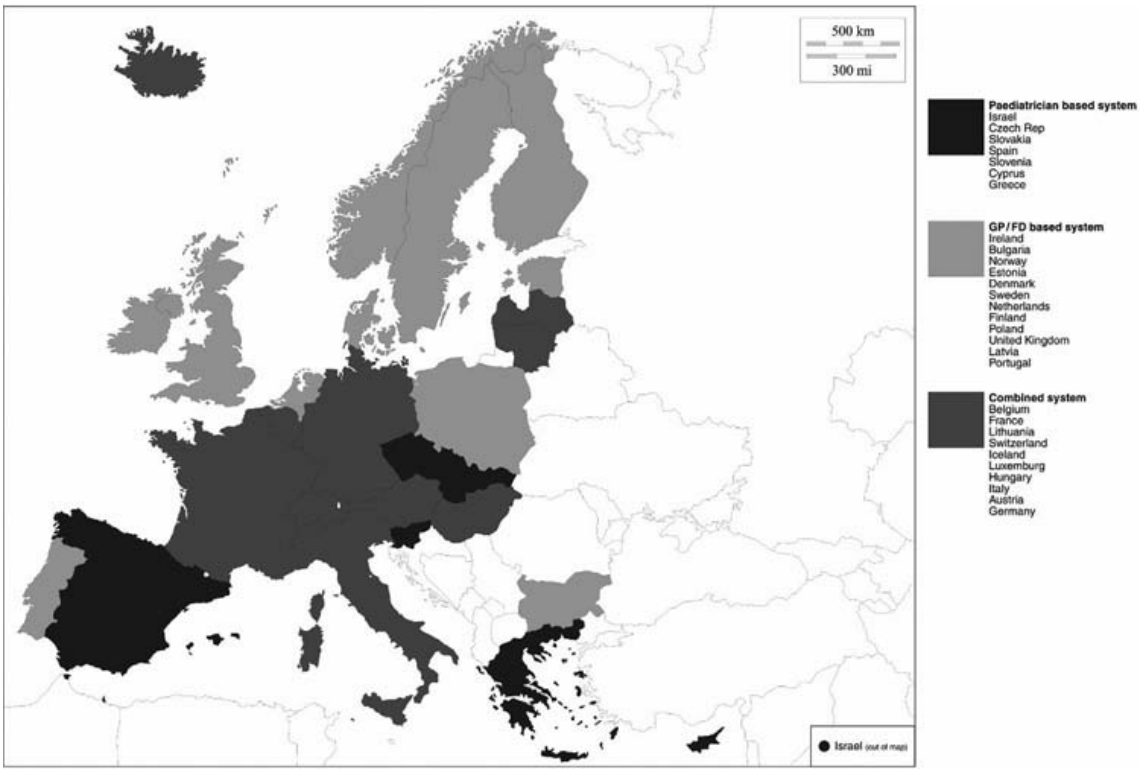


Figure 1 : Distribution du système de soins pédiatrique dans 29 pays.

Légende:

Paediatrician based system*: système où le suivi est assuré exclusivement par des pédiatres*

GP/FD based system *: système où le suivi des enfants est assuré exclusivement par des médecins généralistes. (GP: general practitionner , FD: family doctor)*

Combined system*: système où le suivi des enfants est assuré conjointement par les médecins généralistes et les pédiatres.*

Au Royaume-Uni, les soins pédiatriques ambulatoires sont assurés par le médecin généraliste. La pédiatrie est uniquement hospitalière. En cas de second recours vers un pédiatre, l'enfant est adressé en consultation à l'hôpital. En Espagne, les enfants sont systématiquement pris en charge par les pédiatres, la plupart dans des centres de santé Communautaires et pour les autres par des libéraux honorés à l'acte.

Les pays comme l'Italie, Allemagne, Suisse, Belgique, et le Luxembourg partagent un système pédiatrique semblable à celui de la France avec un suivi « combiné ». Le suivi pédiatrique se fait en majorité dans la petite enfance par les pédiatres, puis le médecin généraliste prend le relais à un âge plus avancé.

Aux Etats-Unis, c'est un système encore différent. Les pédiatres assurent majoritairement le suivi des enfants mais la formation des « pédiatres généralistes» se

différencie de celle des «sur-spécialistes» notamment en terme de durée (11). Une étude réalisée en 2003 estimant l'évolution de l'offre et des besoins de santé pédiatrique aux Etats-Unis sur les vingt prochaines années, permet de constater que la population des pédiatres généraux tend à augmenter de façon plus importante que la population des enfants (12).

En 2010, on note qu'on évolue vers un système de soins primaires pédiatriques assurés principalement par les médecins généralistes (figure 2)(9). Une telle évolution en France peut s'expliquer par la diminution du nombre de pédiatres formés, en raison du numérus clausus et du non-remplacement des départs en retraite. A cela s'ajoute l'exercice préférentiel des pédiatres en structure hospitalière. Ces facteurs ont certainement favorisé la prise en charge des enfants en soins primaires par les médecins généralistes.

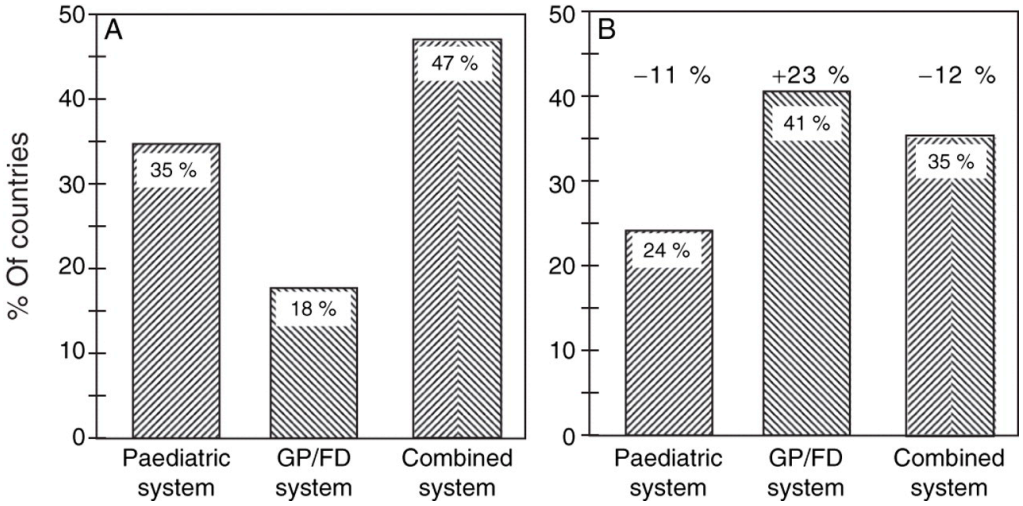


Figure 2 : Type de soins primaires pédiatriques en Europe : évolution de 2002 à 2010

2.2. Démographie médicale en Gironde

Dans le département de la Gironde, nous comptons 2332 médecins généralistes en 2014. L'âge moyen est de 52 ans. Les médecins généralistes sont installés dans tous les cantons de la Gironde, pour une grande majorité dans le centre du département (près de 56 % des généralistes exercent dans la Communauté Urbaine de Bordeaux)(13).

La densité des généralistes dans le département est de 15,4 praticiens pour 10 000 habitants. On constate une légère progression (+0,3) par rapport à 2002. Arcachon, Cenon

et Bordeaux sont les cantons où les densités observées sont les plus élevées (respectivement 35,8, 23,6 et 23,6) et ils se situent bien au dessus de la densité moyenne du département. Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes et sont en moyenne plus âgés.

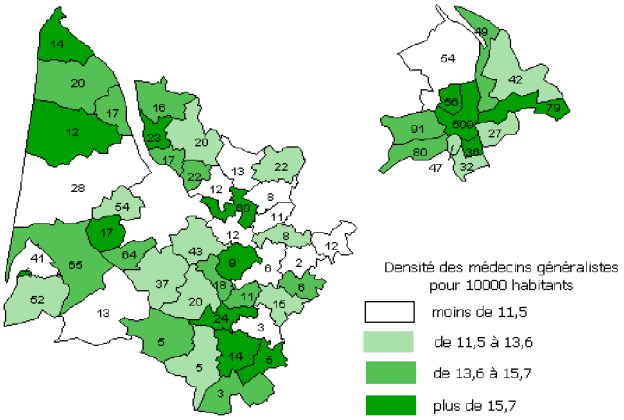


Figure 3 : Densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants en Gironde en 2003

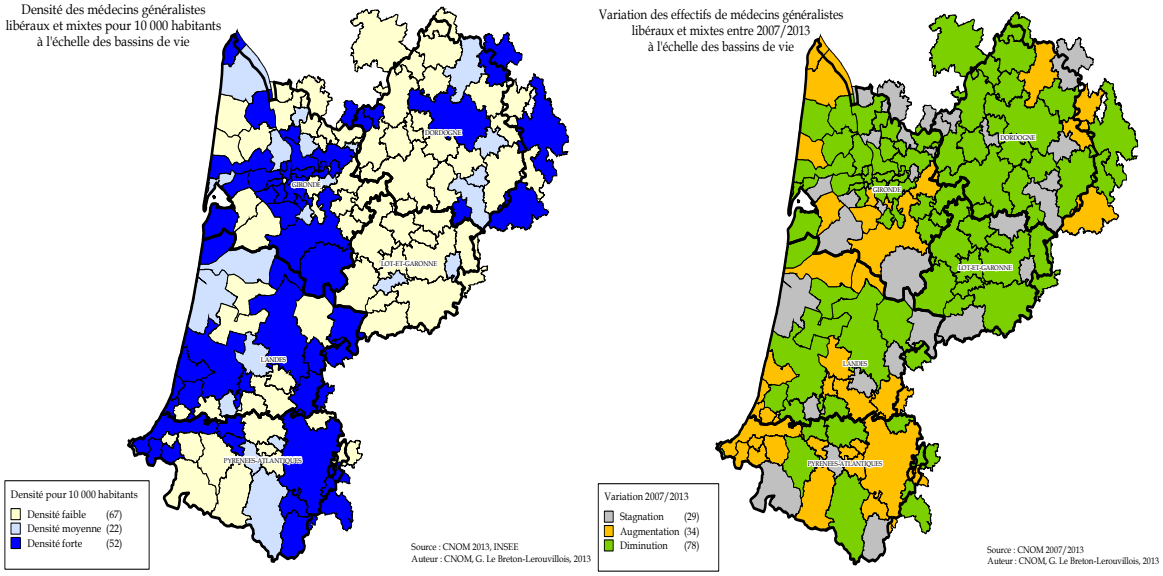


Figure 4 : Densité et variations des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie

Au 1er janvier 2014, 149 pédiatres ont été recensés en Gironde, 49 hommes et 100 femmes, dont l'âge moyen est de 47 ans. Un peu plus de la moitié (57,3%) exerce une activité salariée, 11% une activité mixte et 31% une activité uniquement libérale. La Gironde est le département où l'augmentation de l'effectif des pédiatres est la plus importante en

Aquitaine (+ 15%)(13,14). Parmi les nouveaux pédiatres inscrits au tableau de l'ordre des médecins au 1er janvier 2010, seuls 5,2 % des pédiatres ont fait le choix d'une activité purement libérale contre 87,1 % d'activité salariée (0,3 % d'activité mixte et 7,3 % d activité de remplacement).

La répartition sur le territoire français comme en Aquitaine (figure 5) montre une raréfaction des pédiatres en milieu rural, la concentration de pédiatres étant plus forte autour des CHU de référence situés dans des villes avec une population importante (14).

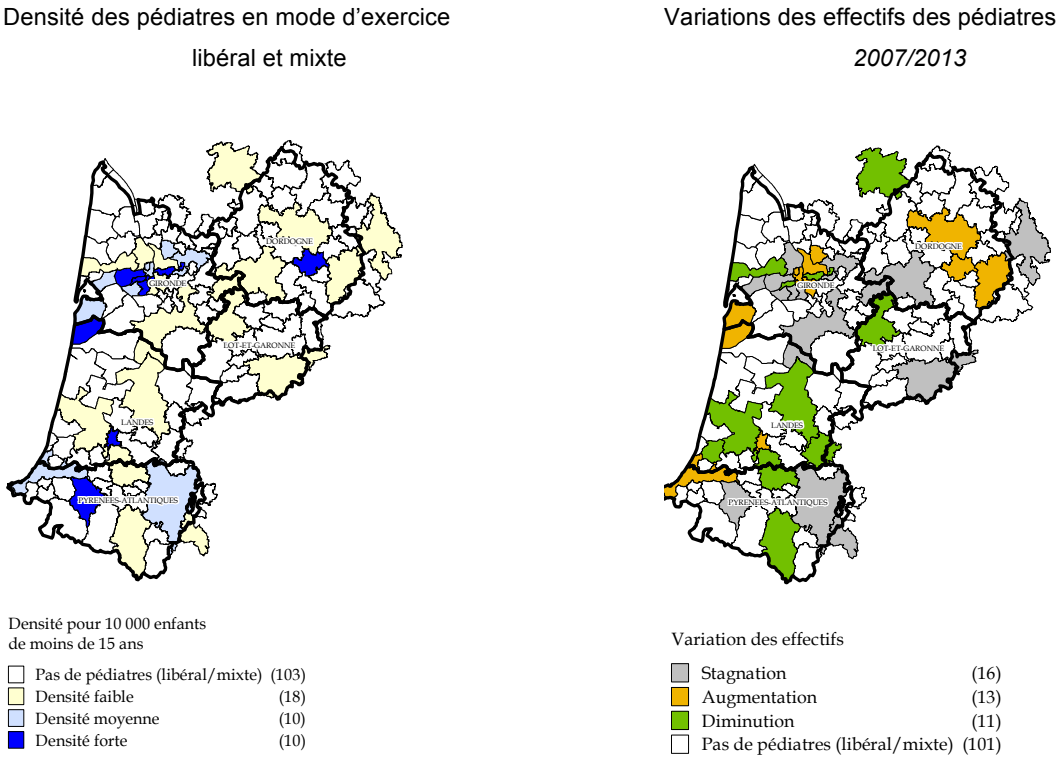


Figure 5 : Densité et variations des pédiatres à l'échelle des bassins de vie

2.3. Urgence et médecine de ville

2.3.1. Notion d'urgence

On classe habituellement les urgences en quatre catégories :

- Urgence vitale: pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence
- Urgence vraie: pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital

- Urgence relative: pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital
- Urgence différée: pathologie pouvant être soignée avec délai

Néanmoins, la perception de l'urgence entre les parents et les médecins est différente. Des auteurs font la distinction entre les urgences « prioritaires » où une prise en charge immédiate est nécessaire, et les urgences « ressenties » pour lesquels les symptômes paraissent inquiétants selon les parents et donnent lieu à une consultation, alors que le pronostic fonctionnel n'est pas menacé (3,15). Les symptômes révélant une urgence grave mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel d'un patient sont facilement identifiables. Dans les situations intermédiaires, le médecin généraliste doit juger, en un temps limité de seize minutes en moyenne, de l'état de l'enfant, anticiper l'évolution de la maladie en fonction des contraintes de temps, en tenant compte de l'âge de l'enfant et du contexte familial (16).

2.3.2. Consultations non programmées

On peut considérer que les consultations urgentes ou non programmées relevant d'une prise en charge en soins primaires correspondent aux deux premiers degrés (CCMU 1 et CCMU 2) selon la classification clinique CCMU. En pratique, les consultations non programmées peuvent être aussi la conséquence de plusieurs types de situation :

- une pratique habituelle du cabinet avec des consultations sans rendez-vous,
- un problème médical urgent ou ressenti comme tel,
- des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, nuit ou week-end,
- des recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin mais résultant d'un dysfonctionnement au niveau de l'offre de soins et de son utilisation par les parents (17,18).

Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans le système de soins en assurant 70 % des recours urgents ou non programmés. Une enquête menée par la DREES en octobre 2004 auprès de 1 400 médecins de ville (19), rapporte que ces recours constituent 12% de l'activité totale des médecins généralistes libéraux. Ces consultations concernent essentiellement les moins de 45 ans, et notamment les enfants de moins de 13 ans, pour lesquels la part des recours non programmés est deux fois plus importante.

Deux enquêtes transversales « un jour donné » sur la communauté urbaine de Lyon montrent que 74% des consultations non programmées des enfants sont gérées dans les cabinets de médecine générale en semaine, contre 65 % le samedi. Viennent ensuite les pédiatres libéraux 18,4 % en semaine contre 9,8 % le samedi, puis les gardes sectorisées : 5,2% contre 0,7 % (17).

2.4. Les différents protagonistes ou structures d'accueil pédiatriques en Gironde

Durant les heures ouvrables, les médecins généralistes et les pédiatres libéraux assurent la majorité des consultations pédiatriques. En dehors de ces heures ouvrables, week-end et jours fériés, les enfants sont vus par les médecins généralistes de garde, les pédiatres libéraux de garde et les associations de médecins urgentistes de ville (SOS médecin) sur la CUB (Commune urbaine de Bordeaux).

Le département de Gironde comporte deux services d'urgences pédiatriques : les urgences pédiatriques du Centre hospitalier de Libourne et les urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Les autres services d'accueil pédiatrique sont représentés par la structure d'accueil pédiatrique chirurgical de la clinique du Tondu, les urgences du Centre hospitalier d'Arcachon et les urgences du Centre hospitalier de Langon. La permanence de soins est assurée par les médecins généralistes de garde, les associations d'urgentistes de ville (SOS médecins) et par les pédiatres libéraux à la Polyclinique Bordeaux Nord le week-end de 8h à 20h.

Selon une étude prospective du réseau sentinelles sur l'orientation des patients par leur médecin généraliste vers les différentes structures hospitalières en France (20), il semblerait que le jeune âge apparaisse comme un élément prédictif d'orientation vers le secteur public expliqué en partie par le faible nombre de service de pédiatrie dans le secteur privé. Seul 4% des services d'urgences pédiatriques se trouvent en secteur privé en France.

2.5. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques

Selon divers travaux analysant les motifs de recours d'hospitalisation non programmée en pédiatrie par les médecins généralistes, les pathologies digestives représentent près de 40 % du total des recours. La suspicion d'appendicite aiguë (21%) et la

gastroentérite aiguë (8%) figurent parmi celles les plus signalées. Sont ensuite énumérés les fièvres aiguës isolées (7.7%), les abdomens aigus non étiquetés (7.3%), les bronchiolites aiguës (7.3%), les motifs traumatiques (5.7%) et syndrome méningé (4%). Les autres pathologies étudiées (dermatoses 3.2%, pyélonéphrites aiguës 3.1%, asthme 2.3%, pathologies ORL 2.3%, convulsions 2.3%) étaient moins fréquemment mentionnées (21)(22).

2.6. Situation actuelles des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux et ses usagers

En 2012, les enfants de 1 mois à 2 ans représentaient la majorité des consultations des urgences pédiatriques comme l'illustre ce diagramme. La fréquentation des services d'urgences pédiatriques par les nouveau-nés suit la problématique croissante de l'utilisation des services d'urgences(23).

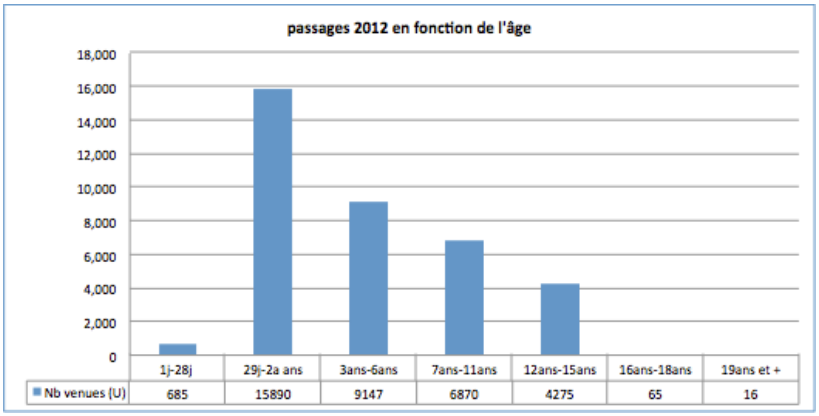


Figure 6 : Résumé des tranches d'âge des consultations aux urgences pédiatriques de Bordeaux en 2012

Le service des urgences pédiatriques de Bordeaux est composé d'une unité chirurgicale et d'une unité médicale. En 2013, sur deux semaines choisies de façon aléatoires, nous avons constaté rétrospectivement que :

- En médecine, 14 % d'enfants sont adressés par les médecins généralistes. Dans cette proportion d'enfants adressés par un médecin généraliste, 31 % sont hospitalisés, 9 % bénéficient d'un traitement hospitalier comprenant dans la majorité des cas des aérosols avant un retour à domicile, 20 % bénéficient d'examens complémentaires aux urgences avant un retour au domicile, 40% sortent avec un avis pédiatrique sans avoir bénéficié d'examens complémentaires ou de traitement

hospitalier.

- En chirurgie, seuls 7 % d'enfants sont adressés par les médecins généralistes en moyenne. Parmi ces enfants, 31% sont hospitalisés, 26 % rentrent directement sans examens complémentaires ou soins, 34 % bénéficient d'examens complémentaires, et 15 % d'un plâtre ou d'une suture avant le retour à domicile.

- En soins primaires, environ 15% des enfants adressés ont bénéficié d'examens complémentaires avant d'être orientés aux urgences que ce soit pour des raisons médicales ou chirurgicales.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature, entre 15 et 25 % d'enfants sont adressés par des médecins (médecins généralistes, pédiatres, Protection PMI, SOS médecin), entre 12 et 17 % par le médecin traitant (2,8,17). Environ 25 % des enfants adressés par un médecin bénéficient d'une consultation simple (4).

2.7. Intérêt de cette enquête de pratique

Selon les constats précédents, un nombre non négligeable d'enfants adressés par les médecins généralistes bénéficient d'un avis d'expertise pédiatrique sans forcément avoir réalisé d'examens complémentaires ou de soins hospitaliers. De nombreux travaux se sont attachés à analyser de façon descriptive et transversale le recours des médecins généralistes aux urgences pédiatriques. Néanmoins, il existe peu de données émanant directement des cabinets de médecine générale, à savoir une enquête de pratique qui permettrait d'évaluer les déterminants objectifs et subjectifs ayant poussé le médecin généraliste à adresser l'enfant aux urgences pédiatriques.

Le but de cette enquête de pratique est donc d'étudier les facteurs qui ont incité le médecin généraliste à orienter l'enfant vers le service des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Il convient dans un deuxième temps d'analyser les recours éventuels utilisés en amont par le médecin généraliste, plus particulièrement le recours à un référent en pédiatrie, libéral ou hospitalier, pour ensuite évaluer le lien entre les médecins généralistes de Gironde et les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.

3. MATERIEL ET METHODES

3.1. Type d'étude

Nous utilisons une enquête de pratique auprès des médecins généralistes de Gironde ayant adressé un enfant aux urgences pédiatriques de Bordeaux. Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée à l'aide d'un guide d'entretien rassemblant un ensemble de thèmes à aborder. La recherche qualitative regroupe plusieurs techniques de recueil de données empiriques (entretien, observation, analyse de documents, etc…) visant à étudier les perceptions et les comportements des individus dans leur environnement (24). Notre choix s'est porté sur l'entretien semi-directif.

3.2. Objectifs de l'étude

3.2.1. Objectif principal

L'objectif principal est d'analyser les facteurs décisionnels incitant le médecin généraliste à adresser l'enfant aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.

3.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les recours éventuels du médecin en amont de la prise en charge hospitalière plus particulièrement le recours à un référent en pédiatrie libérale et de faire un état des lieux des relations entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques.

3.3. Constitution de l'échantillon

3.3.1. La taille de l'échantillon

Le critère requis pour établir un nombre suffisant d'entretiens est la saturation des réponses, lorsque l'ajout de nouvelles données issues d'entretiens supplémentaires n'améliore plus la compréhension du phénomène étudié. Le nombre a été déterminé au fur à mesure de l'enquête. 50 entretiens ont été réalisés, 31 entretiens ont été retenus suite au constat de saturation des réponses.

3.3.2. Composition et recrutement de l'échantillon

Il s'agit de médecins généralistes exerçant en Gironde. Le recrutement s'est déroulé de février à avril 2014, aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Pour chaque enfant adressé par un médecin généraliste, les coordonnées du médecin, les motifs d'admission, le niveau de gravité de la consultation ainsi que les soins réalisés aux urgences étaient notés sur un questionnaire accompagnant l'observation de l'enfant. Grâce à ce document, les différents médecins ont été contactés par téléphone. Ont été retenus les médecins joignables ayant répondu favorablement à la réalisation de l'entretien. Ont été exclus les médecins faisant partis des associations d'urgentistes de ville (SOS médecins).

3.4. Guide d'entretien

A partir d'une recherche bibliographique et de thèses déjà existantes, un guide d'entretien a été élaboré pour mener les différents entretiens semi-dirigés. Celui-ci reprend les différents thèmes à aborder, sous forme de questions ouvertes mais aussi quelques questions plus fermées. Pendant l'entretien, ce guide servait de fil conducteur, il permettait de s'adapter au discours et aux réponses de l'interlocuteur. Ce guide a été affiné au fur à mesure de l'avancement du travail et en fonction des réponses obtenues au cours des entretiens.

3.5. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur rendez-vous téléphoniques. Une disponibilité de quinze à vingt minutes était requise, dans un environnement calme. L'entretien débutait par les présentations du sujet de thèse et des différents acteurs. Le caractère anonyme de l'entretien était, à ce moment donné, mis en avant. La première partie de l'entretien comportait des questions générales, fermées, permettant de caractériser l'interlocuteur puis laissait place petit à petit à des questions plus ouvertes, favorisant ainsi le dialogue. Au fur à mesure de l'entretien, des questions supplémentaires, des reformulations ou relances ont été utilisées pour approfondir et expliciter certaines idées. Afin de permettre une retranscription la plus exacte possible, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, avec accord oral préalable du médecin.

3.6. Analyse des données

3.6.1. Retranscription

Chaque entretien a été retranscrit mot par mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Les enregistrements ont été plusieurs fois écoutés pour s'assurer de l'absence d'erreur ou d'oubli de retranscriptions. Pour respecter l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque médecin selon l'ordre des entretiens.

3.6.2. Analyse

L'analyse a été effectuée à partir de l'enregistrement audio et le verbatim retranscrit. Nous avons eu recours au logiciel d'analyse qualitative de données, NVivo, pour faciliter le codage et ainsi l'exploitation des données.

Nous avons analysé chaque mot, groupe de mots ou phrases pour former des « codes ou nœuds ». La première phase de codage a permis de sélectionner des mots ou groupes de mots, porteurs de sens. Ceux-ci ont été regroupés pour former des thèmes et des sous-thèmes.

Chaque entretien a été codé intégralement par la même personne, à plusieurs reprises pour rendre l'analyse la plus juste possible. Chaque code regroupe donc plusieurs mots ou phrases appelés des verbatims (Annexe 1).

4. RESULTATS

4.1. Description de la population

4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins interrogés

4.1.1.1. Age et sexe

La population recrutée comprend 31 médecins, dont 13 femmes et 18 hommes, soit 42% de femmes et 58 % d'hommes. Nous avons comparé cet échantillon à la population de médecine générale de Gironde selon l'atlas du Conseil de l'Ordre de 2014 :1010 femmes et 1322 hommes (soit respectivement 43 % et 57%) sur 2332 médecins généralistes. L'âge moyen est de 52 ans.

Figure 7 : Proportion d'hommes et de femmes dans la population des médecins de Gironde et des médecins de l'enquête

L'âge moyen de notre échantillon était de 48 ans: 9 médecins avaient entre 30 et 45 ans et 19 médecins entre 45 et 65 ans. Trois médecins n'ont pas communiqué leur âge.

4.1.1.2. Zone d'activité

Seize médecins généralistes exercent en milieu urbain, dont 13 médecins à Bordeaux-centre, et 4 médecins dans la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB).
Quatre médecins généralistes exercent en milieu rural et 11 médecins en milieu semi-rural.

4.1.1.3. Nombre d'année et mode d'installation

Onze médecins sont installés depuis moins de dix ans dont sept médecins récemment installés (depuis moins de 5 ans). On compte six médecins qui ont entre 10 et 20 ans d'installation et dix médecins installés depuis plus de 20 ans. Une remplaçante en médecine générale « fixe », c'est-à-dire exerçant régulièrement dans un même cabinet fait partie de cet échantillon. Pour quatre médecins, il s'agit d'une seconde installation. Un médecin en était à sa troisième. Un ancien médecin militaire figure également dans cet échantillon.

Dix-huit médecins exercent en cabinet de groupe. Treize médecins exercent seul.

4.1.1.4. La Formation médicale initiale (FMI)

Vingt-trois médecins généralistes ont fait leur internat à Bordeaux. Les autres lieux d'études étaient Paris (2), Brest (1), Toulouse (1), et Reims (1). Pour trois médecins, le lieu d'étude est inconnu.

Dix-sept médecins ont déclaré avoir effectué au moins un stage en pédiatrie pendant leur parcours universitaire.

4.1.1.5. Formation médicale continue (FMC)

Vingt-trois médecins déclarent participer régulièrement aux journées de formations continues. 11 médecins ont assisté récemment à une formation médicale en pédiatrie. 8 médecins ont déclaré de ne plus participer aux formations médicales continues.

Quatre médecins ont passé le diplôme universitaire de médecine générale de l'enfant, deux médecins l'envisagent. Huit médecins ont déclaré ne plus participer aux FMC.

4.1.1.6. Activité du médecin généraliste

Pour la majorité des médecins interrogés, le nombre de consultation par jour est compris entre 15 et 25. Onze médecins voient entre 25 et 35 patients par jour. Un médecin compte plus de 35 patients par jour, deux médecins moins de 15 patients par jour. Pour trois médecins, ce chiffre ne nous a pas été communiqué.

Trois médecins généralistes pratiquent l'homéopathie, dont un pour l'essentiel de sa pratique. Deux médecins sont maîtres de stage.

L'activité pédiatrique pour cinq médecins est prépondérante selon leurs dires. Quatre médecins ont déclarés faire très peu de pédiatrie.

4.1.1.7. Nombre d'enfants adressés aux urgences pédiatriques les trois derniers mois

La majorité des médecins ont adressé entre deux et trois enfants les trois derniers mois précédant l'entretien. Dix médecins se souviennent n'avoir adressé que ce seul enfant.

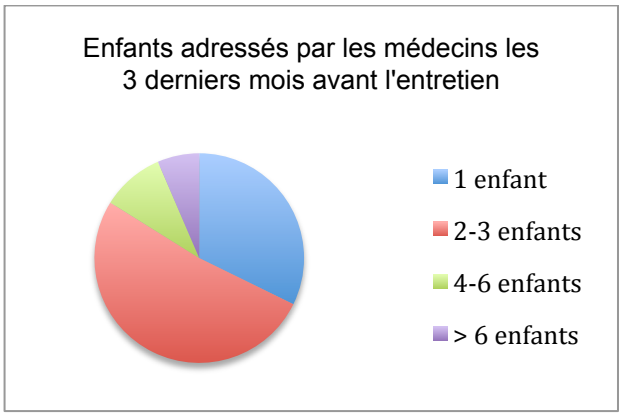


Figure 8 : Proportion d'enfants adressés aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux par les médecins généralistes les 3 derniers mois précédant l'entretien

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins

	N	%
Sexe		
femmes	13	42
hommes	18	58
Mode d'exercice		
urbain	17	55
rural (semi rural et rural)	15	48
groupe	18	58
seul	13	42
Lieu de FMI (formation médicale initiale)		
Bordeaux	23	74
autres lieux	4	13
non renseigné	3	10
Age		
30-45 ans	9	29
45-55 ans	9	29
55-65 ans	9	29
non renseigné	3	10
Installation		
< 10 ans d'installation	11	35
10-20 ans d'installation	6	19
> 20 ans d'installation	10	32
remplaçante	1	3
non renseigné	3	10
Activité		
<15 consultations	2	6
15-25	14	45
25-35	11	35
>35	1	3
non renseigné	3	9
FMC		
FMC récentes en pédiatrie	11	35
Du de médecine générale de l'enfant	4	13
Estimation nb enfants adressés les 3 derniers mois		
1 enfant	9	29
2-3 enfants	15	48
4-6 enfants	2	6
> 6 enfants	2	6
non renseigné	3	10
Pratique de la pédiatrie		
importante	5	16
normale	19	61
peu ou pas de pédiatrie	4	13

4.1.2. Age des enfants adressés et leurs pathologies

4.1.2.1. Age des enfants

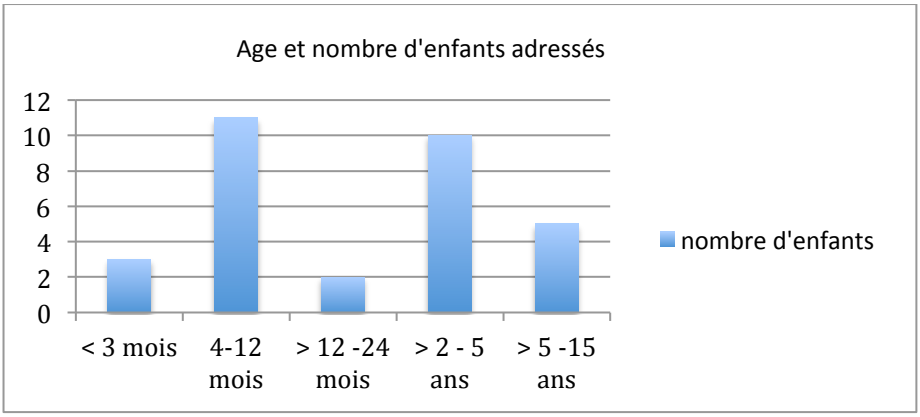


Figure 9 : Tranche d'âge des enfants adressés par les médecins généralistes de notre enquête.

(N total d'enfants = 31)

4.1.2.2. Pathologies

Dix enfants relevaient d'une prise en charge chirurgicale et vingt-et-un d'une prise en charge médicale.

Tableau 2 : Spécialités des pathologies adressées

Pathologies :	**nombre d'enfants**	**%**
orthopédiques	7	22
cardio- respiratoires	6	19
digestives	6	19
neurologiques	5	16
hématologiques	3	10
fièvre (prolongée, <1 mois,)	3	10
urinaires	1	3

4.1.2.3. Stade de gravité des consultations

Pour chaque enfant adressé, un stade gravité est déterminé à l'accueil des urgences pédiatriques, établi à partir d'une grille de priorisation: du niveau 1, correspondant aux consultations urgentes, dites simples, au niveau 4 nécessitant une prise en charge en SAUV. (Service d'Accueil des Urgences Vitales)(Annexe 5).

Tableau 3 : Stade de priorité des consultations à l'entrée des urgences pédiatriques

Stades de priorité	**N**	**%**
niveau 1	8	26
niveau 2	15	48
niveau 3	8	26
niveau 4	0	0

Dans l'étude qualitative, l'échantillon se doit d'être le plus diversifié possible. Notre population de médecins est variée en termes d'âge, de zone d'exercice, de nombre d'années d'installation et d'activité. La plupart des médecins ont fait leurs études à Bordeaux. La majorité assiste régulièrement à des FMC. Un peu moins de la moitié ont participé à des FMC récentes en pédiatrie. Dans la population des 31 enfants adressés aux urgences, un peu plus de la moitié des enfants a moins de deux ans. Les pathologies médicales sont prépondérantes et diverses. A l'entrée des urgences, le plus grand nombre des consultations adressées étaient de niveau 2 selon la grille de priorisation.

4.2. Enquête de pratique

4.2.1. Déterminants influençant le recours aux urgences pédiatriques du CHU

4.2.1.1. La prise en charge en amont

a) Réseau du médecin généraliste

Bien que la plupart des médecins généralistes soient satisfaits de leur réseau interprofessionnel, ils font part de la difficulté à le créer et notamment en pédiatrie. Une connaissance insuffisante des pédiatres libéraux et de leurs sur-spécialités a été mentionnée.

« Alors, ce qui me gêne le plus dans l'approche de la pédiatrie… on ne sait pas à qui adresser, on n'a pas de contact quoi...et des fois c'est pas de l'urgence. Si on veut en semi-urgence, prendre un rendez-vous avec quelqu'un, dans un domaine particulier de la pédiatrie, ben là, c'est plus compliqué… » (Médecin 27).

Chaque médecin doit créer, de lui même, son propre réseau. Il n'existe pas, à ce jour, d'outils ou de supports aidant à la constitution de celui-ci. De ce fait, certains font part de la nécessité de disposer d'un annuaire où figureraient les différents correspondants en pédiatrie. Six médecins insistent sur le fait qu'il s'agit là d'un travail personnel, dépendant de la volonté de chacun.

« Pour l'instant il n'y a rien… alors je ne sais pas ce que vous entendez, qui peut l'organiser, mais pour l'instant, il n'y a que nous qui pouvons l'organiser » (Médecin 20).
« Dans l'immédiat, je considère que c'est un travail personnel, c'est nous qui le faisons »
(Médecin 20).

Le parcours universitaire et les connaissances qui en découlent aident à la constitution de ce réseau.

« C'est le hasard des études, des connaissances, j'ai un réseau sur certaines spécialités, mais pas sur toutes » (Médecin 8)

Les facilités d'échanges entre confrères dépendent bien évidemment de la zone dans laquelle le médecin généraliste exerce.

« Les pédiatres…pas non plus si disponibles que ça, mais on peut les avoir par téléphone mais après … non mais… dans l'ensemble, je n'ai pas à me plaindre, sur La Brède, on est à coté de la CUB, on a vraiment tous les correspondants que l'on veut …» (Médecin 4)

Six médecins soulignent un manque de pédiatre dans la zone où ils exercent.

« Ben d'abord, il n'y en en a pas beaucoup…vous savez ici on n'est pas en ville, ici… les pédiatres libéraux il n'y en a pas… donc… » (Médecin 2)

b) Soins et examens complémentaires réalisés en amont

Douze médecins ont fait une demande d'examens complémentaires avant d'envisager ce recours aux urgences pédiatriques.

« Là, j'ai prescris l'ECBU et la bio à faire en ville (…) il avait une CRP à 160 et des brouettes, sur la bio en ville » (Médecin 3)
« (…) il y avait les résultats de la NF qu'il avait eu le matin même »(Médecin 8).

Pour deux enfants, la demande n'a pas abouti en raison de l'échec de réalisation des examens.

« *Je voulais qu'elle fasse des examens, mais elle n'avait pas réussi à le faire. J'avais demandé une coproculture et un bilan sanguin à faire en vill*e*, sauf que la maman n'arrivait pas à lui faire faire… » (Médecin 25*)
« La maman n'avait pas réussi à faire un recueil d'urine » (Médecin 3).

Huit médecins déclarent avoir adressé l'enfant directement.

« *Non non non, en fait, cet enfant je l'avais vu 48 h auparavant pour cette douleur persistante, j'ai prescris un laxatif pour des retards de selles. Le traitement n'était pas vraiment efficace et devant la fièvre, je l'ai directement adressé. Il n'y a pas eu d'examens complémentaires. » (Médecin 30)*

c) Recours à un référent en pédiatrie

- *Avis téléphonique*

Treize médecins interrogés déclarent avoir tendance à demander un avis téléphonique auprès d'un pédiatre libéral en cas de difficulté. Un seul médecin a fait appel à un pédiatre libéral dans la situation demandée.

« *Je demande un avis en libéral, si ça me paraît pas trop compliqué » (Médecin 7).*
« *J'ai eu un des pédiatres pour avoir son avis » (Médecin 3)*

D'autres se tournent vers l'hôpital prioritairement.

« Euh… j'appelle l'hôpital en général » (Médecin 17)
« (…) donc c'est …quand ça bute vraiment …oui, je demande plus un avis en hospitalier…» (Médecin 10)

Certains médecins téléphonent aux urgences pédiatriques pour bénéficier d'un conseil ou avis pédiatrique non urgent.

« Sinon, quand je veux un avis, ça m'arrive d'appeler les urgences pour parler à un pédiatre.» (Médecin 12).
« J'ai demandé plusieurs avis ces derniers temps sans envoyer les enfants ». (Médecin 25)

D'autres moyens de communications ont été mis en avant. Un médecin dit avoir recours aux courriels.

« En fait, pour ce qui est hospitalier, c'est par mail (…) j'envoie un mail directement aux spécialités concernées » (Médecin10)

- *Consultation de l'enfant*

Dix-sept médecins déclarent adresser en consultation l'enfant aux pédiatres libéraux en cas d'impasse diagnostique ou thérapeutique. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, ils se disent parfois contraints de passer par l'intermédiaire du pédiatre libéral, pour profiter de sa filière hospitalière et ainsi faire hospitaliser l'enfant plus facilement.

«Ça dépend de l'urgence ou de la gravité… par exemple, pour un trouble de croissance, je sais qu'il y a des pédiatres libéraux qui sont spécialisés sur ça, donc j'ai tendance à envoyer aux libéraux» (Médecin 8)

«Libéral en sachant …c'est même plus tordu que ça … c'est-à-dire… pour des choses que l'on sait être hospitalier, on passe par un confrère pédiatre libéral parce qu'on se dit qu'il connaît quelqu'un à l'hôpital plus facilement que nous…» (Médecin 16)

Certains médecins ont tendance à avoir davantage recours à des pédiatres sur–spécialisés.

«Ben effectivement, si je sais pas, j'adresse à un pédiatre , en l'occurrence… comme j'ai personne que je connais… ça m'est arrivé d'adresser à un pédiatre spécialisé dans les allergies, par exemple, je regarde sur internet … les pages jaunes… par proximité et suivant la sous-spécialité qui m'intéresse, je prends rendez-vous pour les parents en général » (Médecin 3).

d) Recours à un autre spécialiste

Un médecin souligne la difficulté de prise en charge des enfants en ville dans certaines spécialités. Les médecins peuvent passer alors par l'intermédiaire des consultations externes de l'hôpital des enfants mais leur accès est difficile.

«Alors…je pense que… dans le cas de l'enfant de 8 ans que j'ai adressé pour des douleurs abdominales persistantes et un absentéisme scolaire, l'enfant, il est sorti donc avec un avis médical et notamment on lui a demandé de prendre rendez vous avec un pédiatre gastro-entérologue. Les parents n'y arrivent pas et moi non plus. En ville, les gastros ne veulent pas voir les enfants, on a un recours qu'au pédiatrique. Peut être que ça serait bien que l'enfant sorte avec un rendez-vous directement. » (Médecin 11)

«Le point négatif, c'est vraiment les délais de rendez-vous, quand on prends un rendez-vous, je prends l'exemple du gastro pédiatre, les délais sont absolument énormes, et si c'est pour un nourrisson qui a un reflux, qui nous paraît sévère, on a beau nous dire « appelez, décrochez votre téléphone, vous aurez un rendez vous rapidement » dans les faits, les rendez-vous sont souvent à deux, voire trois mois » (Médecin 18)

e) Avis à un de ces confrères médecins généralistes

Les médecins exerçant en groupe peuvent faire appel à leurs associés en cas d'interrogations.

«Si je rencontre une difficulté ?... Pas de critères d'urgences… qu'est ce que je fais ?...je vais pouvoir demander un avis… je vais pouvoir m'informer… me documenter... je vais demander à un copain pédiatre, euh… ou un confrère de mon cabinet, ça m'arrive aussi de demander à mes associés aussi bien sûr.»(Médecin 12)

f) Evitement des urgences pédiatriques par les médecins généralistes

La plupart des médecins rappellent qu'ils n'orientent l'enfant vers un service d'urgences pédiatriques qu'en dernier recours. L'attente est souvent longue et difficile pour les patients, et les urgences pédiatriques souvent saturées. Certains choisissent d'autres structures hospitalières privées.

« Quand j'envoie aux urgences c'est que j'estime que je peux pas le gérer, pour moi ou pour l'entourage familial… j'essaie toujours d'utiliser en dernier recours les urgences, c'est pas mon déversoir» (Médecin 9)

« Après, il y a des cas d'urgences pédiatriques que j'adresse directement, soit à Bordeaux nord, soit au Tondu à des contacts avec certains chirurgiens, qui nous prennent les enfants assez facilement voilà… pour éviter de passer par les urgences quand c'est possible mais c'est pas toujours le cas » (Médecin 4)

La majorité des médecins interrogés semblent satisfaits de leur réseau interprofessionnel. Cependant, il semble que la constitution de cette filière, en pédiatrie, soit plus difficile. Selon les propos recueillis, ceci peut s'expliquer en partie par une connaissance insuffisante des pédiatres et de leurs sur-spécialités. Les médecins interrogés déclarent avoir plus souvent recours à un pédiatre libéral qu'hospitalier en cas d'impasse diagnostique ou thérapeutique. Rares sont les médecins, dans cette étude, à avoir fait appel à un pédiatre libéral en amont des urgences. Selon certains, la prise en charge des enfants dans certaines spécialités en ville peut s'avérer parfois limitée et l'accès aux consultations externes hospitalières reste alors compliqué.

4.2.1.2. Choix de la structure hospitalière

Dix médecins déclarent adresser les enfants de façon systématique aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux, certains par habitude ou par expérience, d'autres par méconnaissance des autres structures hospitalières accueillant les enfants.

« Parce que… parce que c'est un gros pôle…parce que Libourne, j'ai été déçu par l'accueil et puis... mais pas forcément l'accueil pédiatrique, le CH de Libourne en général et puis je n'ai pas trop d'expérience avec eux, donc je n'adresse pas et puis après… bon ben voilà, par rapport au plateau technique… j'ai hospitalisé deux fois là-bas et bon… je trouve que c'est une bonne équipe.»
« Je n'envoie qu'aux urgences pédiatriques. Quand j'ai besoin, c'est là bas, j'ai un enfant qui a été aux urgences de Libourne car il habitait par là mais le plus souvent c'est Pellegrin. » (Médecin15)

« Et puis, j'ai découvert qu'il y avait des urgences pédiatriques au Tondu depuis aujourd'hui… » (Médecin 5)

La localisation des parents influe sur le choix d'orientation de l'enfant vers telle ou telle structure. La pathologie (médical ou traumatologie) et les soins attendus par le médecin sont également déterminants.

«Ça dépend d'où viennent les gens, j'ai des gens qui viennent d'assez loin, ça peut être aussi bien des gens des Landes, que de Marmande, que du Lot et Garonne, que de Bordeaux donc selon l'endroit, d'où ils viennent, j'oriente vers Mont de Marsan ou vers Bordeaux (…) quand c'est un problème respiratoire, je ne passe pas par un service de pédiatrie, j'envoie directement à Langon car ils sont

aptes à faire un aérosol, ou alors voir s'ils doivent être hospitalisés, à l'hôpital de enfants si c'est plus grave. » (Médecin 2)

Certains estiment que les autres structures d'accueil pédiatrique existantes sur Bordeaux ne sont pas à proprement parlées des services d'urgences pédiatriques. Les soins hospitaliers sont limités par l'absence de possibilité d'hospitalisation ou par la contrainte d'horaire.

« Les urgences les plus proches seraient éventuellement la clinique du Tondu… qui a des prises en charges chirurgicales depuis longtemps et qui, depuis quelques mois euh… assure en théorie toutes urgences, puisqu' il y a un urgentiste, ils n'ont pas le statut de service d'urgences mais … ils ont pas de lit de pédiatrie médicale mais ils ont des lits de pratiquement toutes les spécialités » (Médecin 8)

L'habitude et l'expérience antérieure confortent les médecins dans leur choix de recourir aux urgences pédiatriques du CHU. Le choix de la structure hospitalière est également guidé par le lieu de résidence des parents et les besoins. Pour certains médecins, les autres structures d'accueil pédiatrique sont peu connues ou non adaptées aux soins souhaités.

4.2.1.3. Autres modes d'orientation

a) Orientation différée

Pour deux enfants, l'orientation avait été conseillée par le médecin généraliste par téléphone. L'orientation secondaire de l'enfant demande une réévaluation de l'état de l'enfant par les parents, et donc dépend en partie de l'éducation parentale initié par le médecin traitant.

« Ils sont partis aux urgences, euh… je les avais vus avant, et la mère m'avait eu par téléphone, quand elle m'a dit qu'elle ne prenait plus les antibiotiques, je lui ai dit d'aller aux urgences directement » (Médecin 28)

b) Mésusage des urgences par les parents

Pour trois enfants, l'orientation initialement choisie par le médecin généraliste était une structure différente des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. (Consultations externes).

« Et ensuite, il me semble que ça s'est pas passé comme ça, en fait, je les ai conseillé de prendre rendez-vous avec un chirurgien orthopédique et comme ils avaient du mal à prendre rendez-vous, ou le délai était long, ils ont préféré passer par les urgences pédiatriques. Cela me revient. » (Médecin 21)

4.2.1.4. Gestion du temps

Deux médecins ont mentionné une contrainte de temps ayant pu influer sur l'orientation de l'enfant.

« La numération, mais comme je l'ai récupérée le soir, je n'avais plus de recours autre que les urgences… » (Médecin 19)
« C'était un traumatisme de la face, il y avait une plaie qui aurait pu nécessiter une suture, je n'étais pas apte à la faire, d'abord je n'avais pas le temps, je l'ai vu entre deux consultations. » (Médecin 18)

4.2.1.5. Signes cliniques d'orientation

a) Présence de critères d'urgences ou de gravités

Huit médecins déclarent que l'enfant en question présentait des critères de gravité au moment de la prise de décision. Deux médecins soulignent l'absence de critères d'urgence pour leur patient.

« Un bébé de 3 semaines, avec une fièvre à 39°, il était tout gris, des caractères d'urgence ».
(Médecin 15)

« C'était une fièvre élevée à 40° depuis plus de 4 jours, avec altération de l'état général de l'enfant, qui était abattu, prostré et puis… il avait une CRP à 160 et des brouettes, sur la bio en ville ».(Médecin 3)

« C'est par téléphone, elle était tellement inquiète, je lui ai dit : « je peux rien faire de plus, il faut attendre ». Je la connaissais bien… c'est une amie, alors je lui ai dit « si tu es inquiète, va aux urgences ». Au téléphone, il n'y avait pas de caractères d'urgences ». (Médecin 11)

b) Age de l'enfant

Le jeune âge de l'enfant est l'un des facteurs influants qui est souvent mis en avant.
« Surtout l'âge moins de 3 mois, inférieur à 3 mois, je discute pas ». (Médecin 23)

c) La durée ou fréquence des symptômes

Quatre médecins ont évoqué le caractère persistant des symptômes en se référant soit à la fièvre soit à une altération de l'état général de l'enfant.

«C'était une dégradation de l'état général qui nécessitait une prise en charge hospitalière mais ça s'est pas déroulé forcément comme ça , il y avait un bilan bio, une radio, une copro un ECBU, c'est un tableau clinique qui évoluait depuis un mois » (Médecin 12)

La répétition des épisodes est un des facteurs qui a pu induire l'orientation du patient aux urgences pédiatriques, d'autant plus si l'état de l'enfant a déjà fait l'objet d'une hospitalisation récente.

« Alors, il y avait la durée des symptômes sur le plan clinique, puis le fait qu'avec les traitements, je n'avais pas de résultats » (Médecin 31)

« Un mois auparavant, un épisode de bronchiolite sévère pour lequel il avait été hospitalisé, il mangeait plus, ça faisait deux épisodes rapprochés chez un petit quoi» (Médecin 10).

d) Difficulté thérapeutique

Trois médecins ont mis en avant la difficulté de prise orale des médicaments chez leur patient. La difficulté de prise per os et l'échec thérapeutique sont des arguments qui ont pu amener le médecin à recourir aux services d'urgences pédiatriques.

« Euh… quel a été mon recours ben..., j'ai essayé de le réhydrater par la bouche avec du SRO mais, vu qu'il vomissait tous ce qu'il prenait ça était un peu compliqué » (Médecin 26)

e) Le diagnostic

L'incertitude diagnostique figure aussi parmi les arguments.

« Ben… je voulais savoir... j'aurai pu effectivement ne pas l'envoyer là… c'est pour ça que je suis étonnée de l'avoir envoyé là » (Médecin 27).

Parmi les motifs d'orientation, les critères cliniques les plus souvent cités sont : les critères d'urgences ou de gravité, l'âge de l'enfant, la durée ou le caractère répétitif des symptômes, l'échec thérapeutique ou la difficulté de prise per os et le doute diagnostique.

4.2.1.6. Paramètres sociaux

a) Familiaux

Pour dix enfants adressés, le contexte familial a été mis en avant. L'inquiétude parentale évoquée par huit médecins, mais aussi l'environnement défaillant, et l'exigence des parents restent des facteurs déterminants dans le choix de l'orientation de l'enfant.

« Alors, je crois paramètre social, dans une famille d'accueil, comme la douleur était anormalement intense chez ces enfants qui sont un peu fragiles, à savoir si c'était une douleur somatique ou psychologique ?! » (Médecin 24)

« En l'occurrence, il était chez sa grand mère…elle reste une bonne grand mère… mais bon, je voyais pas gérer ça à la maison »(Médecin 9)

« Alors ... C'est Léo, je regarde son dossier alors… c'est plus une inquiétude de la maman car depuis le mois de décembre, il a une rhino-pharyngite sur rhino-pharyngite et il ne s'alimentait mal d'après la maman, il n'y avait pas de cassure pondérale mais la maman était très inquiète » (Médecin 11).

b) Financiers

Deux médecins soulignent l'importance de la dispense d'avance de frais pour deux familles.

« Les paramètres : l'argent… et les unités des urgences, car il n'y avait pas à payer par les parents » (Médecin 5).

4.2.1.7. Demande du médecin généraliste

a) Demande d'hospitalisation

Pour cinq médecins généralistes, le recours aux urgences pédiatriques s'expliquait par une demande d'hospitalisation du patient.

«Ils avaient été faits avant, de toute façon, j'avais déjà fait une radiographie, devant l'absence de prise du traitement, je l'ai fait hospitaliser ».(Médecin 28)

b) Demande de soins hospitaliers

La demande de soins (plâtre, sutures, aérosol) a été mentionné par cinq médecins durant les entretiens. Cette demande s'expliquait par l'inaptitude à effectuer ces gestes et parfois le manque de temps.

« C'était un traumatisme de la face, il y avait une plaie qui aurait pu nécessiter une suture. Je n'étais pas apte à la faire, d'abord je n'avais pas le temps, je l'ai vu entre deux consultations. » (Médecin 18)

c) Nécessité d'examens complémentaires

- *Plateau technique*

Le recours aux urgences pédiatriques du CHU pour réaliser des examens complémentaires est évoqué par sept médecins. Cette demande s'expliquait notamment par la nécessité « d'un plateau technique » en urgence pour quatre d'entre eux.

« Non là, c'était un trauma crânien avec des vomissements pour une surveillance et une imagerie… euh… il s'est avéré qu'elle s'est améliorée donc elle est rentrée à la maison avec des consignes de surveillance, donc là c'est normal… » (Médecin 12)

« Aucun, je l'ai directement adressé parce que j'avais besoin de plusieurs examens complémentaires notamment une ponction lombaire bon euh … et une prise de sang aussi. Et je me suis dis que le meilleur endroit, c'était quand même de réunir le plateau technique des urgences pédiatriques » (Médecin1)

- *Echec des examens complémentaires en ville*

Pour deux enfants, cette demande d'examens aux urgences se justifiait par l'échec des examens en ambulatoire. Trois médecins soulignent la difficulté parfois à réaliser des examens complémentaires en ville notamment pour les plus jeunes enfants.

« Là…là… non... mais je fais systématiquement NFS, CRP, PCT, ECBU mais là, à 3 semaines c'est pas possible » (Médecin 15)

« Je voyais pas gérer ça à la maison, le temps de faire l'ECBU la BU au labo, c'est toujours très compliqué surtout chez les petits. » (Médecin 4)

d) Deuxième avis

L'orientation de l'enfant aux urgences était parfois justifiée par la nécessité d'un autre avis pédiatrique, et pour d'autres plus précisément d'un avis d'expertise pédiatrique « spécialisé ».

« Alors après… c'est vrai que par contre…les blancs étaient normaux donc je n'étais quand même pas trop inquiète, mais bon l'urgentiste m'avait dit que effectivement ça pouvait être aussi élevé en cas de grippe mais que par mesure de précaution… que c'était pas mal qu'il y ait un deuxième avis. » (Médecin 3)

« Spécialisation, la spécialisation dans la spécialité… c'était pour un problème d'hypertension donc j'ai préféré aller au CHU ». (Médecin 6)

e) Prise en charge chirurgicale

Dix médecins ont adressés leur patient pour des motifs chirurgicaux : l'état de trois enfants nécessitait à priori un geste chirurgical en urgence, deux enfants nécessitaient un avis chirurgical urgent devant une suspicion d'appendicite, pour les autres enfants, un avis orthopédique avec des soins éventuels était requis, sachant qu'une prise en charge en externe avait été décidée au départ pour deux enfants.

« Non j'avais fait un courrier car je voulais l'adresser à un spécialiste et j'avais dit « vous allez aux urgences si la douleur persiste », je voulais l'adresser à un orthopédiste à l'hôpital des enfants. (Médecin 24) »

« Radio, j'ai adressé directement car je savais ce qu'il fallait faire… » (Médecin 5)

f) Prise en charge de la douleur

Un médecin a eu recours aux urgences pédiatrique pour une prise en charge de la douleur, pouvoir l'évaluer et soulager l'enfant.

«Comme la douleur était anormalement intense chez ces enfants qui sont un peu fragiles à savoir, si c'était une douleur somatique ou psychologique » (Médecin 24)

Les médecins de notre enquête ont le plus souvent demandé : une prise en charge chirurgicale, une demande d'examens complémentaires afin de bénéficier du « plateau technique des urgences », un avis d'expertise pédiatrique, une demande d'hospitalisation et une prise en charge de la douleur. Quelques médecins ont fait part de la difficulté à réaliser des examens complémentaires en ville pour les plus jeunes enfants.

4.2.1.8. Recours lié au médecin

a) Formation du médecin

- *FMI*

Comme il a été dit précédemment, un peu plus de la moitié des médecins interrogés déclarent avoir réalisé un stage en pédiatrie. Bien que la FMI soit en progrès en pédiatrie, celle-ci reste insuffisante pour deux médecins. D'autres insistent sur le fait que la pédiatrie de ville est un exercice différent de la pédiatrie hospitalière, d'où l'intérêt du stage chez le médecin généraliste pratiquant la pédiatrie.

« Après je sais que certains médecins ne font pas beaucoup de pédiatrie car ils n'ont pas été formés à ça. Oui il faudrait s'investir personnellement et faire des FMC, après c'est la pratique au quotidien… des retours de compte rendu… » (Médecin 23)

« Je crois que… des gros progrès ont été faits. Le passage chez des médecins de ville qui font de la pédiatrie, me paraît vraiment nécessaire car ce qu'on voit à l'hôpital et ce qu'on voit en ville me paraît très différent ». (Médecin 2)

- *FMC*

Onze médecins déclarent participer régulièrement aux FMC proposées en pédiatrie dont plus particulièrement, les journées annuelles organisées par les urgences pédiatriques. Deux médecins généralistes ont obtenu le diplôme universitaire de médecine générale de l'enfant, deux médecins sont en train de le passer.

Plusieurs médecins estiment que la FMC dépend de la volonté de chacun, qu'elle demande une disponibilité et une accessibilité pas toujours évidente à obtenir. Trois médecins souhaiteraient que les FMC en pédiatrie soient plus adaptées à la pratique clinique quotidienne de médecins générale et à une activité libérale.

« Et je pense que…après la formation continue…c'est chacun…voilà… chacun fait …comme il entend… car il y a des médecins qui ne cherchent pas à faire de la pédiatrie, il faudrait que ça soit accessible… car là moi, j'ai réussi à faire qu'une partie, la prochaine est en 2017 donc bon … il faudrait que la FMC soit accessible, tous les ans aux gens qui le demandent ». (Médecin 1)

b) Pratique de la pédiatrie et compétence

Un peu moins de la moitié déclarent faire beaucoup de pédiatrie, et apprécier cette pratique. Six médecins estiment être compétents en pédiatrie.

« Pffff… formation continue comme tous les médecins généralistes et formation initiale ben j'ai fait une stage de plus de 6 mois en pédiatrie après c'est sur le terrain…j'adore ça et tout va bien sur ce côté la, j'ai beaucoup d'enfants. »(Médecin 17)

« Voilà pour moi, quand je vois que c'est inquiétant je fais beaucoup de pédiatrie, j'ai pas la prétention de travailler comme un pédiatre… je ne suis pas pédiatre… mais l'expérience est là… j'ai pas d'intérêt de l'adresser à un confrère pédiatre qui va me dire, elle risque de l'adresser au CHU en vu d'une hospitalisation. ».(Médecin 23)

c) Vécu et expérience du médecin

L'inquiétude éprouvée vis à vis de l'état de l'enfant, a été évoquée par les médecins de l'enquête.

« C'est surtout, il est petit, il y avait des diarrhées et vomissements, pas de réalimentation possible, il n'y avait pas de signes francs de déshydratation mais j'avais une inquiétude par rapport à ça.» (Médecin 31).

Un médecin avait des liens d'amitié avec un des deux parents, ce qui a probablement influencé la prise de décision.

Pour plusieurs d'entre eux, l'expérience acquise au fil des années est une des formations les plus bénéfiques en pédiatrie. Des expériences personnelles peuvent également y contribuer : deux médecins estiment que leur expérience de mère les a aidées dans leur pratique quotidienne en pédiatrie.

« Ben…c'est la pédiatrie de la base, après, ça fait 20 ans que je la pratique…(Médecin 14)
« (…) plus on voit d'enfants, plus on sait faire ».(Médecin 20)
« Alors j'ai été… j'ai pas eu de stage de pédiatrie, j'ai eu un stage en gynécologie moi. J'ai eu deux enfants en bas âge donc ça a été mon meilleur stage. Et puis je passe le DU de médecine générale de l'enfant » (Médecin 1)

Selon les médecins interrogés, la FMI est en progrès mais reste insuffisante. Ils rappellent que la FMC dépend de la volonté de chacun et ils soulèvent le besoin de mieux l'adapter à l'exercice libéral. L'expérience professionnelle, acquise au fil des années, reste un atout dans l'exercice quotidien en pédiatrie. Le ressenti du médecin face à la situation (comme l'inquiétude ressentie vis à vis de l'enfant) s'avère être un argument supplémentaire pour décider de l'orientation de l'enfant aux urgences.

4.2.2. Communication et collaboration entres les principaux acteurs

4.2.2.1. Liens entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux

a) Courrier

La majorité déclare avoir adressé l'enfant vers le service d'urgences pédiatriques avec un courrier.

« Par lettre, avec le compte rendu du cardiologue et le résultat de la prise de sang, il y avait tout dedans » (Médecin 14).

b) Appel du médecin généraliste aux urgences avant l'orientation

La plupart des médecins disent avoir appelé le service d'urgences pour prévenir de l'arrivée de l'enfant. Sept médecins déclarent ne pas l'avoir fait en raison de l'absence de critères de gravité. Pour trois médecins, téléphoner aux urgences pédiatriques ne leur a pas semblé utile par peur de les déranger, d'un refus ou d'avoir à se justifier.

« Non le besoin… en première intention, le besoin était pour moi de l'adresser aux urgences de façon urgente, et je n'ai pas prévenu de l'arrivée aux urgences car c'est long et inutile… » (Médecin 7)

« En pratique, quand on contacte les urgences, des fois ils nous disent non faites ça ça… ne nous l'envoyez pas…donc le fait d'obtenir des refus pour nos patients… c'est pour ça que dans certaines

situations, on ne prévient plus les urgences de leur arrivée mais… pas tellement pour les urgences pédiatriques, urgence en général…» (Médecin 21)

c) Satisfaction

Plus de la moitié des médecins se disent satisfaits des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Quatre médecins ont fait remarquer qu'ils n'avaient pas eu de difficulté à joindre le service d'urgences pédiatriques.

«Ben, je dirai qu'ils sont assez disponibles, quand on les appelle, ça ne m'a jamais posé problème de les envoyer » (médecin 27)

« Non…non non … le plus long c'est d'avoir quelqu'un qui réponde au standard du CHU. Non… une fois que j'ai demandé les urgences c'était hyper rapide ». (Médecin 3)

d) Insatisfaction

Six médecins ont fait part de leur difficulté à joindre les pédiatres des urgences avec un accès au standard déjà compliqué. Sept médecins ont émis le souhait de pouvoir les joindre directement, avec la mise en place d'une ligne directe proposée par un des médecins. D'autres médecins ont suggéré la création d'une ligne téléphonique d'astreinte comme dans d'autres spécialités.

«Je sais qu'ils sont débordés… j'ai pas forcement le numéro direct… mais le problème de l'hôpital c'est les délais… on peut passer 20 minutes au standard…la principale difficulté c'est d'arriver à joindre quelqu'un. » (Médecin 21)

« Apres ça serait bien je sais pas si ça existe, c'est comme en hématologie il y a un numéro d'appel un médecin joignable rapidement en gériatrie aussi. En pédiatrie je sais pas si ça existe, un numéro pas d'urgence, où on peut joindre un médecin ou un plateau de médecin qui peut nous orienter sur une conduite à tenir, par exemple en gériatrie on a ça il évalue notre situation, et qui nous propose différentes solutions. Et peut être qu'en pédiatrie ça serait bien ».(Médecin 29)

Deux médecins ont exprimé leur mécontentement vis à vis de cette prise en charge en particulier. Deux médecins ont fait la remarque que leur patient n'avait pas eu d'examens complémentaires aux urgences.

«Il n'a même pas eu de NFS aux urgences, il a été mis sous antibiotique à l'aveugle, même pas eu de radiographie pulmonaire, ce que j'avais proposé au téléphone de faire en ville de mon côté » (Médecin 8)

Certains déplorent l'inaccessibilité du CHU en général. Quelques médecins regrettent que l'avis du médecin généraliste ne soit pas davantage pris en considération. Un médecin va même jusqu'à exprimer le ressenti « d'un fossé » entre les médecins généralistes et l'hôpital du CHU.

«Je sais qu'ils sont débordés… j'ai pas forcement le numéro direct… mais le problème de l'hôpital c'est les délais… on peut passer 20 minutes au standard…la principale difficulté c'est d'arriver à joindre quelqu'un. » (Médecin 21)

«On n'a l'impression d'être laissé sur le côté en médecine générale, franchement et de façon assez générale, pas qu'en pédiatrie. Si on hospitalise , moi je vois à mon cabinet , on travaille un peu de la même façon toutes les trois, quand on hospitalise, quand on adresse c'est pas pour s'en débarrasser, c'est parce qu'on a fait le tour de la question en médecine de ville, encore qu'on n'est pas… on n'a pas l'impression d'être très entendu … encore qu'on est plus entendu en pédiatrie qu'en médecine adulte , il y a un fossé qui se creuse avec la médecine générale et la médecine hospitalière , fossé qu'on n'a pas avec la médecine privée, c'est vraiment dommage… » (Médecin 10)

La majorité des médecins généralistes de l'enquête ont rédigé un courrier en adressant l'enfant aux urgences. Pour la plupart, ils déclarent avoir appelé les urgences pour prévenir de l'arrivée de l'enfant, bien que l'utilité de cet appel soit remise en cause par certains médecins. La plupart se disent satisfaits de la collaboration avec les urgences pédiatriques. Néanmoins, ils font part de la difficulté à entrer en contact avec les pédiatres des urgences et des médecins hospitaliers du CHU en général. Le ressenti «d'un fossé» a été mis en exergue lors d'un entretien.

4.2.2.2. Collaboration entre les médecins généralistes et pédiatres libéraux

a) Satisfaction

Onze médecins déclarent être satisfaits des liens qu'ils entretiennent avec leurs correspondants pédiatres. Ceux-ci restent accessibles et disponibles si impasse il y a. Les médecins soulignent leur complémentarité en travaillant ensemble.

«Au départ la pédiatre qui exerce à côté de moi, je ne dirai pas son nom, qui n'avait pas trop confiance en moi au départ et qui n'aimait pas que les enfants viennent me voir. Mais maintenant quand elle est débordée, elle m'adresse du monde, donc on fonctionne ensemble et c'est plus intelligent ». (Médecin 26)

« Avec les pédiatres libéraux, excellente à partir du moment où on a un réseau. » (Médecin 16)

b) Insatisfaction

Dix neuf médecins constatent leur rare - voire inexistante- collaboration ou correspondance avec les pédiatres libéraux. Neuf médecins soulignent leur manque de disponibilité et la difficulté à les joindre. Pour d'autres, les consultations non programmées ont tendance à être plus souvent assurées par le médecin généraliste que par le pédiatre, même si celui-ci, suit l'enfant depuis la naissance.

«Ce qui pose le problème avec les pédiatres libéraux, c'est qu'ils suivent les enfants, plutôt que d'alterner la prise en charge, ils donnent des rendez vous systématiquement et nous, on voit finalement les enfants que lorsqu'ils sont malades, un petit peu en catastrophe quand il n'y a plus de place chez le pédiatre. Ce n'est pas toujours agréable, surtout quand on connaît les familles depuis longtemps, quand on n'a pas vu l'enfant depuis la naissance et puis, qu'il arrive à un an et demi ou deux ans, et on nous l'amène, soit parce qu'il est tard, ou lorsqu'il n' y a plus de place chez le pédiatre. Il faudrait que les pédiatres obligent les parents à montrer les enfants aux médecins généralistes, il faudrait un juste retour des choses et plus de communication ». (Médecin 7)

Pour plus de la moitié des médecins interrogés, les relations entre pédiatres libéraux et médecins généralistes demeurent limitées. Certains reconnaissent la complémentarité et l'intérêt qu'il y a à travailler de façon conjointe. D'autres médecins souhaitent que les pédiatres prennent davantage part aux consultations non programmées, dites « urgentes de ville » et suggèrent d'alterner la prise en charge de ces enfants.

4.2.2.3. Modalités du retour sur la prise en charge de l'enfant aux urgences pédiatriques

a) Retour par les familles

Pour la plupart, ce retour a été fait par les familles.

« J'ai eu des retours… euh … par l'intermédiaire des parents. Il s'agissait d'une prise en charge spécifique… il s'agissait d'un syndrome des loges, donc il fallait fendre le plâtre, donc ça a était bien fait … avec un bon accueil des parents aux urgences en terme de contact… » (Médecin 16)

b) Retour grâce à un courrier

Six médecins ont déclaré avoir eu un retour grâce à un courrier des urgences pédiatriques remis par les parents ou un compte rendu d'hospitalisation, souvent reçu tardivement selon huit médecins.

« J'ai eu des retours, j'ai revu les patients à leur retour des urgences avec un courrier … oui… » (Médecin 7)

«(…) avec juste le point négatif, c'est le délai de réception des compte rendus, effectivement ça fait presque deux semaines maintenant et j'ai toujours pas eu de nouvelles, la maman ne m'a toujours pas appelé. Souvent les parents appellent et là, en l'occurrence, elle ne m'a toujours pas appelé, sur une éventuelle hospitalisation » (Médecin 26)

c) Absence de retour des urgences

Quinze médecins affirment n'avoir toujours rien reçu au moment de l'entretien. Cinq médecins ignoraient la prise en charge de l'enfant aux urgences : les examens complémentaires, les soins réalisés, traitements de sortie et enfin s'il y avait eu ou non hospitalisation. Enfin deux médecins ont pu connaître la prise en charge et le devenir de l'enfant par l'intermédiaire de cet entretien.

« Alors je n'ai pas eu de retour, si ce n'est par vous. J'ai fait appeler ma secrétaire et elle a laissé un message et donc ce matin, avant que vous ne m'appeliez je l'ai appelée et j'ai eu des retours par la maman.» (Médecin 29)

La majorité des médecins ont évoqué le souhait d'un retour par courrier, mail ou fax de la consultation des urgences même pour les enfants non hospitalisés, le carnet de santé étant souvent oublié par les familles.

« C'est compliqué car je pense qu'ils ont un peu autre chose à faire que téléphoner à tous les médecins généralistes. Ce qui serait bien, ce serait de mettre un courrier systématique… Je pense que ça serait bien de ne pas donner directement au patient, mais de le mailer ou de le faxer directement, car les patients oublient souvent le courrier et ne le ramènent jamais. » (Médecin 10)

d) Intérêt du carnet de santé

Deux médecins ont affirmé avoir eu un aperçu de la prise en charge par l'intermédiaire du carnet de santé de l'enfant. Deux médecins insistent sur le fait que le carnet de santé est un support de correspondance indispensable.

«Je pense que c'est classique, très souvent ils reviennent avec un petit mot sur le carnet de santé après, on a rarement un courrier, c'est très rare… » (Médecin 11)

« Quand les parents amènent le carnet de santé… je pense que c'est un support indispensable, je le répète à mes parents… à condition que les parents le présentent à chaque fois et bien sûr SOS médecin, le médecin généraliste et les pédiatres le fassent aussi. » (Médecin 8)

e) Retour de la prise en charge selon la volonté des parents

Etant donné que le retour se fait souvent par l'intermédiaire des familles, soit par téléphone après la sortie des urgences, soit en amenant le carnet de santé ou le mot des urgences, deux médecins s'accordent à dire que le retour dépend donc des parents.

« Le problème des parents… prenons l'exemple d'Owen, je leur avait dit « vous me tenez au courant si oui ou non il est hospitalisé » et la plupart du temps on les revoit un mois, trois mois voire six mois après, quand ils viennent pour autre chose. Pour le carnet…on ne voit pas le carnet tant qu'on ne voit pas l'enfant et surtout quand les parents pensent à l'amener. Les parents ne rappellent pas toujours pour nous donner les informations » (Médecin 26).

L'absence de courrier à la sortie des urgences est évoquée par la grande majorité des médecins interrogés. Ce retour est principalement fait par les familles. Le carnet de santé est un moyen de support indispensable mais néanmoins insuffisant, celui-ci pouvant être oublié par les parents. Le souhait d'un retour systématique par courrier a été mentionné par la plupart des médecins.

4.2.2.4. Conditions de sortie de l'enfant des urgences

a) Retour à domicile précoce

Trois médecins estiment que le retour à domicile fut rapide.

« J'ai eu des retours par la famille qui en fait, il est ressorti très vite » (Médecin 30)

b) Surveillance à domicile préconisée par les urgences

Deux enfants nécessitaient une surveillance, une fois rentrés au domicile, souvent vécue difficilement par les parents selon un médecin.

« Non là c'était un trauma crânien avec des vomissements pour une surveillance et une imagerie… euh… il s'est avéré qu'elle s'est améliorée donc elle est rentrée à la maison avec des consignes de surveillance donc là c'est normal… l'autre par contre c'était pour une pneumopathie euh… avec des

signes de gravités, elle prenait pas ses traitements avec perte de poids etc… c'est vrai que là, on l'a renvoyée à la maison en leur disant que si elle se dégradait dans la nuit, il fallait la ramener…même pas un an… c'est souvent le cas, syndrome appendiculaire, c'est pareil c'est surveillance à la maison …les parents se substituent au milieu hospitaliser euh... bon… ça vient peut être de ma formation, j'ai été à l'hôpital périphérique, on gardait peut être plus facilement les enfants, il y avait peut être plus de places, je sais pas… » (Médecin 12)

c) Consultation spécialisée indiquée à la sortie par les urgences

Pour un enfant, une consultation spécialisée a été conseillée à la sortie des urgences. La difficulté d'accessibilité des consultations spécialisées a été évoquée par les médecins de notre enquête.

« Alors…Je pense que… dans le cas de l'enfant de 8 ans, que j'ai adressé pour des douleurs abdominales persistantes et un absentéisme scolaire, l'enfant, il est sorti donc avec un avis médical et notamment on lui a demande de prendre RDV avec un pédiatre gastro-entérologue. Les parents n'y arrivent pas et moi non plus. » (Médecin 11)

d) Souhait pour les parents de consulter dès la sortie des urgences

Deux enfants ont bénéficié d'une consultation chez leur médecin traitant immédiatement à la sortie des urgences.

« Moi j'ai été frappé par rapport à la rapidité de la prise en charge et la rapidité du retour à domicile. Avec des enfants qu'on se retrouve dans le cabinet alors qu'ils sont sortis le matin des urgences » (Médecin 12)

e) Examens complémentaires réitérés à la sortie des urgences

Les examens complémentaires ont été répétés par un médecin, l'enfant une fois sorti.

« Elle a fait une coproculture car ils ne l'avaient pas faite aux urgence, il y avait une Salmonelle mais comme la petite allait très bien, on a rien fait. »(Médecin 25)

Certains médecins pointent la rapidité du retour à domicile pour certains enfants. Ce retour anticipé nécessite parfois une surveillance à domicile, pouvant mettre en difficulté les parents. Pour quelques enfants, une consultation spécialisée hospitalière a été préconisée à la sortie des urgences, mais les consultations spécialisées au sein du CHU pédiatrique s'avèrent peu accessibles.

4.2.3. Vécu des parents

4.2.3.1. Attente difficile pour les familles

Bien que l'accueil des parents aux urgences pédiatriques soit globalement satisfaisant selon les propos recueillis, la notion d'attente de l'enfant et des parents aux urgences paraît difficile pour six médecins interrogés.

«P*ffff… sur les urgences pédiatriques c'est vrai que la prise en charge pédiatrique paraît compliquée. Que… quand on dit aux parents, il va falloir l'adresser aux urgences, certains ne sont pas conscients de la gravité, surtout dans les affections respiratoires, ils sont réticents, se fâchent parfois, me demandent d'intervenir pour qu'ils n'aient pas à attendre. La notion d'attente est quelque chose pour eux de très difficile, la notion d'accueil est aussi difficile… peut être qu'il faudrait une présélection là-bas, qu'on refoule par exemple les enfants avec de la fièvre … » (Médecin 20)*

4.2.3.2. Réticence et incompréhension

Beaucoup de personnels se succèdent au cours de la prise en charge : puéricultrices, externes, internes et seniors. L'orientation de l'enfant aux urgences peut être source d'angoisse pour les parents, qui peuvent parfois émettre des réticences à s'y rendre. La prise en charge a été incomprise par les parents pour un enfant.

« *Paramètres cliniques essentiellement…car les urgences pour les parents, c'est pas forcément un lieu rassurant » (Médecin 12)*

4.2.3.3. Réassurance

La consultation aux urgences pédiatriques a été un moyen de réassurance pour deux familles.

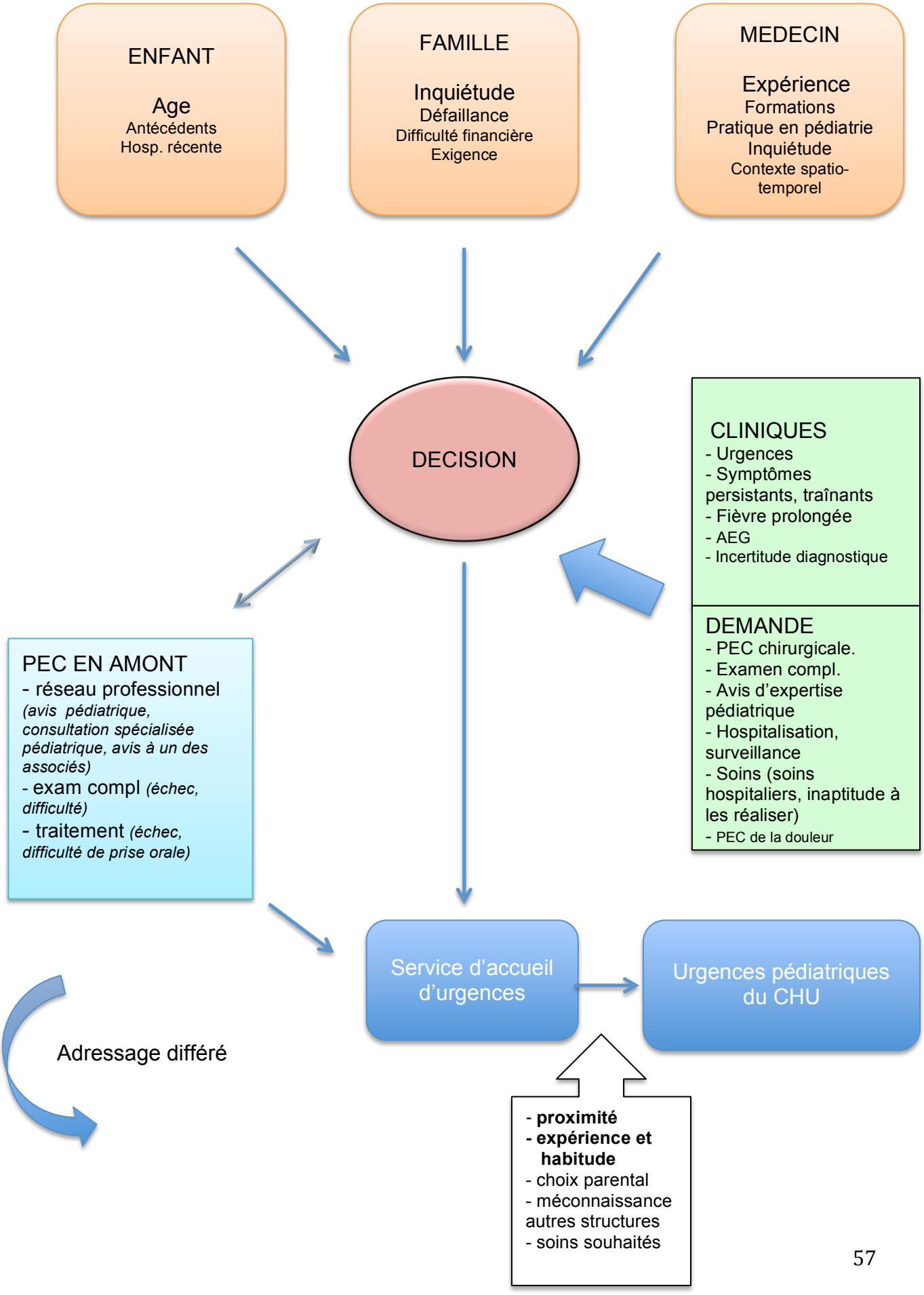
« J'ai eu des retours par la maman, j'ai rien à dire, l'enfant est revenu à la maison et la maman était rassurée. J'n'ai pas revu la maman, c'est elle qui m'a appelé. »
(Médecin 11)

4.2.4. Ressenti du médecin

Six médecins ont exprimé leur satisfaction quant à la prise en charge de leur patient. Trois médecins ont affirmé avoir été bien reçu par téléphone par les urgences pédiatriques avant l'orientation de l'enfant. Cependant deux médecins ont dénoncé le manque de confraternité envers les médecins généralistes, avec le sentiment d'être parfois dénigrés par les équipes hospitalières.

« La prise en charge, je pense que ça été fait dans les recommandations. Les parents ont été satisfaits, dans la conduite à tenir oui j'ai été content. » (Médecin 12)
« C'est un peu mieux qu'à une époque, j'ai parfois des courriers, mais autrement c'est nul… il n'y a aucun mot sur le carnet de santé et on est systématiquement descendus par les médecins ou internes, il n'y a pas beaucoup de confraternité. » (Médecin 15)

Figure 10 : Synthèse des principaux résultats



5. DISCUSSION

5.1. Limites et biais

5.1.1. Type d'étude

Notre choix s'est tout d'abord porté sur une étude transversale descriptive basé sur un échantillon de médecins généralistes de Gironde, recruté de façon aléatoire. Au fur et à mesure de nos recherches, nous avons constaté que de nombreux travaux, quantitatifs et descriptifs, existaient déjà et ces études traitaient ce sujet sous un angle approximatif puisque les médecins ne faisaient pas référence à une situation donnée.

Nous nous sommes donc orientés vers une enquête de pratique ciblée, destinée aux médecins généralistes de Gironde ayant adressé récemment un enfant aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. D'autre part, lorsque bon nombres de facteurs observés sont subjectifs, comme le soulève ce sujet, donc difficiles à mesurer, l'approche qualitative paraît alors appropriée.

Cette technique issue des sciences sociales a pour but d'expliciter et de comprendre des phénomènes humains ou sociaux. Elle permet d'étudier le sujet dans son environnement en tenant compte du contexte. En donnant la parole aux médecins qui expriment leurs vécus et leurs difficultés, l'étude qualitative fait émerger de nouvelles hypothèses pour le chercheur et met en avant la réalité de la pratique quotidienne. Contrairement au focus groupe, elle permet d'aborder le sujet avec plus de profondeur et permet à la personne interrogée d'exprimer son avis librement sans crainte d'être jugée par ses pairs (25,26).

Le choix de l'entretien semi-dirigé nous a semblé adapté. L'interlocuteur peut parler librement sans être jugé et exposer son point de vue. L'entretien permet de s'adapter individuellement à son interlocuteur et de récolter par conséquent un plus grand nombre d'informations. Il est donc pertinent de l'utiliser dès lors que l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques (26).

5.1.2. Limites liées à la population

Les médecins ont des caractéristiques différentes pour l'âge, le sexe, la zone d'activité dans laquelle ils exercent et une certaine variabilité dans leur mode de pratique.

Cependant le nombre de personnes interrogées est important et peut rendre difficile et incomplète l'analyse des données dans une perspective qualitative.

5.1.3. Limites liées à l'enquêteur

L'enquêteur s'est efforcé de rester le plus neutre possible. Etant médecin généraliste comme ces différents interlocuteurs, il a dû veiller à ne pas être influencé par leur discours.

Le manque d'expérience du chercheur, avec des techniques de relance ou de reformulations non acquises a pu être un obstacle pour la collecte des données et ainsi gêner leur exploitation.

5.1.4. Limites liées au guide d'entretien

Le guide d'entretien comporte des questions fermées récurrentes, amenant des réponses limitées et donc des entretiens de courte durée.

5.1.5. Limites liées au recueil des données

Ces entretiens ont été réalisés sur rendez-vous téléphoniques, ce qui peut constituer une autre limite à cette étude. En effet, les données de la littérature suggèrent que le lieu de la scène et le moment de l'entretien doivent être opportuns. La décision appartient au chercheur de se déplacer vers le lieu du répondant, pour rendre l'interview la moins contraignante possible (25). Une conversation téléphonique peut être soumise à des interruptions, à une double tâche, et peut être aisément écourtée. En revanche, l'entretien téléphonique privilégie l'anonymat et ne trouble pas l'écoute avec d'éventuels signes non verbaux susceptibles d'influencer l'interlocuteur.

Bien que l'enregistrement des entretiens ait été signalé lors du premier contact téléphonique en insistant sur son caractère anonyme, l'enregistrement au dictaphone a pu entraver la libre expression de l'interlocuteur.

Les entretiens se sont déroulés entre 15 jours et 1 mois après l'orientation de l'enfant aux urgences. Certains médecins s'appuyaient sur leur dossier informatisé pour se remémorer les circonstances au moment de la prise de décision. Pour d'autres entretiens,

nous avons fait appel au seul souvenir du médecin, ceci pouvant être à l'origine de données approximatives ou manquantes.

5.1.6. Limites liées à l'analyse

L'analyse a été réalisée au départ à l'aide du logiciel in vivo, rendant possible le codage. Nous avons ensuite regroupé manuellement les thèmes et sous-thèmes à l'aide d'arborescences.

La validité de l'étude est meilleure, si les données ont été codées par plusieurs chercheurs, ce qui n'est pas le cas dans cette étude. Le codage a été effectué par une seule personne mais réitéré pour chaque entretien. Il aurait été intéressant de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil ou deux sources de données en constituant une « triangulation » pour vérifier si ces données recueillies auraient été représentatives de la réalité (27).

5.2. Synthèse des principaux résultats et commentaires

5.2.1. La prise en charge en amont de l'orientation

5.2.1.1. Réseau professionnel du médecin généraliste en pédiatrie

Le mot « réseau », utilisé largement au cours de cette thèse, est d'autant plus ambivalent que ce terme recouvre deux réalités bien distinctes. En effet, les médecins généralistes sont quotidiennement amenés à mobiliser un grand nombre de professionnels pour la prise en charge de leurs patients. On peut parler alors de « réseau professionnel informel », à la différence « des réseaux de santé » qui correspondent à des formes institutionnelles de coopération interdisciplinaire regroupant des praticiens hospitaliers ou libéraux, des professionnels de la santé et du secteur social avec des objectifs préétablis (28).

Selon notre étude, les médecins interrogés se déclarent satisfaits de leur « réseau professionnel » constitué bien souvent à partir des liens qu'ils ont tissés au cours de leurs études et au fur et à mesure de leur exercice quotidien. Cependant la filière pédiatrique paraît plus restreinte. La majorité des médecins dit faire appel à un pédiatre libéral en cas d'impasse diagnostique ou thérapeutique mais un seul médecin généraliste dans cette enquête a sollicité un pédiatre libéral avant d'adresser l'enfant aux urgences pédiatriques. De plus, dans notre enquête cinq recours étaient justifiés par une demande d'avis d'expertise pédiatrique. Cette notion est retrouvée dans une étude ethnographique de 2008 où les pédiatres ne sont pas cités comme « partenaires » par les généralistes alors que les interactions sont fréquentes (29). Bien que la difficulté d'accessibilité des pédiatres libéraux ait été souvent soulignée au cours des entretiens, ils ont toutefois tendance à demander de préférence un avis spécialisé aux pédiatres libéraux plutôt qu'aux pédiatres hospitaliers. Ces résultats concordent avec les données issues du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale publiées récemment par la DREES affirmant que dans 80 % des cas, le dernier spécialiste consulté était de statut libéral. Les motifs invoqués sont des critères relationnels, une meilleure disponibilité et des délais de rendez-vous plus rapides. Cette filière pédiatrique semble limitée pour les médecins ne voyant pas beaucoup d'enfants, elle paraît donc en corrélation avec l'activité du médecin généraliste et le choix de sa pratique.

Les médecins de cette enquête rappellent que la facilité de correspondance dépend souvent du lieu d'exercice. En effet les médecins situés en milieu rural sont parfois plus isolés en raison d'une pénurie de pédiatre dans ce secteur. Notre population de médecin généraliste compte 16 médecins urbains (Bordeaux centre et CUB) 4 médecins ruraux, 11 médecins semi ruraux. Il aurait été intéressant de comparer les prises en charges en amont des médecins exerçant en milieu urbain et ceux exerçant en milieu rural. Le médecin, en milieu rural, a t il un plus large et plus performant réseau professionnel compte tenu de son éloignement avec le CHU ? ou au contraire a-t-il recours plus facilement aux urgences pédiatriques du fait de la raréfaction et donc du manque de disponibilité des pédiatres en milieu rural ? Une enquête de terrain réalisée en région PACA s'est penchée sur ces réseaux professionnels informels, en zone rurale et en zone semi rurale, plus précisément sur la nature des relations unissant les différents acteurs du secteur libéral, ceci du point du vue des médecins généralistes (29). Le nombre de patients adressés aux spécialistes ne serait pas plus faible malgré l'isolement. L'éloignement géographique serait même un facteur de stabilisation des enjeux entre généralistes et les spécialistes en favorisant les relations de confiance qui contrebalanceraient les inconvénients liés à l'isolement (29,30).

5.2.1.2. Les examens complémentaires réalisés et les difficultés rencontrées

En amont de la prise en charge plus de la moitié des médecins ont fait une demande d'examens complémentaires, qui n'a pas abouti pour 16 % enfants. La difficulté de réalisation de certains examens complémentaires en ambulatoire pour les jeunes enfants a été mise en avant dans cette enquête. A notre connaissance, aucune étude n'évalue cette difficulté. Nous pouvons donc nous interroger sur la nécessité de favoriser la mise en place d'examens complémentaires facilement réalisables par les médecins en cabinet avec un résultat obtenu dans le temps de la consultation comme les Test de Diagnostic Rapide (TDR)(31). Plusieurs travaux ont évalué l'impact du test rapide de la CRP à l'hôpital mais aussi en ville, et ont constaté une réduction de la prescription des examens complémentaires après sa réalisation. (31,32). Plus confortable et moins contraignant pour le patient, ces TDR ont aussi un avantage financier en terme de santé publique (33,34). Les examens biologiques demandés « en routine » était en moyenne diminués d'environ 80 % en cas de TDR-CRP: 7,7€ versus 39,3€ dans l'étude de Cohen et al (32).

5.2.1.3. Choix des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux

Le choix de la structure se fait en fonction de la localisation et du choix des parents, de la pathologie en question et des soins souhaités. Mais les médecins de cette étude adressent prioritairement aux urgences pédiatriques du CHU par habitude et par expérience.

Les différentes structures d'accueil pédiatrique disponibles en Gironde restent pour certains mal connues, ou ne correspondent pas à un « vrai » service d'urgences pédiatriques à proprement parler pour d'autres. Une évaluation de la satisfaction du CHU de Grenoble par les médecins généralistes a été réalisée en 2010 et montrait que celui-ci se distinguait par rapport aux autres structures privées par la qualité de son « plateau technique » (46,5 % versus 5,8%) (35). La proximité kilométrique avec le CHU ne semble pas avoir influencé les médecins généralistes dans leur prise de décision. Certains travaux ont permis d'analyser le comportement des usagers des urgences, et émettent des résultats hétérogènes. Dans l'étude de Berthier et al. évaluant les caractéristiques sociales, économiques, et familiales de 746 enfants se présentant aux urgences pédiatriques, 55 % des familles résidaient à moins de 10km, et 45 % à plus de 20 km (8). L'enquête de la DREES, évaluant les motifs et trajectoires des recours hospitaliers, a permis de constater que la proximité du lieu de résidence avec la structure hospitalière figurait parmi les motifs de venue spontanée aux urgences les plus souvent cités par les usagers (47%) (36) et constituerait même un facteur de récurrence de venues aux urgences pédiatriques (37).

5.2.2. Déterminants incitant l'orientation aux urgences pédiatriques

5.2.2.1. Critères décisionnels objectifs

Les signes cliniques d'orientation les plus fréquemment cités par les médecins, amenant à décider d'une orientation aux urgences pédiatriques sont par ordre de fréquence la présence de critères d'urgences, la persistance des symptômes cliniques, le jeune âge de l'enfant, une difficulté de prise orale ou un échec thérapeutique et l'incertitude diagnostique.

L'urgence est bien entendue un des facteurs prépondérants dans la décision des médecins (38,39). Parmi les trente et un enfants adressés, huit consultations étaient

assignées à un niveau 3 de priorité dit « urgences vraies », quinze consultations à un niveau 2 dit « urgences simples », et huit correspondant à un niveau 1 soit consultations simples. Les consultations « orthopédiques » étaient réparties parmi les consultations 1 et 2.

Une minorité des médecins interrogés ont mentionné une contrainte d'horaire ou de temps, s'expliquant peut être par le souvenir trop lointain du moment de la consultation. Par l'intermédiaire du questionnaire d'entrée aux urgences, nous avons pu également constater que la majorité de ces enfants consultaient aux urgences aux heures ouvrables (entre 9h et 18h30) et en milieu de semaine. Cependant, comme le suggère divers travaux (21,38,39), nous pouvons penser que la contrainte temporelle a probablement dû influer sur leur prise de décision en raison de la difficulté d'organisation des soins en fin de journée ou en fin de semaine.

L'inquiétude familiale figure parmi les critères sociaux les plus fréquemment cités. Sont plus rarement cités l'exigence des parents, la défaillance parentale, et l'absence d'avance de frais. Une enquête a analysé, avec la participation de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise, les consultations non programmées en cabinet de ville et aux urgences pédiatriques auprès d'une population de patients de moins de 18 ans. Parmi les motifs invoqués du recours non programmé aux soins , l'anxiété parentale représentait 20 à 24% des motifs (17). Une grande part des enfants de cette enquête était âgée de moins de deux ans. L'étude de la DREES, réalisée sur le plan national en janvier 2002 a montré que les nourrissons de moins d'un an sont proportionnellement 15 fois plus nombreux dans la patientèle des urgences. Mais la majorité de ces enfants se présentent sans avoir vu préalablement un médecin (36).

Les demandes les plus souvent formulées lors des entretiens par les médecins généralistes étaient par ordre de fréquence **:**

- une demande de prise en charge chirurgicale (une demande « urgente » était citée dans un cas sur deux)
- la nécessité de réaliser des examens complémentaires dont la moitié des médecins mentionne la nécessité urgente de bénéficier d'un plateau technique avec un personnel formé
- la nécessité d'obtenir un second avis ou d'un avis d'expertise pédiatrique « spécialisé »
- une demande de soins non réalisables au cabinet (aérosol, perfusion, actes de petite chirurgie)
- la demande d'hospitalisation (souvent associée à la demande de soins)
- une demande de prise en charge de la douleur (seulement pour un médecin)

Les données de la littérature retrouvent ces mêmes éléments mais dans un ordre de fréquence différent. Les travaux de Martinot et al. ayant permis l'analyse des motifs de recours aux Urgences Pédiatriques mettent en avant une demande d'avis spécialisé dans 39% des cas, une demande de traitement (27%), des examens complémentaires (22%) dont les deux tiers étaient réalisables en ville au moment de la demande, et dans 12% des cas d'une mise en observation de l'enfant. La demande d'hospitalisation était mise en avant plus d'une fois sur deux dans les lettres des médecins (3).

En ce qui concerne la traumatologie, dans une étude de la DREES publiée en 2007 sur les urgences en médecine générale, le généraliste effectue dans moins de 1% des cas des actes d'immobilisation ou actes dits de petite chirurgie (18). C'est sans doute en partie le choix des parents, ou du responsable de l'enfant (école, association sportive...), de recourir directement aux urgences (3,15) mais la médecine générale a aussi sa part de responsabilité dans ce phénomène, comme le montre la décroissance des actes de petite chirurgie chez les médecins généralistes installés en ville (40).

5.2.2.2. Critères décisionnels subjectifs

a) Vécu, ressenti du médecin

L'orientation de l'enfant aux urgences dépend également de paramètres subjectifs comme l'inquiétude ressentie à l'égard de l'enfant, pouvant être parfois amplifiée par celle des parents au moment de la prise de décision. L'incertitude fait partie de la décision médicale. Le médecin généraliste peut être amené à prendre sa décision sur une intuition. En effet, le médecin peut éprouver un sentiment de certitude vis-à-vis de la prise en charge du patient, de son pronostic et de son traitement même en l'absence de diagnostic (« sentiment de réassurance »). Au contraire, celui-ci peut avoir le sentiment que quelque chose ne va pas malgré l'absence d'éléments objectifs probants, il peut ressentir un « sentiment d'alarme »´et ainsi élaborer une prise en charge pour éviter une issue défavorable à son patient. Ces deux sentiments ont été décrits par des travaux néerlandais et regroupés sous le nom de « gut feeling » (sensation viscérale) (41,42). Les études de Stolper et al. ont montré que le « gut feeling » joue un rôle important dans le processus de raisonnement diagnostique des médecins généralistes des Pays-Bas et la Flandre, en particulier dans les situations complexes et d'incertitude (43).

b) Expérience et implication du médecin généraliste en pédiatrie

Les médecins interrogés s'accordent à dire que l'expérience professionnelle -voire même personnelle - aide dans la pratique quotidienne et que les stages hospitaliers ou ambulatoires peuvent également contribuer un appui. Dans notre enquête, nous n'avons pas remarqué de différences particulières selon l'âge, le nombre d'années d'installation ou la formation initiale des médecins. Toutefois, certains, ont évoqué leur expérience professionnelle comme un argument majeur dans leur prise de décision.

Les médecins de cette enquête déclarent que la formation initiale en pédiatrie est en progrès tout en restant insuffisante, étant donné que tous les internes ne bénéficient pas d'un stage en pédiatrie. La plupart des médecins généralistes de cette étude participe aux formations professionnelles continues. Le devoir déontologique de se former et d'évaluer leurs pratiques est devenu obligation légale en 1996 pour la FMC (ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996) et en 2004 pour l'évaluation des pratiques professionnelles (loi n°2004-810 du 13/08/04, définie par le décret du 14/04/05). Aujourd'hui, la formation médicale du médecin, s'appelle Développement Professionnel Continu (DPC). Le DPC privilégie désormais une analyse réflexive des pratiques. Les formations professionnelles continues sont indemnisées à hauteur de 15 consultations par jour jusqu'à huit jours par an pour compenser la perte de revenus (44).

Dans l'enquête sur « les pratiques en médecine générale dans cinq régions (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, PACA) de la DREES » (45), 81% des médecins généralistes déclarent participer à des FMC : 40% y participent une fois par trimestre et 41% participent au moins une session par mois. Un peu moins de la moitié des médecins de notre étude ont participé à des FMC récentes en pédiatrie. Pour certains, elles sont peu fréquentes, pour d'autres, elles s'avèrent parfois peu adaptées à l'exercice libéral.

Selon nos constatations et les dires des médecins, la formation complémentaire en pédiatrie ne semble pas avoir une incidence sur le nombre de recours aux urgences pédiatriques. Ce qui nous amène à nous demander si les formations continues proposées en pédiatrie ont un réel impact sur la pratique des médecins généralistes. Contribuent-elles à un changement de comportement des médecins généralistes dans leur exercice? A notre connaissance, peu d'études ont cherché à analyser l'impact de la formation continue

spécifiquement en pédiatrie sur la pratique des médecins généralistes. Néanmoins les méthodes reconnues comme étant les plus efficaces pour obtenir une modification du comportement des praticiens sont celles dont l'apprentissage est en lien direct avec la pratique, et celles où le médecin est invité à participer activement et à mettre en application les connaissances enseignées. En effet certaines études ont montrées qu'une formation magistrale en grand groupe (conférences…etc) est en moyenne peu efficace (46). Les formations interactives, en petits groupes sont à privilégier comme les groupes de pairs, groupe d'échange de pratique etc… Ces groupes d'analyse des pratiques entre pairs (GAPP) est la méthode d'évaluation des pratiques professionnelles la plus répandue en médecine générale. En France, comme dans nos pays voisins, l'implantation de ces groupes s'est accélérée depuis 2006 (47). Une étude a montré un impact sur la décision de prescription en soins primaires en Allemagne contribuant au changement des pratiques (48). Les activités réparties sur plusieurs séances semblent avoir plus d'impact que celles condensées en une seule (49). Enfin c'est l'association de ces différentes méthodes pédagogiques (interventions mixtes) au sein d'une même formation qui semblerait conduire à de meilleurs résultats que lorsque la formation se limite à une méthode unique (50).

5.2.3. Collaboration entres les médecins généralistes et les urgences pédiatriques

La majorité des médecins ont téléphoné aux urgences pédiatriques pour prévenir de l'arrivée de l'enfant. Pourtant les médecins interrogés s'interrogent sur l'intérêt de cet appel (urgences pédiatriques surchargées, absence de critères d'urgences, attente téléphonique longue et refus possible). Dans une étude visant à évaluer les relations téléphoniques entre les médecins généralistes et le service d'accueil des urgences de Toulouse en 2001, 92% des médecins déclarent utiliser le téléphone avant d'envoyer leur patient dans un service d'urgence, et 52,5% le font systématiquement. La majorité le fait pour s'assurer de la possibilité de prise en charge du patient, par souci de confraternité et pour apporter un élément complémentaire au courrier. 49% ont déjà essuyé un refus d'admission (51). Les différents médecins de cette enquête pointent la difficulté d'accessibilité téléphonique des urgences pédiatriques en invoquant un délai d'attente au standard souvent excessif. Dans l'étude de Juchet et Al. 74 % des médecins généralistes concèdent rencontrer des difficultés pour joindre le service d'urgences en raison d'un délai d'attente trop long et /ou un passage successif d'un poste à l'autre (51).

La plupart des médecins semblent satisfaits des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Cependant beaucoup de médecins généralistes ont déploré l'absence de retour pour les enfants non hospitalisés. Le retour s'est fait pour la grande majorité par l'intermédiaire des familles. Ils rappellent que le carnet de santé est un outil de suivi et de correspondance indispensable, pouvant parfois être oublié par les familles. De nombreux intervenants se succèdent aux urgences pédiatriques, multipliant les discours et donc pouvant être source d'incompréhension pour les parents.

Les médecins sont conscients de la surcharge des urgences pédiatriques, de l'attente longue et difficile pour le patient. De ce fait, orienter un enfant vers les urgences pédiatriques constitue pour eux un dernier recours. La majorité des médecins disent avoir adressé entre deux et trois enfants les trois derniers mois. En ce qui concerne les médecins déclarant adresser davantage d'enfants, ces résultats semblent être liés à l'activité du médecin généraliste. Ces données sont à prendre avec précaution car ils relèvent de la libre interprétation du médecin généraliste interrogé. Néanmoins différents travaux suggèrent que la proportion d'enfants adressés par un médecin généraliste aux urgences pédiatriques reste faible.(3,8,17,21,52)

5.3. Propositions

5.3.1. Améliorer la collaboration entre les urgences et les médecins généralistes

5.3.1.1. Correspondance

Il ressort de nos entretiens le souhait de recevoir de la part des urgences un courrier systématique pour tous les enfants adressés (même pour ceux qui ne sont pas hospitalisés). Le mail et le fax restent des outils envisageables. Dans la littérature, la place de l'email est variable selon les études. Néanmoins, il est souvent décrit comme une méthode facilitatrice et prometteuse (53). Parmi les propositions émanant de l'étude réalisée à l'hôpital de Toulouse pour améliorer les relations entre la ville est les urgences, émerge l'idée de l'envoi d'un courrier électronique sécurisé en temps réel, sur lequel figurerait le diagnostic de sortie, l'orientation, le traitement et le numéro direct de l'urgentiste ou même un accès au dossier informatisé du patient (51).

5.3.1.2. Communication

L'éventuel besoin de pouvoir joindre directement le pédiatre des urgences sans passer par le standard a été plusieurs fois mentionné lors de l'enquête. L'étude réalisée aux urgences de Toulouse évaluant la qualité des relations entre les médecins de ville et les urgences rapporte que 51% des médecins souhaiteraient joindre directement le médecin des urgences sur un téléphone portable (51).

Lors d'un avis souhaité, le rappel systématique des médecins généralistes a été suggéré. La messagerie électronique est jugée comme un outil pratique ne dérangeant pas le correspondant. Selon l'étude de l'URML (union régionale des médecins libéraux) une messagerie sécurisée intéresserait les médecins libéraux pour pouvoir interroger les médecins hospitaliers, sous réserve que ceux-ci répondent dans les 48 heures (54). Les avantages de cette messagerie sont les mêmes que ceux d'un email classique mais permettent de s'affranchir du risque de piratage tout en respectant la confidentialité des données transmises. Cependant, le destinataire doit être équipé de la même messagerie sécurisée pour pouvoir décrypter le mail qui lui est adressé. Cela pourrait représenter alors un frein à l'utilisation d'un tel outil.

La restructuration de l'annuaire du CHU avec un accès professionnel permettant d'obtenir les différents pédiatres hospitaliers paraît nécessaire. Devraient y figurer leurs spécialités, leurs adresses électroniques, leurs délais de consultation et leurs éventuels numéros de poste, mis à jour régulièrement. L'étude réalisée par l'URML a également constaté un manque d'information des médecins généralistes sur les établissements hospitaliers (en particulier le CHU), qui rendait l'orientation des patients difficile (54).

5.3.2. Eviter le mésusage des urgences

Une partie de la population consulte spontanément aux urgences pédiatriques ceci leur permettant de bénéficier en un même lieu de la consultation de ville et du rendez- vous avec le spécialiste. En effet, dans notre étude, trois enfants ont consulté spontanément aux urgences, compte tenu du long délai d'attente des consultations pédiatriques spécialisée et de l'accès téléphonique compliqué. Pour éviter ce mésusage des urgences et pour faciliter la prise en charge de leur patient, les médecins interrogés souhaiteraient que l'accès aux consultations spécialisées pédiatrique leur soit facilité. Les données de la littérature évoquent l'utilité d'un médecin d'astreinte dans chaque spécialité, chaque jour, afin d'obtenir un avis spécialisé rapide, surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques. Sont également proposées l'existence de plages de consultations spécialisées réservées à des consultations « semi urgentes » c'est à dire, pouvant être différée mais planifiables dans la semaine (37). D'autres solutions existent, même si elles sont surtout destinées une population venant spontanément aux urgences pédiatriques. A Nice, comme à l'hôpital Robert Debré de Paris, en période épidémique, ces services ont instauré un système de «circuit court » : les consultations « délocalisées », au sein d'un même bâtiment, pour les consultations simples (55,56). Celles-ci ont pour objectif de désengorger les urgences des patients les moins graves les week-ends. Le temps d'attente avant la consultation médicale se voit raccourci, et l'organisation de prise en charge semble améliorée par cette réorientation (56).

La création d'une ligne téléphonique d'astreinte comme cela existe déjà dans d'autres spécialités, a été suggérée par les médecins de notre enquête. Plusieurs travaux réalisés évaluent l'impact de ces lignes téléphoniques dans d'autres spécialités que la pédiatrie (gériatrie, oncologie, infectiologie...). Celles-ci peuvent éviter un éventuel passage par le service des urgences et facilitent le parcours du patient dans la filière (35,57). Dans 52,63% des cas, les patients ne sont pas hospitalisés, ils sont pris en charge par leur médecin traitant et bénéficient d'une consultation spécialisée (58). Un autre exemple probant est la

plateforme téléphonique du CHU de Lille appelée HOP'LINE® et dédiée aux médecins généralistes (59). Cette plateforme a été mise en place en novembre 2008 pour les médecins généralistes qui désirent s'entretenir rapidement avec leurs confrères spécialistes hospitaliers pour des avis médicaux. Le médecin généraliste qui contacte cette plateforme est orienté directement vers un praticien sénior d'astreinte de la spécialité demandée. Ce numéro n'est bien entendu pas un numéro d'urgence. Ce système existe pour de nombreuses spécialités médicales, chirurgicales, psychiatriques dont la pédiatrie. Le nombre d'appels (toutes spécialités confondues) les six premiers mois suite à la création de HOP'LINE® s'élève à 275 (60). En terme d'inconvénients, se pose la question du coût financier. D'autre part, ces lignes induisent bien évidemment une charge de travail supplémentaire et requiert une disponibilité des hospitaliers qui sont déjà très sollicités.

A l'hôpital des enfants de Bordeaux, une demande institutionnelle quant à la création d'un numéro d'appel commun pour les médecins extérieurs désirant joindre un pédiatre hospitalier a été récemment formulé. Cette initiative pourrait contribuer à changer l'image « forteresse du CHU » et à améliorer les relations ville-hôpital.

Les parents ont parfois une attitude inadaptée dans l'utilisation du système de soins. Ils ne différencient pas les signes justifiant un recours hospitalier urgent de ceux nécessitant une consultation médicale rapide ou différée. Le médecin généraliste peut intervenir sur l'éducation des parents, les informer sur ce qu'il convient de faire devant des symptômes tels que la fièvre, la diarrhée, les coliques, les vomissements, la douleur, avant de recourir directement au Service d'Urgence Pédiatrique. Dans cette perspective, l'association lyonnaise Courlygones (une équipe de professionnels de santé médicaux, paramédicaux, membres de PMI et parents) a pris l'initiative d'éditer une série de fiches-conseils, illustrées et compréhensibles par tout public sur des symptômes ou des pathologies courantes (fièvre, la gêne respiratoire, la diarrhée, la chute sur la tête, les pleurs du nourrisson, les troubles de l'allaitement, la crise d'asthme et la dermatite atopique). D'autres outils de communication ont été élaborés (site internet, plateforme téléphonique). La diffusion de tels messages de santé vise à apporter aux parents les éléments nécessaires pour une prise de décision optimale, et à leur permettre de s'orienter, si nécessaire, vers une consultation adaptée à la gravité réelle (61,62). En matière de santé publique, une meilleure lisibilité du système de soins par les usagers (rôle des médias) paraît indispensable (17). En effet, l'information destinée aux parents quant aux alternatives possibles de recours aux Urgences Pédiatriques et au coût des différentes prises en charge, doit être plus largement diffusée afin de responsabiliser les usagers.

5.3.3. Mise en réseau des différents acteurs : les médecins généralistes, les pédiatres libéraux et les urgences pédiatriques

Plusieurs publications prônent une meilleure coordination des différents intervenants (29,63). Le professeur Danièle SOMMELET a remis en octobre 2006 à la demande du ministre des solidarités, de la santé et de la famille, un rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Parmi les moyens proposés, elle souhaite « valoriser la place d'un pédiatre référent par groupe de médecin généraliste ». Chaque médecin généraliste pourrait bénéficier et obtenir rapidement un avis ou un second recours pour un enfant, en amont de l'hôpital (5). En effet, en milieu libéral, la collaboration entre médecins généralistes et pédiatres se doit d'être renforcée, les consultations non programmées des enfants doivent être mieux réparties entre pédiatres et médecins généralistes et la prise en charge des enfants alternée.

Certains médecins ont émis le souhait de disposer d'un « outil », un annuaire papier ou un site internet dans lequel les différents intervenants en pédiatrie seraient indiqués. Si internet est une des principales sources d'information médicale, de plus en plus utilisée de nos jours pendant la consultation médicale (82 % contre 69 % en 2008) (64), notamment chez les jeunes médecins installés, l'accès rapide à une information de qualité nécessite de faire le tri parmi d'autres données disponibles inutiles ou erronées. C'est pourquoi l'existence d'un annuaire « unique » comprenant l'ensemble des professionnels de santé libéraux et hospitaliers à l'échelle départementale ou régionale, régulièrement mis à jour, pourrait éventuellement pallier à cette difficulté. A l'occasion d'un séminaire en 2010, le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait émis des conclusions quant à l'avenir de la profession libérale et de l'informatisation. Parmi celles-ci figurait le souhait de « promouvoir les mises en réseaux communicants des médecins libéraux, des coopérations interprofessionnelles et des relations médecine de soins ambulatoire et soins en établissements par le développement territorial des échanges d'informations médicales de coordination de soins par des messageries sécurisées interopérables dédiées aux exercices des métiers de la santé et des activités médico-sociales » , « de reconnaître la valeur juridiquement probante des échanges dématérialisés » et de créer « un annuaire national du professionnel, avec des déclinaisons régionales »(65). Même si, à ce jour, à notre connaissance, ces conclusions n'ont pas encore été mis en application, ces pistes pourraient donner lieu à une meilleure coordination et faciliter la mise en réseau entre les différents professionnels de santé.

Une meilleure articulation dans le travail passe aussi par une meilleure connaissance du cadre de travail et des attentes réciproques. Un travail de thèse réalisé en 2014 s'est intéressé aux relations entre les pédiatres libéraux et les médecins généralistes dans trois bassins de santé aveyronnais. Les deux spécialités font preuve d'autocritique et manifestent le souhait d'échanger, notamment au travers de la rencontre directe et de la formation (66). Des formations communes entre les différents acteurs, seraient susceptibles de favoriser les échanges et de standardiser certaines prises en charge. Des FMC plus courtes, plus fréquentes, rémunérées, délocalisées, éventuellement sur des cas pratiques, sont souhaitées par les médecins interrogés. Concernant la FMI, les médecins de cette étude encouragent l'instauration d'un stage obligatoire en pédiatrie durant l'internat et valorisent les stages d'internes en cabinet de médecine générale.

6. CONCLUSION

On assiste à un accroissement du nombre de consultations pédiatriques aux urgences, de 3 à 5% par an, pour des motifs considérés comme relevant bien souvent de la médecine générale. Pourtant, le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans la prise en charge extra hospitalière, en ce qui concerne les consultations urgentes ou dites non programmées. La prise de décision amenant un médecin généraliste à adresser aux urgences pédiatriques est complexe et répond à l'influence de multiples facteurs.

Au travers de notre étude, des critères influents objectifs déjà identifiés dans l'analyse de la littérature, ont été mis en avant. Parmi ces critères, figurent ceux liés à l'enfant: la gravité et /ou la persistance des symptômes, l'âge de celui-ci, l'échec de prise en charge en amont , l'incertitude diagnostique et ceux en rapport avec son environnement comme l'inquiétude parentale. L'analyse de la pratique des médecins généralistes a permis de faire émerger également des critères influents plus vastes comme l'expérience antérieure du médecin, son apprentissage, sa pratique de la pédiatrie et sa perception au moment de la prise de décision. Notre étude a permis de pointer les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge des enfants avant le recours aux urgences pédiatriques: que ce soit la difficulté à réaliser des examens complémentaires en ville chez les plus jeunes enfants, la difficulté à joindre les pédiatres hospitaliers ou la difficulté d'accessibilité des consultations spécialisées du CHU. La méconnaissance des autres structures d'accueil pédiatriques ou des correspondants pédiatriques spécialisés libéraux a été plusieurs fois mentionnée et témoigne d'un dysfonctionnement du réseau professionnel de soins. Bien que la plupart des médecins généralistes déclarent faire appel à un pédiatre libéral en cas d'impasse diagnostique ou thérapeutique, dans cette enquête, le recours à un pédiatre libéral fût restreint.

L'amélioration de la prise en charge globale de l'enfant passe par une meilleure collaboration entre la ville et l'hôpital et entre l'ensemble des acteurs intervenant en pédiatrie. Il paraît souhaitable d'encourager les rencontres entre les équipes hospitalières, les médecins généralistes et les pédiatres libéraux afin de mieux standardiser les prises en charge et de favoriser les échanges. L'envoi systématique d'un compte rendu aux médecins généralistes ayant adressé un enfant y compris pour les enfants non hospitalisés paraît indispensable. Parmi les pistes suggérées, figure l'existence d'un site « internet » ou « d'un

annuaire », unique, qui comprendrait la liste des différents correspondants pédiatriques libéraux et hospitaliers, leurs sur-spécialités et leurs coordonnées. Des plages de consultations au sein de l'hôpital pédiatrique, destinées aux urgences différées, pourraient être créées. D'autres outils de communication ont été proposés comme la création d'une ligne directe d'astreinte ou d'une messagerie sécurisée. Bien que ces procédés soient difficiles à mettre en place, ceux-ci pourraient fortement contribuer à améliorer ces échanges.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Four R, Alamir H, Babe P, Guida A, Velin P. Évaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques, Expérience de l'Hôpital Lenval, Nice, en 1999. Journal Européen des Urgences. 2002;15(2): 59-69.

2. Poitou P, Loge I, Hastier-Gouin N, Guyet S, Belgaid A, Dufour D, et al. Motivation des consultations aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie.2010;17(6, Supplément 1):177.

3. Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A. Motifs de recours aux urgences pédiatriques: comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? Arch Pédiatrie. 1999; 6,Supplément 2:S461‑3.

4. Martrille L, Lezin B, Guillouet N, Duhamel JF, Guiliois B. Urgences médicales pédiatriques hospitalieres: évaluation de la gravité des pathologies et de la décision de consultation. Arch Pédiatrie. 1999;6, Supplément 2:S586.

5. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Arch Pédiatrie. août 2007;14(8):1011‑9.

6. Franc C, Marc Le Vaillant, Sophia R, Pelletier-Fleury P. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DREES. 2007;(588).

7. ONPDS. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009. [en ligne] Ministère de la santé et des sports; 2009. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf>

8. Berthier M, Martin-robin C. les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales chez 746 enfants. Arch Pediatr. 2003 ; 10, Supplément 1 : 61s-63s.

9. Esso D van, Torso S del, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, et

al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. Arch Dis Child. 2010;95(10):791‑5.

10. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JHH. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. Pediatrics.2002;109(5):788‑96.

11. Freed GL, Dunham KM, Gebremariam A, Wheeler JRC, Research Advisory Committee of the American Board of Pediatrics. Which pediatricians are providing care to America's children? An update on the trends and changes during the past 26 years. J Pediatr.2010;157(1):148‑52.

12. Shipman SA, Lurie JD, Goodman DC. The General Pediatrician: Projecting Future Workforce Supply and Requirements. Pediatrics. 3 janv 2004;113(3):435‑42.

13. Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF. Atlas de la Démographie Médicale en France. Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 8ème Atlas de la démographie médicale.2014.

14. Rubel F. Démographie pédiatriques en 2007 (page consultée le 8/10/2014). Etude des données éco-santé de 2008, [en ligne]. http://www.umespe.com.

15. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? Arch Pédiatrie ;2008;15(12):1733‑8.

16. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES, Ensae; 2006. Rapport N° 481.

17. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées, enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Arch Pédiatrie. 2004;11(2):108‑14.

18. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2006. Report No: 94.

19. Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2008;2‑8.

20. Reuter P-G, Kernéis S, Turbelin C, Souty C, Arena C, Gavazzi G, et al. Orientation des patients par leur médecin généraliste vers les secteurs hospitaliers publics ou privés en France : étude épidémiologique prospective du réseau Sentinelles. La Revue de Médecine Interne. 2012;33(12):672-7

21. Kechichian J. Recours à l'hospitalisation non programmée des enfants par les médecins généralistes participant au réseau Sentinelles: Description des motifs et évolution au cours du temps [Thèse d'exercice]. Paris : Paris 7; 2012.

22. Haas H, Suau B, Allaert F-A, Sana C, Caulin E. Évaluation de la charge de travail induite aux urgences pédiatriques par les gastroentérites aiguës en période épidémique. Médecine Mal Infect. 2008;38 (12):642‑7.

23. Claudet I, De Montis P, Debuisson C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. Arch Pédiatrie. 2012;19(9):900‑6.

24. Amoghly-Rahimi S. Réalisation des thèses et mémoires de médecine générale: Détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisé de Médecine Générale [Thèse d'exercice]. Nancy : Université Henri poincaré Nancy 1; 2011.

25. Gotman A. et Blancher A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Armand Colin. 2005.

26. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Lyon Nord ; 2004.

27. Aubin-Auger L, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Introduction à la recherche. Exercer. 19(84)

28 Bournot MC, Goupil MC, Tuffeau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DREES Etude et Résultat.2008;(649).

29. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. Rev DÉpidémiologie

Santé Publique. 2008; 56(4, Supplement):S197‑206.

30. Hémery-Bourgeois I. Dynamique d'adressage du patient et réseaux de correspondants en médecine générale. Commun Aux Journ FROG « Organ Communautés Réseaux Nouv Formes L'action Collect. 2002.

31. Martinot A, Aurel M, Dubos F. Évaluation des performances des tests de diagnostic rapide. Arch Pédiatrie.2007;14(6):524‑6.

32. Cohen R, Lécuyer A, Wollner C, Deberdt P, Thollot F, Henriquet V, et al. Evaluation of impact of CRP rapid test in management of febrile children in ambulatory pediatric practice. Arch Pédiatrie Organe Off Sociéte Fr Pédiatrie. 2008; 15(6):1126‑32.

33. Romano V. Evaluation de l'intêret du test rapide de la Protéine C Réactive (TDR-CRP) sur la réduction de la prescription des antibiotiques et des examens complémentaires chez les enfants âgés de plus de trois mois consultant pour fièvre [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris Diderot; 2013.

34. De La Rocque F, Thollot F, Touitou R, Cohen R. Les tests de diagnostic rapide de la grippe : quel intérêt aux urgences et en pédiatrie de ville ? Arch Pédiatrie. 2007;14(6):532‑3.

35. François P, Fourny M, Darras B, Giraud M. Etude d'image. Le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes. Préparation du projet d'établissement 2011-2018.
Disponible sur le site: http://www.chu-grenoble.fr

36. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale. DREES; 2003. Report No.: 212.

37. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. 2011; 18(2):128‑34.

38. Bréant K. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes [Thèse d'exercice], Université de Rouen : Rouen; 2013.

39. Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands [Thèse d'exercice].Université de

Rouen : Rouen; 2012.

40. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : Identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes [Thèse d'exercice]. Université Paris Val-de –Marne : Paris ; 2008.

41. Andro de Schotten AC. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives : le gut feeling en prévention de l'erreur [Thèse d'exercice].Université de Bretagne Occidentale : Brest ; 2011.

42. Hauswaldt J, Kruschinski C, Hummers-Pradier E, European. General Practice Research Network. Congrès (2007; Nijmegen) « Something doesn't fit, here! ». Gut Feelings in General Practice. Disponible sur :<http://www. meeting.egprn.org>

43. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. J Gen Intern Med. 2011; 26(2):197-203.

44. Ministère du travail,de l'emploi et de la santé. Décret no 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins. Journal officiel de la République française.2012.

45. Guerville M-A, Paraponaris A, Regi JC, Vaissade L, Ventelou L, Verger P. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. Drees- Etude et résultats. 2009 ; 708.

46. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995; 274(9):700-5.

47. François P, Philibert A-C, Esturillo G, Sellier É. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. Presse Médicale. 2013;42(1):21-7.

48. Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to

improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? J Eval Clin Pract. 2004;10(3):457‑66.

49. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA.1999;282(9):867‑74.

50. Phélippeau Binet E. Mesure de l'impact d'une action de formation médicale continue sur la pratique des médecins généralistes. Exemple d'une formation sur le suivi de grossesse [Thèse d'exercice].Lyon: Université Lyon Nord; 2007.

51. Juchet H, Mehvari G, Proust S, Momo Bona A, Dejean M, Pham M, et al. Qualité de la relation téléphonique entre les médecins généralistes et le service d'accueil des urgences. Rev Médecine Interne. 2003; 24, Supplement 4:484s.

52. Durand AC, Gentile S, Amadei E, Haro J, Tardieu S, Giraud C, et al. Motifs de recours aux urgences de l'hôpital nord de marseille. J Eur Urgences. 2004;17, Supplement 1:36‑7.

53. Stille CJ, Korobov N, Primack WA. Generalist-Subspecialist Communication About Children With Chronic Conditions: An Analysis of Physician Focus Groups. Ambul Pediatr. 2003;3(3):147‑53.

54. Gayrard P, Harzo C. Médecine ambulatoire, médecine hospitalière. Quels liens construire? URML Rhône-Alpes 2008.

55. Jourdain-Menninger D, Aballea P. Rapport d'évaluation de la consultation pédiatrique sans rendez vous de l'hôpital Robert Debré et de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et recommandations pour les réseaux d'urgence ville hôpital à Paris et Seine-Saint-Denis. 2004. Report No.: 2004-103.

56. Demonchy D. Impact des Consultations délocalisées aux urgences des Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval [Thèse d'exercice].Université de Nice Sophia – Antipolis : Nice ; 2013.

57. Jourdain J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis à vis de

l'hôpital. Enquête concernant le CHU de Poitiers [Thèse d'exercice].Université de Poitiers : Poitiers ; 2009.

58. Diallo L. Communication ville-hôpital en gériatrie: évaluation d'une ligne d'appel directe pour les médecins libéraux. Expérience du CHU de Bordeaux et de l'URPS des médecins libéraux d'Aquitaine [Thèse d'exercice].Université Bordeaux Ségalen : Bordeaux ; 2012.

59. Réseau CHU: Hop'line CHRU, des médecins hospitaliers à l'écoute des généralistes Disponible sur: <http://www.reseau-chu.org/les-articles/article/article/hopline-chru-des-medecins-hospitaliers-a-lecoute-des-generalistes/>

60. Goldstein P, Doute T, Rendu A. Hop'line CHRU. A l'écoute des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. La revue hospitalière de France. 2009;(528):66‑7.

61. Duquesne A, Stagnara J, Racle B. Messages et éducation à la santé. Arch Pédiatrie. 2014; 21(5, Supplement 1):305‑6.

62. Stagnara J, Vermont J, Bagou G, Racle B, Masson S, Kassaï B. Effet de messages de santé sur les consultations non programmées dans le cadre des urgences pédiatriques (948 cas rappelés à 7 jours). Arch Pédiatrie.2013; 20(5, Supplement 1):H142‑3.

63. Bocquet A, Assathiany R, Caron FM. Proposition pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française». Dossier de presse UMESPE [en ligne] 2008 [consulté le 17/11/2014] Disponibilité sur internet: <http://umespe.com/sites/umespe.com/files/o/umespedossier_presse_23_janvier_08__3_3.pdf>

64. HAS. Pratiques actuelles de coopération: analyse des témoignages des professionnels de santé. 2007.

65. L'avenir de la médecine libérale : conclusions du séminaire du CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. 2010, [consulté le 20/11/2014]. Disponibilité sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-avenir-de-la-medecine-liberale-conclusions-du-seminaire-du-cnom-965>

66. Rouquier C. Etude qualitative des relations entre les médecins généralistes et les

pédiatres dans trois bassins de santé aveyronnais [Thèse d'exercice].Toulouse III : Toulouse ; 2014.

8. ANNEXES

Annexe 1 : Définitions

Un verbatim peut contenir plusieurs idées, il peut donc être classé dans plusieurs codes différents.

La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

Classe I : Etat lésionnel ou pronostic vital jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique

Classe II : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique

Classe III : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, il n'engage pas le pronostic vital et la décision d'acte diagnostique ou thérapeutique.

Classe IV : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manoeuvres de réanimation.

Classe V : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manoeuvres de réanimation

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux enfants adressés par des médecins généralistes

PARTIE I (questionnaire à remplir par l'externe)

Nom **ETIQUETTE**

DATE d'arrivée :
HEURE
N° de PASSAGE (à 4 chiffres) :

DOMICILE des parents : Téléphone des parents :

- **Adressé par :**

☐ le médecin généraliste *si oui, courrier associé oui* ☐ *non* ☐
☐ conseil téléphonique par le médecin généraliste
☐ SOS médecin

NOM du médecin généraliste : ***Ville :***

- **MOTIF ET DEMANDE** du médecin généraliste: (une seule réponse attendue)

☐ Demande d'un ttt hospitalier médico-chirurgical (aérosol, ttt IV, plâtre, suture..)
☐ Demande d'examens complémentaires (bio, ECBU …)
☐ Demande d'hospitalisation
☐ Demande d'expertise pédiatrique
☐ Pathologie chronique décompensée

PARTIE II (à remplir par l'interne ou médecin sénior)

- **CRITERES DE GRAVITE présents à l'arrivée** : oui ☐ non ☐

Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3 ☐ Niveau 4 ☐

- **TRAITEMENT** réalisé aux urgences : oui ☐ non ☐

Si oui (plusieurs réponses possibles)
☐ Plâtre, suture etc…
☐ Traitement par voie IV
☐ Aérosol
autres ……

- **EXAMENS COMPLEMENTAIRES** : oui ☐ non ☐

(Plusieurs réponses possibles)
☐ BU, ECBU
☐ Imagerie
☐ Bilan biologique
☐ CRP rapide

-Caractère d'urgence des examens : *(nécessité d'avoir des examens complémentaires < 12h)*
oui ☐ non ☐

- **Diagnostic final** : ……

- **DEVENIR : Hospitalisation** oui ☐ non ☐

- **A t - on répondu à la demande du médecin généraliste ?**
oui ☐ non ☐

Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour, je suis remplaçante en médecine générale, je réalise en ce moment mon travail de thèse. Ce travail consiste à savoir pourquoi les médecins généralistes adressent les enfants aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Pour cela je réalise des entretiens semi dirigés avec les médecins généralistes ayant récemment adressé un enfant aux urgences pédiatriques de Bordeaux. Le but n'est pas de juger une pratique mais de comprendre les difficultés et paramètres influençant l'orientation aux urgences pédiatriques.

Cet entretien est bien évidemment anonyme. Il dure 15 minutes environs. Me permettez vous de le réaliser? Autorisez-vous l'enregistrement de celui ci ?

A/ Généralités

1/ Pouvez vous d'abord me parler de vous ?

- *Depuis combien de temps exercez vous ?*
- *Quel âge avez vous ?*
- *Votre lieu de formation initiale ?*

2/ Pouvez vous me décrire votre mode d'exercice et votre patientèle ?

- *mode d'exercice : groupe, association, rural, semi-rural, urbain ?*
- *Combien de patients voyez vous en moyenne par jour ?*
- *Quelle part occupe la pédiatrie dans votre exercice quotidien ?*

B/ Logistique

1/ Quels sont les urgences pédiatriques les plus proches de votre lieu d'exercice ?

- *urgences pédiatriques de Libourne*
- *urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux*
- *autres services d'urgences, (Arcachon, Langon etc..)*

3/ Où avez vous l'habitude d'adresser les enfants en urgences? Quelles en sont les raisons ?

4/ Dans votre pratique, avez vous une filière pédiatrique professionnelle?

- *peut-on parler de réseau professionnel informel en pédiatrie ?*
- *avez vous des correspondants médicaux et paramédicaux sur lesquels vous pouvez compter rapidement* ?

C/ La pratique concernant l'orientation de l'enfant aux urgences du CHU de Bordeaux

1/ Au cours des 3 derniers mois, combien d'enfants en moyenne avez vous adressé aux urgences pédiatriques du CHU ?

2/ A votre avis, quels ont été les principaux paramètres influençant l'orientation de cet enfant aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ?

- paramètres cliniques ? Avec ou sans critères d'urgence ?
- paramètre temporel ? Social ?

3/ Quels ont été les retours sur la prise en charge aux urgences pédiatriques du CHU ? Que pouvez vous me dire sur cette prise en charge ?

4/ Avant la prise de décision sur l'orientation de l'enfant aux urgences pédiatriques, quel a été votre recours ?

- réalisation d'examens complémentaires ?
- avis téléphonique, orientation vers un spécialiste etc…?

5/ Comment avez vous prévenu de l'arrivée de l'enfant aux urgences pédiatriques ?

6/ Que pouvez vous me dire sur la communication et/ou la collaboration avec les urgences pédiatriques dans cette situation donnée ?

D/ Pratique de la pédiatrie dans l'exercice de la médecine générale : formations, expérience et échange entres les différents acteurs

1/ Que pouvez vous me dire sur votre formation initiale et continue en pédiatrie ?

- un stage de pédiatrie pendant votre cursus ?
- des FMC récentes en pédiatrie ?

2/ Face à une difficulté en pédiatrie, une pathologie sans critère de gravité, que faites vous ? Quels sont vos recours ?

- avis téléphonique ? à un confrère du même cabinet ? à un confrère pédiatre libéral ? aux urgences pédiatriques ? Aux pédiatres spécialisés hospitaliers ? Quelles en sont les modalités ? (Mail, téléphone etc…)

- orientation de l'enfant : vers un pédiatre libéral ? Vers les consultations spécialisées du CHU ?

3/ Quel est votre avis concernant la correspondance entre médecin généraliste et pédiatres libéraux ?

4/ Avez vous tendance à demander un avis plus facilement en pédiatrie à un confrère libéral ou hospitalier ? Pourquoi ?

E/ Dans l'avenir…

1/ Comment peut on améliorer la communication et la correspondance entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux?

2/ Que souhaiteriez vous améliorer ou mettre en place au niveau local en pédiatrie ?

- *améliorer son réseau professionnel pédiatrique ?*
- *comment y parvenir ?*

3/ Comment pourrait on améliorer ou compléter la formation en pédiatrie ?

- *au niveau de la FMI ?*
- *au niveau de la FMC ?*
- *quels sont les points à améliorer ?*

4/ Avez vous des suggestions ?

- *Existent-il des éléments non abordés dans cet entretien dont vous voulez parler ?*

Nous en avons terminé. Je vous remercie sincèrement de votre participation et de votre aide dans la réalisation de ce travail.

Annexe 4 : Résumé des caractéristiques des médecins de l'enquête et des consultations adressées

	Age	Sexe	lieu FMI	nb d'année d'installation	mode d'installation	mode d'exercice	nb consult moyenne par jour	âge enfant adressé	parcours, spécificité et pratique quotidienne	pratique de la pédiatrie	FMC récentes en pédiatrie
médecin 1	34	F	Bordeaux	0,5	association	urbain		6	médecine générale + homéopathie, DU de med G de l'enfant en cours	importante	oui
médecin 2	58	F	Bordeaux	16	seul	rural	15	4	3ème installation, médecin homéopathe exclusivement	importante	
médecin 3	32	F	Bordeaux	0 (remplaçante)	seul	urbain	25	6 mois	remplacement fixe	importante	non
médecin 4	31	F	Bordeaux	1	association	semi rural	25	8 mois	médecine générale	normale	
médecin 5	59	M	Bordeaux	31	seul	urbain	25	13	médecine générale	faible	non
médecin 6	52	M	Bordeaux	26	association	rural	30	4	médecine générale	normale	non
médecin 7	47	M	Bordeaux	17	association	semi rural	30	1	médecine générale , 2de installation	faible	non
médecin 8		F		4	seul	urbain	15	2	médecine générale	normale	non
médecin 9	40	F	Bordeaux	5	association	semi rural	35	9 mois	médecine générale, DU de med g de l'enfant en cours	importante	oui
médecin 10	46	F	Bordeaux	13	association	urbain	20	6 mois	2de installation, médecine générale. Du de gynécologie	importante	oui
médecin 11		F	Bordeaux	20	association	semi rural	30	9 mois	médecine générale	normale	
médecin 12	31	M	Toulouse	0,5	association	semi rural	NR	1	médecine générale	normale	
médecin13	52	M	Bordeaux	8	seul	urbain	NR	7 mois	médecine générale, ancien médecin militaire	normale	oui
médecin 14	56	M	Bordeaux		seul	urbain	25	6	médecine générale	normale	non
médecin 15	46	F			association	urbain	30	< 1 mois	médecine générale	normale 30%	oui
médecin 16	45	M	Bordeaux		seul	urbain	35	8 mois	médecine générale, DU de médecine générale de l'enfant	importante	oui
médecin 17	60	M	Bordeaux		association	semi rural	25	5	médecine générale	importante	oui
médecin 18	51	M	Bordeaux	28	association	semi rural	30	3	médecine générale	normale	non
médecin 19	59	M	Paris	29	association	rural	40	1	médecine générale	normale	non
médecin 20	58	F	Brest	23	seul	urbain	20	2	médecin homéopathe	importante	non
médecin 21	36	M	Bordeaux	2	seul	semi rural	35	12	médecine générale	normale	non
médecin 22	61	M		30		urbain	10	4	médecine générale	faible	non
médecin 23	40	M	Reims	6	association	semi rural	35	2 mois	Ffi un an en pédiatrie avant de s'installer, médecine générale	importante	non
médecin 24	58	M	Bordeaux	31		rural	30	11	médecine générale	normale	oui
médecin 25		F	Bordeaux	6		semi rural	25	2	médecin homéopathe	importante	oui
médecin 26	35	M	Paris	8	association	urbain	25	9 mois	médecin généraliste, DU de med G de l'enfant	importante	oui
médecin 27	63	F	Bordeaux	29	seul	urbain	10	3	un an d'assistanat en pédiatrie avant l'installation,médecin généraliste, diplôme diététique	faible	non
médecin 28	48	F	Bordeaux	17	association	urbain	20	1	médecine générale	faible	non
médecin 29	52	M	Bordeaux	24	association	urbain	25	2 mois	médecine générale	faible	oui
médecin 30	50	M	Bordeaux	15		urbain	25	2	médecine générale	importante	non
médecin 31	39	F	Bordeaux	4	association	urbain	20	1	médecine générale	faible	non

médecins	enfant	jour	heure d'entrée	motif	examen compl en amont	demande	exam compl aux urgences	diagnostic final	devenir
1	6 ans	jeudi	15h20	tble neurologique, gravité	non	plateau technique en urgence	bilan sang, PL , imagerie	encéphalite	Hospitalisation
2	4 ans	mardi	18h37	suspicion torsion testicule	échographie	avis chir pédiatrique en urgence	ECBU	orchi - épididymite	RAD
3	6 mois	mercredi	17h15	fièvre prolongée, sd inflammatoire	bilan sang , échec ECBU	examens complémentaires, avis pédiatrique	radio pulm, bilan sang	Grippe surinfectée	RAD
4	8 mois	mardi	11H00	cheveu étrangleur	non	geste chirurgical en urgence	non	cheveu étrangleur	Hospitalisation
5	13 ans	mercredi	14H00	fracture pouce	radiographie	soins (plâtre)	non	Fracture pouce	RAD
6	4 ans	jeudi	15H00	HTA et céphalée	non	avis pédiatrique spécialisé	non	céphalée	RAD
7	1 an	mercredi	18h05	purpura	non	examens complémentaires en urgence	bilan sang	purpura rhumatoïde et œdème hémorragique aiguê	Hospitalisation
8	2 ans	mardi	18h00	suspicion de kawasaki	oui bilan sang	avis pédiatrique	radio pulm	otite moyenne aiguë	RAD
9	9 mois	mardi	10h51	inhalation CE	non	geste soins en urgence	radio pulm	inhalation CE	RAD
10	6 mois	vendredi	13h10	gène respiratoire	non	aérosols,demande d'hospitalisation	radio pulm	Grippe surinfectée	RAD
11	9 mois	vendredi	14H00	fièvre, inquiétude de la maman	non	réassurance, avis pédiatrique	CRP rapide,radio pulm	pneumopathie	RAD
12	4 ans	vendredi	11H40	Traumatisme crânien	non	exam compl en urgence, surveillance	non	TC sans perte de connaissance	RAD
13	7 mois	jeudi	9H30	gène respiratoire	non	aérosol en urgence	non	bronchiolite	Hospitalisation
14	6 ans	mercredi	17H25	HTIC	non	plateau technique en urgence, avis pédiatrique	TDM cérébral	céphalée	RAD
15	< 1 mois	jeudi	9h50	fièvre chez un nourrisson	non	demande d'hospitalisation	bilan sanguin, ECBU	Fièvre de nouveau né	Hospitalisation
16	8 ans	mercredi	11H05	suspicion sd des loges	non	geste en urgence	non	compression sous plâtre	RAD
17	5 ans	mercredi	11H00	sd méningé	non	plateau technique en urgence, hospitalisation	bilan sanguin	méningo-encéphalite	Hospitalisation
18	3 ans	jeudi	16h28	trauma de la face avec plaie	non	soins suture	non	hématome lèvre superieure	RAD
19	13 ans	mercredi	20H10	thrombopénie, angine	bilan sang	avis pédiatrique	bilan sang	sd mononucléosique	RAD
20	2 ans	jeudi	10H57	thrombopénie sévère	bilan sang	demande hospitalisation	bilan sang	suspicion PTI	Hospitalisation
21	12 ans	mardi	8h56	fracture 1er métatarse	radiographie	avis chir (cs externe au départ)	non	fracture 1er métatarse immobilisé	RAD
22	4 ans	lundi	10H49	traumatisme du genou	non	réassurance, examen compl	radiographie	contusion du genou	RAD
23	2 mois	vendredi	14h	gène respiratoire	non	aérosol , demande Hospitalisation	radio pulm	bronchiolite	Hospitalisation
24	11 ans	mardi	9H03	douleur sur trauma du poignet à J7, contexte social	radiographie	PEC de la douleur, avis orthopédique	radio de contrôle	absence de fracture	RAD
25	2 ans	mardi	13H53	diarrhées, échec des exam compl, exigence parentale	échec	examens complémentaires	non	GEA	RAD
26	9 mois	lundi	10H19	GEA avec signe de déshydratation, AEG	non	demande d'hospitalisation	non	GEA	RAD
27	3 ans	mardi	14H00	sd appendiculaire	non	exam compl, avis pédiatrique	non	adénite mésentérique, angine	RAD
28	1 an	vendredi	17H11	gène respiratoire, intolérance alim	radio pulm	demande d'hospitalisation	non	pneumopathie	RAD
29	2 mois	jeudi	10H00	dyspnée pendant la tétée, critère d'urgence	non	demande d'hospitalisation	radiographie , échographie	CIV	Hospitalisation
30	2 ans	mardi	13H00	sd appendiculaire	non	avis chirurgical urgent	BU ECBU	adénite mésentérique	RAD
31	1 an	mercredi	17H15	diarrhée avec déshtdratation, intolérance alimentaire , inquiétude familiale , c	non	avis pédiatrique	non	GEA	RAD

Annexe 5 : Grille de priorisation des urgences pédiatriques

Annexe 6 : Exemples d'entretien

ENTRETIEN 2 : Louis 4 ans, adressé par Dr Y exerçant à Bazas pour suspicion de torsion testiculaire

Moi : Nous allons commencer par des généralités, Pouvez vous donc d'abord me parler de vous ? C'est à dire … Depuis combien de temps exercez vous ? Votre âge ? Votre lieu de formation initiale ?

Y : euh… oui… je suis âgée de 58 ans… j'ai fait mes études à Grenoble… je me suis installée une première fois en tant que médecin généraliste à Toulouse… et je me suis installée en 98 à Langon puis enfin à Bazas pour des raisons familiales puisque mon mari avait changé de travail donc j'ai dû changer de région.

Moi : Quel est votre mode d'exercice et quelles sont les caractéristiques de votre patientèle?

Y : Niveau patientèle, j'ai une pratique de médecine générale essentiellement orientée vers l'homéopathie avec une patientèle qui est à plus de 50 % des enfants. Je vois entre 10 à 15 patients par jour.

Moi : Sur le plan logistique, quels sont les urgences pédiatriques les plus proches de votre lieu d'exercice ? Et où avez vous l'habitude d'adresser les enfants ?

Y : ben c'est problématique. Il n'y en a pas à Langon…euh…les plus proche sont à Marmande et Mont de Marsan. A Marmande… euh actuellement, je n'envoie plus les enfants à Marmande pour des raisons de mauvais suivis, j'ai eu une mauvais expérience. Donc …Mont de Marsan ça dépend d'ou viennent les gens, j'ai des gens qui viennent d'assez loin ça peut être aussi bien des gens des Landes, que de Marmande, que du Lot et Garonne, que de Bordeaux donc selon l'endroit d'où ils viennent, j'oriente vers Mont de Marsan ou vers Bordeaux.

Moi : Dans votre pratique, avez vous un réseau professionnel pédiatrique?

Y : sur Langon, il y a deux pédiatres qui ne reçoivent que très peu en consultation, donc en général mes correspondants sont essentiellement sur Bordeaux à l'hôpital.

Moi : Au cours des 3 derniers mois, combien d'enfants en moyenne avez vous adressé aux urgences pédiatriques du CHU

Y : Euh…ça… je ne sais plus. A part…. les 3 derniers mois vous dites ? j'en adresse pas beaucoup….Quand c'est un problème respiratoire, je ne passe pas par un service de pédiatrie, j'envoie directement à Langon car ils sont aptes à faire un aérosol ou alors voir s'ils doivent être hospitalisés à l'hôpital de enfants si c'est plus grave. Euh… après… les urgences chirurgicales comme une appendicite, je peux gérer ça sur Langon aussi euh… et après euh…. à part Louis… je ne crois pas avoir envoyé un autre enfant dans les trois mois.

Moi : Parlons maintenant de Louis, à votre avis, quels ont été les principaux paramètres qui ont influencer l'orientation de cet enfant aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ?

Y : alors …euh… d'abord parce… que c'était une suspicion de torsion et je n'avais pas… J'avais une échographie qui n'était pas claire, c'est à dire, qui disait … que c'était possible, qu'il y avait eu une torsion mais…qu'on ne la voit plus …mais que ça pouvait revenir. J'ai donc téléphoné au chirurgien de la clinique de Langon qui m'a dit qu'il valait mieux que je demande un avis chirurgical pédiatrique.

Moi : Un avis chirurgical pédiatrique en urgences ?

Y : Oui, oui …

Moi : Quels ont été les retours sur la prise en charge aux urgences pédiatriques du CHU ?

Que pouvez vous me dire sur cette prise en charge ?

Y : Donc… euh … L'enfant a été vu aux urgences et … je pense qu'il a eu une nouvelle échographie, j'ai eu des nouvelles par la maman à qui j'avais demandé de me rappeler. Euh… je pense que ça été correct… même s'il n'y avait pas vraiment de diagnostic par rapport aux symptômes cliniques.

Moi : Vous avez déjà répondu à la question suivante en disant que vous aviez réalisé une échographie et appelé le chirurgien de Langon pour avoir un avis.

Y : D'accord…

Moi : Ensuite…comment avez vous prévenu de l'arrivée de l'enfant aux urgences pédiatriques ?

Y : Non, je n'ai pas appelé...je réfléchie parce que … souvent j'appelle mais là, je n'ai pas appelé, j'ai joint un courrier avec le résultat de l'échographie.

Moi :Que pouvez vous me dire sur la communication et/ou la collaboration avec les urgences pédiatriques dans cette situation donnée ?

Y : Alors vous parlez de la communication directe ou des comptes rendus post urgences?

Moi : Les deux !

Y : Les...les… euh… comment dire… les contacts téléphoniques, c'est assez difficile et insatisfaisant…les comptes rendus me paraissent correct.

Moi : Nous allons parler maintenant de la pratique générale de la pédiatrie dans votre exercice, pouvez vous d'abord me parler de votre formation initiale et continue en pédiatrie ?

Y : Oh ! ça a était un peu une formation sur le tas ! Pas beaucoup de formation en pédiatrie, je suis passée en pédiatrie mais je n'ai pas eu de formation spécifique en pédiatrie.

Moi : Face à une difficulté en pédiatrie, une pathologie sans critère de gravité, que faites vous ? Quels sont vos recours ?

Y : J'ai pas entendu votre question, pardon ?

Moi : Quand vous avez une difficulté en pédiatrie mais sans critères d'urgences, quels sont vos recours ? Adresser à un pédiatre ? Demander un avis téléphonique ?
Y : Euh… ben en général j'envoie à la consultation de la pathologie en question… à l'hôpital des enfants.

Moi :Quel est votre avis concernant la correspondance entre médecin généraliste et pédiatres libéraux ?

Y :J'ai peu de contact avec les pédiatres libéraux. Ben d'abord il n' y en a pas beaucoup… Vous savez ici, on n'est pas en ville, ici …les pédiatres libéraux il n'y en a pas, donc… c'est quand même difficile d'avoir des contacts avec eux. Il faut aller vraiment sur Bordeaux et s'il y a un déplacement à faire sur Bordeaux ça sera plutôt à l'hôpital. J'adresse rarement… sauf en pneumo-pédiatrie pour des problèmes de prise en charge d'asthme …oui à part un pneumo pédiatre j'adresse jamais à un pédiatre de ville.

Moi :Dans l'avenir, comment pourrait-on améliorer la communication et la correspondance entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux?

Y : C'est à dire par exemple lorsqu'on envoie une personne aux urgences, c'est très difficile après de savoir ce qui se passe pour cette personne, c'est à dire jusqu'à avoir le compte rendu définitif, on perd le contact avec cette personne sauf si elle-même nous rappelle. Quelque fois on attend assez longtemps avant d'avoir la lettre définitive d'hospitalisation. Souvent les gens sortent sans forcément avoir de traitements …et nous, on n'a pas forcément la relation entre la fin de l'hospitalisation et puis le traitement qui doit être fait, en cours, c'est à dire souvent …en fait les gens sortent : ils ne savent pas ce qu'ils doivent prendre, ils ne savent pas ce qu'on leur a fait, ils n'ont pas compris. Il y a quand même un gros problème

au niveau de la transmission et quelquefois on reçoit la lettre quinze jours après…

Moi : Que souhaiteriez vous améliorer ou mettre en place au niveau local en pédiatrie ?

Y : euh… ah… il y a bien dé fois ou effectivement j'aimerai avoir un avis pédiatrique en dehors de l'hôpital, oui… ou bien avoir quelqu'un sur place qui puisse répondre au questionnement sans forcément passer par la consultation hospitalière, qui est quand même très difficile, c'est à dire que la moindre consultation hospitalière c'est trois à six mois d'attente.

Moi : D'accord …en ce qui concerne la formation maintenant, comment pourrait on améliorer ou compléter la formation en pédiatrie ?

Y : je crois que… des gros progrès ont été fait. Le passage chez des médecins de ville qui font de la pédiatrie me paraît vraiment nécessaire, car ce qu'on voit à l'hôpital et ce qu'on voit en ville, me paraît très différent.

Moi : Avez vous des suggestions ?

Y : Je n'ai pas de remarques particulières.

ENTRETIEN 6 : Charly âgé de 4 ans adressé par Dr X exerçant à Velines pour céphalée, HTA

Moi : Nous allons commencer par quelques généralités, pouvez vous me parler de vous ?

X : Oui …

Moi : Par exemple votre âge ? Depuis combien de temps êtes vous installé ? Votre mode d'exercice ? Votre patientèle s'il vous plaît

X :Alors j'ai 52 ans, ça fait… je suis installé depuis 93, j'ai commencé en 88, ma patientèle plutôt jeune … voilà… et milieu rural…

Moi : Ok très bien….Quelles sont les urgences pédiatriques les plus proches de votre lieu d'exercice ? Où avez vous l'habitude d'adresser les enfants ? Pour quelles raisons ?

X : Libourne les plus proches… et c'est là où j'ai l'habitude d'adresser… là-bas, c'est la proximité…

Moi :Avez vous une filière professionnelle en pédiatrie ? C'est-à-dire des correspondants médicaux et para médicaux sur lesquels vous pouvez compter rapidement ?

X : Euh… Libourne aussi, à l'hôpital je téléphone quand j'ai un souci… oui

Moi :Maintenant nous allons parler plus spécifiquement de l'orientation de Charly. Tout d'abord, pouvez vous me dire combien d'enfants, en moyenne, pensez vous avoir adressé ces trois derniers mois aux urgences pédiatriques de Bordeaux ?

X : Je ne sais plus … ça doit être deux au CHU mais je n'arrive plus à savoir pourquoi je l'avais adressé… ah oui c'était un nourrisson qui avait un abcès anal.

Moi : En ce qui concerne Charly, à votre avis, quels ont été les principaux paramètres qui ont incité ce recours aux urgences pédiatriques ?

X : La spécialisation, la spécialisation dans la spécialité. C'était pour un problème d'hypertension donc j'ai préféré aller au CHU

Moi : la nécessité d'un avis pédiatrique spécialisé ?

X : oui c'est ça…

Moi : quels ont été les retours sur la prise en charge aux urgences ? Que pouvez vous m'en dire ?

X : Non, je n'ai pas de nouvelles, ni par les parents, ni par l'hôpital donc pas grand chose…

Moi : Avant votre décision d'adresser l'enfant aux urgences pédiatriques, quel a été votre recours ? Avez vous réalisé des examens complémentaires, avez vous pris un avis ?

X : Non non … alors… car il avait déjà été vu par un pédiatre, qui a des vacations à l'hôpital,

qui avait trouvé aussi des tensions élevées, qui le revoyait dans trois mois. Les parents avec le gamin sont revenus trois jours après car il avait des céphalées et toujours cette tension élevée donc je l'ai adressé à l'hôpital des enfants.
Moi : comment avez vous prévenu de l'arrivée de l'enfant ?

X : Aux urgences… comment j'ai fait… j'ai fait un courrier… Est-ce que j'ai téléphoné ? … oui je crois que j'ai téléphoné…

Moi : Que pouvez vous me dire sur la communication avec les urgences dans cette situation en particulier?

X : Correcte, j'ai réussi à avoir un médecin là … le seul truc, c'est qu'il y a … ça serait le retour … ça met un certain temps la plupart du temps.

Moi : Parlons maintenant de votre pratique en pédiatrie, que pouvez vous me dire sur votre formation initiale et continue en pédiatrie ?

X : Stage en tant qu'externe, après c'est plus l'expérience oui…

Moi : Et des FMC récentes en pédiatrie?

X : oui mais ça fait un moment que je n'y ai pas assisté

Moi : Que faites vous si vous êtes confronté à une difficulté en pédiatrie mais sans critères d'urgence ?

X : Euh … s'il n'y a pas de caractère d'urgences ? J'adresse en consultation à Libourne. Les délais soit quand je juge que ça peut attendre 3 mois, je laisse faire les patients, soit je téléphone pour avoir un rendez-vous plus rapproché.

Moi : Que pensez vous de la communication et de la collaboration entre médecins généralistes et pédiatres libéraux ?

X : Ben non, il n'y en a pas…

Mo i : Avez vous tendance à demander un avis plus facilement à un pédiatre libéral ou hospitalier ?

X : je demande un avis à un pédiatre hospitalier… car on avait un seul pédiatre dans la région qui est parti à la retraite… et maintenant je ne connais pas … donc l'habitude…

Moi : Si dans l'avenir, on pouvait changer les choses… comment pourrait-on améliorer la correspondance et la collaboration entre les urgences pédiatriques et les médecins généralistes ?

X : Par un service dédié... un peu comme il se fait actuellement à l'hôpital de Libourne… comme en gériatrie, des médecins d'astreinte pour chaque spécialité … qui répondent aux médecins directement, c'est relativement récent à Libourne… c'est pas mal, car ça permet d'avoir d'avoir toujours un médecin de chaque spécialité au bout du fil.

Moi : Que souhaiteriez vous améliorer au niveau local en pédiatrie ?

X : Au niveau pédiatrique ? …Humm… Peut être la formation … mais bon… la formation continue en pédiatrie… on pourrait améliorer avec la proximité… car les formations ils y en a mais elles sont souvent sur Bordeaux et nous… on est à 1H30 de Bordeaux.

Moi : Existe il un interêt à améliorer votre réseau local en pédiatrie ?

X : Des pédiatres il n'y en a pas par ici ou alors je ne les connais plus… oui sûrement…

Moi : Nous avons terminé, avez vous des remarques ou suggestions, des points non abordés…

X : Non ça va

ENTRETIEN N° 13 : Bruno âgé de 7 mois, adressé pour gène respiratoire, par DR Y exerçant à Mérignac,

Moi : Nous allons d'abord parler de généralités… pouvez vous me parler de vous ? des renseignements comme votre âge , votre installation, votre lieu de formation initiale ?

Y : Alors oui j'ai 52 ans, je suis généraliste j'étais ancien navalais, donc je me suis installé un peu tard, après une carrière militaire. Je me suis installé en 2006. J'ai déplacé mon cabinet il y a deux ans pour venir à Mérignac pour des raisons de locaux. J'ai une activité de médecine générale classique avec peut être 20-25 % d'enfants.

Moi : Quels sont les urgences pédiatriques les plus proches de votre lieu d'exercice ?

Y :C'est Pellegrin les plus proches, pour les urgences pédiatriques.

Moi : Où avez vous l'habitude d'adresser les enfants en urgences? Quelles en sont les raisons ?

Y : Aux urgences pédiatriques de Pellegrin, oui … par proximité et habitude je dirai…

Moi : Dans votre pratique, avez vous une filière pédiatrique ?

Y : Oui je m'appuis sur les pédiatres de Pessac, quand j'ai un souci de pédiatrie, je leur adresse facilement les enfants. Après ça arrive trois fois par an… autrement en ortho, avec les orthopédistes : soit les ortho du CHU soit du Tondu.

Moi : Au cours des 3 derniers mois, combien d'enfants en moyenne avez vous adressé aux urgences pédiatriques du CHU ?

Y : Je pense deux, peut être trois maximum…

Moi : A votre avis, quels ont été les principaux paramètres influençant l'adressage de cet enfant aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ?

Y : Alors attendez... je reprends. j'ai le dossier devant le yeux : je l'avais vu la veille pour une dyspnée et une toux aboyante et puis… quelques sibilants et le lendemain matin après une mauvaise nuit, il m'a été ramené pour : toujours la persistance de la toux ,de la dyspnée, d'un wheezing ,d'un discret balancement thoraco-abdominal, et…pas d'autre signes de gravités. Mais voilà, je pense, il y avait indication, je pense, à ce qu'il soit vu.

Moi : Donc des paramètres cliniques avec des critères de gravité ?

Y : Oui…Paramètres cliniques, et aussi que la maman était inquiète… donc l'entourage aussi et elle avait raison, cela nécessitait des aérosols et c'est ce qu'il a eu.

Moi : Quels ont été les retours sur la prise en charge aux urgences pédiatriques du CHU ? Que pouvez vous me dire sur cette prise en charge ?

Y : C'est une bonne question car souvent les gens reviennent. Là, je trouve pas de courriers mais en général, ils reviennent avec un courrier mais la maman peut être l'avait et ne me l'a pas ramené. Quant à la prise en charge, correcte tout à fait correcte…

Moi : Avant la prise de décision sur l'orientation de l'enfant aux urgences pédiatriques, quel a été votre recours ?

Y : Euh… il y avait des critères cliniques donc… directement

Moi : Comment avez vous prévenu de l'arrivée de l'enfant aux urgences pédiatriques ?

Y : Non j'ai fait une lettre, car souvent quand on appelle… parfois les gens arrivent et ne sont pas attendus, souvent les gens qui reçoivent ne sont pas au courant…à moins qu'il y ait des signes de gravité évidents… je ne téléphone plus , une lettre toujours, en revanche.

Moi : Que pouvez vous me dire sur la communication et/ou la collaboration avec les urgences pédiatriques en particulier dans la situation donnée ?

Y : Bonne… pas de soucis…en général les enfants ressortent avec un courrier. Euh… et je vous dit que c'est quand même difficile de tomber sur un correspondant et pouvoir discuter, en général quand ça arrive ça se passe plutôt bien .

Moi : Que pouvez vous me dire sur votre formation initiale et continue en pédiatrie ?

Y : J'ai fait des formations dans le cadre de FMC notamment sous forme de week-end comme ça se faisait encore avant… et là je compte m'inscrire au module du DU de médecine générale de l'enfant pour les médecins généralistes, mais pour l'instant les modalités de prise en charge étaient encore une peu… on est encore en période de transition, mais je compte le faire…

Moi : Face à une difficulté en pédiatrie, une pathologie sans critère de gravité, que faites vous ? Quels sont vos recours ?

Y :Si j'ai un problème, j'adresse aux confrères pédiatres libéraux.

Moi : Quel est votre avis concernant la correspondance entre médecins généralistes et pédiatres libéraux ?

Y: Ben… euh…souvent inexistante…mais dans le cabinet dont je vous parle, il y a une vrai communication, c'est assez exceptionnel … le plus souvent elle est inexistante c'est vrai…ce cabinet là, c'est toujours bien , je fais des courriers, j'ai des lettre très détaillées en retour, j'ai vraiment l'impression d'avoir des médecins de second recours et c'est ce que j'attends, si j'appelle, c'est un gros cabinet, j'ai pas de problèmes mais c'est l'avantage d'être dans une ville universitaire.
Moi : Avez vous tendance à demander un avis plus facilement en pédiatrie à un confrère libéral ou hospitalier ? Pourquoi ?

Y : Plutôt libéral …hospitalier, très difficile à joindre sauf si on a des relations personnelles…

Moi : Dans l'avenir, si certaines choses pouvaient être améliorées, comment pourrait on améliorer la communication et la correspondance entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux?

Y : Les seuls qui ont des communications directes avec des médecins généralistes, ce sont les rhumatologues adultes, ils ont mis un numéro dédié en fait avec des internes au bout du fil qui répondent directement aux médecins généralistes. Mais… globalement ça fonctionne quand même, je n'ai pas de problème, mais si on veut être au top, c'est difficile de mettre une ligne dédiée… mais je comprend que ça soit difficile dans les services d'urgences, difficile de mettre ça en place… en plus peut être que ça serait peut être une perte de temps.

Moi : Que souhaiteriez vous améliorer ou mettre en place au niveau local en pédiatrie ? Améliorer votre réseau professionnel pédiatrique par exemple ?

Y : Non… moi j'ai beaucoup de chance, je suis dans une ville universitaire. J'ai la chance de n'avoir aucun problème.

Moi : Comment pourrait on améliorer ou compléter la formation en pédiatrie ?

Y : Il faudrait multiplier des formations courtes …J'ai participé à une formation sur l'allaitement, des formations adaptées à la médecine générale courtes on peut pas se permettre de s'arrêter 15 jours, des formations courtes réparties sur l'année, c'est pour ça que je pense que le Du de médecine générale de l'enfant est sûrement une bonne chose.

Moi : Avez vous des suggestions ? Des éléments non abordés que vous souhaiteriez développer?
Y : Non ça me paraît bien et encore une fois, on est très favorisé. Je pense que si j'étais au fin fond du médoc je verrai les choses différemment, on est très favorisé.

ENTRETIEN N°23 : Axel âgé de 2 mois adressé pour gène respiratoire par Dr X exerçant à Saint André de Cubzac

Moi : Nous allons parler dans un premier temps de généralités, alors… pouvez vous me parler de vous, c'est à dire votre âge, votre lieu de formation initiale, votre installation ?

X : Alors j'ai 40 ans, j'ai fait mes études à Reims de médecine générale, j'ai fait beaucoup de pédiatrie, j'ai fait Faisant Fonction d'Interne pendant presque un an et puis après, je me suis installé en 2006 puis j'ai vendu pour m'installer en 2008 à Saint André de Cubzac pour rejoindre ma compagne qui est maintenant mon épouse.

Moi : Pouvez vous me décrire votre mode d'exercice et votre patientèle ?

X : On va dire que c'est du semi rural car saint André de Cubzac c'est une petite ville mais il y a un laboratoire, un centre de radiologie nous sommes en association, 4 médecins généralistes. En moyenne 30 et 40 patients et je fais beaucoup beaucoup de pédiatrie. On a aussi un peu la patientèle qui nous ressemble. Dans ma patientèle, je dois avoir 80 % de personnes de moins de 60 ans et 20 % entre 60 et 93 ans, avec essentiellement des consultations au cabinet et 2 ou 3 visites par jour.

Moi : Parlons logistique maintenant, quelles sont les urgences pédiatriques les plus proches ?

X : Alors…quelles sont les urgences pédiatriques les plus proches ?

Moi : oui …
X : Les plus proches resteraient : Libourne ou Blaye… mais j'adresse surtout à Pellegrin.
Moi : Pourquoi ?
X : Parce que… parce que c'est un gros pôle…parce que Libourne j'ai été déçu par l'accueil et puis… mais pas forcément l'accueil pédiatrique , le CH de Libourne en général et puis j'ai pas trop d'expérience avec eux donc j'adresse pas… et puis après bon ben voilà…. par rapport au plateau technique… j'ai hospitalisé deux fois là-bas et bon je trouve que c'est une bonne équipe.

Moi : Nous allons maintenant parler de l'enfant que vous avez adressé. Tout d'abord puis je savoir combien d'enfants vous avez adressé les trois derniers mois , en moyenne ?

X : Trois derniers mois ? En une matinée j'en ai adressé trois pour une bronchiolite … on va dire… peut être une dizaine alors, grand maximum une dizaine.

Moi : Quels ont été les principaux paramètres qui ont influé sur l'adressage de cet enfant aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ?

X : Euh… la clinique, le contexte c'est qu'il avait fait déjà fait une première bronchiolite quelques semaines avant, sa mère s'était présentée, ils l'ont renvoyé car il n'avait pas de détresse. La maman était revenue le lendemain matin, ils l'avaient gardé et hospitalisé, donc là il le refaisait… et surtout l'âge moins de 3 mois inférieur à 3 mois, je discute pas.

Moi : Quels ont été les retours sur la prise en charge aux urgences pédiatriques du CHU ? Que pouvez vous me dire sur cette prise en charge ?

X : Alors les retours… on les a mais surtout par les parents… après j'ai le compte rendu du service si les enfants sont hospitalisés mais souvent il est un peu tardif … mais après je comprends… on sait très bien que les courriers, on ne les dicte pas de suite…sinon les patients, je les revois ou je les rappelle …

Moi : Avant l'orientation de l'enfant aux urgences pédiatriques, quel a été votre recours ? Avez vous réalisé des examens complémentaires par exemple ?

X : Ah non, directement… après pour ceux que j'ai adressé aux urgences pour la

traumatologie, devant une suspicion de fracture, une suspicion de fracture du poignet je leurs dit voilà : « si vous pouvez pas avoir la radiographie rapidement en ville, vous allez aux urgences, mais là voilà, là c'est pas du tout le même contexte. Il y avait des signes de détresse vitale… je prends pas avis, parfois ça m'arrive d'appeler mais c'est rare… par rapport à ça, c'est moi qui prend la décision seul.

Moi : Comment avez vous prévenu de l'arrivée de l'enfant aux urgences pédiatriques ?

X : J'ai pas prévenu, il y avait une détresse, mais il n'y avait pas de critères d'urgence, là c'était un tout : les 3 enfants commençaient à décompenser depuis la nuit, j'avais fait de la Ventoline au cabinet … ils n'étaient pas amorphes, j'aurai pu le faire… mais je me doutais que nourrissons, ils allaient passer en priorité.

Moi : Que pouvez vous me dire sur la communication et/ou la collaboration avec les urgences pédiatriques dans cette situation donnée ?

X : J'ai pas trop d'expérience à vrai dire… euh… après ville-hôpital, ça m'arrive parfois, bon après c'est plus du tout pour la pédiatrie, habituellement c'est assez simple d'avoir un avis dans les 48 h par téléphone, ce que je fais, c'est que j'envoi un courrier par fax pour être sûr qu'il l'ait et le spécialiste me rappelle, ça c'est pour les adultes.. Après là, j'ai pas trop d'expérience, après ce que j'ai fait, enfin c'est la maman qui avait faxé mon courrier à un gastro pour une rectorragie et il m'a rappelé. J'ai pas trop d'expérience, mais le peu que j'en ai eu, j'arrive à avoir ce que je souhaite.

Moi : Que pouvez vous me dire sur votre formation initiale et continue en pédiatrie ?

X : Formation initiale… j'ai fait 6 mois de cursus et j'ai fait faisant fonction d'interne en pédiatrie pratiquement un an, c'était un petit service, un CHR ? Des FMC, j'eus participé …mais plus maintenant.

Moi : Face à une difficulté en pédiatrie, une pathologie sans critère de gravité, que faites vous ? Quels sont vos recours ?

X : Euh…là par contre je prends le téléphone et j'appelle le spécialiste en question.

Moi : Avez vous tendance à demander un avis plus facilement en pédiatrie à un confrère libéral ou hospitalier ? Pourquoi ?

X : Plutôt hospitalier …

Moi : Pourquoi ?

X: Euh … ben disons, si je demande un avis c'est que j'estime que ça peut forcément pas être géré par un pédiatre de ville… après c'est que ça nécessiterait une prise en charge globale, un bilan hospitalier, là j'ai un exemple d'une petite qui est née à Libourne, constipation chronique, des lavements depuis la naissance avec un météorisme abdominal et là j'ai appelé le service, enfin les urgences, « vous allez recevoir un enfant ... » et en fait elle avait un Hirschprung… Voilà pour moi quand je vois que c'est inquiétant, je fais beaucoup de pédiatrie, j'ai pas la prétention de travailler comme un pédiatre… je ne suis pas pédiatre… mais l'expérience est là, j'ai pas d'intérêt de l'adresser à un confrère pédiatre qui va me dire, elle risque de l'adresser au CHU en vu d'une hospitalisation..
moi : Quel est votre avis concernant la correspondance entre médecin généraliste et pédiatres libéraux ?

X : Je n'ai pas de correspondance après la seule qu'on voit, c'est la correspondance sur le carnet de santé. Il n'y pas de communication particulière, pour être clair sur cette question : on ne s'appelle pas. Quand ils n'ont plus de place, ils me les renvoient mais on ne s'appelle pas.

Moi : Dans l'avenir, comment pourrait on améliorer la communication et la correspondance entre les médecins généralistes et les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux?

X : Comme ça… j'ai pas eu de difficulté à adresser les enfants … non enfin après c'est

toujours l'éternel problème de l'attente… mais c'est l'accueil de l'enfant mais après je suis pas là-bas, c'est le retour des parents, communiquer en direct, avoir un avis pédiatrique rapide, après j'ai pas eu de difficulté à avoir cet avis la donc…

Moi : Que souhaiteriez vous améliorer ou mettre en place au niveau local en pédiatrie ? votre réseau local par exemple ?

X : Réseau local non car là ça fonctionne bien, bien évidemment on manque de spécialistes, mais en même temps, je ne ferai pas beaucoup de pédiatrie, effectivement j'aurai les doléances des parents… mais c'est moi qui suit la plupart des enfants qui naissent. Non enfin sur Saint André, je n'ai pas trop à me plaindre.

Moi : Comment pourrait on améliorer ou compléter la formation en pédiatrie ?

X : Ben intérêt… après je sais que certains médecins ne font pas beaucoup de pédiatrie car ils n'ont pas été formé à ça. Oui il faudrait s'investir personnellement et faire des FMC après c'est la pratique au quotidien… des retours de compte rendu… la difficulté que j'aurai …ça serait plus la dermatologie en pédiatrie. Bon je sais pas s'il existe des formations au CHU par rapport à certaines spécialités oui ça pourrait se faire… les FMC, c'est proposé par les laboratoires et en pédiatrie, on n'est pas beaucoup démarché, à part les laits…oui alors sur des problèmes aiguë, ça pourrait être intéressant.

Moi : Avez vous des suggestions ? des choses que nous n'avons pas abordé ?

X : euh… non non

9. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.