

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Qui sont ces patients qui viennent spontanément
aux urgences pédiatriques ?**

**Etude quantitative à propos des patients suivis par les médecins
généralistes d'un quartier de la ville d'Angers, consultant au CHU**

RENIER Clémence

Née le 25/05/1995 à Nantes (44)

Sous la direction de Pre DE CASABIANCA Catherine et Dre NETO Sandra

Membres du jury

Pre ANGOULVANT Cécile | Président

Pre DE CASABIANCA Catherine | Directeur

Dre NETO Sandra | Codirecteur

Dre DARVIOT Estelle | Membre

Dre LATOUR-GAUVRIT Marie | Membre

Soutenue publiquement le :
24 octobre 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée RENIER Clémence
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **08/07/2023**

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 »

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie

FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMATOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
	HOSPITALIERE	
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
	HOSPITALIERE	
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET	
MAY-PANLOUP Pascale	DE LA	
	REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE	Médecine
	VASCULAIRE	
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie

RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine

FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVIAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET	Médecine
	TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION	Pharmacie
	THERAPEUTIQUE	
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé

COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

- A ma Présidente de Jury :
Madame la Professeure Cécile ANGOULVANT,
Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.
- A mes Directrices de thèse :
Madame la Professeure Catherine DE CASABIANCA,
Madame la Docteure Sandra NETO,
Je vous remercie d'avoir accepté d'être mes directrices de thèse. Merci pour vos conseils et votre soutien.
Merci de m'avoir donné de votre temps.
- A mon Jury de thèse :
Au Docteure Estelle DARVIOT, votre bienveillance, votre pédagogie et votre sérénité sont un exemple pour moi, j'espère pouvoir les transmettre à mon tour.
Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse, de lire mon travail et de le juger. Je vous remercie pour le temps et l'intérêt que vous avez consacré à cela.
- Au Docteure Marie LATOUR-GAUVRIT :
Je te remercie de m'avoir permis de découvrir la médecine générale. Cette première expérience du cabinet a été pour moi la confirmation que c'était de cette façon que je souhaitais exercer la médecine. Merci pour ta disponibilité, ta pédagogie, la richesse de nos échanges, ta bienveillance et ta gentillesse.
- Aux médecins qui ont marqué mon internat, et ma pratique, je vous en suis très reconnaissante. Aux Dr OUATTARA, MAZET, CHOPLIN, GUIBERT, NAUD, PLESSIS, MONNIER, RAMOND.
- A tous les enseignants du département de médecine générale d'Angers :
Merci pour votre suivi au cours de ces 3 ans et votre envie permanente d'améliorer la formation de médecine générale.
- A Adrien, mon amour.
Merci de ton soutien indéfectible depuis le début de ces longues années d'études. Tu es un conjoint et un papa en or. Merci d'être toujours présent et prêt à me soutenir. Ces années à tes côtés sont si agréables.
- A Ambroise, mon bébé, tu as passé beaucoup de temps sous la rédaction de cette thèse. Au plus près, déjà dans mon ventre.
- A mes parents, merci de votre amour, votre présence, votre soutien indéfectible, de tout ce que vous avez fait pour moi. Ces études n'auraient pas été possibles sans vous.
- A ma famille, je vous aime !
- A mes amis, votre soutien et vos rires sont des moteurs : Julie, Mohammed, Elisa, Antoine, Maëlie, Elisa, Marie-Emmanuelle, Maria, Mélanie, Emma, Clara, Solène, Mona, Célia...

Liste des abréviations

ADOPS	Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins
APSA	Association des Professionnels de Santé Angevins
BU	Bandelette Urinaire
CCMU	Classification Clinique des Maladies des Urgences
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECBU	Examen Cylobactériologique des Urines
ECG	Électrocardiogramme
GEA	Gastro-Entérite Aiguë
IOA	Infirmier d'Orientation et d'Accueil (aussi appelé IAO)
INSE	Institut National de la Statistique des Études Économique
LP	Lit Porte
MEOPA	Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin Traitant
MS	Membre Supérieur
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORU	Observatoire Régional des Urgences
PC	Perte de Connaissance
PDS(A)	Permanence Des Soins (Ambulatoires)
RX	Radiographie
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Système d'accès aux soins
SU(P)	Service des Urgences (Pédiatriques)
SNP	Soins Non Programmés
TC	Traumatisme Crânien

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Design
2. Outils de recueil
3. Population étudiée
4. Critères d'exclusion
5. Critères de jugement
6. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Généralités

- 1.1. Diagramme de flux

2. Analyse de l'ensemble des patients non adressés consultant aux urgences pédiatriques (n=177)

- 2.1. Caractéristiques démographiques
- 2.1.1. Sexe
- 2.1.2. Âge
- 2.2. Motifs recueillis par l'infirmier d'accueil
- 2.2.1. Motifs par catégorie d'âge
 - a) Pour les < 1 an (n=34)
 - b) Pour les enfants de 3 ans (n=18)
- 2.3. Détail de la traumatologie (n=52)
- 2.4. Horaires de consultation aux urgences
- 2.4.1. Horaires de consultation détaillés selon le motif
- 2.5. Examens complémentaires et interventions

3. Les patients consultant aux urgences alors que les cabinets sont ouverts (n=79)

- 3.1. Démographie
- 3.2. Motifs
- 3.3. Horaire et jour de la semaine
- 3.4. Examens complémentaires et interventions
- 3.5. Tableau comparatif des sous-groupes « cabinets ouverts » et « cabinets fermés »

4. Principaux résultats

- 4.1. Les caractéristiques des patients consultant spontanément aux urgences
- 4.2. Horaires des consultations
- 4.3. Les principaux motifs : traumatologie, dyspnée et fièvre
- 4.4. Fréquences des examens complémentaires, actes techniques et hospitalisations
- 4.5. Spécificités des patients consultant pendant l'ouverture des cabinets

5. Discussion

- 5.1. Déterminants de la consultation spontanée aux urgences
- 5.1.1. Accessibilité et rapidité des urgences
- 5.1.2. Méconnaissance des structures de soins
- 5.1.3. Évolution de la notion d'urgence
- 5.1.4. Obstacles à la consultation du médecin généraliste
- 5.2. Rôle du médecin traitant et intérêt de l'éducation thérapeutique

- 5.3. Démographie médicale
- 5.3.1. Intérêt du SAS
- 5.3.2. Pistes alternatives pour faire face à la demande de soins
 - a) Éducation de la population par des mesures gouvernementales
 - b) Utilisation des réseaux sociaux et nouvelles méthodes de prévention

6. Au sujet de l'étude

- 6.1. Limites et biais
- 6.2. Forces de l'étude
- 6.3. Perspectives
- 6.4. Ouverture : impact de la vaccination contre le VRS sur les consultations pour dyspnées

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

En France, le système de santé fait face à des défis croissants, notamment en ce qui concerne les consultations aux urgences. Le nombre de ces consultations a considérablement augmenté, passant de 10 millions par an en 1996 à presque 16 millions en 2023. Cette hausse touche aussi les urgences pédiatriques : en 2023, 25 % des patients aux urgences étaient des jeunes de moins de 18 ans, et les enfants de moins d'un an représentaient 3 % des passages. (1,2)

Cette tendance, se reflète également au niveau local. À Angers, les urgences pédiatriques ont enregistré 30 539 entrées en 2022, soit une augmentation de 16 % par rapport à 2021. Selon la DREES, deux tiers des patients se présentent aux urgences sans avoir recherché un avis médical préalable, et plus de 80 % d'entre eux auraient pu être pris en charge par la médecine de ville. (3,4)

Le manque de médecins généralistes, la difficulté à obtenir des rendez-vous non programmés, et l'absence de structures de soins primaires sont souvent cités comme raisons principales de cet engorgement. Un recours excessif à l'hôpital pour des soins non urgents mobilise des ressources coûteuses. (5)

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) identifie deux types de facteurs à l'origine de l'augmentation du recours aux urgences constatée dans la plupart des pays développés : des facteurs liés à la demande (préférence pour la présence sur un même lieu de l'ensemble des services, besoins de santé, caractéristiques socio-économiques) et des facteurs liés à l'offre (évolution des pratiques médicales avec des examens complémentaires plus systématiques, absence croissante de médecins intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets).

En 2014, la Cour des comptes constatait que la méconnaissance des caractéristiques des patients recourant aux urgences rendait difficile la détermination de la part d'entre eux qui pourrait être pris en charge en médecine de ville. Elle recommandait dès lors de mesurer et d'analyser plus finement ces « passages évitables » qui constituent un enjeu majeur pour la bonne orientation des patients, sur le plan médical comme financier. L'estimation du nombre de ces passages évitables reste sujette à controverse. Elle doit en tout état de cause prendre en considération l'ensemble de l'offre de

soins non programmés disponible sur un territoire donné, et tenir compte de l'état clinique des patients se présentant aux urgences. En se fondant sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), il est permis de considérer qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils appropriés devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients. (6)

Les médecins généralistes jouent un rôle important et croissant dans la prise en charge des enfants : ils assurent plus de 85 % des consultations de ville des enfants de moins de 16 ans. (7)

En 2021, la région des Pays de la Loire avait une accessibilité potentielle localisée (APL) de 3,1 consultations par an et par habitant chez les généralistes libéraux, avec 3,6 consultations en Maine-et-Loire. Cependant, en 2022, environ 19 000 patients de l'agglomération angevine n'avaient pas de médecin traitant. (8-10)

Pour faire face à ces problèmes, divers dispositifs ont été créés pour gérer les soins non programmés (SNP) en ambulatoire et ainsi réduire le nombre de consultations non urgentes aux urgences. Par exemple, 96 % des médecins généralistes déclarent avoir une organisation permettant de répondre aux demandes de SNP, qu'elles soient prises en charge par lui-même ou, s'il exerce en groupe, par l'un de ses confrères. (11)

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) permet de répondre aux besoins des patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Elle est assurée par des médecins exerçant dans diverses structures et organisée au niveau départemental par les associations départementales pour l'organisation de la permanence des Soins (ADOPS). Dans les Pays de la Loire, le numéro 116 117 permet de contacter un médecin régulateur afin d'être orienté vers la juste prestation médicale : un conseil, des ordonnances, une consultation ou une prise en charge urgente (SAMU, orientation vers les services d'urgences). (12),(13)

Malgré ces mesures, il n'y a pas de diminution significative des consultations aux urgences, et environ la moitié des admissions se font durant les horaires de la PDSA. (2)

Pour mieux répondre aux demandes de soins non programmés, des initiatives locales s'organisent telles que l'association des professionnels de santé angevins (APSA) des quartiers

Madeleine, Justices et Saint Léonard. 17 médecins de cette association ont participé à l'étude afin d'essayer d'optimiser la prise en charge de leurs 16 000 patients dont 1985 de moins de 16 ans.

Cette étude se penche sur les consultations spontanées aux urgences pédiatriques du CHU d'ANGERS. L'objectif principal est de caractériser cette population pour optimiser l'organisation des soins non programmés.

MÉTHODES

1. Design

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle rétrospective basée sur l'analyse des dossiers médicaux du service des urgences pédiatriques du CHU d'Angers entre le 15 juillet 2022 et le 15 janvier 2023. Les dossiers concernés sont ceux des patients suivis par les 17 médecins généralistes participants à l'étude (liste en Annexe 1), membres de l'association APSA des quartiers Madeleine-Justice-Saint Léonard. La liste des médecins membres a été obtenue auprès de la présidente de l'association. Le recueil des données a été autorisé par Dr DARVIOT, responsable du service des urgences pédiatriques (SUP).

2. Outils de recueil

Après chaque passage aux urgences pédiatriques durant la période définie, la fiche de recueil d'informations à l'accueil était consultée pour identifier le médecin traitant déclaré. Si ce médecin faisait partie de l'étude, le dossier médical était analysé pour en extraire les informations nécessaires. Une affiche expliquant les modalités de l'étude était placée dans les salles d'attente des urgences pédiatriques.

3. Population étudiée

La population cible comprend les patients de moins de 16 ans ayant nommé comme médecin référent l'un des dix-sept médecins membres de l'APSA et ayant consulté spontanément les urgences pédiatriques du CHU d'Angers pendant la période de l'étude.

4. Critères d'exclusion

Les patients envoyés aux urgences par leur médecin traitant, un médecin assurant la permanence des soins qu'il soit effecteur ou régulateur, les pompiers ou les gendarmes étaient exclus de l'étude. En cas d'homonymie du médecin traitant, une vérification dans le dossier et un appel au secrétariat médical permettaient de confirmer ou d'infirmer le suivi par le médecin de l'étude.

5. Critères de jugement

L'analyse des dossiers médicaux des patients inclus se basait sur plusieurs critères :

- Horaire de la consultation (classés selon les critères de permanence des soins)
 - o Lundi à vendredi 8h-20h
 - o Lundi à vendredi 20h-00h
 - o Samedi matin 8h-12h
 - o Week-end à partir de samedi 12h ou jours fériés
 - o Nuit profonde 00h-8h
- Période de vacances scolaires ou non
- Caractéristiques démographiques (sex et catégorie d'âge : <1 an, 1-3 ans, 3-6 ans, 6-11 ans, 11-16 ans)
- Motif d'entrée répertorié selon le motif sélectionné de l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) (par exemple : traumatisme, fièvre, éruption cutanée, dyspnée, douleur abdominale, etc.).
L'IOA choisit en priorité le motif qui présente le plus grand risque vital ou de complications.
Seul ce motif principal sélectionné a été retenu.
- Classification CCMU (détailée en annexe 2) : 1 à 5, ou psychiatrie
- Réalisation d'examens complémentaires (biologie, radiographie, scanner, échographie, etc.).
La réalisation d'une bandelette urinaire (BU) de manière isolée n'a pas été décomptée comme un examen complémentaire car elle était fréquemment réalisée par prudence, devant des fièvres débutantes notamment.
- Réalisation de gestes techniques (suture, plâtre, pansement)
- Réalisation d'une intervention ou non. Le terme intervention regroupe examen complémentaire, geste technique, avis spécialisé ou traitement sous surveillance (aérosol, réhydratation...)
- Diagnostic retenu
- Hospitalisation ou non

6. Analyse des données

Les données ont été saisies et anonymisées via le logiciel Microsoft Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des mesures de tendance centrale (moyenne, médiane) et des analyses de fréquence. Dans un premier temps, chaque variable a été décrite avec calcul des effectifs et pourcentages. Ensuite, des tests statistiques (Khi2 et Fisher) ont été utilisés pour identifier d'éventuelles différences entre les sous-groupes. Tous les tests statistiques ont été effectués de manière bilatérale avec un risque alpha de 5 %, et une signification statistique était déterminée pour $p < 0,05$. Les valeurs ont été arrondies à l'unité la plus proche et les données détruites après l'analyse. La thèse est enregistrée sous le numéro CNIL 202200120.

RÉSULTATS

1. Généralités

1.1. Diagramme de flux

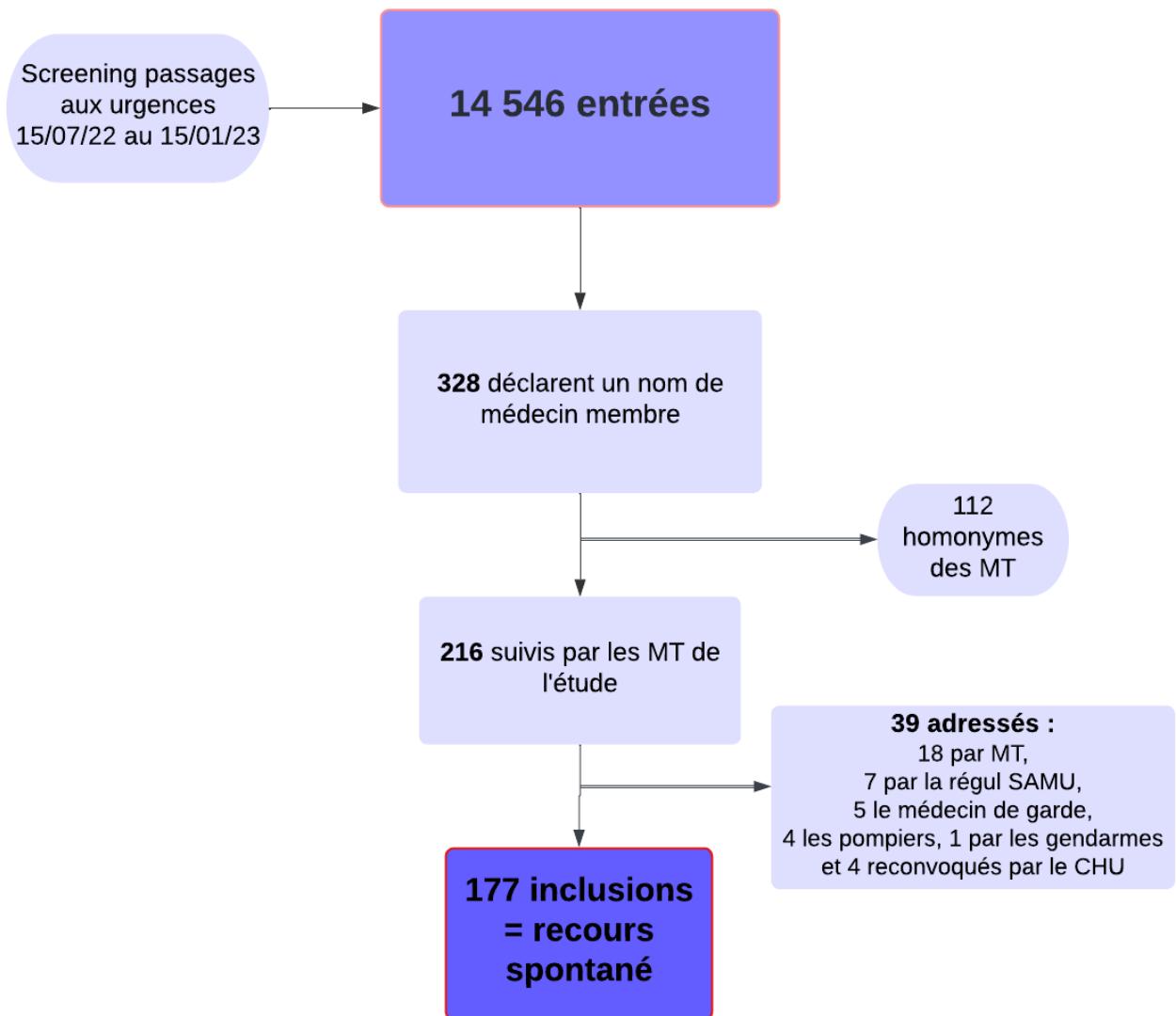


Figure 1 : Diagramme de flux

Parmi les 14 546 entrées aux urgences pédiatriques pendant la période étudiée, 328 ont déclaré comme médecin traitant un des 17 membres de l'association APSA.

Parmi ces 328 entrées, 112 étaient des patients suivis par un homonyme des médecins de l'étude et ont donc été exclus, 39 étaient adressés (18 déclarent avoir été adressés par leur médecin traitant, 7 par la régulation du SAMU, 5 par le médecin de garde, 4 dirigés par les pompiers et 1 par les gendarmes ainsi que 4 convoqués par le CHU directement)

Les analyses ont porté sur 177 dossiers de patients suivis par les médecins de l'étude, qui sont venus spontanément aux urgences, ce qui représente 1 % des entrées pour cette période.

2. Analyse de l'ensemble des patients non adressés consultant aux urgences pédiatriques (n=177)

2.1. Caractéristiques démographiques

2.1.1. Sexe

L'échantillon contenait 50,85 % de garçons avec un sex-ratio de 1,03.

2.1.2. Âge

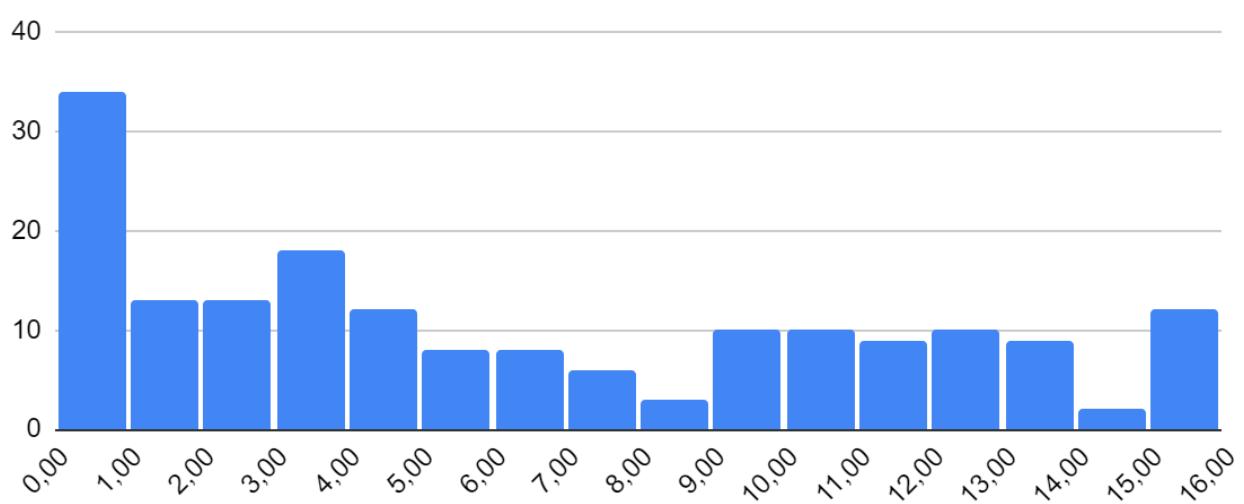


Figure 2 : Caractéristique démographique : âge des patients (histogramme)

L'âge moyen était de 6,3 ans et la médiane de 4,9 ans pour l'ensemble des patients inclus.

Les deux classes d'âge les plus représentées étaient celles des 0-1 an et des 3-4 ans, les moins représentées celles des 8-9 ans et des 14-15 ans.

2.2. Motifs recueillis par l'infirmier d'accueil

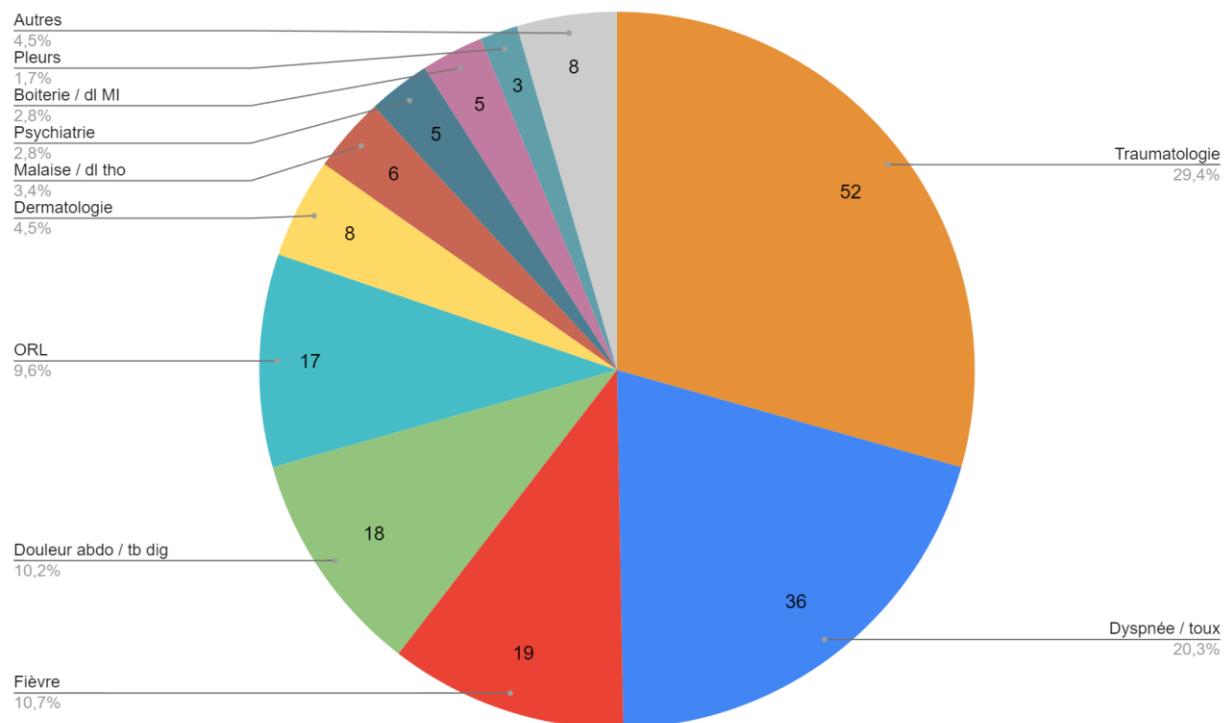


Figure 3 : Diagramme de l'ensemble des motifs, selon leur classification IOA

Parmi les 177 patients inclus : la traumatologie représentait 29 % (52/177), 20 % (36/177) consultaient pour gêne respiratoire ou toux, 11 % (19/177) pour de la fièvre. Les douleurs abdominales et signes digestifs représentaient ensemble 10 % (18/177).

La catégorie dermatologie regroupait des œdèmes, piqûres, éruptions diffuses, impétigo, zona.

La catégorie « autres » regroupait des intoxications accidentelles, lombalgie, cervicalgies, céphalées, tuméfaction de la tête, hématurie, agression sexuelle.

2.2.1. Motifs par catégorie d'âge

Tableau I : symptômes amenant à consulter aux urgences pédiatriques selon l'âge de l'enfant.

	< 1 an	[1-3[ans	[3-6[ans	[6-11[ans	[11-16[ans
Nombre	34	26	38	37	42
Dyspnée	19 (55,8 %)	7 (26,9 %)	2 (5,3 %)	2 (5,4 %)	2 (4,8 %)
Traumatologie	1 (2,9 %)	6 (23,1 %)	8 (21,0 %)	20 (54,0 %)	16 (38 %)
Fièvre	7 (20,6 %)	4 (15,4 %)	2 (5,3 %)	1 (2,7 %)	0
ORL	0	4 (15,4 %)	12 (31,6 %)	3 (8,1 %)	3 (7,1 %)
Dermatologie	0	2 (7,7 %)	3 (7,9 %)	1 (2,7 %)	5 (11,9 %)
Douleur abdominale ou trouble digestif	3 (8,8 %)	1 (3,8 %)	5 (13,2 %)	6 (16,2 %)	3 (7,1 %)
Psychiatrie	0	0	0	0	5 (11,9 %)
Malaise ou douleur thoracique	0	0	1 (2,6 %)	1 (2,7 %)	4 (9,5 %)
Pleurs	3 (8,8 %)	0	0	0	0
Boiterie ou douleur d'un membre inférieur	0	2 (7,7 %)	1 (2,6 %)	2 (5,4 %)	0
Autre	1 (2,9 %)	0	4 (10,5 %)	1 (2,7 %)	4 (9,5 %)

Les enfants de moins de 3 ans consultaient à 88 % pour un symptôme non traumatologique.

L'étude s'est attachée à détailler les motifs les plus fréquents, pour les deux tranches d'âge les plus représentées.

a) Pour les < 1 an (n=34)

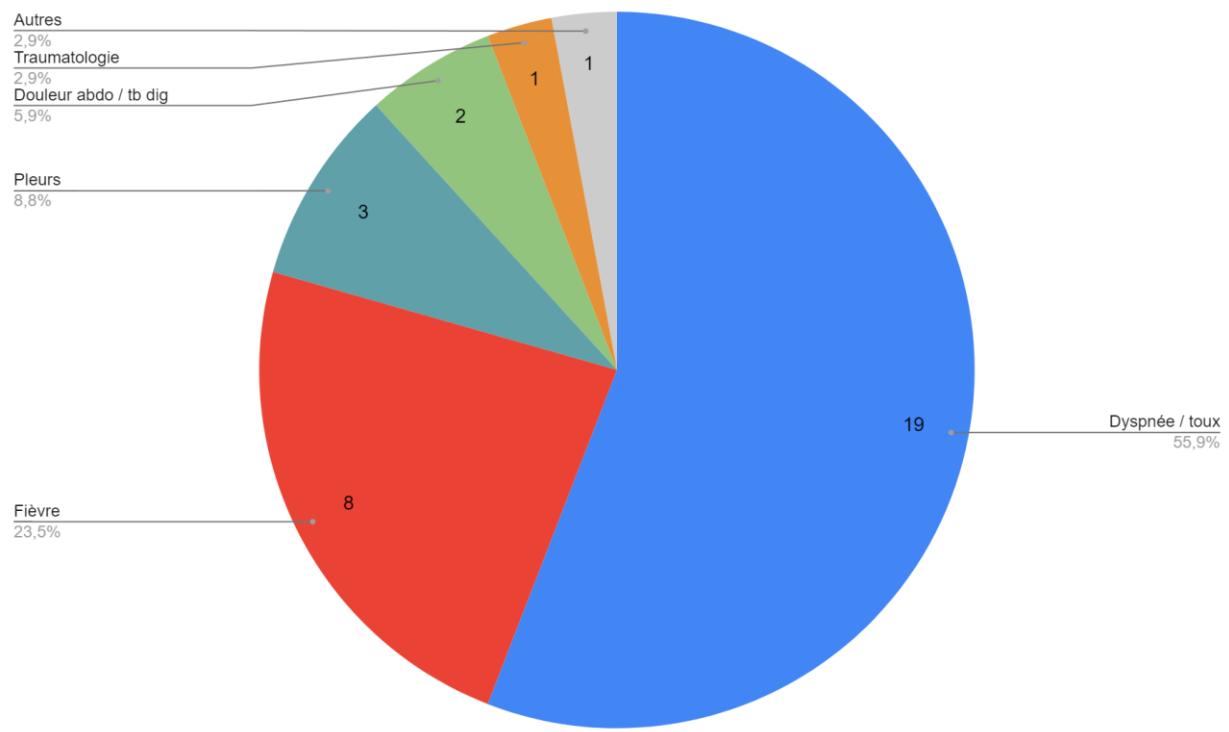


Figure 4 : Motifs de consultation des patients de moins de 1 an

Les patients de moins de 12 mois représentaient 19 % de l'échantillon, les dyspnées et les fièvres représentaient presque 80 % des motifs.

Il existait très peu de traumatologie pour cette tranche d'âge.

Le motif « pleurs incoercibles » a motivé le passage de 3 nourrissons.

b) Pour les enfants de 3 ans (n=18)

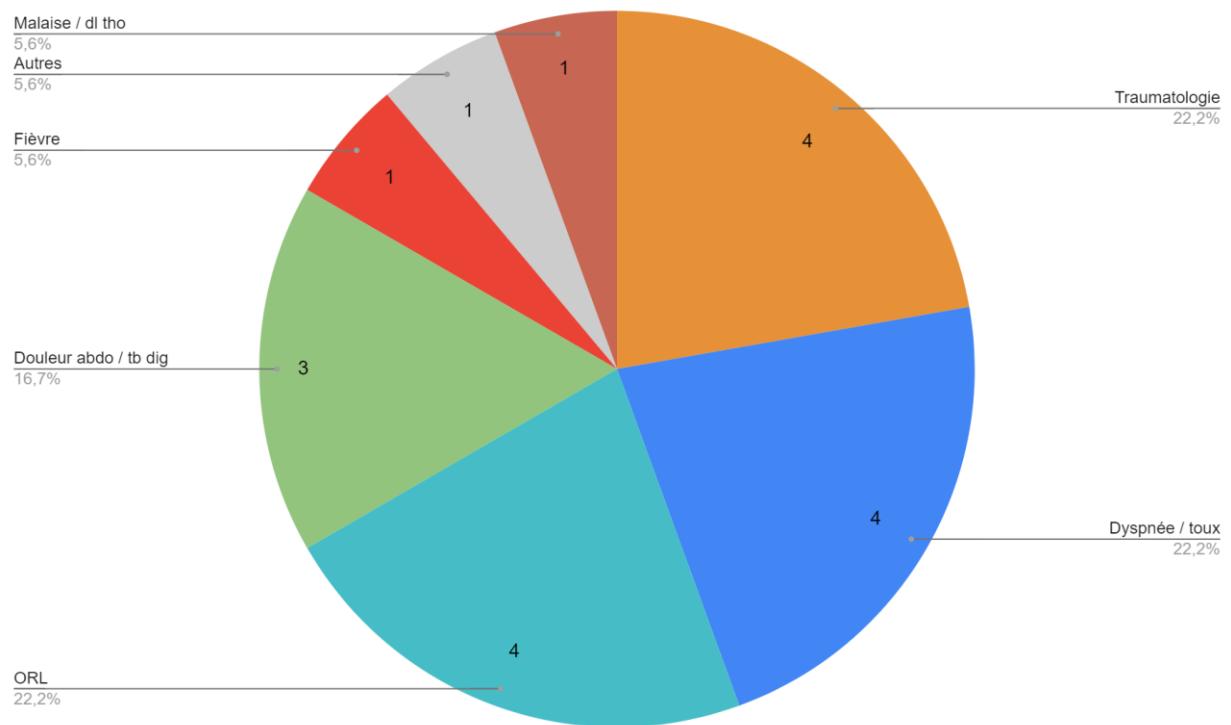


Figure 5 : Motifs de consultation des patients de 3 ans

Parmi les patients de 3 ans, les motifs fréquents étaient la traumatologie, la dyspnée ou la toux, les pathologies ORL (otalgie notamment).

Le motif « fièvre » n'a motivé qu'un seul passage.

2.3. Détail de la traumatologie (n=52)

La catégorie de motifs de recours la plus fréquente, la traumatologie, a été détaillée selon le diagnostic retenu.

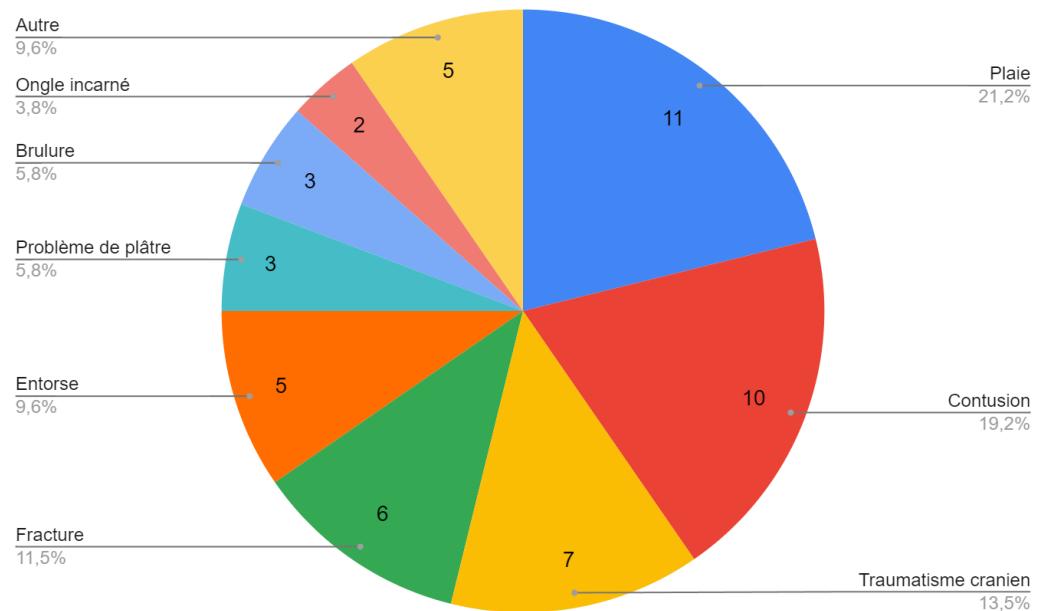


Figure 6 : Détail des diagnostics de traumatologie

2.4. Horaires de consultation aux urgences

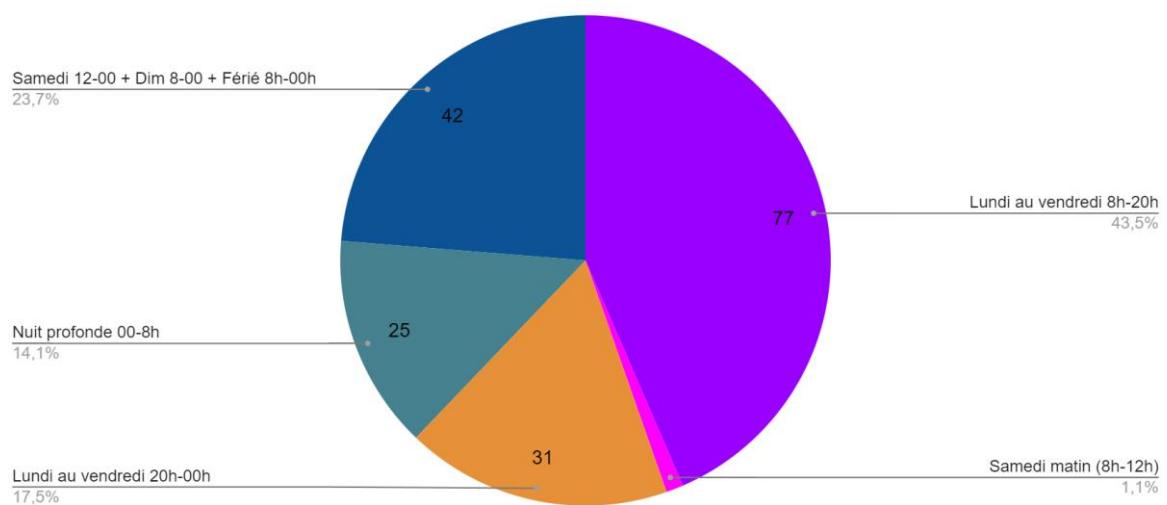


Figure 7 : Horaires des consultations de l'ensemble des patients (n=177)

2.4.1. Horaires de consultation détaillés selon le motif

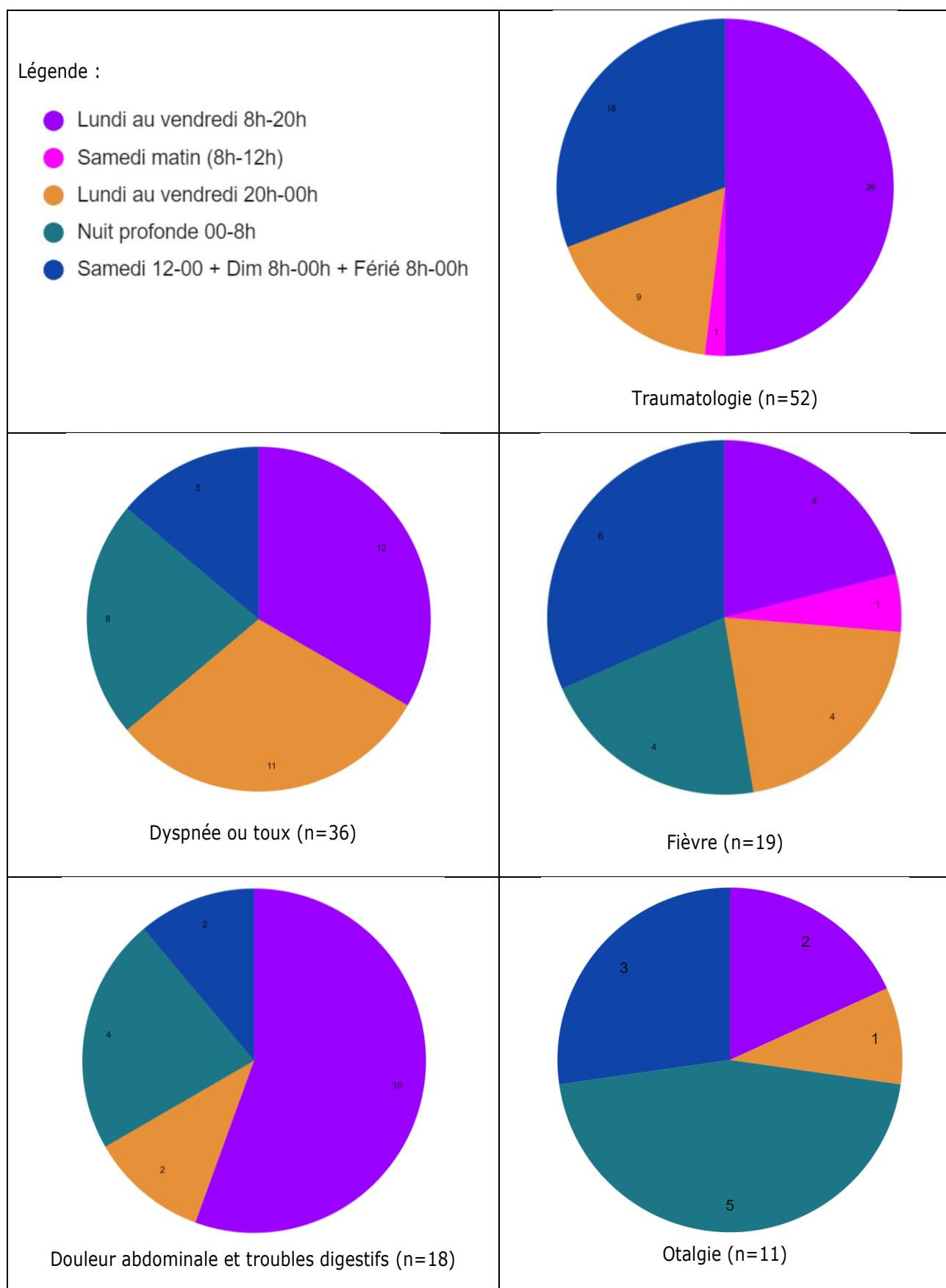


Figure 8 : Horaires de consultation, détaillés selon le motif

Les patients consultant spontanément aux urgences pédiatriques se répartissent sur des plages horaires variées. Selon les données collectées, 45 % (79/177) des consultations ont eu lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Le reste des consultations se répartit principalement en soirée, avec une augmentation marquée des passages entre 20h et minuit, notamment pour les pathologies respiratoires comme la dyspnée. En revanche, les consultations pour traumatologie sont rares en nuit profonde. Une analyse plus détaillée des motifs révèle que les consultations pour des pathologies ORL, telles que les otalgies, sont plus fréquentes en soirée et la nuit, avec un pic entre minuit et 8h. Ce constat souligne une répartition spécifique des motifs de consultation en fonction de l'heure, particulièrement pour les troubles respiratoires et les affections ORL, qui semblent survenir majoritairement en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

2.5. Examens complémentaires et interventions

54 patients ont bénéficié d'un examen de radiologie (41 radios, 11 échographies, 2 scanners), 25 d'une biologie et 17 d'une analyse d'urine (6 BU seules, et 11 ECBU).

Des gestes techniques ont été réalisés pour 25 patients : 2 pansements, 13 sutures, 5 plâtres, 2 lavements, 2 poses de sonde naso-gastrique, 1 exérèse de corps étranger sous MEOPA.

Un avis spécialisé a été requis pour 22 patients.

Concernant la traumatologie, parmi les 11 patients qui consultaient pour plaies, toutes étaient suturées.

Il a été réalisé 25 radios, 1 scanner, 13 sutures, 5 plâtres

38 % (68/177) ont bénéficié d'au moins 1 examen complémentaire.

39 % (69/177) n'ont bénéficié d'aucune intervention.

9 % (15/177) ont été hospitalisés (dont surveillance aux lit-portes).

3. Les patients consultant aux urgences alors que les cabinets sont ouverts (n=79)

3.1. Démographie

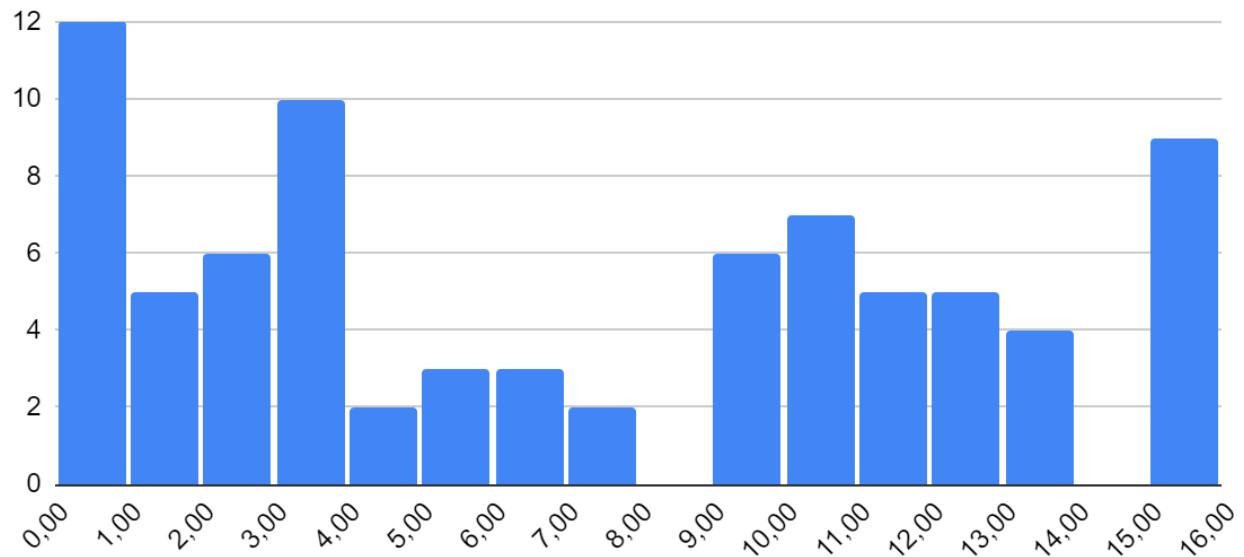


Figure 9 : Répartition des âges des patients consultant pendant l'ouverture des cabinets

L'âge moyen était de 7,1 ans et la médiane à 6,3 ans.

Les deux classes d'âges les plus représentées étaient celles des 0-1 an et des 3-4 ans, les moins représentées celles des 8-9 ans et des 14-15 ans.

3.2. Motifs

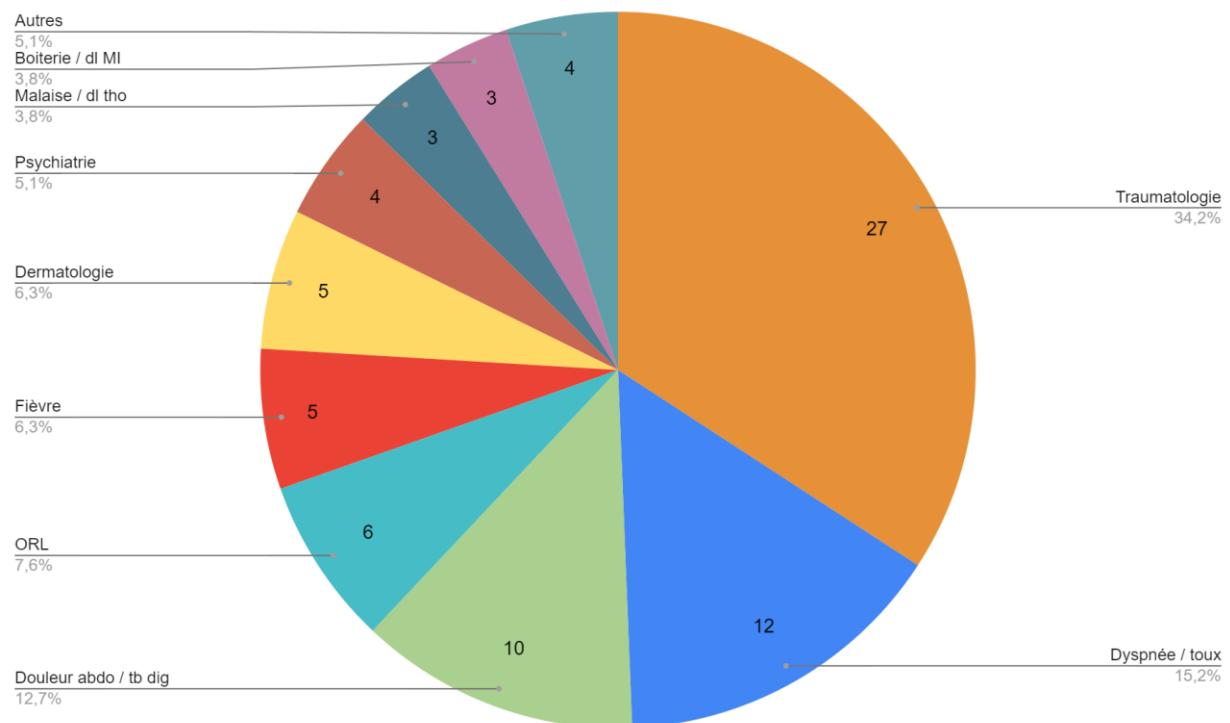


Figure 10 : Motifs de consultation pendant l'ouverture des cabinets

La traumatologie, dyspnée ou toux ainsi que douleur abdominale ou troubles digestifs constituaient les motifs de consultation principaux. La fièvre représentait 6 % des consultations.

3.3. Horaire et jour de la semaine

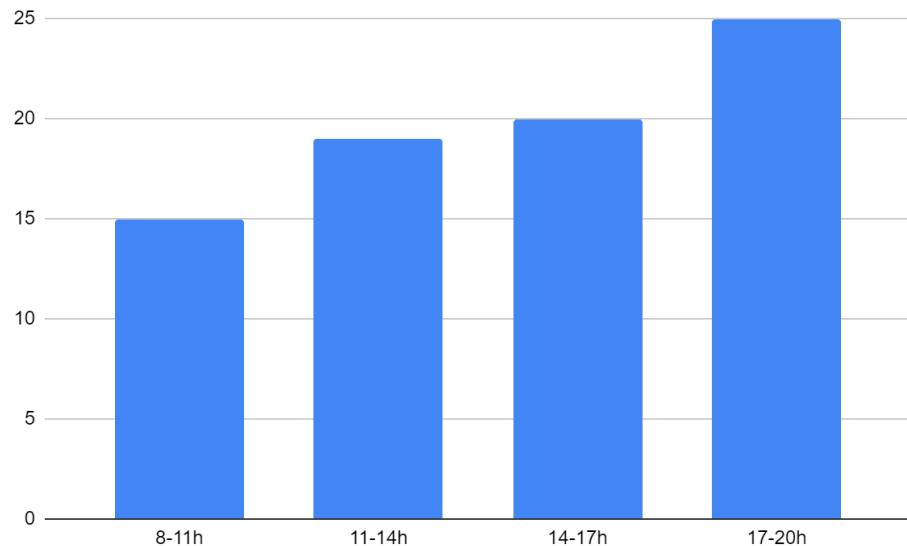


Figure 11 : Horaires de l'entrée, pendant l'ouverture des cabinets

Au fil de la journée, le nombre de consultations s'intensifie.

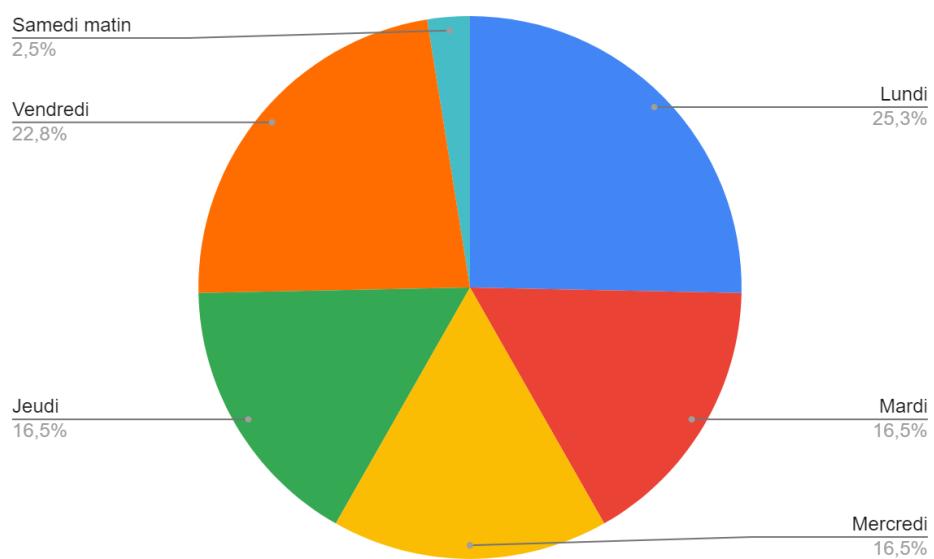


Figure 12 : Nombre de recours selon le jour de la semaine

Les patients consultaient plus fréquemment des lundis et des vendredis. Les autres jours de la semaine étaient également représentés.

La période des vacances scolaires regroupait 35 % des entrées tandis que les vacances représentaient 44 % de la période étudiée.

3.4. Examens complémentaires et interventions

29 patients ont bénéficié d'un examen de radiologie (20 radios, 8 échographies, 1 scanner), 13 d'une biologie et 9 d'une analyse d'urine (5 ECBU et 4 BU seule). Un avis spécialisé a été requis pour 12 patients.

46 % (36/79) ont bénéficié d'au moins 1 examen complémentaire.

9 % (7/79) ont été hospitalisés (dont surveillance aux lit-portes).

30 % (24/79) n'ont bénéficié d'aucune intervention.

Parmi ces patients qui n'ont bénéficié d'aucune intervention, le diagnostic final était :

- 5 OMA, 2 fièvres à J1, 2 angines, 2 GEA et 1 rhinopharyngite (avec vomissements)
- 4 TC : 1 avec plaie frein lèvre, 1 avec vomissements, 1 bébé d'1 mois, 1 sans élément d'inquiétude
- 1 première crise convulsive hyperthermique
- 3 bronchiolites : 2 légères et 1 modérée
- 2 douleurs abdominales : 1 sans signe de gravité, l'autre avec traces de sang lors d'un vomissement
- De la dermatologie : eczéma et œdème sur piqûre

23 % (18/79) de ces recours semblent inadaptés.

3.5. Tableau comparatif des sous-groupes « cabinets ouverts » et « cabinets fermés »

Tableau II : Analyse comparative des sous-groupes des patients consultant pendant l'ouverture des cabinets ou pendant leur fermeture

	Échantillon	Sous-groupe « cabinets ouverts »	Sous-groupe « cabinets fermés »	p-value
Sexe				
Garçons	51 %	49 %	52 %	*
Filles	49 %	51 %	48 %	
Age				
<1	19 %	15 %	23 %	
[1-6[36 %	33 %	39 %	*
[6-11[21 %	23 %	19 %	
[11-16[24 %	29 %	19 %	
Motif				
Traumatologie (dont plaies)	29 %	34 %	26 %	0,21*
Médico-chirurgicale, dont :				
- Dyspnée / toux	20 %	15 %	25 %	0,13*
- Fièvre	11 %	6 %	14 %	0,09*
- Douleur abdo / tb dig	10 %	13 %	8 %	0,33*
- ORL	10 %	8 %	9 %	0,71*
CCMU				
- 1	43 %	33 %	51 %	
- 2	46 %	53 %	40 %	
- 3	7 %	7 %	8 %	
- 4	1 %	1 %	0 %	
- P	3 %	6 %	1 %	
	Moy 1,64	Moy 1,74	Moy 1,57	
Examens complémentaires				
- 0	62 %	55 %	67 %	
- 1	28 %	30 %	26 %	
- 2	4 %	6 %	3 %	
- 3 et +	6 %	9 %	4 %	
Dont		0,7/patient	0,58/patient	
- Biologie	14 %	16 %	12 %	
- Radiologie (écho, Rx, TDM)	30 %	37 %	26 %	
Geste technique et avis spécialisé				
- Suture	7 %	10 %	5 %	
- Plâtre	3 %	3 %	3 %	*
- Pansement	1 %	1 %	1 %	
- Avis spécialisé	12 %	15 %	10 %	
AUCUNE INTERVENTION	39 %	30 %	46 %	P = 0,035
Hospitalisation	8 %	9 %	8 %	0,87*
Total	177	79	98	

*Non significatif

Les consultations classées CCMU1 constituaient 43 % des recours dans cette étude. Lorsque l'on examine les sous-groupes, cette proportion s'élève à 33 % pendant les horaires d'ouverture des cabinets, tandis qu'elle atteint 51 % lorsque ceux-ci sont fermés. Par ailleurs, les patients n'ayant bénéficié d'aucune intervention représentaient 39 % de l'échantillon, avec 30 % lors des horaires d'ouverture des cabinets et 46 % pendant la permanence des soins.

4. Principaux résultats

Pendant l'ouverture des cabinets :

- 45 % des recours spontanés avaient lieu
- Les principaux motifs étaient la traumatologie, les pathologies respiratoires (surtout <1 an) ainsi que les douleurs abdominales ou troubles digestifs.
- Réalisation significativement plus fréquente (70 %) d'une intervention.
- Parmi les 30 % de patients (24/79) qui n'ont bénéficié d'aucune intervention aux urgences ; le diagnostic était par ordre de fréquence : virose sans signe de gravité, OMA, TC, bronchiolite, fièvre J1, douleur abdominale.

Parmi la patientèle des médecins inclus dans l'étude, 21 patients par médecin et par an se rendent spontanément aux urgences pédiatriques, dont 9 pendant les heures d'ouverture des cabinets. Parmi ces 9 consultations, 2 semblent inappropriées.

Les enfants de moins de 3 ans consultaient à 88 % pour un symptôme non traumatologique. Pour les patients de moins d'1 an les dyspnées et les fièvres représentaient presque 80 % des motifs.

Lorsque le motif était une dyspnée, la consultation était significativement plus fréquente le soir ou la nuit, de même que les patients souffrant d'otalgies consultaient plus souvent la nuit.

Un quart des consultations évitables auraient pu l'être en réalisant une radiographie en ville.

Dans la section suivante, nous discuterons des facteurs qui pourraient expliquer ces résultats, notamment l'accessibilité des urgences, les obstacles à la consultation des médecins généralistes, ainsi que le rôle crucial du médecin traitant dans la gestion des soins non programmés. Nous explorerons également les implications de ces résultats pour l'amélioration de l'organisation des soins primaires, et proposerons des pistes pour une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé.

4.1. Les caractéristiques des patients consultant spontanément aux urgences

Les enfants de moins d'1 an représentent dans cette étude 19 % des entrées, ce qui est superposable aux 17 % de patients de moins d'1 an consultant aux SUP du CHU d'Angers en 2022.

Les enfants de moins de 5 ans représentent à eux seuls 11 % des passages aux urgences dans leur ensemble (adultes compris), et les enfants de moins d'un an 4 % (soit 31 500 passages). Ces classes d'âges sont nettement surreprésentée dans les SU de la région par rapport à son poids dans la population ligérienne, chez les garçons comme chez les filles. (14)

Les 177 entrées de l'étude, signifient par extrapolation :

- Les 17 médecins de l'étude suivent 1,4 % des patients consultant aux urgences (de manière spontanée ou adressée) alors que leur patientèle représente 7,8 % de la population pédiatrique angevine. 18 % de ces patients sont adressés. (15)
- 22 % de leur patientèle pédiatrique consulte dans l'année (sous réserve d'une surestimation par patientèle sous-déclarée). Ce résultat semble superposable aux différentes études qui constatent que 15 à 30 % des enfants suivis par un médecin généraliste consultent aux urgences chaque année. Cela dépend fortement de l'âge des enfants, de l'offre locale de soins (centres de garde, maison médicale), et de l'accessibilité du généraliste.

4.2. Horaires des consultations

Les patients consultaient à 45 % (79/177) sur les horaires d'ouverture des cabinets. Ces résultats sont en accord avec le Panorama de l'ORU qui détaille que pour le CHU d'Angers, 50 % ont lieu en horaires de PDS. La proportion de passages en horaires de PDS est plus fréquente dans les établissements publics (45 % contre 39 % dans les établissements privés). Les SU ayant les volumes d'activité les plus élevés, situés dans les grandes agglomérations de la région, sont toutefois plus fréquemment concernés par les passages en horaires de PDS que les SU ayant une activité plus faible. Le profil des patients pris en charge en horaires de PDS diffère assez peu de celui des autres patients. Il s'agit un peu plus fréquemment de jeunes enfants (moins de 5 ans). Chez les enfants, les entrées prédominent largement après les heures de cours, dès 17h et au-delà jusqu'en début de soirée. Concernant les vacances scolaires, cette accalmie est connue et l'ORU fait état qu'elle est plus importante que celle de la moyenne régionale d'avril à aout. En effet, les flux touristiques se font plutôt en direction des zones côtières. (3)

4.3. Les principaux motifs : traumatologie, dyspnée et fièvre

Dans cette étude, la traumatologie représente 29 % (52/177) des consultations, similaire au rapport ORU du profil d'activité des urgences pédiatriques de Pays de la Loire en 2022 qui observe une activité médico-chirurgicale de 64 % et 30 % de traumatologie.

La majorité des recours semble adaptée, les patients qui ont eu recours aux urgences pour une plaie, ont tous bénéficiés d'une suture.

Les douleurs abdominales et pathologies digestives sont moins représentées sur cet échantillon (10 %, 17/177) par rapport aux données de l'année 2022 pour les urgences pédiatriques du CHU d'Angers (15 % et 11 % au régional).

Les recours classés CCMU1 (relevant du cabinet de médecine générale) représentent 43 % des patients de cette étude, alors qu'ils représentent 40% des recours totaux aux urgences pédiatriques du CHU. Ce chiffre plus élevé s'explique en partie par la sélection des patients qui recourent spontanément (la part de patients adressés suggère une CCMU plus élevée). (3)

4.4. Fréquences des examens complémentaires, actes techniques et hospitalisations

107 patients ont eu 1 intervention au moins aux urgences soit 61 %. Les motifs qui n'en ont pas nécessité sont : les otalgies, les pleurs et certaines dyspnées.

Le taux d'hospitalisation dans cet échantillon est de 9 %. La moyenne nationale est de 10 % en 2022. (16)

4.5. Spécificités des patients consultant pendant l'ouverture des cabinets

Les motifs ne sont pas significativement différents pendant la PDSA ou lorsque les cabinets sont ouverts. Les traumatismes, dyspnées, fièvre et douleur abdominales ou troubles digestifs constituant une majeure partie des motifs de consultations, quel que soit l'horaire.

Les patients consultant pendant l'ouverture des cabinets s'avéraient être plus âgés, en effet : les enfants de plus de 7 ans venaient principalement aux urgences pour de la traumatologie. De plus, les pathologies à prédominance nocturne telles que les dyspnées et otalgies touchent davantage les jeunes enfants.

Il y avait plus d'intervention pendant les horaires d'ouverture des cabinets, étayant l'hypothèse selon laquelle les patients se rendent aux urgences pendant que les cabinets sont ouverts afin de bénéficier du plateau technique. Cependant, il n'y avait pas de différence significative en analysant séparément la réalisation d'examens complémentaires, de gestes techniques, thérapeutiques ou la prise d'avis spécialisés. Les échantillons sont probablement trop restreints pour permettre la mise en évidence d'une différence significative.

Pendant l'ouverture des cabinets, moins de motifs sont classifiés CCMU1 (qui relèvent de l'ambulatoire). Il en était décompté 26 dont les motifs étaient essentiellement des otalgies, des viroses telles que des angines, des gastro-entérites ou des bronchiolites sans signe de gravité, de quelques consultations pour des pathologies dermatologiques. La prévention au cabinet doit s'articuler autour de ces pathologies. Parmi ces consultations, 17 semblaient inadaptées aux urgences.

En journée, la traumatologie qui aurait pu relever de l'ambulatoire, sur la base de l'absence d'examens complémentaire, de plâtre ou de suture regroupait : 1 écharde retirée sous MEOPA, 4 traumatismes craniens (1 avec vomissements, 1 plaie frein langue non suturable, 1 bébé d'1 mois, 1 sans signe de gravité à 3 ans). Il s'agissait de consultations adaptées aux urgences.

Par ailleurs, 9 passages auraient pu être traités en ambulatoire avec un accès rapide à une radiographie.

5. Discussion

5.1. Déterminants de la consultation spontanée aux urgences

De nombreuses études ont analysé les raisons pour lesquelles les patients ont recours aux urgences. Voici les principales explications :

5.1.1. Accessibilité et rapidité des urgences

Une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2020, met en évidence plusieurs raisons majeures qui expliquent l'affluence vers les SU. Parmi elles : la rapidité et la simplicité d'accès, l'ouverture continue et l'absence d'avance de frais. Ces facteurs, couplés à l'accès à un plateau technique complet, renforcent la préférence des patients pour les SU. (17)

La thèse d'E. Tirot (2016) réalisée en Sarthe ajoute d'autres éléments déterminants chez les parents d'enfants consultant en urgences pédiatriques. Elle souligne que l'inquiétude des parents (36 % des cas) et la persistance des symptômes (28 %) sont les motivations principales. L'accès facilité aux examens complémentaires (15 %) et l'absence de contrainte horaire (6 %) jouent également un rôle. Enfin, certains parents évoquent un manque de confiance envers leur médecin traitant (1 %), mais cela reste marginal. Son étude montre que les enfants de moins de 3 ans consultent principalement pour des symptômes médicaux, souvent motivés par l'inquiétude parentale et l'absence de contrainte horaire, tandis que les enfants de plus de 10 ans viennent majoritairement pour des traumatismes, notamment en raison de l'accès difficile aux examens en ville. Ces constats se retrouvent également dans notre étude.

Avoir un recours privilégié à une radiographie en ville pourrait éviter certains passages, en créant par exemple un lien direct entre les médecins généralistes et les radiologues, en réservant des plages d'urgence pour la traumatologie dans les cabinets de radiologie. (18)

De plus, les urgences pédiatriques offrent un accès simplifié aux techniques d'anesthésie (plusieurs intervenants, hypnose, MEOPA...).

5.1.2. Méconnaissance des structures de soins

La méconnaissance des structures de soins existantes est également un facteur de consultation aux urgences. Malgré une augmentation de l'activité des maisons médicales de garde et du numéro 116-117, ces services restent peu connus. Une thèse de M. Le Bihan a montré que 70 % des parents interrogés aux urgences pédiatriques de Lisieux ignoraient l'existence du numéro 116-117 et des structures de permanence d'accès aux soins. (19)

5.1.3. Évolution de la notion d'urgence

L'urgence en matière de santé est généralement définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage ».

L'évolution de la notion d'urgence, corollaire d'une diminution de la tolérance à la maladie et à la souffrance, contribue également à l'augmentation des recours aux urgences. Les parents, même en reconnaissant le caractère bénin du motif (40 % des patients consultant spontanément aux urgences estiment que leur problème de santé relève de la médecine générale) préfèrent souvent les urgences pour une réponse immédiate, ne se permettant pas de préférer une autre ressource médicale plus éloignée dans le temps ou moins équipée que les urgences. Ils craignent de mettre en danger leur enfant en attendant le rendez-vous avec le médecin traitant.

Ces recours peuvent être qualifiés d'« urgence ressentie », la notion d'urgence ayant une définition différente selon le patient, le médecin généraliste ou l'urgentiste. (20) Le sentiment d'urgence est complexe et multidimensionnel, influencé par l'histoire personnelle des patients.

Une étude réalisée à Nîmes en 2021 a montré que 37 % des patients se rendaient aux urgences par inquiétude, souvent liée à un diagnostic présumé plus grave que celui finalement posé. Cette

anxiété est exacerbée par la forte médiatisation des questions de santé et la prolifération de sites internet et forums médicaux, alimentant une introspection quasi permanente chez certains patients. Nous pouvons également nous questionner sur la réorganisation de la structure familiale, et sur le fait que les parents d'aujourd'hui sont moins soutenus et moins conseillés, par leurs aînés, comme c'était le cas autrefois. (18)

5.1.4. Obstacles à la consultation du médecin généraliste

Dans une enquête de la DREES en 2013, seulement 6 % des patients citent l'absence de leur médecin traitant comme motivation à leur consultation aux urgences, et 5 % l'impossibilité de trouver un rendez-vous rapide pour réaliser des examens complémentaires. (21) Certains patients mentionnent également une "non-réponse du secrétariat" ou un "barrage des secrétaires" comme obstacles à la consultation de leur médecin généraliste.

Une étude à Nîmes a révélé que plus de 65 % des patients sont satisfaits de la disponibilité de leur médecin traitant, et 82 % le recommandent. Cependant, ils consultent les urgences pour accéder à des moyens humains et techniques supplémentaires pour une prise en charge optimale.

Au total, l'offre de soins en médecine générale est souvent incriminée dans l'affluence croissante et inappropriée aux urgences. Le travail de recherche réalisé au CHU de Nîmes a permis de mettre en évidence le besoin rapide d'examens complémentaires ainsi que la gravité et l'urgence ressenties comme principaux déterminants, ce sont finalement les inquiétudes et exigences des patients qui sont au premier plan des raisons de leur consultation. S. Chellen estime dans sa thèse que ce sont moins de 1 % des consultations annuelles de médecine générale qui échappent aux généralistes suite à une carence dans leur offre de soins. (20)

5.2. Rôle du médecin traitant et intérêt de l'éducation thérapeutique

En 2024, le Collège de Médecine Générale a rappelé que le médecin généraliste joue un rôle clé dans le système de santé. Il est souvent le premier professionnel consulté par les patients. Les pays qui privilégient les soins primaires obtiennent généralement de meilleurs résultats en matière de santé, une plus grande satisfaction des patients et réduisent le coût global de leur service de santé. (22)

Le rôle du médecin généraliste est important car il établit une relation de confiance avec le patient, qui se renforce au fil des consultations. Les études montrent qu'une relation continue avec un médecin généraliste peut réduire la mortalité et les visites aux urgences, tout en augmentant le niveau de satisfaction des patients. (23)

Dans les familles suivies sur plusieurs générations, cette relation de confiance peut être très forte. Suivre pendant plusieurs années les parents avant de s'occuper de leurs enfants permet également la mise en place progressive d'une éducation thérapeutique.

Pourtant, certaines familles, malgré cette relation, ont un sentiment d'insécurité qui les pousse à consulter aux urgences de manière répétée. Cela souligne l'importance de renforcer le lien entre les urgences et la médecine de ville, en veillant à ce que le médecin traitant soit informé en cas de passages répétés aux urgences. En effet, les patients ne rapportent pas systématiquement à leur généraliste y avoir eu recours.

Concernant les recours évitables, une prévention ciblée sur les viroses ORL et la conduite à tenir en cas de vomissements pourrait s'avérer utile. La thèse Sarthoise sus-citée concernant les mesures préventives des recours aux urgences propose des fiches pédagogiques concernant les conduites à tenir devant les pathologies fréquentes (comment moucher un bébé, que faire en cas de vomissements) ainsi qu'une fiche explicative sur l'organisation de la permanence des soins à glisser dans le carnet de santé (Annexe 3).

Les médecins traitants tentent de faire face à la demande de soins non programmés de leurs patients, les créneaux d'urgence du jour en médecine générale permettent d'absorber une partie des demandes mais la saturation des plannings ne permet pas toujours de les recevoir le jour même, surtout en période épidémique.

Plus d'un tiers des consultations pouvant relever de l'ambulatoire ont lieu le lundi : augmenter le nombre de créneaux d'urgences des praticiens le lundi pourrait se discuter.

5.3. Démographie médicale

La demande de soins continue d'augmenter, mais l'offre de soins libéraux est en déclin. Une partie de cette réduction est due aux décisions politiques de restriction des effectifs via le numerus clausus ainsi qu'au désir des médecins, hommes et femmes, de mieux équilibrer leur travail et leur vie personnelle.

En outre, il y a une disparition de certaines prestations dans le secteur libéral, comme la petite chirurgie et la traumatologie bénigne, qui sont désormais principalement prises en charge par les hôpitaux, grâce à leur équipement spécialisé et leurs compétences chirurgicales. (1)

5.3.1. Intérêt du SAS

Face à ce déficit démographique, Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé en septembre 2019, la mise en place des Services d'Accès aux Soins (SAS). Ce service vise à offrir une prise en charge aux patients nécessitant des soins non programmés pendant les horaires de journée. Les patients sont ainsi orientés vers une consultation de soins non programmés chez un médecin généraliste participant aux SAS ou, si nécessaire, vers les urgences.

Ce service nécessite la participation des médecins libéraux, qui doivent réserver des créneaux spécifiques dans leur agenda. Cependant, ces derniers sont déjà en difficulté pour répondre à la demande de leurs propres patients. (19)

5.3.2. Pistes alternatives pour faire face à la demande de soins

Pour faire face à l'inadéquation entre la demande croissante de soins non programmés et la diminution du temps médical disponible, plusieurs pistes peuvent être envisagées :

a) Éducation de la population par des mesures gouvernementales

Premièrement, il est essentiel de renforcer l'éducation de la population à travers des campagnes gouvernementales diffusées sur des plateformes de masse, telles que des publicités et des spots radio. Un manque d'information persiste concernant les alternatives aux urgences.

Depuis l'été 2022, une campagne gouvernementale estivale « avant d'aller aux urgences, j'appelle le 15 » vise à désengorger les urgences et de sensibiliser la population à la possibilité d'une

aide téléphonique avant toute prise de décision. Elle explique aux populations la démarche à suivre en cas de besoin de soins non programmés : d'abord contacter le médecin traitant, consulter le site internet santé.fr répertoriant les lieux de soins disponibles en son absence puis rechercher une téléconsultation ou en dernier recours, composer le 15 avant de se rendre aux urgences. (24)

En plus de l'offre de soin habituelle, des plateformes téléphoniques réservées à la pédiatrie sont apparues récemment, et plusieurs études ont montré leur efficacité. (25)

b) Utilisation des réseaux sociaux et nouvelles méthodes de prévention

De nombreux livres ont été publiés pour guider les jeunes parents. Citons "urgences or not urgences" réalisé par un généraliste, praticien aux urgences pédiatriques ou « Mon guide anti-panique : 50 fiches pour savoir quand courir aux urgences » réalisé par Jules Fougères, pédiatre aux urgences. Ces ouvrages guident les jeunes parents vers le mode de consultation adapté et les aident souvent à dédramatiser les situations.

A ces sources, s'ajoutent de nouveaux modes de prévention avec des médecins influenceurs sur les réseaux sociaux. Ils proposent de courtes vidéos fournissant des conseils pour gérer les pathologies courantes des jeunes enfants, en présentant les critères de gravité et de consultation. Ce mode de communication cible efficacement les jeunes parents, et peut être un outil précieux. Quelques sources bien choisies peuvent être recommandées aux parents lors des consultations pour leur apporter des connaissances et les rassurer sur les pathologies fréquentes.

Se développent également des applications pour smartphones, appelées « M-santé » (Mobile Health). Elles seraient de nature à rassurer, diminuer les sollicitations téléphoniques, le nombre de consultations non programmés, les passages aux urgences et les recours trop tardifs aux urgences. (19,25). En voici un exemple : PEDIAHELP qui est une application en prototype, elle propose deux arbres décisionnels destinés aux parents concernant les motifs « fièvre » et « traumatisme crânien ». Ces arbres décisionnels ont été réalisés en utilisant les données de la HAS, de la régulation téléphonique du SAMU ainsi que les avis des pédiatres. Le but de ces algorithmes est de reconnaître les critères de gravité devant amener à une consultation en urgence, grâce à des questions simples, et à de l'iconographie. En fin d'arbre, l'application conseille une action parmi plusieurs existantes selon la

gravité détectée : appel du 15, consultation aux urgences, joindre médecin traitant dans la journée, consignes de surveillance (ou appel du 116-117 si inquiétude persistante). De plus, l'application contient un onglet « fiches conseils » où les parents peuvent retrouver la conduite à tenir, les symptômes à surveiller et les critères devant les faire consulter en urgence. L'outil numérique identifie la localisation des parents pour proposer les structures de prise en charge à proximité et en détailler les informations utiles (coordonnées, horaires, actes réalisables...). « PediaHelp » aurait permis un changement de parcours de soin chez un nombre non négligeable de patient. En effet, 30 % des consultations auraient pu être évitées, remplacées par une surveillance des enfants à la maison ou par un rendez-vous en médecine de ville. En plus d'éliminer les signes de gravité, PediaHelp jouait un rôle important dans la réassurance parentale en donnant des consignes pour la suite de la prise en charge.

6. Au sujet de l'étude

6.1. Limites et biais

- Surpopulation des dyspnées en hiver : Les épidémies de grippe, bronchiolite, et Covid-19 ont affecté les SUP fin 2022. Les dyspnées représentent 19 % de notre échantillon contre 8 % des motifs annuels pour le CHU d'Angers.
- Dossiers parfois incomplets : notamment ceux réalisés la nuit, ce qui a pu entraîner une erreur d'inclusion de certains patients (adressage non notifié par exemple). Les données médicales étant tirées de l'observation ont pu également être incomplètes. Ce biais a été limité par l'étude approfondie des courriers d'adressage, et la vigilance lorsque l'adresse de domiciliation était compatible avec un suivi par l'APSA.
- Première étude de la chercheuse : incluant des statistiques, des erreurs ont pu être commises.
- Interprétation subjective des critères étudiés : pour minimiser ce biais, l'étude s'est concentrée sur le motif d'entrée tel que sélectionné par l'IOA. Ce motif diverge en pratique régulièrement avec le diagnostic final posé.
- La période choisie de 6 mois n'est pas le reflet de l'année complète (mais le choix des dates a été orienté pour optimiser la représentativité en incluant des périodes hivernales et estivales). Devant la charge de travail nécessaire pour analyser ces 14 000 dossiers, un chercheur seul aurait

difficilement pu analyser une année complète. Si ce travail devait être effectué, il nécessiterait l'aide des services dédiés, ou la création d'un filtre permettant de trier les patients directement selon le nom du médecin indiqué dans la case du document d'entrée.

- Critères démographiques limités : Une étude future pourrait inclure des détails comme l'origine géographique, les régimes de sécurité sociale, et l'ancienneté sur le territoire.
- Parmi les 19 médecins membres de l'APSA, seulement 17 ont participé à l'étude. 1 déclarait ne pas faire de pédiatrie, l'autre n'a pas répondu aux sollicitations. Pour le calcul d'estimation des patientèles, 1 des médecins n'a pas répondu : sa patientèle a été estimée via la moyenne des autres participants. Nombreux sont les participants qui annonçaient ne pas déclarer la pédiatrie et de manière générale ne pas déclarer la totalité de leur patientèle.
- Une partie des patients consultant pour de la traumatologie a pu se rendre dans les hôpitaux privés. En l'absence de service de pédiatrie dédié, il a été décidé de ne pas les inclure dans cette étude.

6.2. Forces de l'étude

- Cette étude cible spécifiquement les observations réalisées aux urgences, directement via le logiciel utilisé sur place, afin de limiter au maximum les éventuelles pertes de données.
- Participation de 17 médecins : Représentant une patientèle de près de 16 000 patients déclarés, soit environ 10 % de la population d'Angers.
- Mode d'étude des dossiers : Entraînant peu de pertes de données.
- Analyses statistiques solides : Utilisation de tests Khi² avec un risque alpha de 5 %. Screening d'un grand nombre de dossiers.

Ces points augmentent la fiabilité et la validité de cette étude.

6.3. Perspectives

L'étude a permis de mettre en lumière les caractéristiques des patients ayant spontanément recours aux urgences, afin d'adapter la prévention et l'éducation thérapeutique au cabinet, via notamment les motifs et les tranches d'âge de recours les plus fréquents, le but étant d'adapter les conseils de reconsultation et le mode de celle-ci selon les critères d'urgence éventuels.

Les recours spontanés sont majoritairement adaptés, comme en témoigne le fait que 70 % des patients ayant consulté durant les horaires d'ouverture des cabinets ont nécessité une intervention. Cela montre une bonne compréhension des parents des critères nécessitant un passage aux urgences, probablement en lien avec l'éducation dispensée par les médecins généralistes. Cependant, cela soulève aussi des questions sur la disponibilité des soins ambulatoires, notamment en matière d'accès à des structures offrant des examens complémentaires en ville, qui pourraient éviter certains passages. Une collaboration renforcée entre les cabinets de radiologie et les médecins de ville pourrait permettre de désengorger les urgences.

Nous pouvons supposer que la présence de disponibilités pour les soins non programmés, l'exercice coordonné, un suivi régulier avec un sentiment de confiance des patients envers leur médecin a permis de limiter les recours inadaptés.

Certains patients auraient pu être pris en charge par les maisons médicales de garde. Compte tenu des spécificités de la pédiatrie, certains parents préfèrent se tourner vers un service spécialisé, disposant d'équipes formées et de matériel adapté pour assurer des soins optimaux à leur enfant. Ce point de vue est compréhensible. Toutefois, ces consultations inappropriées dans un service déjà sous tension fragilisent davantage notre système de santé. Il apparaît donc pertinent de s'interroger sur le maintien du libre accès aux urgences, ou de mettre en place une régulation plus stricte.

En conclusion, bien que la demande de soins soit en constante augmentation, la raréfaction de la démographie médicale rend cruciale la prévention, l'éducation thérapeutique et l'autonomie des patients. Ces éléments seront déterminants pour permettre à tous de bénéficier des soins les plus adaptés. Cette étude apporte des outils de réflexion aux généralistes de l'association afin de peaufiner l'éducation qu'ils offrent déjà à leur patientèle. La généralisation d'un appel au 116 117 avant de se rendre aux urgences serait un outil puissant pour réguler les recours inadaptés mais ce numéro est méconnu des parents.

6.4. Ouverture : impact de la vaccination contre le VRS sur les consultations pour dyspnées

Les bronchiolites sont responsables de plus de la moitié des consultations chez les enfants de moins d'un an dans cette étude.

Les résultats de deux études s'accordent sur l'impact positif du NIRSEVIMAB sur l'épidémie de bronchiolite, avec une baisse significative du nombre de nourrissons hospitalisés et une efficacité du traitement en vie réelle estimée entre 76 % et 81 % pour les nourrissons admis en réanimation. Par ailleurs, l'administration du NIRSEVIMAB a évité environ 5 800 hospitalisations pour bronchiolite après passage aux urgences entre le 15 septembre 2023 et le 31 janvier 2024 en France hexagonale.

Il serait intéressant de réaliser une étude comparative afin de mesurer l'impact de ce vaccin sur les entrées hivernales aux urgences. (26)

BIBLIOGRAPHIE

1. Ambroise A, Duch L. Étude descriptive de l'activité de pédiatrie aux urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon en 2021, afin d'évaluer les motivations et la pertinence de la consultation, du suivi et de la place du médecin traitant de l'enfant [Thèse de médecine]. [UFR des sciences médicales]: Université de Bordeaux; 2023.
2. FEDORU. Chiffres Clés Urgences - 2023 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2023>
3. ORU Pays de la Loire. Activité des services d'urgences en 2022 - Centre hospitalier universitaire d'Angers - Service d'urgences pédiatriques [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdl2022_49_CHUAngers-Pediatrie.pdf
4. De mas latrie T, Gaisne-joly M, et al. Recours spontané aux urgences. Article 1 : analyse des déterminants et des caractéristiques socio-démographiques des patients se présentant aux urgences, sans avis médical préalable. Article 2 : sentiments d'urgence et de gravité ressentis par les patients se présentant aux urgences sans avis médical préalable et comparaison à l'avis du médecin. [Thèse de médecine générale]. [Faculté de médecine]: Université d'Angers; 2012.
5. De Bernardinis C. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gerard Larcher [Internet]. 2008 mai p. 102. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-commission-de-concertation-sur-les-missions-de-l-hopital-presidee>
6. Cours des comptes. Les urgences-hospitalières : des services toujours trop sollicités. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
7. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France.
8. Arnault F. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. Conseil national de l'ordre des médecins; 2023.
9. Vallee JF. Ouest-France.fr. 2022. Agglomération d'Angers. « 19 000 patients sans médecins traitants. C'est la vraie difficulté ». Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/saint-barthelemy-danjou-49124/agglomeration-d-angers-19-000-patients-sans-medecins-traitants-c-est-la-vraie-difficulte-2d6e9088-dc3a-11ec-a2d7-184436cfa888>
10. Barré M, Lalande E. Une croissance démographique soutenue malgré un ralentissement - Insee Analyses Pays de la Loire - 121 [Internet]. 2016 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7740630>
11. Chaput. Chaput, H., et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES, Etudes et résultats . 1138e éd. janv 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
12. Légifrance. Article R6315-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2019 Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038444077

13. ARS Pays de la Loire. Joindre un médecin de garde ? Faites le 116 117 ! Permanence des soins ambulatoire. [Internet]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-9>
14. ORU Pays de la Loire. Panorama Urgences 2022 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.orupaysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdl2022_Regional_VF.pdf
15. Dossier complet – Commune d’Angers (49007) | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-49007>
16. Chiffres Clés Urgences - 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022>
17. Bonneau arthur, Contamin L, Nadri S, Ouattara B. Orientation spontanee aux urgences des patients relevant de l’ambulatoire [Thèse de médecine générale]. [UFR Santé]: Université d’Angers; 2022.
18. Tirot E. Motifs de recours aux urgences pédiatriques et mesures préventives associées. [Thèse de médecine générale]. [UFR Santé]: Université d’Angers; 2017.
19. Poupon G. État des lieux du recours aux soins non programmés pédiatriques et évaluation de l’apport de PEDIAHELP par les médecins généralistes Normands.
20. Chellen S. Évaluation des déterminants d’un recours spontané aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale [Thèse de médecine générale]. [Faculté de médecine de Montpellier - Nîmes]: Université de Montpellier; 2021.
21. Boisguérin B, Valdelièvre H. Etudes et résultats - Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. juill 2014;889:7.
22. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 22 oct 1994;344(8930):1129-33.
23. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. févr 2022;72(715):e84-90.
24. A D, A D. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Besoin de soins non-programmés ? Avant de se rendre aux urgences, plusieurs alternatives existent. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/besoin-de-soins-non-programmes-avant-de-se-rendre-aux-urgences-plusieurs>
25. Fougère J. Évaluation de l’apport de « “Pediahelp” » dans le parcours de soin non programmé en pédiatrie.
26. Bronchiolite : deux études françaises démontrent l’efficacité du Beyfortus® dans la prévention des cas graves et la réduction des hospitalisations chez les nourrissons | Santé publique France [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/bronchiolite-deux-etudes-francaises-demonrent-l-efficacite-du-beyfortus-R-dans-la-prevention-des-cas-graves-et-la-reduction-des-hospitalisations>
27. Charpenet F. Une augmentation «surprenante» des CCMU 3 depuis 3 ans – ORU Occitanie [Internet]. 2023 Disponible sur: <https://oruoccitanie.fr/une-augmentation-surprenante-des-ccmu3-depuis-3-ans/>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	4
Figure 2 : Caractéristique démographique : âge des patients (histogramme)	5
Figure 3 : Diagramme de l'ensemble des motifs, selon leur classification IOA.....	6
Figure 4 : Motifs de consultation des patients de moins de 1 an	8
Figure 5 : Motifs de consultation des patients de 3 ans	9
Figure 6 : Détail des diagnostics de traumatologie.....	10
Figure 7 : Horaires des consultations de l'ensemble des patients (n=177)	10
Figure 8 : Horaires de consultation, détaillés selon le motif.....	11
Figure 9 : Répartition des âges des patients consultant pendant l'ouverture des cabinets	13
Figure 10 : Motifs de consultation pendant l'ouverture des cabinets	14
Figure 11 : Horaires de l'entrée, pendant l'ouverture des cabinets	15
Figure 12 : Nombre de recours selon le jour de la semaine	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : symptômes amenant à consulter aux urgences pédiatriques selon l'âge de l'enfant.	7
Tableau 2 : Analyse comparative des sous-groupes des patients consultant pendant l'ouverture des cabinets ou pendant la permanence des soins ambulatoires (PDSA).....	17

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	IV
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES	1
1. Design	1
2. Outils de recueil.....	1
3. Population étudiée.....	1
4. Critères d'exclusion	1
5. Critères de jugement.....	2
6. Analyse des données	3
RÉSULTATS.....	4
1. Généralités	4
1.1. Diagramme de flux	4
2. Analyse de l'ensemble des patients non adressés consultant aux urgences pédiatriques (n=177)	5
2.1. Caractéristiques démographiques	5
2.1.1. Sexe	5
2.1.2. Âge.....	5
2.2. Motifs recueillis par l'infirmier d'accueil	6
2.2.1. Motifs par catégorie d'âge.....	7
a) Pour les < 1 an (n=34)	8
b) Pour les enfants de 3 ans (n=18)	9
2.3. Détail de la traumatologie (n=52).....	10
2.4. Horaires de consultation aux urgences	10
2.4.1. Horaires de consultation détaillés selon le motif.....	11
2.5. Examens complémentaires et interventions	12
3. Les patients consultant aux urgences alors que les cabinets sont ouverts (n=79) 13	13
3.1. Démographie	13
3.2. Motifs.....	14
3.3. Horaire et jour de la semaine	15
3.4. Examens complémentaires et interventions	16
3.5. Tableau comparatif des sous-groupes « cabinets ouverts » et « cabinets fermés ».....	17
4. Principaux résultats.....	19
4.1. Les caractéristiques des patients consultant spontanément aux urgences	20
4.2. Horaires des consultations	21
4.3. Les principaux motifs : traumatologie, dyspnée et fièvre	21
4.4. Fréquences des examens complémentaires, actes techniques et hospitalisations	22
4.5. Spécificités des patients consultant pendant l'ouverture des cabinets	22
5. Discussion	23
5.1. Déterminants de la consultation spontanée aux urgences	23
5.1.1. Accessibilité et rapidité des urgences	23
5.1.2. Méconnaissance des structures de soins	24
5.1.3. Évolution de la notion d'urgence	24
5.1.4. Obstacles à la consultation du médecin généraliste	25
5.2. Rôle du médecin traitant et intérêt de l'éducation thérapeutique.....	25
5.3. Démographie médicale	27
5.3.1. Intérêt du SAS	27

5.3.2.	Pistes alternatives pour faire face à la demande de soins	27
a)	Éducation de la population par des mesures gouvernementales	27
b)	Utilisation des réseaux sociaux et nouvelles méthodes de prévention	28
6.	Au sujet de l'étude.....	29
6.1.	Limites et biais	29
6.2.	Forces de l'étude	30
6.3.	Perspectives.....	30
6.4.	Ouverture : impact de la vaccination contre le VRS sur les consultations pour dyspnées	32
BIBLIOGRAPHIE		33
LISTE DES FIGURES.....		35
LISTE DES TABLEAUX		36
TABLE DES MATIERES.....		37
ANNEXES		1

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des 17 médecins généralistes membres de l'APSA et participants à l'étude

BALAYILA-BEAUDOUIN Lénaïc

BLANVILLAIN Jérôme

BOUDAUD Eric

BOURDIEU-NOURRY Sylvie

DE CASABIANCA Catherine

DENIS François

EDIN Carène

FERME David

GERBAUD Elsa

GOMBERT Aurore

LA TOUR-GAUVRIT Marie

LEROY Olivier

METAIRIE Lauren

NETO-ANNE Sandra

NOYER Alexandra

PETITEAU Guillaume

PREAU Héloïse

Annexe 2 : CCMU

La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), permet une classification des patients en fonction de leur gravité. Bien qu'imparfaite, soumise à interprétation, validée à l'entrée du patient mais classiquement renseignée à sa sortie... Elle est reconnue, utilisée dans les études, elle fait partie des recueils officiels d'activité, et est prise en compte dans l'évaluation et le financement des services d'urgences. (27)

- **Quels sont les différents niveaux de la CCMU ?**

Il y a 5 niveaux croissants de gravité dans la CCMU (de 1 à 5) et deux classifications particulières (P et D) :

- **CCMU 1 :**

Ce sont les patients dont l'état lésionnel et le pronostic fonctionnel sont jugés stables et qui ne nécessitent pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Ce sont pour simplifier, les consultations simples. Ces patients pourraient être pris en charge en cabinet de médecine générale.

- **CCMU 2 :**

Ce sont les patients dont l'état lésionnel et le pronostic fonctionnel sont jugés stables mais qui nécessitent au moins un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

Cette catégorie est plus étendue et comprend notamment : la petite traumatologie qui nécessite une radio, une immobilisation, une suture, une réduction de luxation de doigt, d'épaule, de coude, l'extraction d'un corps étranger, la colique néphrétique simple, la douleur thoracique pariétale, les douleurs abdominales fonctionnelles,

Certains de ces patients pourraient être pris en charge en cabinet de médecine générale si le médecin fait des sutures, si l'accès à la radiologie, à l'échographie ou à la biologie est simple et rapide.

- **CCMU 3 :**

Ce sont les patients dont l'état lésionnel et/ou fonctionnel est jugé instable, avec possibilité d'aggravation, mais sans mise en jeu du pronostic vital à court terme.

Ce sont la plupart des patients hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie.

- **CCMU 4 :**

Ce sont les patients dont la pathologie engage le pronostic vital, mais qui ne nécessitent pas de prise en charge réanimatoire.

Ce sont les syndromes coronariens aigus, les AVC avec hémiplégie, les acido-cétoses diabétiques, certaines intoxications, certaines pathologies chirurgicales. Ces patients sont soit pris en charge dans une unité de surveillance continue, dans des soins intensifs de cardiologie, dans une unité neuro-vasculaire, au bloc opératoire dans un délai très court, parfois dans un UHCD scopé ...

- **CCMU 5 :**

Ce sont les patients dont la pathologie engage le pronostic vital, et qui nécessitent une prise en charge réanimatoire.

Ce sont tous les patients qui sont pris en charge en service de réanimation, tous les patients nécessitant une respiration artificielle, les chocs quelle qu'en soit la cause, les arrêts cardiaques réanimés ...

- **CCMU P :**

Ce sont les patients présentant un problème psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

Ces patients sont le plus souvent pris en charge dans une filière psychiatrique.

- **CCMU D :**

Ce sont les patients décédés à l'arrivée ou rapidement aux urgences et chez qui il est décidé de ne pas entreprendre de manœuvres de réanimation.

Annexe 3 : Exemple de fiche pédagogique avec la conduite à tenir devant des vomissements

Fiche permanence des soins



Qui contacter lorsque mon médecin traitant n'est pas là ? Comment savoir si je dois consulter en urgence ?

Ce quizz vous permettra de discuter ensuite avec votre médecin sur la permanence des soins, et les moyens à votre disposition pour avoir un avis médical.

Vous trouverez au dos les différents numéros de garde et leurs indications.

À quoi sert la maison médicale de garde :

- Lorsqu'on n'a pas de médecin traitant.
- Lorsqu'on est en dehors des périodes d'ouverture du cabinet et que je juge nécessaire d'être vu par un médecin.
- Lorsque mon médecin est en vacances et que je dois renouveler mes médicaments.
- Lorsqu'il y a une urgence vitale.

Qui nous reçoit à la maison médicale de garde :

- Un infirmier
- Un médecin urgentiste
- Un médecin généraliste
- Un pédiatre

Cocher les affirmations vraies concernant les urgences pédiatriques :

- Je peux appeler pour avoir un conseil.
- Elles peuvent se substituer à la maison médicale de garde.
- Je verrai forcément un spécialiste.
- Si le motif n'est pas urgent, on peut me rediriger vers mon généraliste ou la maison médicale de garde.

Comment accède-t-on à la maison médicale de garde :

- En se présentant directement sur place.
- En appelant le 15 au préalable.
- En passant par les urgences pédiatriques.
- En appelant le 116-117.

Contacts :

- Son médecin généraliste :

À contacter en priorité pendant les horaires d'ouverture du cabinet, et en l'absence d'urgence vitale.

- Le 116-117 :

Pour contacter un **médecin généraliste** en cas de doute sur votre état de santé, en dehors des horaires d'ouverture de cabinet de votre médecin traitant.

Un médecin vous apporte une réponse adaptée à vos besoins :

- Conseil médical.
- Orientation vers un médecin généraliste ou la maison médicale de garde.
- Orientation vers les urgences ou envoi du SAMU si nécessaire.

Quand puis-je composer le 116-117 :

- Le soir après 20h.
- Le WE à partir du samedi à 12h.
- Les jours fériés.

- Le 15 :

Pour toute **urgence vitale**.

Un médecin urgentiste vous répond 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Il vous apporte une réponse adaptée à vos besoins :

- Conseil médical.
- Orientation vers un médecin généraliste ou la maison médicale de garde.
- Orientation vers les urgences ou envoi du SAMU si nécessaire.

Lieux d'accueil en période de permanences des soins :

- La maison médicale de garde :

Dans le cadre de la permanence de soins ambulatoire, des maisons médicales de garde existent sur l'ensemble du département de la Sarthe en relai des cabinets médicaux de ville. L'accès est autorisé après contact téléphonique au 15 ou 116 117.

- Les urgences pédiatriques :

Accueil des enfants de 0 à 18 ans pour des motifs médicaux ou traumatologiques, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Assurent la prise en charge de toute personne qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé.

Afin d'assurer les meilleurs soins aux enfants, les urgences doivent être réservées aux situations graves ou nécessitant des soins urgents.

Plus de renseignements sur :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/116-117-votre-numero-unique-pour-joindre-un-medecin-de-garde>

ABSTRACT

RÉSUMÉ

RENIER Clémence

Etat des lieux de l'orientation spontanée aux urgences pédiatriques, au sujet d'une partie de la population de la ville d'Angers.

Introduction : En France, la fréquentation des services d'urgences ne cesse d'augmenter, souvent pour des soins non urgents.

Sujets et Méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective menée du 15 juillet 2022 au 15 janvier 2023 vise à caractériser les recours spontanés aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers. Elle inclue les patients suivis par les 17 médecins de l'association APSA des quartiers Madeleine-Justice-Saint Léonard.

Résultats : Sur 14 546 passages aux urgences, 177 patients suivis par les médecins de l'étude ont été inclus pour des consultations spontanées. Les principaux motifs étant la traumatologie, les dyspnées, la fièvre, les douleurs abdominales et les pathologies digestives. 9 % ont été hospitalisés. 39 % n'ont bénéficié d'aucune intervention aux urgences. L'analyse conclue que 45 % des consultations ont eu lieu pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux, 23% de celles-ci apparaissent inadaptées.

Conclusion :

Les parents semblent globalement bien comprendre les critères de recours aux urgences, grâce notamment aux explications et à la prévention assurées par leur médecin traitant. Toutefois, un nombre important de consultations pour traumatologie s'explique par l'accès rapide au plateau technique, qui pourrait être partiellement évité avec un meilleur accès à la radiologie de ville, réduisant ainsi un quart des passages non justifiés.

En ce qui concerne les dyspnées, la majorité des consultations sont adaptées, en raison de la présence de critères de gravité. Cependant, pour les fièvres et douleurs abdominales, de nombreux recours aux urgences pourraient être évités en consultant d'abord le médecin généraliste ou d'autres structures de soins primaires, souvent méconnues des parents.

Une meilleure prévention, centrée sur les viroses ORL, les vomissements débutants, et les pathologies dermatologiques, associée à une incitation à utiliser le 15 ou le 116 117 avant de se rendre aux urgences, pourrait contribuer à réduire les passages inappropriés.

Mots-clés : soins non programmés, recours spontané, soins ambulatoires, médecin généraliste, éducation thérapeutique, urgences pédiatriques

Current Status of Spontaneous Referrals to Pediatric Emergency Services: A Study of a Segment of the Population in Angers

Introduction: In France, visits to emergency departments are steadily increasing, often for non-urgent care.

Subjects and Methods: This retrospective observational study, conducted from July 15, 2022, to January 15, 2023, aims to characterize the spontaneous visits to the pediatric emergency department of the Angers University Hospital. It includes patients under the care of the 17 doctors from the APSA association in the Madeleine-Justice-Saint Léonard neighborhoods.

Results: Out of 14,546 emergency visits, 177 patients followed by the study physicians were included for spontaneous consultations. The main reasons were trauma, dyspnea, fever, abdominal pain, and digestive pathologies. 9% were hospitalized, and 39% did not receive any intervention in the emergency department. The analysis concludes that 45% of consultations occurred during the opening hours of medical practices, with 23% of these appearing inappropriate.

Conclusion: Parents generally seem to have a good understanding of the criteria for seeking emergency care, largely due to the explanations and prevention efforts provided by their treating physician. However, a significant number of consultations for trauma can be attributed to quick access to technical facilities, which could be partially avoided with better access to community radiology. Regarding dyspneas, most consultations are appropriate due to the presence of severity criteria. However, for fevers and abdominal pains, many emergency visits could be avoided by first consulting a general practitioner or other primary care structures, which are often unknown to parents. Better prevention focused on viral respiratory infections, early vomiting, and dermatological conditions, along with encouragement to use emergency numbers like 15 or 116 117 could help reduce inappropriate visits.

Keywords : non-urgent care, spontaneous referrals, ambulatory care, general practitioner, therapeutic education, pediatric emergency services