



HAL
open science

La surcharge du service des urgences pédiatriques du CHU de Rouen. Étude épidémiologique descriptive des patients consultants pour des pathologies relevant de la médecine générale. Quel profil? Quelles solutions?

Constance Campergue Gancel

► To cite this version:

Constance Campergue Gancel. La surcharge du service des urgences pédiatriques du CHU de Rouen. Étude épidémiologique descriptive des patients consultants pour des pathologies relevant de la médecine générale. Quel profil? Quelles solutions?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01978997

HAL Id: dumas-01978997

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01978997>

Submitted on 12 Jan 2019

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

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

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

Constance CAMPERGUE GANCEL

Née le 13 Janvier 1989 à Versailles (78)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 11 JUILLET 2018

La surcharge du service des urgences pédiatriques du CHU de Rouen. Etude épidémiologique descriptive des patients consultants pour des pathologies relevant de la médecine générale. Quel profil ? Quelles solutions ?

PRESIDENT DU JURY : Professeur Benoît VEBER

MEMBRES DU JURY : Professeur Agnès LIARD

Professeur Luc-Marie JOLY

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Benjamin MOKDAD

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

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

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNQC	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

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

REMERCIEMENTS :

A monsieur le Professeur Benoît Veber :

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Un grand merci pour votre accueil dans le service de réanimation chirurgicale. Merci pour votre soutien, votre bienveillance et votre écoute attentive. Soyez assuré de mon profond respect.

A madame le Professeur Agnès Liard :

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité aux urgences pédiatriques. Soyez assurée de mon profond respect.

A monsieur le Professeur Luc-Marie Joly :

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Merci pour votre accueil dans l'équipe médicale des Urgences Adultes du CHU. Soyez assuré de mon profond respect.

A monsieur le Docteur Benjamin Mokdad :

Merci Benjamin d'avoir accepté de m'aider pour ce travail de thèse. Merci pour tes précieux conseils, ta rigueur, ta gentillesse. Merci pour toutes les choses que tu m'as apprises lors de mon passage en médecine légale, pour tes encouragements, pour ton soutien. Sois assuré de ma plus grande reconnaissance et de mon profond respect.

A Mathias Lé :

Merci Mathias d'avoir accepté de m'aider pour ce travail de thèse mais aussi pour mon mémoire. Merci d'avoir apporté ton savoir scientifique à mes idées. Merci pour ce temps précieux que tu m'as accordé.

A monsieur le Docteur Vincent Lemarié :

Merci Vincent pour ton aide à diriger mon mémoire. Merci d'avoir accepté cette tâche alors que tu étais presque de nouveau papa. Merci pour tes remarques et tes conseils. Sois assuré de ma plus grande reconnaissance.

A madame Nathalie Bréant :

Un grand merci de votre aide à l'obtention des données pour ce travail de thèse. Merci pour le temps que vous m'avez accordé. Soyez assurée de ma plus grande reconnaissance.

A ma famille :

A Papa que j'aurais aimé voir assis ce jour dans l'assemblée qui aurait été fier de sa doudou.

A Maman, merci pour ton soutien sans faille, tes conseils avisés, ton amour. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi qui me permet d'être ce que je suis aujourd'hui. Je t'aime.

A mon Thibault. Merci mon amour pour ton soutien tout au long de ces longues années de médecine. Des cours de 1^{ère} année à aujourd'hui... Merci pour ta présence à mes côtés pour affronter toutes les épreuves que la vie a placé sur notre chemin. Merci pour ton optimisme et ta bonne humeur. Merci pour tout ce que nous avons bâti jusqu'alors et pour ce qu'il nous reste encore à construire. Je t'aime.

A toi mon André d'amour, mon rayon de soleil, l'amour de ma vie. Merci pour tes sourires, tes câlins. Tu es arrivé dans ma vie au moment où j'avais le plus besoin de toi. Merci de m'avoir appris à relativiser. Je t'aime tellement.

A Pauline et JB, la team Campergue...what else ! Nous sommes unis et forts ! Je suis heureuse de compter parmi nous Mathias, Alix, Tiph et bienvenue à Rapha !

A mes Grands-parents. Merci pour votre fierté et votre confiance. Des cahiers de vacances aux petites consultations médicales téléphoniques... Pour votre amour...merci.

A mes couzinzins chéris. Nous sommes tous dispatchés aux 4 coins de la planète mais nous sommes unis. Tous ces souvenirs passés avec vous me rappellent à chaque fois à quel point notre famille est belle. Je vous aime.

A mes oncles et tantes.

A ma belle famille.

A mes amis :

A ma Chouchou d'amour, ma besta! Merci d'avoir été à mes côtés depuis le début de l'aventure. Je ne citerai pas tous nos souvenirs...il y en a tellement. Je suis fière d'être ton amie, d'avoir traversé ensemble les moments les plus importants de nos vies...et ce n'est pas fini !

A Floflo, Clem, Jojo, Papi Lulu, Beubeu, Chacha, Loulou, Susu, Josse, Avé, Gab (et bébé Noah) merci mes amis pour tous ces moments passés tous ensemble : les révisions à MedSup, les répèt de musique, les soirées au Saxo, les vacances, les embrouilles, les larmes de joie, les câlins... Je vous aime fort et même si nous sommes loin désormais vous êtes tous les jours un petit peu avec moi.

Aux meufs les plus belles : Dodo, Justine, Margot et Marie. De ce 1^{er} semestre à Elbeuf à aujourd'hui nous avons traversé l'internat ensemble. A nos discussion chiffons, couches, grossesse, mariage. A nos soirées Bachelor.... Merci

Aux Mousquetaires : mon Jeannoue, ma Pollux, ma Clairette et désormais à Andrew, Lolo, Tom, Céleste, Guilhem, Valentine, André, Auguste et bébé Charlotte. Vous êtes dans mon cœur et dans ma vie depuis si longtemps...vous m'avez supportée et accompagnée durant toutes ces années difficiles par la présence, la pensée, la prière avec bienveillance et gentillesse. Je regrette aujourd'hui que nous soyons si loin. Je vous aime fort.

Au golfeurs du dimanche : Oh mon JC, ma Marthouille, mon Nico, ma Sand, Marie, Mélissa, Raphaël, Jo, Mathilde, Marie-Lys, Pierre, Arnaud, Domi et désormais les Mini nous : Lou, Capucine, Gabriel, André, Auguste, Briac, Augustin et bébé Maël. Merci pour ces moments passés tous ensemble.

A Yahia. Que te dire...de ce 2nd semestre à DV à aujourd'hui futur collègue, je pourrais écrire des pages mais tu sais déjà toute l'estime que j'ai de toi. Je suis fière d'être ton amie.

Aux urgentistes de Ouf : Yahia, Guigui, Clotilde (sans H!) et Manon. A nos petites escapades aux 4 coins du G4, à nos préparations de PowerPoint, à nos révisions de dernières minutes, à votre bonne humeur...merci. Prochaine étape : le mémoire...

A la Dream team de Réa chir : ma Zoué d'amour, Anaïs, Gerem, Cam, Geo, Fred, Etienne et Javièr. Merci d'avoir accueilli votre Consti. Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant ces 6 mois. Merci pour votre soutien sans faille dans les moments difficiles. Merci pour ces bières aux Vixen. Je vous aime les DESAR.

Aux mauvaises : Mat, Bisoma, Elsou et Regnalleb. Haha merci les filles pour ce groupe défouloir. Merci pour ces post qui me font sourire à chaque fois et qui me remontent le moral ! Merci pour ces fous rires aux urgences pédiatriques ! N'oublions pas de rester nous mêmes : des princesses !

A Pauline : ma best co-interne de médecine légale. Merci pour ce semestre passé ensemble. Merci de m'avoir soutenue quand j'étais triste. Je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin.

A mes poulets du Samu : Anto et Laure !

A tous les internes que j'ai côtoyé pendant ces 3 années d'internat.

A tous ceux qui me font l'honneur d'assister à ma soutenance et à ceux qui liront ces pages.

A tous les médecins qui m'ont accompagnée au cours de mon internat :

Au Docteur Wali Hatam. Merci Wali de m'avoir accompagnée dans cette 1ere aventure de l'internat. Merci pour ces visites du service qui se transformait en cours d'Histoire...

Aux Docteurs Ludovic Strozyk et Pierre-Antoine Riquier. Les meilleurs 'prat' ! Merci pour ce semestre passé à vos côtés. Pour tous ce que vous m'avez appris, vos conseils, votre bienveillance, merci de m'avoir guidés dans mes choix d'orientation.

Au Professeur Gilles Tournel. Merci Professeur de m'avoir accueillie dans votre service de médecine légale. Merci de votre disponibilité et votre sympathie. Merci pour vos blagues et pour les trajets vers Le Havre sur son de Céline Dion, les vaches normandes ou que sais-je ?! A toute l'équipe de médecine légale Emilie, Jihane, ACL, Cyril...

A toute l'équipe médicale de Réa Chir, les meilleurs ! Merci à tous pour ce super semestre passé à vos côtés, votre bienveillance, j'ai adoré travailler avec vous et j'espère avoir la chance de vous croiser de nouveau de temps en temps !

A toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences du CHU de Rouen. Merci pour ce semestre qui m'a donné envie de m'orienter vers la médecine d'urgence. Merci de m'accueillir dans l'équipe !

A toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences pédiatriques du CHU de Rouen. A Maude, Alexis, Mariam...

Au Dr Matthieu Côme, pour ta bonne humeur et pour avoir apporté un peu de vie tourangelle à Rouen. Au Dr Juliette Raghani, merci pour tout ce que tu m'as appris pendant ces 3 mois aux urgences. Merci pour ta douceur, ta gentillesse, ton savoir.

A toute l'équipe médicale et paramédicale du SAMU de Rouen. Merci pour ces 3 mois passés à vos côtés. Hâte de travailler de nouveau avec vous. .

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à mon enseignement médical.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

L'hôpital public demeure, quoiqu'il arrive, la pierre angulaire du service public et le creuset du savoir faire hospitalier.

(Projet Régional de Santé Haute Normandie 2012-2017. ARS)

TABLE DES MATIERES

INDEX DES FIGURES	22
INDEX DES TABLEAUX	23
LISTE DES ABREVIATIONS	24
INTRODUCTION	25
PARTIE 1 - LE CONTEXTE NATIONAL ET GENERALITES	25
LA MEDECINE D'URGENCE	25
L'organisation des urgences à l'hôpital	25
Les missions	26
La classification des malades aux urgences	26
Le triage en structure d'urgences	27
La fréquentation des services d'urgences	28
<i>Les causes</i>	28
<i>Les conséquences</i>	31
Le coût d'une consultation aux urgences	32
LE MEDECIN GENERALISTE ET LE RECOURS AU SOINS	33
La démographie médicale (40)	33
<i>En Haute-Normandie</i>	34
LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE	35
Le cadre législatif	35
L'organisation de la PDS en France	36
Les maisons médicales de gardes	36
La mise en place du numéro national unique	37
L'organisation de la PDS en Haute Normandie	37
PARTIE 2 – LA PEDIATRIE	39
LA PEDIATRIE GENERALE	39
Démographie médicale des pédiatres	39
Démographie médicale des pédiatres en Haute-Normandie	39
LES URGENCES PEDIATRIQUES	40
En Haute Normandie	40
Les urgences pédiatriques au CHU de Rouen	41
<i>L'organisation</i>	41
JUSTIFICATIF DE L'ETUDE	44
MATERIEL ET METHODE	45
Présentation des données utilisées	45
Appariement des bases de données, retraitements et restrictions	46
L'analyse statistique : principes généraux	47
RESULTATS	48
Résultats généraux	48

<i>Répartition mensuelle</i>	48
<i>Répartition hebdomadaire</i>	49
<i>Répartition horaire</i>	50
<i>Les caractéristiques des patients</i>	51
<i>L'orientation des patients</i>	53
Les patients scorés 4	55
<i>La fréquentation</i>	55
<i>Les caractéristiques des patients</i>	59
<i>La prise en charge</i>	62
DISCUSSION	66
Discussion des résultats et comparaison aux données de la littérature	66
Les patients aux urgences pédiatriques	66
Les patients Score 4	68
<i>Solutions proposées</i>	72
<i>Revoir la permanence des soins et informer les patients</i>	72
<i>La réorientation des patients</i>	72
<i>La mise en place d'un circuit court</i>	73
<i>Optimisation de la ligne enregistrée</i>	74
<i>Forces et limites de l'étude</i>	75
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	77

INDEX DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Evolution du nombre de passage annuel aux urgences depuis 1996.	28
<u>Figure 2</u> : Répartition mensuelle du nombre de passages annuels aux urgences pédiatriques tout secteur confondu (médecine, chirurgie, ORL).	48
<u>Figure 3</u> : Répartition mensuelle en fonction des secteurs (médecine et chirurgie) pour les années 2016 et 2017 confondues.	49
<u>Figure 4</u> : Répartition hebdomadaire 2016 et 2017 des passages aux urgences tout secteur confondu.	49
<u>Figure 5</u> : Répartition hebdomadaire des passages aux urgences en fonction des secteurs médecine et chirurgie pour les années 2016 et 2017 confondues.	50
<u>Figure 6</u> : Répartition horaire des passages aux urgences pédiatriques tout secteur confondu.	50
<u>Figure 7</u> : Répartition par tranche horaire en fonction des secteurs années 2016 et 2017 confondues.	51
<u>Figure 8</u> : Répartition de l'âge des patients en fonction des secteurs, années 2016 et 2017 confondues.	52
<u>Figure 9</u> : Répartition des patients en fonction de leur provenance tout secteur confondu.	52
<u>Figure 10</u> : Répartition sectorielle des passages en fonction de la provenance du patient, années 2016 et 2017 confondues.	53
<u>Figure 11</u> : Part des hospitalisations et des retours à domicile tous secteurs (médecine, chirurgie, ORL) confondus.	53
<u>Figure 12</u> : Orientation des patients en fonction de leur secteur d'origine pour les années 2016 et 2017 confondues.	54
<u>Figure 13</u> : Orientation des patients en fonction de leur provenance, années 2016 et 2017 ainsi que tout secteur confondu.	54
<u>Figure 14</u> : Répartition sectorielle des patients scorés 4, années 2016 et 2017 confondues.	55
<u>Figure 15</u> : Répartition mensuelle des patients scorés 4, années (2016 et 2017) et secteurs confondus.	56
<u>Figure 16</u> : Répartition mensuelle des patients scorés 4 en fonction des secteurs médecine et chirurgie pour la seule année 2016.	57
<u>Figure 17</u> : Répartition horaire des patients score 4, années (2016 et 2017) et secteurs confondus.	58
<u>Figure 18</u> : Répartition horaire des patients Score 4 en fonction des secteurs (médecine et chirurgie), années 2016 et 2017 confondues.	59
<u>Figure 19</u> : Répartition de l'âge des patients score 4 tout secteur confondu.	59
<u>Figure 20</u> : Répartition des patients score 4 en fonction de leur provenance géographique tout secteur confondu pour les années 2016 et 2017.	60
<u>Figure 21</u> : Orientation des patients score 4 en fonction de leur répartition sectorielle (médecine ou chirurgie).	64

INDEX DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2015 selon le statut et l'autorisation.	40
<u>Tableau 2</u> : Nombre de passages en fonction du secteur médecine, chirurgie ou ORL.	48
<u>Tableau 3</u> : Âge des patients consultant aux urgences pédiatriques en 2016 et 2017.	51
<u>Tableau 4</u> : Proportion de patients bénéficiant d'une hospitalisation en fonction de leur provenance géographique « Rouen et son agglomération » (n=40 377) et « autre provenance » (n=25 046) parmi tous les patients consultant aux urgences pédiatrique du CHU de Rouen.	55
<u>Tableau 5</u> : Proportion de patients score 4 en fonction du mois de consultation « décembre » (n=3437) et « autre mois de l'année » (n=31 594) parmi tous les patients consultant aux urgences pédiatriques en 2016.	56
<u>Tableau 6</u> : Proportion de patients score 4 en fonction de leur horaire de consultation « 8h-20h » (n=44 990) et « 20h-8h » (n=21 033).	58
<u>Tableau 7</u> : Proportion des patients score 4 en fonction de l'âge soit « âge > 4ans » (n=32036) ou « âge <4ans » (n=33387) parmi les patients consultant aux urgences pédiatriques.	60
<u>Tableau 8</u> : Proportion de patients score 4 parmi les patients déclarant résider à Rouen et son agglomération (n=40 377) et ceux résidant ailleurs (n=24 046).	60
<u>Tableau 9</u> : Proportion de patients score 4 en fonction de leur affiliation à la CMU (n=13 139) ou non (n=52 284) parmi tous les patients consultant aux urgences pédiatriques.	61
<u>Tableau 10</u> : Proportion de patients score 4 en fonction de la déclaration d'un médecin traitant (n=59 839) ou non (n=5584) parmi les patients consultant aux urgences pédiatriques.	61
<u>Tableau 11</u> : Proportion de patient ayant déclaré un médecin traitant en fonction de leur affiliation à la CMU (n=13 139) ou non (n=52 284) parmi tous les patients consultants aux urgences pédiatriques.	61
<u>Tableau 12</u> : délais de prise en charge des patients score 4 entre l'entrée administrative et l'évaluation IOA (période 1), entre l'évaluation IOA et le premier contact médical (période 2) et entre le premier contact médical et la sortie du patient (période 3).	62
<u>Tableau 13</u> : Proportion de patients bénéficiant d'examen complémentaires en fonction de l'orientation <i>chirurgie</i> (n=18 354) ou <i>médecine</i> (n=16 719).	63
<u>Tableau 14</u> : Diagnostics principaux et secondaires des patients score 4, tout secteur et années confondus.	63
<u>Tableau 15</u> : Proportion de patients bénéficiant d'une hospitalisation en fonction de leur score initial IOA « score 4 » (n=35 073) et « autre score » (n=30 350).	64
<u>Tableau 16</u> : Proportion de patients score 4 en fonction de la durée de séjours < 69 jours (n=64 646) et celles > 69 jours (n=777).	65

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

AME : Aide Médicale d'Etat

AMU : Aide Médicale Urgente

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision)

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUP-TS : COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des Transports Sanitaires

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

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

GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

MMG : Maisons Médicales de garde

MRT : Médecin Responsable du Tri

PDS : Permanence de Soins

PoSU : Pôle Spécialisé des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

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

INTRODUCTION

PARTIE 1 - LE CONTEXTE NATIONAL ET GENERALITES

LA MEDECINE D'URGENCE

L'organisation des urgences à l'hôpital

Les « urgences à l'hôpital » sont une notion apparue au milieu du XXème siècle, suite au décret de 1943 préconisant la création d'un « poste de secours » dans tout hospice ou hôpital de plus de 30 lits. La prise en charge des urgences fut largement réorganisée par les décrets du 9 Mai 1995 et du 30 Mai 1997. Trois types de structures étaient alors définis (1) :

- les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) potentiellement capables de traiter tous les types d'urgence,
- les pôles spécialisés (PoSU) prenant en charge des urgences lourdes mais seulement pour des spécialités spécifiques comme la pédiatrie,
- les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) qui peuvent traiter les cas les plus simples mais doivent orienter les patients vers d'autre structure si leur état de santé le nécessite.

Ces structures correspondent à un service hospitalier individualisé bénéficiant de la présence continue d'une équipe médicale et paramédicale dédiée et spécialisée. Cependant, les deux décrets du 22 Mars 2006 marquent une évolution importante de la médecine d'urgence. (2) En effet, les termes de SAU et UPATOU sont supprimés et remplacés par des « structures d'urgences » (SU) avec une distinction entre structure des urgences et structures des urgences pédiatriques.

L'architecture des services d'urgence doit répondre à des critères d'organisation bien précis établis par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). De façon réglementaire, une SU est structurée en zones fonctionnelles : zone d'accueil, zones de soins, zone technique, zone de service, unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). (3) Dans l'étude réalisée par Claret *et al.* au CHU de Nîmes, la sectorisation des SU apparaît associée à une amélioration de la mortalité intra hospitalière, du délai de prise en charge et semble efficace pour diminuer la surcharge du service et améliorer la qualité de prise en charge. (4) Les praticiens exerçants dans ces structures sont des « spécialistes en médecine d'urgence », soit via l'obtention d'une capacité en médecine d'urgence (CAMU), d'une reconnaissance de diplôme suite à un exercice de 3 ans dans une structure agréée ou depuis 2004 d'un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC).

Ainsi, les médecins exerçants dans les SU ont le plus souvent reçu une formation initiale polyvalente de médecine générale. Cependant, à l'heure où en établissement de soins la « sur spécialité » est la valeur noble, la polyvalence n'est ni valorisante, ni même reconnue. Ceci justifiant la mise en place depuis 2017 d'une spécialité à part entière avec la création d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence. (5)

Les missions

Les structures d'urgences sont des services hospitaliers permettant la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. (6)

Initialement, ces structures assuraient majoritairement la prise en charge des urgences vitales et de la traumatologie grave. Aujourd'hui, le service des urgences doit également faire face aux carences de la médecine de ville, à la prise en charge des complications liées à des pathologies chroniques ou multiples, à des problématiques socio-sanitaires et doit répondre aux nouvelles habitudes de consommation de soins qui tendent à valoriser l'immédiateté. (7)

La classification des malades aux urgences

En France, la SFMU a établi une échelle : la Classification Clinique des Malades aux Urgence (CCMU) (8) utilisée pour évaluer le degré de gravité des patients se présentant à l'accueil des urgences hospitalières :

CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
CCMU 1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stables. Abstention d'acte complémentaire.
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stables. Décision d'acte complémentaire.
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel susceptibles de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Absence de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Réalisation de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU D	Patient décédé.

Cette classification est commune à l'ensemble des SU autorisées en France et a été retenue pour renseigner les données obligatoirement présentes sur les comptes rendus de passage aux urgences. Il faut noter que cette classification est une échelle de gravité et non une échelle de triage et d'orientation des patients. Sera renseigné également sur le compte rendu de passage le score appartenant à l'échelle GEMSA (Groupe d'Etudes Multicentriques des Services d'Accueil) classant les patients en 6 groupes selon leur mode d'entrée, de sortie et la demande de soins. (9)

Le triage en structure d'urgences

Selon les recommandations de la SFMU de 2012, le triage des patients consultants en SU est nécessaire lorsque le flux de patients dépasse les capacités de prise en charge immédiate. Celui-ci a pour fonction première « *d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge. Il permet de mettre en œuvre les démarches diagnostiques et thérapeutiques conformes à l'état de l'art. Il permet une orientation initiale cohérente au sein, voire en dehors, de la SU et de gagner ainsi en efficacité.* » (10)

La littérature médicale s'accorde à dire que le triage peut être une tâche confiée au personnel paramédical formé : l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA par la suite) travaillant en collaboration avec le personnel médical. Ce triage doit être objectif et s'appuie sur des outils validés. Il s'agit d'échelles permettant d'identifier les patients justifiant d'une prise en charge plus ou moins urgente.

Au niveau international, il existe plusieurs échelles de tri permettant de s'adapter au flux et au type de patients différents d'un pays à un autre. A titre d'exemple on peut citer l'échelle *Emergency Severity Index* (ESI) ou *Manchester Trial Scale* (MTS). En France, dans les structures d'urgence adulte, seule la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) a démontré sa validité et sa fiabilité. (11) Il convient de noter que cette échelle n'est pas extrapolable à la population pédiatrique et, qu'à l'heure actuelle, plusieurs échelles sont en cours de validations.

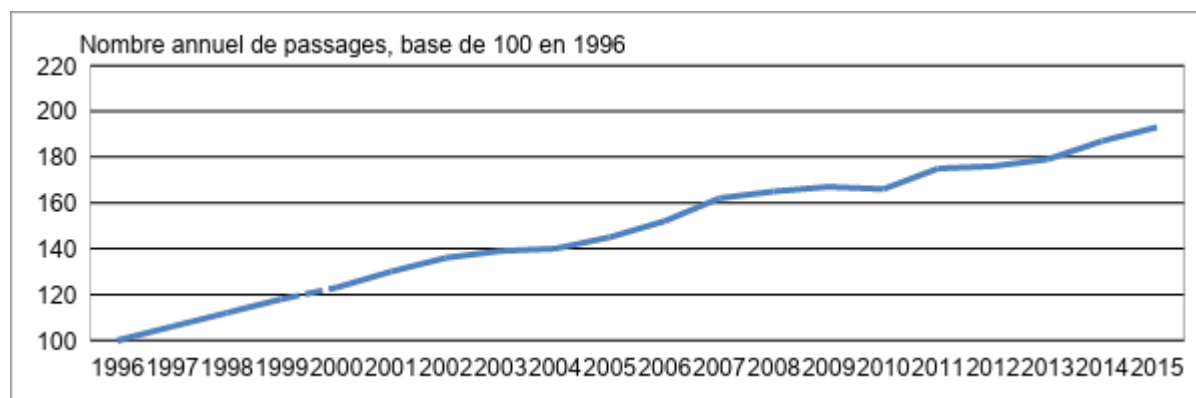
Certaines structures d'urgences possèdent un médecin régulateur de tri (MRT) ou autrement dénommé MCO (médecin de coordination et d'orientation) au sein de la zone de tri. En effet celui ci n'est pas présent dans toutes les structures d'urgences notamment par le manque d'effectif médical et quand une vacation de MRT est appliquée, celle ci n'est pas présente 24h/24. La SFMU rappelle qu'aucune recommandation n'est établie sur la nécessité d'un MCO et que « *cela est laissé à l'appréciation de chaque SU en fonction de son organisation* » mais qu'un médecin référent (MR) de l'IOA doit être identifié et joignable par l'IOA.

Cependant, « sa présence permet d'affiner le triage de l'IOA, de réduire les moyens médicaux mis en œuvre en secteur de soins, d'accélérer et d'améliorer globalement la prise en charge des patients. Néanmoins, l'impact sur la morbidité n'est pas démontré. » (10)

La fréquentation des services d'urgences

La fréquentation des services d'urgences, en constante augmentation depuis de nombreuses années, est au cœur des préoccupations actuelles de santé publique. En effet, selon les enquêtes nationales réalisées par la direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (12), les structures des urgences (France métropolitaine, départements et régions d'outre-mer, y compris Mayotte) accueillent 18 millions de passages annuels en 2013. En 2014, on recensait 19,7 millions de passages soit une évolution de 4% en un an. En 2015, ce nombre atteignait 20,3 millions soit 42% de plus qu'en 2002.

Ainsi, on observe que le nombre annuel de passages aux urgences depuis 1996 est en moyenne en augmentation de 3,5% chaque année (figure 1).



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996-2015, traitement DREES.

Figure 1 : Evolution du nombre de passage annuel aux urgences depuis 1996.

Initialement, la fréquentation des services d'urgences apparaissait strictement saisonnière, notamment avec les épidémies hivernales. Désormais, la situation tend à être permanente.

Les causes

L'origine de l'augmentation de fréquence des urgences en France, eut égard à la littérature, est largement étudiée. La surcharge des SU apparaît d'origine multifactorielle, les causes sont complexes et le plus souvent intriquées. Selon Claret *et al.* la « *physiopathologie de la surcharge* », s'articule selon 3 grandes « *étiologies* » : une augmentation du nombre d'entrées, l'insuffisance des ressources nécessaires au fonctionnement du service des urgences et le nombre de sorties trop faible. (13)

Une augmentation du nombre d'entrées

Depuis plusieurs années, la littérature s'est intéressée aux caractéristiques des patients consultants dans les structures d'urgences. Selon les études de la DRESS, 62% des patients se sont rendus aux urgences de leur propre initiative ou sur conseil d'un proche, 24% sont adressés par un médecin (généraliste ou spécialiste) et 15% sur conseil téléphonique du Centre 15, d'une permanence de soins ou des pompiers. (14)

Parmi les patients auto référés, selon les données des thèses de Hascoët F, Pujol.C et Gentile S. , plus de 80% n'ont pas tenté de contacter un médecin au préalable. (15) Les principales motivations invoquées par les patients peuvent être regroupées en 4 grandes catégories.

Premièrement, 8 patients sur 10 décrivent leur venue comme « clairement décidées pour un motif médical ». A tort ou à raison, la structure d'urgence apparaît comme le lieu de soins le mieux adapté au problème de santé. La question de l'accessibilité aux soins, la facilité d'accès en termes de proximité géographique, de disponibilité de plateau technique, d'horaire ou de gratuité est le deuxième motif le plus souvent exprimé par les patients. Troisièmement, 21% des patients se présentent aux urgences par défaut (carence de médecine de ville ou réponse ambulatoire inexistante). Enfin, les autres recours aux structures d'urgences concernent pour 11% les cas où le patient est amené par les pompiers ou le SAMU. (7)

Le motif médical de recours varie fortement en fonction de l'âge du patient. En effet à titre d'exemple, les pathologies de la sphère ORL intéresseront plus spécifiquement les jeunes enfants alors que la traumatologie les jeunes adultes et les séniors. (16) Il est important de noter que les recours aux urgences sont plus représentés aux âges extrêmes de la vie. Ceci pouvant s'expliquer par l'inquiétude parentale dans le cas des enfants et nouveaux nés et par les carences ambulatoires de prise en charge des personnes âgées.

Les patients « non graves » ou « consultants pour des motifs relevant de la médecine générale ».

La notion de « *patients non graves* », « *patients relevant de la médecine générale* », « *consultations inappropriées* » ou encore « *usage abusif des structures d'urgences* » est très présente dans la littérature. La définition de cette notion apparaît vague et aucun consensus n'émerge en ce qui concerne ses contours et ses limites. La Cour des comptes propose une définition basée sur le critère de la gravité de l'état des patients, évaluée au travers du référentiel de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) estimant ainsi que les patients relevant de la catégorie CCMU 1 ou 2 auraient pu être

réorientés vers la médecine de ville. (17) A noter que la part des patients classés CCMU 1 ou 2 représente plus de 88% des patients consultants aux urgences et que 15% des CCMU 1 et 30% des CCMU 2 sont hospitalisés. (18)

La DREES observe également dans un rapport de 2013 qu'il n'est « *pas exact que tous les patients en CCMU 1 et 2 pouvaient relever matériellement au moins de la médecine ambulatoire. Par contre, il est certain que ces patients a posteriori ne relevaient nullement d'une prise en charge en urgence* ». (19) Ainsi cette notion très souvent décriée comme principale cause de surcharge des urgences est à prendre avec précaution et bien que l'évolution sociétale tend à valoriser l'immédiateté, la difficulté d'appréciation du caractère d'urgences réelles ou ressenties ainsi que les évolutions défavorables de la démographie médicale imposent aux structures d'urgences de répondre à ces consultations « non urgentes ».

Ces patients sont à distinguer de ceux « *dont le passage aurait pu être évité* ». Il s'agit des patients dont l'état clinique justifie une prise en charge hospitalière mais dont l'hospitalisation pourrait être programmée. Selon une étude réalisée au CHU de Nantes, la part de ces patients représente 10% des patients hospitalisés après passage au SAU. (20)

L'insuffisance des ressources

Face au flux sans cesse grandissant, le principe de précaution s'appliquant en médecine d'urgence, tout patient se présentant devra être pris en charge. Ainsi, pour chaque entrée, sera sollicité le personnel de tri, le médecin, le personnel infirmier, les aides-soignants. A l'issue de la prise en charge initiale, pourront être prescrits des examens complémentaires (biologiques ou radiologiques) ainsi que le recours à des avis spécialisés.

Outre le fait que le personnel hospitalier nécessite de nouveaux effectifs pour faire face au flux, et donc une augmentation des délais de prise en charge inhérents au service des urgences, les délais d'attente pour l'obtention des résultats complémentaires ou des avis spécialisés (par exemple) sont aussi à l'origine d'un engorgement des urgences car augmentent la durée de séjour du patient.

En effet, à titre d'exemple, dans sa thèse Claret P-G. (21) relate les résultats d'une étude étasunienne retrouvant une augmentation de la durée de séjours en structure d'urgence de 72 minutes pour un bilan sanguin et de 59 minutes pour les résultats d'une tomodensitométrie (TDM). (22) Ces délais ont vocation à devenir de plus en plus longs, plus la demande est importante en l'absence de moyens supplémentaires (plusieurs TDM aux urgences, augmentation des automates en biologie).

Le nombre de sorties trop faible

La DREES estime entre 20 à 25%, la part des patients consultants aux urgences nécessitant une hospitalisation en médecine ou en chirurgie au décours de la prise en charge. Le manque de solutions d'aval pour les patients justifiant d'une hospitalisation apparaît également comme une cause majeure d'engorgement des urgences. Il est évident que le bon aiguillage des patients vers la structure spécialisée adéquate est essentiel, de manière à éviter le retour aux urgences et les hospitalisations multiples.

A noter la malheureuse mise en place le 10 Janvier 2018 du « *No Bed Challenge* » (recensement quotidien du nombre de patients ayant passé la nuit sur un brancard aux urgences) par le Samu-Urgences de France afin de sensibiliser les pouvoirs publics, les patients et tout le corps médical aux difficultés majeures de l'aval des Urgences. (23) Cette crise semble résulter des politiques de fermetures de lits observées au cours des dernières années (408 000 lits d'hospitalisation en 2015 soit 60 000 de moins qu'en 2003). (12)

Les conséquences

Pour les patients

De nombreuses études francophones ou anglo-saxonnes se sont intéressées aux conséquences sur les patients de la surcharge des services d'urgences. En effet, outre l'impact négatif sur l'indice de satisfaction des patients, la qualité de la prise en charge apparaît clairement impactée.

A titre d'exemple, Kulstad *et al.* rapportent une augmentation des erreurs de prescriptions (posologie, non respect des contre indications...) lors des périodes de surcharge. (24). Egalement, selon Pines *et al.* (25) les délais d'administration des thérapeutiques sont significativement augmentés, qu'il s'agisse d'une analgésie ou d'une thérapeutique d'urgence vitale (syndromes coronariens, accidents vasculaires cérébraux). Ces constats sont également observés en pédiatrie (par exemple sur la prise en charge de l'asthme aigu grave ou des traitements spécifiques des fractures). (26)

A cette altération des soins, plusieurs études déplorent l'augmentation des fugues, patients « partis sans soin » ou des sorties contre avis médical de patients qui pourtant justifient d'une prise en charge médicale. (27) Ainsi, les données de la littérature établissent un lien significatif entre la surcharge de SU et l'augmentation de la mortalité intra hospitalière. (28) (29) (30)

Pour les soignants

Selon une étude publiée dans le Emergency medicine Journal, les médecins urgentistes sont plus enclins à l'épuisement professionnel que les autres spécialités médicales. (31)

Une étude française réalisée auprès de 90 médecins urgentistes a permis d'établir le lien entre le syndrome d'épuisement professionnel et la satisfaction professionnelle. (32)

Ainsi, dans le contexte actuel de surcharge des services d'urgences, de prise en charge à flux tendu des patients dans de mauvaises conditions, les praticiens se retrouvent dans l'incapacité d'assurer la bienveillance de leurs patients.

A cela s'ajoute également une augmentation des violences et des situations d'incivilité à l'égard du personnel soignant et des tensions intra hospitalières induisant inéluctablement une augmentation des burn out du personnel médical. (7)

Le coût d'une consultation aux urgences

L'année 2016 a été marquée par un aménagement du mode de financement des structures d'urgences. En effet, l'arrêté tarifaire du 4 Mars 2016 prévoit une restructuration selon plusieurs objectifs dont le principal est : « assurer un niveau de financement suffisant pour chaque établissement, indépendamment de son niveau d'activité ». (33) Le coût moyen d'une consultation aux urgences apparaît difficilement évaluable et dépend du type d'infrastructure et des moyens disponibles, en effet la cours des comptes l'évalue à 161,50 € en moyenne, l'assurance maladie à 227€ et les chefs d'établissement plutôt aux alentours de 190€. (7)

Ces montants étant en partie liés à l'utilisation du plateau technique, des ressources et des pathologies de tous patients confondus. Cependant, lorsque l'analyse est restreinte aux urgences perçues comme non justifiées (soit « relevant de la médecine générale »), le coût de la consultation aux urgences est de 65€ environ soit trois fois supérieur en moyenne au coût d'une consultation de médecine générale. (34)

LE MEDECIN GENERALISTE ET LE RECOURS AU SOINS

La spécialité de médecine générale est une spécialité médicale dédiée aux soins primaires ambulatoires. Le médecin généraliste doit contribuer à l'offre de soins, orienter les patients selon leurs besoins dans le système de santé et s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients. (35)

Le médecin généraliste, en tant que médecin de 1^{er} recours et de médecin de famille doit répondre aux demandes de soins de patients de tous âges.

On estime que la patientèle pédiatrique représente environ 13% des consultations du médecin généraliste. (36)

Au même titre que le pédiatre général, le médecin généraliste doit réaliser des consultations de pédiatrie préventive mais doit également répondre aux demandes de consultations non programmées, ceci notamment en période hivernale avec la recrudescence des épidémies saisonnières.

Depuis 2004, afin de favoriser la coordination des soins, tout patient âgé de plus de seize ans devait déclarer à l'assurance maladie un médecin référent dit médecin traitant. Le médecin traitant choisi pouvait être un généraliste ou un spécialiste. (37)

La population pédiatrique échappant donc au parcours de soins coordonnés, « le suivi médical n'était organisé qu'autour des examens obligatoires des nourrissons, du calendrier vaccinal et des examens de médecine scolaire aux âges clés. » (38)

Ceci entraînant une grande difficulté de la médecine de ville à cibler les enfants pour mettre en œuvre les mesures de prévention et les priorités de santé publique qui peuvent les concerner (prévention de l'obésité, amélioration du suivi vaccinal, prévention du tabagisme, lutte contre l'alcool ou la consommation de drogues...)

Ainsi, la loi relative à la modernisation de notre système de santé prévoit l'extension du parcours de soins coordonné aux enfants de 0 à 16 ans avec l'obligation de déclaration d'un médecin traitant. Celui-ci pouvant être un médecin généraliste ou un pédiatre. (39)

La démographie médicale (40)

Le nombre de médecins, toutes spécialités confondues, sur le territoire français est en hausse depuis 2007. Mais cette augmentation se fait quasi exclusivement au bénéfice des médecins retraités.

En effet, au 1^{er} Janvier 2017, le CNOM recensait 290 974 médecins inscrits dont 197 859 en activité régulière contre 198 219 en 2010 soit une diminution de 0,5%.

Plus spécifiquement en médecine générale, le CNOM recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière soit une diminution de 9,1% des effectifs depuis 2007 avec des prévisions à l'horizon 2025 de 79 262 médecins généralistes soit une nouvelle baisse de 10%.

En parallèle de cette baisse de la démographie médicale, l'INSEE (Institut national des statistiques et des études économiques) prévoit une augmentation de la population française de 10% entre 2006 et 2030.

Ainsi, s'observe en France une baisse de la densité médicale (nombre de médecins pour 100 000 habitants), variant de 141 médecins généralistes (tout mode d'exercice confondu) en 2010 contre 130 en 2016.

Ceci soulevant un problème majeur de santé publique qu'est l'accessibilité aux soins avec une répartition hétérogène de l'offre de soins sur le territoire.

En Haute-Normandie

Au 1^{er} janvier 2015, la Haute Normandie (Seine Maritime et Eure) comptait 1616 médecins généralistes (tout exercice confondu) soit une baisse d'effectifs de 12% en 8 ans.

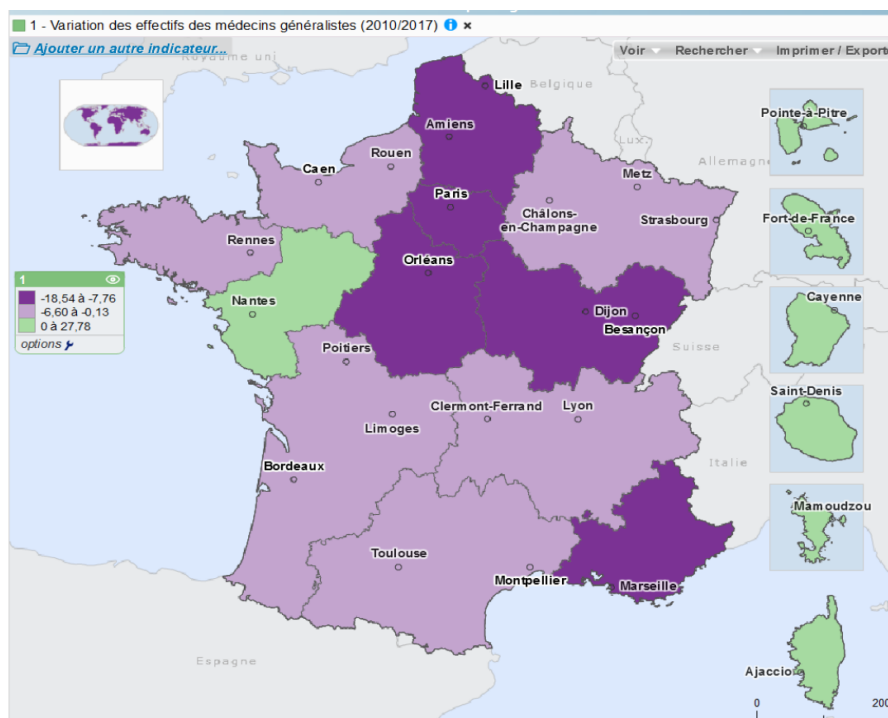


Photo 1 : Variation des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle régionale (2010/2017).

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

Le cadre législatif

La permanence des soins est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux. (41)

Cette notion est à distinguer de l'urgence et de l'aide médicale d'urgence (AMU).

En effet l'article L. 6314-1 du code de santé publique, prévoit que celle-ci soit assurée :

- de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés
- les dimanches et jours fériés

Par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans des cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.

De plus, la permanence de soins peut être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

- le samedi à partir de midi
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié
- le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

L'accès au médecin de permanence peut se faire de deux façons :

- par régulation du Centre 15 réalisée par un médecin généraliste libéral
- par des centres d'appels de régulation de PDS (en lien avec le SAMU) possédant pour certains, un numéro d'appel spécifique.

En fonction de la demande et du besoin du patient, le médecin régulateur de PDS pourra, soit dispenser un conseil médical, soit orienter le patient vers le médecin qui assure la garde de PDS, ou directement vers les urgences.

A noter que les médecins libéraux peuvent participer à la régulation au sein du centre 15 en dehors des heures de PDS si les besoins de la population le nécessitent.

Depuis 2003, la PDS est devenue une obligation collective fondée sur la base du volontariat. En cas de carence de volontaires, le préfet peut procéder à des réquisitions.

A noter que le rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins de 2015 (42) déplore l'érosion continue du nombre des médecins volontaires.

En 2013, le pourcentage des volontaires dans l'ensemble des effectifs de généralistes ne reste supérieur à 60 % que dans les deux tiers des départements contre 85 % en 2005.

L'organisation de la PDS en France

Depuis la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » HPST de 2009 (35), la PDS est sous l'autorité du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) avec l'aide du CODAMUP-TS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires).

Ainsi, l'organisation de la PDS ambulatoire et ses principes de rémunération s'organisent d'un point de vue régional, répondant aux exigences d'un cahier des charges annuel bien défini.

Chaque région est sectorisée en territoires de PDS correspondant à un territoire de gardes.

Depuis 2016, afin de palier les inégalités territoriales de recours à la PDS, le manque de médecins participant aux gardes, et pour répondre à des exigences économiques, des fusions territoriales ont été observées.

En effet, l'on compte désormais 1616 territoires en 2017 contre 3770 en 2002.

Les maisons médicales de gardes

Une Maison Médicale de Garde (MMG) se définit comme un lieu d'effectif fixe au même titre que les centres d'accueil de permanence des soins (CAPS) ou les centres de consultations (gérés par des associations type SOS médecin).

Les MMG, fonctionnent uniquement aux heures de la permanence des soins et assurent une activité de consultation médicale non programmée. (43)

Celles ci ont été créées pour améliorer les conditions d'exercice des médecins libéraux qui assurent les gardes dans le cadre de la Permanence des Soins.

Les MMG sont le plus souvent implantées dans des établissements de santé publics ou privés ou à proximité, dans des EHPAD ou dans des maisons de santé pluri professionnelles.

On estime que 20% des hôpitaux de proximité abritent un lieu fixe de PDS. (44)

La plupart des MMG propose le tiers payant aux consultants. Ceci permettant de palier l'argument financier souvent avancé pour expliquer les recours aux urgences au lieu de solliciter la PDS.

La mise en place du numéro national unique

Avant 2017, plusieurs numéros différents permettaient l'accès à la régulation téléphonique de la permanence des soins : un numéro de téléphone national commun avec celui de l'aide médicale urgente (le 15), les numéros des associations de PDS (disposant de plateformes d'appel interconnectées avec ce numéro national) et des numéros de régulations régionales et départementales à 10 ou 4 chiffres. (7)

La loi du 26 Janvier 2016 (n°2016-41) relative à la modernisation du système de santé prévoit la mise en place d'un numéro national unique et gratuit de PDS. (39)

En Janvier 2017, 3 régions pilotes : Corse, Normandie, Pays de la Loire ont bénéficié de la mise en œuvre opérationnelle de ce numéro (116-117) ainsi que d'une campagne de communication associée (annexe).

Un déploiement sur l'ensemble du territoire a été réalisé courant 2017 supprimant les numéros à 4 et 10 chiffres mais persistent le recours à la PDS via le centre 15 ou le numéro propre des associations.

Ceci semblerait apporter des confusions supplémentaires pour les usagers remettant en question la mise en place du dispositif.

L'organisation de la PDS en Haute Normandie

En Haute Normandie, on observe 31 secteurs recomposés (11 dans l'Eure et 21 en Seine-Maritime).

Les secteurs sont établis en fonction des zones de fragilité.

Plus spécifiquement en Seine Maritime, 11 secteurs bénéficient de gardes en points fixes, les autres secteurs de gardes sont assurés au cabinet du médecin effecteur.

Les visites à domiciles sont assurées dans 3 secteurs uniquement par les associations agréées (SOS médecin...)

La participation des médecins généralistes à la permanence de soins est supérieure à 60% dans la quasi totalité des secteurs avec cependant des inégalités démographiques persistantes. (15)

A noter qu'aux urgences adultes du CHU de Rouen, dans l'idée de désengorger les urgences, une structure adjacente, communément appelée (à tort) « permanence de soins » a été mise en place.

Il s'agit d'une structure individualisée des urgences, ouverte seulement l'après-midi permettant d'accueillir des patients se présentant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale.

L'orientation du patient est faite suite à l'évaluation du médecin régulateur de tri qui sera ensuite pris en charge par un médecin généraliste vacataire de la structure.

PARTIE 2 – LA PEDIATRIE

LA PEDIATRIE GENERALE

La pédiatrie générale se définit comme une branche de la médecine consacrée à l'enfant et à ses maladies.

En effet, il s'agit d'une spécialité qui traite de l'enfant, depuis la vie intra-utérine, en collaboration avec les obstétriciens (médecine anténatale), jusqu'à l'âge adulte (au terme souvent imprécis de l'adolescence). (45)

Aucun texte réglementaire ne fixe les limites d'âge de la prise en charge pédiatrique et le CNOM estime que cette limite ne saurait être stricte devant les variabilités individuelles de développement. (46)

Cependant, dans la plupart des établissements de santé, la limite supérieure de la prise en charge pédiatrique est strictement inférieure à 16 ans (ceci uniquement pour les patients ne présentant pas de pathologies chroniques).

Démographie médicale des pédiatres

A l'échelle nationale, on recense en 2017, 6925 pédiatres en France métropolitaine. La densité moyenne pour 100 000 habitants de moins de 15 ans est de 42 pédiatres. (40)

Démographie médicale des pédiatres en Haute-Normandie

En Haute-Normandie, la densité de pédiatres (libéraux et salariés confondus) est très inférieure à la moyenne nationale.

En effet, on observe 33 pédiatres pour 100 000 personnes de moins de 18 ans contre 46 pour la France hexagonale. (47)

Cette disparité territoriale apparaît particulièrement marquée dans l'Eure (densité de 12 pédiatres pour 100 000 patients d'âge < 18 ans).

LES URGENCES PEDIATRIQUES

L'accueil des urgences pédiatriques peut être réalisé au sein d'une structure générale ou au sein d'une structure exclusivement pédiatrique.

Les SU sont majoritairement générales, en effet seulement 13% des SU et 6% des SMUR autorisés en pédiatrie. (12)

Etablissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structures des urgences				
Structure générale	392	33	124	549
Structures générales et pédiatriques ¹	75	4	0	79
Structures pédiatriques	15	1	0	16
Ensemble	482	38	124	644

1. Les 79 établissements comportant une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques totalisent 158 structures d'urgences.

Note > Une structure des urgences est générale si elle accueille des adultes et des enfants, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 79 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques.

Sources > DREES, SAE 2015, traitement DREES.

Tableau 1 : Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2015 selon le statut et l'autorisation.

Ainsi face à la faible proportion de structures d'urgences exclusivement pédiatriques, les constats établis sur la surcharge des services d'urgences, tant sur le plan des causes et des conséquences est extrapolable à la population pédiatrique.

A titre d'exemple, l'étude de Depinet et al. montre qu'une surcharge des structures pédiatriques diminuait de façon significative la surveillance des patients dont les paramètres vitaux étaient anormaux à la prise en charge initiale. (48)

En Haute Normandie

Dans la région, il existe 5 sites d'urgences pédiatriques dont 2 possèdent un service d'urgences pédiatriques médico-chirurgicales individualisé des urgences générales : le Groupe Hospitalier du Havre et le CHU de Rouen.

Lorsqu'elle n'a pas lieu dans une structure des urgences pédiatriques, la prise en charge des enfants est organisée en collaboration avec une structure de pédiatrie située ou non dans l'établissement autorisé à la faire fonctionner.

Les urgences pédiatriques au CHU de Rouen

L'organisation

Les locaux

Selon les recommandations de la SFMU (3), le service des urgences pédiatriques est situé au rez-de-chaussée du pavillon de pédiatrie et est divisé en plusieurs secteurs :

- le secteur administratif
- le secteur d'attente comprenant une salle d'attente à l'entrée, et une salle d'attente de retour d'examen dans le secteur de soins.

- le secteur IOA

- les secteurs de soins divisés en 2 parties :

Secteur médecine : 1 salle de déchocage, 7 box d'examen clinique indifférenciés, 1 box de surveillance continue et 1 box dédié à l'ORL.

Secteur chirurgie : 1 salle de déchocage, 3 salles de soins dédiées (plâtres, pansements, septique) et 3 box d'examen clinique.

A noter qu'il n'est pas prévu de structure d'hospitalisation de courte durée (UHCD) individualisée des urgences. En effet, en cas de nécessité de surveillance courte, l'enfant sera hospitalisé dans un service conventionnel ou gardé en surveillance aux urgences dans un des box de médecine (condamnant ainsi un box d'examen clinique en cas de forte affluence).

L'équipe médicale

L'équipe médicale de journée (8h45 – 18h00) est composée en semaine de 4 médecins seniors répartis selon les secteurs de soins (2 médecins en médecine et 2 médecins en chirurgie) ainsi que d'internes de médecine générale ou de pédiatrie répartis sur des plages horaires de 8h45 à 23h.

A partir de 18h et le weekend, le secteur médecine est pris en charge par 1 seul médecin senior et 2 internes.

Un interne spécialisé en chirurgie infantile assure les urgences du secteur chirurgie, le senior d'astreinte étant disponible au téléphone et pouvant se rendre rapidement sur place si besoin.

L'équipe paramédicale

L'équipe paramédicale est composée 7 jours/7 et 24 heures/24, d'infirmiers diplômés d'état (IDE) répartis sur 3 plages horaires.

De 6h30 à 14h06, 4 IDE (effectif minimum) répartis selon les secteurs de la SU : 1 IDE en secteur chirurgie, 2 en secteur médecine et 1 IOA.

De 13h24 à 21h l'effectif passe à 5 IDE et de 20h45 à 6h45, l'équipe est composée de 4 IDE. A ces effectifs infirmiers s'ajoutent le personnel aide soignant et les auxiliaires puéricultrices (qui assurent les fonctions de brancardage et administratives de pré tri).

La mise en place de la ligne enregistrée

Depuis 2007, une ligne téléphonique enregistrée a été mise en place aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen.

En effet, il a été constaté un nombre important d'appels directement dans le service des urgences de parents ou médecins souhaitant un conseil ou une conduite à tenir face à l'état de santé de leur enfant ou d'un patient. C'est également sur cette ligne que le Centre 15 prévient le SAU de l'arrivée de patients régulés par leurs soins.

Cette ligne est accessible 24h/24 directement depuis l'extérieur (le numéro figurant sur les en-tête des ordonnances de sortie des urgences).

Cette ligne n'étant pas enregistrée, s'est posée la question de la responsabilité médico légale des réponses apportées (qui répond au téléphone, quelle valeur de la réponse apportée, quelle responsabilité si mauvaise orientation ?).

La ligne enregistrée permet donc une traçabilité des appels.

Le parcours de l'enfant

A l'arrivée dans le Service d'Accueil des Urgences pédiatriques, le dossier administratif est créé permettant de recueillir l'identité de l'enfant, l'adresse, le nom du médecin traitant, le numéro de sécurité sociale, les données mutuelles et de faire apparaître la nouvelle consultation aux urgences pédiatriques sur le dossier médical du CHU.

Ensuite, l'enfant sera pris en charge par une infirmière d'orientation et d'accueil (IOA).

Seront renseignés le motif de consultation et les paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, saturation en oxygène, fréquence respiratoire...).

Au décours de cet examen paramédical, un score de gravité sera établi.

L'échelle utilisée au CHU de Rouen est celle des urgences pédiatriques de l'hôpital Robert Debré à Paris, créée en 2012 et en cours de validation.

A noter que les patients score 4 sont toujours des patients auto-référés car lorsqu'ils sont adressés par un médecin (ou une institution), les patients sont automatiquement scorés au minimum 3.

En fonction du score attribué par l'IOA, un code couleur apparaît sur le tableau de suivi des patients :

- **Score 1 (rouge)** : urgence vitale. Le patient doit être installé en salle de déchocage. Prise en charge médicale immédiate.

- **Score 2 (orange)** : prioritaire. Le patient doit être installé dans un box d'examen. Prise en charge médicale inférieure à 10 minutes.

- **Score 3 (bleu)** : semi prioritaire. Patient installé en salle d'attente. Prise en charge médicale inférieure à 20 minutes.

- **Score 4 (rose)**: consultation simple. Patient installé en salle d'attente. Prise en charge médicale inférieure à 1 heure.

La prise en charge médicale comportera un examen clinique complet associé à d'éventuels examens complémentaires ainsi que le recours aux spécialistes pour avis si besoin.

Au décours de la prise en charge médicale, un diagnostic clinique sera établi permettant l'orientation du patient (hospitalisation, surveillance en UHCD, retour à domicile).

JUSTIFICATIF DE L'ETUDE

Devant le constat alarmant d'une augmentation de la fréquentation des services d'urgences en France, peu viable dans le temps pour notre système de santé, tant sur le plan économique que sanitaire et social, des solutions doivent être envisagées.

La pédiatrie n'est pas épargnée par le contexte actuel et les carences de la médecine de ville ainsi que les nouvelles habitudes de consommation de soins contribuent en partie à une augmentation de fréquentation aux urgences pédiatriques des patients consultants pour des motifs relevant de la médecine générale.

Cet engorgement des urgences présente de nombreux effets délétères pour les patients et les soignants tels qu'une diminution de la qualité de prise en charge et des délais d'attente parfois très longs remettant en question le principe même de l'accueil d'urgence.

Sous l'hypothèse que les patients *scorés 4* selon l'échelle de tri utilisée aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen sont des patients dits « consultants » *i.e.* consultant pour des pathologies non graves et relevant donc de la médecine générale, nous réalisons une étude épidémiologique descriptive, en évaluant d'une part des données socio-économiques de ces patients et d'autre part le circuit lors de leur passage aux urgences.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les caractéristiques de cette population cible de patients auto-référés consultant pour des motifs relevant de la médecine générale afin de dégager des solutions d'amélioration de leur prise en charge et les perspectives d'étude à mener sur le sujet.

MATERIEL ET METHODE

Présentation des données utilisées

La présente thèse constitue une étude épidémiologique descriptive, mono centrique et rétrospective des patients ayant eu recours aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017. Les données exploitées sont issues de deux logiciels informatiques :

- CDP2 (logiciel permettant la centralisation de tous les séjours hospitaliers des patients au CHU de Rouen)
- URQUAL (logiciel spécialisé des urgences permettant une visibilité des patients consultant aux urgences).

Premièrement nous exploitons les données générales de fréquentation des urgences pédiatriques du CHU de Rouen, collectées par le logiciel CDP2. Ces données recensent de manière exhaustive les informations suivantes :

- la date et l'heure d'entrée et de sortie administrative du service des urgences
- le secteur de prise en charge : *médecine* ou *chirurgie*
- l'âge du patient
- sa provenance géographique répartie selon 5 axes (« agglomération rouennaise », « région elbeuvienne », « autres villes de Seine Maritime », « Eure » et « autre provenance ».)
- l'orientation finale : *hospitalisation* ou *retour à domicile*

Dans un second temps, nous utilisons les données relatives aux seuls patients scoré 4 par l'IOA selon l'échelle de triage de l'hôpital Robert Debré effective au CHU de Rouen (cf. annexe), relevant d'une prise en charge médicale ou chirurgicale et collectées par le logiciel URQUAL. Ces données contiennent des informations relatives aux caractéristiques socio-économiques du patient :

- le numéro de dossier, le sexe et l'âge
- le lieu de naissance
- le lieu de résidence
- la déclaration, ou non, d'un médecin traitant
- le statut de bénéficiaire, ou non, de la CMU ou de l'AME

Les données médicales recueillies étaient :

- la date d'entrée et de sortie des urgences
- la nature de la consultation (médecine ou chirurgie)
- l'heure d'entrée (entrée administrative)

- l'heure de prise en charge IOA
- l'heure de prise en charge médicale
- l'heure de sortie des urgences
- le score CCMU
- le score GEMSA
- le diagnostic principal et associé répartis en 22 groupes distincts selon la classification CIM-10
- l'orientation finale (hospitalisation ou retour à domicile)

Les données étant issues des logiciels hospitaliers et rendues anonymes, une déclaration à la commission nationale informatique et liberté (CNIL) n'a pas été nécessaire.

Appariement des bases de données, retraitements et restrictions

Nous disposons dans les données brutes de :

- 38 846 observations pour la base dite URQUAL relative aux seuls scorés 4
- 65 532 observations pour la base CDP2 relative à l'ensemble des admissions aux urgences du CHU de Rouen

Les deux bases de données sont ensuite appariées entre elles au moyen d'un numéro unique de dossier commun aux deux bases (le numéro CPAGE) :

- 35 084 observations s'apparie parfaitement et contiennent ainsi des informations provenant de CDP2 complétées par des informations URQUAL. Il s'agit donc nécessairement de patients scorés 4.
- 30 448 observations provenant de CDP2 n'ont pas d'équivalent dans la base URQUAL. Ce sont ainsi les observations CDP2 provenant de patient qui ne sont pas scorés 4. Nous conservons ces observations qui, dans notre analyse statistiques des scorés 4 servira de groupe de comparaison (groupe témoin).
- Enfin, 3 762 observations provenant de la base données URQUAL ne trouvent pas de correspondance dans la base de données CDP2, à 75% en raison de l'absence de données CDP2 sur les mois de novembre et décembre 2017, les 25% restant correspondant à des dossiers qui n'ont pas d'équivalent CDP2. Nous ignorons ces observations.

Nous avons identifié des données que l'on considère comme « incohérentes » et que nous supprimons :

- les patients de pédiatrie d'âge strictement supérieur à 18 ans (94 observations)
- ceux renseignant un sexe autre que F (femme) ou H (homme) (15 observations)

Les observations renseignant un score CCMU P (maladie psychiatrique) et D (patient décédé) sont également exclues de l'analyse. Enfin, un nouvel appariement est réalisé avec une base permettant d'obtenir des informations sur la provenance des patients des villes de l'agglomération rouennaise. En définitive, après l'appariement des deux bases et l'application des restrictions, nous avons un échantillon comportant :

- 65 423 observations dont :
 - o 35 073 considérées comme *scorée 4* (disposant donc des données complémentaires URQUAL)
 - o 30 350 considérées comme *scorée autrement* (1, 2 ou 3)

L'analyse statistique : principes généraux

L'analyse statistique a été menée en utilisant les logiciels Microsoft Excel et Stata. L'essentiel de l'analyse repose sur des statistiques descriptives (moyenne, médiane, fréquence, évolution dans le temps) ne nécessitant pas de précisions particulières. Nous procédons cependant parfois à un test statistique de comparaison des proportions entre deux groupes. Il s'agit plus précisément d'un test d'égalité des proportions¹ : l'hypothèse nulle posée est dans ce cas l'égalité des proportions. Nous calculons alors la statistique de test associée afin de conclure au rejet (ou non) de l'hypothèse nulle (égalité des proportions) sur la base des données, et à un seuil de significativité donné. Dans ce papier, nous retenons un seuil de significativité à 5%. La statistique de test construite pour tester l'égalité des proportions de deux populations est distribuée suivant une loi normale.

Dans les tableaux d'analyse qui vont suivre, la lecture de la significativité du résultat du test se fait à partir de l'intervalle de confiance à 95%. Si l'intervalle de confiance à 95% associé à la différence de proportion entre les deux groupes considérés contient la valeur zéro, alors nous ne pouvons rejeter l'hypothèse nulle d'égalité des proportions au seuil de 5%. Dans le cas contraire, nous concluons à l'existence de différences significatives entre les deux populations étudiées.

¹ Voir ce document pour plus d'informations : <https://www.stata.com/manuals13/rprtest.pdf>

RESULTATS

Résultats généraux

Les urgences pédiatriques du CHU de Rouen, toute orientation confondue (*médecine, chirurgie* ou *ORL*) comptabilisent 39 984 passages² en 2016 et 39 353 en 2017 (moyenne de 39 669 passages) soit une baisse entre 2016 et 2017 de 1,58%. Chaque patient est orienté dans l'un des 3 grands secteurs des urgences pédiatriques : *médecine, chirurgie* ou *ORL*. La répartition sectorielle est présentée dans le tableau 2.

Secteurs	2016	2017
Médecine	23 032 (57,5%)	23 344 (59,3%)
Chirurgie	16 779 (42%)	15 931 (40,5%)
ORL	173 (0,5%)	78 (0,2%)
Total	39 984	39 353

Tableau 2 : Nombre de passages en fonction du secteur médecine, chirurgie ou ORL.

Répartition mensuelle

La répartition des passages s'effectue majoritairement aux périodes d'épidémies hivernales avec une stabilité certaine jusqu'en mai (figure 2). Les variations de fréquentation sont très similaires en 2016 et en 2017 et l'on perçoit très distinctement la saisonnalité de celles-ci : lente décreue de mai à mi-août puis remontée graduelle jusqu'au pic hivernal.

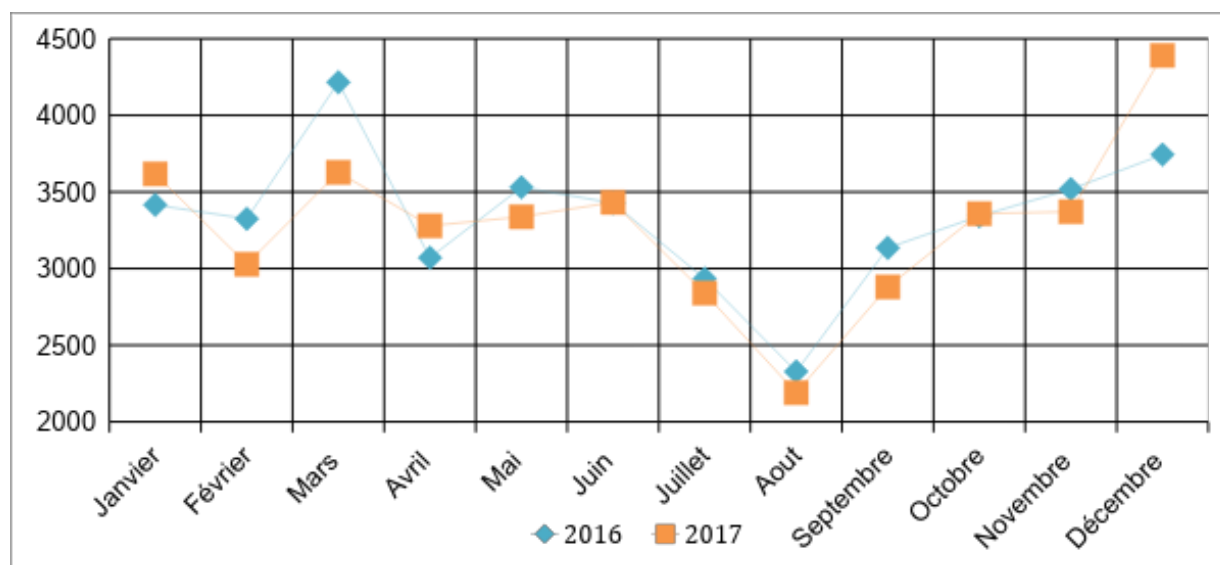


Figure 2 : Répartition mensuelle du nombre de passages annuels aux urgences pédiatriques tout secteur confondus (médecine, chirurgie, ORL).

Lorsque l'on ventile cette variation saisonnière de fréquentation en fonction des secteurs de *médecine* et *chirurgie*, on observe cependant des tendances distinctes. En effet, la figure 3

² Le nombre de passages n'est pas identique au nombre de patients. En effet sur une année, un patient a pu consulter plusieurs fois aux urgences pédiatriques.

met en évidence que, bien que le mois d'août témoigne d'une baisse d'activité pour les deux secteurs, le secteur *chirurgie* voit son activité baisser en décembre (2 115 passages en chirurgie soit le taux le plus bas de l'année) là où le secteur *médecine* enregistre son pic de passages avec 6 008 passages au cours des années 2016 et 2017.

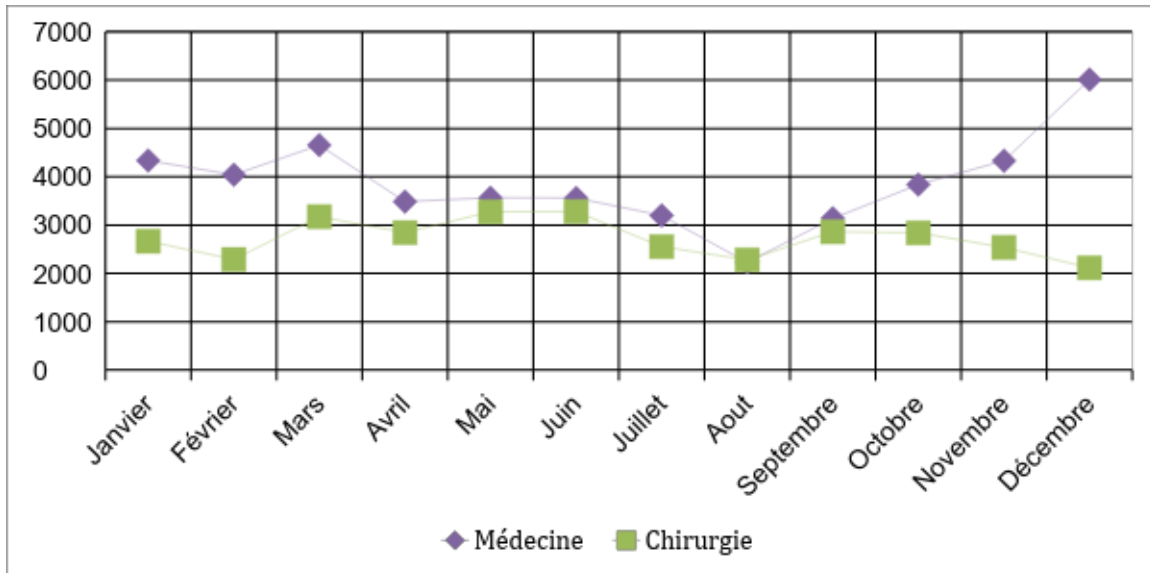


Figure 3 : Répartition mensuelle en fonction des secteurs (médecine et chirurgie) pour les années 2016 et 2017 confondues.

Répartition hebdomadaire

La répartition hebdomadaire des passages aux urgences pédiatriques (figure 4) n'est pas homogène. En effet, on observe une fluctuation des passages répartis sur 3 jours de la semaine : le lundi, le jeudi et le dimanche.

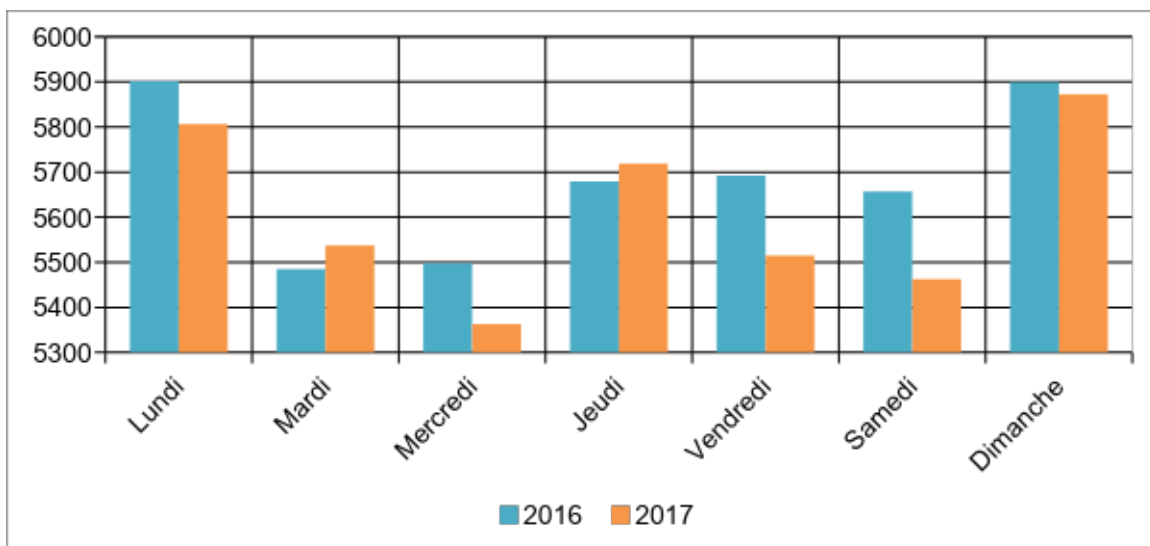


Figure 4 : Répartition hebdomadaire 2016 et 2017 des passages aux urgences tout secteur confondu.

La figure 5 présentant la répartition hebdomadaire en fonction du secteur est également caractérisée par une répartition hétérogène entre les passages relevant de la *médecine* et de la *chirurgie*.

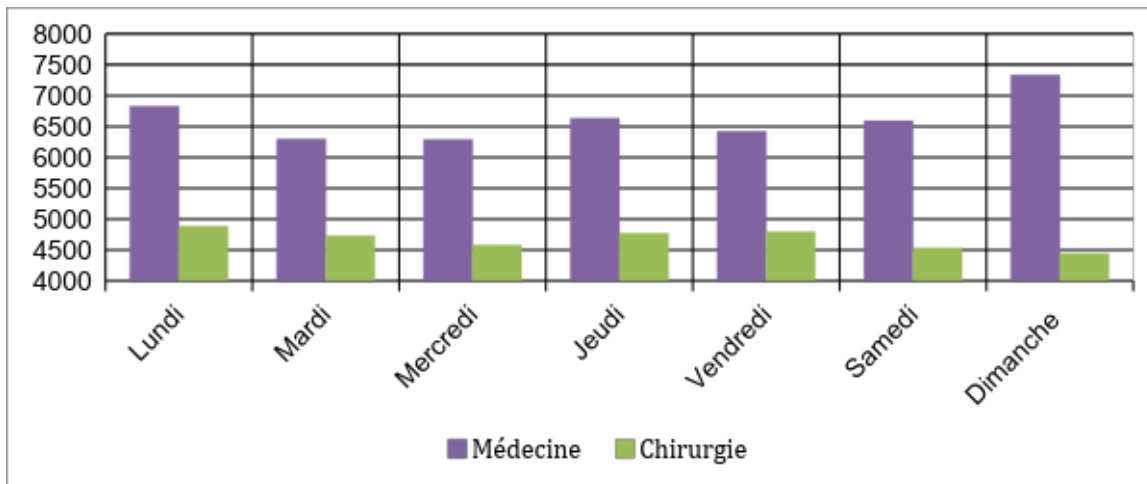


Figure 5 : Répartition hebdomadaire des passages aux urgences en fonction des secteurs médecine et chirurgie pour les années 2016 et 2017 confondues.

Répartition horaire

La répartition horaire met en évidence une activité soutenue et stable en journée (8h – 18h) avec une recrudescence en soirée (18h-21h). Les répartitions des années 2016 et 2017 sont superposables (figure 6). En effet, pour les années 2016 et 2017 confondues, 9,5% des passages sont effectués la nuit entre minuit et 8h, 23,78% réalisés entre 8h et 12h, 38,13% entre 13h et 18h et 28,55% entre 19h et 23h.

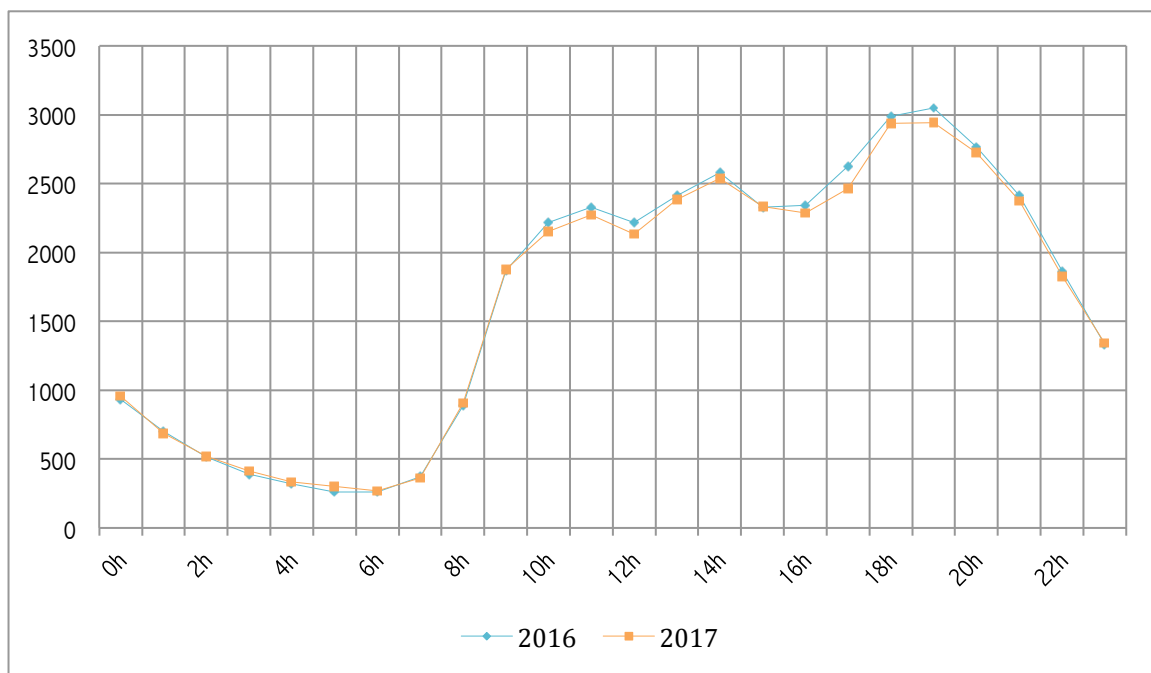


Figure 6 : Répartition horaire des passages aux urgences pédiatriques tout secteur confondu.

La répartition horaire en fonction des secteurs (figure 7) retrouve une répartition quasi équivalente à la répartition annuelle tout secteur confondu. Cependant, le secteur *médecine* conserve une activité nocturne, environ 297 passages par an à 4h du matin contre 23 pour le secteur chirurgie en 2017. A l'inverse, le secteur *chirurgie* enregistre son plus haut taux de

passage en fin de journée à partir de 18h jusqu'à 21h où le nombre de passages en *chirurgie* est supérieur à celui du secteur *médecine*.

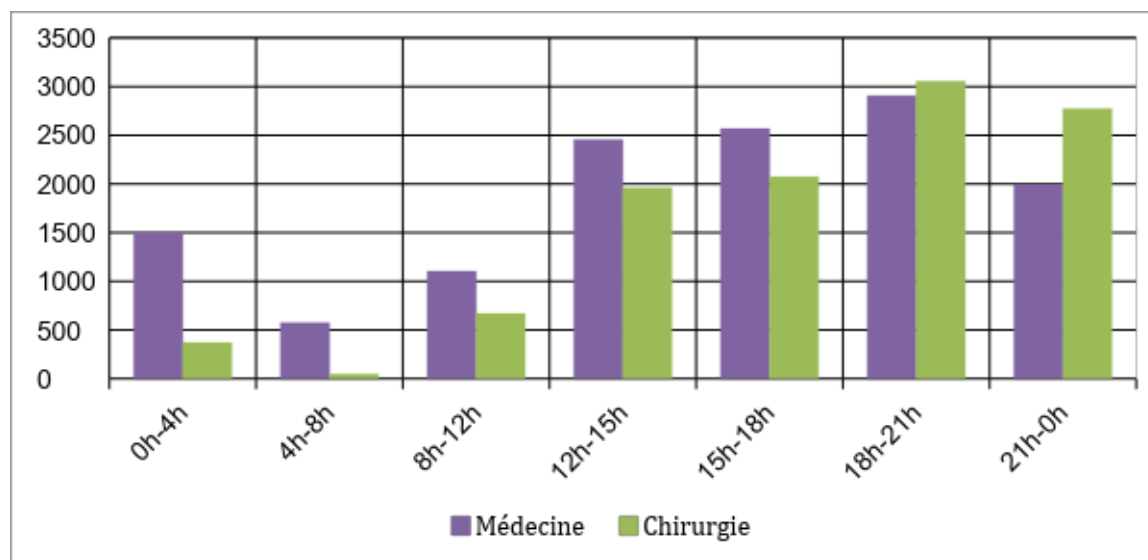


Figure 7 : Répartition par tranche horaire en fonction des secteurs années 2016 et 2017 confondues.

Les caractéristiques des patients

L'âge

La distribution de l'âge des patients consultant aux urgences pédiatriques est présentée dans le tableau 3. La part des patients d'âge supérieur à 16 ans correspond aux patients suivis pour des pathologies chroniques et dont la prise en charge reste effectuée en pédiatrie après 16 ans.

Âges	2016	%	2017	%
0 à 1 mois	1 272	3,18%	1 251	3,18%
1 mois à 1 an	11 137	27,85%	11 163	28,37%
2 ans à 4 ans	9482	23,71%	9 236	23,47%
5 ans à 10 ans	10 303	25,77%	10 092	25,64%
11 ans à 15 ans	7 729	19,33%	7 564	19,22%
Total	39 984	100%	39 353	100%

Tableau 3 : Âge des patients consultant aux urgences pédiatriques en 2016 et 2017.

La répartition des patients par âge en fonction des secteurs (figure 8) met en évidence que les tranches d'âge de consultation de *médecine* et de *chirurgie* ne sont pas identiques. En effet, la fréquentation du secteur *médecine* concerne la tranche d'âge « 1 mois à 1 an » pour 38% des patients suivie de la tranche d'âge « 2 ans à 4 ans » pour 25% d'entre eux. Pour le secteur *chirurgie*, la tranche d'âge « 5 ans à 10 ans » et « 11 ans à 15 ans » représentent 33% et 29% des passages respectivement.

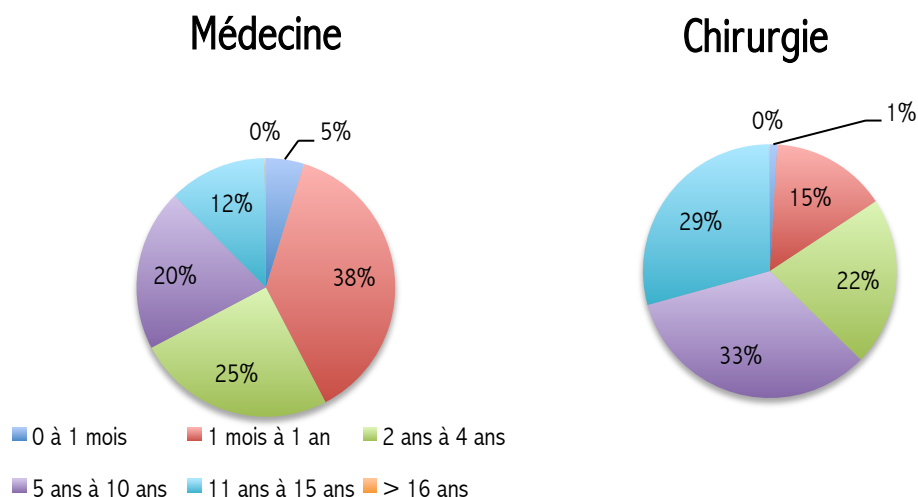


Figure 8 : Répartition de l'âge des patients en fonction des secteurs, années 2016 et 2017 confondues.

Le lieu de provenance

La provenance des patients est distribuée selon cinq zones géographiques distinctes (cf. annexe) : « Agglomération de Rouen » (rive droite et gauche confondues), « la région elbeuvienne », « les autres villes de Seine-Maritime », « l'Eure » et « autre ». Pour les années 2016 et 2017 (figure 9) 62% des patients sont issus de Rouen et son agglomération (rive droite et rive gauche), 1,10% de la région elbeuvienne, 23,6% d'autre villes de Seine Maritime (76), 10,6% de l'Eure (27) et 2,7% d'ailleurs.

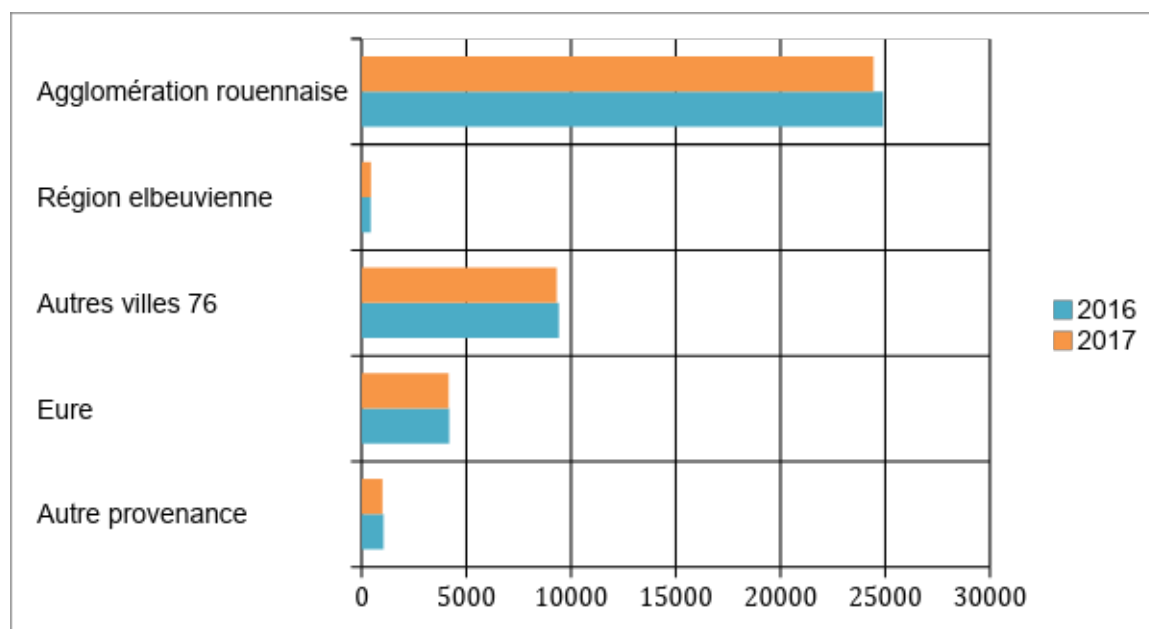


Figure 9 : Répartition des patients en fonction de leur provenance tout secteur confondu.

La répartition de la provenance des passages en fonction des secteurs *médecine* et *chirurgie* (figure 10) met en évidence que 65% des passages en *médecine* concernent des patients issus de l'agglomération rouennaise contre 57% des patients relevant de la *chirurgie*.

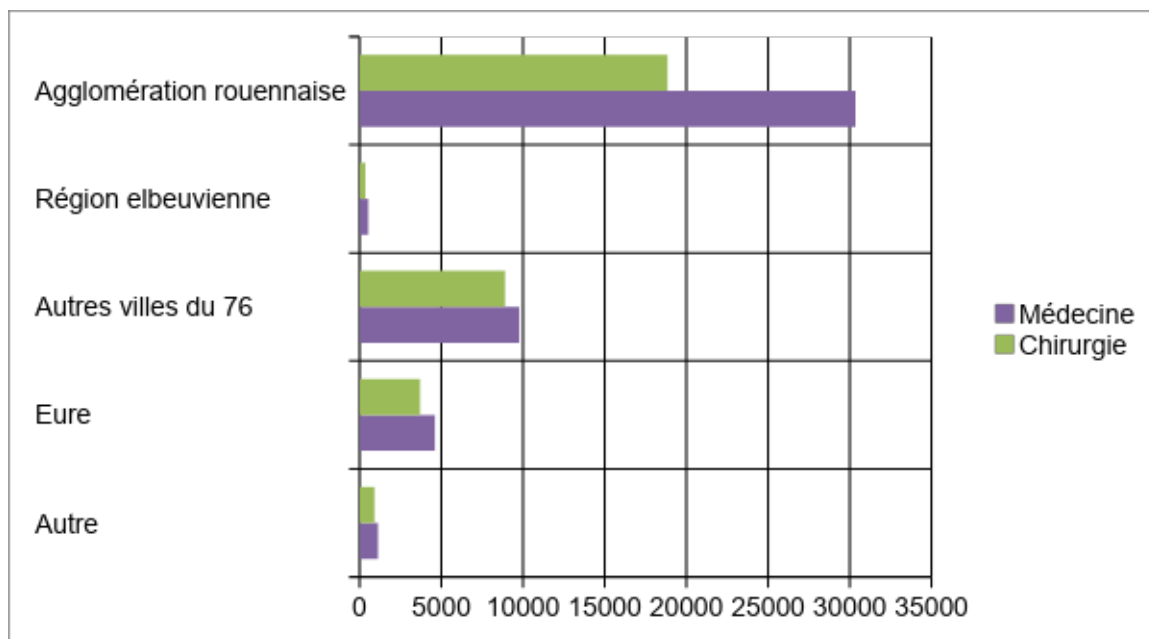


Figure 10 : Répartition sectorielle des passages en fonction de la provenance du patient, années 2016 et 2017 confondues.

L'orientation des patients

A l'issue de la prise en charge médicale aux urgences, 7 946 et 7 675 hospitalisations ont été réalisées représentant respectivement 19,87% des passages en 2016 et 19,5% en 2017. Ainsi la part des patients retournant au domicile représente pour les deux années consécutives plus de 80%. (Figure 11)

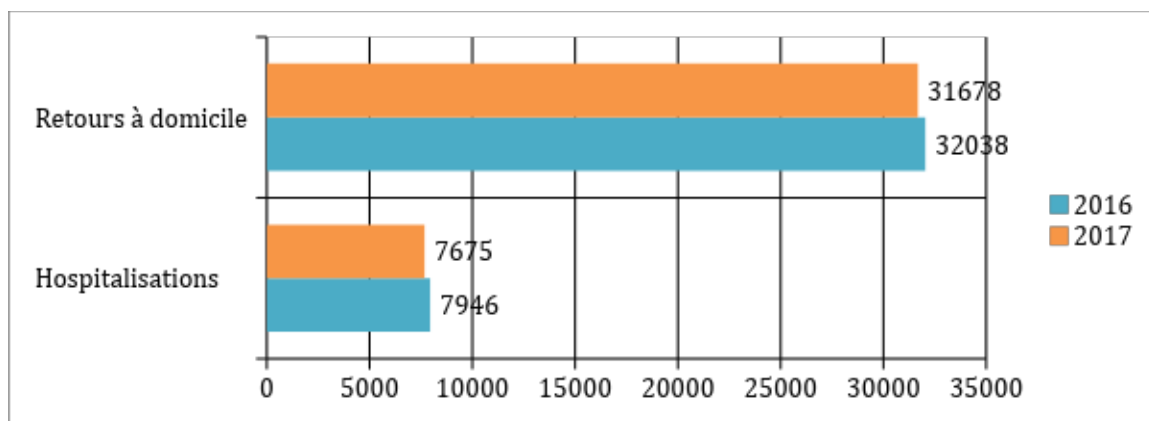


Figure 11 : Part des hospitalisations et des retours à domicile tous secteurs (médecine, chirurgie, ORL) confondus.

L'orientation des patients en fonction du secteur *médecine*, *chirurgie* ou *ORL* est représentée dans la figure 12. Ainsi, parmi la population des patients retournant à leur domicile en 2016 et en 2017, la part des admissions relevant de la *médecine* représente 55% contre 45% pour les admissions relevant de la *chirurgie*, soit une répartition quasi équivalente.

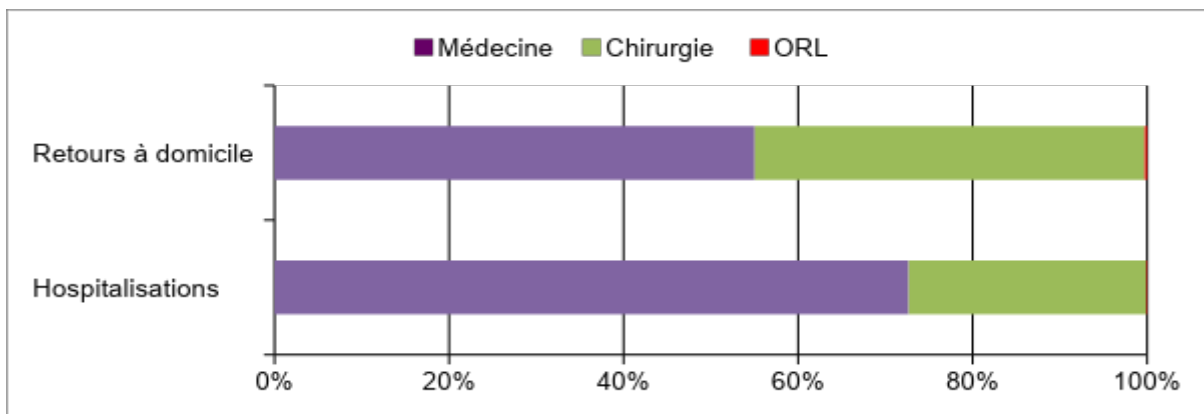


Figure 12 : Orientation des patients en fonction de leur secteur d'origine pour les années 2016 et 2017 confondues.

L'orientation finale des patients en fonction de leur provenance est retrouvée dans la figure 13.

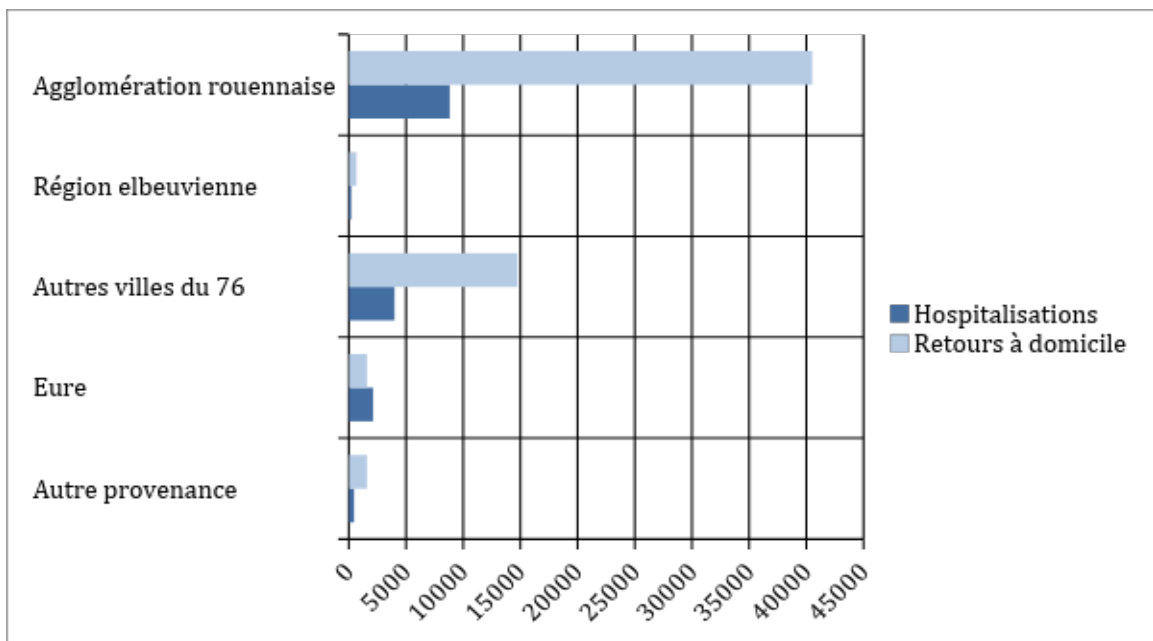


Figure 13 : Orientation des patients en fonction de leur provenance, années 2016 et 2017 ainsi que tout secteur confondu.

L'analyse statistique confirme une corrélation entre la provenance du patient (Rouen et son agglomération) et son orientation finale (hospitalisation ou retour à domicile).

En effet, les patients provenant de « Rouen et son agglomération » bénéficient pour 10,4% d'une hospitalisation contre 12,4% pour les patients provenant d'ailleurs. Cette différence de 2 points de pourcentage est statistiquement significative au seuil de 5%. (Tableau 4).

Ainsi, les patients provenant d'une zone géographique autre que Rouen et son agglomération sont proportionnellement plus susceptibles de relever du secteur *chirurgie* et, dans ce contexte, ces patients bénéficient le plus souvent d'une hospitalisation à la suite de leur prise en charge.

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne de patients bénéficiant d'une hospitalisation</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Rouen et agglomération	40 377	0,104	0,0015	[0,101-0,107]
Autre	25 046	0,124	0,0021	[0,120-0,128]
Différence		0,020	0,0026	[0,015-0,025]

Tableau 4 : Proportion de patients bénéficiant d'une hospitalisation en fonction de leur provenance géographique « Rouen et son agglomération » (n=40 377) et « autre provenance » (n=25 046) parmi tous les patients consultant aux urgences pédiatrique du CHU de Rouen.

Les patients scorés 4

La fréquentation

Pour les années 2016 et 2017, 38 865 patients sont scorés 4 suite à la première prise en charge IOA aux urgences pédiatriques. Ceci correspondant à 48,98% des passages aux urgences. Pour ces patients, nous disposons de données complémentaires issues de la base de données URQUAL qui nous permet ainsi d'identifier les patients scorés 4. Toutefois, nous ne disposons pas des informations de la base CDP2 relatives aux mois de novembre et décembre 2017. En conséquence, nous pouvons être amené à se restreindre à la seule année 2016 pour certaines analyses. La répartition en fonction des secteurs *médecine* et *chirurgie* est présentée dans la figure 14.

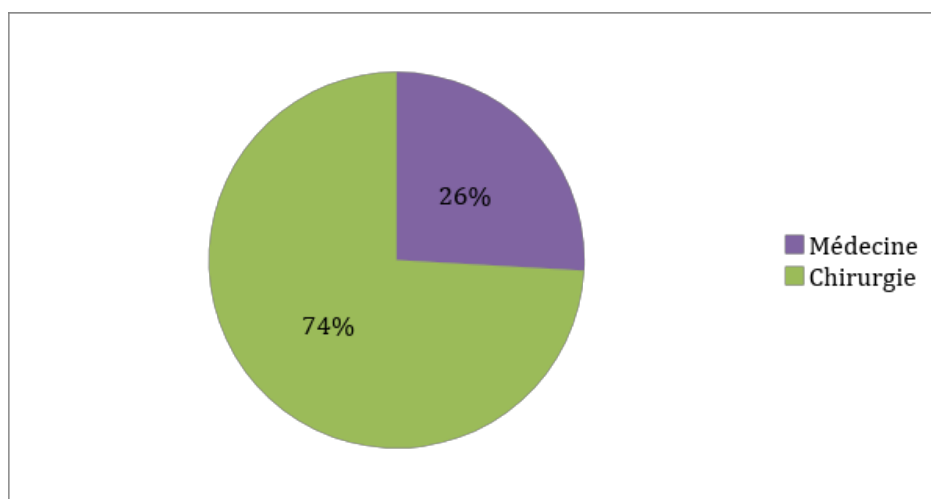


Figure 14 : Répartition sectorielle des patients scorés 4, années 2016 et 2017 confondues.

Répartition mensuelle

La répartition mensuelle des patients scorés 4 (figure 15) sans distinction de secteur, n'est pas superposable à la répartition générale des patients consultant aux urgences pédiatriques. En effet, la fréquentation des urgences pédiatriques par les patients scorés 4 semble être élevée et stable de janvier à juin (le nombre de patients mensuel est supérieur à 3 000), avec une décroissance progressive jusqu'en août, puis une recrudescence d'août à

octobre, pour décroître de nouveau jusqu'en décembre où le taux de fréquentation des patients *scorés 4* est le plus bas³ (1 643 passages pour les mois de décembre 2016 et 2017). Ainsi, bien que le mois d'août bénéficie de façon générale d'une baisse d'activité certaine (figures 2, 3 et 15), il n'en est pas de même pour le mois de décembre.

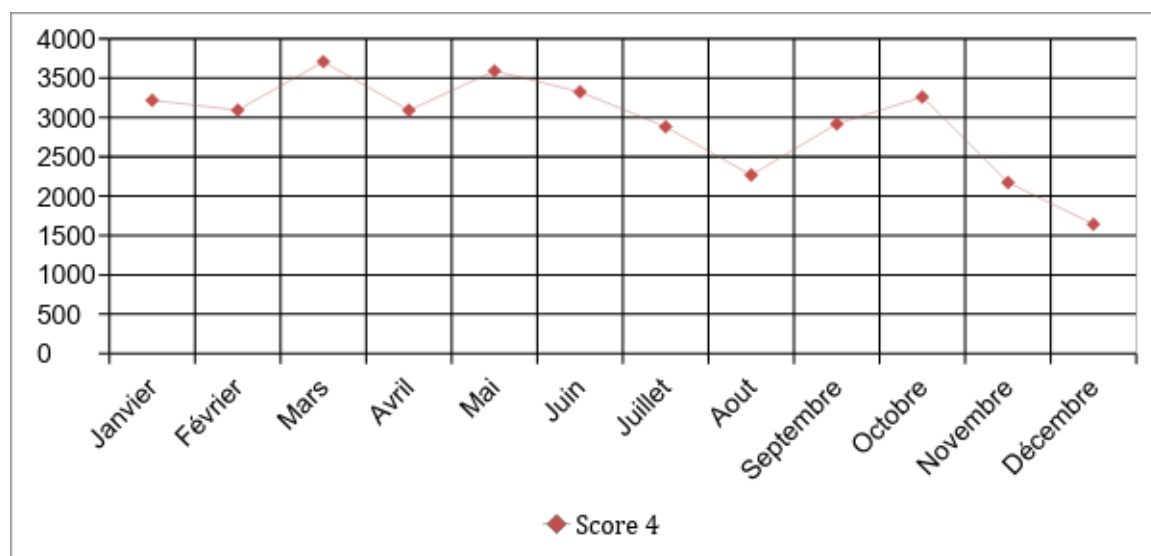


Figure 15 : Répartition mensuelle des patients scorés 4, années (2016 et 2017) et secteurs confondus.

Ainsi, l'augmentation de fréquentation générale des patients aux urgences pédiatriques en décembre (figure 2) se fait principalement au bénéfice des patients *scorés 1 à 3* (et donc plus graves selon la première prise en charge de l'IOA).

Ne disposant pas des données CDP2 pour les patients du 11 novembre 2017 au 31 décembre 2017⁴, l'analyse statistique pour la répartition mensuelle a été réalisée uniquement sur les données de l'année 2016.

En effet, statistiquement, le taux de patients *score 4* en décembre est plus faible de 9,4 point de pourcentage en moyenne que lors les autres mois de l'année et ceci au seuil de significativité de 5% (tableau 5).

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne de score 4</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Décembre	3 437	0,477	0,0085	[0,461-0,494]
Autres mois	31 594	0,572	0,0028	[0,567-0,578]
Différence		0,094	0,0089	[0,077-0,112]

Tableau 5 : Proportion de patients score 4 en fonction du mois de consultation « décembre » (n=3437) et « autre mois de l'année » (n=31 594) parmi tous les patients consultant aux urgences pédiatriques en 2016.

³ La figure 15 a été réalisée avec les données brutes complètes URQUAL du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017.

⁴ Nous ne disposons pas des données CDP2 de novembre et décembre 2017 en raison du manque de cellules disponibles pour le traitement des données du logiciel Excel 2003 utilisé au CHU de Rouen.

La ventilation des données saisonnières en fonction du secteur *médecine* ou *chirurgie* (Figure 16) retrouve une répartition mensuelle quasi identique entre les deux secteurs avec cependant une inversion nette de la répartition entre *médecine* et *chirurgie* en avril et en décembre.

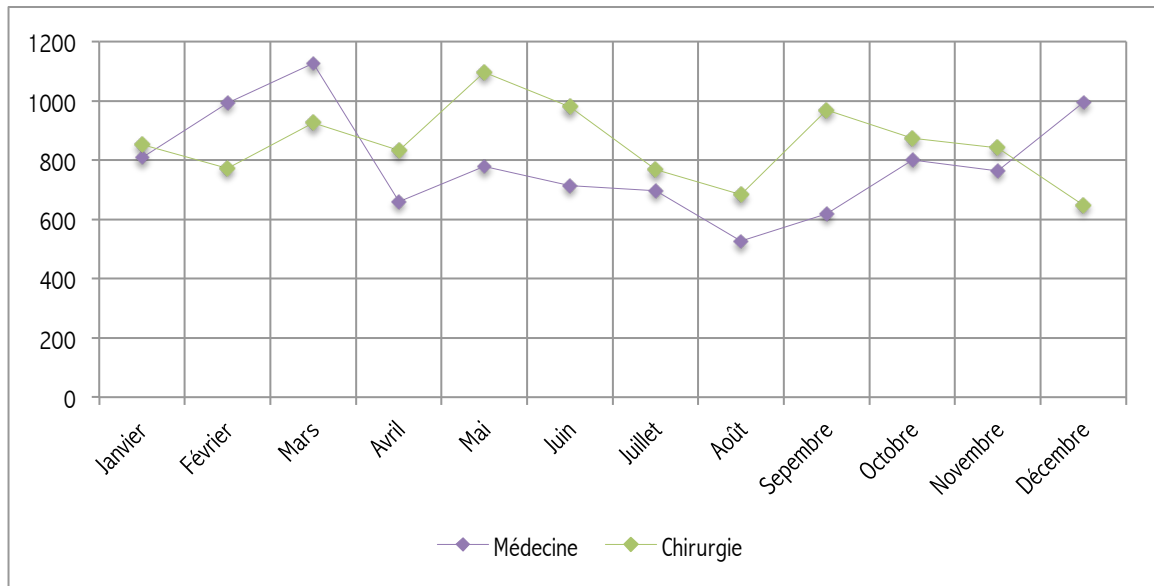


Figure 16: Répartition mensuelle des patients score 4 en fonction des secteurs médecine et chirurgie pour la seule année 2016.

Répartition horaire

La répartition horaire des patients *score 4* est retrouvée dans la figure 17. Le graphique est strictement superposable à la répartition horaire générale (cf Figure 6). Ainsi s'observe une activité croissante aux heures « ouvrables » (de 7h30 à 18h) avec une activité toujours soutenue en soirée (18h – 20h) et une décroissance progressive à partir de 20h pour atteindre le seuil le plus bas de fréquentation à 5h du matin (110 passages de patients *score 4* à 5h du matin en 2016).

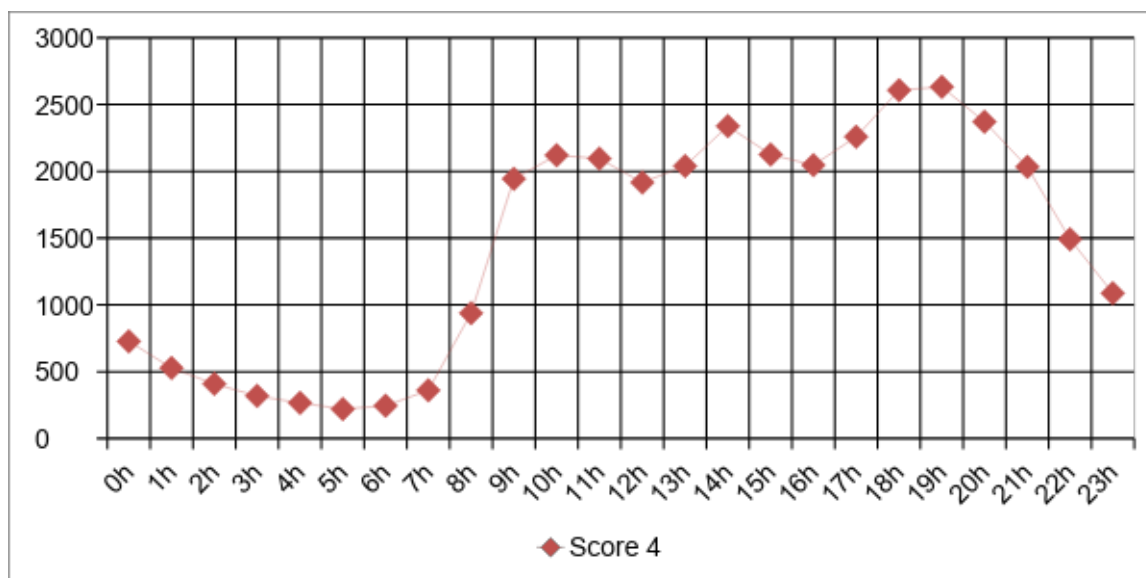


Figure 17 : Répartition horaire des patients score 4, années (2016 et 2017) et secteurs confondus.

Cependant, aux heures d'ouverture de la permanence des soins ambulatoires (20h-8h), il apparaît (de façon statistiquement significative au seuil de 5%) que la proportion de patients score 4 qui consulte est plus faible (cf. tableau 6)

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne de score 4</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
8h-20h	44 990	0,543	0,0024	[0,538-0,548]
20h-8h	21 033	0,520	0,0034	[0,514-0,527]
Différence		0,0022	0,0042	[0,014-0,031]

Tableau 6: Proportion de patients score 4 en fonction de leur horaire de consultation « 8h-20h » (n=44 990) et « 20h-8h » (n=21 033).

Si l'on examine la répartition horaire, scindée en fonction des secteurs (*médecine* et *chirurgie*) dans la Figure 18, on retrouve pour le secteur *chirurgie* une activité croissante tout au long de la journée qui atteint son pic dans la tranche horaire 18h-21h. (1624 passages en 2016 et 2017). A noter que dès 12h, les patients score 4 consultent davantage pour des motifs chirurgicaux, et ce jusqu'à minuit.

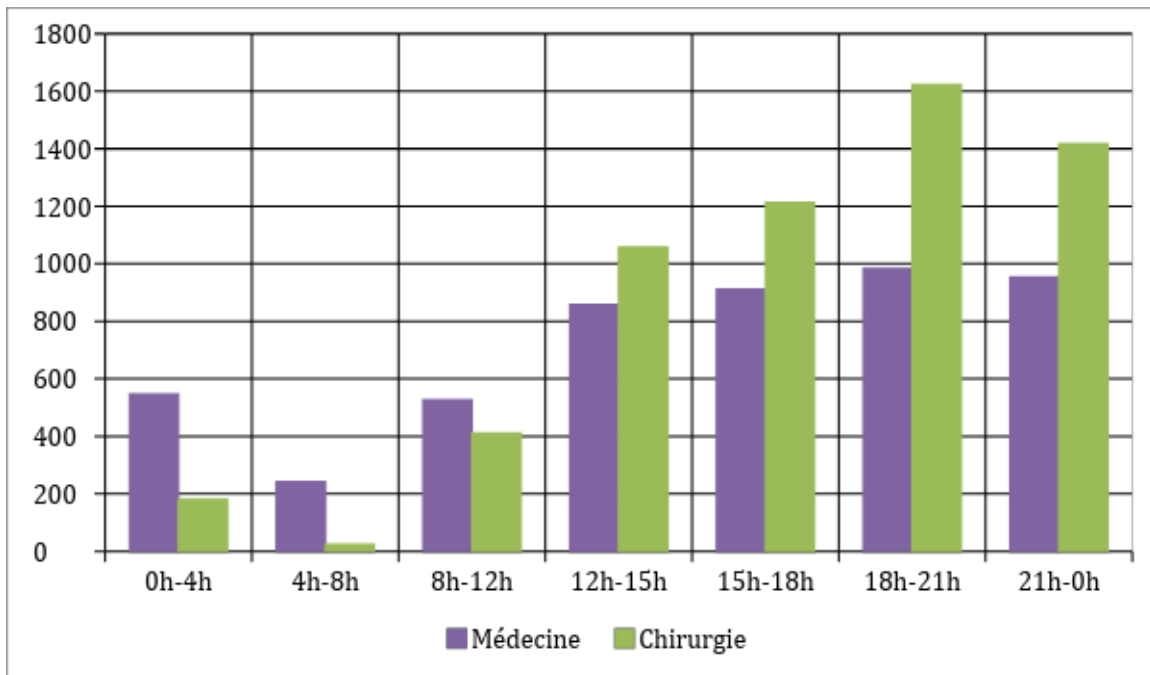


Figure 18 : Répartition horaire des patients Score 4 en fonction des secteurs (médecine et chirurgie), années 2016 et 2017 confondues.

Les caractéristiques des patients

L'âge

Concernant les tranches d'âges des patients qui héritent d'un score 4 (Figure 19), la répartition semble relativement homogène. En effet, hormis la tranche d'âge « supérieur à 16 ans » qui ne représente qu'une faible part des consultations aux urgences pédiatriques (et donc 2% des scores 4), les autres tranches d'âge constituent environ 25% des observations en moyenne.

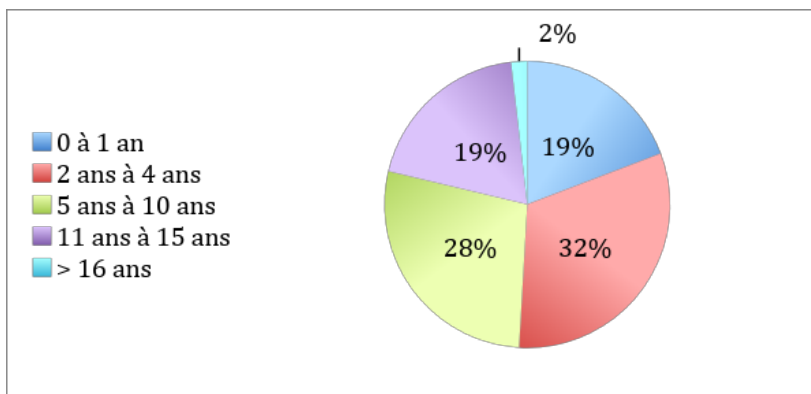


Figure 19 : Répartition de l'âge des patients score 4 tout secteur confondu.

Cependant, parmi les patients consultant aux urgences pédiatriques et âgés de plus de 4 ans (soit une répartition de 50% des âges de l'échantillon), le taux de patients score 4 est de 56,63% contre 50,71% chez les moins de 4 ans. Ainsi, lorsque le patient est âgé de plus de 4 ans, il y a davantage de chance qu'il soit score 4, et ceci au seuil de significativité de 5%. (tableau 7)

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne de score 4</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Age < 4 ans	33 387	0,507	0,00273	[0,501-0,512]
Age > 4 ans	32 036	0,566	0,00276	[0,560-0,571]
Différence		-0,059	-0,00389	[-0,066 ; -0,051]

Tableau 7 : Proportion des patients score 4 en fonction de l'âge soit « âge > 4ans » (n= 32036) ou « âge <4ans » (n=33387) parmi les patients consultant aux urgences pédiatriques.

Le lieu de provenance

L'origine géographique des patients score 4 est représentée par la figure 20.

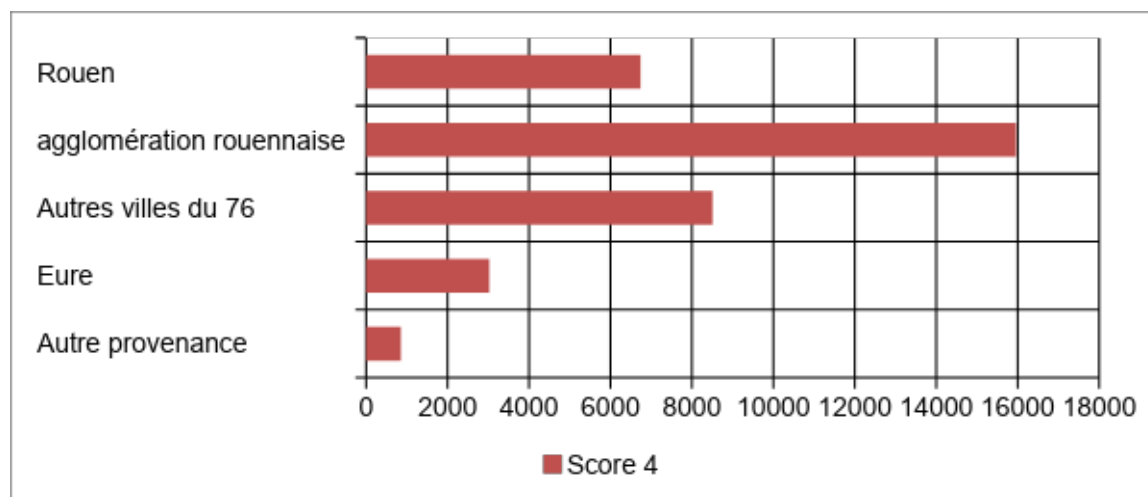


Figure 20 : Répartition des patients score 4 en fonction de leur provenance géographique tout secteur confondu pour les années 2016 et 2017.

Les patients *score 4* proviennent pour 65% de Rouen et de son agglomération, pour 24% d'une autre ville de Seine-Maritime, pour 9% du département de l'Eure et pour 2% d'ailleurs (en France ou à l'étranger). L'analyse statistique résumée dans le tableau 4, montre que 56,42% des patients déclarant résider à Rouen ou dans son agglomération sont *score 4* alors que les *score 4* représentent 49,01% des patients résidant hors de Rouen et de son agglomération. Cette différence de 7,37% est statistiquement significative au seuil de 5%. (tableau 8)

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne de score 4</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Rouen et agglomération	40 377	0,564	0,0025	[0,559-0,569]
Autre	25 046	0,491	0,0031	[0,484-0,497]
Différence		0,073	0,0040	[-0,081 ; -0,066]

Tableau 8: Proportion de patients score 4 parmi les patients déclarant résider à Rouen et son agglomération (n=40 377) et ceux résidant ailleurs (n=24 046).

CMU et AME

Parmi les patients héritant d'un *score 4*, 13 139 d'entre eux bénéficient de la couverture maladie universelle soit 37%. 227 patients bénéficient de l'aide médicale d'Etat soit moins de 1%. Pour tous les patients consultant aux urgences pédiatriques en 2016 et 2017, on

observe 56,19% de score 4 pour les porteurs de CMU contre 52,96% de score 4 pour les non-porteurs de CMU. Ainsi, de façon significative (au seuil de 5%), il existe une corrélation entre le fait de bénéficier de la CMU et d'être scoré 4 suite à la première évaluation IOA. (tableau 9).

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne de score 4</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Patients non bénéficiaires CMU	52 284	0,529	0,0021	[0,525-0,533]
Patients bénéficiaires CMU	13 139	0,561	0,0042	[0,669-0,670]
Différence		-0,323	0,0048	[-0,041 ; -0,022]

Tableau 9 : Proportion de patients score 4 en fonction de leur affiliation à la CMU (n=13 139) ou non (n=52 284) parmi tous les patients consultant aux urgences pédiatriques.

Le médecin traitant

Parmi tous les patients consultant aux urgences pédiatriques, 92% ont un médecin traitant déclaré. Celui-ci pouvant être (i) un pédiatre, (ii) un spécialiste d'une autre spécialité, (iii) un médecin généraliste ou (iv) une PMI. La part de patients score 4 parmi tous les patients ayant déclaré un médecin traitant est de 53,03% contre 59,81% pour ceux sans médecin traitant déclarés, soit un écart de 6,78% statistiquement significatif au seuil de 5% (tableau 10).

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne de score 4</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Sans médecin traitant	5 584	0,598	0,0066	[0,585-0,611]
Médecin traitant déclaré	59 839	0,530	0,0020	[0,526-0,534]
Différence		0,068	0,0069	[0,054, 0,081]

Tableau 10 : Proportion de patients score 4 en fonction de la déclaration d'un médecin traitant (n=59 839) ou non (n=5584) parmi les patients consultant aux urgences pédiatriques.

A noter que parmi les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, 94,58% ont déclaré un médecin traitant contre 90,68% pour les non détenteurs de la CMU. Cette différence de 3,91% est statistiquement significative au seuil de 5%. (Tableau 11)

Ainsi les patients bénéficiaires de la CMU ont statistiquement plus de chance de posséder un médecin traitant.

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Patients non bénéficiaires CMU	52 284	0,907	0,0013	[0,904-0,909]
Patients bénéficiaires CMU	13 139	0,946	0,0020	[0,942-0,950]
Différence		-0,039	0,0023	[-0,043; -0,344]

Tableau 11: Proportion de patient ayant déclaré un médecin traitant en fonction de leur affiliation à la CMU (n=13 139) ou non (n=52 284) parmi tous les patients consultants aux urgences pédiatriques.

La prise en charge

Le délai de prise en charge

La prise en charge des patients score 4 aux urgences est divisée en 3 périodes (tableau 12).

Variable	N	Moyenne	Déviati on standard	P5	P25	Médiane	P75	P95	
Période 1	Heures	35 070	0,03	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Minutes	35 070	12,93	16,98	1,00	3,00	7,00	16,00	45,00
Période 2	Heures	33 483	0,84	1,25	0,00	0,00	0,00	1,00	3,00
	Minutes	33 483	78,08	72,88	12,00	31,00	57,00	101,00	216,00
Période 3	Jours	33 616	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Heures	33 613	0,57	3,62	0,00	0,00	0,00	1,00	3,00
	Minutes	33 613	53,72	215,38	1,00	6,00	23,00	59,00	199,00

Tableau 12 : délais de prise en charge des patients score 4 entre l'entrée administrative et l'évaluation IOA (période 1), entre l'évaluation IOA et le premier contact médical (période 2) et entre le premier contact médical et la sortie du patient (période 3).

- La première période (*période 1*) correspond au délai entre l'entrée administrative et la première prise en charge par l'IOA. Celui-ci est de 15 minutes en moyenne avec une médiane de 7 min.
- La seconde période (*période 2*) correspond au délai d'attente entre la prise en charge initiale par l'IOA et le premier contact médical. Le délai moyen est de 73 minutes en moyenne avec un délai médian de 57 minutes. Le délai d'attente maximal est de 22h. Cependant, on observe que 75% des patients ont attendu moins d'une heure et 95% moins de 3 heures.
- La troisième période (*période 3*) correspond à la prise en charge médicale *i.e.* au délai entre le premier contact médical et la sortie du service des urgences (quelle que soit l'orientation du patient). Le délai moyen est de 54 minutes pour une médiane de 23 minutes. On observe également que 75% des patients ont bénéficié d'une prise en charge inférieure à 1 heure et 95% d'une prise en charge inférieure à 3 heures.

Ainsi, en moyenne, la prise en charge globale d'un patient score 4 aux urgences pédiatriques est de 2 heures et 47 minutes.

La prescription d'examen complémentaire

A l'issue de la première évaluation médicale, sera décidé si le patient justifie ou non d'un acte complémentaire. Il peut s'agir d'une prise d'une prescription de thérapeutique, d'une prise de sang, d'un examen d'imagerie ou de la demande d'avis spécialisé. Ces données sont évaluables a posteriori lors de la clôture du dossier médical via la classification CCMU.

Parmi les patients score 4 :

- 16 640 (43%) présentaient un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable ne justifiant pas d'acte complémentaire (CCMU 1)

- 19 908 (51%) patients présentaient un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stables mais nécessitant la prescription d'actes complémentaires (CCMU 2)
- 204 patients présentaient un état jugé stable mais susceptible s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital (0,5%).

L'analyse statistique (Tableau 13) met en évidence que les patients *score 4* admis pour un motif d'origine chirurgical bénéficieront pour plus de la moitié des cas (57%) d'examen complémentaires contre 31% pour les patients relevant du secteur *médecine*.

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Chirurgie	18 354	0,567	0,0038	[0,559-0,575]
Médecine	16 719	0,319	0,0034	[0,313-0,326]
Différence		0,248	0,005	[0,237-0,258]

Tableau 13 : Proportion de patients bénéficiant d'examen complémentaires en fonction de l'orientation *chirurgie* (n=18 354) ou *médecine* (n=16 719).

A noter que pour 2 095 patients, la classification CCMU n'était soit non renseignée (5,2%) ou classée P (patient psychiatrique) ou D (patient décédé) pour 0,14% et 0,03% respectivement. Ces patients ont été exclus de l'analyse statistique.

Le diagnostic

A l'issue de la prise en charge médicale, est renseignée dans le dossier médical le diagnostic final (principal ou associé) selon les codes de classification CIM-10.

<i>Diagnostics</i>	<i>Score 4</i>	<i>%</i>
Maladies infectieuses ou parasitaires	2 664	6,8
Maladies du système nerveux	120	0,3
Maladies de la sphère ORL	1 384	3,4
Maladies de l'appareil circulatoire	22	0,05
Maladies de l'appareil respiratoire	3 561	9,2
Maladies de l'appareil digestif	1 343	3,5
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	1 122	2,9
Maladies du système ostéo articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	800	2
Maladies de l'appareil génito-urinaire	719	1,9
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire aspécifiques	4 739	12,2
Lésions traumatiques	12 433	32
Causes externes de morbidité et de mortalité	282	0,7
Facteur influant sur l'état de santé et motifs de recours au service de santé	385	1,0
Maladies psychiatriques	119	0,3
Autre	3 883	10
Non renseigné	5 289	13,75
Total	38 865	100

Tableau 14: Diagnostics principaux et secondaires des patients *score 4*, tout secteur et années confondus.

Les données du tableau 14 mettent en avant deux familles de diagnostics particulièrement représentées parmi les patients *score 4* : « les lésions traumatiques » (pouvant être

également associées au groupe des « maladies ostéo articulaires ») et les « symptômes ou résultats aspécifiques » pour 34% et 12,2% respectivement. A noter une part non négligeable des diagnostics non renseignés correspondant aux dossiers médicaux non codés à l'issue de la prise en charge médicale. Ceci pouvant être lié soit à une erreur informatique, soit à une sortie du patient sans soin, soit à un oubli de codage par l'équipe médicale (le dossier étant automatiquement détaché du logiciel Urqual après un délai de non utilisation).

L'orientation

A l'issue de la prise en charge médicale, le patient retournera à domicile dans 97% des cas (34 020 patients) parmi les patients *score 4*. L'orientation des patients *score 4* en fonction des secteurs est retrouvée sur la figure 21. Ainsi, parmi les retours à domicile, la répartition sectorielle des patients est quasi équivalente (45% et 55% pour les secteurs chirurgie et médecine respectivement).

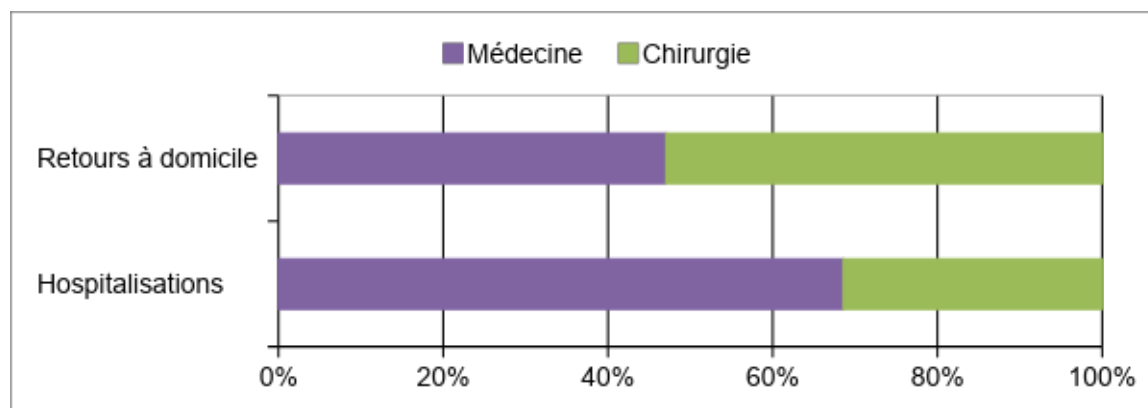


Figure 21: Orientation des patients *score 4* en fonction de leur répartition sectorielle (médecine ou chirurgie).

En revanche, les hospitalisations concernent pour 69% des patients pris en charge dans le secteur *médecine* et pour 31% dans le secteur *chirurgie*. L'analyse statistique (tableau 15) montre que le taux d'hospitalisation est de 17,81 points de pourcentage moins élevé chez les patients *score 4* par rapport aux autres patients dont le score est inférieur à 4. Cette différence étant significative au seuil de 5%.

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Autre score	30 350	0,207	0,0023	[0,202-0,211]
Score 4	35 073	0,029	0,0009	[0,027-0,031]
Différence		0,178	0,0024	[0,017-0,018]

Tableau 15: Proportion de patients bénéficiant d'une hospitalisation en fonction de leur score initial IOA « score 4 » (n=35 073) et « autre score » (n=30 350).

Parmi tous les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation suite à leur prise en charge aux urgences pédiatriques, la médiane de la durée d'hospitalisation est de 18 jours. Le score initial ne semble pas, d'un point de vue statistique, être corrélé avec la durée d'hospitalisation.

En effet, dans le cas où l'on ne s'intéresse qu'aux durées de séjour les plus longs (1% des hospitalisations durent plus de 69 jours et 99% moins de 69 jours), on retrouve 40,28% de patients score 4 contre 57,77% chez les 99% des hospitalisations les moins longues. Cette différence est significative au seuil de 5% (tableau 16).

	<i>N</i>	<i>Proportion moyenne</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>
Séjour <69 jours	66 646	0,537	0,0019	[0,533-0,541]
Séjour>69 jour	777	0,402	0,0175	[0,368-0,437]
Différence		0,134	0,017	[0,100-0,169]

Tableau 16 : Proportion de patients score 4 en fonction de la durée de séjours < 69 jours (n=64 646) et celles > 69 jours (n=777).

DISCUSSION

Discussion des résultats et comparaison aux données de la littérature

Les patients aux urgences pédiatriques

Au même titre que les structures d'urgences générales et mixtes, les urgences pédiatriques ne sont pas épargnées par l'augmentation préoccupante de leur fréquentation.

En effet, en 2016 et 2017, les urgences pédiatriques du CHU de Rouen enregistraient en moyenne 39 668 passages par an soit environ 100 passages par jour, secteur *médecine* et *chirurgie* confondus.

Bien que la tendance d'augmentation tende à devenir permanente dans les structures d'urgences adultes, notre étude montre que les urgences pédiatriques du CHU de Rouen conservent les pics de fréquentation aux périodes d'épidémies hivernales (pics d'admissions de novembre à mars de bronchiolites chez les nourrissons, asthme, grippe, gastro-entérites). Ceci concorde avec les données du schéma régional d'organisation des soins qui place la région Haute Normandie parmi les plus touchées, en nombre et sévérité, par les affections respiratoires de l'enfant et de l'adolescent (bronchiolites, broncho- pneumopathies, asthme ...) qui représentent le quart des pathologies rencontrées et la première cause d'hospitalisation. (47)

De plus, la répartition du flux en fonction des années, des mois ou des jours de la semaine est très superposable d'une année à une autre permettant ainsi une anticipation des consultations et la mise en œuvre de moyens humains et matériels pour accueillir les patients à l'hôpital.

Cette anticipation peut également s'effectuer en fonction des différents secteurs qui voient leur répartition suivre des tendances distinctes.

Celle ci est déjà mise en place au CHU de Rouen pour les patients relevant d'une prise en charge médicale (et non chirurgicale) par l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de Novembre à Mai afin de palier le manque de lit d'aval.

Cependant, alors que la fréquentation du service des urgences augmente fortement à cette période, la mise à disposition de lits supplémentaires ne joue que sur l'une des causes d'engorgement des urgences (*cf* introduction) et la mise en place des moyens humains et matériels au sein même du service des urgences apparaît indispensable.

Egalement, le secteur *médecine* enregistre un nombre important de consultations pour les enfants au cours de leur première année de vie. Outre les carences de médecine de ville, les données de la littérature tendent à évoquer l'inquiétude des parents au sujet de l'état de santé au cours de la première année de vie ainsi que la sévérité des affections à cet âge justifiant le recours aux hospitalisations (à titre d'exemple, une fièvre > 38° chez un enfant de 3 mois sans point d'appel retrouvé justifiera d'examen complémentaires). (7)(49)(50)(51)

Pour le secteur *chirurgie*, l'âge moyen des patients est plus élevé et la tranche d'âge « 5 - 10 ans » est plus largement représentée. Ceci correspond aux âges scolaires, et d'activités sportives.

La répartition horaire des patients, toute gravité confondue met en évidence une fréquentation croissante et soutenue de 8h à 20h, soit aux heures d'ouverture des cabinets libéraux et de début de garde des permanences de soins.

Ceci concorde avec les statistiques collectées par la DREES comme par les observatoires régionaux des urgences (ORU) qui font apparaître que la majeure partie des passages aux urgences a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets de ville. (7)

Notre étude n'a pu isoler la part des patients ayant eu recours à une prise en charge médicale, quelle qu'elle soit, dans les 24 heures précédant la consultation aux urgences.

Cependant, dans une étude réalisée dans 4 centres d'urgences de Normandie, plus de la moitié des patients (58,5%) consultaient de façon auto référée dont plus que 85% d'entre eux n'avaient pas eu de contact médical préalable. (15)

Les patients consultants proviennent pour une très grande majorité de Rouen et de son agglomération. Ceci s'explique par la répartition régionale des différents centres accueillant la pédiatrie.

Cependant, statistiquement, les patients provenant de Rouen et son agglomération, quel que soit le motif de consultation ou le score de tri initial, seront moins hospitalisés (10% des hospitalisations) que ceux provenant d'une autre zone géographique.

Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons : premièrement les patients provenant d'une zone géographique autre que Rouen seront pris en charge dans le centre de pédiatrie local et orientés en fonction de la décision médicale, soit vers le domicile, soit hospitalisés dans la structure.

Si ces patients sont transférés vers le CHU, il s'agira de patients plus graves ou nécessitant une prise en charge spécialisée particulière justifiant le plus souvent une hospitalisation.

De plus, pour les patients rouennais, lorsque la compliance au traitement et la confiance parentale sont obtenues, une surveillance au domicile peut être envisagée avec des

consignes de consulter de nouveau si besoin, le domicile étant non loin situé du CHU. Ceci ne peut être valable pour les patients habitant plus loin.

Cependant, aucun consensus n'est établi sur la distance maximale ou le temps maximum de trajet pour se rendre de nouveau au CHU lorsque le patient peut être surveillé à domicile. Ainsi, cette décision est laissée à l'appréciation du médecin et doit être prise avec prudence.

Les patients Score 4

Notre étude s'intéresse spécifiquement aux patients *score 4* suite à la première évaluation de prise en charge IOA.

Le *score 4* étant le score le plus bas (soit le moins grave) sur l'échelle de l'hôpital Robert Debré effective au CHU, nous avons fait le postulat initial que ces patients consultent pour des affections « non graves et pouvant donc relever d'une prise en charge ambulatoire de médecine générale. »

De plus, ces patients consultent aux urgences de façon auto-référée. L'échelle de tri utilisée scorant 3 au minimum, les patients adressés par un médecin.

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques socio démographiques de ces patients et à leur parcours de soins aux urgences afin de confirmer ou infirmer le postulat initial et proposer des solutions en comparaison avec les données de la littérature afin de palier l'engorgement croissant des urgences pédiatriques du CHU de Rouen.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Notre étude a permis de faire ressortir plusieurs caractéristiques sociodémographiques des patients consultant aux urgences pédiatriques et *scorés 4*.

En effet, bien que l'analyse descriptive retrouve une répartition à peu près homogène des différentes classes d'âges parmi les patients *score 4*, d'un point de vue statistique, les patients consultants aux urgences pédiatriques de plus de 4 ans auront plus de chance d'être *score 4* que ceux d'âge strictement inférieur à 4 ans.

Ces patients proviennent pour 65% des cas de Rouen et de son agglomération et 24% du reste du département de Seine-Maritime.

Les patients consultent donc une structure médicale pour des motifs non grave plus facilement lorsque celle ci est proche de leur domicile.

59,81% des patients consultant aux urgences pédiatrique ne possédant pas de médecin traitant déclaré ont été *scorés 4* au cours des années 2016 et 2017 contre 53% pour ceux qui ont déclaré en posséder un.

Ainsi, l'hypothèse pouvant être formulée est que ces patients, face à un problème de santé scoré « non grave » et n'ayant pas de médecin traitant vers qui se tourner, consultent aux urgences pédiatriques pour 59% des cas.

Le dernier rapport de la Cours des comptes estime que 35% des passages aux urgences auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste. (7)

Cependant, la déclaration de médecin traitant est à nuancer ici étant donné que la population pédiatrique échappait jusqu'alors au parcours coordonné des soins.

Cette notion est remise en cause dans la nouvelle loi relative à la modernisation de notre système de santé qui intègre désormais les enfants dès la naissance dans un parcours de soins permettant la réponse à un problème de santé ne justifiant pas le recours aux urgences et de réaliser des consultations de prévention. (39)

Cependant, qu'en est il des 53% patients *score 4* qui possèdent un médecin généraliste ?

Les données de la littérature s'accordent sur le fait que la carence de la médecine de ville (médecine générale et pédiatrie) notamment en Normandie ainsi que les nouveaux mode d'exercice des médecins libéraux ne peuvent répondre à la demande croissante des soins non programmés.

Le niveau socio économique des patients dans notre étude a été établi en dichotomisant notre échantillon en 2 populations distinctes : les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME et les patients sans CMU. De façon significative (au seuil de 5%), notre étude a montré qu'il existe une corrélation entre le fait de bénéficier de la CMU et d'être *scoré 4* suite à la première évaluation IOA.

Ainsi l'argument financier longtemps décrié dans le milieu médical comme cause majeure de consultations de routine aux urgences n'est pas vérifié ici et en accord avec plusieurs données de la littérature.

J.Hascoët dans son travail de thèse étudiant le profil des patients auto référés en Normandie ne retrouve l'argument de non avance des frais lors des consultation uniquement pour 1% des patients auto référés (et 0,3% selon la thèse de C.Pujol). (52)(15)(53)

En effet pour les patients CMU qu'il s'agisse d'une consultation de médecine générale, de permanence de soins ou d'une consultation aux urgences, il n'y aura pas d'avance de frais.

LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES ET LE MOTIF DE RECOURS

Les patients *score 4* représentent quasiment la moitié des passages annuels aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen.

La répartition mensuelle des patients *score 4* retrouve une activité plutôt stable toute l'année avec une baisse en fin d'année (novembre et décembre) alors que la fréquentation générale des urgences pédiatriques voit son effectif atteindre son maximum en décembre.

Ainsi, l'augmentation de fréquentation générale des patients aux urgences pédiatriques en décembre se fait a priori principalement au bénéfice des patients *scorés 1 à 3* (et donc plus graves selon la première prise en charge de l'IOA).

Notre étude retrouve une répartition horaire des patients au cours de la journée croissante et stable de 8h à 22h avec 3 pics distincts : la matin à 8h, entre midi et 14h puis un nouveau pic de 18h à 20h.

Ainsi, de nouveau, l'on observe que les consultations des patients *score 4* s'effectuent aux heures d'ouverture des cabinets libéraux et avant le début de la garde de permanence de soins.

Cette répartition horaire, superposable au flux général des urgences pédiatriques, met de nouveau en évidence la carence de la médecine de ville face aux consultations non programmées.

Selon le rapport d'information du Sénat fait au nom des affaires sociales de 2017 : « *cette situation est due à la fois à l'insuffisance numérique des pédiatres exerçant en ville pour faire face aux épidémies ou à un volume important de demandes de prise en charge en urgence, et aux horaires d'ouverture des cabinets, qui ne permettent pas aux familles d'y conduire leurs enfants à l'issue d'une journée de travail.* » (7)

De plus, la Cours des comptes condamne le « *désengagement des professionnels libéraux quant à la prise en charge des soins non programmés* ».

Notre étude révèle que $\frac{3}{4}$ des patients *score 4* intéressent le secteur *chirurgie* notamment pour un motif d'origine traumatologique (35%).

Il est possible qu'une partie de ces patients se soient orienté directement vers une structure d'urgence avec un plateau technique disponible pensant que la prescription d'un examen complémentaire (radiographie...), d'un acte d'orthopédie (plâtre, attelle, suture..) ou d'un avis spécialisé ne soit directement nécessaire et uniquement réalisable en structure hospitalière.

En effet, les médecins libéraux (notamment ceux spécialisés en médecine du sport ou ceux dont le cabinet est éloigné d'un centre hospitalier) semblent continuer à réaliser des soins

d'orthopédie telle que la prescription d'attelles pour les entorses mais il apparaît de moins en moins fréquent que les médecins généralistes ne réalisent les petites sutures en cabinet. (54)(55)

Il apparaît important de souligner que parmi les patients *score 4* consultant pour de la traumatologie, seuls 38% d'entre eux ont bénéficié de la prescription d'un acte complémentaire (radiographie, avis spécialisé, petite chirurgie...).

Plusieurs données de la littérature s'accordent à dire que si ces patients avaient consulté en ambulatoire, peut être que ces examens n'auraient pas été prescrits.

En effet, selon la méta analyse anglo-saxonne de Roberts et al., les médecins généralistes prescrivent 20 à 58% d'examen complémentaires en moins que les médecins hospitaliers pour de la petite traumatologie. (56)

Cependant, notre étude retrouve que 43% des patients *score 4*, qu'il s'agisse de pédiatrie *médicale* ou *chirurgicale* n'ont pas bénéficié d'examen complémentaire.

Ce chiffre est parfaitement superposable aux données nationales de la cours des comptes qui estiment à 43% la part des consultations aux urgences relevant d'une simple consultation. (7)

Notre étude a permis de souligner que les patients *score 4* bénéficient en moyenne d'un délai de prise en charge de 3 heures environ avec un délai d'attente moyen avant le premier contact médical de 1heure et 20 minutes.

A l'issue de la prise en charge médicale, notre étude révèle que seulement 3% des patients *score 4* bénéficient d'une hospitalisation.

Ceci peut s'expliquer de différente façon. Tout d'abord les patients *score 4* présentent un état clinique initial jugé « non grave » par l'IOA (selon des critères de tri objectifs). De plus, ces patients sont automatiquement auto-référés (car lorsqu'ils sont adressés par un médecin traitant ou autre ils sont automatiquement *scorés 3* au minimum) et n'ont donc pas bénéficié de filtrage médical jugeant la prise en charge hospitalière nécessaire.

Ces résultats confirment le fait que pour les patients *score 4*, bien qu'un examen complémentaire soit prescrit, une structure hospitalière complète (avec services hospitaliers, personnel soignant...) n'apparaît pas nécessaire à leur prise en charge.

Solutions proposées

Revoir la permanence des soins et informer les patients

De nombreux travaux mettent en évidence la méconnaissance des patients des structures de soins disponibles.

A titre d'exemple, dans une étude réalisée dans la région du Havre, est estimée à 70% la part des usagers des urgences ne connaissant pas l'existence de maisons médicales de garde (MMG). (57)

La Cours des comptes estime que cette méconnaissance serait liée en partie par « *l'amplitude horaire de leur fonctionnement qui ne couvre pas l'intégralité de la période de permanence de soins* ». En effet, bien que la permanence de soin soit théoriquement assurée de 20h à 8h, de nombreuses zones n'assurent cette permanence que jusqu'à minuit.

Cependant, notre étude met en avant qu'aux heures d'ouverture de la permanence des soins ambulatoire (20h-8h), il apparaît de façon statistiquement significative (au seuil de 5%) que consulte une plus faible proportion de patients *score 4*.

Ainsi, il serait intéressant d'élargir l'ouverture de la permanence de soins à partir de 18 heures pour couvrir la période de fin de journée, sortie du travail des parents et fermeture des cabinets médicaux.

Cependant, outre la méconnaissance de ces structures, leur difficulté d'accès (*cf* introduction) tend à décourager les patients qui trouveront une réponse plus facilement à l'hôpital.

De plus, pour des raisons d'économie de la santé, l'ARS de Normandie prévoit dans son prochain schéma d'organisation de la santé de nouvelle fermeture de zones de PDS.

La réorientation des patients

La réorientation des patients se présentant aux urgences pédiatriques de façon auto référée et pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire vers une autre structure de soins jugée plus adaptée au problème de santé est une solution très présente dans la littérature.

En effet, en fonction des horaires il peut s'agir d'une structure de permanence de soins, d'une maison médicale, voire éventuellement d'une autre structure d'urgences pédiatriques.

L'étude de Gentile et al. révèle que les consultants « non urgents » sont globalement favorables à une réorientation potentielle et que parmi ceux acceptant la réorientation, 58% ont consulté pour un motif d'origine traumatologique. (58)

Ceci laissant supposer certain pré requis des structures alternatives tels que l'accès à des examens d'imagerie et la possibilité de réaliser des actes de petite chirurgie.

Ainsi, une formule qui pourrait être envisagée serait une structure libérale située à proximité du service des urgences permettant à la fois un ré adressage de la part du service d'urgences, et un transfert vers les urgences dans le cas où les ressources de la structure ne suffiraient pas.

Les médecins de ces structures pourraient être des médecins généralistes ou des pédiatres avec la possibilité d'accueillir des internes de médecine générale en vue d'augmenter le nombre de terrains de stages de pédiatrie disponibles en médecine générale à Rouen. D'autant plus que la pédiatrie n'est pas obligatoire dans la maquette de formation de médecine générale alors qu'on estime à 13% le taux de consultations pédiatriques d'un médecin généraliste. (36)

Pendant se pose la question du financement de ces consultations car le mode actuel de financement des structures d'urgence est actuellement basé sur un mode de forfait annuel des urgences (FAU) calculé par « tranches d'activité ». Dans ce contexte, le ré adressage des patients apparaît comme « *un manque à gagner pour les établissements de santé* » comme le souligne le député Véran dans son rapport sur la réforme du financement des établissements de santé. (59)

De plus, se pose également le problème de rémunérations des praticiens de médecine générale qui accueillent en maisons médicales libérales, les « urgences réorientées » donc non programmées car ils ne bénéficient pas du forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) initialement prévu pour les établissement de santé afin de couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement de ces patients. (60)

A noter également que la réorientation de ces patients peut être vécue par leur médecin généraliste ou pédiatre référent comme une tentative de détournement de patientèle voire de concurrence déloyale condamnée par l'article 50 du code de déontologie médicale. (61)

La mise en place d'un circuit court

Les données de la littérature s'accordent à dire que la mise en place d'un circuit court (*fast-tracks*) au sein même du service des urgences pédiatrique apparaît comme la solution la plus adaptée.

En effet, il s'agit de repenser l'organisation du service des urgences pédiatriques en incluant une zone « circuit court » composée d'une salle d'attente individualisée, d'une ou plusieurs salles de consultation et d'un médecin.

Le service d'urgence est donc divisé en 3 grandes zones : le circuit court avec consultations rapides et gestes techniques simples, un circuit classique et une zone de déchocage.

Ces organisations sont présentes selon la DREES dans 36,5% des structures d'urgences de France.

Dans une étude réalisée au CHU de Nice, la prise en charge des patients « non urgents » (*score 5 CIMU*) par le circuit court a permis une amélioration globale de l'organisation du service. Tant pour les patients « non urgents » avec une diminution du temps d'attente et une amélioration de la prise en charge que pour les soignants avec une pénibilité du travail estimée diminuée de 85%. (62)

Cependant, bien que le développement des circuits courts tend à se généraliser, les rapporteurs du Sénat alertent tout de même sur le risque du succès de cette nouvelle organisation créant un « *appel d'air* » dans des urgences déjà surchargées insistant donc sur la nécessité de proposer en parallèle des campagnes d'information et d'éducation de la population sur la pertinence du recours aux urgences. (7)

De plus, il apparaît nécessaire que ce circuit soit pris en charge par un médecin sénior expérimenté, afin d'optimiser la prescription d'examen complémentaires et de favoriser la rapidité au diagnostic.

Les résultats de notre étude mettent en évidence que selon l'échelle de tri effective au CHU de Rouen, 48,98% sont *scorés 4*.

Ce qui reviendrait à délester la moitié des consultants vers une structure de circuit court ce qui paraît impossible.

De plus, 3% des patients *score 4* ont bénéficié d'une hospitalisation donc n'auraient pu être pris en charge par le circuit court risquant a contrario de monopoliser l'équipe du circuit court au détriment des autres patients.

Ainsi, afin de pouvoir orienter les patients vers le circuit court il semblerait utile de disposer d'une échelle de tri à 5 niveaux.

En effet, les recommandations d'expert de la SFMU concluent que les échelles de triage chez l'enfant doivent comporter 5 niveaux minimum.

Dans ce contexte l'on pourrait supposer que les patients *score 5* pourraient être pris en charge en circuit court.

Optimisation de la ligne enregistrée

Plusieurs études mettent en évidence l'efficacité de plateformes téléphoniques spécialement dédiées à la pédiatrie sur le nombre de recours aux urgences pour des motifs « non graves », ceci associé à une satisfaction des appelants de l'ordre de 96%. (63)(64)

Aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen, une ligne enregistrée existe (*cf introduction*).

Cependant, la sollicitation directe de l'équipe de la structure d'urgence par les parents semble poser plusieurs difficultés : en effet, le personnel médical et para médical se retrouvent en position de régulation médicale et de permanence de soins sans formation à la régulation adéquate. Aussi, répondre au téléphone est une tâche supplémentaire dans un contexte d'urgences surchargées notamment en période d'épidémies saisonnières, où la réponse téléphonique sera parfois jugée « trop rapide » par les parents qui préféreront se déplacer vers les services d'urgences pour se rassurer et obtenir les informations souhaitées.

De plus, cette ligne téléphonique n'est pas directement liée au Centre 15, ainsi, en cas de cas grave, si les parents ont sollicité la ligne enregistrée, ils devront être réorientés vers le Centre 15, réexpliquer la situation et bénéficier de nouveau d'un examen médical téléphonique. Ceci pouvant être vécu comme une perte de chance pour le patient.

Ainsi, il semblerait utile d'optimiser cette ligne enregistrée en ne la rendant accessible que par l'intermédiaire du Centre 15 permettant de filtrer les appels relevant de simple conseils ou de demande de conduite à tenir de la part des parents, de former les médecins du SAU pédiatrique à la régulation médicale et de mettre en place des algorithmes précis pour guider l'examen médical téléphonique tel que le prévoit l'Académie américaine de pédiatrie dans la publication de recommandations à la pratique de la pédiatrie par téléphone de 2002. (65)

Forces et limites de l'étude

L'une des forces de notre étude est le nombre de sujets inclus (65 423 observations), ce qui nous a permis de bien caractériser le profil des patients *score 4* aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen. De plus, les données traitées étaient issues des logiciels informatiques du CHU renseignées de façon objective permettant de s'affranchir de certains biais (notamment de mémorisation ou de retranscription). Cependant, certaines données telles que les paramètres CCMU ou le diagnostic final des patients *score 4* sont renseignés par les médecins en fin de prise en charge, parfois rapidement, laissant supposer pour certaines de possibles erreurs lors de la retranscription. Toutefois, dans la mesure où ces erreurs ne sont vraisemblablement pas systématiquement corrélées avec l'objet de notre étude (ce serait pas exemple le cas si les médecins avaient tendance à commettre relativement plus d'erreurs de retranscription sur les patients *score 4*), cela ne constitue pas un problème quant à la validité statistique de nos résultats.

Il faut également noter que pour l'analyse statistique, nous ne disposons pas des données générales issues de CDP2 des patients (tous scores confondus) du 11 novembre 2017 au

31 décembre 2017, en raison d'une incompatibilité de version du logiciel Excel (la version 2003 utilisée au CHU ne permet de renseigner que 65 536 cellules alors que nous devrions disposer en réalité de 71 337 observations pour les années 2016 et 2017 (cf. page 48)). Un biais de sélection peut également être retenu ici. En effet, seuls les patients *score 4* étaient inclus dans l'étude afin de représenter les patients relevant de la médecine ambulatoire. Cependant, 3% d'entre eux ont bénéficié d'une hospitalisation et n'auraient donc pas pu être pris en charge en médecine générale.

Enfin, il faut mentionner le fait que notre étude n'est réalisée que dans un seul centre d'urgences pédiatriques de la région Haute-Normandie, et bien que les urgences pédiatriques du CHU de Rouen enregistrent un taux de passages annuels parmi les plus importants de France, notre étude n'est pas généralisable à l'ensemble des services d'urgences pédiatriques.

CONCLUSION

La surcharge des services d'urgences est un sujet actuel de santé publique et l'une des causes souvent décriée comme responsable de cette augmentation de fréquentation est le mésusage des structures d'urgences par des patients qualifiés de « non graves ». Cette étude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen a permis d'identifier des caractéristiques propres aux patients *score 4* soit les « moins graves » ainsi que leur parcours de soin aux urgences.

Ces patients sont âgés de plus de 4 ans, proviennent majoritairement de Rouen et son agglomération et possèdent pour la moitié d'entre eux un médecin traitant. Ils représentent environ la moitié des passages aux urgences, consultent principalement aux heures d'ouverture des cabinets libéraux pour un motif chirurgical de traumatologie, bénéficient pour 57% d'entre eux d'un examen complémentaire et seuls 3% bénéficient d'une hospitalisation. Cette population cible identifiée, plusieurs solutions peuvent être envisagées afin de gérer l'afflux de patient, de s'y adapter et non plus lutter.

Cependant, notre hypothèse selon laquelle les patients *score 4* relèvent de la médecine générale n'est pas entièrement vérifiée dans cette étude et il apparaît nécessaire de créer un 5^{ème} niveau sur l'échelle de tri.

La mise en place d'un circuit court aux urgences pédiatriques pourrait être une solution adaptée avec en parallèle une information des patients et une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

1. Carrasco. L'activité des services d'urgences en 2004. 2004;8.
2. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.
3. Bleichner G, Bleichner G, Braun F, Burnouf J-M, Cerfontaine C, Delaire L, et al. Architecture des services d'urgence. Journal Européen des Urgences. juin 2005;18(2):102-26.
4. Claret P-G, Bobbia X, Olive S, Demattei C, Yan J, Cohendy R, et al. The impact of emergency department segmentation and nursing staffing increase on inpatient mortality and management times. BMC Health Serv Res. 19 2016;16:279.
5. Riou B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. Annales françaises de médecine d'urgence. févr 2017;7(1):1-4.
6. La médecine d'urgence | National [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>
7. Cohen L, Genisson C, Savary R-P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. 2017 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html
8. ccmu.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
9. Scores et classification des malades aux urgences [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.efurgences.net/aide-a-la-decision/61-classifications.html>
10. Claret P-G, Segal N, Maignan M, Maillard-Acker C, Taboulet P, Carpentier F, et al. Le triage en structure des urgences: Société française de médecine d'urgence. Annales françaises de médecine d'urgence. mai 2014;4(3):196-200.
11. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine J-P, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. Eur J Emerg Med. avr 2009;16(2):61-7.
12. Les établissements de santé - édition 2017 [Internet]. [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-2.pdf>
13. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, Coussaye J-E de L. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann Fr Med Urgence. 1 mars 2014;4(2):96-105.
14. Le panorama des établissements de santé - édition 2014. :17.
15. Hascoët J. Patients auto-référés dans 4 services d'urgences en Haute Normandie: quel profil? Quelles implications pour la permanence de soins ? [Rouen]: UFR médecine et pharmacie de Rouen; 2013.
16. rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2018]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
17. rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
18. Wargon M. les urgences : un symptôme des changements de la société ? :37.
19. CASH É, CASH R, DUCASSÉ J-L, HAULT C, MATTHIEU F, RICHARD T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. :96.
20. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. La Presse Médicale. juill 2004;33(12):780-3.
21. Claret P-G. Le circuit patient en structure des urgences : comment lutter contre la surcharge? Montpellier; 2016.

22. Kocher KE, Meurer WJ, Desmond JS, Nallamotheu BK. Effect of testing and treatment on emergency department length of stay using a national database. *Acad Emerg Med.* mai 2012;19(5):525-34.
23. No bed Challenge - SUDF [Internet]. [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://nbc.samu-urgences-de-france.fr/default/index/a-propos>
24. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med.* mars 2010;28(3):304-9.
25. Pines. Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain. *Annals of Emergency Medicine.* 1 janv 2008;51(1):1-5.
26. Sills MR, Fairclough D, Ranade D, Kahn MG. Emergency Department Crowding Is Associated With Decreased Quality of Care for Children. *Pediatric Emergency Care.* 1 sept 2011;27(9):837-45.
27. Fayyaz J, Khursheed M, Mir MU, Mehmood A. Missing the boat: odds for the patients who leave ED without being seen. *BMC Emerg Med.* 16 janv 2013;13:1.
28. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ.* 1 juin 2011;342:d2983.
29. Jo S, Jeong T, Jin YH, Lee JB, Yoon J, Park B. ED crowding is associated with inpatient mortality among critically ill patients admitted via the ED: post hoc analysis from a retrospective study. *Am J Emerg Med.* déc 2015;33(12):1725-31.
30. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 6 mars 2006;184(5):213-6.
31. Berger E. Physician Burnout: Emergency Physicians See Triple Risk of Career Affliction. *Annals of Emergency Medicine.* 1 mars 2013;61(3):A17-9.
32. Satisfaction professionnelle des médecins urgentistes et syndrome d'épuisement professionnel : quels liens ? *Journal Européen des Urgences et de Réanimation.* 1 déc 2015;27(4):176-82.
33. Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale | Legifrance [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrrete/2016/3/4/AFSH1606596A/jo>
34. Roch I, Lorant V. Le coût de l'urgence : comparaison des urgences hospitalières avec la garde de la médecine générale. :7.
35. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
36. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. :8.
37. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
38. E respect - Revue des étudiants en soins primaires et chercheurs toulousains. juin 2016;(12).
39. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
40. Le Conseil national publie l'Atlas 2017 de la démographie médicale ainsi qu'une étude sur les flux migratoires de médecins à diplômes étrangers en France. 12 oct 2017; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_demographie2017.pdf
41. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
42. N° 2837 - Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins [Internet]. 2015 [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>
43. DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 Circulaire [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
44. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins. :64.
45. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - pédiatrie [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/pediatrie/15223>
46. [pediatrie.pdf](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/pediatrie/15223) [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pediatrie.PDF>
47. ARS. Bilan des SROS en Normandie [Internet]. 2017. Disponible sur: www.normandie.ars.sante.fr

48. Depinet HE, Iyer SB, Hornung R, Timm NL, Byczkowski TL. The effect of emergency department crowding on reassessment of children with critically abnormal vital signs. *Acad Emerg Med.* oct 2014;21(10):1116-20.
49. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie.* févr 2011;18(2):128-34.
50. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant - Recommandations HAS octobre 2016 [Internet]. [cité 2 juin 2018]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf
51. Armengaud D. Le quiproquo des urgences pédiatriques. *Enfances & Psy.* 2002;no18(2):10-6.
52. Guerry M. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins? Etude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen. Bordeaux; 2016.
53. KASPROWSKI A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. Nantes; 2013.
54. COWAAR B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale. [Rouen]: UFR médecine et pharmacie de Rouen; 2011.
55. LA REVELLE T. Prise en charge des plaies traumatiques de l'adulte et de l'enfant en médecine générale. Caen; 2010.
56. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy.* juin 1998;44(3):191-214.
57. FAGOT GRIFFIN E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. [Rouen]: UFR médecine et pharmacie de Rouen; 2012.
58. 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.
59. VERAN DO. L'évolution des modes de financement des établissements de santé.
60. FORFAIT ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES « ATU ». :4. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.
61. Code de déontologie médicale. Conseil national de l'ordre des médecins; 2017.
62. Demonchy D, Haas H, Gillet Vittori L, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Tran A. Un circuit court pour désengorger les services d'accueil des urgences pédiatriques. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation.* nov 2015;27(3):117-25.
63. Bunik M, Glazner JE, Chandramouli V, Emsermann CB, Hegarty T, Kempe A. Pediatric telephone call centers: how do they affect health care use and costs? *Pediatrics.* févr 2007;119(2):e305-313.
64. Stagnara J, Vermont J, Jacquiel J, Bagou G, Masson S, Kassaï B, et al. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *La Presse Médicale.* nov 2010;39(11):e258-63.
65. Chevallier B. Conseils téléphoniques en pédiatrie: réalités et implications pour l'avenir. *Archives de Pédiatrie.* 1 mai 2003;10:s253-5.

RESUME

Introduction : Depuis plusieurs années, la fréquentation des services d'urgences ne cesse d'augmenter en France. Nombreux sont les patients consultant pour des motifs « non sévères » pouvant relever de la médecine générale. La pédiatrie n'est pas épargnée par le contexte actuel, et les carences de la médecine de ville ainsi que les nouvelles habitudes de consommation de soins contribuent en partie à une augmentation de fréquentation aux urgences pédiatriques. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les caractéristiques de cette population cible de patients ainsi que leur parcours aux urgences afin de dégager des solutions possibles d'amélioration de leur prise en charge et les perspectives d'étude à mener sur le sujet.

Matériel et méthode : Une étude épidémiologique descriptive, mono centrique et rétrospective des patients ayant eu recours aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen entre le 1^{er} janvier 2016 et le 11 novembre 2017 a été réalisée. Ont été exploitées les données générales de fréquentation des urgences pédiatriques, puis les données relatives aux seuls patients *score 4* par l'IOA selon l'échelle de triage effective au CHU de Rouen. L'analyse statistique repose sur des statistiques descriptives (moyenne, médiane, fréquence, évolution dans le temps) complétée de tests d'égalité des proportions. Le seuil de significativité retenu est de 5%.

Résultats : 65 423 patients ont été inclus (35 073 considérés comme *score 4* et 30 350 considérés comme scorés autrement). Ces patients sont en moyenne âgés de plus de 4 ans, proviennent majoritairement de Rouen et de son agglomération, possèdent pour la moitié d'entre eux un médecin traitant et bénéficient pour 56% de la CMU. Ils représentent environ la moitié des passages aux urgences, consultent principalement aux heures d'ouverture des cabinets libéraux pour un motif d'ordre chirurgical de traumatologie, bénéficient pour 57% d'entre eux d'un examen complémentaire, et seuls 3% bénéficient d'une hospitalisation. La durée moyenne de leur prise en charge aux urgences est de 2h47.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier les patients consultants pour des motifs « non grave » pouvant bénéficier d'alternatives de prise en charge que le circuit conventionnel des urgences. Notamment par l'extension des plages horaire de permanence de soins, la réorientation en médecine générale ou la mise en place d'un circuit court.

Mots clés : Services d'urgence, Pédiatrie, Surcharge, Médecine générale.