

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2016

N°2016 - 97

**PLACE DU MÉDECIN TRAITANT DANS LE PARCOURS DE SOINS
DES ENFANTS CONSULTANT AUX URGENCES PÉDIATRIQUES :
CARACTÉRISTIQUE ET MOTIVATION DES PATIENTS RELEVANT
DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE.**

**THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 9 septembre 2016

Par

Yohann DUCHENE

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Richard GOURON

JURY : Monsieur le Professeur Christian MILLE

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Johann VILLAIN

À mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Richard GOURON

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Chirurgie infantile)

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

À mon Juge d'Honneur,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Merci de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

À mon Juge,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'Amiens

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez assuré de ma gratitude et de toute ma considération.

À mon Juge,

Monsieur le Professeur Eric HAVET
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Anatomie)

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse considération.

À mon Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

Recevez ma profonde reconnaissance.

À mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Johann VILLAIN

Praticien contractuel
(Urgences – SMUR - UHCD)

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

Merci de ta confiance.

Trouve ici le témoignage de mes plus sincères remerciements.

À mes parents,

Merci d'avoir toujours cru en moi.

Votre soutien m'est nécessaire dans la réalisation de mes projets.

Je vous aime.

À mes papis,

Vous auriez été fiers de moi. Je pense fort à vous.

À mes mamies

Merci pour votre amour.

À mon frère Axel,

Merci pour ta présence et ta folie.

À Prisca,

Merci pour tes précieux conseils et ton soutien.

À mes amis,

Merci pour tous les moments passés ensemble que ce soit à la faculté, à l'hôpital, dans la vie ou sur la moto.

À Julie,

Merci pour tes remarques avisées.

Au Docteur Dolhem et son équipe,

Merci d'avoir permis la réalisation de mon étude dans votre service.

Votre accueil et votre gentillesse m'ont beaucoup touché au cours de ce semestre parmi vous.

Aux médecins que j'ai côtoyé durant mes différents stages,

Merci pour vos enseignements qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Au Docteur Grand,

Merci de m'avoir accompagné tout au long de ma vie.

Soyez assuré de toute ma bienveillance envers la patientèle que vous me confiez.

Au Docteur Saphores,

Merci de m'accueillir à tes côtés.

Je tâcherai d'être un associé à la hauteur de tes attentes.

Table des matières

1 Introduction.....	13
2 Généralités.....	14
2.1 Saint-Quentin et son territoire de santé	14
2.1.1 Population.....	14
2.1.2 Au niveau socio-professionnel.....	15
2.1.3 Au niveau de la couverture sociale.....	16
2.2 Offre de soins.....	16
2.2.1 Médecins généralistes.....	16
2.2.2 Pédiatres.....	17
2.2.3 Établissements de soins	17
2.3 Centre hospitalier de Saint-Quentin.....	18
2.3.1 Généralités, activité et chiffres	18
2.3.2 Les structures d'urgences.....	19
2.3.3 La mission des structures d'urgences.....	19
2.3.4 Les urgences pédiatriques.....	19
2.3.4.1 Locaux.....	19
2.3.4.2 Équipe.....	19
2.3.4.3 Parcours de l'enfant.....	20
2.3.4.4 Une augmentation du nombre d'admissions aux urgences pédiatriques.....	20
2.4 La mission du médecin généraliste chez l'enfant.....	21
2.5 La mission du pédiatre chez l'enfant.....	21
3 Objectifs	22
4 Matériels et méthodes.....	22
4.1 Traitement des données.....	23
4.1.1 Critères de jugement	23
4.1.1.1 Critère de jugement principal.....	23
4.1.1.2 Critères de jugement secondaires.....	23
4.1.2 Étude statistique.....	24
4.2 Considérations éthiques et légales.....	24
5 Résultats.....	24
5.1 Période de l'étude.....	24
5.2 Part des consultants potentiellement ambulatoires :.....	25
5.3 Profil socio-démographique des consultants potentiellement ambulatoires.....	25
5.3.1 Répartition selon l'âge et le sexe.....	25
5.3.2 Répartition par catégories socio-professionnelles.....	26
5.3.3 Affiliation au système de soin.....	27
5.3.3.1 Concernant la couverture sociale de l'enfant.....	27
5.3.3.2 Concernant la complémentaire santé de l'enfant.....	28
5.3.4 Domiciliation des consultants potentiellement ambulatoires.....	28
5.3.5 Médecin habituel.....	28
5.4 Parcours	29
5.4.1 Motifs de recours des répondants.....	29
5.4.2 Motifs de recours selon le sexe.....	29
5.4.3 Motifs de consultations des consultants potentiellement ambulatoires.....	30
5.4.4 Délai entre le début des troubles et la consultation aux urgences.....	31
5.4.5 Prise en charge des troubles avant la consultation aux urgences.....	31
5.4.5.1 En fonction du délai entre le début des troubles et la consultation.....	31
5.4.5.2 En fonction du motif de recours.....	32
5.4.5.3 Impact du contact médical préalable.....	33

5.5 Explications du choix des urgences pédiatriques.....	33
5.6 Information du médecin de ville suite au passage aux urgences.....	34
5.7 Synthèse des résultats.....	35
6 Discussion.....	35
6.1 Les consultants potentiellement ambulatoires.....	35
6.1.1 Quantification.....	35
6.1.2 Caractéristiques.....	36
6.1.3 Parcours et motivations.....	37
6.2 Limites de l'étude.....	38
6.2.1 Le choix de la définition des consultants potentiellement ambulatoires.....	38
6.2.2 Biais de sélection.....	39
6.2.3 Biais liés aux patients.....	40
6.3 Perspectives.....	40
6.3.1 Une insuffisance de l'offre de soin libéral ?.....	40
6.3.2 Une augmentation de la demande de soins non programmés ?.....	41
6.3.3 La mission des structures d'urgences?	41
6.4 Propositions	42
6.4.1 Informer et éduquer les familles.....	42
6.4.2 Revaloriser la médecine libérale	43
6.4.3 Orienter ou réorienter par le biais de réseaux.....	43
7 Conclusion.....	45
8 Annexes.....	48
Annexe A : Questionnaire.....	48
Annexe B : Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee révisée en 2003.....	50
Annexe C : Nombre de questionnaires recueillis en fonction du nombre de passages des différents jours de la période de l'étude.	51
Annexe D : Nombre de passages annuels par jour de la semaines des années 2014 et 2015 ainsi que le nombre de passages par jour durant la période de l'étude.	52
Annexe E : Tableau de l'activité des médecins généralistes dans l'Aisne en 2013.	52
9 Serment d'Hippocrate.....	53

Table des graphiques

Graphique 1 : Densité de population et pourcentages de mineurs.....	14
Graphique 2 : Population en fonction du sexe et de l'âge en 2012 à Saint-Quentin.....	15
Graphique 3 : Pourcentage d'habitants selon la catégorie socio-professionnelle.....	15
Graphique 4 : Bénéficiaires de la couverture maladie universelle.....	16
Graphique 5 : Nombre d'hospitalisations et de passages annuels aux urgences pédiatriques entre 2011 et 2014.....	20
Graphique 6 : Répartition des enfants par classes d'âge selon le type de consultation.....	26
Graphique 7 : Répondants et population du territoire de santé selon la catégorie socio-professionnelle.....	26
Graphique 8 : Taux de consultations potentiellement ambulatoires en fonction de la catégorie socio-professionnelle.....	27
Graphique 9 : Types de consultations en fonction de la couverture sociale.....	27
Graphique 10 : Types de consultations en fonction de la complémentaire santé.....	28
Graphique 11 : Lieu de résidence des consultants potentiellement ambulatoires.....	28
Graphique 12 : Médecins choisis pour suivre l'enfant.....	29
Graphique 13 : Motifs de recours des répondants.....	29
Graphique 14 : Motifs de recours selon le sexe.....	30
Graphique 15 : Types de consultations selon les motifs de recours.....	30

Graphique 16 : Durée d'évolution des symptômes avant la consultation aux urgences.....	31
Graphique 17 : Attitude des accompagnants selon la durée d'évolution des troubles avant la consultation aux urgences.....	32
Graphique 18 : Pourcentage de consultations potentiellement ambulatoires en fonction d'une éventuelle automédication	32
Graphique 19 : Types de consultations en fonction d'un éventuel contact médical préalable	33
Graphique 20 : Explication du choix des urgences pédiatriques des répondants.....	33
Graphique 21 : Explication du choix des urgences pédiatriques des consultants potentiellement ambulatoires.....	34
Graphique 22 : Information du médecin de ville du passage aux urgences.....	34

Table des abréviations

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

CH : Centre Hospitalier

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

URGEF : Union et Regroupement des médecins Généralistes en Exercice Fonctionnel

1 Introduction

En France, l'État garantit l'aide médicale par l'organisation d'accès aux soins. Les accidents de la voie publique, les réanimations des arrêts cardio-respiratoires, bien qu'emblématiques des urgences, ne sont que minoritaires. Pourtant ces situations cohabitent, dans un climat d'engorgement et de temps d'attente conséquent, avec des consultations dites «non urgentes» voire des consultations de dernier recours en cas de précarité. Suite à l'étude de la Drees de janvier 2002, une première description statistique montre notamment qu'au niveau national les consultants des urgences viennent principalement la journée (75 % entre 8h et 20h) et sans réelle majoration le week-end[1].

A l'instar des urgences en général, la question des urgences pédiatriques est toujours d'actualité. Ainsi l'engorgement, la surcharge de travail et au final l'insatisfaction des patients sont au cœur de préoccupations. Il peut être remarqué que le nombre de consultations aux urgences pédiatriques augmente ces dernières années avec un ressenti de progression des consultations qui auraient pu être gérées en ambulatoire par le médecin généraliste.

Par ailleurs, les enfants et les adolescents, de la naissance à 18 ans, représentent 25 % de la population. Les médecins généralistes contribuent à la prise en charge primaire totale ou partielle de 80 % de ces enfants et 50 % des 0 à 2 ans. L'implication du généraliste en pédiatrie dépend également de sa motivation personnelle mais peut, du fait de sa formation, remplir le même rôle que le pédiatre ambulatoire. Il peut également assurer la permanence des soins que ce soit en dehors des heures ouvrables avec 35 % de consultations pédiatriques durant cette période mais aussi via les consultations non programmées durant la journée.

A partir de ce constat, plusieurs études stigmatisent le comportement irresponsable des usagers avec la notion de «fausse urgence» et la tentation est grande de dénoncer ces «abus» qui pourraient augmenter le temps d'attente, ce qui est plus particulièrement délétère durant les périodes épidémiques du fait de possibles retards diagnostics et thérapeutiques[2].

Cependant, dans les recueils réalisés en routine par les structures d'urgences, la description des circonstances du recours aux urgences est souvent survolée. De fait, les démarches effectuées avant le passage aux urgences sont ignorées tout comme les raisons qui ont engendré la décision de se rendre aux urgences plutôt que chez un médecin de ville. C'est pourquoi nous nous sommes posés la question suivante : **Quelle est la place du médecin traitant dans le parcours de soins des enfants consultant aux urgences pédiatriques?**

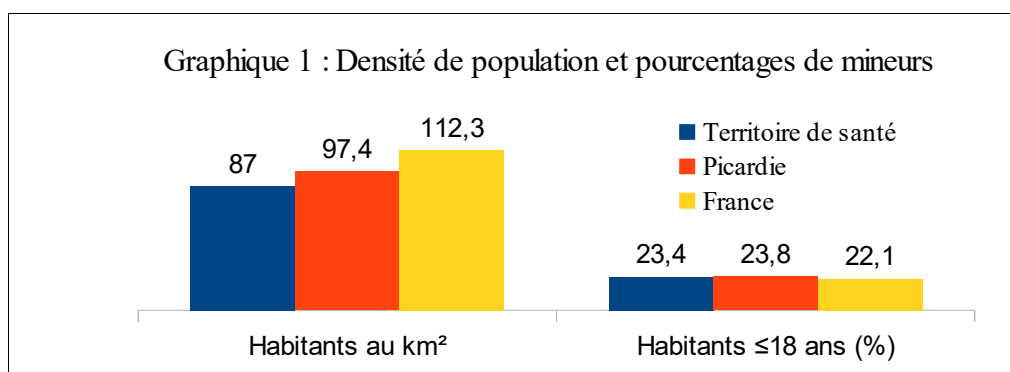
Pour cela, nous allons caractériser la population qui consulte spontanément aux urgences pédiatriques, déterminer leurs motifs de consultation ainsi que leurs motivations. Mais également nous allons identifier le nombre de consultations qui auraient pu être gérées en ambulatoire.

2 Généralités

2.1 Saint-Quentin et son territoire de santé

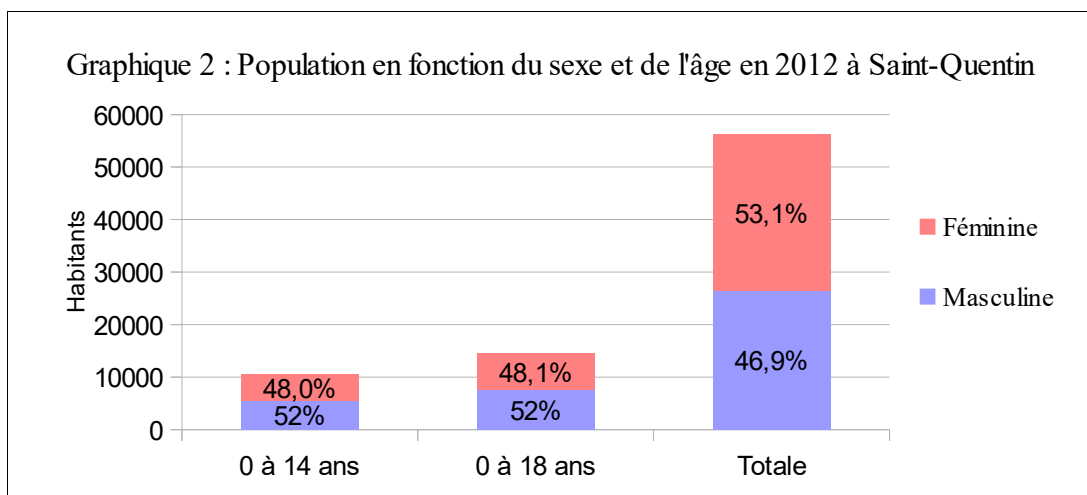
Les territoires de santé en Picardie ont été arrêtés le 21 septembre 2010 et sont au nombre de cinq : Aisne Nord - Haute-Somme, Aisne Sud, Oise Est, Oise Ouest et Somme[3]. L'élaboration de ces territoires fait suite à la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ils sont le fruit d'un travail qui a pris en compte les comportements, l'état de santé de la population, les besoins ainsi que les habitudes en matière d'offre de santé et dans le secteur médico-social.

2.1.1 Population



Le territoire Aisne Nord - Haute-Somme comptait 298 593 habitants en 2007 soit 15,7 % de la population picarde. Il est le deuxième territoire le plus peuplé de la région. Il y avait, en 2007, 87,0 habitants au km² dans ce territoire contre 97,4 h/km² en Picardie et 112,3 h/km² en France. Avec 23,4 %, la proportion de mineurs n'est pas différente de celle régionale et française avec respectivement de 23,8 % et 22,1 %.

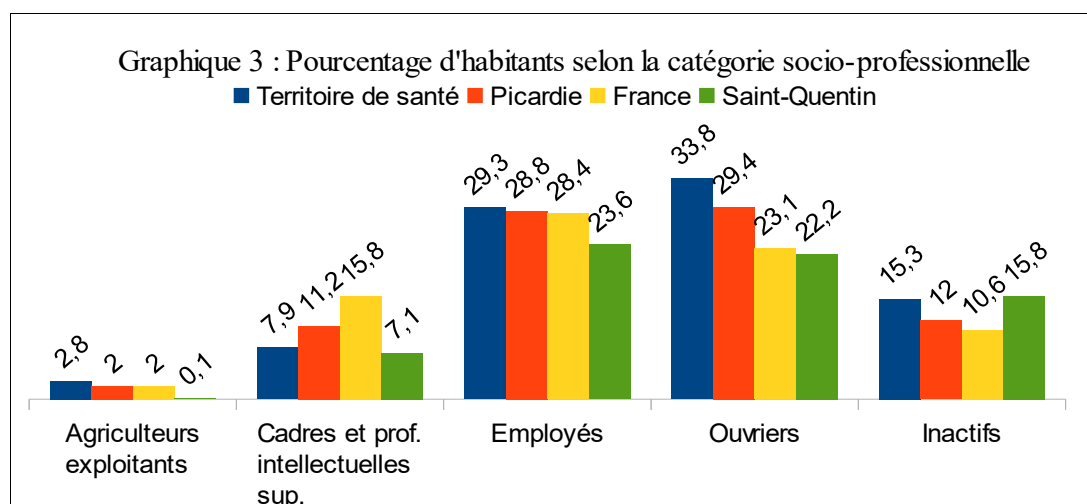
En 2012, la commune de Saint-Quentin comptait 56 217 habitants pour une surface de 22,56 km² (2 256 hectares) soit 2481 habitants au km². L'agglomération de Saint-Quentin est composée de 20 communes représentant 74 676 habitants en 2012 pour une surface de 156,9 km²[4].



2.1.2 Au niveau socio-professionnel

Le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme est caractérisé par une population active davantage composée d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants (proportions les plus importantes des cinq territoires de santé picards) tandis que les cadres et les professions intellectuelles supérieures représentent une proportion moindre (proportion la plus faible des cinq territoires de santé).

Ainsi, lors du recensement de 2007, les ouvriers représentaient un tiers de la population active dans ce territoire contre moins d'un quart en France hexagonale et trois personnes sur dix en région. Les agriculteurs exploitants sont 2,8 % dans ce territoire contre 2,0 % en France et en Picardie. À l'inverse, la proportion de cadres et de professions intellectuelles supérieures est deux fois moindre qu'au niveau national. Cette situation masque cependant des disparités au sein du territoire[3].

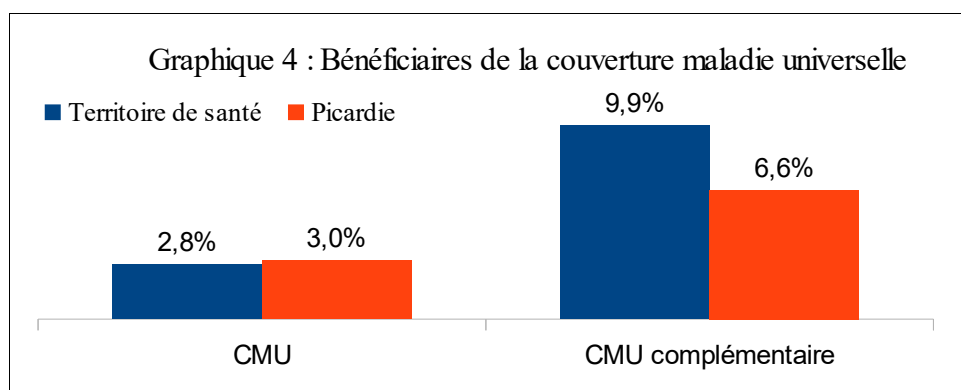


Le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme dénombrait un peu plus de 19 100 demandeurs d'emploi lors du recensement de 2007, soit 14,9 % de la population active. Il s'agit du taux de chômage le plus important enregistré dans les cinq territoires de santé picard. Ce taux est bien plus important que ceux observés en région (12,1 %) et en France hexagonale (11,0 %), il reste néanmoins inférieur à celui de la communauté d'agglomération de Saint-Quentin qui est à 16,5 %.

L'inactivité professionnelle des populations peut également être analysée au moyen du taux standardisé des inactifs de 25-54 ans ; le taux du territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme est le plus élevé des cinq territoires de santé de Picardie. Il est de 15,3 % pour la population des 25-54 ans dans ce territoire, alors que les inactifs représentent 12,0 % des 25-54 ans en Picardie et 10,6 % en France hexagonale.

2.1.3 Au niveau de la couverture sociale

Dans le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme, un peu plus de 8 200 personnes ont eu accès à la CMU de base au 31 décembre 2009, soit 2,8 bénéficiaires pour 100 habitants. Ce taux est comparable à celui observé en région (3,0 %). La CMU complémentaire est, en revanche, très fréquente dans ce territoire en comparaison avec les autres territoires de santé de Picardie. Ainsi, dans le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme, 9,9 % des personnes ont recours à cette complémentaire santé gratuite pour les frais de santé non remboursés. Il surpasse de 50 % la moyenne régionale qui est de 6,6 %. La communauté d'agglomération Saint-Quentin a un niveau de bénéficiaires encore plus élevé (13,3 %).

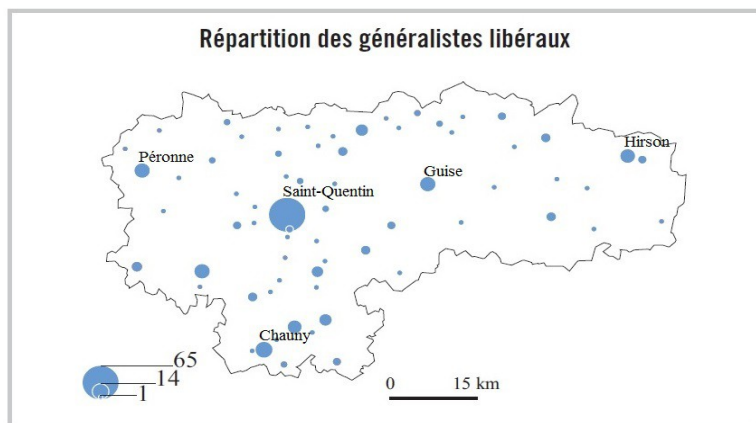


2.2 Offre de soins

2.2.1 Médecins généralistes

La densité de médecins généralistes est, dans ce territoire, plus faible que la moyenne nationale et il existe des disparités territoriales. Elle est, dans ce territoire, de 75 médecins

généralistes libéraux pour 10 000 habitants au 31/12/2008 contre 87,4 au niveau national et 76,9 au niveau régional. Les 224 médecins généralistes du territoire n'y sont pas également répartis. Au sud et à l'ouest de Saint-Quentin la densité y est relativement faible, à l'inverse certaines zones ont des densités plus importantes. Cependant, ces densités sont comparables voire supérieures à celles du niveau national.



Source : Assurance maladie, Siam-Erasme Picardie

Date : 31 août 2010

Plus d'un médecin généraliste sur deux (52,2 %) est âgé d'au moins 55 ans. Cette proportion est supérieure à la moyenne régionale qui est de 45,9 %. A noter qu'aucun médecin généraliste n'est conventionné secteur 2 ou avec des droits au dépassement sur ce territoire

de santé. Cette proportion étant de 2,7 % au niveau régional et de 7,5 % au niveau national. Le temps théorique d'accès moyen* au médecin généraliste le plus proche est de 1,7 minute et est équivalent à celui du niveau régional.

2.2.2 Pédiatres

Les pédiatres ont la densité la plus faible des territoires de santé de Picardie avec une densité presque deux fois inférieure à celle du niveau national : 29,1 pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans contre 40,3 en Picardie et 56,7 en France au 1er janvier 2009. La densité de pédiatres exerçant en libéral dans ce territoire est de 12,9 pour 100 000.

2.2.3 Établissements de soins

Dans ce territoire, 10 établissements ont une activité de médecine ou de chirurgie répartis sur 9 communes (dont deux à Saint-Quentin : un public et un privé). Cinq de ces établissements ont un service d'urgence. Le temps d'accès théorique moyen aux urgences est de 11,7 minutes, ce qui est proche de la moyenne nationale (11,3 minutes) et inférieur à la moyenne régionale (12,8 minutes) et il est à noter que seul le Centre Hospitalier de Saint-Quentin possède des urgences pédiatriques.

*le temps d'accès est un indicateur théorique qui doit être utilisé comme un outil de comparaison entre les zones géographiques et non comme un temps réel d'accès. Il s'agit de la moyenne des temps de trajet en voiture, aux heures creuses, séparant les municipalités de la commune la plus proche qui compte le professionnel de santé ou l'établissement de soins recherché. Le calcul est effectué même si les communes ne font pas partie de la même région et le temps de trajet est pondéré par la population des communes. Les vitesses de circulation tiennent compte des caractéristiques du réseau routier (autoroutes, bretelles, routes principales, routes secondaires, dessertes locales) et de l'environnement géographique traversé (ville, campagne, montagne). Par convention, le temps est égal à zéro minute dans les communes dotées du professionnel de santé ou de l'établissement de soins recherché.

2.3 Centre hospitalier de Saint-Quentin

2.3.1 Généralités, activité et chiffres

Le centre hospitalier de Saint-Quentin est le centre hospitalier général le plus important de Picardie. Il est l'établissement de référence du Territoire de Santé Aisne Nord-Haute-Somme, il représente 59 % des capacités en lits et en places de médecine, chirurgie et obstétrique de ce secteur. Il a une forte attractivité puisque 33 % des malades hospitalisés proviennent d'un autre secteur sanitaire.

Ce centre hospitalier propose 835 lits, 135 places et 30 postes installés :

- 454 lits et 83 places en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (dont 10 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée au Service d'Accueil des Urgences)
- 70 lits de soins de suite et réadaptation
- 73 lits et 40 places de secteurs psychiatriques (dont 2 lits d'accueil des urgences au SAU)
- 60 lits en soins de longue durée
- 30 postes d'hémodialyse

Le plateau technique médical comprend notamment :

- 1 bloc polyvalent avec 12 salles d'opération
- 1 salle de césarienne d'urgence
- 1 salle de petite chirurgie
- 4 salles d'endoscopie
- 1 salle de surveillance post interventionnelle de 25 postes
- 5 salles de radiologie dont 3 par numérisation directe
- 2 scanners (diagnostic et simulation) et 1 IRM
- 1 salle de coronarographie dédiée
- 1 réseau d'images pour la téléradiologie avec les établissements voisins
- 1 mammographe numérique
- 2 accélérateurs de particules avec collimateurs multi lames et radiothérapie stéréotaxique
- 13 échographes doppler couleur
- 1 pharmacie, 1 stérilisation, 1 bulle chimiothérapie
- 1 service d'anatomopathologie
- 1 laboratoire polyvalent de biologie

2.3.2 Les structures d'urgences

Les décrets du 22 mai 2006[5] ont modifié le cadre réglementaire de la prise en charge des urgences. Cela a entraîné la suppression des notions d'UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences) et de SAU (Service d'Accueil et d'Urgence) pour la notion de «structure des urgences» avec distinction entre les structures des urgences et les structures des urgences pédiatriques.

2.3.3 La mission des structures d'urgences

Les structures d'urgences ont pour mission *«d'accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.»*[6] et cela appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

2.3.4 Les urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques ont été créées à Saint-Quentin le 23 juin 2010, s'individualisant alors des urgences adultes.

2.3.4.1 Locaux

Individualisées du service des urgences adultes, elles comportent une salle d'accueil, 5 box d'examens et un box dit de «réanimation». Les salles dites de «sutures» et de «plâtre» sont communes à celles des adultes.

2.3.4.2 Équipe

L'équipe médicale est composée d'un médecin senior pédiatre au minimum ainsi que d'un interne en spécialité de médecine générale ou de pédiatrie au minimum de 9 heures à minuit. Après minuit, l'interne de garde peut joindre à tout moment le médecin senior d'astreinte qui pourra se rendre sur place en moins de 30 minutes. Pour les situations plus urgentes, l'interne est seniorisé d'une part par le médecin senior de garde en néonatalogie ainsi que par le médecin senior urgentiste du SAUV (Service d'Accueil des Urgences Vitales).

L'équipe paramédicale est composée, la semaine comme le week-end, d'un binôme IDE ou puériculteur et d'un ou d'une auxiliaire de puériculture de 7h30 à 19h30 ainsi que d'un autre binôme de 10h à 22h et d'un binôme de nuit de 19h30 à 7h30.

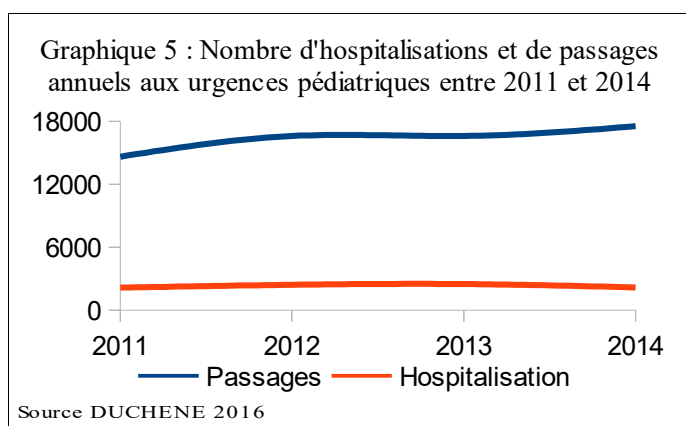
2.3.4.3 Parcours de l'enfant

L'enfant est accueilli par une auxiliaire de puériculture, IDE ou puériculteur au niveau de la salle d'accueil. Les nouveaux-nés de moins d'un mois sont redirigés vers le service de néonatalogie. Pour les autres, l'identité, l'adresse, le numéro de sécurité sociale et le motif de consultation sont renseignés ainsi que les paramètres vitaux (fréquence cardiaque, tension artérielle, saturation en oxygène, douleur, poids, taille). L'enfant bénéficie alors d'un examen clinique associé à d'éventuels examens complémentaires ou avis spécialisés avant d'aboutir à un diagnostic. Des traitements sont alors proposés ainsi qu'une orientation.

2.3.4.4 Une augmentation du nombre d'admissions aux urgences pédiatriques

Le nombre de passages annuels n'a cessé d'augmenter alors que le pourcentage d'hospitalisation est resté stable voire moindre :

- 14 639 en 2011
dont 14.7 % d'hospitalisation
- 16 610 en 2012
dont 14.6 % d'hospitalisation
- 16 612 en 2013
dont 15.0 % d'hospitalisation
- 17 544 en 2014
dont 12.4 % d'hospitalisation



Par ailleurs, il y a eu :

- en 2013, 49 068 passages et orientations aux urgences
dont 16 612 aux urgences pédiatriques
et 1 823 sorties SMUR
- en 2014, 50 389 passages et orientations aux urgences (+2.69 % par rapport à 2013)
dont 17 544 aux urgences pédiatriques (+5.61 % par rapport à 2013)
et 2 432 sorties SMUR (+33.4 % par rapport à 2013)

2.4 La mission du médecin généraliste chez l'enfant

Les médecins généralistes contribuent à la prise en charge primaire totale ou partielle de 80 % des enfants (50 % de 0 à 2 ans). La patientèle d'un généraliste compte 10 à 25 % d'enfants âgés de moins de 16 ans [7].

L'accès au généraliste est parfois plus aisé par rapport au pédiatre pour des raisons démographiques ou socio-économiques. L'implication des généralistes dépend aussi de leur motivation personnelle et de leurs relations avec les pédiatres hospitaliers auxquels ils adressent plus facilement leurs malades par rapport aux pédiatres ambulatoires.

Le généraliste peut donc remplir le même rôle que le pédiatre ambulatoire : suivi du développement, dépistages, vaccinations, éducation pour la santé, prise en charge des pathologies aiguës de l'enfant et de l'adolescent. La formation des généralistes à la médecine de l'enfant ne peut être comparée à celle d'un pédiatre, mais il est pour autant apte à soigner et à suivre la majorité des enfants de sa patientèle.

2.5 La mission du pédiatre chez l'enfant

Les fonctions des pédiatres ambulatoires (de ville, $n=2570$ dont 1708 libéraux exclusifs*) sont : le suivi du développement normal ou pathologique, une activité de maternité, l'éducation pour la santé, la prévention de pathologies aiguës, la surveillance de certaines maladies chroniques, le handicap et les problèmes psychosociaux. Leur plus-value est liée à leur formation, leur approche, leur exercice quotidien et unique auprès de l'enfant ainsi que leur participation à certains réseaux de santé ou de soins de proximité. A noter que seuls 20 % des enfants de plus de 2 ans sont régulièrement suivis par un pédiatre (50–60 % avant 2 ans).

Les missions des pédiatres hospitaliers ($n=2728^*$) concernent avant tout les soins dans un environnement thérapeutique adapté à l'enfant, à sa famille et au milieu associatif. Les pédiatres des centres hospitaliers doivent répondre aux besoins de proximité (poids croissant des «urgences»), mais aussi constituer des centres de référence ou de ressources et de compétences pour répondre aux besoins des sur-spécialités pédiatriques. Tout cela en conservant également des services de pédiatrie générale.

La pédiatrie communautaire est exercée en PMI (10 % des médecins sont pédiatres), en centres de santé, en crèches, en pouponnières et en maisons d'enfants à caractère sanitaire. En PMI, qui dépend du Conseil général, les consultations et les examens de dépistage de

*source CNOM 2005

0 à 6 ans s'adressent gratuitement à la population qui se trouve fréquemment en situation de précarité. Elle couvre 10 à 15 % des enfants.

3 Objectifs

L'objectif est de décrire les consultations prises en charge aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Saint-Quentin qui auraient pu être gérées par un médecin généraliste : quantification, profil, parcours et motivation.

4 Matériels et méthodes

Notre étude est prospective monocentrique. Le recueil des données s'est effectué par remise des questionnaires aux accompagnants de tous les mineurs consultant aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Saint-Quentin pendant les heures ouvrables durant les 18 jours de l'étude.

Les critères d'inclusion étaient :

- patients mineurs
- consultant aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Saint-Quentin
- consultant durant les heures ouvrables : de 8h à 20h, du lundi au vendredi et de 8h à 12h les samedis

Le critère d'exclusion était les consultants convoqués (consultation de contrôle ou soins programmés).

Les questionnaires étaient remis par un des membres du personnel soignant (IDE, auxiliaire de puériculture, interne, praticien hospitalier) à l'accompagnant principal de l'enfant après l'examen clinique et l'annonce du diagnostic*; les questionnaires étaient ensuite récupérés par le personnel et placés dans une urne.

Les questionnaires nous ont permis de recueillir les éléments suivants :

- le jour de consultation
- l'âge et lieu de résidence de l'enfant
- le motif de consultation
- l'éventuelle automédication ou contact médical antérieur ainsi que l'ancienneté des

* Nous nous sommes rendu compte, durant la phase pré-test, que nous avions un taux de répondants plus important lorsque le questionnaire était distribué après l'examen clinique et l'annonce du diagnostic. Ceci probablement du fait de l'inquiétude de l'accompagnant précédant le contact médical.

troubles menant à la consultation

- le suivi médical de l'enfant et sa couverture sociale
- les motivations de la consultation aux urgences
- la catégorie socio-professionnelle de l'accompagnant principal selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee révisée en 2003
- le désir d'informer le médecin qui suit l'enfant de ce passage aux urgences

Il n'y a pas eu de modification du questionnaire au cours de l'étude.

La dernière question (« De façon générale chez un enfant, quels signes doivent faire consulter aux urgences sans perdre de temps ? ») amenait à une réponse libre et les réponses n'ont pas été exploitées dans cette étude. Elles le seront dans un autre travail en tant que travail préliminaire pour un projet d'étude.

Afin de répertorier la réalisation de gestes techniques, d'examens complémentaires, la notion d'adressage ou d'hospitalisation, nous avons consulté les dossiers de tous les patients dont nous avons recueilli l'accord de participation ainsi que les questionnaires.

4.1 Traitement des données

4.1.1 Critères de jugement

4.1.1.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le nombre de consultations dites «potentiellement ambulatoires» définies par les 4 critères combinés suivants :

- 1) enfant non adressé par un professionnel de santé
- 2) absence d'examen complémentaire
- 3) retour à domicile
- 4) absence de geste médico-chirurgical urgent ou nécessitant un plateau technique (suture, attelle, plâtre...)

4.1.1.2 Critères de jugement secondaires

Les critères de jugements secondaires retenus étaient : le profil socio-démographique, le parcours de ces familles de consultants, le nombre de patients ayant bénéficié d'une

automédication, le nombre de familles ayant l'intention d'informer le médecin de ville de leur passage aux urgences.

4.1.2 Étude statistique

Les données ont été rentrées dans le logiciel EPI Info™ 3.5.4. Nous avons procédé à une analyse descriptive des variables. Les variables quantitatives ont été comparées via le test t de Student et les variables qualitatives via le test du χ^2 . Pour la réalisation de ces tests, nous avons dû procéder à des regroupements afin de respecter les critères de validité. Pour les petits effectifs, nous avons procédé à la correction de Yates ou utilisé le test non paramétrique de Fisher. Les différents calculs statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel EPI Info™ 3.5.4 ou via le site de biostatistique BiostatTGV. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

4.2 Considérations éthiques et légales

Les familles de patients étaient informées de l'étude menée, de son caractère facultatif, strictement anonyme et confidentiel. Elles étaient libres de participer, leur accord était recueilli par l'intermédiaire d'une case à cocher. En cas de refus, le questionnaire était exclu.

5 Résultats

5.1 Période de l'étude

Le recueil des données a eu lieu les 15, 16, 22, 23, 24, 25 et 26 juin ainsi que les 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29 et 31 août 2015. Soit 4 lundis, 4 mardis, 2 mercredis, 3 jeudis, 3 vendredis et 2 samedis matin.

Il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de passages durant les heures ouvrables pendant l'année 2014 et le premier semestre 2015 ($p=0,13$) et ceci pour chaque jour de la semaine indépendamment des autres.

Il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de passages durant les heures ouvrables lors du premier semestre 2015 et la période étudiée ($p=2,4$), ceci pour tous les jours de la semaine, excepté le samedi ($p=0,02$).

Sur la période étudiée, il y a eu 751 passages dont 65,9 % (soit 495) durant les heures ouvrables. 240 questionnaires ont été recueillis. Au total, 239 sont exploitables soit 48,3 % de répondants.

5.2 Part des consultants potentiellement ambulatoires :

Nous appelons «consultants potentiellement ambulatoires» les consultants qui auraient potentiellement pu être pris en charge par un médecin généraliste de ville. Ils correspondent aux consultants répondants aux critères suivants :

- 1) enfant non adressé par un professionnel de santé
- 2) absence d'examen complémentaire
- 3) retour à domicile
- 4) absence de geste médico-chirurgical urgent ou nécessitant un plateau technique (suture, attelle, plâtre, ...)

Parmi les 239 sujets :

- 50 ont été adressés par un médecin, soit 20,9 %
- 127 ont bénéficié d'un examen complémentaire (bilan biologique, imagerie), soit 53,1 %
- 60 ont subi un geste technique (attelle, plâtre, suture, pansement, avis spécialisé), soit 25,1 %
- 30 ont été hospitalisés, soit 12,6 %

Au total, 84 enfants n'étaient pas adressés, n'avaient pas bénéficié d'examen complémentaire ni de geste technique et n'étaient pas hospitalisés. Nous pourrions de fait considérer que 35,1 % des passages de cette étude auraient pu être pris en charge par un médecin de ville.

5.3 Profil socio-démographique des consultants potentiellement ambulatoires

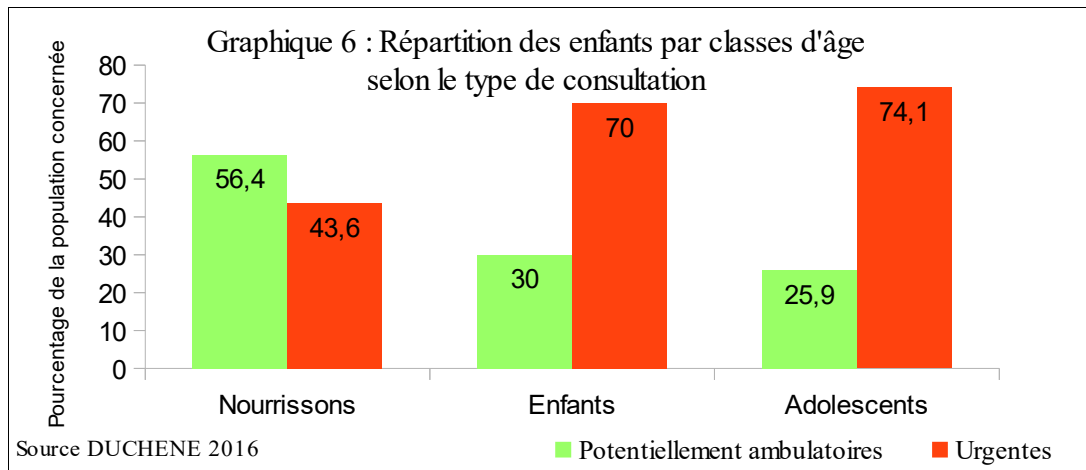
5.3.1 Répartition selon l'âge et le sexe

L'âge moyen des enfants potentiellement ambulatoires est de 5,28 ans contre 7,95 ans pour ceux dont la consultation aux urgences était justifiée ; cette différence est significative ($p=0,001$).

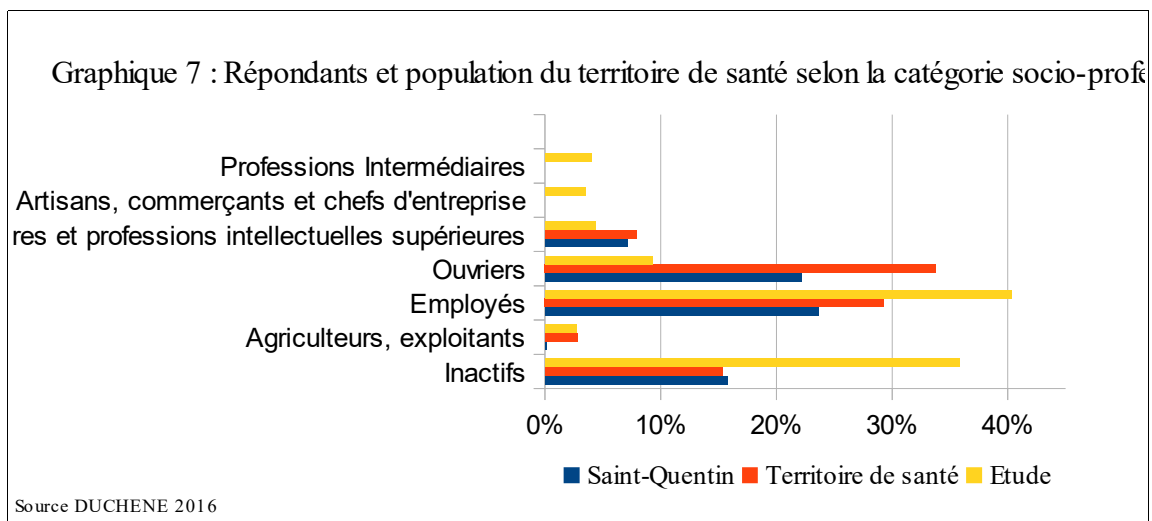
De plus, nous notons une surreprésentation des nourrissons : 31 nourrissons sur 55 consultants, soit 56,4 % auraient pu être gérés en ambulatoire contre 30 % des enfants et 25,9 % des adolescents ($p=0,008$).

Parmi les garçons consultants aux urgences 30,8 % (45/146) auraient pu être gérés en

ambulatoire contre 41,9 % des filles (39/93); cette différence n'est pas significative ($p=0,079$).



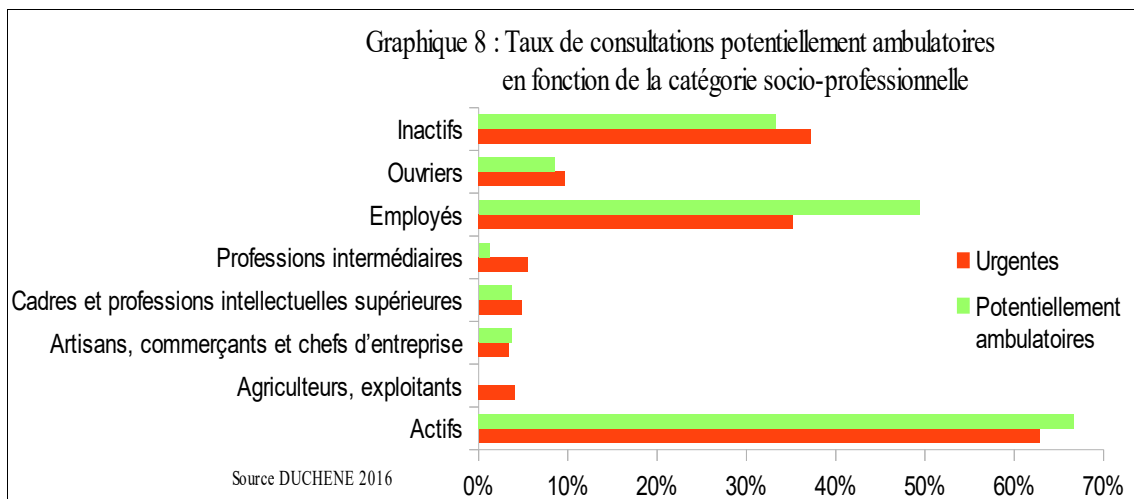
5.3.2 Répartition par catégories socio-professionnelles



Les catégories Employés (40,3 % contre 29,3 %) et Inactifs (35,8 % contre 15,3 %) sont sur-représentées par rapport à leur poids dans la population du territoire de santé. Les Ouvriers sont sous représentés (9,3 % contre 33,8 % au niveau du territoire de santé).

Parmi les consultations potentiellement ambulatoires, nous retrouvons 33,3 % d'enfants de familles sans emploi contre 37,2 % parmi les consultants nécessitant un passage aux urgences, cette différence n'est pas significative ($p=0,55$). De même, nous retrouvons 8,6 % de consultants potentiellement ambulatoires provenant de familles d'ouvriers contre 9,7 % parmi les consultations urgentes, cette différence n'est pas significative ($p=0,80$).

Cependant, les enfants de familles d'employés sont associés à un taux plus important de consultations potentiellement ambulatoires avec 49,4 % contre 35,2 % d'urgentes ($p=0,03$). Du fait d'effectifs trop petits, nous n'avons pas pu comparer les autres groupes.



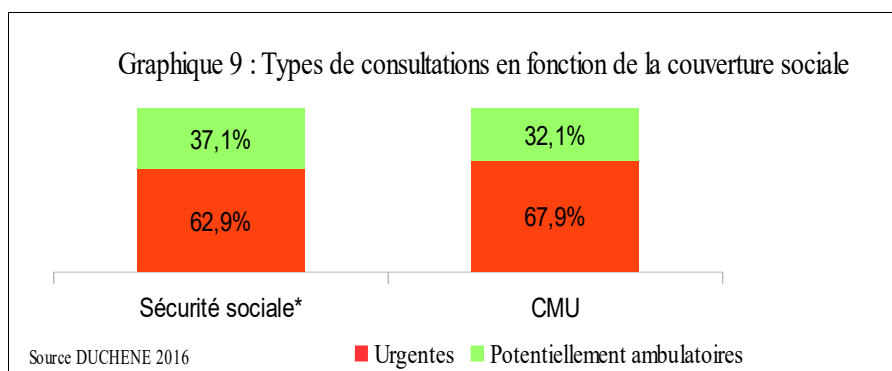
5.3.3 Affiliation au système de soin

2,6 % des répondants ne connaissent pas leur couverture de base. Ils sont 71,8 % à être affiliés à un régime de sécurité sociale et 24,1 % à posséder la CMU (contre 2,8 % dans le territoire de santé et 3 % en Picardie). Seuls 1,3 % n'ont pas de complémentaire santé et 3,9 % ne connaissent pas leur complémentaire.

72,5 % des répondants bénéficient d'une mutuelle ou d'une assurance complémentaire et 22,3 % de la CMU complémentaire (contre 9,9 % dans le territoire de santé et 6,6 % en Picardie).

5.3.3.1 Concernant la couverture sociale de l'enfant

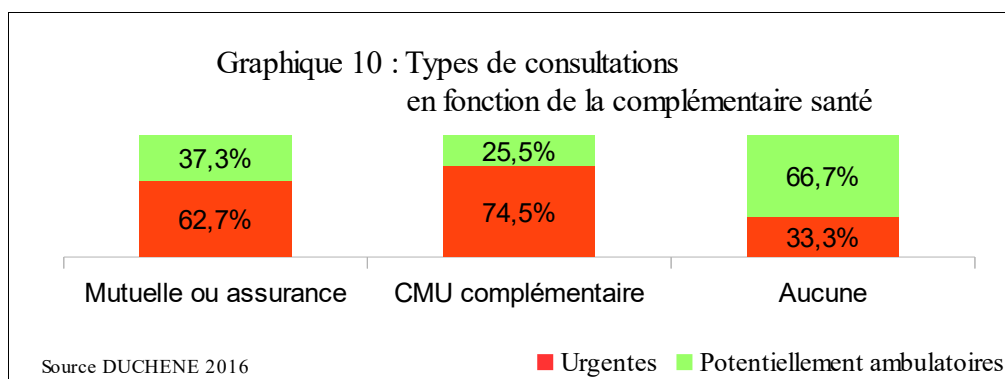
Parmi les bénéficiaires de la CMU, 32,1 % auraient pu être gérés en ambulatoire contre 37,1 % des bénéficiaires du régime général de la sécurité sociale ; cette différence n'est pas significative ($p=0,51$).



*10 enfants étaient en ALD 100 % (7 parmi les consultations urgentes et 3 parmi les consultations potentiellement ambulatoires)

5.3.3.2 Concernant la complémentaire santé de l'enfant

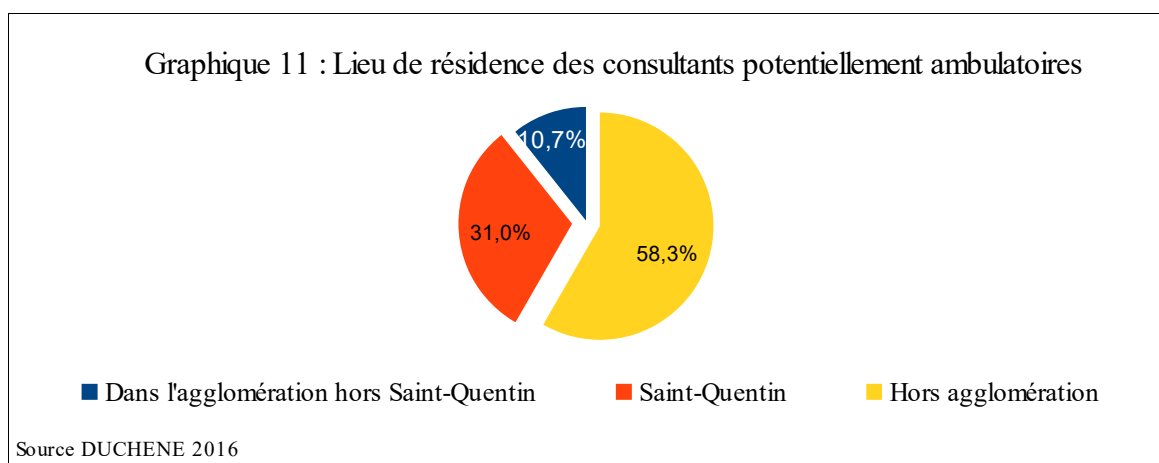
Parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire, 25,5 % auraient pu être gérés en ambulatoire contre 37,3 % des bénéficiaires d'une mutuelle ou d'une assurance ; cette différence n'est pas significative ($p=0,12$).



5.3.4 Domiciliation des consultants potentiellement ambulatoires

La distance moyenne des consultants qui auraient pu être gérés en ambulatoire est de 18 km contre 17,6 km pour ceux dont la consultation aux urgences était justifiée. Cette différence n'est pas significative ($p=0,84$).

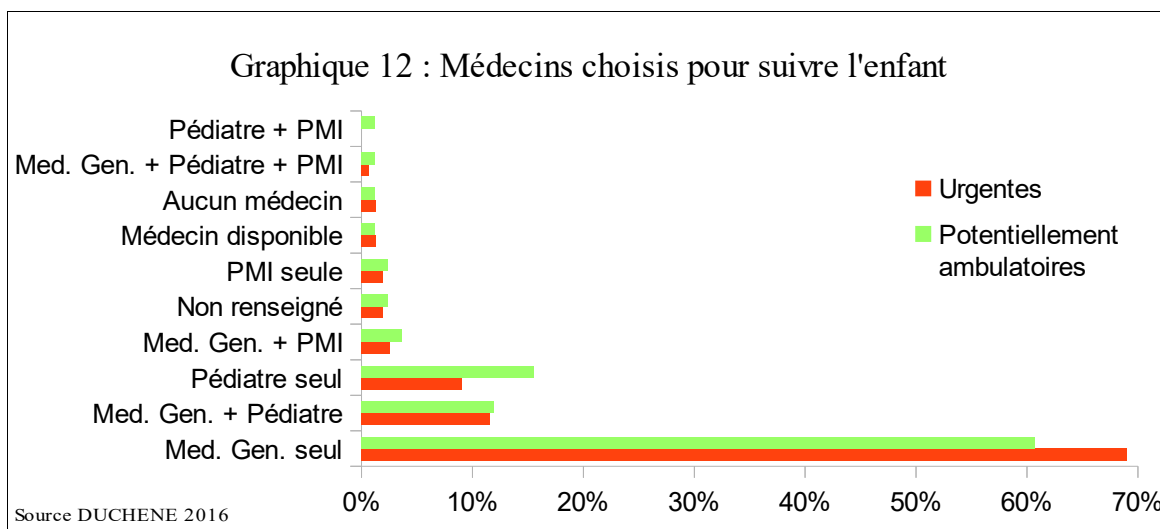
37,5 % des consultants habitant l'agglomération y compris Saint-Quentin auraient pu être gérés en ambulatoire contre 34,5 % des consultants habitant hors de l'agglomération. Cette différence n'est pas significative ($p=0,8$).



5.3.5 Médecin habituel

77,4 % des consultants potentiellement ambulatoires sont suivis par un médecin généraliste (81,6 % parmi les répondants) et 60,7 % sont suivis exclusivement par un médecin

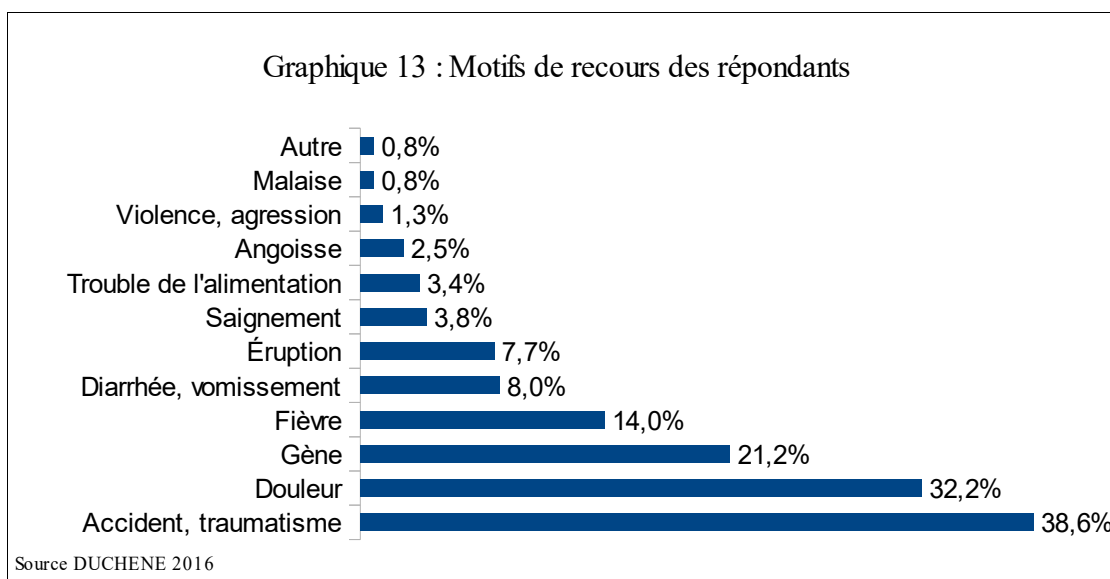
généraliste (66,1 % parmi les répondants). Seul un enfant déclare ne pas être suivi, soit 1,2 % (sur les trois répondants non suivis).



5.4 Parcours

5.4.1 Motifs de recours des répondants

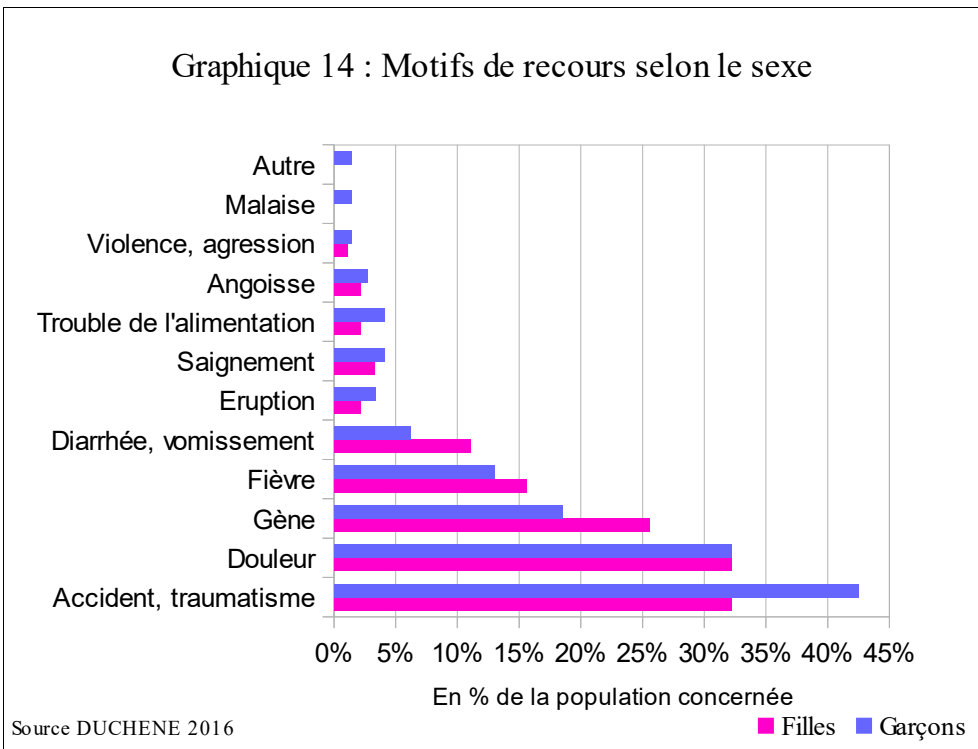
Les premiers motifs de consultations sont les traumatismes avec plus de 38 % des répondants. Les causes de douleur, gêne et fièvre viennent ensuite.



5.4.2 Motifs de recours selon le sexe

Le premier motif de consultation chez les garçons est d'ordre traumatologique avec 42,5 % puis vient : la douleur, les gênes et la fièvre. Les causes traumatiques et la douleur arrivent à égalité chez les filles. Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes pour les différents motifs de consultation.

Graphique 14 : Motifs de recours selon le sexe

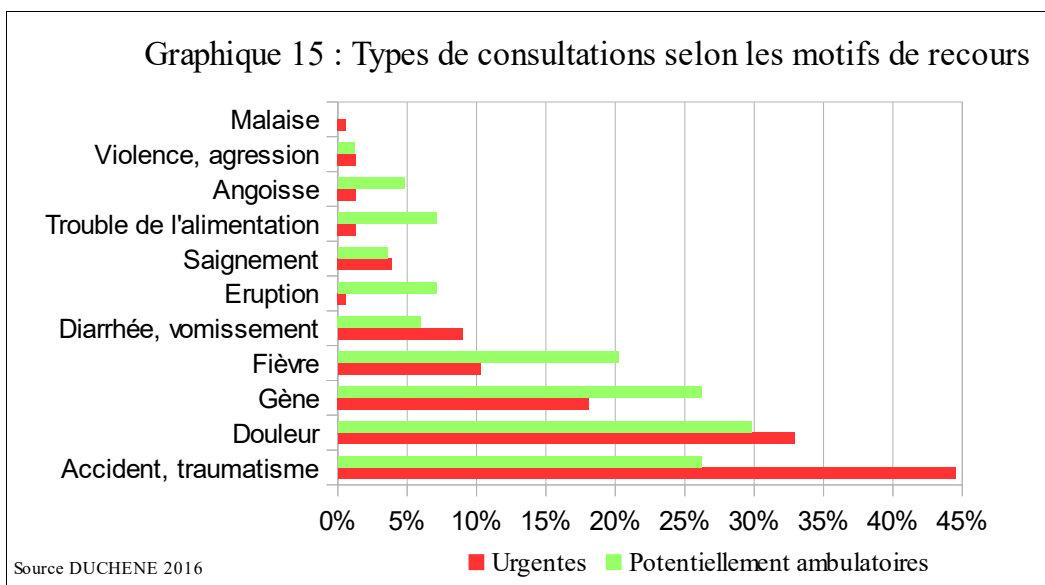


5.4.3 Motifs de consultations des consultants potentiellement ambulatoires

Concernant les motifs de consultations indépendamment les uns des autres, il y a une différence significative entre les consultants potentiellement ambulatoires et ceux nécessitant un passage aux urgences pour les motifs accident / traumatisme ($p=0,005$) et fièvre ($p=0,033$).

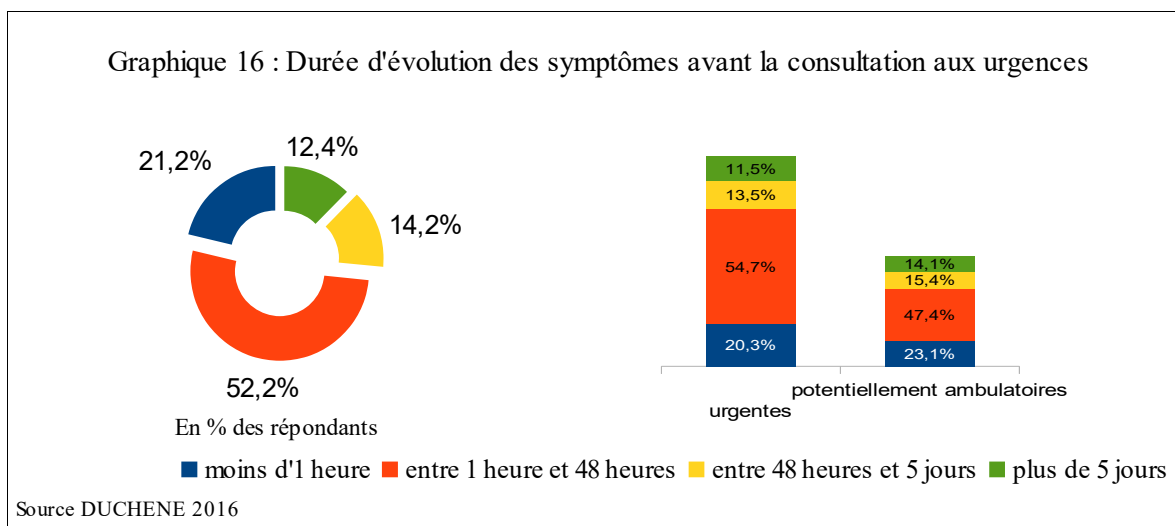
Les traumatismes nécessiteraient une consultation aux urgences alors que les consultants pour fièvre pourraient être pris en charge plutôt en ambulatoire.

Graphique 15 : Types de consultations selon les motifs de recours



5.4.4 Délai entre le début des troubles et la consultation aux urgences

37,5 % des consultants pour des troubles évoluant depuis moins d'une heure auraient pu être gérés en ambulatoire. Ils sont 31,4 % à venir consulter pour des troubles ayant débuté entre 1 heure et 48 heures, 37,5 % pour des troubles ayant débuté entre 48 heures et 5 jours et 39,3 % pour des troubles évoluant depuis plus de 5 jours. Il n'y aurait pas de lien entre le délai de consultation et le taux de consultants potentiellement ambulatoires ($p=0,77$). 70,5 % des consultants qui auraient pu être gérés en ambulatoire consultent dans les 48 heures.



5.4.5 Prise en charge des troubles avant la consultation aux urgences

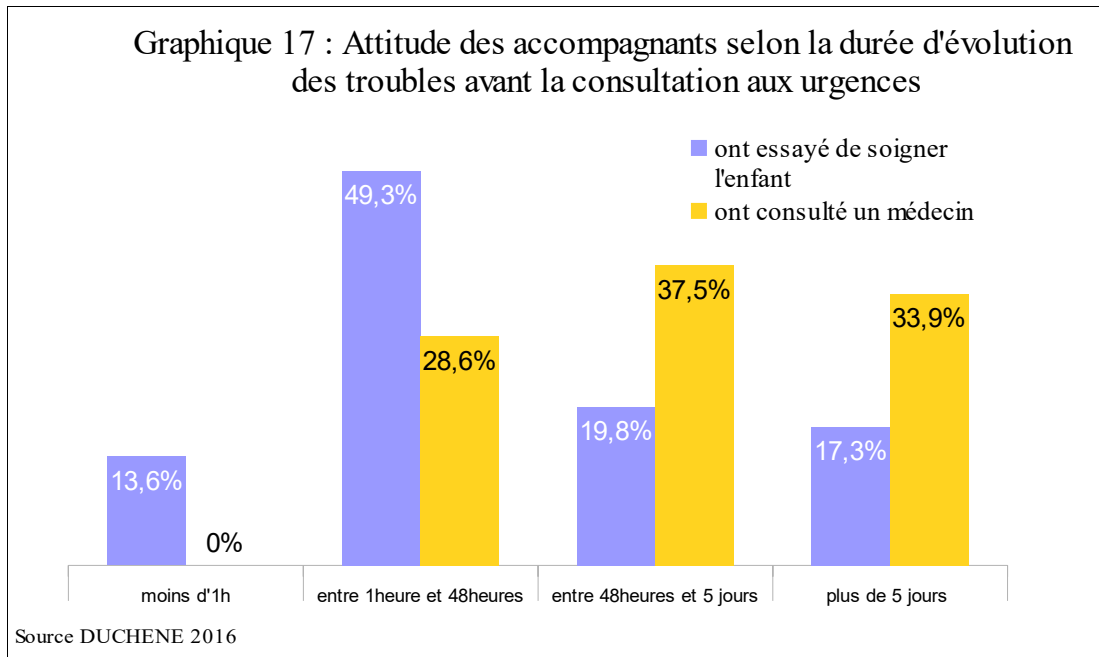
5.4.5.1 En fonction du délai entre le début des troubles et la consultation

35,9 % des accompagnants ont essayé de soigner l'enfant par eux même avant le passage aux urgences pédiatriques.

Lorsque le début des troubles évolue depuis moins de 48 heures, 62,9 % des enfants ont reçu une automédication. Ils sont 19,8 % lorsque ce délai se situe entre 48 heures et 5 jours et 7,3 % pour un délai de plus de 5 jours.

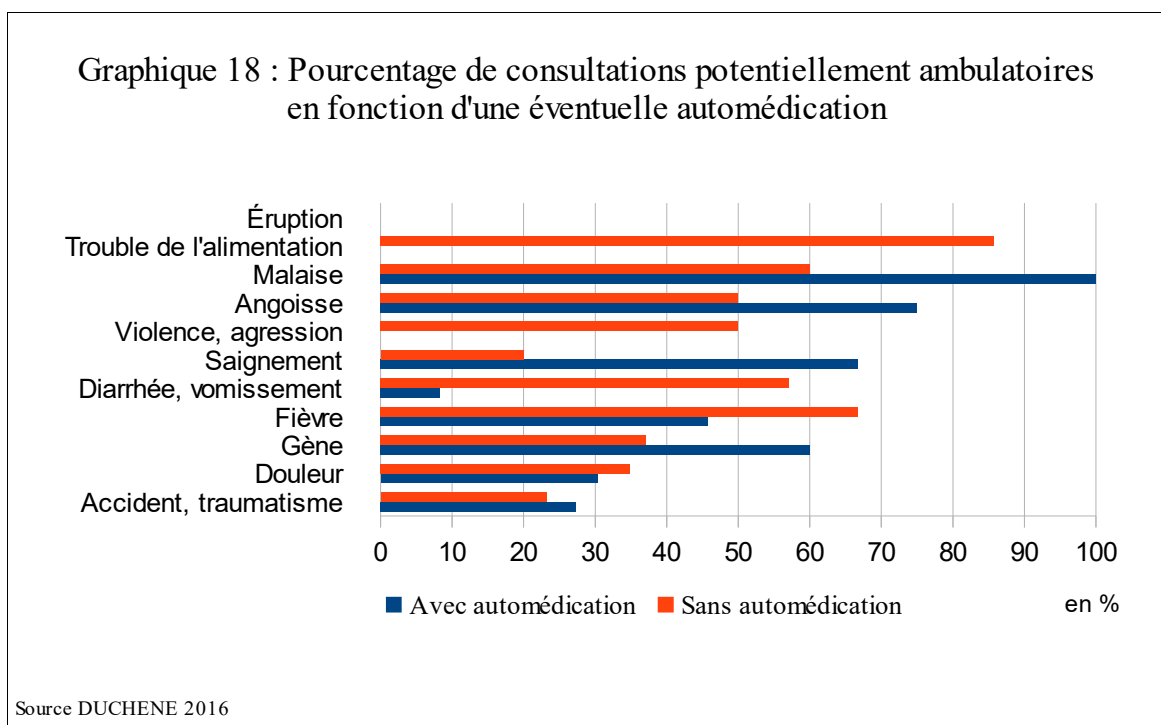
Une consultation préalable avec un médecin intervient essentiellement après 48 heures (71,4 %) alors qu'ils ne sont que 28,6 % lorsque le trouble a débuté depuis moins de 48 heures.

Cependant 52,7 % des parents consultent aux urgences sans avoir tenté de soigner leur enfant seul, ni consulté de médecin en ville, et parmi eux seulement 1,7 % consultent après un délai de 5 jours.



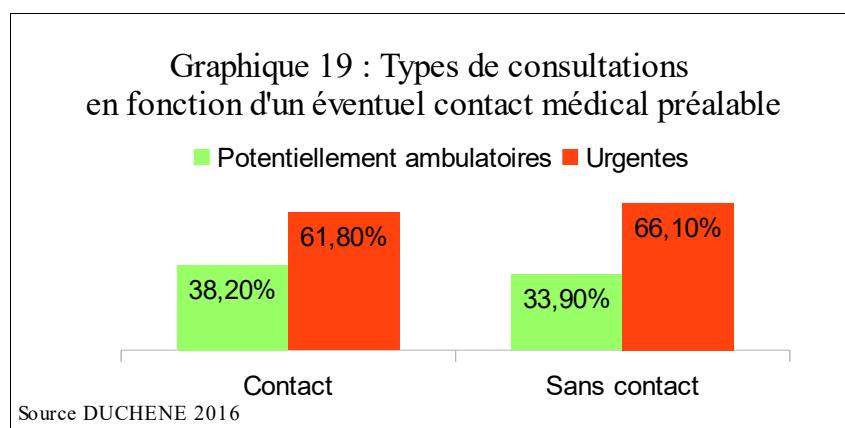
5.4.5.2 En fonction du motif de recours

Nous pouvons noter un taux de consultations potentiellement ambulatoires plus faible après échec d'une automédication concernant les motifs douleur, fièvre et diarrhée/vomissement. Cependant ces différences ne sont pas significatives.



Ainsi, la décision d'un passage aux urgences après échec d'automédication ne diminue pas de façon significative le taux de consultations potentiellement ambulatoires (p=0,52).

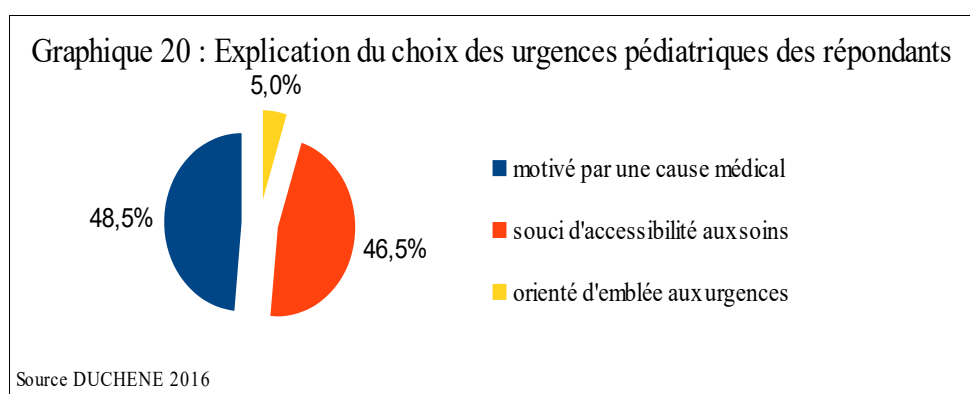
5.4.5.3 Impact du contact médical préalable



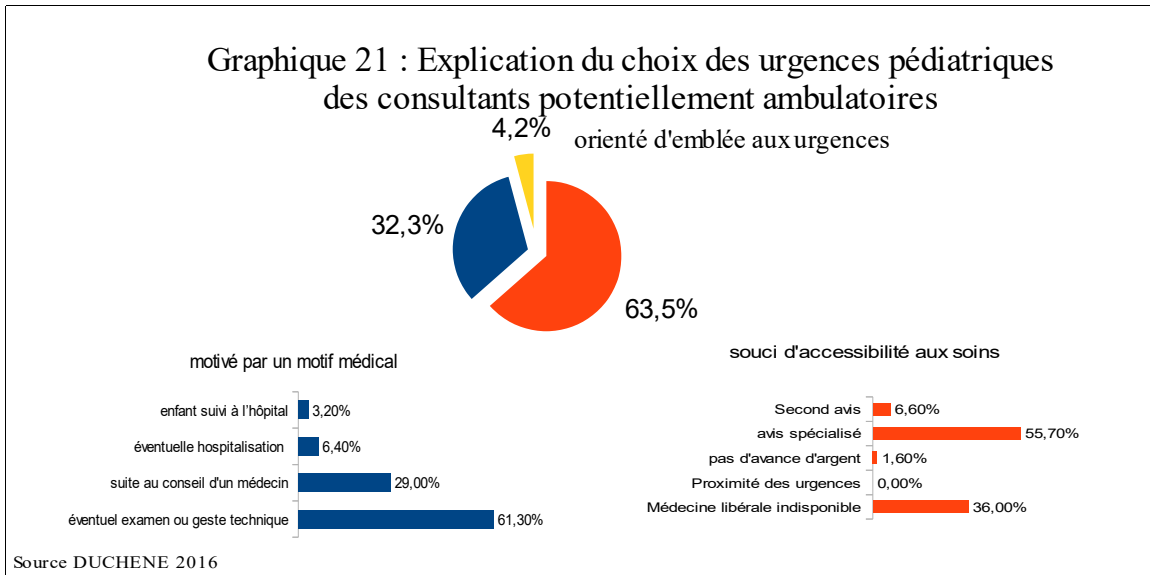
Nous notons un taux de consultations potentiellement ambulatoires de 38,2 % lorsqu'un contact médical a précédé le passage aux urgences alors que ce taux est de 33,9 % en l'absence de tout contact médical préalable. Cette différence n'est pas significative ($p=0,53$).

5.5 Explications du choix des urgences pédiatriques

Concernant l'ensemble des répondants, ils sont 48,5 % des consultants à être motivés par une cause médicale, à savoir l'éventualité d'un examen complémentaire, d'un geste technique, mais également cela peut faire suite au conseil d'un médecin. 46,5 % ont consulté aux urgences du fait d'un souci d'accessibilité aux soins ; parmi eux, 60 % ont consulté aux urgences pour avoir un avis spécialisé en pédiatrie et 29,2 % du fait d'une indisponibilité du médecin de ville.



Les consultants potentiellement ambulatoires sont motivés pour 63,5 % d'entre eux par un souci d'accessibilité aux soins avec, notamment, la recherche d'un avis spécialisé ou du fait d'une indisponibilité du médecin de ville. 32,3 % étaient motivés par une raison médicale notamment devant l'éventualité d'un examen ou d'un geste technique.



Au total, 13,6 % de la totalité des consultants ont sollicité les urgences du fait d'une indisponibilité de leur médecin de ville.

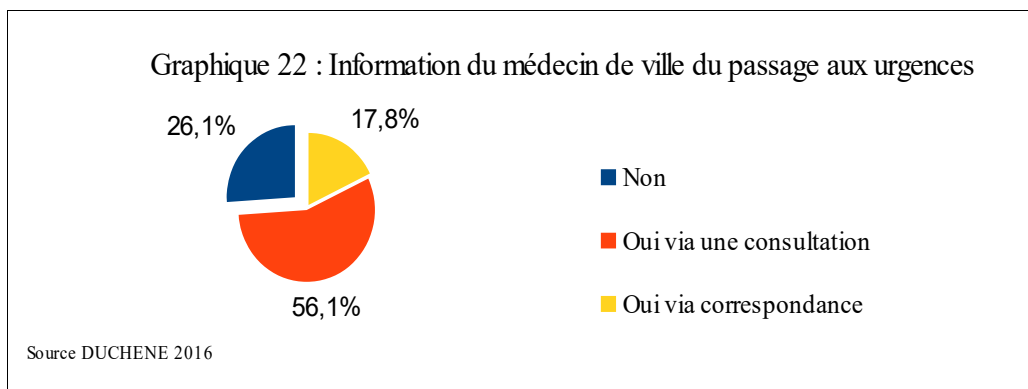
Parmi eux:

- 54,3 % étaient suivis par un médecin généraliste seul
- 17,1 % étaient suivis par un pédiatre seul
- 14,3 % étaient suivis à la fois par un médecin généraliste et par un pédiatre

D'autre part, 19/158 soit 12 % des enfants suivis par un médecin généraliste ont consulté aux urgences face au manque de disponibilité de ce dernier alors qu'ils sont 6/27, soit 22,2 % pour ceux suivi par un pédiatre. Cette différence n'est pas significative ($p=0,25$).

5.6 Information du médecin de ville suite au passage aux urgences

73,9 % des accompagnants déclarent informer le médecin de ville de leur passage aux urgences et cela par le biais d'une consultation pour les trois quarts d'entre eux.



5.7 Synthèse des résultats

Les consultants potentiellement ambulatoires représentent environ un tiers de l'activité des urgences durant les heures d'ouvertures des cabinets de ville.

Ce sont plutôt des nourrissons sans prédominance de sexe. Ils ont, le plus souvent, une couverture sociale complète et sont suivis par un médecin généraliste. Leur accompagnant est dans la majorité des cas employé et il demeure plutôt hors de l'agglomération saint-quentinoise.

La cause principale de consultation est la fièvre. Le recours aux urgences survient dans l'heure qui suit le début de la plainte pour un quart des consultants tandis que pour près de 70 % d'entre eux, la consultation se fait dans les 48 premières heures.

Les trois principales motivations dans le choix de s'orienter vers les urgences pédiatriques sont tout d'abord d'obtenir un avis spécialisé en pédiatrie, puis l'indisponibilité du médecin de ville et enfin l'accès au plateau technique dans l'éventualité d'exams complémentaires ou gestes techniques.

Il est à noter que plus d'une personne sur deux va consulter tout de même son médecin de ville après le passage aux urgences pédiatriques.

6 Discussion

6.1 Les consultants potentiellement ambulatoires

6.1.1 Quantification

Cette étude évalue à 35,1 % le taux de consultants potentiellement ambulatoires aux urgences pédiatriques durant les heures d'ouverture des cabinets de ville.

Ce taux apparaît important, cependant, dans la littérature, ce même taux est estimé à 44,9 % selon Gentile[8]. Ferme publie un taux de 50 % dans l'étude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers[9], il est de 40 % dans celle de Boulloche au Havre[10] ainsi que dans celle de Jeandidier en Seine-Saint-Denis[11]. Dans la large étude multicentrique de la Drees effectuée en 2002 incluant plus de 10 000 enfants et adultes sous la direction de Carrasco, ce taux est de 20 %[1].

Bien que du même ordre, la diversité de ces résultats relève notamment des différences méthodologiques. Dans ce travail, les patients ont été inclus à l'issue de la consultation comme dans les travaux de Ferme, Boulloche et de Carrasco. Ces derniers utilisent toutefois

différents critères (impression du médecin, classification CCMU) alors que les patients dits «non urgents» dans l'étude de Gentile ont été inclus par l'infirmier d'accueil et d'orientation avant la consultation.

Puisqu'il est fréquent d'expliquer l'engorgement des services d'urgences pédiatriques par le taux de recours aux urgences pour des consultations dites «simples», nous avons calculé la part de ces consultants dans l'activité des médecins généralistes. En 2014 ainsi qu'en 2015, il y a eu près de 9 500 passages durant les heures ouvrables aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Saint-Quentin, dont 3 334 patients potentiellement ambulatoires (35,1 %). Les médecins généralistes du territoire de santé ont effectué par ailleurs 2 277 984 actes (6 224 actes en moyenne pour chacun des 366 médecins du département). Les consultants potentiellement ambulatoires correspondent donc à 0,15 % de l'activité des médecins généralistes. Ces résultats amènent à se demander si le système libéral serait à même de faire face à l'afflux de soins non programmés.

6.1.2 Caractéristiques

Cette étude retrouve des consultants plutôt jeunes dont l'âge moyen est inférieur à 5 ans et demi, avec une surreprésentation des nourrissons sans prédominance de sexe. Bien qu'il y ait peu de publications individualisant les consultants potentiellement ambulatoires aux urgences pédiatriques, ces résultats sont en adéquation avec ceux de la littérature. Devictor, dans son enquête nationale, étudie l'accueil de tous les enfants aux urgences et conclue que plus de la moitié des enfants ont moins de 5 ans[12]. De même, les trois quarts ont moins de 6 ans, dans le travail de thèse de Veyre[13]. Carrasco remarque que les nourrissons retournent fréquemment au domicile sans examen complémentaire[14]. D'autre part, la plupart des études retrouve autant de filles que de garçons[13][15].

Les consultants potentiellement ambulatoires sont 98,7 % à être suivis par un médecin ; 81,6 % par un médecin généraliste et 11,3 % sont suivis exclusivement par un pédiatre, ces résultats sont comparables à ceux de la littérature. Par ailleurs, dans ce travail, comme dans celui de Ferme[9], le fait que le médecin choisi pour suivre l'enfant soit généraliste ou pédiatre n'influe pas sur le taux de consultations potentiellement ambulatoires.

Ils bénéficient pour 32,1 % d'entre eux de la CMU, soit plus de dix fois le taux du territoire de santé et 25,5 % bénéficient de la CMU complémentaire, soit plus de trois fois le taux dans le territoire. Plusieurs études retrouvent un taux de bénéficiaires de la CMU aux urgences quatre à cinq fois supérieur à celui de la population générale[9][15].

Un consultant potentiellement ambulatoire sur trois est issu d'une famille de sans emploi, soit deux fois plus qu'au niveau du territoire de santé et près de 50 % appartiennent à une famille d'employés contre 29,3 % dans le territoire de santé. Cependant, 9,6 % sont issus de familles d'ouvriers, soit quatre fois moins que dans la population du territoire de santé. Ces résultats sont en accord avec la littérature. En effet, les enfants d'employés ou d'ouvriers représentaient la moitié de l'échantillon de l'étude de Veyre[13] et Hascoet retrouve un taux de 36 % d'inactifs parmi les patients auto-référés[16].

Le lieu de résidence des consultants potentiellement ambulatoires est éloigné du centre hospitalier dans plus d'un cas sur deux ; la distance moyenne est de 18 km. Ils habitent à Saint-Quentin même dans un cas sur trois et demeurent hors de l'agglomération pour plus de 58 % d'entre eux, distance semblable à celle retrouvée par Ferme[9]. Chaudet identifie une proportion similaire avec un taux de 37 % habitant dans la ville correspondant au lieu de l'étude[15].

6.1.3 Parcours et motivations

Les consultants potentiellement ambulatoires consultent principalement pour une douleur, un traumatisme, une gêne ou de la fièvre. Dans l'enquête de la Drees les motifs principaux étaient également la douleur, les accidents, la gêne et la fièvre[17]. Ces résultats sont également partagés par d'autres travaux de thèses[9][15][16][18].

Pour des symptômes évoluant depuis moins de 48 heures, plus de 60 % des familles ont tenté de soigner l'enfant seul avant leur passage aux urgences. A contrario, moins de 15 % ont tenté de soigner l'enfant seul et aucun n'a consulté de médecin pour les symptômes évoluant depuis moins d'une heure. Lorsque le symptôme évolue depuis plus de 48 heures, sept enfants sur dix ont consulté un médecin de ville. Au total, un quart des enfants a consulté un médecin avant le passage aux urgences ce qui est similaire aux chiffres apportés par les travaux de Gentile et Ferme[1][9].

Il est à noter que ni une tentative d'automédication ni un contact médical préalable, ne permet de réduire de façon significative le taux de consultations potentiellement ambulatoires.

Leurs principales motivations sont tout d'abord la recherche d'un avis spécialisé pour quatre enfants sur dix. Or, dans une enquête effectuée en 1990, auprès de 25 services de pédiatrie, il pouvait être constaté que le premier niveau d'accueil était représenté le plus souvent par des internes de médecine générale (62 %) et très rarement par des internes diplômés d'études spécialisées (12 %). Dans une étude auprès de 127 Centre Hospitaliers

Généralistes effectuée en 1995, les médecins pédiatres n'étaient présents qu'à hauteur de 16,5 % en journée alors que les internes de médecine générale ou faisant fonction d'interne représentaient 70 % du pool de médecins[12].

De ce fait, nous pouvons nous demander si les parents ont confiance dans les compétences de leur médecin généraliste. En dehors de quelques sondages d'opinion, il n'y a que quelques rares études à ce sujet. Bénét, dans son travail de thèse en 2014, montre que la confiance est sans appel et qu'ils ont une confiance élevée envers leur médecin généraliste. En effet, 91 % des parents déclaraient avoir confiance en leur médecin généraliste concernant la prise en charge des situations d'urgence[19].

L'indisponibilité du médecin de ville concerne un quart d'entre eux ; ce résultat est partagé par Gentile ainsi que Veyre en 2009[8][13]. Gentile, dans son étude chez les plus de 15 ans, remarque que seuls 26,3 % des patients ayant recours aux urgences durant les heures ouvrables patientent jusqu'à ce que leur médecin de ville soit disponible[1].

Actuellement, la tolérance de la population à la maladie n'a jamais été aussi faible. Bénét montre que 30 % des patients justifiaient leur consultation aux urgences pédiatriques par le fait que leur médecin ne proposait pas de rendez-vous assez rapide[19]. Cette observation serait le reflet de la tendance de notre société à vivre dans l'instantanéité et l'impatience. L'explosion des réseaux sociaux et, de manière plus générale, d'internet fait que la prise en charge immédiate devient une aspiration légitime. L'anxiété due à un problème de santé doit dorénavant être soulagée rapidement, d'où la nécessité des consultations urgentes.

L'éventualité d'un examen ou geste technique concerne un enfant sur cinq. C'est souvent un des premiers motifs cités dans la littérature[1][17].

Dans cette étude, le facteur financier ne semble pas être un facteur justifiant la consultation aux urgences puisque cette explication n'est mentionnée que par 1,2 % des accompagnants. Ce taux est similaire dans l'étude de Hascoet[16].

Enfin, suite au passage par le service des urgences, plus d'un enfant sur deux sera conduit à consulter son médecin traitant pour l'informer du problème rencontré.

6.2 Limites de l'étude

6.2.1 Le choix de la définition des consultants potentiellement ambulatoires

Le concept de «patient non urgent» est mal défini et ces consultations «inappropriées» sont difficiles à caractériser. La définition de l'*urgence* selon le dictionnaire Larousse est «*la*

nécessité d'agir vite ; une situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'est pas porté de remède à bref délai». Pour le professionnel, l'urgence médicale fait parti du quotidien et correspond à l'engagement du pronostic vital ou fonctionnel ainsi que toute situation clinique susceptible d'y conduire. Pour le patient, l'urgence est synonyme d'événement inhabituel qui demande une rapidité de prise en charge que ce soit pour des raisons médicales ou autres. Il n'y a donc pas de situation de «fausse urgence» ; on qualifie alors cette notion d'«urgence ressentie». Cela évoque «un état morbide susceptible, par son intensité ou sa soudaineté, d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié»[20]. Face à l'absence de définition consensuelle de l'urgence, l'absence d'outils de triage afin de les identifier de manière fiable ainsi que de consensus sur le rôle exact des urgences, on ne peut prétendre repérer les «fausses urgences». Cela explique les raisons pour lesquelles nous avons fait le choix de ne pas employer ce terme dans cette étude.

Dans la plupart des autres études, le taux d'hospitalisation est retenu comme critère par défaut. Nous pensons qu'avec quatre critères combinés nous avons pu distinguer au mieux les patients nécessitant un passage aux urgences de ceux qui auraient pu être pris en charge par le médecin de ville.

Toutefois, nous avons, dans cette étude, estimé que tout examen complémentaire rendait la venue aux urgences justifiée. Or nous savons que certains examens complémentaires ont été réalisés aux urgences du fait de la proximité du plateau technique et, d'autre part, que cette même prise en charge aurait pu être effectuée en ambulatoire via les cabinets de radiologie.

6.2.2 Biais de sélection

Dans la constitution de l'échantillon, se pose la question d'un biais de sélection, notamment celle du biais de recrutement avec le souci de la représentativité. Bien que le taux soit satisfaisant avec 48,3 % de répondants et que le nombre de sujets de 239 soit conséquent, le recrutement n'est pas exhaustif. Nous avons choisi d'effectuer cette étude sur deux périodes, la première au mois de juin durant la période scolaire et la seconde en août durant les congés scolaires afin d'être le plus représentatif de la fréquentation annuelle. Un autre recueil de données durant la période hivernale aurait pu renforcer la représentativité de cette étude.

De plus, il est possible que les non-répondants aient un profil différent des participants. Nous pouvons supposer que les non-répondants sont plutôt les patients ayant recours aux urgences pour des convenances personnelles ou, au contraire, qu'il n'ont pas participé devant la gravité du recours.

6.2.3 Biais liés aux patients

Les résultats ont été élaborés en partie via des questionnaires, donc à partir de réponses déclaratives. Il y a alors un possible biais de déclaration, notamment sur les données concernant l'appréciation du délai d'apparition des symptômes.

L'accompagnant n'étant pas systématiquement le parent, certaines réponses peuvent donc être erronées ; notamment celles concernant le suivi de l'enfant et la couverture sociale.

Concernant les motivations, il est envisageable que certains accompagnants aient écarté les raisons financières et de proximité amenant à un biais de classement. En effet, celles-ci sont fondues parmi les autres raisons proposées telles que l'indisponibilité du médecin de ville ou l'éventualité d'examens complémentaires qui seraient socialement plus acceptables conduisant ainsi à un biais de désirabilité sociale.

6.3 Perspectives

Cette étude expose des informations quantitatives et qualitatives relatives aux caractéristiques des consultants potentiellement ambulatoires pris en charges aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Saint-Quentin. Ces résultats soulèvent les réflexions suivantes.

6.3.1 Une insuffisance de l'offre de soin libéral ?

Au vu des quelques 0,15 % de l'activité des médecins généralistes que représenterait la part des consultants potentiellement ambulatoires aux urgences pédiatriques, nous pourrions émettre l'idée que ceux-ci pourraient faire l'objet d'une consultation de ville.

Néanmoins, les consultations non programmées au cabinet du médecin généraliste représentent déjà 12 % de leur activité[21] et celles-ci sont déjà difficilement intégrées dans l'emploi du temps ; d'autant plus que les consultations urgentes sont plus longues que les consultations habituelles : 18 minutes contre 15 à 16 minutes en temps ordinaire.

La diminution du nombre de médecins généralistes et de pédiatres libéraux contribue certainement à faire des urgences une solution alternative et facilement accessible à la médecine de ville. Dans son enquête auprès des patients ayant recours aux services d'urgences, Gentile montrait en 2004 que les moyens par lesquels les patients étaient informés des structures alternatives au médecin traitant étaient par ordre décroissant : l'entourage, l'annuaire, les renseignements et enfin les journaux locaux[1]. Ne pourrait-on pas penser que le médecin traitant, lui-même, serait plus apte à dispenser ces informations ?

6.3.2 Une augmentation de la demande de soins non programmés ?

Devant l'inflation des recours aux urgences pédiatriques pour de simples consultations, de nombreuses études se sont focalisées sur les critères socio-économiques classiques. Quant à lui, Nicolas[22] se pose la question suivante : quelle est l'importance des phénomènes de précarité et de vulnérabilité chez les familles utilisatrices susceptibles d'influer sur la décision ? L'auteur montre que, confronté à l'irruption d'un événement tel que la maladie de leur enfant qui vient abolir leurs repères, ces familles en situation de fragilité trouveraient aux urgences le moyen idéal de restaurer le bien-être de leur enfant, et donc leur équilibre. Autrement dit, focalisés sur leurs propres soucis professionnels, financiers, conjugaux et culpabilisés par certains de leurs choix, les parents ne parviendraient pas à comprendre les besoins de leur enfant malade. Ils seraient alors moins tolérant à la maladie et préféreraient confier cette tâche à un tiers.

Ainsi, c'est à partir du moment où le patient va se sentir en «état d'urgence», qu'il va s'orienter vers un service d'urgence afin d'obtenir une consultation rapide.

Non seulement, le recours aux services d'urgences pédiatriques n'est pas toujours justifié mais il en est de même concernant l'utilisation du système de soins en général. Dans sa large étude ayant pour objectif d'analyser les motifs, les circonstances et la pertinence des consultations non programmées dans l'ensemble du système de soins lyonnais chez les moins de 18 ans, Stagnara parle d'un dysfonctionnement lié à la démarche des parents. En effet, les résultats montrent que les recours ne se justifient pas toujours et qu'ils pourraient souvent être différés, que ce soit au niveau des structures d'urgences ou alors chez les médecins généralistes ou pédiatres libéraux[23].

Certaines consultations considérées comme «injustifiées» seraient alors symptomatiques d'un mal-être familial non formulé. Celles-ci nécessiteraient d'ailleurs une attention particulière avec orientation vers les services compétents.

6.3.3 La mission des structures d'urgences?

Avant 1965, à l'hôpital, il n'existait aucun règlement spécifique au service d'urgence. Cet état de fait fut clos par la circulaire ministérielle du 29 janvier 1975 «relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences» où y est introduit la notion de Droit de la Santé *«les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure d'accueillir*

les malades, de jour comme de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier».

Plusieurs rapports et lois se sont succédés. Ainsi la circulaire DH DGS-90-326 du 15 février 1990 insère la notion «d'urgence ressentie» permettant aux usagers d'avoir la possibilité de se rendre aux urgences avec leur propre conception de l'urgence.

Différents rapports, tels que celui de Descours[24], ont proposé des mesures destinées à améliorer la qualité du service rendu des urgences. Ceci afin de les rendre attractives et leur permettant de faire face à une demande de soin non programmée tout en mettant à disposition du public des ressources médicales et techniques performantes. Néanmoins, dans le rapport sur la médicalisation des urgences, Steg cite «*les services d'urgences sont souvent considérés comme une sorte de supermarché pour examens complémentaires*»[20].

La vision floue de l'utilisateur concernant les droits auxquels il peut légitimement prétendre, ne serait-elle pas expliquée par la contradiction du corps médical qui dénonce la tendance à la surmédicalisation qu'il a lui-même induit ?

6.4 Propositions

6.4.1 Informer et éduquer les familles

Il a été exposé précédemment que l'inquiétude des parents jouait un rôle essentiel dans la demande de soins urgents. Réussir à gérer cette inquiétude serait une tâche à confier au médecin référent de l'enfant et non aux urgences. En effet celui-ci, connaissant mieux l'enfant ainsi que son contexte socio-économique pourrait proposer des recommandations adaptées sous forme de conduites à tenir voire de prescriptions anticipées répondant à un éventuel événement. Ce point nous paraît fondamental tant il subsiste un vide dans ce domaine. Probablement de peur de générer toujours plus d'angoisse, l'information anticipée est souvent négligée alors que la responsabilité même du médecin généraliste réside dans l'anticipation de la maladie.

Par ailleurs, cette subordination de la famille envers le médecin est, encore une fois, une contradiction qui a été induite par le corps médical au fil des siècles. Certes le monopole médical a permis une baisse de la mortalité infantile au XX^e siècle mais est-il toujours légitime quand il s'agit des actes de puériculture (horaires des tétées, position idéale pour coucher le nourrissons...)? Ce manque d'autonomie dans la prise en charge de la petite enfance aurait induit progressivement chez les mères le sentiment qu'elles n'étaient plus capables d'allaiter sans conseil d'une sage-femme, de juger de la gravité de l'état de leur enfant

ou d'administrer un traitement sans avis médical. A ce sujet, Morel, historienne et spécialiste de la petite enfance, se demandait déjà, en 2000, s'il n'était pas trop tard pour leur rendre cette liberté ?[25]

6.4.2 Revaloriser la médecine libérale

En ayant recours aux urgences pédiatriques, l'accompagnant s'attend à avoir un avis spécialisé. Cette conception rassurante de l'hôpital témoigne de l'absence de connaissance de son fonctionnement où la plupart des médecins y sont encore en formation alors que les médecins libéraux sont, pour la plupart d'entre eux, des médecins confirmés disposant d'une formation en pédiatrie leur permettant de prendre en charge la majorité des troubles de l'enfant.

6.4.3 Orienter ou réorienter par le biais de réseaux

En dehors des patients auto-référés, il est fréquent que les patients viennent aux urgences suite au conseil du médecin régulateur du centre 15. En effet, nous pouvons remarquer, que le médecin régulateur oriente souvent les patients vers les urgences lorsque ceux-ci demeurent proches d'un centre hospitalier. Cependant, dans les zones reculées, le recours au médecin généraliste est plus coutumier. Hors urgences avérées, les recommandations du médecin du centre 15 devraient-êtr le recours au médecin généraliste en première intention.

Bien que non aisée, la mise en place d'un triage effectué par du personnel compétent permettrait, en second lieu, d'orienter les patients vers une consultation sans rendez-vous dans l'enceinte de l'hôpital afin d'assurer une fluidité dans le traitement des cas.

Plusieurs expériences sont en cours, telles que le système de permanence testé depuis 2003 à l'Hôpital Robert-Debré durant les périodes épidémiques sans que celui-ci ait obtenu le succès escompté.

A Saint-Quentin, il existe également une maison médicale de garde, appelée URGEF (Union et Regroupement des médecins Généralistes en Exercice Fonctionnel). Celle-ci est née en 2004 d'un regroupement de 72 médecins généralistes de 5 secteurs de garde. Située au sein même du centre hospitalier de Saint-Quentin depuis 2013, elle est composée d'un médecin généraliste et d'une secrétaire. Cette maison médicale est ouverte les samedis de 12 heures à 19 heures, les dimanches et les jours fériés de 9 heures à 19 heures. Bien que très proche du service des urgences, il n'y a jamais de réorientation concernant les enfants, ni concernant les adultes.

Les patients, dont on dénonce le mésusage des urgences, viennent plutôt la journée, nous pouvons donc tout à fait imaginer élargir les plages horaires durant les heures ouvrables afin de satisfaire les consultations non programmées, et cela sous la forme d'un véritable dispensaire aux portes des hôpitaux. Il serait souhaitable de mettre en réseau les différents acteurs de l'urgence, notamment d'instaurer un véritable partenariat avec les urgences.

Toutefois, les hôpitaux subissent à la fois la pression des textes réglementaires rappelant l'obligation de promulguer des soins mais aussi la pression de leur administration pour les maintenir à l'intérieur des limites fixées par le budget. Ce dernier point se fait de plus en plus ressentir depuis l'instauration de la tarification à l'acte et ne serait-il pas l'explication, sinon partielle, de l'absence de coopération entre les structures d'urgences et les différents systèmes de permanence de soins ? En effet, les urgences seraient-elles séduites par ces patients peu chronophages mais pourtant rentables ?

Il est à noter que, d'après la Cour des Comptes, un passage aux urgences coûterait en moyenne 161,50 euros en 2014 [26] contre 25 euros pour une consultation durant les heures ouvrables. Nous pourrions alors imaginer une tarification dédommageant le triage effectué par les urgences hospitalières qui orienterait les patients vers ces permanences de soins.

D'autre part, l'association SOS médecin a débuté son activité à Saint-Quentin le 11 février 2013. L'équipe est composée de médecins généralistes habitués aux consultations non programmées, voire de médecins urgentistes. Ils bénéficient d'un cabinet de consultation et interviennent dans un périmètre incluant la ville de Saint-Quentin et «sa petite couronne»*. Cette structure peut-être une alternative à la consultation aux urgences lorsque la disponibilité du médecin habituel est impossible. Au vu de la démographie médicale du territoire, cette pratique n'est pas exceptionnelle et semble bien acceptée à la fois par les patients et par les médecins généralistes.

Il est important de noter que ces pratiques n'exposent pas à une rupture dans la continuité de soins puisqu'il est habituel que les patients consultent le médecin traitant dans les jours suivant la consultation non programmée (73,9 % selon cette étude).

*Saint-Quentin, Castres, Contescourt, Dallon, Essigny-le-Petit, Fayet, Fieulaine, Fonsomme, Fontaine-Notre-Dame, Fontaine-lès-Clercs, Francilly-Selency, Gauchy, Gricourt, Grugies, Harly, Holnon, Homblières, Itancourt, Lesdins, Marcy, Mesnil-Saint-Laurent, Morcourt, Neuville-Saint-Amand, Omissy, Remaucourt, Rouvroy et Urvillers

7 Conclusion

Une des causes avancées pour expliquer l'inflation du nombre de passages aux urgences pédiatriques est souvent son mésusage. En effet, les urgentistes parlent souvent de « bobologie » pour stigmatiser les patients ayant recours aux urgences et qui auraient pu relever de la médecine générale. Représentant 35,1 %, ces consultants potentiellement ambulatoires peuvent participer à un engorgement des services d'urgence notamment durant les périodes épidémiques.

La relative indisponibilité du médecin de ville est l'une des principales motivations dans le choix de s'orienter aux urgences et participerait à la fuite des consultants du secteur ambulatoire vers le secteur hospitalier. Certes la démographie médicale en baisse concourt à cette affluence mais il ne faut pas négliger l'évolution du comportement des usagers vis à vis des problèmes de santé aigus. Ces usagers, dont la tolérance à la maladie n'a jamais été aussi faible, trouvent dans les services d'urgence une réponse rapide à leurs attentes.

Des solutions pourraient être renforcées ou élaborées en s'appliquant à n'être ni idéologiques, ni politiques, ni économiques mais préférablement médicales et éthiques. Outre une éducation des familles dans le but d'un meilleur usage des services d'urgences, il est important de revaloriser la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des enfants ainsi que de développer un partenariat entre le secteur hospitalier et libéral.

Références bibliographiques

- 1: Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63.
- 2: Sills MR Fairclough DL, Ranade D, et al. Emergency department crowding is associated with decreased quality of analgesia delivery for children with pain related to acute, isolated, longbone fractures. *Acad Emerg Med* 2011;18:1330–8.
- 3: Territoire de santé Aisne Nord Haute-Somme. ARS et OR2S; 2011 janv. Les territoires de santé en Picardie.
- 4: Chiffres clés Évolution et structure de la population de Saint-Quentin [Internet]. Insee; 2012. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-02691.
- 5: Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. JORF n°119 du 23 mai 2006 page 7535 texte n° 12. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte>.
- 6: Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.html>.
- 7: Sommelet D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. *Archives de Pédiatrie*. août 2007;14(8):1011-9.
- 8: Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. févr 2009;57(1):3-9.
- 9: Ferme D. Consultations aux urgences pédiatriques : caractéristiques socioéconomiques et parcours de soins de 104 enfants accueillis au CHU d'Angers. Université d'Angers - Faculté de Médecine; 2014.
- 10: Bouloche J, Guibert L, Godde F, Devos AM, Amussini P, Julien JP, et al. Pediatric emergencies in Le Havre hospitals: analysis of admission modalities. *Arch Pediatr*. Juin 1995;2(6):601-2.
- 11: Jeandidier B, Dollon C, Laborde H, Paries J, Gaudelus J. Le faux débat des fausses urgences. *Archives de Pédiatrie*. janv 1999;6:S464-6.
- 12: Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné ». *Archives de Pédiatrie*. Janv 1997;4(1):21-6.
- 13: Veyre A. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques. Université Paris VII - Denis Diderot - Faculté de Médecine Xavier Bichat; 2009.
- 14: Carrasco V, Baubeau D, D.R.E.E.S. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. janv 2003;(212):8p.

- 15: Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population. Université de Poitiers - UFR Médecine et Pharmacie; 2013.
- 16: Hascoet J. Patients auto-référés dans quatre services d'Urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ? Université de Rouen - UFR Médecine et Pharmacie; 2013.
- 17: Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et résultats, Drees, n° 215. janvier 2003.
- 18: Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences de Nanterre. Université Paris VII - Denis Diderot - Faculté de Médecine Xavier Bichat; 2009.
- 19: Benet X. La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant. Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen [Internet]. Université de Rouen - UFR Médecine et Pharmacie; 2014.
- 20: Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences. Conseil économique et social; 1993.
- 21: Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2006 mars.
- 22: Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. Archives de Pédiatrie. mars 2001;8(3):259-67.
- 23: 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. Archives de Pédiatrie. févr 2004;11(2):108-14.
- 24: Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins [Internet]. 2003 janv. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf.
- 25: Morel MF. Le tout-petit, sa mère et le médecin: la médicalisation de la petite enfance (XVIIIe–XXe siècles). Archives de Pédiatrie. janv 1999;6:S444-7.
- 26: Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Sécurité sociale, Cour des Comptes; 2014 sept.

8 Annexes

Annexe A : Questionnaire

Ce questionnaire, strictement confidentiel, est destiné à la réalisation d'une thèse de médecine générale dans le but de l'amélioration de la prise en charge des enfants.
Les données seront anonymisées et ne parviendront pas au médecin suivant l'enfant.

Nom de l'enfant: _____

Prénom de l'enfant: _____

Étiquette

Age de l'enfant: _____

Acceptez-vous de répondre au questionnaire ?

Oui Non

Dans quelle ville habite l'enfant? Code postal /_/_/_/_/_/

Quel est le motif de consultation aux urgences?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> un accident y compris accident du travail
(par exemple une plaie, une brûlure, une entorse ou une fracture) | <input type="checkbox"/> une angoisse |
| <input type="checkbox"/> des violences ou une agression subies | <input type="checkbox"/> de la fièvre |
| <input type="checkbox"/> un malaise | <input type="checkbox"/> des diarrhées ou des vomissements |
| <input type="checkbox"/> une douleur | <input type="checkbox"/> des saignements |
| <input type="checkbox"/> une gêne (par exemple des démangeaisons ou une difficulté à respirer) | <input type="checkbox"/> Autre motif (libre) :

_____ |

Les troubles ont débuté

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> il y a moins d'1 heure | <input type="checkbox"/> entre 48 heures et 5 jours |
| <input type="checkbox"/> entre 1 heure et 48 heures | <input type="checkbox"/> plus de 5 jours |

Un médecin suit-il régulièrement l'enfant?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> le médecin disponible que je trouve |
| <input type="checkbox"/> un pédiatre | <input type="checkbox"/> aucun médecin |
| <input type="checkbox"/> la PMI | |

Avez-vous déjà consulté auparavant votre médecin généraliste ou un pédiatre pour ce problème ?

- Oui, un médecin généraliste
 Oui, un pédiatre
 Non

Si oui, il y a combien de temps ? _____

Avez-vous essayé de soigner l'enfant par vous-même pour ce problème?

- Oui Non

Pourquoi avez vous choisi les urgences pédiatriques ?

- Médecin de ville indisponible ou le rendez-vous proposé ne convenait pas
- Je pensais que l'enfant aurait eu besoin d'une hospitalisation
- Je préférerais avoir un avis spécialisé en pédiatrie
- Je pensais que l'enfant aurait eu besoin d'un examen complémentaire ou d'un geste technique (attelle, suture, plâtre, ...)
- Après conseil d'un médecin
- Pour avoir un deuxième avis
- Je n'ai pas d'argent à avancer
- Proximité de mon domicile / travail / école
- L'enfant est suivi à l'hôpital
- Autre (libre) : _____

Quelle est la couverture sociale de l'enfant?

- Sécurité Sociale
- Aucune sécurité sociale
- CMU
- Ne sait pas
- Maladie prise en charge à 100%

Quelle est la complémentaire santé de l'enfant ?

- CMU complémentaire
- Aucune complémentaire santé
- Mutuelle ou assurance complémentaire
- Ne sait pas

Quel est votre métier ? (principal accompagnant de l'enfant)

- Agriculteur, exploitant
- Ouvrier
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Retraité
- Cadre
- Sans emploi
- Employé
- Autre (libre) : _____

Après ce passage aux urgences pour ce problème , avez-vous l'intention d'informer le médecin qui suit l'enfant ?

- oui, en le consultant
- oui par téléphone, courrier (sans consultation)
- non

De façon générale chez un enfant, quels signes doivent faire consulter aux urgences sans perdre de temps ?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Merci de votre participation.

Annexe B : Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee révisée en 2003

Source Insee,

Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
8	24	42	497
postes	postes	postes	postes

	Groupes socioprofessionnels (8 postes dont 6 pour les actifs)	Catégories socioprofessionnelles (42 postes dont 31 pour les actifs)
1	Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisan 22 Commerçant et assimilés 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus 31 Professions libérales
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles 37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4	Professions intermédiaires	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises 47 Techniciens 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5	Employés	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires 54 Employés administratifs d'entreprise 55 Employés de commerce 56 Personnels des services directs aux particuliers
6	Ouvriers	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport 67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal 69 Ouvriers agricoles
7	Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants 72 Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise 74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires 77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8	Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé 83 Militaires du contingent 84 Élèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

Annexe C : Nombre de questionnaires recueillis en fonction du nombre de passages des différents jours de la période de l'étude.

	Passages par 24h	Heures ouvrables*		Questionnaires	
		Passages	%	Nombre recueillis	% recueillis
Lundi 15/06/15	68	49	72,1	25	51
Mardi 16/06/2015	62	53	85,5	22	41,5
Lundi 22/06/2015	53	36	67,9	17	47,2
Mardi 23/06/2015	46	33	71,7	19	57,6
Mercredi 24/06/2015	43	28	65,1	13	46,4
Jeudi 25/06/2015	37	30	81,1	19	63,3
Vendredi 26/06/2015	37	24	64,9	12	50
Mardi 18/08/2015	32	21	65,6	11	52,4
Mercredi 19/08/2015	32	28	87,5	13	46,4
Jeudi 20/08/2015	38	23	60,5	12	52,2
Vendredi 21/08/2015	31	20	64,5	14	70
Samedi 22/08/2015	50	7	14	5	71,4
Lundi 24/08/2015	32	28	87,5	20	71,4
Mardi 25/08/2015	35	32	91,4	6	18,75
Jeudi 27/08/2015	41	28	68,3	6	21,4
Vendredi 28/08/2015	36	23	63,9	6	26,1
Samedi 29/08/2015	38	4	10,5	1	25
Lundi 31/08/2015	40	28	70	18	64,3
Total	751	495	65,9	239	48,3

*du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h

Annexe D : Nombre de passages annuels par jour de la semaines des années 2014 et 2015 ainsi que le nombre de passages par jour durant la période de l'étude.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total
2014							
Passages sur 24heures	2702	2377	2381	2449	2458	2512	17544
Passages heures ouvrables	2001	1754	1720	1793	1778	455	9501
Pourcentage	74,1	73,8	82,2	73,2	72,3	18,1	54,2
1er semestre 2015							
Passages sur 24heures	1543	1364	1345	1423	1295	1361	9800
Passages heures ouvrables	1154	1008	990	1060	928	260	5400
Pourcentage	74,8	73,9	73,6	74,5	71,7	19,1	55,1
Population étudiée							
Passages sur 24heures	193	175	75	116	104	88	495
Passages heures ouvrables	141	139	56	81	67	11	751
Pourcentage	73,1	79,4	74,7	69,8	64,4	12,5	65,9

Annexe E : Tableau de l'activité des médecins généralistes dans l'Aisne en 2013.

Source : Eco-Santé France, Régions & Départements 2016 - Mise à jour : Avril 2016

Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>

Année	Nombre de médecins en APE*	Nombre de consultations par APE*	Nombre de visites / APE*	Nombre de consultations et visites / APE*	Nombre de consultations et visites pour l'ensemble du département
2013	366	5546	678	6224	2227984

***APE (Actifs à part entière)** qui constitue un groupe de population homogène. Un professionnel à part entière est un professionnel qui a exercé une activité libérale normale sur une année complète, dans un cadre conventionnel. La part des effectifs APE est différente selon les professions de santé et les spécialités. Les effectifs APE ne comprennent pas : les médecins qui se sont installés en cours d'année, ceux qui sont encore en activité après 65 ans, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein, et ceux qui ne sont pas conventionnés.

9 Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

**PLACE DU MÉDECIN TRAITANT DANS LE PARCOURS DE SOINS
DES ENFANTS CONSULTANT AUX URGENCES PÉDIATRIQUES :
CARACTÉRISTIQUE ET MOTIVATION DES PATIENTS RELEVANT
DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE.**

INTRODUCTION : Le nombre de consultations aux urgences ne cesse d'augmenter ces dernières années avec un ressenti de progression des consultations qui auraient pu être gérées en ambulatoire. L'objectif de l'étude est de décrire les consultations prises en charge aux urgences pédiatriques qui auraient pu être gérées par un médecin généraliste.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive prospective. Le recueil des données s'est effectué par remise de questionnaires aux accompagnants de tous les mineurs consultant aux urgences pédiatriques du centre hospitalier de Saint-Quentin durant les heures ouvrables. Le critère de jugement principal était le nombre de consultations potentiellement ambulatoires définies par l'absence d'adressage, d'examen complémentaire, de geste technique ainsi que l'absence d'hospitalisation. Pour cela les dossiers de tous les patients inclus ont été consultés. Le seuil de significativité est de 0,05.

RÉSULTATS : 239 patients ont été inclus. Le résultat sur le critère principal montrait 84 consultants potentiellement ambulatoires soit 35,1 % des répondants. Les trois principales motivations dans le choix de s'orienter vers les urgences pédiatriques sont : le désir d'un avis spécialisé en pédiatrie, l'indisponibilité du médecin de ville et l'accès au plateau technique.

CONCLUSION : Plus d'un tiers des patients consultant aux urgences durant les heures ouvrables pourraient être gérés en ambulatoire. La revalorisation des médecins généralistes ainsi que le développement d'un véritable partenariat entre le secteur hospitalier et libéral pourrait améliorer la gestion de ces patients.

MOTS CLES :

Pédiatrie ; Urgences ; Médecins Généralistes ; Santé de l'enfant ; Continuité de soins ; Accessibilité des services de santé ; Mésusage des services de santé.

**GENERAL PRACTITIONER'S PLACE IN CHILDREN PATIENTS
HEALTHCARE PATHWAYS IN PAEDIATRIC EMERGENCY :
FEATURES AND MOTIVATIONS PATIENTS UNDER
GENERAL PRACTICE COMING.**

INTRODUCE : The last few years, number of consultations in emergency incessantly increase with, like a felt, these kind of consultations could in ambulatory have been treated. The purpose of this study intend to describe consultations in paediatric emergency instead by a general practitioner made.

MATERIALS AND METHODS : We made a descriptive foresight epidemiologic study. In fact, we collected all information we need with feedback questionnaire in working hours distributed. Interviewees was persons whose accompanied children patients in paediatric emergency on Saint Quentin's hospital. General criterion was the number of consultations which possible to be in ambulatory carrying, characterized by a failure of advise, an examination necessity, technical gesture and also absence of hospitalization. All files of administered patients was read, consulted to extract the significant threshold : 0.05.

RESULTS : 239 patients was enclosed. Result about the general criterion showed 84 patients could been able te ambulatory looked after be, so 35.1% of interviewees. Three main motivations about this choice to head for paediatric emergency are : Have an opinion from a paediatric practitioner, the unavailability of an usual general practitioner, the access of all technical area.

CONCLUSION : More of third of consulting patients in emergency during working hours could be in ambulatory treated. The rise of general practitioner and the development of a real partnership between hospital's sector and liberal could make this administrations and management of these patients better.

KEYWORDS :

Pediatrics ; Emergency ; General practioners ; Child health ; Continuity of patient care ; Health services accesssibility ; Health services misuse.