

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

BEJANIN Stéphane
Né à Paris le 01/12/1987

Présentée et soutenue publiquement le 29 Avril 2016

TITRE

**« Analyse du recours au service des urgences pédiatriques de
Clocheville par les médecins généralistes »**

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie
Membres du jury : Monsieur le Docteur MAROT Yves
Monsieur le Professeur LAFFON Marc
Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

BEJANIN Stéphane
Né à Paris le 01/12/1987

Présentée et soutenue publiquement le 29 Avril 2016

TITRE

**« Analyse du recours au service des urgences pédiatriques de
Clocheville par les médecins généralistes »**

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie
Membres du jury : Monsieur le Docteur MAROT Yves
Monsieur le Professeur LAFFON Marc
Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - Ch. BERGER –
J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER –
A. GOUAZE – M. JAN – J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD -
G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - J.P. MUH -
J. MURAT - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE
– J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
Mme	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; Addictologie
	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre.....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'Adultes
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie ; thérapie cellulaire
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie

	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O. R. L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire

	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline.....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

RESUME

Introduction : Devant un tableau associant une demande de soins en urgence croissante, une population pédiatrique importante et un nombre de médecins libéraux en forte diminution, nous avons voulu analyser le recours aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville de Tours par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire en se demandant : **Quelles étaient les motivations des médecins généralistes à adresser aux urgences pédiatriques et quels facteurs pouvaient influencer ce recours ?**

Méthodes : Etude descriptive transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé par mail aux médecins généralistes libéraux exerçant en Indre et Loire.

Résultats : 91 médecins ont répondu sur les 220 mails envoyés soit 40% de réponses et 80 réponses ont été exploitées. Les principales priorités des médecins pour adresser aux urgences étaient « les signes de gravité clinique » pour 96 % puis « la nécessité d'actes thérapeutiques » pour 65 % des médecins. Le « contexte familial défaillant » était la priorité la moins importante pour 50% des médecins. L'incertitude diagnostique et le manque de moyens influençaient beaucoup le recours aux urgences alors que le fait de ne pas être le médecin traitant ainsi que la surcharge de travail n'influençaient pas du tout.

Discussion : La pédiatrie occupe une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes mais ils ont peu recours aux urgences pédiatriques. Leurs demandes sont appropriées à la situation de l'enfant puisque priment les signes de gravité clinique. Certaines stratégies pourraient être expérimentées pour favoriser la relation ville-hôpital.

Mots clefs : Urgences pédiatriques, Médecin généraliste, Relation ville-hôpital, Motifs de recours aux urgences pédiatriques

ABSTRACT

« An analysis of referrals to Clocheville children's hospital in Tours by general practitioners »

Introduction: The combination of an increasing demand for emergency treatment, the sizeable paediatric population, and a significant drop in private practice has led to an analysis of referrals to Clocheville Children's Hospital in Tours by general practitioners in Indre-et-Loire. The purpose was to understand what causes GPs to refer cases to paediatric A&E, and which factors may influence such behaviour.

Methods: Cross-sectional descriptive study on the basis of an anonymised email survey of private general practitioners in Indre-et-Loire.

Results: 91 of the 220 physicians surveyed responded, meaning a 40 percent response rate, and 80 submissions were processed. The main causes of referral to A&E were "clinical signs of severity" (for 96 percent of physicians) and the "need for therapeutic intervention" (65 percent). A "failing family environment" was the least significant cause (50 percent). Uncertainty of diagnostic and lack of resources were significant factors in the referral to A&E, whereas not providing primary care, or being overworked, was not.

Discussion: Although paediatric care is a significant part of general practitioners' work, they rarely refer patients to paediatric emergency departments. Their referrals correspond to the children's circumstances, as the main cause is clinical signs of severity. There may be strategies to experiment so as to improve the relationship between ambulatory and hospital care.

Key words: Paediatric emergency, General practitioner, Ambulatory and hospital care, Cause of referral to paediatric emergency departments.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Anne-Marie Lehr Drylewicz. Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Recevez l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Alain Chantepie. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Marc Laffon. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

À mon directeur de thèse, Yves Marot. Je te remercie sincèrement de m'avoir aidé à réaliser ce travail. Merci pour tes conseils précieux. J'ai beaucoup appris au cours de l'élaboration de cette thèse et t'en suis particulièrement reconnaissant.

Je remercie tout particulièrement ma femme Anne-Sophie. Tes encouragements ont été la meilleure des motivations. Merci pour ta patience, ton aide précieuse au cours de l'élaboration de ce travail.

À mes parents, merci pour votre soutien et votre présence rassurante auprès de moi durant toutes ces années d'études. Je suis très reconnaissant de tout ce que vous avez toujours fait pour moi.

À mon frère Alexandre et mes sœurs Sophie et Claire et à Eider, merci pour votre soutien.

À mes grand mères et tout les autres membres de ma famille.

À Francine, Xavier, Adeline, Will et ma belle famille, merci pour votre soutien.

À Alexandre et Adrien. Merci de votre aide précieuse pour l'analyse des résultats et les statistiques.

À Jeremy Boissinot pour la réalisation informatique de mon questionnaire.

À John et Manuel Malherbe pour la traduction.

À mes amis d'enfance : Malcolm, John, Adrien, Laurent, Alexis, Matthieu G, Mathieu L, Didi, Fab, Victor, Hugo, Buch, Pou, Repier.

À Simo, Antoine, Paul, Titi, Medhi, Piépié, Marie, Cupidon, Florian, François, Perrine, Michmich, Aude, Charlotte, Helene, Mathieu, Elena, Bastien, Pierre A, Merwan, Sarah... En souvenir de nos années d'externat.

À Léa, Thibault, Caroline, Benoit, Camille, Gaspard, Rachel et tous les autres amis rencontrés à Tours et Bourges durant mes années d'internat. À toutes les belles rencontres faites au fil de ces années d'études. Merci pour ce que vous m'avez apporté tout au long de ce cursus.

À mes amis Anne-Maud Quentin et Joseph.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ABREVIATIONS	13
TABLE DES ILLUSTRATIONS	14
I. INTRODUCTION.....	15
II. MATERIEL ET METHODES	19
A) Type d'étude.....	19
B) Modalités de recrutement	19
C) Modalités d'évaluation	19
D) Analyse statistique :	20
III. RESULTATS.....	21
A) Caractéristiques des médecins de l'étude :	21
B) L'activité pédiatrique des médecins généralistes	25
C) La participation à des FMC sur la prise en charge pédiatrique	28
D) Les principales raisons du recours aux urgences pédiatriques.....	29
E) L'activité de traumatologie	31
F) Les paramètres qui vont influencer le recours aux urgences pédiatriques.....	32
G) Les outils d'aide diagnostique ou thérapeutique	34
H) Le mode d'adressage aux urgences pédiatriques	37
I) Le retour des Urgences Pédiatriques.....	37
IV. DISCUSSION	38
A) Conclusion :.....	38
B) Points forts et points faibles.....	41
a) Les forces de l'étude	41
b) Les limites de l'étude	42
C) Comparaison.....	43
D) Hypothèses	44
E) Ouvertures.....	45
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	50
A) Annexe 1 : Mail adressé :.....	50
B) Annexe 2 : Mail de relance :	51
C) Annexe 3 : Questionnaire thèse :	52

TABLE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire

FMC : Formation médicale continue

PEC : Prise en charge

PMI : Protection maternelle et infantile

RR : Risque relatif

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition du sexe des médecins en fonction de l'âge	21
Figure 2 : Répartition du mode d'activité en fonction de l'âge.....	22
Figure 3 : Répartition du nombre d'années d'installation en fonction de l'âge.....	23
Figure 4 : Répartition du nombre d'années d'installation en fonction du sexe	24
Figure 5 : Activité pédiatrique des médecins en fonction de leur âge	25
Figure 6 : Activité pédiatrique des médecins en fonction de leur nombre d'années d'installation	26
Figure 7 : Répartition des médecins de l'étude en fonction du nombre d'enfants adressés aux urgences au cours des 3 derniers mois.....	27
Figure 8 : Évaluation de la formation pédiatrique universitaire en fonction de l'âge des médecins	28
Tableau 1 : Principales raisons du recours aux urgences pédiatriques classées par priorité (6 : la plus importante à 1 : la moins importante) en pourcentage.....	29
Figure 9 : Les principales raisons du recours aux urgences pédiatriques par les médecins généralistes.....	30
Tableau 2 : Les paramètres influençant le recours aux urgences pédiatriques en pourcentage.....	32
Figure 10 : Paramètres influençant le recours aux urgences pédiatriques .	33
Figure 11 : L'évaluation de l'utilisation d'aide diagnostique ou thérapeutique.....	34
Figure 12 : Comparaison de l'utilisation d'internet en fonction du ressenti de leur formation pédiatrique universitaire	35
Figure 13 : Utilisation d'internet en fonction du type d'installation	36

I. INTRODUCTION

Il existe une augmentation croissante annuelle du nombre de passages dans les différents centres d'accueil d'urgences depuis leurs créations dans les années 60. (1, 2, 3)

Cette augmentation s'explique principalement par des consultations aux urgences pour des symptômes mineurs (nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins), par l'inquiétude parentale et par une permanence de soins déficitaires en ville (notamment en soirée ou en fin de semaine).

Cet afflux pose de nombreux problèmes notamment des problèmes de fonctionnement pour absorber le flux de patients (surcharge de travail, effectifs insuffisants...) et un coût financier non négligeable.

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

Un quart des urgences en France sont des urgences pédiatriques. (4)

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

Par ailleurs, les faibles taux d'hospitalisation inférieurs à 20% voire 10% pour les plus de six ans montrent bien l'inadéquation de nombreux recours à l'hôpital (2,3) ; ceci étant en lien avec le fait que le recours direct au service d'urgence est très fréquent (70% des usagers des services d'urgences s'y présentent directement, sans contact médical préalable (6) tandis que l'adressage par un médecin est rare.

La région Centre se caractérise par une population importante : 2 548 065 habitants en 2010 mais par la plus faible densité de médecins généralistes libéraux de métropole. En 2013, 2 200 médecins généralistes libéraux exercent en région Centre. Cela correspond à une densité standardisée de 81 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Cette densité place la région centre au dernier rang des régions métropolitaines, très nettement en deçà de la moyenne nationale de 96. (7)

Dans un avenir proche, ce déficit pourrait se renforcer avec les nombreux départs à la retraite des professionnels. En effet, le nombre de médecins devrait diminuer de 10% au cours des dix prochaines années et malgré un fort relèvement du numerus clausus (jusqu'à 8000 en 2011), le nombre de médecins en activité ne retrouvera son niveau actuel qu'en 2030. (8)

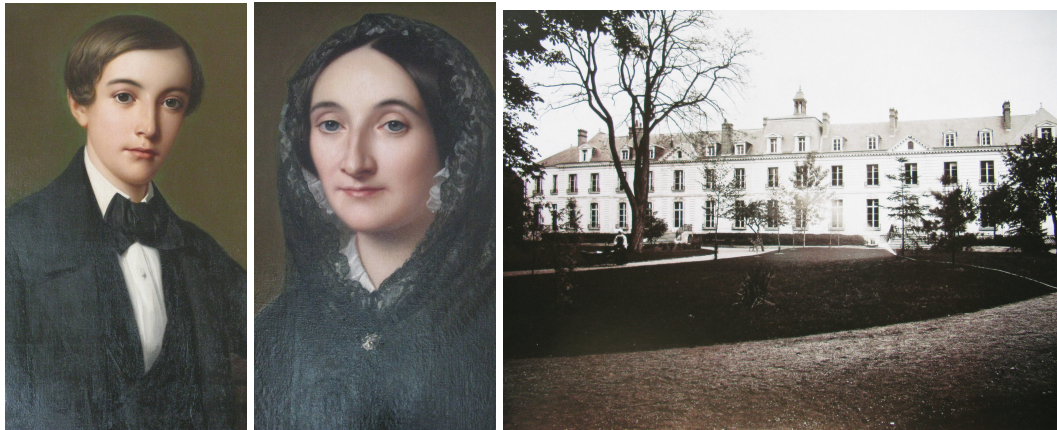
Alors, devant ce tableau associant une demande de soins en urgence croissante, une population pédiatrique importante et un nombre de médecins libéraux en chute libre, nous avons voulu analyser le recours aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville de Tours par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire.

Pour essayer de comprendre les raisons de ce recours, nous nous sommes demandés :

Quelles étaient les motivations des médecins généralistes à adresser aux urgences pédiatriques et quels facteurs pouvaient influencer ce recours ?

L'hôpital Clocheville à Tours :

Mme de Clocheville consacre une partie de sa vie à exaucer la dernière volonté de son fils Gatien décédé en 1853 à l'âge de 19 ans de phtisie : consacrer une partie de sa fortune à l'établissement d'un hospice pour enfants pauvres et malades. Ainsi, **Le 9 juin 1881 a eu lieu l'inauguration de l'hospice Gatien de Clocheville.**(9,10,11)



Le 1^{er} janvier 1952, l'hospice Gatien de Clocheville est confié par la ville de Tours à l'administration du Centre Hospitalier Général, en accord avec les héritiers de la famille Clocheville. Il devient le «Centre de Pédiatrie Gatien de Clocheville ».(12)

Ce nouvel hôpital ouvre en 1964 et compte actuellement 222 lits.



Le service des Urgences :

Chef de service : Dr MAROT et Cadre de Santé : Mme PROUST.

Service multidisciplinaire avec unité médico-chirurgicale accueillant tous les enfants amenés à l'hôpital en urgence, quel qu'en soit le motif réel ou invoqué.

En 2015 : 32 963 **consultations** dont : (11)

- 16558 pour pathologie médicale (en particulier épidémies saisonnières digestives : gastro-entérites aiguës, respiratoires : bronchiolites, rhinopharyngites et grippe).
- 16405 pour pathologie traumatologie-chirurgie : plus de 60 % sont des problèmes de petite traumatologie ne justifiant qu'un geste ambulatoire.

En moyenne : 90 passages par 24h avec 14% des enfants qui seront hospitalisés (UHCD ou autres Services de Clocheville)

Unité d'hospitalisation de courte durée : accueille les enfants examinés aux urgences, pour un temps d'observation ou d'examens complémentaires avant le retour à domicile ou le transfert vers un service spécialisé.

II. MATERIEL ET METHODES

A) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé par mails aux médecins généralistes libéraux exerçant en Indre et Loire.

B) Modalités de recrutement

Les médecins inclus étaient ceux ayant transmis leur adresse mail auprès du conseil de l'ordre soit 220 médecins. Les médecins remplaçants et les médecins de PMI ne faisaient pas partie de cette liste.

Le questionnaire (annexe 1 ; 13) a été envoyé le 15/10/2014 aux médecins par mail. Une relance a également été faite le 02/12/2014 pour permettre d'améliorer le taux de réponses.

C) Modalités d'évaluation

Les variables étudiées et leurs modalités étaient les suivantes :

A - Epidémiologie et cursus :

- 1- L'âge
- 2- Sexe
- 3- Le mode d'activité
- 4- Le nombre d'années d'installation
- 5- Le nombre moyen de consultations pédiatriques par semaine
- 6- Le nombre d'enfants adressés aux urgences pédiatriques au cours des 3 derniers mois
- 7- La satisfaction de la formation universitaire pédiatrique
- 8- La participation à des FMC pédiatriques

B - Analyse des différents facteurs décisionnels qui conduisent les médecins généralistes à adresser un patient aux urgences pédiatriques

- 9- Les raisons du recours aux urgences pédiatriques
- 10- La réalisation d'actes techniques de traumatologie (suture/immobilisation)

- 11- Les paramètres qui vont influencer la décision d'adresser aux urgences pédiatriques
- 12- Les outils d'aide au diagnostic ou thérapeutique dans la prise en charge avant d'adresser aux urgences pédiatriques
- 13- L'utilisation d'un avis téléphonique avant d'adresser un enfant aux urgences
- 14- L'outil de communication pour adresser aux urgences pédiatriques
- 15- Les retours d'informations suite à la consultation aux urgences des patients adressés

D) Analyse statistique :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Statistica (Statsoft, version 7.0). Nous avons réalisé des tests de corrélations, de student et d'Ancova. Le seuil de significativité que nous avons retenu pour l'ensemble de nos analyses est $p < 0,05$.

III. RESULTATS

91 médecins ont répondu sur les 220 mails envoyés soit 40% de réponses mais 11 réponses n'ont pas été prises en compte car il s'agissait de médecins n'exerçant pas de pédiatrie (activité homéopathie, mésothérapie...).

80 réponses ont été exploitées dans mon étude correspondant à l'échantillon.

A) Caractéristiques des médecins de l'étude :

Dans l'étude, il y avait une prédominance d'hommes : 45 (soit 56%) dont l'âge moyen était de 54 ans.

Les femmes étaient 35 (soit 44%) avec un âge moyen de 47 ans.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 49,9 ans.

Les médecins hommes étaient significativement plus âgés que les femmes dans l'étude ($t(78) = -4, p < .001$). (Figure 1)

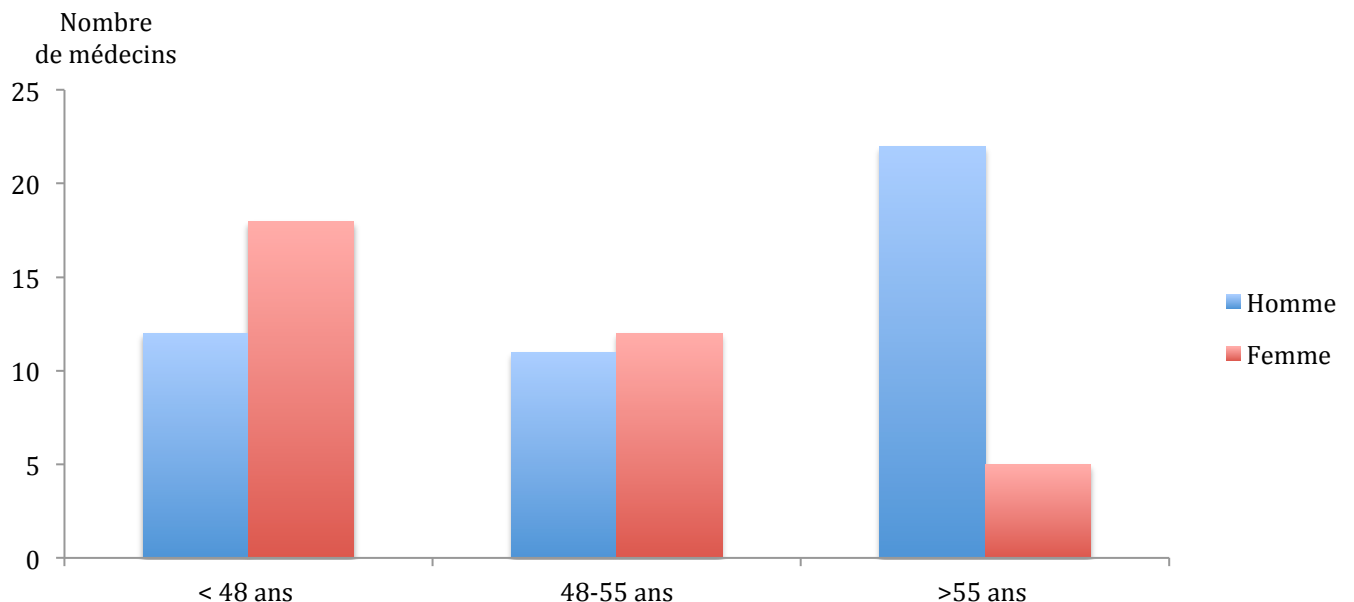


Figure 1 : Répartition du sexe des médecins en fonction de l'âge

La majorité des médecins exerçaient en cabinet de groupe (76%).

Les médecins les plus jeunes exerçaient surtout dans des cabinets de groupe alors que les médecins plus âgés étaient plus nombreux à exercer seuls, mais cette différence n'a pas été mise en évidence de manière statistique. (Figure 2).

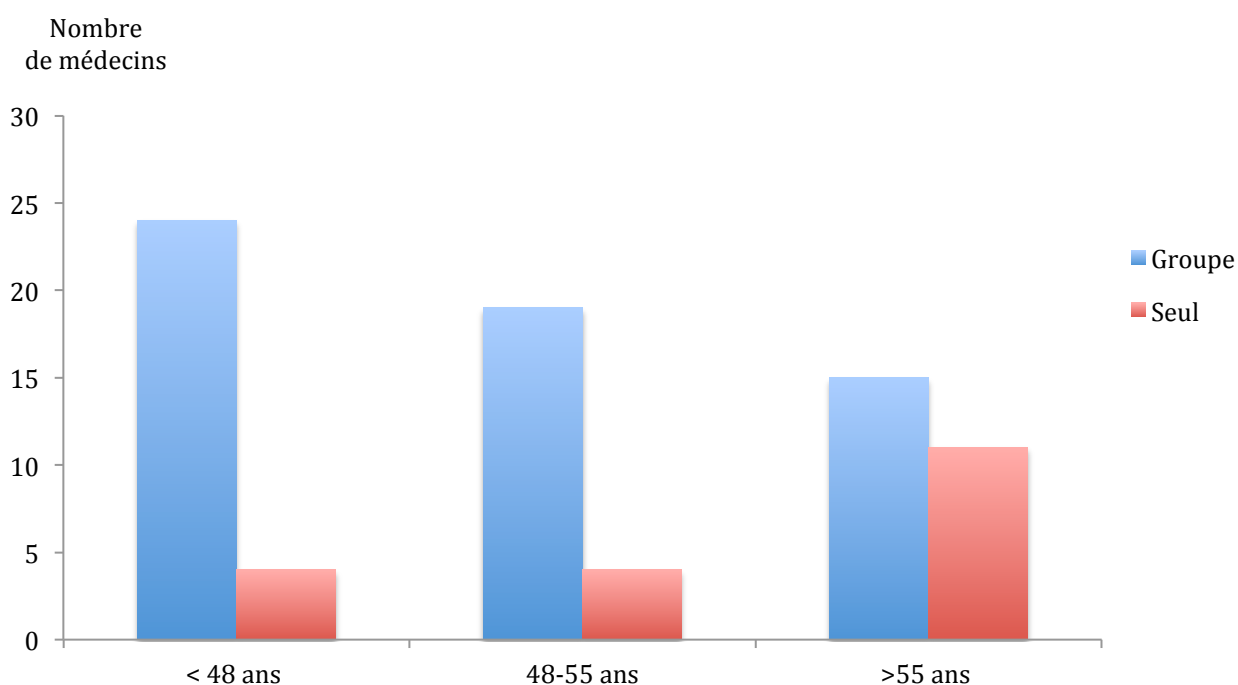


Figure 2 : Répartition du mode d'activité en fonction de l'âge

La figure 3 ci-dessous illustre que plus les médecins de l'étude étaient âgés, plus ils étaient installés depuis longtemps (R : ,88 P<0,1).

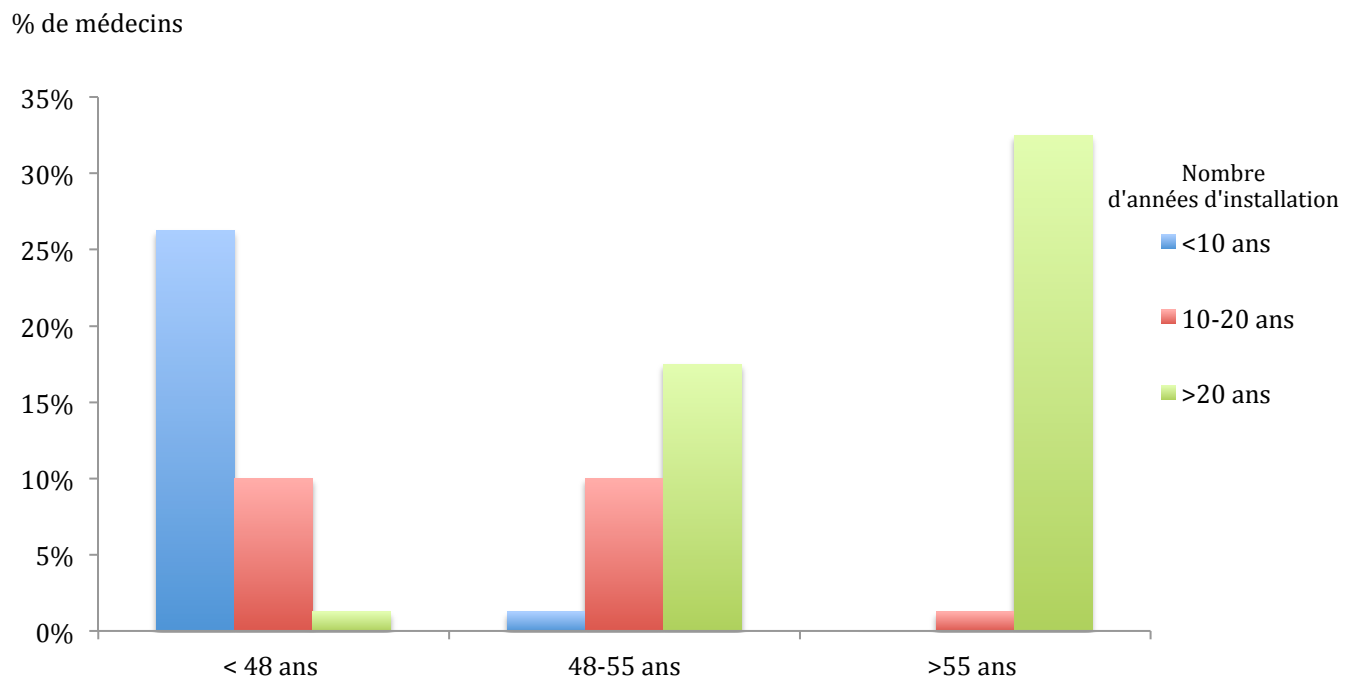


Figure 3 : Répartition du nombre d'années d'installation en fonction de l'âge

Les médecins femmes étaient installées depuis moins longtemps que les hommes ($t(78)=-4, p<.001$). (Figure 4)

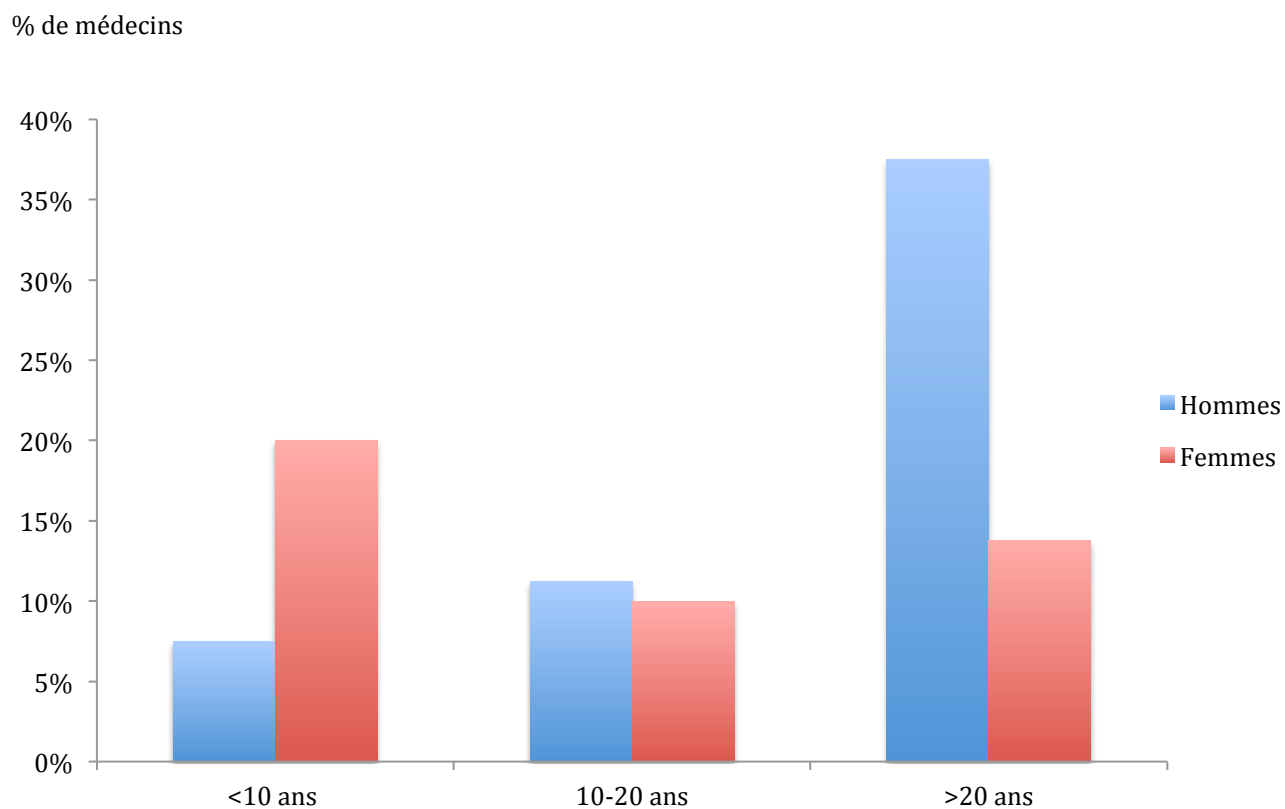


Figure 4 : Répartition du nombre d'années d'installation en fonction du sexe

B) L'activité pédiatrique des médecins généralistes

Comme on le voit dans la figure 5, la majorité des médecins voyait entre 10% et 30% de consultations pédiatriques par semaine ce qui représentait une part non négligeable de leur activité.

La figure illustre également que plus les médecins étaient âgés et moins ils voyaient de consultations pédiatriques par semaine ($R = -0,32$; $P < 0,1$).

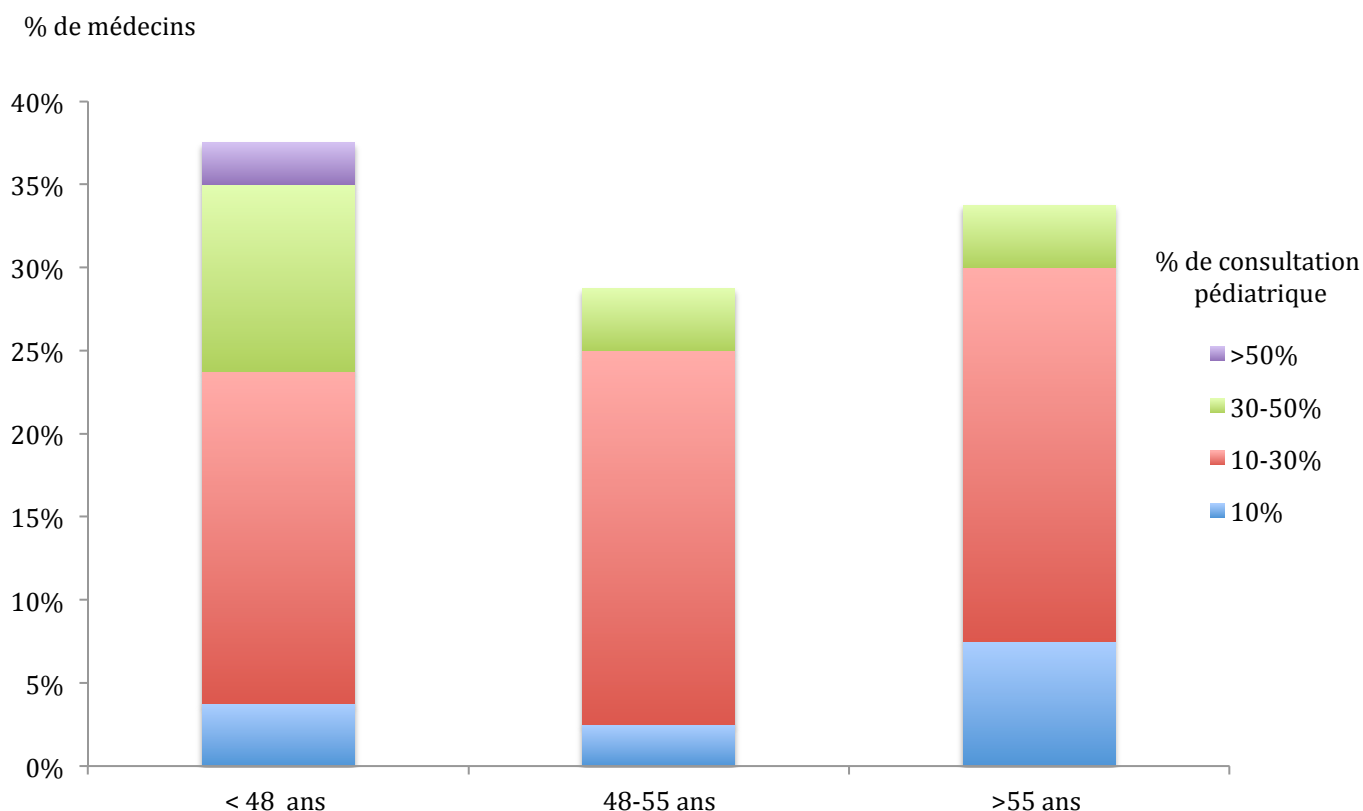


Figure 5 : Activité pédiatrique des médecins en fonction de leur âge

Plus les médecins étaient installés depuis longtemps et moins ils voyaient de pédiatrie (RR :,-28 ; P<0,1).(figure 6)

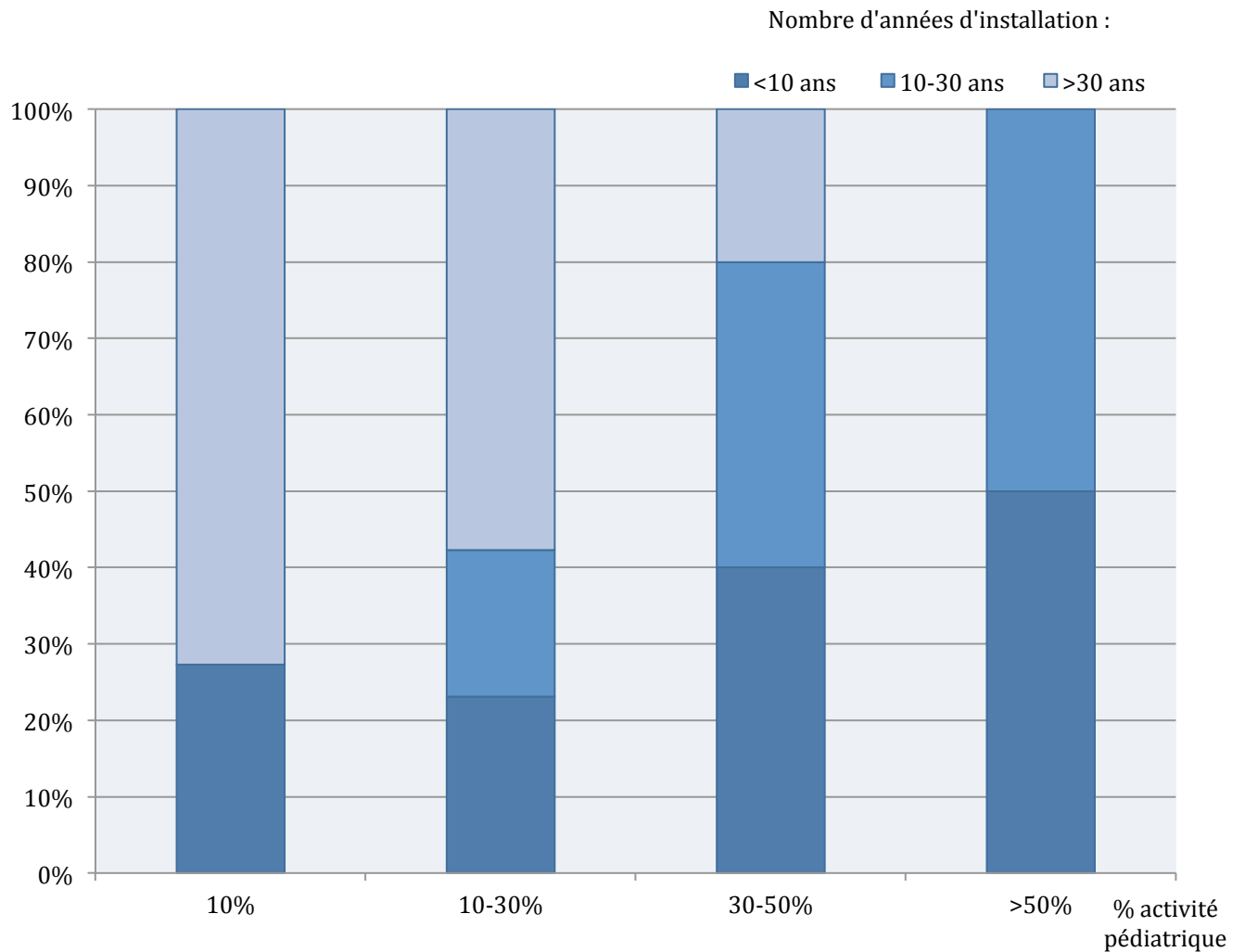


Figure 6 : Activité pédiatrique des médecins en fonction de leur nombre d'années d'installation

Près de 2/3 des médecins ont adressé moins de 5 enfants aux urgences pédiatriques au cours des 3 derniers mois (Figure 7) ce qui nous montre qu'ils ont eu très peu recours aux urgences pédiatriques.

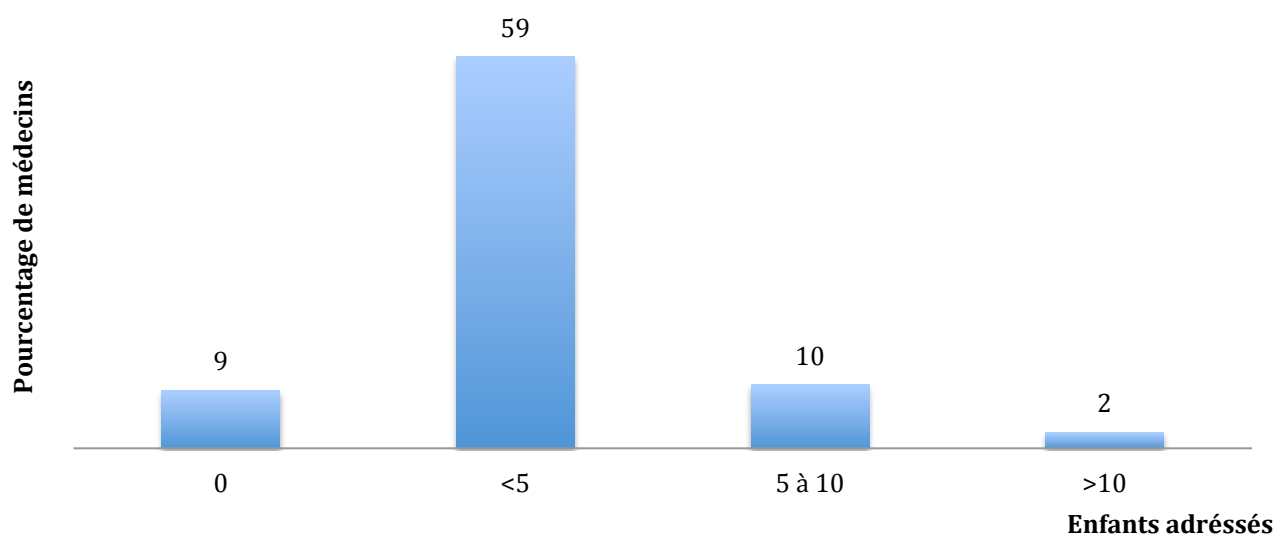


Figure 7 : Répartition des médecins de l'étude en fonction du nombre d'enfants adressés aux urgences au cours des 3 derniers mois

C) La participation à des FMC sur la prise en charge pédiatrique

La formation pédiatrique des médecins était ressentie comme insuffisante pour un grand nombre de médecins. Les jeunes médecins semblaient moins satisfaits de leur formation que les médecins plus âgés, comme le montre la figure 8, mais aucune analyse statistique n'a permis de le mettre en évidence.

% de médecins

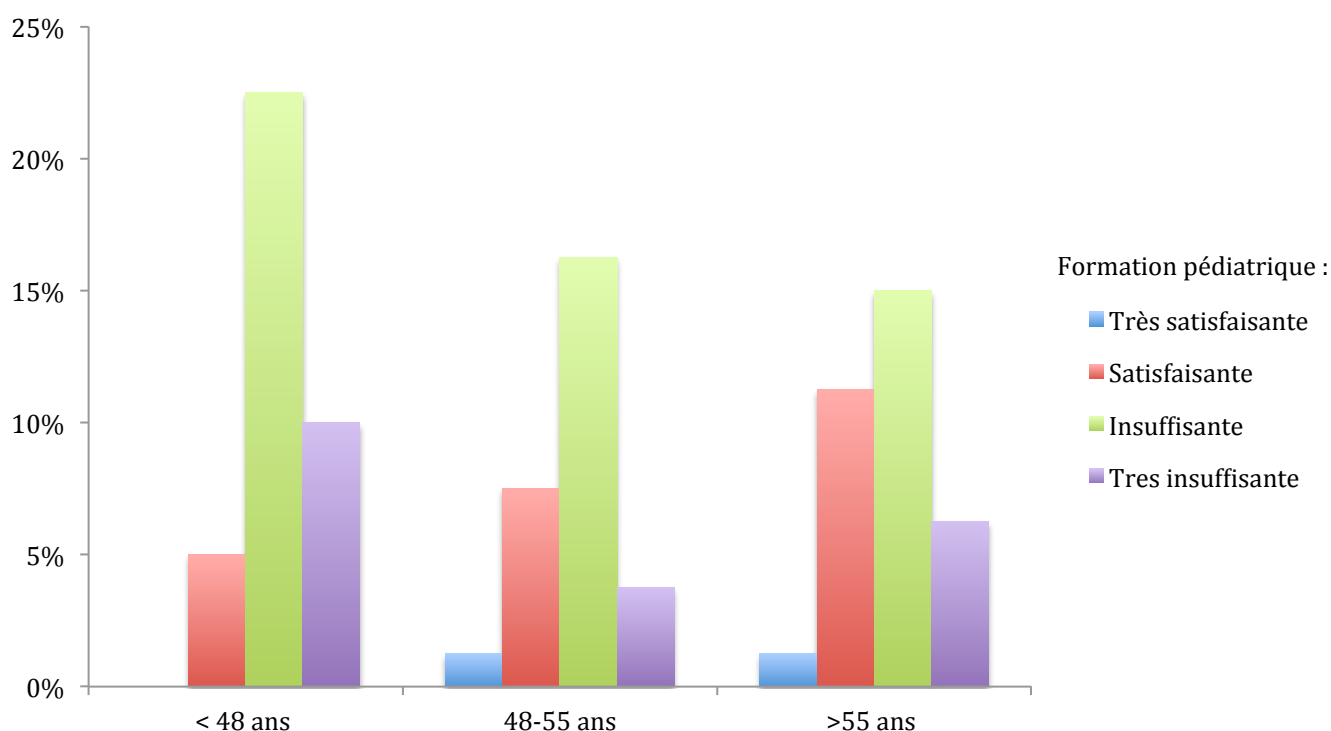


Figure 8 : Évaluation de la formation pédiatrique universitaire en fonction de l'âge des médecins

Plus d'un médecin sur deux disait participer à des FMC sur la prise en charge pédiatrique et aucune influence d'âge des médecins n'a été mise en évidence au sein de cette participation.

D) Les principales raisons du recours aux urgences pédiatriques

Pour 96 % des médecins de l'étude la principale priorité pour adresser aux urgences était « les signes de gravité clinique ». (Tableau 1 et figure 9)

Pour 65 % des médecins la priorité était « la nécessité d'actes thérapeutiques »

Le « contexte familial défaillant » apparaissait comme la priorité la moins importante pour 50% des médecins.

Tableau 1 : Principales raisons du recours aux urgences pédiatriques classées par priorité (6 : la plus importante à 1 : la moins importante) en pourcentage

	Priorité 6	Priorité 5	Priorité 4	Priorité 3	Priorité 2	Priorité 1
Contexte familial défaillant (Problème de compréhension et/ou d'observation et/ou de surveillance)	0	2,5	10	16,25	21,25	50
Nécessité d'actes thérapeutiques (Aérosol, perfusion, suture, immobilisation)	2,5	65	15	10	6,25	1,25
Nécessité d'une surveillance	0	3,75	33,75	37,5	20	5
Nécessité d'exams complémentaires (Examen biologique, ECBU, radiologie)	1,25	13,75	15	23,75	28,75	17,5
Demande d'avis spécialisé	0	11,25	26,25	12,5	23,75	26,25
Signes de gravité cliniques	96,25	3,75	0	0	0	0

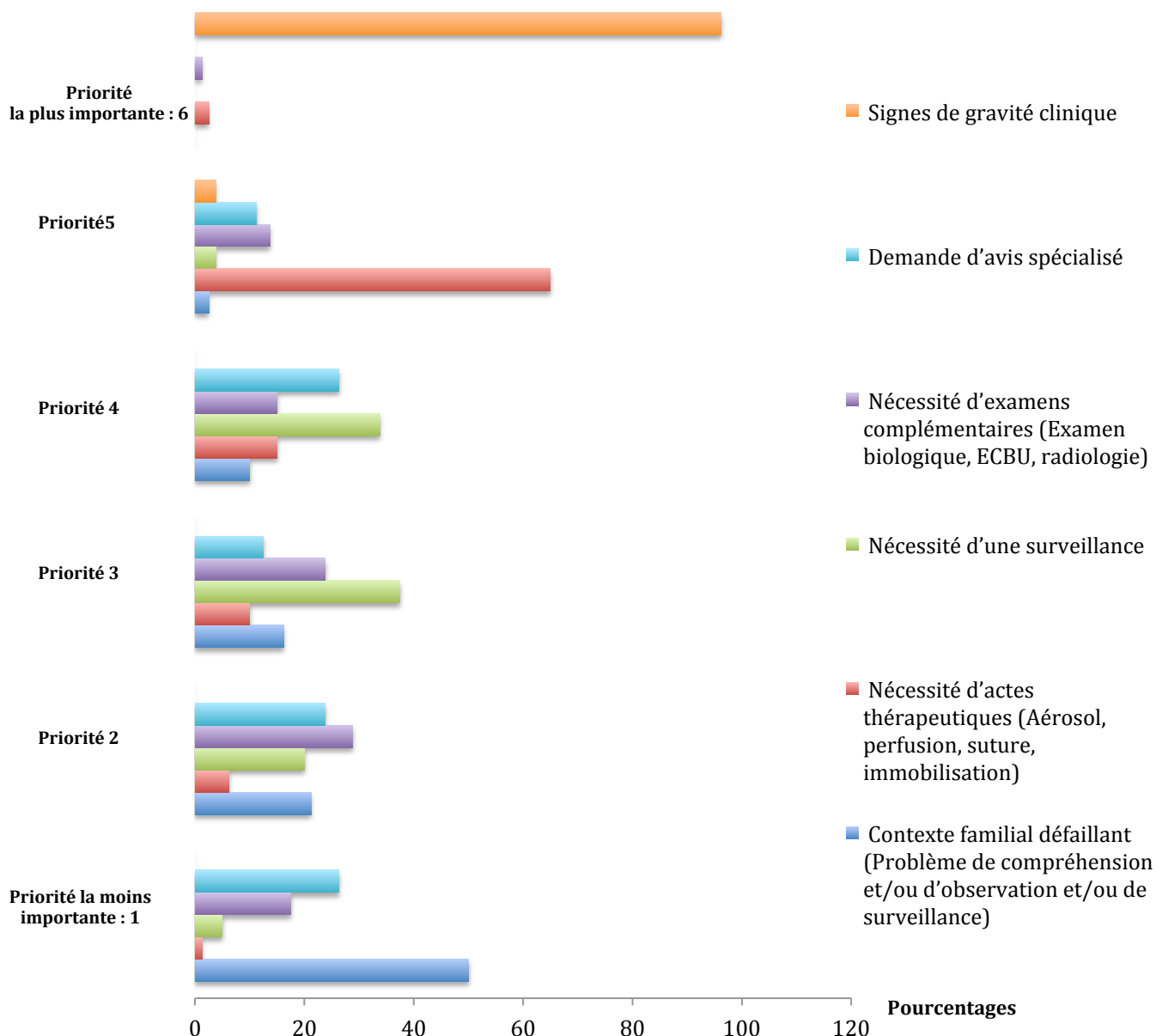


Figure 9 : Les principales raisons du recours aux urgences pédiatriques par les médecins généralistes

Les analyses statistiques ont permis de mettre en évidence certaines corrélations significatives au sein des priorités et des caractéristiques des médecins de l'étude :

- Le contexte familial défaillant était une priorité plus importante pour les femmes que pour les hommes ($t(78)=2, p<.001$)

- Les médecins qui participaient à des formations pédiatriques considéraient la priorité « nécessité d'une surveillance » pour adresser aux urgences plus importantes que ceux ne participant pas à des FMC ($t(78)=2$, $p<.001$).

Toutefois nous n'avons pas mis en évidence de différences significatives entre les priorités d'adressage et le mode d'activité ni même avec le nombre d'années d'installation.

E) L'activité de traumatologie

80% des médecins de l'étude pratiquaient des actes techniques de traumatologie. Il s'agissait principalement de sutures pour la majorité des médecins. Les médecins qui pratiquaient les immobilisations étaient très peu et il s'agissait surtout de syndactylies et strappings et très rarement de résine.

F) Les paramètres qui vont influencer le recours aux urgences pédiatriques

L'incertitude diagnostique et le manque de moyens apparaissaient comme les paramètres les plus influents pour le recours aux urgences pédiatriques. (Tableau 2 et figure 10)

Au contraire le fait de ne pas être le médecin traitant et la surcharge de travail n'étaient pas ressentis comme des facteurs influençant le recours aux urgences.

Tableau 2 : Les paramètres influençant le recours aux urgences pédiatriques en pourcentage

	Surcharge de travail	Manque de moyens
Pas du tout	43,75	5
Peu	33,75	21,25
Moyennement	16,25	45
Beaucoup	6,25	28,75
	Moment de la journée	Inquiétude parentale
Pas du tout	18,75	5
Peu	36,25	37,5
Moyennement	35	48,75
Beaucoup	10	8,75
	Médecin traitant habituel	Incertitude diagnostique
Pas du tout	50	1,25
Peu	31,25	12,5
Moyennement	15	31,25
Beaucoup	3,75	55

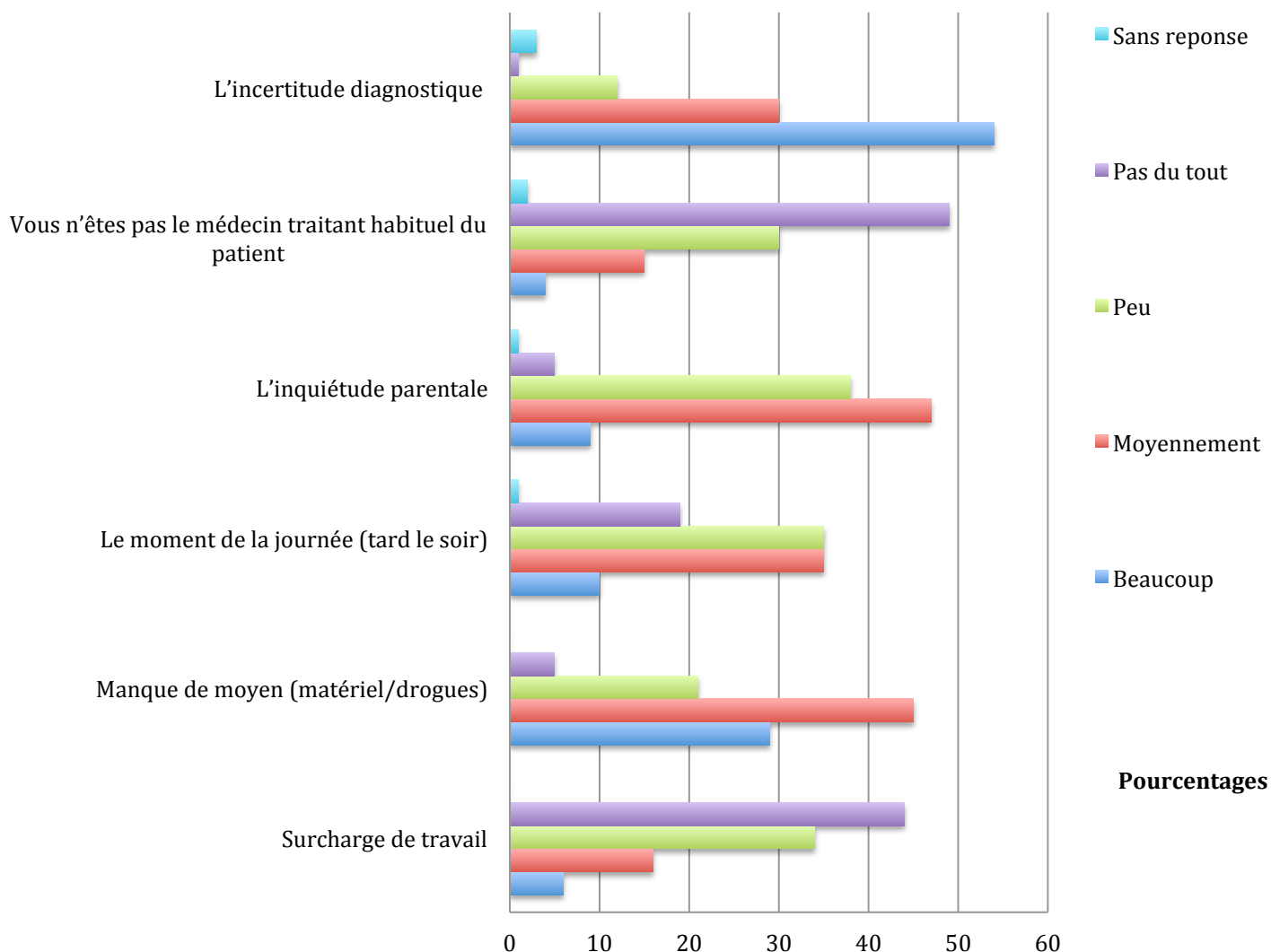


Figure 10 : Paramètres influençant le recours aux urgences pédiatriques

Les analyses statistiques ont permis de mettre en évidence que le moment de la journée influençait plus les femmes que les hommes dans l'adressage aux urgences ($t(77)=2, p<.001$).

Les autres corrélations recherchées sur les caractéristiques des médecins de l'étude n'étaient pas significatives.

G) Les outils d'aide diagnostique ou thérapeutique

L'avis téléphonique restait le moyen d'aide diagnostique ou thérapeutique le plus utilisé par les médecins de l'étude et étonnamment internet n'était que très peu utilisé. (Figure 11)

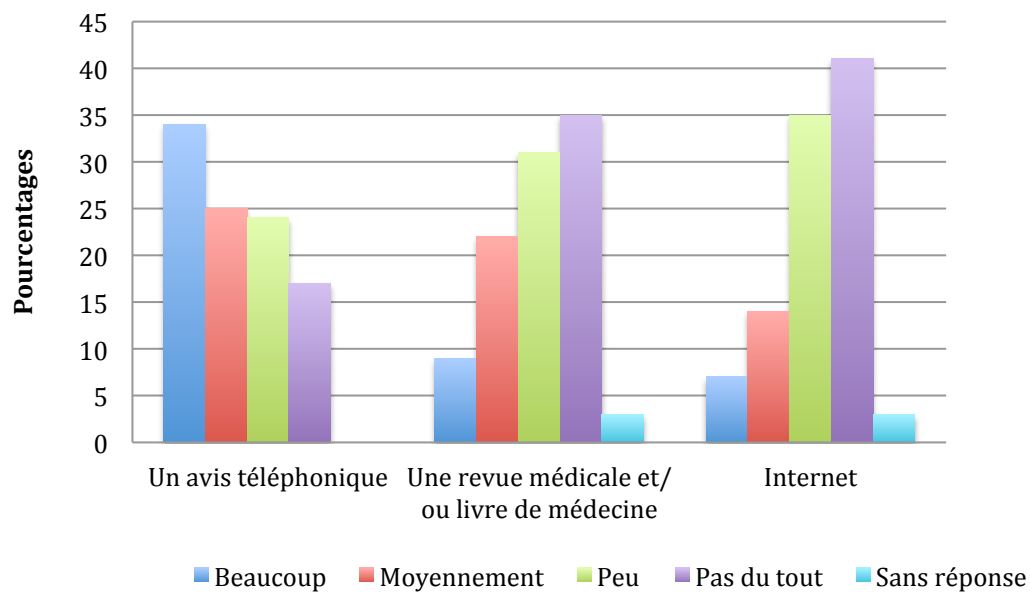


Figure 11 : L'évaluation de l'utilisation d'aide diagnostique ou thérapeutique

Sur l'utilisation d'internet, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les hommes et les femmes ni même entre les âges sur son utilisation.

Cependant il a été montré une différence significative par rapport à la formation universitaire : plus les médecins étaient satisfaits de leur formation universitaire et moins ils utilisaient internet ($R = -0,25$; $P < 0,01$) (figure 12).

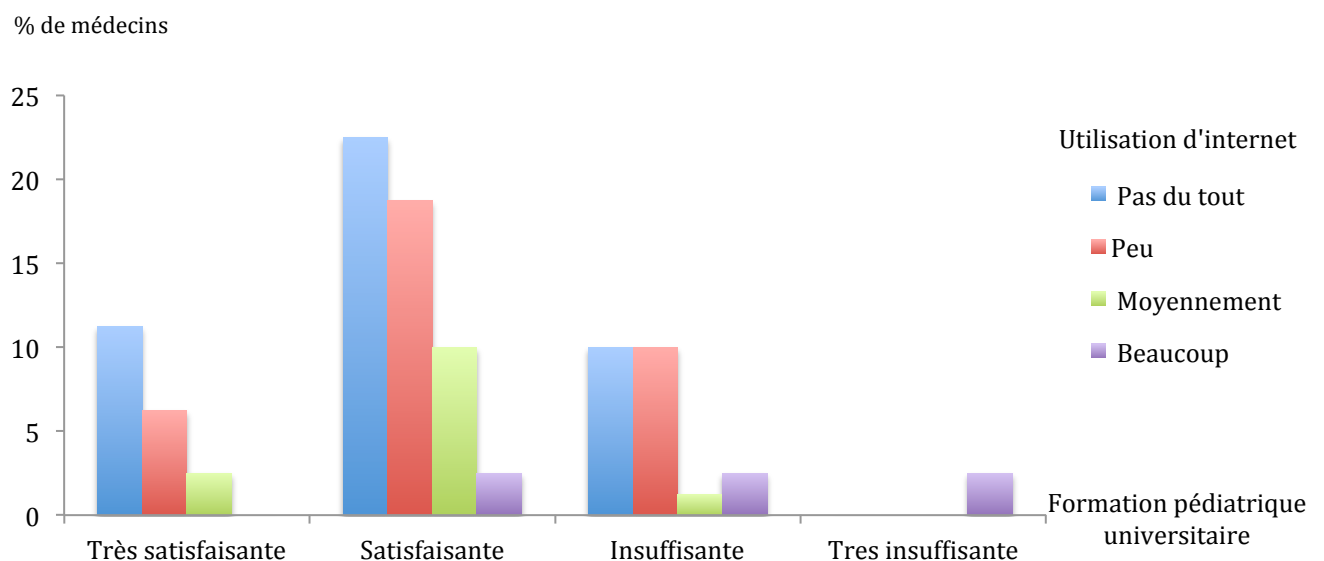


Figure 12 : Comparaison de l'utilisation d'internet en fonction du ressenti de leur formation pédiatrique universitaire

Il a également été mis en évidence que les médecins qui exerçaient seuls avaient plus facilement recours à internet dans leur pratique pédiatrique que ceux étant en cabinet de groupe. ($t(73)=-2, p<.001$)(Figure 13)

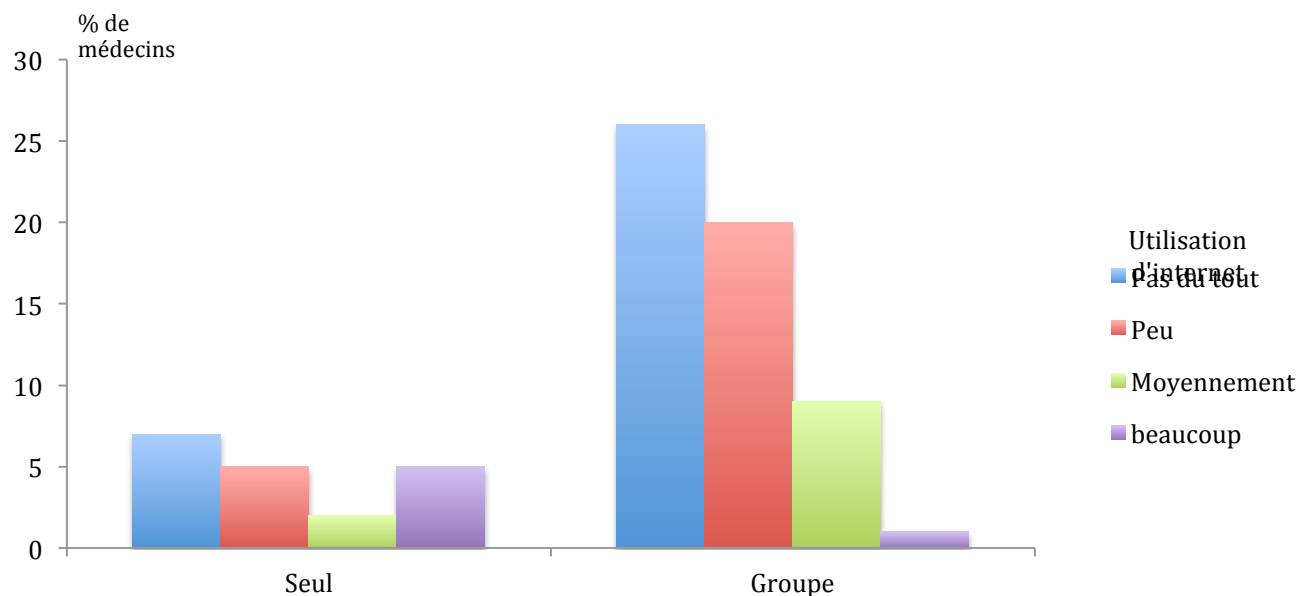


Figure 13 : Utilisation d'internet en fonction du type d'installation

Les sites internet les plus utilisés par les médecins de l'étude étaient : le site de la revue prescrire, le moteur de recherche Google, le site de CHU divers, antibioclic, univadis.

Lorsque l'avis téléphonique était requis, il était pris par téléphone auprès du médecin des urgences pédiatriques pour près de 80% des médecins de l'étude et très peu auprès des confrères généralistes ou d'un pédiatre libéral.

H) Le mode d'adressage aux urgences pédiatriques

100% des médecins de l'étude disaient adresser leur patient avec un courrier et seulement 50% prévenaient par téléphone.

I) Le retour des Urgences Pédiatriques

61% des médecins ont eu des nouvelles de l'enfant qu'ils ont envoyé aux urgences.

Ces nouvelles étaient données par la famille dans 51% des cas, par un courrier dans 30 % et par un appel téléphonique dans moins de 20%.

Dans les remarques et suggestions, les médecins se plaignaient souvent de ne pas avoir eu de nouvelles de l'enfant qu'ils ont adressé aux urgences. Beaucoup trouvaient regrettable de ne pas avoir de compte rendu des consultations aux urgences et ne trouvaient pas toujours de mot noté dans le carnet de santé.

Les relations entre les urgences pédiatriques et les médecins généralistes fonctionneraient mal selon les commentaires des médecins.

Pour améliorer cela, ils préconisaient pour beaucoup un numéro d'appel d'un médecin référent aux urgences pédiatriques ainsi qu'un compte-rendu systématique de passage aux urgences.

IV. DISCUSSION

A) Conclusion :

Dans notre étude, la motivation principale des médecins généralistes pour adresser un enfant aux urgences pédiatriques était la présence de signes de gravité clinique pour plus de 90 % d'entre eux. Cette priorité paraît cohérente et tout à fait adaptée au service des urgences pédiatriques.

Ce qui est plus difficile pour le médecin est de savoir reconnaître les signes de gravité et juger du moment où il adresse un enfant en urgence, d'anticiper l'évolution de la maladie en fonction du moment de la journée, du jour de la semaine, de l'âge de l'enfant, du contexte familial et d'autres facteurs en un temps limité de 16 minutes en moyenne (14). La difficulté en médecine générale réside dans une pratique essentiellement fondée sur l'anamnèse, l'examen clinique et les quelques examens simples réalisables au cabinet (dextro, ECG, strepto test...).

La seconde priorité était la nécessité de réaliser des actes thérapeutiques (Aérosol, perfusion, suture, immobilisation). Les médecins pratiquaient pourtant des actes techniques dans plus de 80% des cas mais comme le rappellent les résultats de notre étude il s'agissait principalement de sutures et très peu d'immobilisation faute de plateau technique sophistiqué et de temps principalement. En effet, le coût du matériel, le manque de temps, de moyens et de rémunération pour effectuer ces actes semblent être des freins majeurs à leur réalisation. Pour les sutures des enfants par exemple, le MEOPA est souvent d'une grande aide, tout comme le personnel paramédical formé pour apaiser les enfants et les parents. Cela est cependant difficile à mettre en place au cabinet.

La nécessité d'examen complémentaire n'apparaît pas comme une priorité majeure dans notre étude. Nous verrons qu'il s'agit plutôt d'un facteur influençant pour les médecins de l'étude.

La demande d'avis spécialisé n'apparaît pas non plus comme une priorité majeure. Alors, à qui les médecins font-ils appel ? Nous verrons par la suite que les médecins font peu appel et quand ils le font c'est aux médecins

urgentistes pédiatriques et par téléphone. Cette demande d'avis spécialisé permettrait pourtant d'éviter des passages aux urgences pédiatriques. Les médecins sont-ils retenus par la peur du jugement des médecins hospitaliers ? Le manque de temps ? La perte de crédibilité face à leur patient ?

Le contexte familial défaillant était étonnamment une priorité mineure pour une majorité de médecins. Il s'agissait d'un facteur influençant plutôt que d'une priorité d'adressage.

Après les priorités d'adressage aux urgences pédiatriques, il existe également des facteurs qui influencent les médecins dans le choix de ce recours :

Dans sa pratique clinique :

Le manque de moyens était un facteur d'influence majeur probablement pour les raisons suivantes :

- La fréquence peu importante des urgences au cabinet ne justifie pas un tel investissement
- Le manque de rémunération à sa juste valeur et la complexité de la cotation à la sécurité sociale des actes d'urgence
- La durée de certains actes qui peut entraîner du retard sur les plannings de consultation et un stress supplémentaire pour le médecin
- Le manque d'implication dans la médecine d'urgence (limite du rôle du médecin généraliste) et le manque de connaissances et d'habitude.
- La proximité d'un centre d'urgences pour de nombreux médecins

L'incertitude diagnostique influençait « beaucoup » une majorité des médecins de l'étude au recours des urgences pédiatriques.

Ce recours semblerait leurs permettre l'aide des « spécialistes » et la mise en observation avec une surveillance active.

Cependant cet avis spécialisé pourrait être pris par avis téléphonique. Mais d'après notre étude seulement 35 % des médecins utilisaient ce moyen pour s'aider dans leur prise en charge.

Dans ces conditions d'exercice quotidien :

Le moment de la journée influençait les médecins généralistes. Cela peut s'expliquer par un souci d'organisation notamment l'accessibilité aux examens complémentaires comme la radiologie ou même le laboratoire d'analyses médicales surtout en fin de journée et le week-end. Cela peut également s'expliquer par une fatigabilité croissante au cours de la journée et dépendante du nombre de consultations.

Dans l'environnement du patient :

L'inquiétude parentale influençait également les médecins généralistes. La structure des urgences est rassurante pour eux (avis spécialisés, plateaux techniques), ils se couvrent sur le plan médico-légal devant des patients de plus en plus anxieux et susceptibles de porter plainte. Malgré un discours de réassurance et un examen clinique complet, l'inquiétude parentale amènera les parents à consulter pour un deuxième avis dans de nombreux cas pour se rassurer.

Dans la littérature, l'urgence ressentie, très anxiogène pour les parents, est le premier facteur qui les conduit à consulter les urgences pédiatriques pour leurs enfants (40 à 50% des consultations) (15).

Face à cette angoisse des parents, le médecin doit essayer d'adopter une attitude rassurante, d'information, d'éducation des parents. Il faudrait pouvoir également redéfinir l' « urgence » car nous n'avons pas les mêmes connaissances et donc la même vision des choses.

Les paramètres qui n'influencent pas les médecins généralistes :

Le fait de ne pas être le médecin traitant habituel du patient n'influencait « pas du tout » la majorité des médecins. Cela paraît surprenant car la connaissance de l'état de base du patient ainsi que son environnement habituel sembleraient permettre de mieux appréhender les situations d'urgence.

La surcharge de travail n'a « pas du tout » d'influence pour les médecins de l'étude. Cela est réconfortant dans la prise en charge des pathologies d'urgences.

Les motivations des médecins généralistes pour adresser aux urgences pédiatriques de Clocheville ainsi que les facteurs les influençant dans cette étude vont dans le sens d'une utilisation adéquate des services d'urgences pédiatriques même si tous les enfants adressés ne sont pas considérés comme des consultations urgentes. Le taux d'admission médicale appropriée augmente significativement lorsque l'enfant est vu et adressé par son médecin traitant et le taux d'hospitalisation double pratiquement (16,17) ce qui conforte bien les données de notre étude.

B) Points forts et points faibles

a) Les forces de l'étude

J'ai choisi de réaliser l'étude par mail et non par courrier pour optimiser le taux de réponses, faciliter le recueil des données et diminuer le coût ce qui a permis 40% de réponses. Le premier envoi du questionnaire a été réalisé volontairement mi-octobre (après la période des certificats et avant celle des épidémies) pour également optimiser le nombre de réponses.

Devant une demande de soins en urgence croissante, une population pédiatrique importante et un nombre de médecins libéraux en forte diminution, l'analyse du recours aux urgences pédiatriques par les médecins généralistes me paraissait pertinente. Cela d'autant plus que de nombreux travaux s'intéressent à la vision des patients et très peu à celle des médecins généralistes.

Les médecins de l'échantillon sont assez représentatifs des moyennes nationales : Le sexe ratio dans notre étude est de 1,28 qui correspond aux valeurs nationales avec à une féminisation qui continue à se confirmer : +1% par an. De plus, l'activité féminine est inférieure à celle des hommes de l'ordre de 30 % (18) : en pratique elle travaille 10 heures de moins par semaine. Cela pose un problème supplémentaire aux nombreux médecins libéraux qui partent à la retraite.

La majorité des médecins de l'étude exercent en cabinet de groupe avec une prédominance dans notre étude de médecins installés depuis plus de

20 ans. Cela correspond à la tendance nationale avec un souhait des jeunes médecins de s'installer en cabinets de groupe qui permet une souplesse des conditions de travail, des échanges professionnels, un meilleur équipement du cabinet en partageant certains frais, de casser l'isolement et peut être de mieux gérer certaines urgences.(19)

b) Les limites de l'étude

Il y a 831 médecins généralistes dans le 37 (343 femmes et 488 hommes) selon CNAM (20) et le conseil de l'ordre ne m'a transmis que les 220 mails qu'ils avaient au moment de mon étude. Cela ne représente qu' $\frac{1}{4}$ des médecins généralistes du 37. Le conseil de l'ordre récupère de plus en plus d'adresses mails avec l'informatisation des médecins et une amélioration de la puissance serait possible avec un échantillon plus important et donc plus représentatif.

Le taux de réponse de l'étude est de 40% ce qui est correct mais perfectible, notamment par la reformulation de certaines questions. Cependant, les médecins répondent de moins en moins étant de plus en plus sollicités devant l'augmentation du nombre de thésards.

Dans notre étude nous n'analysons que certains paramètres parmi une multitude et il est important de rappeler que les raisons du recours aux urgences pédiatriques sont multifactorielles. Pour éviter un questionnaire trop long nous avons volontairement proposé que les facteurs nous paraissant les plus pertinents, mais il en existe bien d'autres comme l'âge de l'enfant, la coopération de l'enfant, la fatigue du médecin...D'autres également non quantifiables (plus abstraits) comme « l'impression clinique » : le « feeling » du médecin où ses « croyances » devraient également rentrer en ligne de compte, mais sont complexes à formuler et à analyser.

L'étude se fie aux déclarations des médecins ce qui peut rendre les réponses parfois plus approximatives. Cependant il semblait très difficile de vérifier l'exactitude des réponses auprès de chaque médecin généraliste.

C) Comparaison

D'autres études ont également été menées sur le même sujet. C'est le cas de deux études : l'une réalisée en 2010 dans le service des urgences pédiatriques du Val de Marne (21) et l'autre dans le service des urgences pédiatriques du Havre en 2013 (22).

L'étude du Havre paraissait plus performante, il s'agit d'une étude descriptive transversale avec un questionnaire envoyé à 185 médecins. Le taux de participation de l'étude était de 48%, légèrement supérieur à la nôtre. Les médecins voyaient en moyennement entre 10 et 25% de consultation pédiatrique par semaine et déclaraient avoir adressé entre 1 et 5 patients aux urgences pédiatriques lors des trois derniers mois. Ces résultats sont semblables à ceux de notre étude et cela nous réconforte dans l'extrapolation des données. Le facteur principal évalué était également la priorité d'adressage aux urgences. Pour 87,9% des médecins de cette étude il s'agissait des signes de gravité clinique qui correspondent également à la priorité principale de notre étude. La deuxième priorité pour 43,7% des médecins était la nécessité de réaliser des actes thérapeutiques, puis venait la surveillance pour 32,9% des médecins et la nécessité de pratiquer des examens complémentaires pour 27,4%. Les deux priorités les moins importantes au vu des médecins de l'étude étaient le contexte familial défaillant et la demande d'avis spécialisés comme dans notre étude. Le fait de ne pas être le médecin traitant de l'enfant n'influait pas du tout la décision pour 51,1% des médecins, tout comme la surcharge de travail pour 57,3%, alors que l'inquiétude parentale influait moyennement pour 40,2%. Ces facteurs d'influences et de priorités sont en corrélation avec ceux retrouvés dans notre étude.

Cette étude conclut également que la pédiatrie occupe une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes mais qu'ils ont peu recours au service des urgences. Leurs demandes sont appropriées à la situation de l'enfant puisque priment les signes de gravité clinique mais leurs décisions sont également influencées par les mêmes facteurs que dans notre étude.

D) Hypothèses

Les médecins de notre étude avaient une prise en charge adaptée des urgences pédiatriques avec un recours réfléchi et efficace au service d'urgences pédiatriques. La décision de recours aux urgences est multifactorielle et ne se limite pas à la simple dimension de la pathologie, d'autres paramètres en plus de ceux analysés dans notre étude doivent également être pris en compte.

La majorité des médecins de l'étude ont adressé moins de 5 enfants aux urgences au cours des 3 derniers mois et plus de 10% des médecins n'ont pas adressé d'enfants. Cela nous montre qu'ils ont très peu recours aux urgences pédiatriques. Ces données correspondent bien avec celles de l'hôpital Clocheville : en 2013 : 2193 proviennent de chez leur médecin traitant sur 29880 passages (tous secteurs confondus : chirurgie et médecine). Cela représente donc 7%, chiffre en baisse depuis plusieurs années alors que le nombre de passages aux urgences augmente. (23). Le médecin généraliste assure bien un filtre : rôle très important dans le système de soins en assurant 70% des recours urgents ou non programmés qui représentent 11% de l'ensemble de ses consultations et visites. Parmi ces consultations, 22% concernent des enfants de moins de 12 ans (24).

Les urgences de Clocheville comme la majorité des centres d'accueil d'urgence recrutent pour la majorité des enfants et adolescents consultants directement du domicile sans avoir vu leur médecin généraliste avant. Malheureusement pour la grande majorité cela ne justifie pas d'un plateau technique si sophistiqué et cela est très coûteux. Néanmoins, pour les parents il s'agit souvent d'urgences ressenties et l'hôpital garde pour mission d'accueillir tout le monde. Pour aider les parents dans leur parcours de soins et permettre au médecin généraliste de jouer son rôle de filtre il faut apporter une information aux parents : plaquettes d'informations pour le grand public pour avoir les bons réflexes.

E) Ouvertures

Notre étude s'intéresse aux 15 % de patients adressés par les médecins généralistes mais comment améliorer la prise en charge des autres patients (60-70%) qui consultent les urgences pédiatriques librement sans consulter au préalable leur médecin traitant ?

Cela a été réalisé lors d'un travail de thèse en 2015 à l'hôpital de Clocheville(25).

Cela a permis de montrer qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème d'organisation des soins qui serait à l'origine d'un nombre important de consultations aux urgences, mais aussi un problème d'urgence ressentie. Devant cette constatation, certaines stratégies pourraient être expérimentées : des consultations dédiées à l'éducation, la présence d'un médecin d'accueil et d'orientation aux urgences, la création de centres de soins non programmés et une ouverture diurne des maisons médicales de garde.

En ce qui concerne leur formation, la majorité des médecins s'estiment satisfaits mais près de 20% la considère comme insuffisante. Ces chiffres doivent être analysés avec prudence car la difficulté de se souvenir de sa formation universitaire datant pour certains de plus de 30 ans peut induire des réponses approximatives... Actuellement durant l'internat de médecine générale il faut choisir dans certaines villes comme à Tours entre un stage en gynécologie OU en pédiatrie obligatoire ce qui empêche malheureusement certains internes de passer en stage de pédiatrie. Tout médecin doit se soumettre à une formation continue ainsi qu'à une évaluation des pratiques. (Obligation légale depuis 1996 pour la FMC et 2004 pour l'évaluation des pratiques). (26) Dans notre étude, 60% des médecins participent à des FMC pédiatriques ce qui nous montre l'intérêt de la pédiatrie et le désir de se former. L'hôpital de Clocheville organise deux journées pour les médecins généralistes dédiées à la formation pédiatrique depuis plusieurs années, qui attirent de plus en plus de participants.

À propos du suivi, seulement 60% des médecins ont eu des nouvelles de l'enfant qu'ils ont envoyé aux urgences. De plus, dans notre étude plus de la moitié de ces nouvelles était données par la famille et seulement 30% recevaient un courrier et 20 % un appel téléphonique. Il existe donc indéniablement un problème de communication entre ville et hôpital que les médecins rappellent également dans le commentaire libre du

questionnaire. En effet ils sont nombreux à être insatisfaits du suivi des enfants qu'ils adressent et du manque de communication.

Pour faciliter les échanges, il faudrait par exemple pouvoir organiser des FMC communes entre les équipes hospitalières et les médecins généralistes pour qu'ils puissent apprendre à se connaître et échanger. Cela permettrait un contact et une standardisation de la prise en charge.

De plus, l'envoi systématique d'un courrier aux médecins généralistes ayant adressé un enfant aux urgences ou au moins un appel téléphonique.

Pour améliorer l'organisation des soins et la relation ville hôpital il pourrait exister un numéro dédié médecin régulateur spécialisé en pédiatrie et disponible 24h/24h pour faciliter les avis, ce qui existe déjà dans certains centres hospitaliers. L'évaluation de l'efficacité de ces numéros d'urgence mis en place sur le nombre de passages éviter aux urgences pourrait être étudiée dans une étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beaubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2000 : 72 : 1-8
2. Alfaro C, Brodin M, Lombrail P, Fontaine A, Gottot S. Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Ile-de-France. Arch Pediatr. 1992 : 49 : 785-91
3. Martrille L, Lezin B, Guillouet N, Duhamelk J-F, Guillos B. Urgences médicales pédiatriques hospitalières : évaluation de la gravité des pathologies et de la décision de consultation. Arch Pediatr. 1999 : 6 Suppl 2 : s586
4. Carrasco V, Beaubeau D. Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2003, n°212, 1-8
5. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées : enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Arch Pediatr. 2004 : 11 : 108-114.
6. Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212
7. « Les bassins de vie 2012 structurent le territoire de la région Centre », *Insee Centre Info* n° 184, décembre 2012.
8. « Un médecin généraliste sur deux à remplacer dans les dix ans à venir un défi pour la région Centre », *Insee Centre Info* n° 191, décembre 2013.
9. dossier_expo_jubile.pdf [Internet]. Disponible sur : http://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/docs/1711/dossier_expo_jubile.pdf

10. Gatien de Clocheville : Tours, ma ville [Internet]. Disponible sur: <http://toursmaville.hautetfort.com/archive/2006/06/15/gatien-de-clocheville.html>
11. Hôpital Clocheville (Tours) - Hopital.fr [Internet]. Disponible sur: http://etablislements.hopital.fr/annuaire_hopital.php?id=1062
12. L'Asile pour enfants Gatien-de-Clocheville, TOURS - Les Enfants de Pen Bron, La Turballe [Internet]. Disponible sur: <http://www.les-enfants-de-pen-bron.fr/article-35362385.html>
13. Recours au service des urgences pédiatriques de Clocheville par les médecins généralistes - e-these [Internet]. Disponible sur: http://www.e-these.com/spip.php?article20&id_article=20&id_formulaire=12
(identifiant : pediatrie, mot de passe : pediatrie)
14. La durée des séances des médecins généralistes - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://millefaces.free.fr/Flech/Documents/medecine/rapportDREES-duree-consultations.pdf>
15. Lombrail, P, Alfaro, C, Vitoux-Bro, C, Brodin, M, Bourrillon, A, Beaufile, F. Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital de pédiatrie. *Arch Fr Pediatr.* 1993 : 50 : 313-7
16. Martinot, A, Boscher, C, Roustit, C, Hue, V, Leclerc, F, Mouzard, A. Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champs des soins ambulatoires ? *Arch Pediatr.* 1999 : 6 Suppl 2 : 461-3
17. Martrille, L, Lezin, B, Guillouet, N, Duhamel, J.F, Guillois, B. Urgences médicales pédiatriques hospitalières: évaluation de la gravité des pathologies et de la décision de consultation. *Arch Pediatr.* 1999 : 6 Suppl 2 : s586
18. Yvon B, Lehr-Drylewicz A, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. 2007 ; Volume 3, Numéro 2 : 83-8
19. F. Baudier, Y. Bourgueil, I. Evrard et al.(2010). La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. Irdes. n° 157. 6 p.

20. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/>
21. Bouchoucha E. Dans quelles circonstances les médecins généralistes du Val de Marne adressent-ils leurs patients aux Urgences Pédiatriques? Enquête auprès de 120 médecins généralistes du Val de Marne. [Val de Marne]; 2010.
22. Bréant K. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes. [Le havre]; 2013.
23. Données épidémiologique de l'hôpital Clocheville
24. Gouyon, M. Les urgences en médecine générale. *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES)*. Avril 2006: disponible sur :<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat94.pdf>
25. HAHUSSEAU A. Le recours aux urgences pédiatriques est-il toujours justifié ? [Tours]; 2015.
26. Article 11 - Développement professionnel continu | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>

ANNEXES

A) Annexe 1 : Mail adressé :

Directeur de Thèse : Dr MAROT Yves (Chef de Service des Urgences pédiatriques de Clocheville de Tours)

Thésard : BEJANIN Stéphane (Université de Tours)

Mail : 12bejanin@dumg-tours.fr Tél : 06.61.10.97.89

Chère Consoeur, cher Confrère,

Je prépare actuellement une **thèse de médecine générale**.

J'ai besoin de votre aide et de votre participation et je vous remercie à l'avance de consacrer quelques minutes de votre temps à remplir le questionnaire ci dessous :

« L'analyse du recours au service des urgences pédiatriques de Clocheville par les médecins généralistes ».

- Quel rôle occupe le médecin généraliste dans la prise en charge pédiatrique ?
- Le médecin généraliste a-t-il souvent recours aux urgences pédiatriques ?
- Quelles sont les raisons de ce recours ?
- Quels sont les paramètres qui vont influencer ce recours ?
- Quel type de relations entretient-il avec ce service singulier ?
- A-t-il d'autres référents pour l'aider dans sa prise en charge ?

Pour répondre à ces questions, vous pourrez remplir un questionnaire à partir du lien ci-dessous en cochant/ décochant ou en annotant certaines rubriques :

<http://www.e-these.com/spip.php?page=login-public&url=/>

Login : pediatrie (sans accent)
Mot de passe : pediatrie (sans accent)

Merci par avance pour votre participation

B) Annexe 2 : Mail de relance :

Directeur de Thèse : Dr MAROT Yves (Chef de Service des Urgences pédiatriques de Clocheville de Tours)

Thésard : BEJANIN Stéphane (Université de Tours)

Mail : 12bejanin@dumg-tours.fr Tél : 06.61.10.97.89

Chère Consoeur, cher Confrère,

Un grand Merci aux nombreux médecins qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire sur « *L'analyse du recours au service des urgences pédiatriques de Clocheville par les médecins généralistes* »

Cependant il me manque encore des réponses pour me permettre d'interpréter les données. Merci de prendre quelques minutes de votre temps en remplissant le questionnaire ci-dessous :

<http://www.e-these.com/spip.php?page=login-public&url=/>

Login : pediatrie (sans accent)
Mot de passe : pediatrie (sans accent)

Si vous pouviez me le renvoyer avant NOEL ce serait un très beau cadeau !!!

Merci par avance pour votre participation

C) Annexe 3 : Questionnaire thèse :

1) Votre âge

2) Votre sexe : homme / femme

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

4) Depuis combien d'années êtes-vous installés

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

inf 10% / 10-25% / 25-50% / sup 50%

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

0 / inf 5 / 5-10 / sup 10

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

Oui / non

8) Classez par ordre croissant de priorité (de 1 à 6) les raisons pour lesquelles vous adressez aux urgences pédiatriques (1 = priorité la moins importante à 6 = priorité la plus importante) :

- Demande d'avis spécialisé
- Nécessité d'examens complémentaires (Examen biologique, ECBU, radiologie)
- Nécessité d'une surveillance
- Nécessité d'actes thérapeutiques (Aérosol, perfusion, suture, immobilisation)
- Contexte familial défaillant (Problème de compréhension et/ou d'observation et/ou de surveillance)
- Signes de gravité clinique

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

Oui / non

Si oui, lesquels ?

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

- Surcharge de travail
- Manque de temps
- Le jour de la semaine
- Le moment de la journée (tard le soir)
- L'inquiétude parentale
- Vous n'êtes pas le médecin traitant habituel du patient

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

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

- Un avis téléphonique
- Une revue médicale et/ou livre de médecine
- Internet
- Autre : lesquels ?

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

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

- Un confrère généraliste
- Un pédiatre libéral
- Un médecin des urgences pédiatriques
- Un médecin régulateur du centre 15

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

13) Quand vous adressez un enfant aux urgences pédiatriques :

- Vous l'adrez avec un courrier
- Vous prévenez les urgences par téléphone

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

15) Si oui, par quel moyen ?

- la famille
- un appel téléphonique des urgences
- un courrier des urgences
- autre :

Remarques / suggestions

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

RESUME

Introduction : Devant un tableau associant une demande de soins en urgence croissante, une population pédiatrique importante et un nombre de médecins libéraux en forte diminution, nous avons voulu analyser le recours aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville de Tours par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire en se demandant : **Quelles étaient les motivations des médecins généralistes à adresser aux urgences pédiatriques et quels facteurs pouvaient influencer ce recours ?**

Méthodes : Etude descriptive transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé par mail aux médecins généralistes libéraux exerçant en Indre et Loire.

Résultats : 91 médecins ont répondu sur les 220 mails envoyés soit 40% de réponses et 80 réponses ont été exploitées. Les principales priorités des médecins pour adresser aux urgences étaient « les signes de gravité clinique » pour 96 % puis « la nécessité d'actes thérapeutiques » pour 65 % des médecins. Le « contexte familial défaillant » était la priorité la moins importante pour 50% des médecins. L'incertitude diagnostique et le manque de moyens influençaient beaucoup le recours aux urgences alors que le fait de ne pas être le médecin traitant ainsi que la surcharge de travail n'influençaient pas du tout.

Discussion : La pédiatrie occupe une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes mais ils ont peu recours aux urgences pédiatriques. Leurs demandes sont appropriées à la situation de l'enfant puisque priment les signes de gravité clinique. Certaines stratégies pourraient être expérimentées pour favoriser la relation ville-hôpital.

Mots clefs : Urgences pédiatriques, Médecin généraliste, Relation ville-hôpital, Motifs de recours aux urgences pédiatrique

Faculté de Médecine de TOURS

BEJANIN Stéphane

56 pages – 2 tableaux – 13 figures – 3 annexes

Résumé :

Introduction : Devant un tableau associant une demande de soins en urgence croissante, une population pédiatrique importante et un nombre de médecins libéraux en forte diminution, nous avons voulu analyser le recours aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville de Tours par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire en se demandant : **Quelles étaient les motivations des médecins généralistes à adresser aux urgences pédiatriques et quels facteurs pouvaient influencer ce recours ?**

Méthodes : Etude descriptive transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé par mail aux médecins généralistes libéraux exerçant en Indre et Loire.

Résultats : 91 médecins ont répondu sur les 220 mails envoyés soit 40% de réponses et 80 réponses ont été exploitées. Les principales priorités des médecins pour adresser aux urgences étaient « les signes de gravité clinique » pour 96 % puis « la nécessité d'actes thérapeutiques » pour 65 % des médecins. Le « contexte familial défaillant » était la priorité la moins importante pour 50% des médecins. L'incertitude diagnostique et le manque de moyens influençaient beaucoup le recours aux urgences alors que le fait de ne pas être le médecin traitant ainsi que la surcharge de travail n'influençaient pas du tout.

Discussion : La pédiatrie occupe une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes mais ils ont peu recours aux urgences pédiatriques. Leurs demandes sont appropriées à la situation de l'enfant puisque priment les signes de gravité clinique. Certaines stratégies pourraient être expérimentées pour favoriser la relation ville-hôpital.

Mots clés :

- Urgences pédiatriques
- Médecin généraliste
- Relation ville-hôpital
- Motifs de recours aux urgences pédiatrique

Jury :

Président de Jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Membres du jury : Monsieur le Docteur MAROT Yves

Monsieur le Professeur LAFFON Marc

Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain

Date de la soutenance : 29 Avril 2016