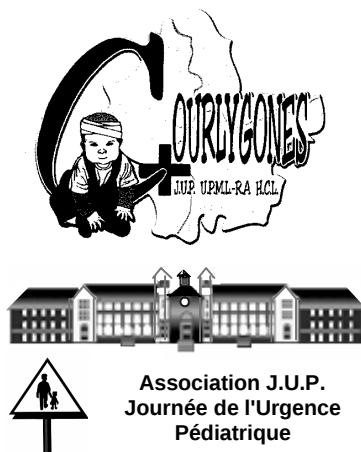




PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS PEDIATRIQUES NON PROGRAMMEES DANS L'AGGLOMERATION LYONNAISE

**Enquête en médecine libérale et dans les
structures d'hospitalisation
publiques et privées**

**Avec le soutien de
l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes**



RAPPORT N°337

Mai 2002

PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS PEDIATRIQUES NON PROGRAMMEES DANS L'AGGLOMERATION LYONNAISE

Enquête en médecine libérale et dans les structures d'hospitalisation publiques et privées

**Une étude inscrite dans le cadre du projet
COURLYGONES**

Promoteurs
JUP (Journée de l'Urgence Pédiatrique)
UPML (Union Professionnelle des Médecins Libéraux)
HCL (Hospices Civils de Lyon)

Avec le soutien de l'URCAM Rhône-Alpes

Réalisation
CAREPS
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
Jean-Pierre FERLEY, Lynda HEDREVILLE, Eric DA SILVA, Cyril GALLAZZINI

Encadrement de la démarche :
Comité de Pilotage
animé par :
Jean STAGNARA (Président de la JUP) et
Jacques VERMONT (Département d'informatique Médicale des HCL)

composé de :
P. ALFANDARI (HCL), D. ATAYI (UPML), G. BELLON (UCBL1, HCL), S. BONNEFOY (HCL), P. CARLIOZ (Conseil de l'Ordre/Clinique Val d'Ouest), A. DUQUESNE (GPL), F. DURR (HCL, UCBL1), E. HOBEIKA (SOS Médecins), B. KALPADJIAN (UPML), J.P. LECOMTE (HCL), C. PENCZ (interne en médecine), N. PIGNARD (HCL), G. PROST (SAMU), P. ROMESTAING (UPML/Conseil de l'Ordre), J. STAGNARA (JUP, UPML, HCL), J.P. TERRIEN (MG), J. VERMONT (HCL)

Frappe du rapport
Murielle FABBIAN

Nous tenons à remercier les 141 généralistes et 53 pédiatres ainsi que tous les médecins de garde dans les services d'accueil des urgences des HCL et des cliniques privées qui ont participé à cette enquête.

Nos remerciements vont également aux médecins qui ont accepté de tester le questionnaire et aux médecins responsables des secteurs de garde.

Nous remercions par ailleurs les enquêteurs associés à l'étude (étudiants en 2^{ème} année de l'IFSI Esquirol) ainsi que Mme WEBER (directrice de l'IFSI Esquirol); Mme LAFAY (Conseil de l'Ordre des Médecins du Rhône), Mme LOUVET (UPML), le Dr C. PENCZ, Melles A. JAMMES et L. VERMONT (Chargées de mission COURLYGONES) pour leur collaboration à l'enquête.

**PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS PEDIATRIQUES NON PROGRAMMEES DANS
L'AGGLOMERATION LYONAISE**
Enquête en médecine libérale et dans les structures d'hospitalisation publiques et privées

Une étude inscrite dans le cadre du projet
COURLYGONES

Promoteurs :
Journée de l'Urgence Pédiatrique (JUP)
Union Professionnelle des Médecins Libéraux (UPML)
Hospices Civils de Lyon (HCL)

Avec le soutien de :
l'URCAM Rhône-Alpes

Réalisation
CAREPS
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
Jean-Pierre FERLEY, Lynda HEDREVILLE, Eric DA SILVA, Cyril GALLAZZINI

Rapport N°337 - Mai 2002

RESUME

Le projet de constitution du réseau ville hôpital COURLYGONES pour la prise en charge des urgences pédiatriques dans l'agglomération lyonnaise répond au constat (non spécifique à Lyon) d'une augmentation de la demande, couplée à certains dysfonctionnements dans la prise en charge se manifestant par un recours de plus en plus fréquent aux soins non programmés, un engorgement des services d'accueil des urgences et un certain désengagement de la médecine libérale en matière de garde. A partir de ce constat, les pédiatres de l'association pour la Journée de l'Urgence Pédiatrique (JUP) ont initié le projet COURLYGONES, en partenariat avec les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Les promoteurs de ce projet ont souhaité étayer leur réflexion par une enquête transversale "un jour donné" dont la réalisation a été confiée au CAREPS.

Cette enquête a reposé sur un relevé des consultations non programmées (CNP), c'est-à-dire non prévues au moins 24 heures à l'avance pour des enfants de moins de 18 ans dans l'ensemble des filières de soins de l'agglomération lyonnaise : généralistes et pédiatres libéraux (activité normale et gardes), sites d'accueil des urgences des HCL, cliniques privées. L'enquête a eu lieu durant deux périodes de 24 heures, l'une le samedi, l'autre en semaine, l'une au printemps, l'autre en hiver (samedi 21 avril et jeudi 13 décembre 2001).

La collecte de l'information a porté sur :

- un échantillon de médecins libéraux : généralistes (71 lors de la première phase, 104 lors de la seconde, soit 6 à 8% des généralistes de l'agglomération) et pédiatres (16 lors de la première phase et 46 lors de la seconde, soit respectivement 18% et 52% de l'ensemble des pédiatres de l'agglomération). Contrairement aux pédiatres, qui ont tous été sollicités, seul un échantillon de généralistes l'a été.
les gardes généralistes sectorisées : le samedi, 24 secteurs sur 30 identifiés ont participé, le jeudi, 5 sur 13 l'ont fait (mouvement de grève).
- la garde pédiatrique libérale du GPL hébergée dans une clinique.
- 6 services d'accueil des urgences des hôpitaux publics de l'agglomération, répartis sur 4 sites des Hospices Civils de Lyon (HCL) : 3 SAU et 3 services d'accueil des urgences pédiatriques.
- 9 cliniques privées susceptibles d'accueillir des urgences pédiatriques (outre celle qui héberge la garde libérale du GPL).
- Enfin, la participation de SOS Médecins n'a pu être obtenue, ni à la première, ni à la seconde phase de l'étude, malgré de nombreuses sollicitations.

La collecte de l'information a reposé sur un questionnaire en deux parties : une partie remplie par interrogation du patient ou, plus souvent, de sa famille et une partie plus médicale, remplie par le médecin. Les praticiens libéraux (cabinets et gardes sectorisées) avaient la charge de remplir eux-mêmes le questionnaire pour chaque CNP (en interrogeant le patient ou sa famille pour la première partie). Il en était de même de la plupart des médecins de garde opérant dans les cliniques privées. Par contre, dans les 6 services hospitaliers, à la garde pédiatrique libérale du GPL et dans deux cliniques privées connues pour avoir une forte activité pédiatrique, le questionnaire était administré par des enquêteurs présents sur place durant les 24 heures d'observation. Pour ce faire, 18 enquêteurs ont été recrutés par le CAREPS et ont opéré à chacune des deux vagues.

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CHU Grenoble - BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

Synthèse des résultats

Le premier enseignement tiré de cette étude est l'estimation de la masse représentée par les consultations non programmées. Au total, 683 CNP d'enfants de moins de 18 ans ont été notifiées lors de la première enquête, 1183 lors de la seconde. Une pondération complexe a été réalisée pour estimer le nombre réel de CNP durant les deux périodes d'observation. Celle-ci prenait en compte tout à la fois la fraction de sondage, le taux de non-réponse et la proportion de cabinets fermés. Le modèle mathématique réalisé a permis d'estimer à 1813 le nombre de CNP le samedi et 4576 le jeudi. Une réelle prudence s'impose quant à cette estimation car elle repose sur un certain nombre d'hypothèses dont la véracité ne peut être absolument garantie.

Le second enseignement est la détermination de la part relative occupée par les différentes filières médicales : le poids de la médecine de ville apparaît considérable dans la prise en charge des CNP : 82% le samedi (70% pour les généralistes et 12% pour les pédiatres) et 93% en semaine (75% pour les généralistes et 18% pour les pédiatres). La part des sites d'accueil des urgences des HCL est de 13% le samedi et 4% en semaine, celle des établissements privés de 5% le samedi et 2% en semaine. On rappelle que ces chiffres n'incluent pas l'activité de SOS Médecins. Par ailleurs, outre l'incertitude relative aux hypothèses de pondération, on doit signaler que certains biais ont pu contribuer à minimiser quelque peu les cas hospitaliers mais ceci reste marginal. On voit donc que les chiffres présentés doivent être considérés avec une certaine prudence, même si l'ordre de grandeur précédemment décrit ne peut être radicalement remis en cause.

La part relative des différentes filières évolue en fonction du jour et de l'horaire. Ainsi, le samedi après-midi, les structures publiques et privées prennent-elles en charge 47% des CNP (dont 31% pour les seuls HCL), tandis qu'elles assurent 77% de cette prise en charge le samedi après 20H et 40% en semaine après 20H (persistance d'une forte activité libérale de 20H à 21H).

L'étude a également montré la part très importante des consultations non programmées parmi l'ensemble de l'activité des libéraux puisque celles-ci représentent 79% des consultations pédiatriques effectuées par les généralistes en semaine, 71% le samedi, tandis qu'elles constituent 53% des consultations de pédiatres, en semaine comme le samedi.

Les principaux autres résultats de l'enquête sont les suivants :

- en semaine comme le week-end, plus de 50% des CNP sont données pour une symptomatologie évoluant depuis plus de 24 heures, et depuis 3 jours ou plus dans 20% des cas en semaine et 27% des cas le samedi.
 - lorsque la CNP a lieu en médecine de ville, elle se déroule, la plupart du temps, chez le médecin traitant de l'enfant : 85% en semaine et 71% le samedi.
 - Le délai médian d'attente entre l'arrivée au cabinet ou dans la structure et la prise en charge est de 15 minutes, il avoisine 30 minutes dans les services d'urgences des HCL. Plus de 80% des patients (ou des familles) ont jugé ces délais satisfaisants (mais 20 % les ont considérés franchement insatisfaisants aux HCL en semaine)
 - S'agissant de l'accueil, 95% des patients ou des familles le jugent satisfaisant.
 - Plus d'une fois sur quatre, la CNP a été précédée par un contact médical dans les 24 heures.
 - Dans 40% des cas, les parents considéraient que le problème était a priori bénin, au contraire, dans 14% à 17% des cas, ils le considéraient a priori comme franchement sérieux, voire grave. On relève que dans 15% environ des cas, les parents ont amené leur enfant dans un service d'accueil des urgences des HCL pour un problème qu'ils considéraient a priori bénin, c'est également de cas du tiers des recours aux gardes généralistes en semaine.
 - les motifs mis en avant par les parents pour expliquer la non programmation du recours sont majoritairement liés au problème médical présenté (douleur, gêne physique, peur de la survenue de complications, plus rarement gravité suspectée). Mais des motifs tels que la commodité personnelle, l'approche du week-end ou l'absence du médecin traitant pour les CNP hospitalières : une fois sur quatre en semaine et une fois sur deux le samedi.
 - la gravité du problème médical n'est pas l'élément principal qui motive le recours à une structure plutôt qu'à un médecin de ville. Sont plus souvent cités le fait que l'on a tout sur place et l'impossibilité d'un recours ambulatoire (cabinet fermé ou médecin ne prenant pas en urgence ou personne n'ayant pas de médecin traitant).
- Lors de l'enquête réalisée au printemps, les signes ORL dominaient largement la scène dans les CNP notifiées (40%). L'étude conduite en début d'hiver ne faisait pas apparaître de modification radicale : les troubles ORL (pratiquement 50%) et la symptomatologie respiratoire (25%) prédominaient. Bien entendu, les signes présentés diffèrent selon l'âge de l'enfant (davantage de troubles respiratoires chez les plus jeunes, davantage de problèmes ostéo-articulaires et traumatiques chez les adolescents), de même qu'ils diffèrent selon la filière médicale (les troubles ORL étant essentiellement pris en charge en libéral, les problèmes ostéo-articulaires et traumatiques l'étant essentiellement dans les structures). Chez les moins de 2 ans, les bronchiolites représentaient 16% de l'ensemble des CNP notifiées en hiver.
- Plus de 9 fois sur 10, en libéral comme dans les structures, la CNP correspondait à un état clinique stable, a priori non susceptible de s'aggraver, les états évolutifs susceptibles de s'aggraver ne représentaient que 6% à 8% des CNP.
 - dans plus de 80% des cas (mais seulement 30% à 40% aux HCL et 30 à 40% dans les structures), la CNP n'a donné lieu à la réalisation ou à la prescription d'aucun acte complémentaire.

CAREPS

- Neuf fois sur dix, le patient est rentré chez lui à l'issue de la CNP, sans renvoi vers le médecin traitant. Un renvoi vers un médecin de ville est cependant plus souvent décrit dans les structures.
- Plus d'une fois sur deux, en semaine comme le samedi, la CNP ne nécessitait pas, de l'avis du médecin, une prise en charge dans les 24 heures ; à l'opposé, 1 à 2% étaient qualifiées d'urgences immédiates. Les CNP considérées comme non urgentes représentent en semaine près des deux tiers des CNP des généralistes (en cabinet comme en garde) et le tiers environ des CNP prises en charge dans les autres filières (y compris aux HCL). Le samedi, la proportion de CNP considérées comme non urgentes a tendance à s'élever aux HCL (45%) et chez les pédiatres libéraux (39%).
- Pourtant, la part des CNP dont la non programmation est jugée totalement injustifiée par le médecin est relativement faible (13%), tandis que 35% sont jugées partiellement justifiées. C'est dans les services d'urgences des HCL et en garde libérale généraliste que la proportion de recours considérés comme injustifiés est la plus élevée (près d'une consultation sur 5).
- Au final, plus de 80% des médecins ont jugé globalement satisfaisant le circuit du patient avant sa prise en charge, 15% l'ont jugé simplement acceptable et 3% l'ont considéré insatisfaisant. Cependant, aux HCL, le jugement n'est satisfaisant que dans 50% des cas, il est à l'opposé insatisfaisant dans 20% des cas en semaine et 13% le samedi. Les principales doléances ont trait au fait que le patient aurait dû être pris en charge en ambulatoire et non en hospitalier.

En conclusion

L'un des principaux résultats de cette étude tient certainement à la démonstration de la part prépondérante occupée par la médecine libérale dans la prise en charge des consultations non programmées des enfants de moins de 18 ans. Malgré la prudence qui s'impose, liée en particulier aux limites de l'extrapolation des résultats observés sur un échantillon à l'ensemble des médecins de l'agglomération ainsi qu'à certains biais méthodologiques, l'ordre de grandeur décrit ne doit pas être très éloigné de la réalité. Cependant, de notre point de vue, il serait abusif d'en déduire que 80 à 90% des *urgences pédiatriques* sont prises en charge par la médecine libérale. En effet, visiblement, il apparaît que la consultation non programmée demeure une pratique très répandue en médecine libérale et probablement, dans une large mesure, acceptée (consultations sans rendez vous). On voit donc que l'étude a en fait dénombré, sous la même appellation de consultations non programmées, trois types de situations :

- des consultations non programmées répondant à un problème médical qui nécessitait (ou semblait nécessiter aux yeux des parents) un recours non différé,
- des consultations non programmées résultant d'un dysfonctionnement (au niveau de l'attitude des parents ou au niveau de l'offre de soins),
- des consultations non programmées correspondant à une pratique habituelle dans certains cabinets médicaux.

L'étude permet effectivement de vérifier qu'il n'y pas toujours juxtaposition entre la notion de consultation non programmée et celle d'urgence ressentie. Ce constat est très clair en libéral, mais il est également vérifié dans les structures d'hospitalisation. On peut donc considérer que d'assez nombreux recours correspondent à un dysfonctionnement dans l'attitude des parents.

Un réel dysfonctionnement est par ailleurs pointé par l'étude quant aux possibilités d'accueil des urgences pédiatriques par la médecine libérale : le samedi, 40% des entrées dans les services d'urgences des structures publiques ou privées sont, au moins pour partie, motivées par l'absence du médecin traitant ou son indisponibilité. Cela est également fréquent en semaine (une entrée sur 3 dans les cliniques, une sur 4 aux HCL). On peut faire remarquer que cet argument ne devrait pas forcément justifier un recours hospitalier si les gardes libérales avaient pu "absorber" ces patients. A ce propos, on doit signaler que la préparation de l'enquête a permis de relever la complexité du système de garde généraliste.

L'enquête a par ailleurs permis d'établir le caractère "bénin" de la plupart des CNP, correspondant, plus de 9 fois sur 10 (en libéral comme dans les services hospitaliers), à un état clinique stable, a priori non susceptible de s'aggraver.

La poursuite d'une réflexion approfondie sur l'organisation de la prise en charge des urgences pédiatriques se trouve donc parfaitement justifiée par cette étude. Indéniablement, cette réflexion doit s'attacher à remédier de manière concomitante aux deux types de dysfonctionnement observés :

- l'un lié à une attitude parfois inappropriée des public. Une certaine éducation des parents (ou, pour le moins, une sensibilisation) semble donc nécessaire et les médecins libéraux apparaissent manifestement les mieux armés et les plus légitimes pour la conduire (même si d'autres relais peuvent être parallèlement utilisés).
- l'autre, lié à l'offre libérale, dont le système de garde est certainement perfectible. Il nous semble important que la médecine libérale puisse, de sa propre initiative, améliorer cette organisation des gardes afin de proposer à la population une alternative mieux structurée et plus clairement identifiée.

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
 CHU Grenoble - BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9
 Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
OBJECTIFS	p. 4
METHODE	p. 6
RESULTATS	p. 13
I - Taux de participation et caractéristiques des participants	p. 14
II - Nombre de cas recensés et part relative des différentes filières	p. 16
III- Caractéristiques des patients accueillis en consultation non programmée	p. 25
IV- Histoire de l'épisode	p. 30
V- Motivation du recours en urgence	p. 34
VI- Pathologies présentées	p. 40
VII- Niveau d'urgence et jugement sur la justification de la non programmation des soins	p. 44
VIII- Orientation	p. 51
IX - Délais de prise en charge et jugement porté par le patient et son entourage	p. 53
X - Jugement porté par le patient ou son entourage sur l'accueil reçu	p. 58
XI - Jugement global porté par le médecin sur le circuit du patient avant sa prise en charge	p. 59
XII - Appréciation portée par les médecins libéraux sur la journée de travail	p. 62
DISCUSSION	p. 63
SYNTHESE DES RESULTATS ET CONCLUSIONS	p. 66
ANNEXES	p. 75

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le contexte

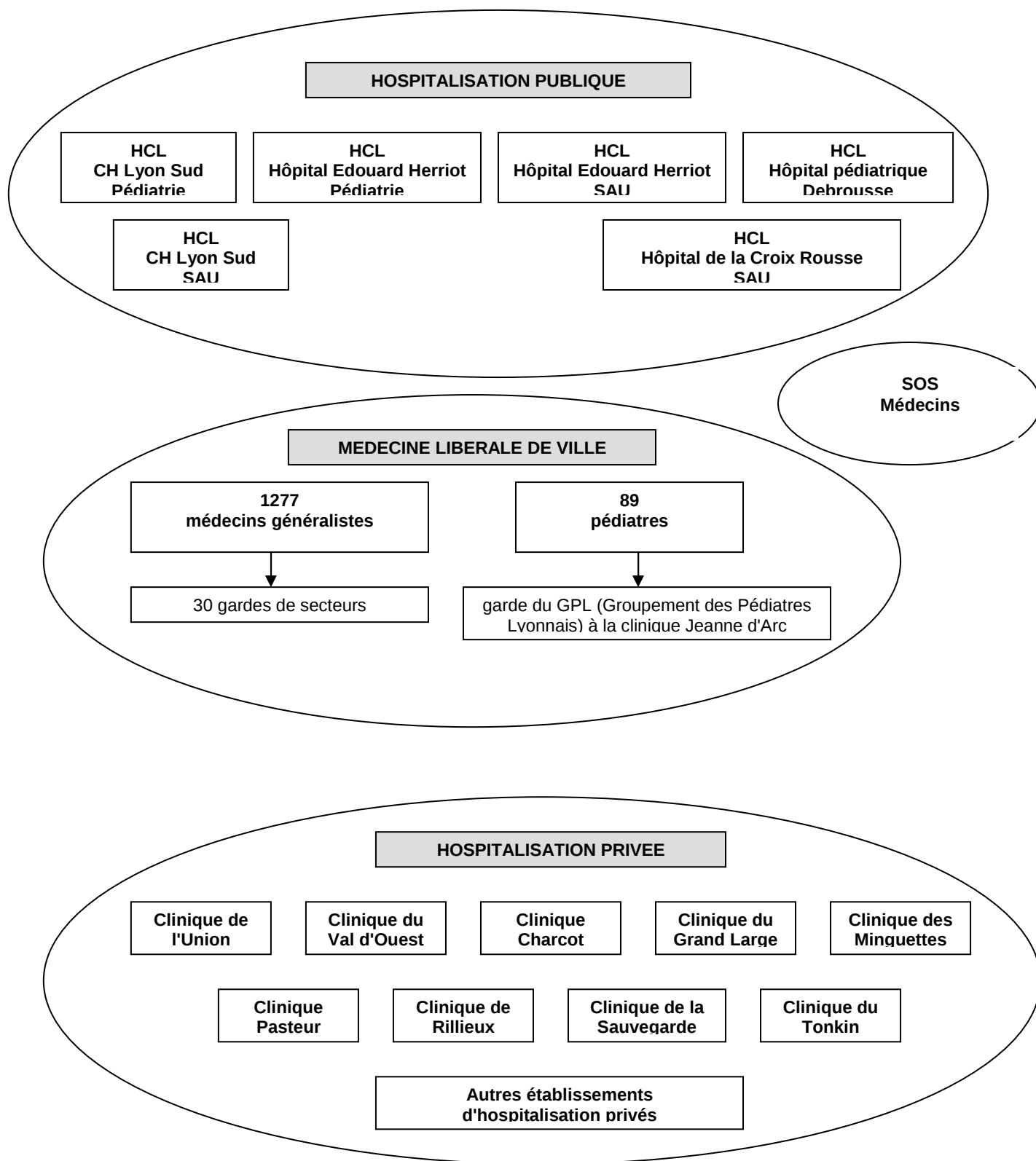
Le projet de création du réseau COURLYGONES, promu par l'Association Journée de l'Urgence Pédiatrique, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes et les Hospices Civils de Lyon est né du constat d'une augmentation et d'une évolution de la demande en matière d'urgences pédiatriques dans l'agglomération lyonnaise (COURLY).

Un certain nombre de dysfonctionnements ont été pointés depuis plusieurs années par les promoteurs de cette initiative : engorgement des pôles d'urgences pédiatriques du à l'augmentation massive de la demande, couplé à un désengagement des médecins libéraux, trouvant sa source à plusieurs niveaux et se manifestant notamment par une diminution du nombre de médecins libéraux acceptant de faire des gardes.

Préalablement à la constitution d'un réseau ville-hôpital pour l'accueil des urgences pédiatriques de la Communauté Urbaine de Lyon (COURLY), dont le projet a été présenté au Comité régional de gestion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) en décembre 2000, le principe d'une étude transversale cherchant à mieux appréhender la situation locale a été décidé.

Après appel d'offres, la réalisation de cette étude a été confiée au CAREPS en avril 2001. Les résultats en sont présentés dans ce rapport.

Schéma général de la prise en charge des urgences pédiatriques dans l'agglomération lyonnaise



OBJECTIFS

OBJECTIFS

- Déterminer le poids respectif de chaque filière de soins dans la prise en charge des urgences médicales.
- Analyser les motifs et circonstances ayant conduit à une consultation non programmée.
- Mesurer le niveau d'urgence et analyser la légitimité de la non programmation des soins.
- Analyser l'orientation préconisée à l'issue de la consultation.
- Offrir un point initial de comparaison pour l'évaluation à distance du réseau de soins mis en place.

METHODE

METHODE

1 - Schéma général

Le schéma retenu est celui d'une enquête transversale, de type "un jour donné", conduite à deux reprises de manière à appréhender la réalité observée :

- en semaine et le week-end (jeudi et samedi),
- à deux saisons différentes (printemps et hiver).

Durant ces deux périodes de 24 heures, il a été procédé à un recensement exhaustif de toutes les "consultations non programmées" (non prévues 24 heures à l'avance) données pour des enfants de moins de 18 ans.

L'enquête a été réalisée par auto-questionnaire auprès des médecins libéraux et de certaines structures privées et par administration d'un questionnaire par un enquêteur dans les services d'urgences des Hospices Civils de Lyon et dans certaines autres structures privées.

2 - Lieux d'enquête et échantillonnage

A chacun des deux temps, l'enquête a été réalisée auprès de toutes les filières médicales susceptibles d'accueillir des urgences pédiatriques :

- médecins généralistes libéraux,
- pédiatres libéraux,
- gardes libérales (gardes sectorisées pour les généralistes et garde du Groupement des Pédiatres Lyonnais (GPL) se tenant à la clinique Jeanne d'Arc),
- SOS médecins (participation non obtenue),
- services des urgences (urgences pédiatriques ou SAU) des différents sites des Hospices Civils de Lyon (HCL),
- cliniques privées (ou mutualistes) accueillant des urgences pédiatriques.

a) Médecins généralistes

Pour des raisons essentiellement budgétaires, il avait été décidé de limiter le nombre de généralistes participants à 90.

Pour obtenir ce nombre, il a été procédé à un échantillonnage aléatoire par vagues successives. Bien que le nombre recherché n'ait pas été atteint lors de la première vague d'enquête, il a été décidé de limiter à un maximum de 500 le nombre de médecins sollicités.

- Lors de la première phase (samedi 21 avril 2001), 478 généralistes sur 1 277 ont été sélectionnés (37.5%) (fichier de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux).

- Lors de la seconde phase (jeudi 13 décembre 2001), 298 généralistes (23.3%) ont été sélectionnés, soit tous ceux qui avaient participé à la première phase (71), complétés par ceux qui, tirés au sort une première fois, avaient répondu qu'ils ne travaillaient pas le samedi et par un échantillon aléatoire complémentaire. La plus faible fraction de sondage utilisée lors de la seconde phase est liée au fait qu'il était attendu une plus forte adhésion de la part des médecins qui avaient déjà participé à la première phase.

Les médecins tirés au sort ont reçu un courrier d'information signé des promoteurs de la recherche (précisant les objectifs et les conditions d'indemnisation : 1.5 C par cas). Ce courrier était accompagné d'un résumé du protocole et d'un exemplaire du questionnaire ainsi que d'un coupon-réponse leur permettant de faire acte de volontariat et, dans le cas contraire, d'indiquer les motifs de non participation (était notamment recherchée la notion d'absence le jour de l'enquête).

b) Pédiatres libéraux

La sollicitation a porté de manière exhaustive sur tous les pédiatres libéraux identifiés par le fichier France-Télécom (87 en avril et 89 en décembre) et a reposé sur des modalités identiques.

Nombre de médecins généralistes et pédiatres de la Communauté Urbaine de Lyon sollicités pour les deux phases de l'enquête

Généralistes Base UPML					Pédiatres Base France Télécom				
Total	Samedi		Jeudi		Total	Samedi		Jeudi	
	Sollicités		Sollicités			Sollicités		Sollicités	
	n	%	n	%		n	%	n	%
1277	478	37.4	298	23.3	87/89	87	100.0	89	100.0

c) Gardes sectorisées de médecine générale

30 gardes sectorisées opérant le week-end ont été identifiées (Conseil de l'Ordre) sur le territoire de la COURLY (9 à Lyon et 21 dans les communes périphériques). Le samedi 21 avril, un contact a été recherché avec les médecins responsables de chacun de ces secteurs et les médecins de garde le jour de l'enquête ont été sollicités (soit 28 médecins pour 27 secteurs) ; 23 praticiens (pour 24 secteurs) ont accepté de participer.

Le jeudi 13 décembre, une procédure identique a été mise en œuvre auprès des 13 secteurs de garde opérant en semaine identifiés (2 secteurs à Lyon et 11 dans les communes périphériques). Un refus a été essuyé dans 6 secteurs (la seconde phase d'enquête a eu lieu au moment d'une grève des gardes des généralistes). Par ailleurs, dans 2 secteurs un système non officiel de garde était organisé (non communiqué au Conseil de l'Ordre). L'enquête a finalement porté sur 7 médecins travaillant dans 5 secteurs de garde.

d) Garde du Groupement des Pédiatres Lyonnais (GPL)

Les pédiatres libéraux du GPL organisent dans les locaux de la clinique Jeanne d'Arc une garde pédiatrique pour l'ensemble du territoire de l'agglomération. L'adhésion des pédiatres de garde durant les deux journées d'enquête a été obtenue.

e) SOS Médecins

L'association a été sollicitée par le biais de son responsable lors des deux phases d'enquête. Sa participation à l'étude n'a pu être obtenue. Tardivement ont été communiquées quelques données d'activité permettant une estimation approximative de la part de cette filière dans la prise en charge des urgences pédiatriques dans l'agglomération lyonnaise.

f) Services d'accueil des urgences des HCL

Quatre hôpitaux lyonnais accueillent des urgences pédiatriques. Dans deux d'entre eux, deux services sont concernés : le SAU (urgences générales) et le service de pédiatrie. Au total, l'enquête s'est donc déroulée dans 6 services d'urgence des HCL :

- Hôpital DEBROUSSE (hôpital pédiatrique),
- Hôpital Edouard HERRIOT (HEH) :
 - pavillon S (pédiatrie)
 - pavillon A (SAU)
- Centre Hospitalier de Lyon Sud (CHLS) :
 - SAU
 - pédiatrie
- Hôpital de la CROIX ROUSSE

Dans ces établissements, une information officielle au chef d'établissement et au responsable du service a été faite par la Direction des HCL, doublée de contacts personnalisés effectués par le CAREPS (chef de service, médecin(s) de garde, surveillante).

g) Cliniques privées

Onze cliniques privées de l'agglomération ont été identifiées par le Comité de Pilotage comme susceptibles d'accueillir des urgences pédiatriques. Neuf d'entre elles ont participé à l'enquête :

- CHARCOT
- GRAND LARGE
- MINGUETTES
- PASTEUR
- RILLIEUX
- SAUVEGARDE
- TONKIN
- UNION
- VAL D'OUEST

Les deux autres (MONTPLAISIR et SAINTE ANNE LUMIERE) une fois contactées, ont déclaré ne pas accueillir d'urgences pédiatriques ou de manière tout à fait exceptionnelle. Rappelons qu'une douzième clinique est associée à l'enquête du fait qu'elle héberge la garde pédiatrique libérale (JEANNE D'ARC).

Dans les neuf établissements participants, une information officielle a été faite par le Conseil de l'Ordre, doublé d'un contact personnalisé (courrier puis contact téléphonique) effectué par le CAREPS (directeur, médecin de garde).

h) Récapitulatif du plan d'échantillonnage

- Généralistes libéraux : 1^{ère} phase : 1 médecin sur 3 environ (37%) ; 2^{ème} phase : 1 médecin sur 4 environ (23%).
- Pédiatres libéraux : exhaustif.
- Gardes libérales : exhaustif.
- Services d'urgences des HCL : exhaustif.
- Cliniques privées : exhaustif.

3 - Collecte de l'information

L'information a été recueillie pour tous les patients de moins de 18 ans vus durant les 24 heures de l'étude (de 8 heures à 8 heures) de manière non programmée (non prévue au moins 24 heures à l'avance).

Deux méthodes ont été utilisées selon la filière médicale :

- en médecine libérale et dans la plupart des établissements privés, l'enquête a reposé sur une fiche remplie par le médecin (lequel devait, sur certains points, interroger la famille ou le patient),
- dans les 6 sites d'accueil des urgences des HCL et dans 3 établissements privés : clinique de l'Union, clinique du Val d'Ouest et clinique Jeanne d'Arc (qui accueille la garde des pédiatres libéraux), la collecte de l'information a été assurée par des enquêteurs qui, pour remplir la fiche, interrogeaient simultanément les parents (ou le patient) et le médecin assurant la consultation.

Au total, 18 enquêteurs ont été recrutés pour chacune des deux vagues d'enquête. Il s'agissait d'étudiants de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Esquirol (HEH). Ceux-ci ont bénéficié d'une formation initiale. La plupart d'entre eux ont participé aux deux vagues d'enquête.

4 - Support de la collecte de l'information

Les différents supports ont été élaborés avec le Comité de Pilotage et ont été testés auprès de 11 médecins libéraux, généralistes et pédiatres.

La fiche à remplir pour chaque CNP (Consultation Non Programmée) comportait deux volets :

- **une fiche patient** (documentée par interrogation des parents, réalisée, suivant le cas, soit par le médecin, soit par l'enquêteur) :
 - lieu et heure de consultation,
 - caractéristiques du patient et de sa famille,
 - histoire de l'épisode (ancienneté des signes, contacts médicaux antérieurs...),
 - gravité du problème ressentie par les parents ou le patient,
 - motifs du recours en urgence,
 - degré de satisfaction exprimé au sujet des délais et de l'accueil.
- **une fiche médecin** (remplie directement par le médecin ou par l'enquête après interrogation de ce dernier) :
 - appareil concerné (selon la Classification Internationale des Soins Primaires - CISP),
 - pathologies "traceuses" : bronchiolites, douleurs abdominales, diarrhées,
 - classification de l'urgence (classification CCMU¹)
 - jugement porté par le médecin sur le degré d'urgence et la justification de la non programmation des soins,
 - orientation en aval (avec, en particulier, utilisation d'une classification spécifique (GEMSA²) en milieu hospitalier),
 - jugement global sur le circuit du patient avant sa prise en charge.

Par ailleurs, les médecins libéraux avaient à remplir pour chacune des deux journées d'enquête, une fiche permettant de décrire :

- les caractéristiques de leur exercice (cabinet de groupe, secteur conventionnel, médecin référent),
- l'activité du jour : nombre total d'actes (dont consultations et visites), nombre d'actes pédiatriques, nombre total de consultations pédiatriques non programmées, nombre de rendez-vous non honorés,

¹ CCMU : Classification Clinique des Malades d'Urgence

² GEMSA : Groupes d'Etudes Multicentriques des Services d'Accueil

- leur jugement sur la journée de travail, exploré à partir d'échelles analogiques codées de 0 à 10 : fatigue en fin de journée, fréquence des consultations ou visites injustifiées, sentiment de sécurité/insécurité.

Les différentes fiches étaient présentées sous la forme d'un cahier, incluant un rappel du protocole.

5 - Suivi des réponses

Dans les filières sans enquêteurs (médecine libérale et la plupart des cliniques privées), ces cahiers ont été adressés par voie postale (dans les cliniques, un contact téléphonique préalable avait eu lieu), accompagnés d'une enveloppe timbrée pour le renvoi au CAREPS. Les médecins qui n'avaient pas retourné leur cahier dans les délais convenus ont été relancés par téléphone. Pour quelques-uns, plusieurs relances ont été nécessaires.

6 - Analyse des données

Les fiches ont été saisies sur le logiciel EPI-INFO puis exploitées sous SPSS.

Une pondération des données a été opérée pour tenir compte du plan d'échantillonnage et de l'hétérogénéité des taux de réponse. Les modalités de cette pondération sont présentées en début du chapitre sur les résultats.

Pour l'analyse, les tests statistiques utilisés ont été le χ^2 (avec éventuelle correction du Yates ou probabilité exacte de Fisher en cas de petits effectifs) pour la comparaison des pourcentages et le test de Student ou l'analyse de variance pour la comparaison de moyennes. Ces tests ont été calculés à partir des données pondérées appliquées à l'effectif observé.

Par ailleurs, les pourcentages indiqués dans les tableaux et figures sont présentés, pour la clarté de la lecture, sans leur intervalle de confiance. Il convient cependant de garder en mémoire le fait qu'un intervalle d'incertitude entoure les résultats : +/- 3% lorsqu'on étudie l'échantillon complet, +/- 5% lorsque le pourcentage est calculé sur un effectif de l'ordre de 400, +/- 7% lorsque cet effectif est de 200, +/- 10% lorsqu'il est de 100, etc...

RESULTATS

I - TAUX DE PARTICIPATION ET CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Tableau 1
Participation des médecins libéraux

	Samedi		Jeudi	
	MG	Pédiatres	MG	Pédiatres
N sollicités	478	87	298	89
N participants	71	16	104	46
% participation	14.9	18.4	34.9	51.7

Lors de la première vague d'enquête (samedi), le taux de participation des généralistes s'est élevé à 15% (71 sur 478), celui des pédiatres à 18% (16 sur 87). Ce taux, qui peut paraître décevant, s'explique par le grand nombre de cabinets fermés le samedi. Une enquête complémentaire a été conduite auprès d'un échantillon de non répondants (tab. 3). Elle a permis de montrer que, dans de très nombreux cas, la non-réponse était liée à une absence le jour d'enquête. L'extrapolation de ces résultats conduit à des taux rectifiés (fig. 1) où les non-répondants sont reventilés en "absents" et en "non participants". On constate ainsi, sur la base de cette enquête complémentaire, que 48% des cabinets de généralistes et 57% des cabinets de pédiatres sont fermés le samedi (fig. 1). De ce fait, le taux de participation calculé sur les médecins a priori présents le samedi (tab. 2) s'établit à 29% chez les généralistes et 43% chez les pédiatres.

Lors de la seconde vague d'enquête (jeudi), le taux de participation a été sensiblement plus élevé : 35% chez les généralistes (104 sur 298) et 52% chez les pédiatres (46 sur 89). Cette augmentation du taux de participation s'explique par le fait que les médecins ayant participé à la première vague d'enquête ont été resollicités pour la seconde (meilleure adhésion) et le nombre de cabinets fermés le jeudi est sensiblement moindre. L'extrapolation des motifs de non-participation à l'ensemble des non-répondants montre que le taux de participation chez les médecins dont le cabinet était ouvert s'élève le samedi à 29% chez les généralistes et 43% chez les pédiatres (tab. 2). Le jeudi, ce taux atteint 41% chez les généralistes et 56% chez les pédiatres. L'augmentation observée, en particulier chez les généralistes, est liée au fait que la plupart des médecins associés à la seconde vague d'enquête avaient déjà participé à la première.

Figure 1
Taux de participation et taux de présence des médecins libéraux (%)
(taux brut et taux rectifiés par redistribution des non réponses après extrapolation des résultats d'une enquête complémentaire conduite auprès des non répondants sur les motifs de non participation)

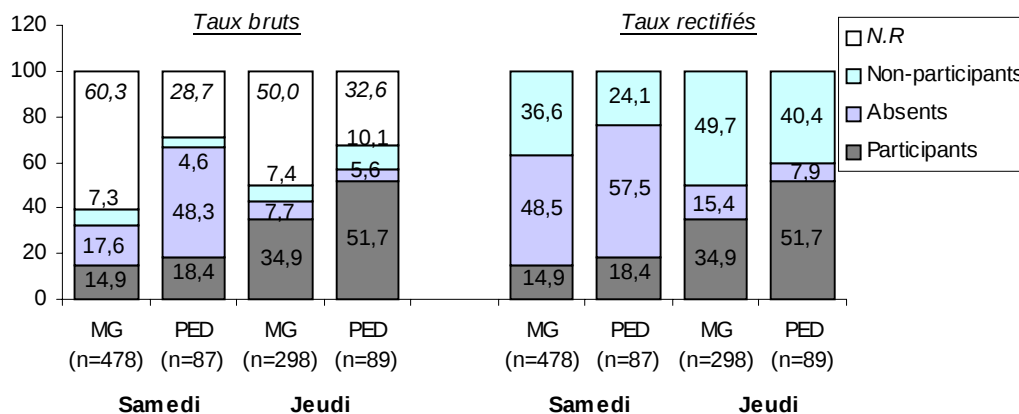


Tableau 2
Participation des médecins libéraux calculée chez les praticiens présents le jour de l'enquête (%)

	Samedi		Jeudi	
	MG	Pédiatres	MG	Pédiatres
N participants	71	16	104	46
% participation	28.9	43.2	41.3	56.1

Tableau 3
Exploration des motifs de non participation chez les médecins non répondants
Enquête complémentaire

Motifs de non participation	Samedi		Jeudi	
	MG	Pédiatres	MG	Pédiatres
Indisponibilité	8.4%	4.3%	11.1%	7.1%
Absence à cette date	70.6%	91.3%	51.1%	35.7%
Ne participe pas par principe	1.7%	0.0%	2.2%	0.0%
Jamais de consult. non programmées	5.9%	2.2%	11.1%	7.1%
Rémunération insuffisante	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Autre raison	13.4%	2.2%	24.4%	50.0%
EFFECTIFS	119	46	45	14

Tableau 3 bis
Médecine de ville - Caractéristiques générales –
(Calculées après exclusion des non réponses)

	Samedi			Jeudi		
	MG	Pédiatres	Garde	MG	Pédiatres	Garde
Ancienneté installation (moy)	15.8	14.0	16.0	16.2	16.9	15.2
% de femmes	26.8	68.8	16.7	29.0	55.6	28.6
% cabinets de groupe	38.6	56.3	26.1	44.7	52.2	60.0
% secteur II	14.3	62.5	8.7	20.4	69.6	0.0
% référent	15.7	-	4.3	23.8	-	40.0
EFFECTIFS	71	16	24	104	46	7

II - NOMBRE DE CAS RECENSES ET PART RELATIVE DES DIFFERENTES FILIERES

II.1 - Nombre de cas recensés et distribution brute par filière

Lors de la première phase d'étude (samedi 21 avril 2001), 683 consultations non programmées ont été enregistrées durant les 24 heures d'observation ; ce nombre s'élevait à 1 183 lors de la seconde phase (jeudi 13 décembre 2001). Le détail des cas recensés par les différents professionnels associés à l'étude est fourni ci-après.

Tableau 5
Nombre de consultations non programmées déclarées par les différentes filières médicales

	Cas déclarés	
	Samedi	Jeudi
Généralistes	168	391
Pédiatres	77	471
Gardes sectorisées (médecine générale)	73	13
GPL (Groupement Pédiatres Lyonnais)	41	3
HCL-Urgences HEH pav.A	34	30
HCL-Urgences pédiatriques. HEH pav.S	87	65
HCL-Urgences Debrousse	67	74
HCL-Urgences CHLS (SAU)	18	6
HCL-Urgences pédiatriques CHLS	25	20
HCL-Urgences Croix Rousse	9	13
Clinique Val d'Ouest	15	19
Clinique de l'Union	16	20
Clinique Tonkin	8	13
Clinique Sauvegarde	5	8
Clinique des Minguettes	5	7
Clinique du Grand Large	10	3
Clinique Pasteur	6	6
Clinique Rillieux	16	17
Clinique Charcot	3	4
TOTAL	683	1 183

La part représentée par les différentes filières médicales varie considérablement entre la première phase (week-end) et la seconde (jour de semaine).

La figure 2 fournit la distribution brute observée, en l'absence de toute pondération. Celle-ci n'est présentée qu'à titre indicatif car une analyse pondérée s'impose.

Par ailleurs, le recueil n'a pas été exhaustif :

- la participation de SOS Médecins à l'étude n'a pu être acquise,
- dans les structures hospitalières certaines entrées directes en service de réanimation n'ont pu être prises en compte.

La confrontation des chiffres relevés par les enquêteurs du CAREPS et des données des bureaux des entrées des structures des HCL montrent une bonne

concordance lors de la première phase d'enquête (respectivement 240 cas et 249 cas, $\Delta=4\%$), elle est légèrement moins bonne lors de la seconde phase (respectivement 208 cas et 224 cas, $\Delta=8\%$). Ainsi, 9 cas auraient échappé au CAREPS lors de la première phase et 16 cas lors de la seconde. Il peut s'agir de réels cas omis, mais également de cas directement hospitalisés en réanimation, ou de cas pour lesquels l'heure d'arrivée était "limite" (pris en compte par le Bureau des entrées et non par le CAREPS), ou encore de cas ayant déjà fêté leur 18^{ème} anniversaire. En fait, l'essentiel de l'écart se rapporte au service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Edouard Herriot.

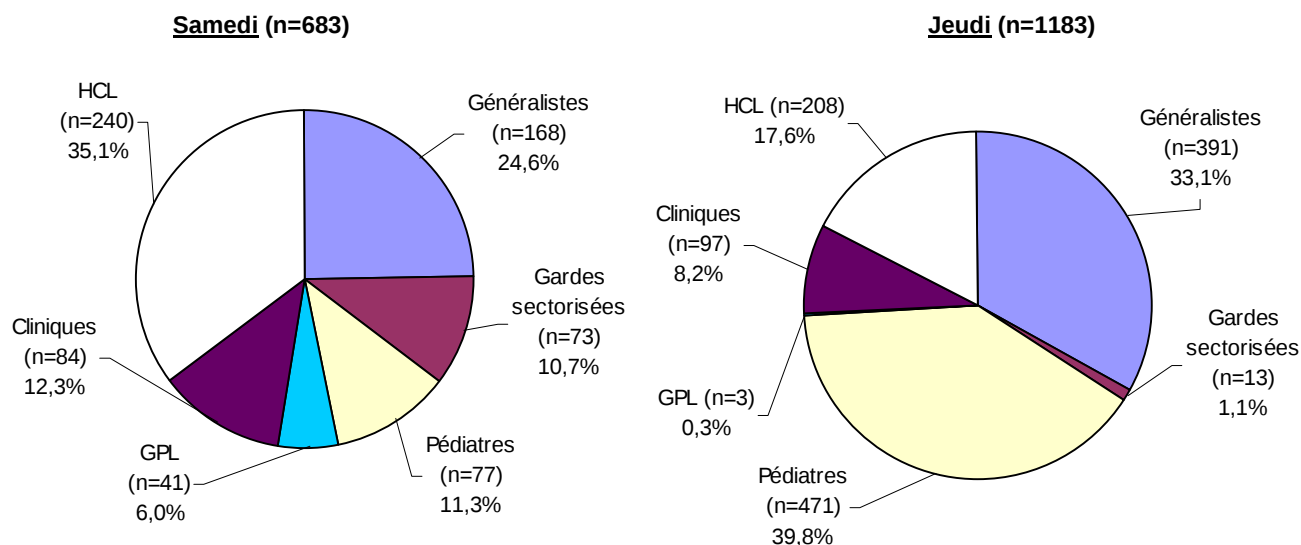
Tableau 5 bis
Confrontation des cas recensés lors de l'enquête et des cas indiqués
par les bureaux des entrées des HCL

Structure	Samedi 21 avril 2002		Jeudi 13 décembre 2002	
	Enquête CAREPS	Bureau des Entrées	Enquête CAREPS	Bureau des Entrées
HCL - HEH - Pav. A	34	42	30	39
HCL - HEH - Pav. S	87	83	65	65
HCL - Debrousse	67	67	74	74
HCL - CHLS - SAU	18	17	6	10
HCL - CHLS - Pédiatrie	25	27	20	20
HCL - Croix Rousse	9	13	13	16
TOTAL HCL	240	249	208	224

S'agissant de SOS Médecins, dont la participation à l'enquête n'a pu être acquise, quelques informations chiffrées ont finalement pu être obtenues a posteriori :

- le samedi 21 avril, 162 enfants de moins de 12 ans ont reçu des soins. Si l'on applique à ce nombre la distribution par âge relevée chez les généralistes (incluant la garde sectorisée), on peut estimer à 198 le nombre d'enfants de moins de 18 ans vus par SOS médecins ce jour,
- le jeudi 13 décembre, 118 enfants de moins de 12 ans ont été vus, ce qui correspond (selon la même procédure) à environ 164 patients de moins de 18 ans.

Figure 2
Part relative des consultations non programmées en fonction de la filière médicale (chiffres bruts non pondérés)



II.2 - Nombre de cas et part pondérée des différentes filières

Comme indiqué précédemment, une pondération des résultats est nécessaire pour tenir compte de deux éléments :

- **l'hétérogénéité des fractions de sondage** : certaines ressources ont été sollicitées de manière exhaustive (structures d'hospitalisation, pédiatres libéraux, gardes), d'autres l'ont été sur la base d'un sondage aléatoire (généralistes). Ainsi, par exemple, le nombre de cas déclarés par les généralistes lors de la première phase d'enquête doit-il être multiplié par 2 puisque seuls 50% d'entre eux ont été sollicités,
- **l'hétérogénéité des taux de participation** : toutes les ressources hospitalières (publiques et privées) sollicitées ont effectivement participé à l'étude, ce qui n'est pas le cas de tous les libéraux sollicités. Or, un médecin non participant pouvait fort bien, dès lors qu'il travaillait le jour de l'étude, avoir eu des consultations non programmées. On a fait l'hypothèse que la non-participation n'était pas liée au nombre de cas et l'on a appliqué à chaque non-participant un nombre de cas identique à la moyenne des cas recensés par chaque participant. Une difficulté a cependant résidé dans l'estimation des cabinets ouverts. En effet, la non participation pouvait également être liée à la fermeture du cabinet le jour de l'enquête (bien entendu, aucun cas ne pouvait être notifié par les médecins placés dans cette situation). Une enquête complémentaire auprès des non-répondants a permis d'estimer la proportion d'absents parmi ceux-ci. Cette proportion a été appliquée à l'ensemble des non participants et il leur a été attribué un nombre de cas égal à zéro.

La prise en compte de ces deux éléments a conduit à l'élaboration de la formule de pondération suivante :

$$N_{\text{PONDERE}} = \frac{N_T}{N_E} \times \left[n + \left(N_{Cb} \times \frac{n}{N_P} \right) + \left(\frac{(N_{Cb} + N_P) \times NN}{N_C + N_P} \right) \times \frac{n}{N_P} \right]$$

dans laquelle :

n = nombre de cas collectés

N_T = nombre total de médecins

N_E = nombre de médecins échantillonnés

N_P = nombre de médecins participants

N_C = nombre de médecins ayant renvoyé un coupon

N_{Ca} = nombre de médecins ayant renvoyé un coupon et ne travaillant pas

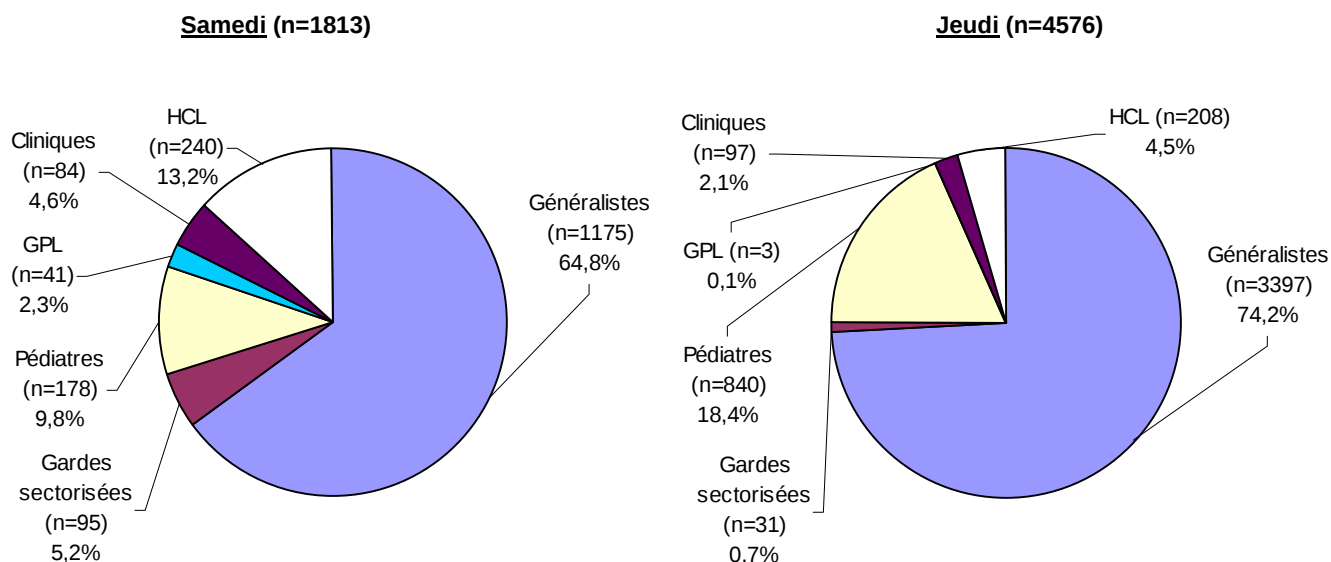
N_{Cb} = nombre de médecins ayant renvoyé un coupon et travaillant a priori

NN = nombre de médecins n'ayant pas renvoyé un coupon

Cette formule permet de calculer le **nombre pondéré de consultations non programmées**. Elle permet en effet de se placer dans l'hypothèse où tous les généralistes auraient été sollicités pour l'enquête et où tous les médecins sollicités auraient effectivement participé, hormis ceux qui ne travaillaient pas le jour de l'enquête.

La mise en œuvre de cette pondération conduit à un nombre de cas "reconstitués" sensiblement plus important. L'augmentation porte surtout sur les généralistes (correction des 2 effets : échantillonnage et taux de participation) et, à un degré moindre, les pédiatres (correction du taux de participation).

Figure 3
Part relative des consultations non programmées en fonction de la filière médicale
calculée après pondération (%)



Ainsi, un jour de week-end, le nombre de consultations pédiatriques non programmées peut-être estimé à 1 813 dont les deux tiers accueillies par les généralistes, 13% par les services d'urgences des HCL, 10% par les pédiatres libéraux, 7% par les gardes libérales et 5% par les établissements privées. On rappelle que ces chiffres sont entachés par la non prise en compte des consultations de SOS Médecins et par une non exhaustivité des cas hospitaliers (dans ce dernier cas, si l'on estime à un maximum de 4% les cas manquants, la

vraie part représentée par les HCL s'élèverait à 13.7%). Quant à SOS Médecins, l'intégration des données présentées antérieurement fait monter le chiffre total des CNP à 2 011 et la part de cette structure peut être estimée à 9.8% du total (198 cas sur 2 011).

Un jour de semaine, le nombre de consultations non programmées est estimé à 4 576, dont les trois-quarts émanent des généralistes, 18% des pédiatres, 4% des HCL, 2% des structures privées et 1% des gardes libérales. La part de SOS Médecins serait, d'après l'estimation faite a posteriori, égale à 3.5% de l'ensemble (164 cas sur un total de 4 740).

On pourra remarquer que la pondération opérée a multiplié par 2.6 le nombre de cas recensés le samedi (plus faible poids de la médecine libérale, nombreux cabinets fermés) et par 3.9 le nombre de cas recensés le jeudi (majorité de cabinets ouverts, fraction de sondage plus importante).

On peut mesurer le poids considérable de la médecine de ville dans l'accueil des consultations non programmées (82% le week-end, 93% en semaine).

II.3 - Nombre de cas et part relative des différentes filières en fonction de l'heure

Toutefois, ce poids évolue au cours de la journée comme en attestent les 3 figures suivantes :

- **en matinée, la médecine libérale "absorbe" la quasi-totalité des consultations non programmées (94% le week-end, 95% en semaine),**
- **l'après-midi, le poids de la médecine libérale reste très fort en semaine (95%), mais s'abaisse à 53% le week-end,**
- **le soir et la nuit, le recours à la médecine libérale devient minoritaire le week-end (23%) mais reste élevé en semaine (60%).**

Figure 4
Part relative des consultations non programmées entre 8H et 13H en fonction
de la filière médicale calculée après pondération (%)

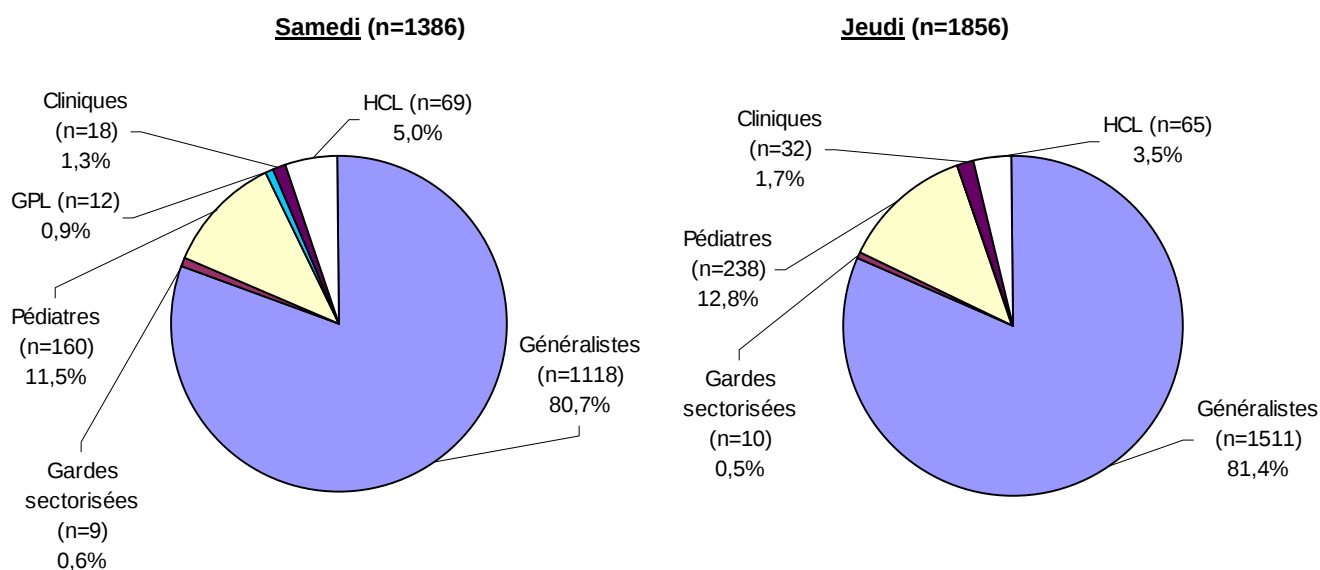


Figure 5
Part relative des consultations non programmées entre 13H et 20H en fonction
de la filière médicale calculée après pondération (%)

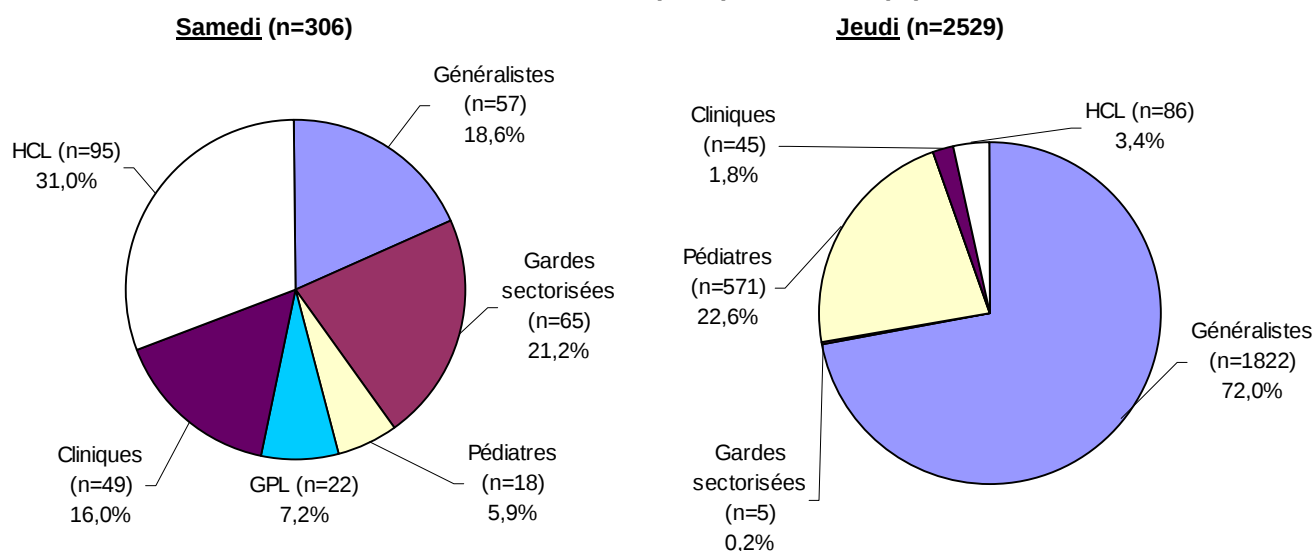
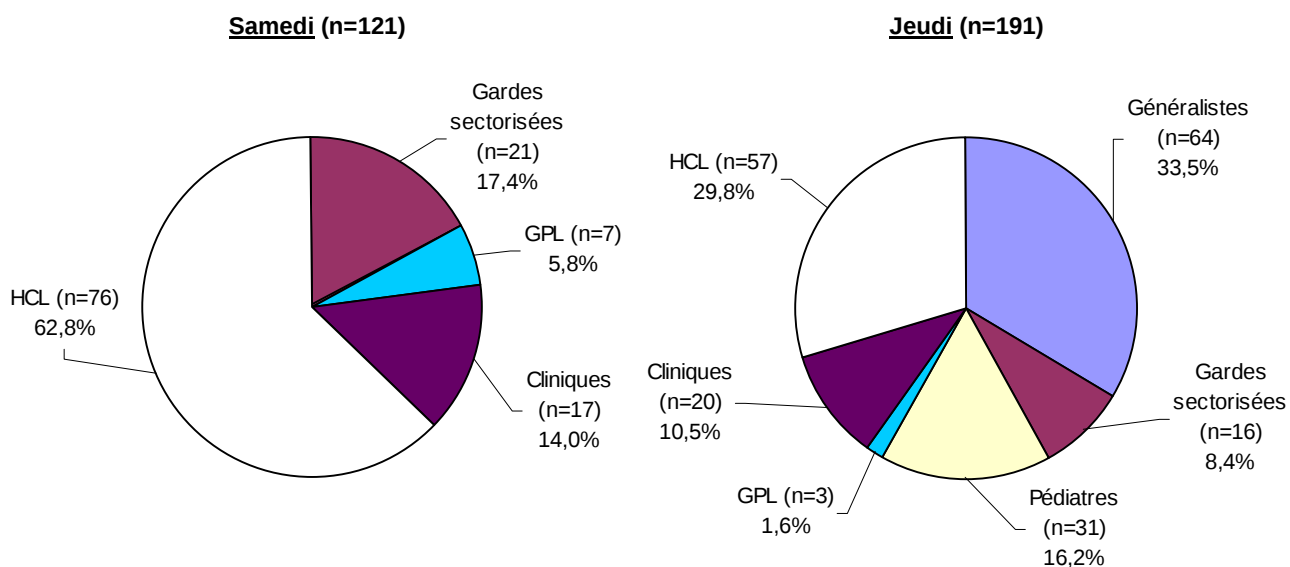


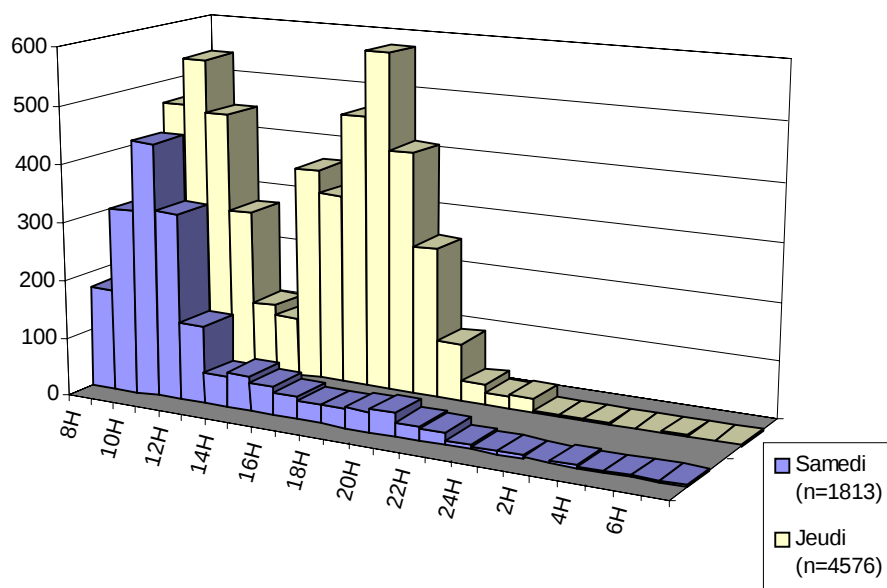
Figure 6
Part relative des consultations non programmées entre 20H et 8H en fonction
de la filière médicale calculée après pondération (%)



Une étude plus précise en fonction de l'heure montre l'existence de 2 pics d'activité en semaine (8H - 12H et 14H - 20H) et d'un seul pic le week-end (8H - 12H).

Figure 7
Nombre de consultations non programmées réalisées par les professionnels de santé en fonction de l'heure

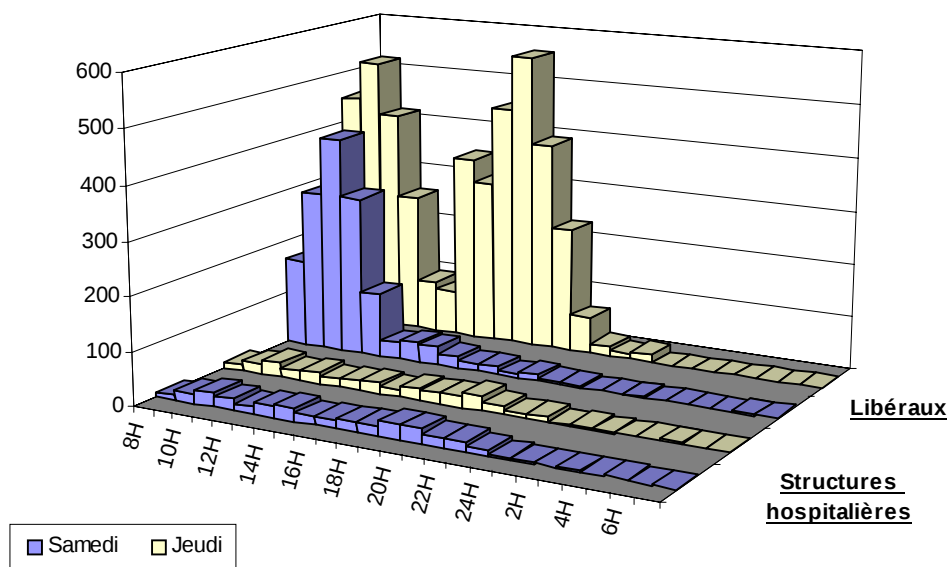
- Heure d'arrivée au cabinet, heure d'appel pour patients vus à domicile, heure d'enregistrement à l'accueil des urgences -



Ces pics reflètent en fait l'activité libérale qui reste assez soutenue en semaine de 20H à 21H (cet élément expliquant le poids du libéral dans la tranche "nocturne" 20H - 8H).

Figure 8
Nombre de consultations non programmées réalisées par les filières hospitalières (publiques et privées) et libérales (généralistes et pédiatres) en fonction de l'heure

- Heure d'arrivée au cabinet, heure d'appel pour patients vus à domicile, heure d'enregistrement à l'accueil des urgences -



II.4 - Part de l'activité pédiatrique non programmée dans la clientèle des médecins libéraux

Tableau 6
Médecine de ville – Activité globale du jour, part de l'activité pédiatrique et de l'activité non programmée
(calcul après exclusion des non réponses)

	Samedi			Jeudi		
	MG	PED	GARDE	MG	PED	GARDE
N médecins	71	16	24	92	42	3
Activité globale						
Total actes* tout âge (1)	881	145	219	1904	798	42
Moyenne actes/médecin	12.4	9.1	9.1	20.7	19.0	14.0
% consultations (2)	94.4	97.9	31.1	89.3	100.0	59.5
% visites (3)	5.6	2.1	68.9	10.7	0.0	40.5
Activité pédiatrique						
Total actes* <18 ans (4)	238	145	73	431	797	10
Moyenne actes <18ans/méd	3.4	9.1	3.0	4.7	19.0	3.3
% consultations (5)	96.6	97.9	27.4	91.9	100.0	30.0
% visites (6)	3.4	2.1	72.6	8.1	0.0	70.0
Part de l'activité pédiatrique						
% activité pédiatrique (4/1)	27.0	100.0	33.3	22.6	99.9	23.8
% consultation pédiatrique (5/2)	27.6	100.0	29.4	23.3	99.9	12.0
% visites pédiatriques (6/2)	16.3	100.0	35.1	17.2	-	41.2
Activité non programmée < 18 ans						
Total actes* non programmés (7)	168	77	73	341	419	10
Moyenne actes non prog/méd	2.4	4.8	3.0	3.7	10.0	3.3
% actes péd. non programmés (7/4)	70.6	53.1	100.0	79.1	52.6	100.0

* acte = consultation ou visite

a) Analyse de l'activité globale chez les médecins libéraux

Le samedi, le nombre moyen de consultations et visites est de 12.4 chez les généralistes qui exercent ce jour, 9.1 chez les pédiatres, 9.1 également chez les généralistes de garde.

En semaine, ce nombre moyen est pratiquement doublé en dehors des gardes : 20.7 chez les généralistes, 19.0 chez les pédiatres, 14.0 en garde. On note encore que 11% des actes sont alors des visites à domicile.

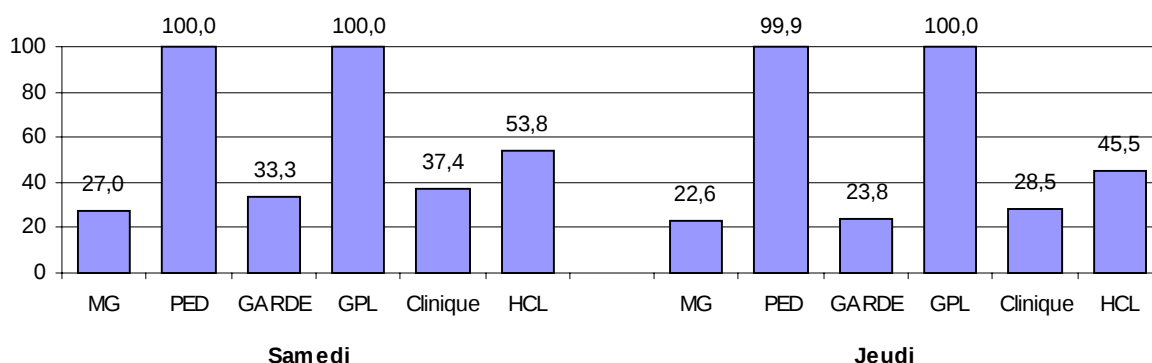
b) Part de l'activité pédiatrique dans les différentes filières interrogées

Le samedi, le nombre moyen d'enfants de moins de 18 ans vus par un généraliste dont le cabinet est ouvert est de 3.4, soit 27% de l'ensemble de la clientèle. En garde, chaque généraliste voit en moyenne 3 enfants (33% de l'activité). Chez les pédiatres, ce nombre est égal à 9.1 (100% de la clientèle).

En semaine, le nombre moyen d'enfants vus augmente, mais la part de l'activité pédiatrique reste stable : 4.7 enfants en moyenne vus par les généralistes (23% de la clientèle), 19 enfants vus par les pédiatres (100%).

La part de l'activité pédiatrique se situe autour de 50% dans les différents sites des HCL (54% le samedi, 45% en semaine) et autour de 33% dans les établissements privés (37% le samedi, 28% en semaine).

Figure 9
Part de l'activité pédiatrique en fonction de la filière médicale (%)
(calcul sur le total d'actes programmés et non programmés de la journée)



c) Activité pédiatrique non programmée chez les libéraux

Le samedi, chaque généraliste qui exerce voit en moyenne 2.4 enfants en consultation non programmée (soit 71% de son activité pédiatrique de la journée) ; chaque pédiatre en voit en moyenne 4.8 (soit 53% de son activité du jour).

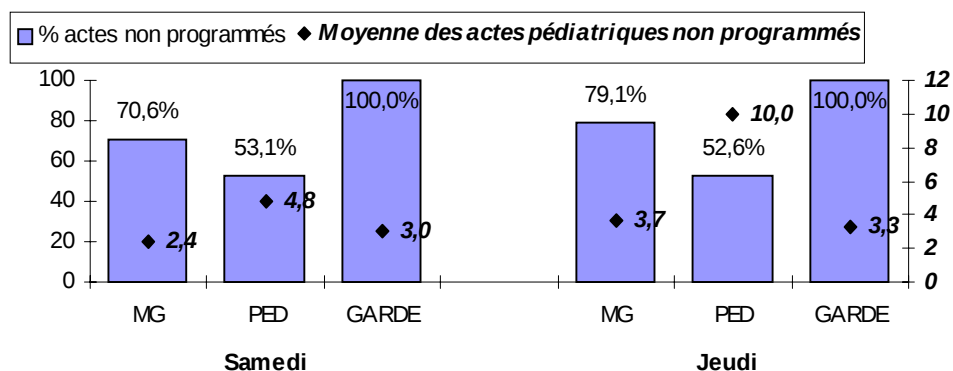
On vérifie qu'en garde, la totalité de l'activité est non programmée.

En semaine, à nouveau, si le nombre de consultations pédiatriques non programmées augmente (3.7 chez les généralistes et 10 chez les pédiatres) en revanche, leur part parmi l'ensemble de l'activité pédiatrique demeure identique (79% chez les généralistes et 53% chez les pédiatres).

On voit que la non programmation de la consultation d'un enfant est la règle générale chez le généraliste et quelle représente un cas sur deux chez le pédiatre.

On voit également que le facteur "week-end" n'influe absolument pas sur ces comportements en médecine libérale.

Figure 10
Moyenne et proportion des actes non programmés parmi l'activité pédiatrique de la journée chez les médecins libéraux (Hors GPL)



III- CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ACCUEILLIS EN CONSULTATION NON PROGRAMMEE

III.1- Age et sexe

L'âge moyen des enfants de 0 à 17 ans intégrés dans le cadre de cette étude est de 6.2 +/- 0.3 ans aussi bien lors de l'enquête de week-end que de l'enquête de semaine. L'âge moyen varie très sensiblement d'une filière à l'autre (moins de 3 ans chez les pédiatres, 7 ans chez les généralistes, 6 à 9 ans dans les structures). On peut remarquer que l'âge moyen est parfaitement stable lors des deux journées d'étude, hormis pour les gardes sectorisées des généralistes où il apparaît sensiblement plus bas le week-end (4 ans) qu'en semaine (8 ans). On peut faire l'hypothèse qu'une partie de la clientèle des jeunes enfants habituellement suivie par un pédiatre se retourne vers la garde généraliste le samedi. Si la proportion des nourrissons de moins de 4 mois est très faible, quelle que soit la filière (3% au total), les moins de 2 ans représentent le quart des CNP (la moitié chez les pédiatres et les deux tiers en garde pédiatrique).

Quant à l'étude par sexe, elle montre une certaine prédominance masculine (significative seulement le week-end) dont l'amplitude varie (de manière non significative) d'une filière à l'autre.

Tableau 7
Âge et sexe des patients par filière médicale
(la garde pédiatrique du GPL n'a pas été individualisée le jeudi en raison du très faible nombre de cas)

	Samedi							p
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	
Âge moyen du patient	7.0	4.1	2.7	2.0	8.7	5.8	6.2	***
< 4 mois (%)	1.8	5.8	3.9	4.9	3.6	4.2	2.7	
< 24 mois (%)	17.5	44.9	50.6	68.3	14.3	31.5	25.0	
< 6 ans (%)	44.6	72.5	85.7	92.7	33.3	60.1	52.7	
Masculin (%)	58.7	55.0	54.3	50.0	46.9	50.4	56.2	NS
<i>Effectif</i>	<i>166</i>	<i>69</i>	<i>77</i>	<i>41</i>	<i>84</i>	<i>240</i>	<i>677</i>	

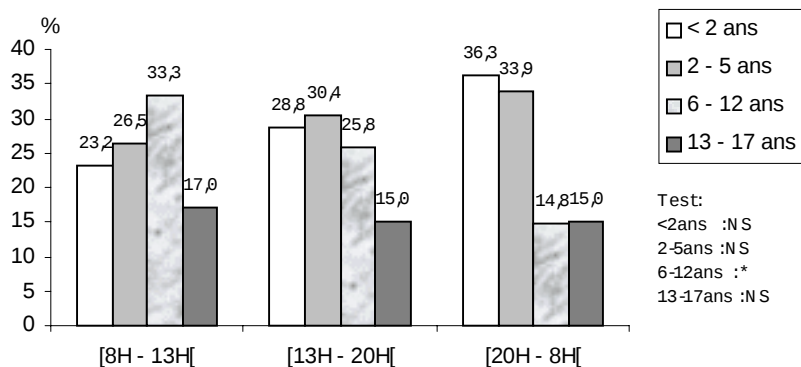
	Jeudi						p
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	
Âge moyen du patient	7.0	7.9	2.8	8.7	6.1	6.2	***
< 4 mois (%)	2.2	0.0	4.7	1.1	7.5	2.8	
< 24 mois (%)	20.7	16.7	49.3	13.2	35.0	26.4	
< 6 ans (%)	51.9	50.0	85.8	31.9	56.0	57.9	
Masculin (%)	50.9	50.0	56.2	53.7	59.8	52.3	NS
<i>Effectif</i>	<i>373</i>	<i>12</i>	<i>455</i>	<i>93</i>	<i>208</i>	<i>1144</i>	

Bien que les différences ne soient pas toujours statistiquement établies, on observe, le week-end, une variation sensible du profil des patients vus en CNP en fonction de l'heure. Ainsi, assiste-t-on à un "rajeunissement" des consultants au cours de la journée : la proportion des moins de 2 ans -et, à un degré moindre, des 2-5 ans- est en augmentation du matin jusqu'au soir tandis que la part des 6-12 ans diminue. Les adolescents restent en proportion stable.

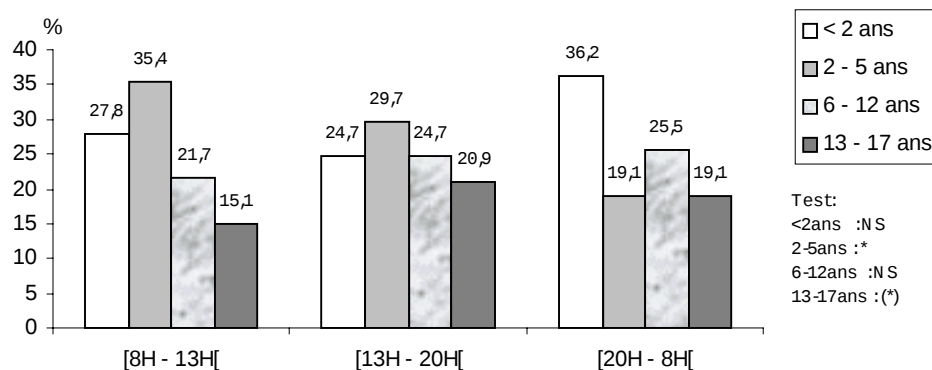
L'évolution est moins nette en semaine mais le recours des moins de 2 ans dans la tranche horaire 20H - 8H reste élevé.

Figure 11
Âge des patients vus en CNP en fonction de l'heure (%)
(heure d'arrivée au cabinet, heure d'appel pour patient vus à domicile, heure d'enregistrement à l'accueil des urgences)

Samedi

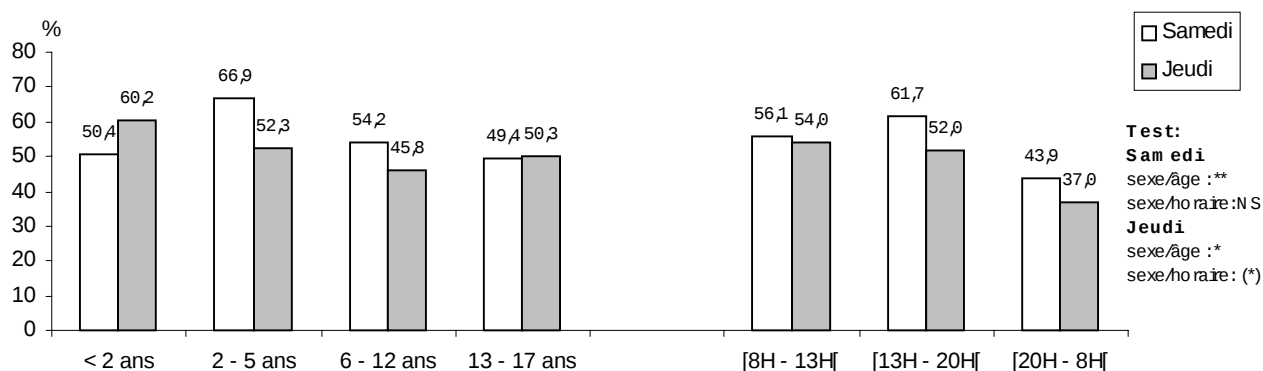


Jeudi



L'analyse en fonction du sexe montre une sur-représentation masculine en semaine chez les moins de 2 ans et le week-end chez les 2-5 ans, elle n'est par ailleurs relevée que durant la journée (en particulier le week-end).

Figure 12
Proportion de garçons parmi les patients vus en CNP en fonction de l'âge et de l'heure (%)

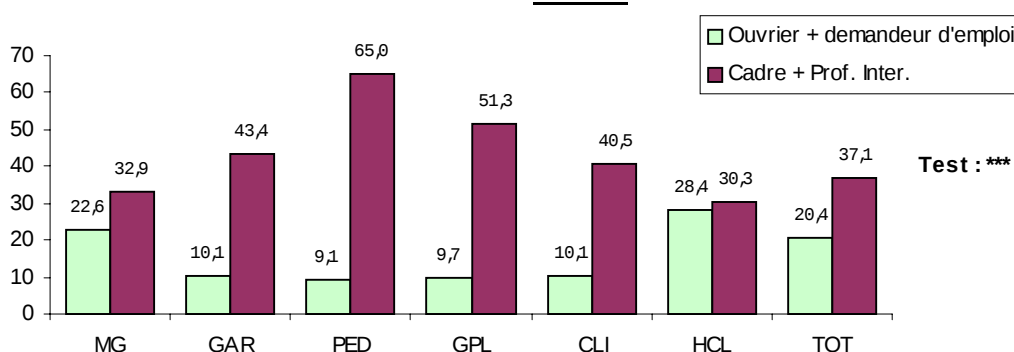


III.2- Origine sociale

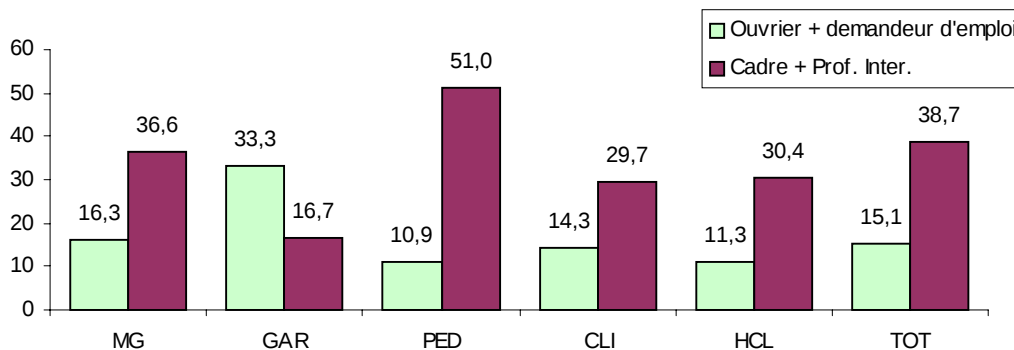
Globalement, plus du tiers des consultants (37%) sont issus des classes moyennes ou aisées tandis que 20% proviennent de milieux populaires (ouvriers, chômeurs [encore que cette dernière catégorie soit certainement hétérogène]).

On observe que, le week-end, le recours des classes moyennes ou aisées s'effectue de manière privilégiée vers les pédiatres libéraux et les cliniques privées. En semaine, la sur-représentation de cette catégorie sociale ne demeure nette que dans les cabinets de pédiatres.

Figure 13
Catégorie socio-professionnelle du chef de famille en fonction de la filière médicale-%-
Samedi



Jeudi



Dans le même ordre d'idées, on constate que 12% à 13% des CNP sont le fait de bénéficiaires de la CMU (Annexe II). Cette proportion est relativement stable dans toutes les filières, hormis chez les pédiatres libéraux (1% le week-end, 5% en semaine).

Par ailleurs, dans une classe sociale comme dans l'autre, on ne relève pas d'évolution significative du recours en fonction de l'horaire (Annexe III). De même ne relève-t-on aucune variation de la proportion de bénéficiaires de la CMU en fonction de l'horaire (Annexe V)

III.3- Origine géographique

Globalement, en semaine comme le week-end, les deux-tiers, voire plus, des CNP sont le fait de patients résidant (au moment des soins) dans la même commune que la ressource médicale consultée, tandis que plus de 90% des enfants résident dans la COURLY. Bien entendu, ces chiffres varient selon la filière et, le week-end, la part des enfants hors COURLY fréquentant les structures d'hospitalisation est non négligeable : 18% dans les sites des HCL et 28% dans les cliniques privées.

Tableau 8
Lieu de résidence (ou lieu de consultation pour patient vu à domicile)
en fonction de la filière médicale (%)

	Samedi							p
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Clinique	HCL	TOTAL pondéré	
% résidant dans la commune	75.3	65.2	55.8	53.7	36.6	34.6	65.5	***
% résidant COURLY	96.4	92.8	87.0	80.5	72.0	82.0	92.0	-
Effectif	166	69	77	41	84	240	677	

	Jeudi						p
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	
% résidant dans la commune	77.9	91.7	62.0	46.6	30.8	72.3	***
% résidant COURLY	96.7	100.0	91.3	84.1	88.6	95.1	-
Effectif	373	12	455	93	208	1144	

Par ailleurs, le recrutement hors COURLY est surtout net le samedi soir (19%), ce qui s'explique parfaitement par le faible poids représenté alors par la médecins de ville (Annexe VI).

III.4- Composition de la fratrie

Près de la moitié des patients vus en CNP sont les aînés de la fratrie. Cette proportion n'est pas plus élevée le samedi qu'en semaine. Par ailleurs, le recours des enfants de familles nombreuses est également identique en semaine et le week-end (11% à 13%). On observe cependant, à ce niveau, une grande différence entre les pédiatres libéraux (chez qui les familles nombreuses sont très peu représentées) et les autres filières médicales.

Tableau 9
Nombre d'enfants dans la fratrie et rang de l'enfant en fonction de la filière médicale (%)

	Samedi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
% 4 enfants et plus	15.2	1.4	4.0	0.0	17.3	17.1	13.3
% premier enfant	41.7	54.4	58.7	51.2	37.0	51.3	45.3
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

	Jeudi					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
% 4 enfants et plus	12.1	16.7	5.8	14.6	14.6	11.2
% premier enfant	49.2	50.0	52.4	38.2	46.8	49.4
Effectif	373	12	455	93	208	1144

Par ailleurs, la part des enfants de familles nombreuses demeure relativement stable en fonction de l'horaire (Annexe VII) alors que la proportion des CNP pour un premier enfant d'une fratrie est plus élevée dans la tranche horaire 20H-8H. Ceci est particulièrement net le samedi soir où ils représentent 56% des CNP (contre 43% en journée). L'hypothèse d'un recours médical motivé par l'angoisse de parents peu "expérimentés" pourrait expliquer ce phénomène.

IV- HISTOIRE DE L'EPISE

IV.1- Ancienneté des signes cliniques

Plus d'une fois sur deux (57% en semaine, 53% le samedi), les signes ayant motivé la consultation non programmée sont installés depuis au moins 24H. Assez souvent (20% en semaine, 27% le samedi), ils le sont depuis 3 jours ou plus. Finalement, la consultation n'intervient à courte distance des signes initiaux (moins de 12 heures) que dans un nombre assez limité de cas (17% en semaine, 24% le samedi). Même si la notion d'urgence n'est pas forcément liée au délai d'installation des signes (une symptomatologie installée depuis assez longtemps a pu s'aggraver secondairement), les chiffres relevés ici montrent clairement que, dans un nombre non négligeable de cas, la consultation non programmée est déconnectée de la notion d'urgence médicale.

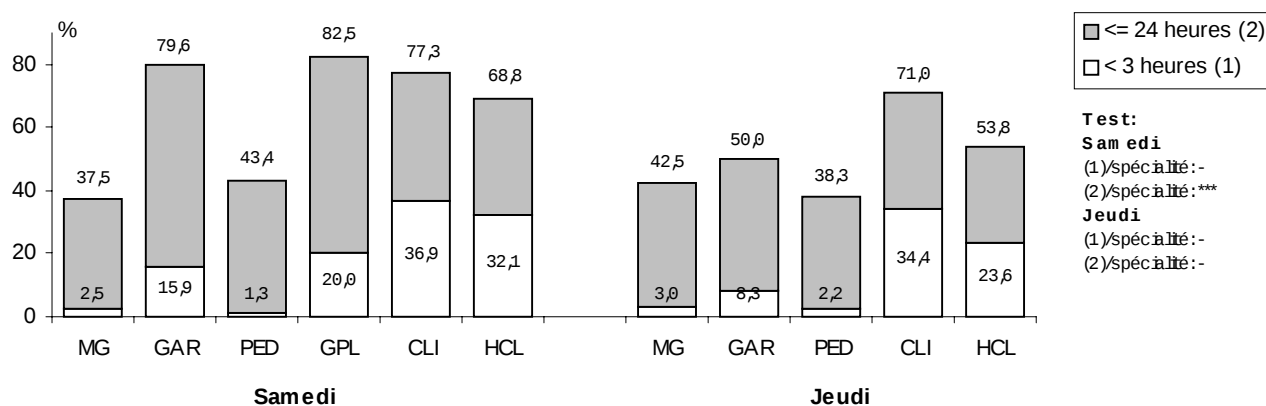
Tableau 10
Ancienneté des signes cliniques motivant la consultation (%)

Ancienneté des signes	Samedi	Jeudi
< 3 heures	9.1	4.5
3 à 12 heures	14.8	12.1
12 à 24 heures	23.6	26.3
24 heures à 3 jours	25.5	37.1
3 jours à une semaine	13.3	12.6
> 1 semaine	13.7	7.3
Total ≤ 24 heures	47.4	43.0
Effectif	677	1144

En semaine, les consultations survenant moins de 24H après l'installation des premiers signes représentent approximativement 40% à 50% des cas en médecine de ville et dans les sites d'accueil des urgences des HCL ; elles sont plus nombreuses dans les établissements privés (71%). Le samedi, elles représentent par contre la plus grande partie des recours dans les structures de soins et des recours aux gardes libérales (plus des deux-tiers, voire plus des trois quart des cas) alors qu'elles demeurent minoritaires dans les cabinets de ville (40% environ).

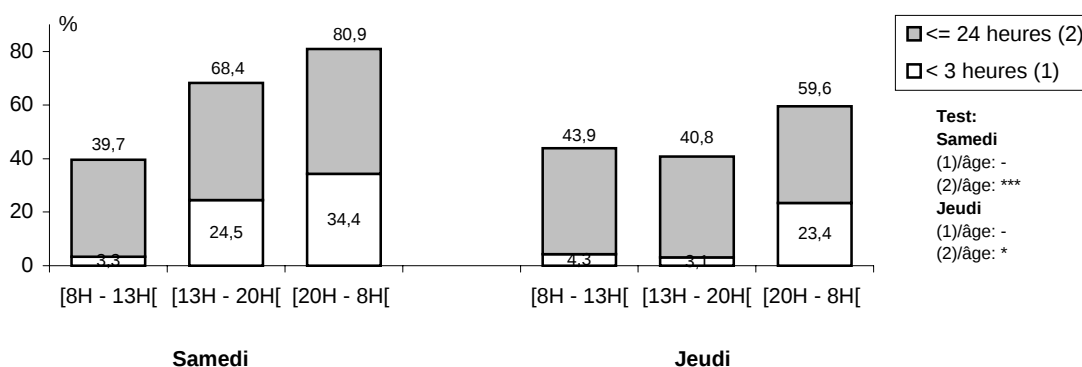
On remarque par ailleurs que les consultations très précoces (moins de 3H après les signes d'appel) ne concernent en semaine pratiquement que les structures publiques et, à un moindre degré, les gardes (18%). Le week-end, la part de ces consultations très précoces augmente peu dans les structures d'hospitalisation (où elles constituent un tiers des cas) et ne sont pas exceptionnelles en garde libérale (16% à 20% des cas).

Figure 14
Ancienneté des signes cliniques motivant la consultation en fonction de la filière médicale (%)



Enfin, le délai de consultation apparaît très lié à la diversité de l'offre existante. En effet, quand les cabinets médicaux sont ouverts (journée de semaine ou samedi matin), la proportion de consultations survenant avant 24H d'évolution des signes est minoritaire (40% environ) et celle de consultations très précoces est infime (3 à 4%). Ces proportions augmentent très sensiblement le samedi après-midi et dans les soirées et nuits de semaine, jusqu'à atteindre respectivement 81% et 34% dans la nuit du samedi. Tout semble donc se passer comme si l'attente avant la médicalisation se raccourcit quand l'offre de soins se restreint.

Figure 15
Ancienneté des signes cliniques motivant la consultation en fonction de l'horaire



IV.2- Suivi antérieur

a) Antériorité du suivi par le médecin consulté

Lorsque la CNP a lieu en médecine de ville, elle se déroule, la plupart du temps, chez le médecin-traitant de l'enfant (85% en semaine et 71% le samedi). Chez les généralistes, cette proportion varie peu en fonction de

la période (semaine ou week-end), par contre, si les CNP données par les pédiatres concernent presque toujours des enfants de leur clientèle en semaine (90%), il est plus fréquent, le samedi, qu'elles concernent des enfants non suivis par le pédiatre (près d'une CNP sur 3).

Tableau 11
Proportion de CNP réalisées auprès du médecin traitant du patient en fonction de la filière médicale libérale (%)

	Samedi					Jeudi				
	MG	Garde	Pédiatres	TOTAL	p	MG	Garde	Pédiatres	TOTAL pondéré	p
Médecin habituel du patient	77.1	5.8	66.2	71.1	***	84.4	50.0	90.9	85.4	-
Effectif	166	69	77	312		373	12	455	840	

b) Contacts médicaux précédant la CNP

Plus d'une fois sur quatre, en semaine (28%) comme le samedi (29%), **la CNP a été précédée dans les 24H par un contact médical**. Cette proportion est plus élevée chez les pédiatres (plus du tiers des cas) et aux HCL (40 à 60% des cas).

En médecine de ville, lorsqu'un tel contact antérieur est noté, il a été établi, **deux fois sur trois, avec le médecin consulté en CNP**.

Ainsi, **lorsqu'un généraliste est consulté en CNP, dans 20% des cas il avait été préalablement contacté par la famille**. Chez les pédiatres, cela est le cas pour 30% des CNP. Presque toujours, il s'agissait d'un contact téléphonique, rarement d'une première consultation.

Tableau 12
Contacts médicaux antérieurs en fonction de la filière médicale (%)

Contacts médicaux antérieurs	Samedi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Contact avec vous dans les 24H	20.1	1.6	28.9	-	-	-	20.1
simple contact téléphonique	15.9	0.0	14.5	-	-	-	14.7
conseil téléphonique	1.8	0.0	10.5	-	-	-	2.8
consultation/visite	1.8	1.6	3.9	-	-	-	2.1
Contact avec autres ressources dans les 24H	4.9	31.8	12.3	41.5	24.1	41.4	13.5
Total contacts antérieurs	24.8	31.9	39.0	41.5	24.1	41.4	29.1
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Contacts médicaux antérieurs	Jeudi					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Contact avec vous dans les 24H	18.9	9.1	29.9	-	-	21.0
simple contact téléphonique	11.9	0.0	18.5	-	-	13.2
conseil téléphonique	5.0	0.0	8.7	-	-	5.7
consultation/visite	1.9	9.1	1.1	-	-	1.8
Contact avec autres ressources dans les 24H	6.9	27.3	6.2	33.3	58.5	10.0
Total contacts antérieurs	24.6	27.3	34.7	33.3	58.5	28.3
Effectif	373	12	455	93	208	1144

Cas contacts médicaux précédents la CNP n'apparaissent pas liés à l'horaire de la consultation, ils sont par contre plus souvent relevés (en semaine uniquement) chez les nourrissons : 36% des CNP d'enfants de moins de 2 ans ont été précédées d'un contact médical dans les 24H (Annexe IX).

S'il est très rare qu'une CNP réalisée en médecine de ville ait donné lieu à un contact antérieur avec un autre professionnel que le médecin consulté, c'est par contre la règle générale lorsque la CNP a lieu en garde libérale ou en structure hospitalière. Le détail de ces "autres" ressources médicales contactées préalablement à la CNP est fourni dans les annexes X à XIII. Il s'agit presque toujours alors d'un autre médecin de ville. Lorsque la CNP a eu lieu en garde sectorisée, il n'est toutefois pas exceptionnel qu'un contact antérieur soit noté avec une clinique privée (8% en semaine) ou avec le centre 15 (6%).

IV.3- Moyen de transport utilisé

Lorsque la CNP a lieu dans une structure d'hospitalisation, le patient est presque toujours amené en véhicule personnel ou en transports en commun. On remarquera qu'en semaine, 10% des CNP aux HCL sont amenées en véhicule médicalisé tandis que dans 10% des CNP en établissements privés, le patient arrive à pied (la proximité n'est donc pas toujours étrangère à cette orientation).

En médecine de ville, la proportion de consultants arrivant à pied est beaucoup plus importante (36% chez les généralistes, 16% chez les pédiatres).

Tableau 13
Moyens de transport utilisé par le patient par filière médicale (%)

Moyens de transports	Samedi						TOTAL pondéré
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	
Aucun, visite à domicile	3.0	71.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7
Véhicule personnel, transport en commun, taxi	60.0	21.7	83.1	100.0	93.9	93.6	67.1
A pied	37.0	7.2	16.9	0.0	4.9	0.8	26.4
Véhicule médicalisé	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.1	0.7
Autre	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.4	0.1
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Moyens de transports	Jeudi					TOTAL pondéré
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	
Aucun, visite à domicile	11.7	50.0	0.2	0.0	0.0	9.1
Véhicule personnel, transport en commun, taxi	52.7	33.3	83.6	90.0	85.9	60.6
A pied	35.3	16.7	15.7	10.0	2.9	29.6
Véhicule médicalisé	0.0	0.0	0.0	0.0	10.2	0.4
Autre	0.3	0.0	0.4	0.0	1.0	0.3
Effectif	373	12	455	93	208	1144

V- MOTIVATION DU RECOURS EN URGENCE

V.1- Perception de la gravité par les parents ou le patient

Très clairement, la gravité du problème n'est pas toujours un élément pouvant justifier la non programmation. En effet, à leur arrivée (c'est-à-dire avant d'avoir été éventuellement rassurés par le médecin), **40% des parents (ou des patients) considéraient que le problème était bénin**, 36% le pensaient assez sérieux et 15 à 18% le considéraient sérieux, voire très grave (dans un nombre infime de cas). On remarquera que cette perception est strictement identique en semaine et le samedi.

Tableau 14
Appréciation de la gravité du problème par les parents (ou le patient) au début de la consultation (%)

Appréciation de la gravité	Samedi	Jeudi
Très grave	1.1	1.0
Sérieux	13.7	16.8
Total grave+ sérieux	14.8	17.8
Assez sérieux	36.5	36.5
Bénin	40.9	39.8
Les accompagnants ne savait pas	7.8	6.0
Effectif	677	1144

Ces proportions sont sensiblement différentes selon la filière de soins empruntée.

En semaine, la gravité ressentie du problème influe visiblement sur la filière choisie :

- les parents ou les patients qui se sont présentés dans un site d'accueil des urgences des HCL estimaient, dans 40% des cas environ, qu'il s'agissait d'un problème sérieux, voire très sérieux. A l'opposé, 13% s'y sont présentés alors qu'ils considéraient le problème bénin. On remarquera qu'ici, assez souvent, les parents n'avaient aucune idée de la gravité du problème,
- la perception d'un problème sérieux est moins souvent retrouvée (environ 25%) lorsque la CNP a lieu dans une clinique privée, en garde libérale ou chez un pédiatre. On pointe le fait que, **une fois sur trois, le médecin de garde a été sollicité pour une situation considérée comme bénigne**,
- **chez les généralistes enfin, la CNP correspond souvent à un problème considéré a priori comme bénin (presque une fois sur 2) et rarement à un problème jugé sérieux (15%).**

Le samedi, d'une manière générale, les situations estimées sérieuses sont plus rares (la différence est particulièrement nette chez les pédiatres) et, a contrario, de nombreuses CNP en médecine libérale correspondent à des problèmes estimés bénins.

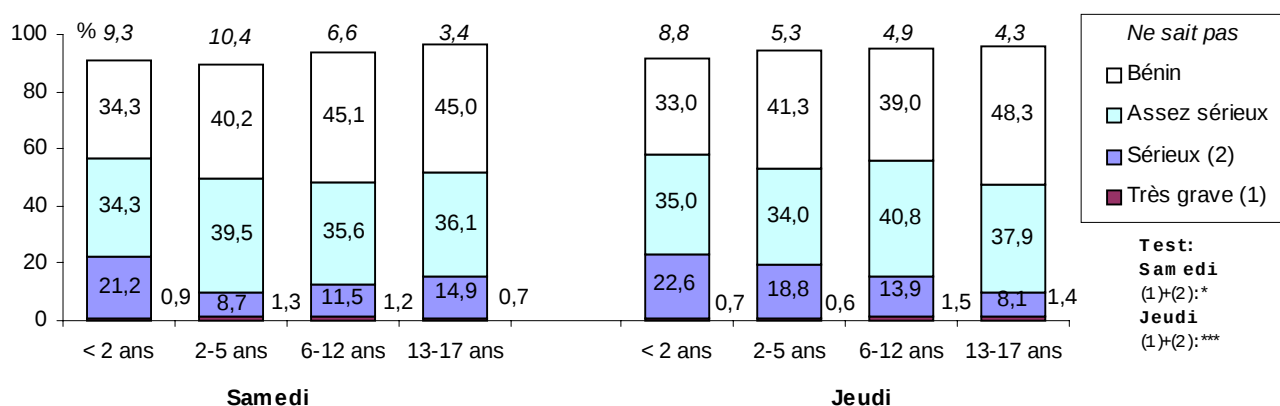
Tableau 15
Appréciation de la gravité du problème par les parents (ou le patient) au début de la consultation en fonction de la filière médicale (%)

Appréciation de la gravité	Samedi						p
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	
Très grave	0.0	2.9	0.0	0.0	3.6	6.0	
Sérieux	11.0	26.5	9.1	12.5	16.7	24.7	
Total grave+ sérieux	11.0	29.4	9.1	12.5	20.2	30.6	***
Assez sérieux	37.2	48.5	45.5	35.0	33.3	22.6	
Bénin	49.4	16.2	33.8	50.0	28.6	17.4	
Accompagnants ne savaient pas	2.4	5.9	11.7	2.5	17.9	29.4	
Effectif	166	69	77	41	84	240	

Appréciation de la gravité	Jeudi					p
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	
Très grave	0.5	8.3	1.3	4.4	4.4	-
Sérieux	13.8	16.7	23.5	23.1	35.0	
Total grave+ sérieux	14.3	25.0	24.8	27.5	39.3	**
Assez sérieux	34.9	41.7	44.8	42.9	25.7	
Bénin	45.9	33.3	24.4	16.5	13.1	
Accompagnants ne savaient pas	4.9	0.0	5.9	13.2	21.8	
Effectif	373	12	455	93	208	

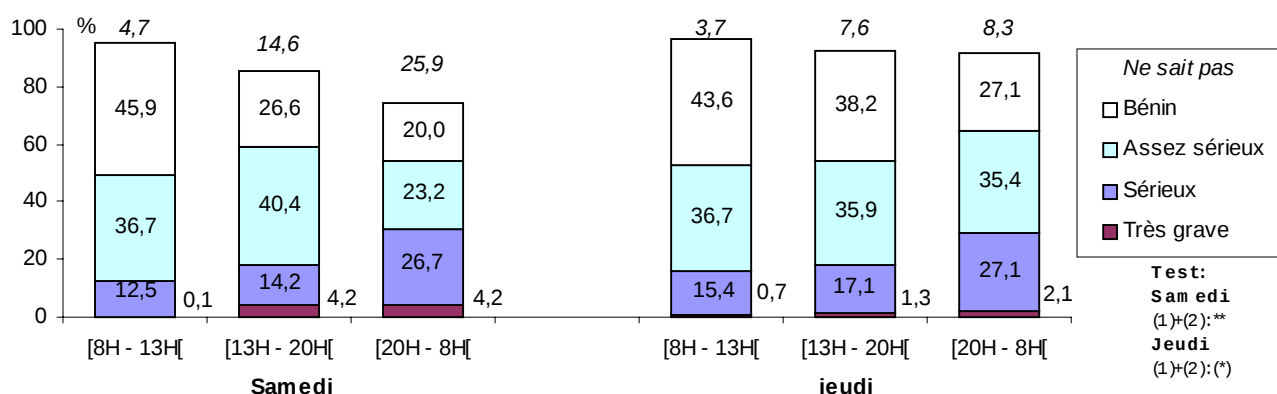
On observe que les CNP des jeunes enfants, sont plus souvent motivées par un problème considéré a priori comme sérieux par les parents (plus de 20% des cas chez les enfants de moins de 2 ans).

Figure 16
Appréciation de la gravité du problème par les parents au début de la consultation en fonction de l'âge du patient (%)



De plus, les CNP de nuit sont, deux fois plus souvent que celles de jour, motivées par des problèmes jugés sérieux (près d'une sur trois).

Figure 17
Appréciation de la gravité du problème par les parents au début de la consultation en fonction de l'heure de la CNP (%)



V.2- Motifs mis en avant pour expliquer le recours non programmé

En semaine, dans la majorité des cas, la non programmation du recours est a priori motivée par des raisons liées au problème médical présenté : douleur, gêne physique, peur des complications, plus rarement gravité du problème. Une fois sur quatre intervient (comme seul motif ou comme motif surajouté) l'anxiété des parents et/ou des patients. Mais, **presque une fois sur quatre** également, **la CNP est motivée par une raison "autre"** (dont le détail sera fourni ultérieurement) **correspondant à des éléments non médicaux** (essentiellement : approche du week-end, convenance personnelle, absence du médecin traitant).

Le week-end, les motifs liés au problème médical sont retrouvés dans une proportion voisine de celle observée en semaine. Il en est de même de la composante anxieuse. Par contre, **les motifs non médicaux sont deux fois plus souvent relevés (plus de la moitié des cas).**

Tableau 16
Motifs mis en avant par le patient et/ou ses parents pour expliquer le recours non programmé aux soins (%)
(total supérieur à 100% en raison de réponses multiples)

Motifs	Samedi	Jeudi
Gravité du problème	12.3	11.6
Peur de la survenue de complications	34.5	40.4
Douleur, gêne physique	33.5	43.3
Anxiété des parents et/ou du patient	20.0	24.1
Autre	51.9	23.1
Effectif	677	1144

On pourra observer, qu'en semaine, la gravité du problème est certainement un motif d'orientation vers un service d'accueil des urgences des HCL (raison invoquée dans **40%** des cas, soit 5 fois plus souvent que lorsque la CNP

a lieu chez un généraliste et 2.5 fois plus souvent que lorsqu'elle a lieu dans une autre filière). **Le week-end, par contre, le facteur gravité est beaucoup moins souvent relevé aux HCL (20% environ des cas), soit finalement guère plus que dans la plupart des autres filières.**

Tableau 17
Motifs mis en avant par le patient et/ou ses parents pour expliquer
le recours non programmé aux soins en fonction de la filière médicale (%)
(totaux supérieurs à 100% en raison de réponses multiples)

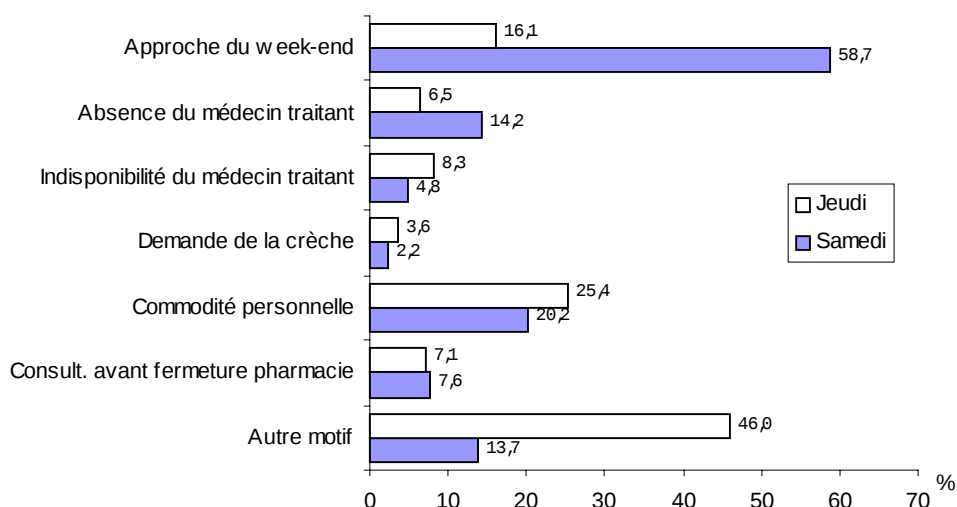
Motifs	Samedi					
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL
Gravité du problème	8.4	21.7	18.2	17.1	13.1	21.7
Peur de la survenue de complications	36.7	50.7	42.9	43.9	20.2	14.6
Douleur, gêne physique	34.3	34.8	33.8	29.3	50.0	23.3
Anxiété des parents et/ou du patient	15.1	29.0	24.7	29.3	28.6	32.5
Autre	58.4	36.2	42.9	92.7	32.1	32.9
Effectif	166	69	77	41	84	240

Motifs	Jeudi				
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL
Gravité du problème	8.3	16.7	17.6	15.1	39.4
Peur de la survenue de complications	39.7	33.3	49.9	31.2	19.2
Douleur, gêne physique	44.2	16.7	42.4	61.3	27.9
Anxiété des parents et/ou du patient	24.9	8.3	20.4	30.1	23.6
Autre	25.5	0.0	9.7	25.8	40.4
Effectif	373	12	455	93	208

L'étude des raisons mises en avant en fonction de l'âge du patient (Annexe XIV) montre, schématiquement, que la fréquence des motifs tels que la gravité du problème, la peur des complications, l'anxiété des parents diminuent significativement avec l'âge. Il en est de même des motifs "autres" (non liés au problème médical). A l'opposé, quand l'enfant grandit, la part des CNP motivées par la douleur ou la gêne physique augmente.

Quand à l'étude des motifs en fonction de l'horaire de la CNP (Annexe XV), elle montre en particulier que le facteur gravité n'intervient que dans 10% des CNP réalisées en journée de semaine et en matinée de samedi (nombreuses consultations en médecine libérale) et pour 20% environ des CNP réalisées la nuit ou le samedi après-midi. La composante anxieuse se retrouve elle aussi plus volontiers la nuit et le samedi après-midi (présente alors dans 30% des CNP). Quant aux motifs autres (non liés au problème de santé), s'ils sont également très présents la nuit et le samedi après-midi (40% environ), ils culminent le samedi matin (55%), où l'approche du week-end et la fermeture de nombreux cabinets est un facteur certain d'incitation à un recours non programmé. Ceci est confirmé par l'analyse des motifs "autres" (non liés au problème médical) détaillée dans la figure suivante.

Figure 18
Détail des éléments non liés au problème médical ayant motivé la non programmation des soins (% calculé sur les seules personnes ayant cité un motif de ce type)



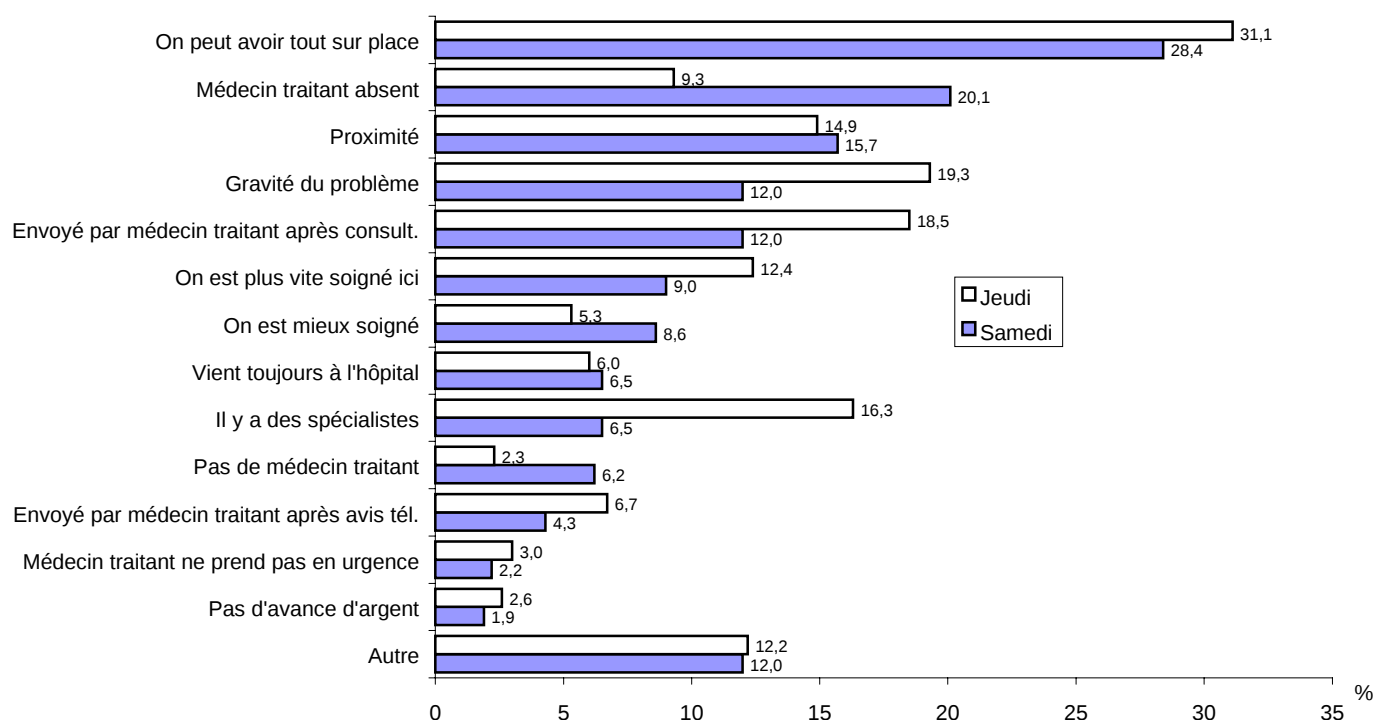
L'étude de ces motifs "autres" en fonction de la filière (Annexe XVI) montre que, le samedi, l'approche du week-end représente les deux tiers des motifs de ce type en médecine libérale, 40 à 50% en garde libérale et 25% en structures d'hospitalisation. Quant à l'absence ou à l'indisponibilité du médecin traitant elle représente, le samedi, 45% des motifs non médicaux de CNP aux HCL et 35% en clinique.

V.3- Motifs mis en avant pour expliquer l'orientation du patient vers une structure d'hospitalisation plutôt qu'en libéral

Lorsque la CNP a été effectuée dans un service d'accueil des urgences des HCL ou dans une clinique privée, les motifs mis en avant par les parents et/ou le patient pour expliquer le recours en structure hospitalière plutôt qu'en médecine de ville sont détaillés dans la figure suivante.

Le premier motif cité (30% environ) est clairement le fait qu'"on a tout sur place". Pour le reste, la fréquence relative des motifs cités diffère sensiblement selon que la CNP a eu lieu en semaine ou le samedi. En semaine, sont également assez fréquemment citées la gravité du problème, l'orientation par le médecin traitant, la présence de spécialistes et la proximité. Le week-end, davantage que la gravité du problème, les éléments qui ressortent pour expliquer le choix d'une structure hospitalière sont **l'absence du médecin traitant**, la proximité et l'orientation décidée par le médecin de ville, préalablement consulté ou contacté par téléphone. D'autres facteurs peuvent intervenir, en semaine ou le week-end, mais de manière plus marginale.

Figure 19
Motifs mis en avant par le patient et/ou ses parents pour expliquer le recours à un service d'urgence (d'un établissement public ou privé) plutôt qu'à un médecin en ville ou en garde (%)



L'annexe XVII détaille ces motifs selon que la structure d'accueil est un service d'urgences des HCL ou qu'elle est une clinique privée. On pourra constater que, pas plus aux HCL que dans les établissements privés, la gravité du problème n'est pas un motif très fréquent (12% dans les 2 cas le week-end et 18% à 20% en semaine).

En semaine, ce qui semble décisif pour le choix d'un établissement privé est la polyvalence de l'offre proposée (46%), la proximité (33%), la rapidité des soins (20%) et la présence de spécialistes (20%). La gravité du problème ne vient qu'ensuite (18%). Quant au choix d'un service des urgences des HCL, il est également dictée, mais à un degré moindre, par la polyvalence de l'offre (24%), l'orientation par le médecin traitant, après consultation, voire avis téléphonique (27%) et la gravité du problème (20%).

Le samedi, l'absence du médecin traitant ou le fait que celui-ci ne prenne pas d'urgence est un facteur explicatif fourni dans 30% des cas dans les établissements privés et dans 24% des cas dans les HCL.

VI- PATHOLOGIES PRESENTEES

VI.1- Appareil concerné

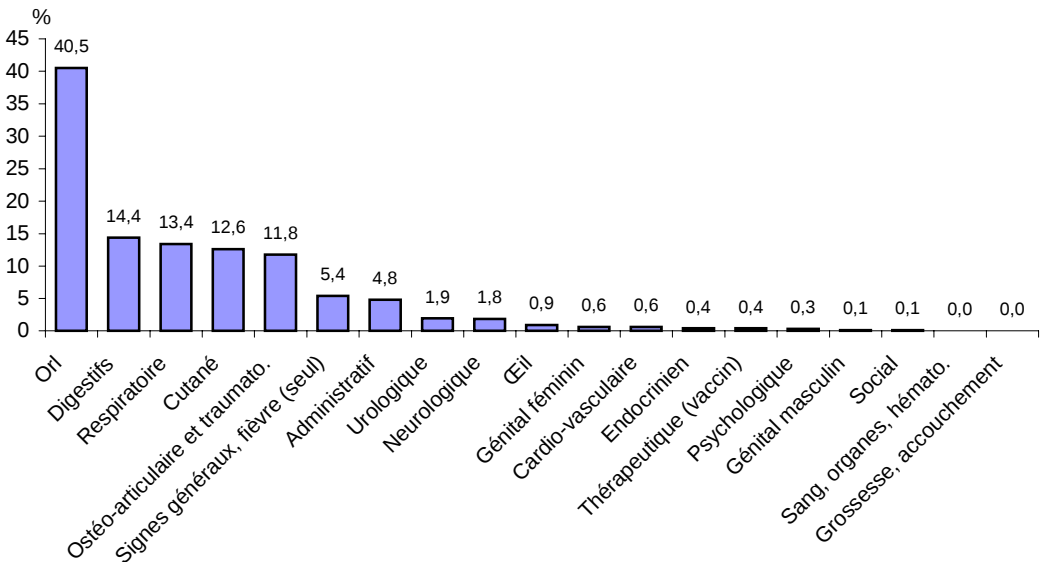
La figure suivante présente les motifs de consultation enregistrés lors de deux phases d'enquête.

Lors de l'enquête réalisée **au printemps** (samedi), **les signes ORL dominant très largement la scène (40% de l'ensemble)**. Quatre autres types de troubles sont présents avec une certaine fréquence (12 à 14%) : les troubles digestifs, respiratoires, cutanés et ostéo-articulaires.

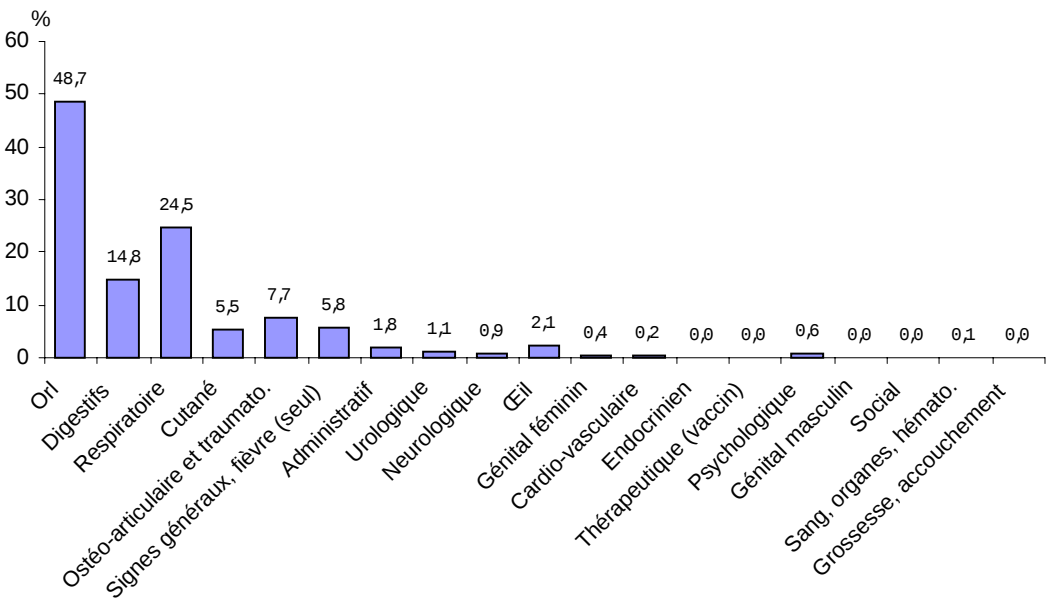
L'étude conduite **en début d'hiver** (jeudi) ne fait pas apparaître de modification radicale. **La fréquence des signes ORL est encore majorée (pratiquement une CNP sur deux) et celle des signes respiratoires est doublée par rapport à avril**, atteignant 25%. La part relative des troubles digestifs demeure stable, celle des troubles cutanés et ostéo-articulaires diminue.

Figure 20

Motifs de consultation : appareil concerné (%) Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)
Samedi (20/04/01)



Jeudi (13/12/01)



En hiver, la part relative des troubles ORL demeure relativement stable, quel que soit l'âge du patient alors qu'au printemps, elle s'abaisse chez les adolescents. Chez ces derniers, on assiste surtout à une diminution de la pathologie respiratoire au bénéfice des troubles ostéo-articulaires et de la traumatologie qui représentent, selon la saison, de 22% à 29% des CNP.

Tableau 18
Motifs de consultation : appareil concerné en fonction de l'âge (%)

Appareil concerné	Samedi (printemps)				Jeudi (hiver)			
	<2ans	2-5ans	6-12ans	13-17	<2ans	2-5ans	6-12ans	13-17
ORL	35.1	49.5	45.4	25.0	44.8	54.1	46.9	48.1
Digestif	16.4	14.5	15.8	8.9	13.8	10.4	22.2	14.3
Respiratoire	13.1	21.5	12.3	0.8	35.6	33.2	14.4	7.1
Cutané	11.9	15.1	10.7	15.2	7.6	4.5	6.8	2.5
Ostéo-articulaire et traumato.	7.7	4.1	12.5	29.3	1.1	1.8	11.9	21.9
Signes généraux, fièvre (seuls)	12.9	4.8	2.4	0.7	6.0	5.7	3.9	6.8
Effectif pondéré	169	187	208	112	300	357	267	212

Une étude plus précise chez les nourrissons de moins de 3 mois (50 patients) montre par ailleurs que la part relative des troubles ORL et respiratoires est très proche de celle observée chez l'ensemble des enfants de moins de 2 ans, les signes digestifs sont apparus un peu moins nombreux (10% environ), à l'inverse des problèmes cutanés (jusqu'à 21% en hiver). Enfin, des problèmes ostéo-articulaires et traumatologiques n'ont, à une exception près, jamais été relevés.

La part relative des différents appareils concernés varie très sensiblement selon que les CNP ont lieu en médecine de ville ou en structure hospitalière. Le tableau suivant présente la répartition des 6 appareils les plus souvent concernés.

En médecine de ville, prédominent très nettement les **signes ORL** et, en hiver surtout, les **signes respiratoires**. **En garde libérale**, généraliste comme pédiatrique, la part des **signes digestifs** n'est pas négligeable au printemps. **Dans les établissements d'hospitalisation privés**, près des deux tiers des CNP sont représentés par des **problèmes ostéo-articulaires**. Ceux-ci constituent, quoique de manière beaucoup moins fréquente (30%), le principal motif de recours dans les **établissements d'hospitalisation publics** ainsi que les problèmes digestifs et, en hiver, les troubles respiratoires.

Tableau 19
Motifs de consultation : appareil concerné en fonction de la filière médicale (%)

Appareil concerné	Samedi (printemps)						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
ORL	47.3	52.2	40.3	51.2	9.5	10.7	40.5
Digestif	13.3	21.7	14.3	12.2	13.1	18.5	14.4
Respiratoire	13.9	7.2	19.5	29.3	2.4	9.4	13.4
Cutané	13.3	14.5	9.1	4.9	10.7	14.2	12.6
Ostéo-articulaire et traumato.	6.7	0.0	3.9	2.4	65.5	30.5	11.8
Signes généraux, fièvre (seuls)	3.0	10.1	13.0	2.4	3.6	10.7	5.4
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Appareil concerné	Jeudi (hiver)					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
ORL	52.4	66.7	45.0	9.9	15.3	48.7
Digestif	14.2	8.3	15.5	14.3	23.0	14.8
Respiratoire	21.0	8.3	42.4	8.8	19.4	24.5
Cutané	5.4	8.3	5.7	8.8	3.6	5.5
Ostéo-articulaire et traumat.	6.7	8.3	0.7	59.3	29.1	7.7
Signes généraux, fièvre (seuls)	6.5	8.3	3.1	0.0	7.7	5.8
Effectif	373	12	455	93	208	1144

VI.2- Pathologies traceuses

La fréquence de 3 pathologies ou symptômes "traceurs" a été recherchée. Un suivi à distance de ceux-ci devrait permettre de repérer certaines évolutions dans la prise en charge des urgences pédiatriques (par exemple transfert de la filière hospitalière vers la filière libérale).

Ces trois indicateurs sont :

- **les douleurs abdominales** : présentes, aux deux temps de l'enquête, dans 8% à 11% des CNP enregistrées, elle sont retrouvées avec une fréquence comparable chez les généralistes et dans les structures d'hospitalisation, plus rarement chez les pédiatres libéraux,
- **les diarrhées** : présentes dans 8 à 9% des CNP, de manière relativement homogène dans les différentes filières mais plus rarement rencontrées dans les établissements privés,
- **les bronchiolites** : présentes dans 2% des CNP au printemps et 5% en hiver, elles sont un motif important de recours chez les pédiatres libéraux (jusqu'à 13% des CNP en hiver) et, en hiver, dans les services d'urgences des HCL (10%).

Tableau 20
Fréquence de certaines pathologies "traceuses" en fonction de la filière médicale (%)

Pathologies traceuses	Samedi (printemps)						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Douleurs abdominales (%).	8.5	10.1	1.3	4.9	9.5	9.4	7.9
Diarrhées (%)	8.5	11.6	5.2	9.8	2.4	7.3	7.9
Bronchiolites (%)	1.2	0.0	5.2	12.2	0.0	2.1	1.8
<i>t° moyenne en cas de fièvre</i>	<i>38.4</i>	<i>38.8</i>	<i>38.6</i>	<i>39.1</i>	<i>38.5</i>	<i>38.3</i>	<i>38.5</i>
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Pathologies traceuses	Jeudi (hiver)					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Douleurs abdominales (%)	12.1	8.3	4.9	11.0	10.7	10.7
Diarrhées (%)	9.4	0.0	11.0	4.4	8.2	9.5
Bronchiolites (%)	3.0	0.0	13.0	2.2	9.7	5.1
<i>t° moyenne en cas de fièvre</i>	<i>38.4</i>	<i>38.3</i>	<i>38.5</i>	<i>38.4</i>	<i>38.9</i>	<i>38.4</i>
Effectif	373	12	455	93	208	1144

L'étude en fonction de l'âge montre que la fréquence des douleurs abdominales dans les CNP culmine entre 6 et 12 ans (jusqu'à 21%) et que celle des diarrhées est plus particulièrement élevée avant 2 ans (12% au total, mais seulement 5% chez les moins de 3mois). Elle subit moins de variations en fonction de l'âge. Enfin, les **bronchiolites sont retrouvées chez les moins de 2 ans dans 7% des CNP au printemps et 16% en hiver**. La proportion relevée chez les moins de 3 mois est quasiment identique (6% au printemps et 15% en hiver).

Tableau 21
Fréquence de certaines pathologies "traceuses" en fonction de l'âge (%)

Pathologies traceuses	Samedi (printemps)				Jeudi (hiver)			
	<2ans	2-5ans	6-12ans	13-17ans	<2ans	2-5ans	6-12ans	13-17ans
Douleurs abdominales (%)	1.4	5.8	14.4	8.9	4.6	6.4	21.0	12.0
Diarrhées (%)	12.0	6.9	6.7	5.2	12.3	5.5	13.2	7.8
Bronchiolites (%)	7.2	0.2	0.0	0.0	16.5	2.0	0.2	0.0
t° moyenne en cas de fièvre	38.6	38.7	38.2	38.2	38.6	38.5	38.4	38.2
<i>Effectif pondéré</i>	<i>169</i>	<i>187</i>	<i>208</i>	<i>112</i>	<i>300</i>	<i>357</i>	<i>267</i>	<i>212</i>

VII- NIVEAU D'URGENCE ET JUGEMENT SUR LA JUSTIFICATION DE LA NON PROGRAMMATION DES SOINS

VII.1- Classification de l'urgence

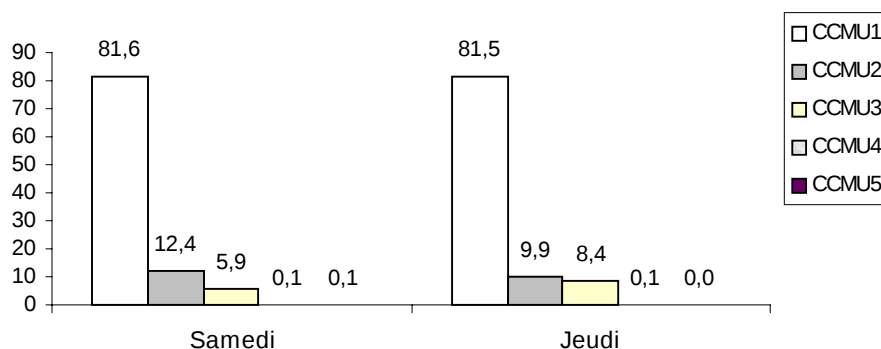
La classification du niveau d'urgence a été réalisée au moyen de l'**échelle CCMU** classiquement utilisées en France, qui définit 5 niveaux :

- CCMU 1 : état clinique stable, pas d'actes complémentaires réalisés ou prescrits,
- CCMU 2 : état clinique stable, examens complémentaires réalisés ou prescrits,
- CCMU 3 : état clinique susceptible de s'aggraver, pronostic vital non engagé,
- CCMU 4 : pronostic vital engagé, pas de gestes de réanimation,
- CCMU 5 : pronostic vital engagé, gestes de réanimation.

La classification du degré d'urgence des CNP apparaît **très voisine en semaine et le week-end** :

- **plus de 9 fois sur 10, l'état clinique du patient était stable et, a priori, non susceptible de s'aggraver** (classes CCMU 1 et CCMU 2),
- **dans plus de 80% des CNP, aucun acte complémentaire n'a été prescrit ou réalisé,**
- **les états évolutifs, susceptibles de s'aggraver (CCMU 3) ne représentaient que 6 à 8% des CNP,**
- **les cas où le pronostic vital était engagé (CCMU 4 et CCMU 5) étaient tout à fait exceptionnels** (0.1 à 0.2% des CNP). On rappelle toutefois que les patients, directement hospitalisés en réanimation, n'ont pas été intégrés dans cette étude mais leur nombre est probablement très faible au cours des deux périodes d'observation et ne devrait pas conduire à un bouleversement des chiffres annoncés.

Figure 21
Classification du niveau d'urgence (CCMU) (%)



L'étude en fonction de la filière médicale apporte un certain nombre d'informations :

- la proportion de CNP correspondant à des états cliniques stables, a priori non susceptibles de s'aggraver (classes CCMU 1 et CCMU 2), est strictement identique, le week-end, dans les différentes filières : cabinets de ville, garde libérale, structures d'hospitalisation (de 90% aux HCL à 96% chez les pédiatres libéraux),
- cependant, si chez les médecins libéraux, l'immense majorité de ces cas n'a donné lieu à aucun acte complémentaire (CCMU 1), dans les structures d'hospitalisation en revanche, plus d'une fois sur deux des actes complémentaires ont été réalisés ou prescrits (CCMU2),
- la proportion de CNP correspondant à des états cliniques susceptibles de s'aggraver (CCMU 3), répartie le week-end de manière homogène au sein des différentes filières, admet plus de variations en semaine. Ces cas sont alors un peu plus fréquents en garde libérale (22%), mais également chez les pédiatres libéraux (15%) et dans les services d'urgence des HCL (13%),
- les quelques cas où le pronostic vital est engagé (CCMU 4 et CCMU 5) sont presque toujours décrits dans les sites des HCL. Mais, même ici, ils n'ont représenté, lors de la première vague d'enquête, qu'à peine plus de 1% des CNP (avec les réserves déjà mentionnées quant à la non prise en compte des entrées directes en réanimation).

Tableau 22
Classification du niveau d'urgence (CCMU) en fonction de la filière médicale (%)

Classification de l'urgence	Samedi						TOTAL pondéré
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	
CCMU 1	90.8	85.3	83.1	90.2	44.6	44.3	81.6
CCMU 2	3.7	7.4	13.0	2.4	50.6	45.7	12.4
CCMU 3	5.5	7.4	3.9	7.3	4.8	8.7	5.9
CCMU 4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.1
CCMU 5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.1
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Classification de l'urgence	Jeudi					TOTAL pondéré
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	
CCMU 1	86.3	66.7	78.4	30.0	39.0	81.5
CCMU 2	7.3	11.1	5.7	64.4	47.7	9.9
CCMU 3	6.5	22.2	15.5	5.6	12.8	8.4
CCMU 4	0.0	0.0	0.4	0.0	0.5	0.1
CCMU 5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Effectif	373	12	455	93	208	1144

L'étude en fonction de l'âge (Annexe XVIII) fait apparaître en semaine une proportion de classes CCMU 3 (état susceptible de s'aggraver) un peu plus importante chez les jeunes enfants (11% avant 6 ans) que chez leurs aînés

(5%) ; par contre, la proportion de classes CCMU 2 (état stable mais réalisation ou prescription d'actes complémentaires) a tendance à être plus élevée après 6 ans.

Enfin, l'étude en fonction de l'heure de la CNP (Annexe XIX) montre que la réalisation d'actes complémentaires devant un état clinique stable est plus fréquente la nuit et le samedi après-midi (25 à 30% des CNP), ce qui s'explique parfaitement par le plus fort poids des filières d'hospitalisation à ce moment.

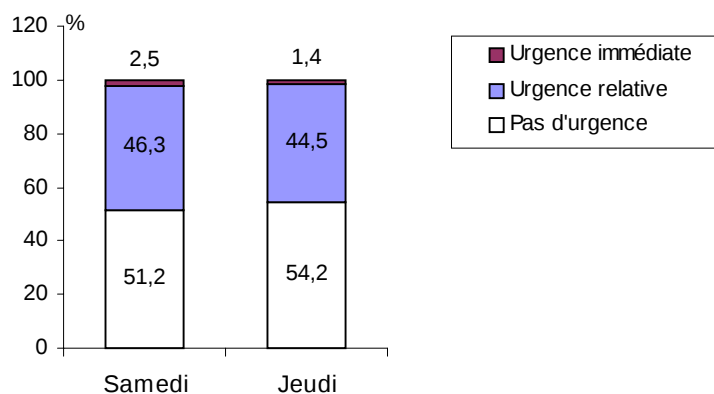
VII.2- Niveau d'urgence estimé par le médecin

Il était par ailleurs demandé aux médecins ayant pratiqué la CNP de donner leur appréciation sur le degré d'urgence de la situation ayant conduit aux soins. Trois classes leur étaient proposées :

- pas d'urgence (pas de nécessité de prise en charge dans les 24 heures),
- urgence relative (nécessité de prise en charge dans les 24 heures),
- urgence immédiate.

Les réponses font apparaître que, **plus d'une fois sur deux, en semaine comme le samedi, la CNP ne nécessitait pas, de l'avis du médecin, une prise en charge dans les 24 heures.** La plupart des autres cas sont qualifiés d'urgences relatives et, exceptionnellement (1 à 2%), d'urgences immédiates.

Figure 22
Jugement porté par le médecin sur le degré d'urgence de la CNP (%)



Toutefois, une très grande hétérogénéité est relevée en fonction de la filière de soins :

- en semaine, les **CNP considérées comme non urgentes** représentent près des **deux tiers des CNP effectuées par les généralistes (y compris en garde)**, tandis qu'elles représentent **le tiers** au maximum **de celles prises en charge dans les autres filières**. Dans le même temps, les urgences immédiates constituent environ 10% des CNP effectuées dans les structures d'hospitalisation (8% dans les sites des HCL et 11% dans les établissements privés). Elles sont exceptionnelles en médecine de ville (au maximum 3% chez les pédiatres),
- le samedi, la part des CNP considérées comme non urgentes **demeure stable et majoritaire chez les généralistes (58%)**, elle **augmente aux HCL** où ces CNP sans caractère d'urgence représentent **45%** des cas, **proportion voisine de celle relevée en garde libérale sectorisée dans les cabinets de pédiatres**. C'est dans les cliniques privées et dans la garde pédiatrique du GPL que la proportion de CNP sans caractère d'urgence est la plus faible (respectivement 23% et 17%). C'est d'ailleurs dans ces deux dernières filières que la proportion d'urgences immédiates est au contraire la plus élevée (19% et 24%).

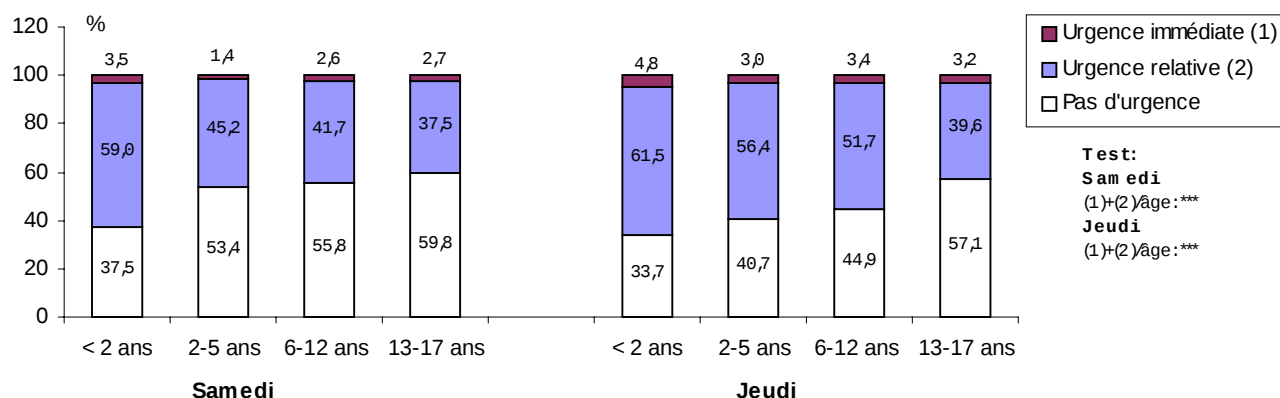
Tableau 23
Jugement porté par le médecin sur le degré d'urgence de la CNP en fonction de la filière médicale (%)

Degré d'urgence	Samedi							p(1+2)
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	
Pas d'urgence	58.2	43.5	39.0	17.1	22.6	45.2	51.2	
Urgence relative (2)	41.8	56.5	58.4	58.5	58.3	48.7	46.3	***
Urgence immédiate (1)	0.0	0.0	2.6	24.4	19.0	6.1	2.5	
<i>Effectif</i>	166	69	77	41	84	240	677	

Degré d'urgence	Jeudi						
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	p(1+2)
Pas d'urgence	61.9	63.6	30.1	27.0	34.4	54.2	
Urgence relative (2)	37.8	36.4	66.7	61.8	57.4	44.5	***
Urgence immédiate (1)	0.3	0.0	3.1	11.2	8.2	1.4	
Effectif	373	12	455	93	208	1144	

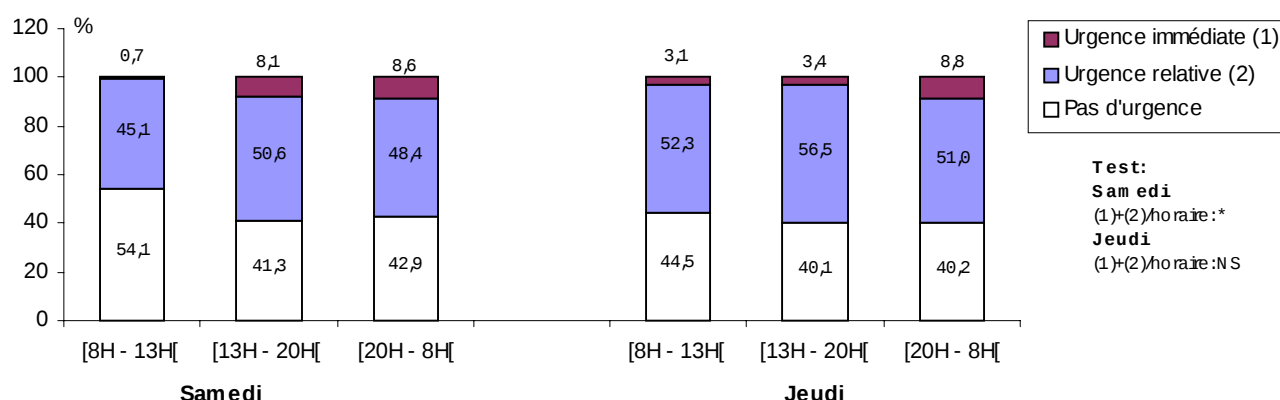
L'étude en fonction de l'âge montre que **la proportion de CNP sans caractère d'urgence augmente avec l'âge**, passant de 35% environ avant 2 ans à 58% à l'adolescence.

Figure 23
Jugement porté par le médecin sur le degré d'urgence de la CNP en fonction de l'âge (%)



L'étude en fonction de l'heure des soins montre que les urgences immédiates se retrouvent en plus grande proportion (8 à 9%) la nuit et le samedi après-midi (plus faible poids de la médecine libérale). Par ailleurs, si, en semaine, la proportion de CNP sans caractère d'urgence demeure parfaitement stable en fonction de l'horaire (40% à 44%), en revanche, le samedi matin est marqué par une plus grande fréquence de ce type de CNP (54%).

Figure 24
Jugement porté par le médecin sur le degré d'urgence de la CNP en fonction de l'heure (%)



VII.3- Jugement porté sur la justification de la non programmation des soins

Globalement, la part des soins dont la non programmation est jugée **totale**ment injustifiée par le médecin est relativement faible : **13%**, aussi bien en semaine que le samedi. Par ailleurs, en semaine, la moitié (**52%**) des CNP sont jugées justifiées et **35%** seulement partiellement justifiées alors que, le samedi, la proportion de CNP jugées justifiées a tendance à baisser (**44%**) au profit des CNP considérées comme partiellement justifiées (**43%**).

L'étude en fonction de la filière montre que la proportion de CNP injustifiées est sensiblement plus basse en semaine chez les pédiatres libéraux (5%) que dans les autres filières. Le même phénomène est relevé le samedi : 6% chez les pédiatres de ville et dans les cliniques privées, contre 13% chez les généralistes, 16% en garde sectorisée et, surtout 21% aux HCL. **C'est donc en garde généraliste et aux HCL que la proportion de CNP non justifiées est la plus importante** (environ une CNP sur 5).

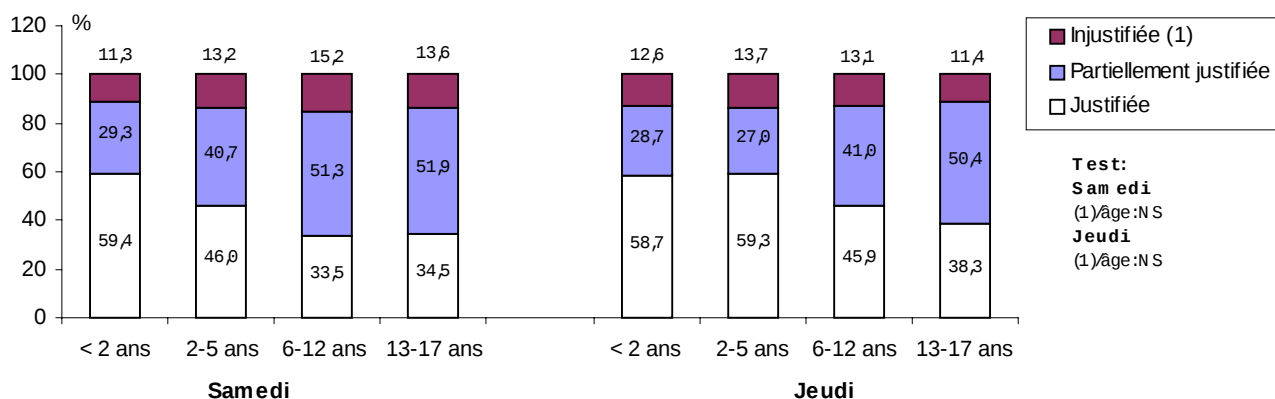
Tableau 24
Jugement porté par le médecin sur la justification de la consultation non programmée ou des soins en urgence (%)

Jugement sur la justification de la CNP	Samedi							p
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	
Justifiée	39.3	49.3	57.1	67.5	62.2	42.2	43.7	
Partiellement justifiée	47.2	34.8	36.4	25.0	31.7	36.8	42.9	
Injustifiée	13.5	15.9	6.5	7.5	6.1	21.1	13.4	**
Effectif	166	69	77	41	84	240	677	

Jugement sur justif de la CNP	Jeudi						p
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	
Justifiée	47.0	44.4	71.8	56.8	54.4	52.1	
Partiellement justifiée	38.6	33.3	23.6	27.3	27.7	35.1	
Injustifiée	14.3	22.2	4.6	15.9	17.9	12.8	**
Effectif	373	12	455	93	208	1144	

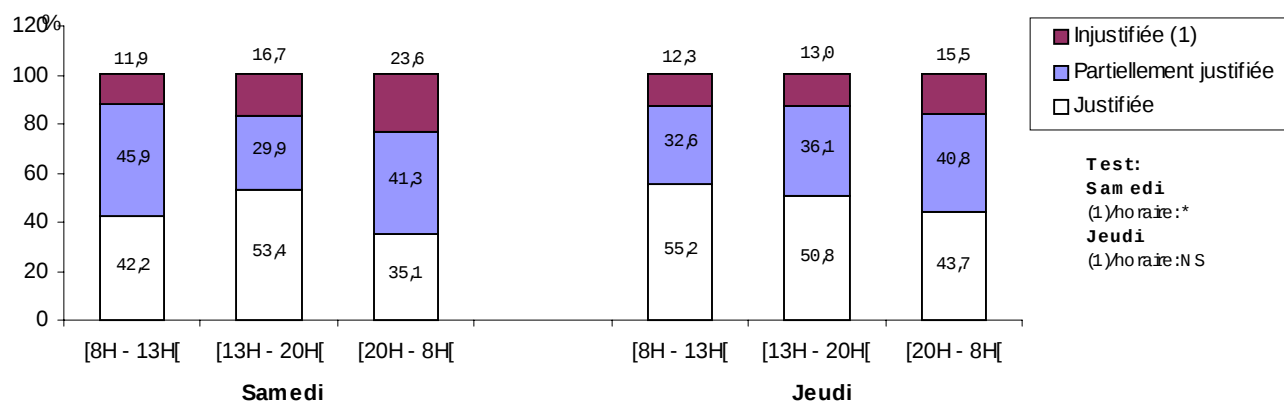
L'étude en fonction de l'âge montre que, si la proportion de CNP injustifiées ne varie pas significativement, en revanche la part de CNP totalement justifiées diminue très nettement avec l'âge passant de 60% environ avant 2 ans à 35% chez les adolescents.

Figure 25
Jugement porté le médecin sur la justification de la consultation non programmée ou des soins en urgence en fonction de l'âge (%)



Enfin, les CNP totalement justifiées apparaissent moins nombreuses la nuit tandis que, **le samedi soir, une CNP sur quatre est considérée totalement injustifiée.**

Figure 26
Jugement porté par le médecin sur la justification de la consultation non programmée
ou des soins en urgence en fonction de l'heure de la CNP (%)



VIII- ORIENTATION

VIII.1- Classification GEMSA dans les structures hospitalières

La classification GEMSA (classification des *Groupes d'Etudes Multicentriques des Services d'Accueil*) qui ne s'applique qu'aux structures hospitalières, propose 6 classes :

- GEMSA 1 : décédé à l'entrée,
- GEMSA 2 : patient non convoqué ce jour, sortant après consultation,
- GEMSA 3 : patient convoqué ce jour pour des soins à distance de la prise en charge initiale,
- GEMSA 4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au SU,
- GEMSA 5 : patient attendu dans un service, ne passant au SU que pour des questions d'organisation,
- GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée (déchoquage, réanimation, soins intensifs, surveillance intensive...).

On observe que la très grande majorité des CNP réalisées dans les structures hospitalières (82% en semaine, 75% le samedi) correspond à des patients non convoqués et sortant après consultation (GEMSA 2). La proportion de CNP donnant lieu à une hospitalisation après passage au service des urgences (GEMSA 4) ne représente que 8% des cas en semaine et 9% le samedi, auxquels il convient d'ajouter quelques cas (moins de 1%) nécessitant des soins lourds (GEMSA 6).

Tableau 25
Classification GEMSA en fonction de la filière médicale (%)

Classification	Samedi				Jeudi		
	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
GEMSA 1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4
GEMSA 2	90.2	56.0	79.7	75.1	84.3	81.7	82.5
GEMSA 3	4.9	39.3	8.0	15.4	12.4	5.2	7.6
GEMSA 4	4.9	4.8	11.3	8.9	3.4	9.9	7.8
GEMSA 5	0.0	0.0	0.5	0.3	0.0	1.6	1.1
GEMSA 6	0.0	0.0	0.5	0.3	0.0	1.0	0.7
Effectif	41	84	240	365	93	208	304

La distribution des classes GEMSA en fonction de l'âge est fournie dans l'annexe XX.

VIII.2- Détail de l'orientation en aval des soins non programmés

L'orientation du patient à l'issue de la consultation non programmée apparaît très voisine en semaine et le samedi. On observe ainsi que :

- **90% à 94% des patients vus en CNP retournent à domicile sans renvoi ultérieur vers un médecin.** Cette proportion est sensiblement plus faible pour les CNP réalisées dans une structure d'hospitalisation, en particulier privée (où le renvoi vers un spécialiste libéral est fréquent),
- **4% à 5% des CNP donnent lieu à un renvoi ultérieur vers un médecin libéral :** 2% à 3% vers un médecin traitant (y compris le médecin qui a réalisé la CNP) et 1% à 2% vers un spécialiste. L'orientation vers un spécialiste est cependant une suite fréquente (20%) des CNP réalisées dans les cliniques privées,
- **moins de 2% des CNP sont orientées vers un service d'accueil des urgences** (le samedi, cette proportion représente 1% des cas chez les pédiatres libéraux, 2% chez les généralistes, 3% en garde),
- **1 à 2% des CNP donnent lieu à une hospitalisation.** Cette situation, tout à fait exceptionnelle en médecine de ville, hormis pour la garde du GPL (5% le samedi), est retrouvée pour 12% des CNP réalisées dans les sites d'urgences des HCL et 3 à 7% dans les établissements privés.

Tableau 26
Orientation décidée après la CNP en fonction de la filière médicale (%)

Orientation après CNP	Samedi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Retour à domicile sans renvoi	96.9	72.5	92.2	80.5	57.3	72.4	89.8
Retour à domicile avec renvoi au médecin traitant	0.0	4.3	6.5	4.9	12.2	9.6	2.8
Retour à domicile avec renvoi à un spécialiste	0.6	1.4	0.0	7.3	22.0	4.4	2.2
Orientation vers un service d'urgences	1.8	2.9	1.3	0.0	0.0	0.9	1.6
Hospitalisation	0.0	0.0	0.0	4.9	7.3	11.8	2.0
Autre	0.6	18.8	0.0	2.4	1.2	0.9	1.6
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Orientation après CNP	Jeudi					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Retour à domicile sans renvoi	96.1	75.0	93.1	68.9	72.7	93.8
Retour à domicile avec renvoi au médecin traitant	1.7	0.0	3.5	8.9	8.8	2.5
Retour à domicile avec renvoi à un spécialiste	0.6	0.0	1.3	18.9	5.2	1.3
Orientation vers un service d'urgences	0.8	0.0	0.4	0.0	0.5	0.7
Hospitalisation	0.3	0.0	1.1	3.3	11.9	1.0
Autre	0.6	25.0	0.4	0.0	1.0	0.7
Effectif	373	12	455	93	208	1144

IX - DELAIS DE PRISE EN CHARGE ET JUGEMENT PORTE PAR LE PATIENT ET SON ENTOURAGE

IX.1- Délais de prise en charge

Le délai de prise en charge est le délai séparant, d'une part, soit l'arrivée au cabinet, soit l'arrivée au service des urgences, soit l'appel téléphonique (en cas de visite à domicile) et, d'autre part, la consultation. Ce délai **est en moyenne de 26 minutes**. Cependant, en raison de certaines valeurs extrêmes, il peut être plus intéressant de considérer le **délai médian** qui est de **15 minutes** (*rappel : la médiane est à la valeur centrale des observations : 50% des valeurs sont supérieures à la médiane, 50% lui sont inférieures. La médiane est un indicateur préférable à la moyenne lorsque, comme cela est ici le cas, quelques valeurs extrêmes influent très fortement sur la moyenne*).

Que l'on considère la moyenne ou la médiane, le constat est identique :

- les délais les plus brefs sont notés dans les établissements privés (délai médian : 2 à 5 minutes),
- chez les pédiatres, le délai médian se situe, selon le jour, entre 5 et 15 minutes,
- chez les généralistes, les délais sont en général de 15 minutes,
- en garde sectorisée, le délai médian est de 20 à 30 minutes, il est un peu plus court dans la garde du GPL (de 0 minutes le jeudi où 3 patients seulement avaient consulté à 13 minutes le samedi),
- dans les services des urgences des HCL, les délais sont un peu plus importants (médiane de l'ordre de 30 minutes).

Dans tous les cas, certaines valeurs extrêmes sont notées : 5 heures chez les généralistes et les pédiatres, 4 heures en garde, plus de 3 heures aux HCL, plus d'une heure en clinique.

Tableau 27
Délais de prise en charge (entre l'arrivée et la consultation) en minutes en fonction de la filière médicale

Délais en minutes	Samedi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Moyenne	25.1	52.2	12.8	17.4	14.2	36.0	25.9
Médiane	15.0	31.2	5.0	13.4	5.0	27.3	15.0
Minimum	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	190	240	60	60	75	160	240
Ecart-type	31.5	52.2	16.4	16.8	17.8	33.9	32.3
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Délais en minutes	Jeudi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Moyenne	36.2	34.4	21.6	0.0	12.7	40.9	33.5
Médiane	15.0	21.4	15.0	0.0	1.9	29.4	15.0
Minimum	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	300	115	300	0	60	200	300
Ecart-type	51.0	41.6	25.1	-	40.9	40.9	47.1
Effectif	373	12	455	3	93	208	1144

L'étude des délais en fonction de l'horaire de la CNP (tableau 28) doit être extrêmement prudente en raison de la faiblesse de certains effectifs et les moyennes et médianes calculées ne sont présentées, dans certains cas, qu'à titre illustratif. On relève qu'en libéral, les délais d'attente apparaissent plus courts l'après-midi que le matin et, sensiblement plus courts le samedi qu'en semaine. Dans les cliniques privées, une moindre attente l'après-midi a été observée ; les délais les plus brefs se situent l'après-midi et la nuit de semaine. Enfin, aux HCL, les délais de prise en charge varient assez peu en fonction de l'heure et du jour, ils sont cependant apparus un peu plus longs, pour la tranche nocturne, en semaine que le samedi.

Tableau 28
Délais de prise en charge (entre l'arrivée et la consultation) en minutes en fonction de la filière médicale et de l'horaire

Délais en minutes	Samedi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
[8H-13H[	N=158	N=7	N=69	N=12	N=18	N=69	N=333
Moyenne	25.8	102.3	12.4	20.0	15.9	34.6	25.1
Médiane	15.0	85.2	5.0	16.7	8.7	20.0	15.0
[13H-20H[	N=8	N=47	N=8	N=22	N=49	N=95	N=229
Moyenne	11.3	47.3	15.6	20.2	12.3	40.6	28.4
Médiane	7.5	30.0	8.7	20.0	5.0	35.0	20.0
[20H-8H[	N=0	N=15	N=0	N=7	N=17	N=76	N=115
Moyenne	-	42.1	-	4.3	17.4	32.2	29.8
Médiane	-	35.7	-	5.0	16.3	25.0	23.6

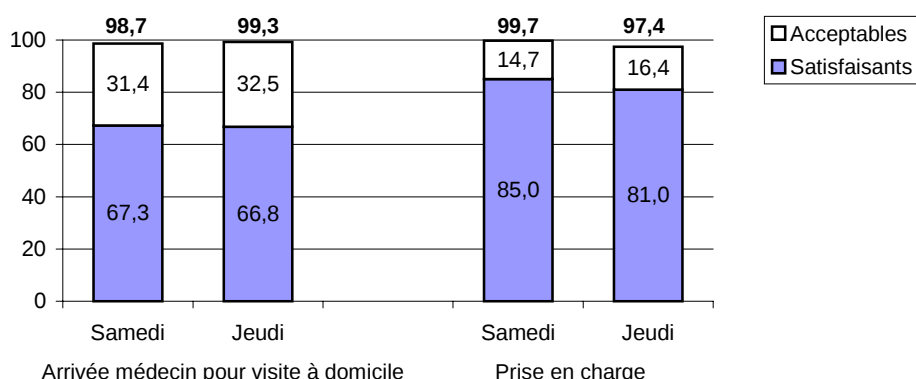
Délais en minutes	Jeudi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
[8H-13H[	N=165	N=4	N=129	N=0	N=29	N=64	N=391
Moyenne	48.8	5.0	22.4	-	17.9	37.3	44.7
Médiane	30.0	7.7	15.0	-	12.1	29.5	25.0
[13H-20H[	N=199	N=2	N=309	N=0	N=42	N=85	N=637
Moyenne	25.3	5.0	21.1	-	7.1	38.7	24.6
Médiane	15.0	5.0	15.0	-	0.0	26.0	15.0
[20H-8H[	N=7	N=6	N=17	N=3	N=18	N=57	N=108
Moyenne	43.5	49.2	25.0	0.0	7.2	49.1	40.3
Médiane	35.0	28.9	29.4	0.0	0.0	34.3	30.0

IX.2- Jugement porté par le patient et/ou son entourage sur les délais

Cet élément doit être considéré avec une certaine prudence. En effet, dans les structures hospitalières, l'interrogation "à chaud" des personnes par les enquêteurs du CAREPS a pu conduire à des réponses biaisées, soit par exagération d'un sentiment d'exaspération, soit, au contraire, par minimisation des critiques face à des enquêteurs que les personnes pouvaient considérer comme faisant plus ou moins "partie de la maison". Chez les médecins libéraux, le biais de déclaration est certainement plus important encore puisqu'il appartenait au médecin lui-même d'interroger son patient (ou son entourage) sur ce point.

On relève que chez les médecins libéraux (hors garde), qu'il s'agisse des délais d'arrivée du médecin (visite à domicile) ou des délais de prise en charge au cabinet (délai entre l'arrivée du patient et la consultation), ceux-ci ne sont qu'**exceptionnellement jugés franchement insatisfaisants par les personnes vues en CNP** (moins de 3% au maximum). En fait, **les deux tiers des personnes jugent satisfaisants les délais d'arrivée du médecin à leur domicile** et **plus de 80% portent le même jugement sur les délais de prise en charge au cabinet médical**.

Figure 28
Jugement porté sur les délais d'arrivée du médecin ou des premiers secours (visites à domicile) et les délais de prise en charge (au cabinet médical) (%)
Généralistes et pédiatres de ville (y compris gardes sectorisées et garde du GPL)



Dans les structures hospitalières publiques et privées, l'entourage des 33 patients ayant nécessité une intervention à domicile se montre satisfait des délais d'intervention (plus de 85%). S'agissant des **délais de prise en charge dans la structure** (entre l'arrivée dans l'établissement et la consultation), **la part de personnes insatisfaites augmente : 16% en semaine** (20% aux HCL, 7% dans les cliniques privées) et 11% le samedi (14% aux HCL, 4% dans les cliniques privées). Malgré cela, les personnes restent **majoritairement satisfaites, même si ce sentiment est moins net aux HCL que dans les cliniques privées : 62% en semaine** (58% aux HCL, 70% dans les cliniques privées) **et 71% le samedi** (68% aux HCL et 77% dans les cliniques privées). Enfin, s'agissant des délais de prise en charge globale (entre l'arrivée dans la structure et la sortie), qui n'a été explorée que le jeudi, les proportions relevées sont du même ordre : satisfaction pour 61 à 62% (aux HCL comme dans les cliniques), insatisfaction pour 14% (respectivement 17% aux HCL et 9% dans les cliniques), ce qui semble indiquer que l'attente après la consultation (soins paramédicaux, examens complémentaires...) ne semble pas un problème très fréquent (ou, plus exactement, qui n'a pas été très fréquent le jour où l'enquête a été conduite).

Figure 29
Jugement porté sur les délais d'arrivée des premiers secours (intervention à domicile) et les
délais de prise en charge (au service des urgences) (%)
Structures d'hospitalisation publiques et privées

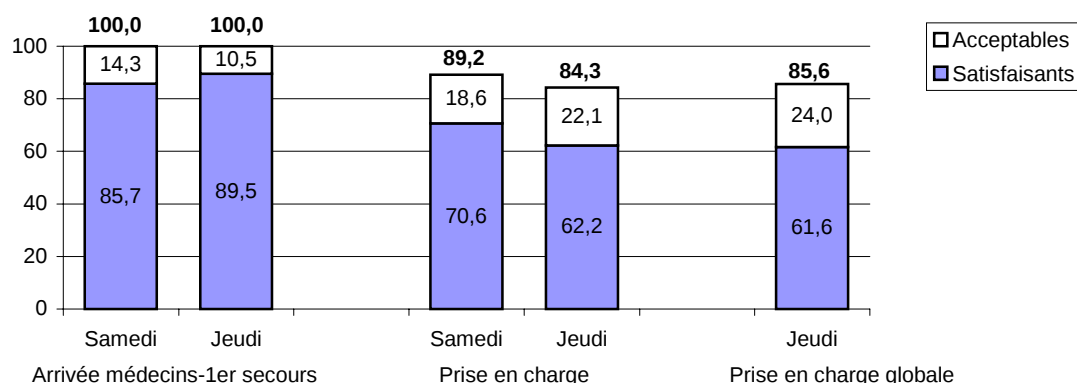


Tableau 29
Degré de satisfaction du patient ou de son entourage sur les délais d'intervention et de prise
en charge (%)

Degré de satisfaction	Samedi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
<u>Délais arrivée médecin ou 1^{ers} secours</u>							
Satisfaisants	40.0	81.6	-	-	-	85.7	68.5
Acceptables	60.0	16.3	-	-	-	14.3	30.3
Insatisfaisants	0.0	2.0	-	-	-	0.0	1.3
Effectif	5	49	-	-	-	12	66
<u>Délais de prise en charge</u>							
Satisfaisants	85.4	95.0	81.6	80.0	77.1	67.9	82.5
Acceptables	14.6	5.0	17.1	15.0	19.3	18.4	15.4
Insatisfaisants	0.0	0.0	1.3	5.0	3.6	13.8	2.1
Effectif	161	20	77	41	84	240	623

Degré de satisfaction	Jeudi					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
<u>Délais arrivée médecin ou 1^{ers} secours</u>						
Satisfaisants	66.7	66.7	100.0	-	89.5	67.8
Acceptables	33.3	16.7	0.0	-	10.5	31.5
Insatisfaisants	0.0	16.7	0.0	-	0.0	0.6
Effectif	43	6	1	-	21	71
<u>Délais de prise en charge</u>						
Satisfaisants	80.0	100.0	84.3	70.0	58.5	79.6
Acceptables	17.5	0.0	12.5	23.3	21.5	16.8
Insatisfaisants	2.5	0.0	3.2	6.7	20.0	3.6
Effectif	330	6	454	93	208	1094
<u>Délais global de prise en charge</u>						
Satisfaisants	-	-	-	61.1	61.9	62.0
Acceptables	-	-	-	30.0	21.1	23.8
Insatisfaisants	-	-	-	8.9	17.0	14.2
Effectif				93	208	1144

Par ailleurs, le tableau suivant montre une concordance logique entre la durée de l'attente et le degré de satisfaction (hormis pour une personne vue en

médecine libérale qui s'est déclarée insatisfaite alors qu'elle n'avait, a priori, pas attendu). On peut voir ainsi que, dans les services des urgences des HCL par exemple, les personnes qui se sont déclarées satisfaites du délai ont attendu en général 15 minutes (médiane), tandis que celles qui l'ont jugé simplement acceptable ont attendu 50 à 60 minutes et que celles qui l'ont jugé insatisfaisant ont attendu entre 1 heure et quart et 1 heure et demie.

Tableau 30
Délais de prise en charge (entre l'arrivée et la consultation) en minutes en fonction du degré de satisfaction exprimé par le patient et/ou son entourage

Délais de prise en charge (en minutes)	Samedi		
	Satisfaisants	Acceptables	Insatisfaisants
MG et Pédiatres (hors garde)	N=195	N=37	N=1
Moyenne	16.7	46.1	0.0
Médiane	11.6	40.0	0.0
Cliniques	N=62	N=16	N=3
Moyenne	9.8	21.8	59.0
Médiane	5.0	20.8	64.2
HCL	N=120	N=34	N=25
Moyenne	20.5	45.7	72.2
Médiane	15.0	50.7	73.4

Délais de prise en charge (en minutes)	Jeudi		
	Satisfaisants	Acceptables	Insatisfaisants
MG et Pédiatres (hors garde)	N=555	N=107	N=22
Moyenne	20.1	46.3	60.8
Médiane	15.0	40.0	57.5
Cliniques	N=39	N=9	N=2
Moyenne	10.8	20.7	0.0
Médiane	1.9	34.2	0.0
HCL	N=107	N=40	N=31
Moyenne	22.1	54.6	89.3
Médiane	15.0	57.8	88.5

X - JUGEMENT PORTE PAR LE PATIENT OU SON ENTOURAGE SUR L'ACCUEIL RECU

La même réserve que celle émise pour le jugement sur les délais s'impose ici (très probable biais de déclaration tendant à minimiser les réponses critiques).

Si l'on en croit les patients et leur famille, l'accueil reçu à l'occasion de la CNP a été satisfaisant dans 95% des cas, simplement acceptable dans 4 à 5% des cas et insatisfaisant dans moins de 1% des cas. La proportion d'avis mitigés (accueil "acceptable") apparaît un peu plus élevée en semaine dans les services d'accueil des urgences des HCL (12%) et en garde généraliste (17%) et, le week-end, dans les cliniques privées (8%) et à la garde pédiatrique du GPL (13%). Les différences observées ne sont toutefois pas significatives. Quant à la proportion d'avis négatifs (accueil insatisfaisant) elle atteint au maximum 3% (HCL, cliniques, GPL).

Tableau 31
Jugement porté sur l'accueil par le patient et son entourage (%)

Degré de satisfaction	Samedi						
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Satisfaisant	95.1	98.5	96.1	84.2	90.5	92.0	94.5
Acceptable	4.9	0.0	3.9	13.2	8.3	5.0	4.9
Insatisfaisant	0.0	1.5	0.0	2.6	1.2	3.0	0.5
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

Degré de satisfaction	Jeudi					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Satisfaisant	95.6	83.3	96.3	91.4	84.3	95.2
Acceptable	4.1	16.7	3.5	5.4	12.1	4.4
Insatisfaisant	0.3	0.0	0.2	3.2	3.5	0.4
Effectif	373	12	455	93	208	1144

XI - JUGEMENT GLOBAL PORTE PAR LE MEDECIN SUR LE CIRCUIT DU PATIENT AVANT SA PRISE EN CHARGE

En conclusion du questionnaire, il était demandé à chaque médecin de se prononcer, en tant que professionnel, sur le circuit du patient avant sa prise en charge (délais, éventuelles tentatives préalables infructueuses, etc.), compte tenu de son état de santé et de son environnement.

Les résultats apparaissent globalement identiques en semaine et le week-end : **dans 82 à 83% des cas, le médecin a considéré que les choses se sont passées de manière satisfaisante**, dans 13 à 14% des cas qu'elles se sont passées de manière simplement acceptable et, **dans 3% des cas, qu'elles se sont passées de manière insatisfaisante**.

Des variations importantes sont notées en fonction de la filière (bien que le manque de puissance des tests n'ait pas permis de conclure à une hétérogénéité significative) :

- l'insatisfaction est plus importante dans les structures d'hospitalisation : **13% (voire 20% en semaine) dans les services d'accueil des urgences des HCL** et 7 à 9% dans les établissements privés, contre 1 à 4% en médecine de ville et 8% en garde,
- les jugements mitigés étant également souvent assez nombreux dans les structures et en garde, il en ressort un **degré de satisfaction sensiblement moindre, de l'ordre de 50% aussi bien aux HCL** (en semaine et le week-end), **que dans les cliniques privées et en garde sectorisée en semaine**.

Tableau 32

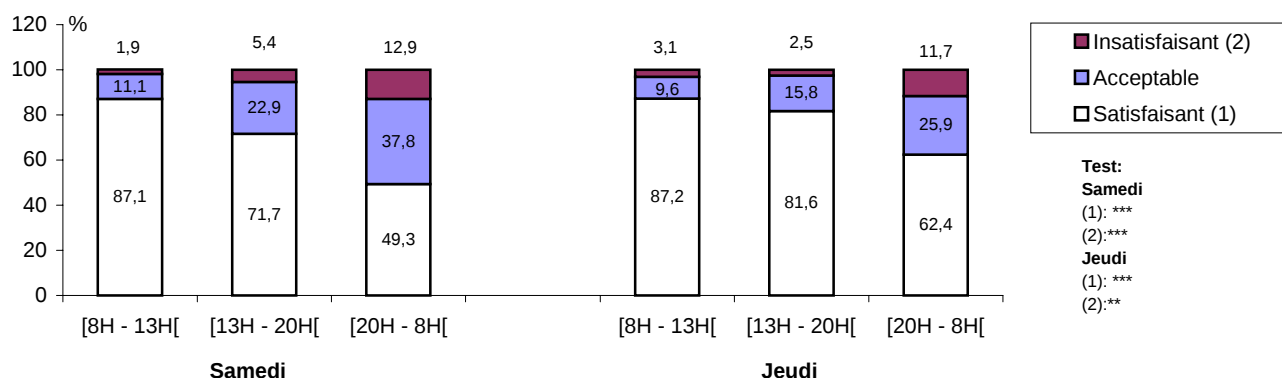
Jugement global porté par le médecin sur le circuit du patient avant sa prise en charge (%)

	Samedi						TOTAL pondéré
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL	
Satisfaisant	88.3	73.5	85.3	86.5	77.0	51.4	82.1
Acceptable	11.1	19.1	10.7	10.8	16.2	35.6	14.8
Insatisfaisant	0.6	7.4	4.0	2.7	6.9	13.0	3.2
Effectif	166	69	77	41	84	240	677

	Jeudi					
	MG	Garde	Pédiatres	Cliniques	HCL	TOTAL pondéré
Satisfaisant (1)	84.1	50.0	90.6	55.1	49.7	83.0
Acceptable	13.7	41.7	7.2	36.0	30.7	13.9
Insatisfaisant (2)	2.2	8.3	2.2	9.0	19.6	3.1
Effectif	373	12	455	93	208	1144

Une relation avec l'âge du patient a été mise en évidence (Annexe XXI) : les opinions positives sont un peu moins nombreuses lorsqu'il s'agit d'un adolescent. Par contre, une relation très nette est relevée en fonction de l'horaire de la CNP : les patients pour lesquels le circuit est jugé insatisfaisant représentant 12 à 13% des cas en soirée et la nuit et, a contrario, les circuits considérés comme "satisfaisants" sont alors sensiblement moins nombreux, en particulier le samedi soir (49%). Rappelons qu'il s'agit souvent dans cette tranche horaire d'une prise en charge hospitalière.

Figure 30
Jugement global porté par le médecin sur le circuit du patient avant sa prise en charge en fonction de l'horaire de la CNP (%)



En cas d'appréciation négative, les principaux éléments pointés sont les suivants :

- le patient, vu en milieu hospitalier ou en garde, aurait dû être géré en médecine ambulatoire (commentaire de loin le plus fréquent),
- la consultation hospitalière a été imposée par le fait que le patient ne pouvait pas voir son médecin traitant avant 2 jours,
- le patient aurait pu consulter plus tôt dans la journée,
- un avis téléphonique aurait permis d'éviter la consultation,
- le patient a été adressé trop tardivement aux urgences,
- les parents se sont présentés directement aux urgences pour un problème non urgent sans avoir préalablement pris un avis médical,
- la consultation intervient tardivement par rapport au début des symptômes,
- la CNP correspond à une affection chronique évoluant depuis plusieurs jours, voire plusieurs semaines,
- le motif ne justifiait pas une consultation,
- l'attente imposée a été trop longue,
- un premier diagnostic erroné ou un diagnostic non posé a entraîné une consultation en urgence,
- la CNP est à mettre sur le compte d'un "consommérisme" tout à fait exagéré,
- la consultation hospitalière est le résultat d'une orientation "de fait" de la police,

- les parents se précipitent à l'hôpital pour une fièvre modérée (avec de plus, prise de température en frontal),
- l'enfant est reparti sans avoir consulté après 4 heures d'attente aux urgences,
- les parents reviennent consulter en CNP sans attendre que le traitement précédemment prescrit ait pu faire effet,
- le service des urgences est considéré par certains comme un dispensaire,
- les parents se précipitent pour consulter à peine les prodromes apparus.

XII - APPRECIATION PORTEE PAR LES MEDECINS LIBERAUX SUR LA JOURNEE DE TRAVAIL

Quelques indicateurs ont été proposés aux médecins libéraux participants dans le but de recueillir leur appréciation subjective sur les deux journées qui ont servi de cadre de l'étude :

- proportion de rendez-vous non honorés,
- fatigue en fin de journée : échelle sur 10 points allant de 0 (fatigue extrême) à 10 (absence de fatigue),
- fréquence des consultations ou visites injustifiées : échelle de 0 (uniquement ça !) à 10 (aucune),
- sentiment de sécurité/insécurité : échelle de 0 (insécurité absolue) à 10 (sécurité absolue).

Tableau 33
Appréciation subjective de la journée de travail

Eléments d'appréciation	Samedi			Jeudi		
	MG	Pédiatres	Garde	MG	Pédiatres	Garde
% rendez-vous non honorés	4.5	7.6	0.9	3.1	7.3	2.3
Fatigue (score moyen sur 10)	7.5	8.1	6.6	6.7	5.1	5.8
Score ≤ 3 (%)	5.6	12.5	8.7	11.7	39.5	0.0
Actes injustifiés (score moyen sur 10)	7.7	8.6	6.7	7.9	7.9	8.4
Score ≤ 3 (%)	9.9	6.3	30.4	3.9	7.1	0.0
Sécurité/insécurité (score moyen sur 10)	9.1	9.6	8.5	9.0	8.8	6.8
Score ≤ 3	1.4	0.0	4.3	1.0	2.3	0.0
Effectif	71	16	24	104	46	7

Il apparaît que la proportion de rendez-vous non honorés est identique en semaine et le week-end : 7 à 8% chez les pédiatres, 3 à 4% chez les généralistes.

La note moyenne attribuée par les médecins pour la fatigue en fin de journée varie de 5 à 8 (rappelons qu'une note de 10/10 signifie une absence de fatigue). En semaine, la note attribuée semblerait témoigner d'une plus grande fatigue chez les pédiatres (5.1/10) que chez les généralistes (6.7/10). La proportion de médecins faisant état d'une fatigue importante (score ≤ 3) est effectivement sensiblement plus élevée chez les pédiatres (39% en semaine). Bien entendu, cette proportion est sensiblement plus faible le samedi (de nombreux médecins ne travaillant que le matin).

S'agissant des actes injustifiés (consultations ou visites), le score moyen attribué par les médecins témoigne d'une relative satisfaction (entre 6.7/10 et 8.6/10). Les médecins faisant état d'un phénomène important (score ≤ 3) apparaissent assez nombreux chez les généralistes le samedi (10%) et surtout lors des gardes de week-end (30%).

Enfin, en termes de sécurité/insécurité, le score moyen attribué atteste d'un sentiment global de sécurité en cabinet (8.8 à 9.6/10), il est un peu plus faible en garde (6.8/10) mais seul 1 généraliste en cabinet et 1 médecin de garde font état d'un score ≤ 3.

DISCUSSION

DISCUSSION

L'un des principaux enseignements de cette étude est la détermination de la part relative de chacune des filières médicales dans la prise en charge des consultations pédiatriques non programmées. Cette détermination doit être considérée avec beaucoup de prudence car elle repose sur certaines hypothèses dont la véracité demanderait à être confirmée. La principale difficulté rencontrée a été d'extrapoler aux médecins libéraux tirés au sort et qui n'ont pas participé à l'enquête les résultats des participants. La non participation pouvant être due à la fermeture du cabinet le jour de l'enquête (cas de figure très fréquent lors de la première phase de l'étude qui s'est tenue un samedi), il s'agissait d'estimer la proportion de cabinets fermés durant les deux journées d'observation. Cette estimation, forcément grossière, a été obtenue à partir des données figurant dans le coupon réponse accompagnant la sollicitation (les médecins sollicités qui refusaient de participer pouvaient en indiquer les raisons) et d'une enquête complémentaire conduite lors de la première phase auprès de 86 non répondants (médecins n'ayant pas renvoyé de coupon). Cette dernière cherchait à identifier les motifs de la non participation et, en particulier, à déterminer si celle-ci était liée à la fermeture du cabinet. Lors de la seconde phase, l'estimation a porté simplement sur les coupons-réponse reçus (les médecins sollicités pour cette seconde phase avaient été sensibilisés à l'importance de remplir ce coupon pour indiquer les éventuels motifs de non participation). Une extrapolation de la proportion de "cabinets fermés" à l'ensemble des médecins initialement sollicités a été réalisée sur la base des résultats de ces approches complémentaires. La précision de cette estimation demeure impossible à appréhender. Par ailleurs, il a été décidé d'attribuer aux médecins non répondants dont le cabinet était a priori ouvert le jour de l'enquête (sur la base des approches complémentaires précédemment détaillées) un nombre de cas identique au nombre moyen de cas notifiés par les participants. La légitimité de cette extrapolation peut être contestée dans la mesure où, malgré les relances, les enquêtes complémentaires et la sensibilisation faite pour indiquer les motifs de non participation, il est probable que les non répondants aient un profil différent de celui des participants. On peut par exemple émettre l'hypothèse que, chez les généralistes, l'activité pédiatrique des non répondants soit plus faible que celle des participants. Si cette hypothèse était vérifiée, l'extrapolation des résultats observés chez les non répondants à l'ensemble de l'échantillon conduirait à surévaluer le poids de la médecine libérale. A l'opposé, on pourrait émettre l'hypothèse que, pour certains médecins, le motif de non participation ait été lié à une forte activité limitant la disponibilité (gros cabinets). Si cette seconde hypothèse était vérifiée, le poids de la médecine libérale aurait été sous évalué par la manière de procéder utilisée. On mesure donc les limites de l'approche proposée pour estimer la réalité de la prise en charge pédiatrique chez les non répondants.

D'autres réserves doivent être mentionnées au sujet du calcul du nombre de consultations non programmées.

L'une tient au fait que les médecins libéraux participants étaient indemnisés sur la base d'un forfait pour chaque cas déclaré (1,5 C par cas). Cet élément peut conduire à deux biais antagonistes. Le premier repose sur le fait que le pouvoir incitatif de cette indemnisation est certainement plus fort pour les médecins les plus disponibles ou ceux pour qui l'équilibre financier du cabinet n'est pas encore établi. On aurait alors surévalué dans notre échantillon les "petits cabinets" et donc minimisé le nombre de CNP. A l'opposé, une indemnisation "à l'acte" peut entraîner une certaine sur-déclaration (par exemple notification de certains cas limites).

Une seconde réserve tient au fait que l'enquête dans les structures d'hospitalisation a pu laisser échapper certains patients. La confrontation avec les données des Bureaux des entrées dans les sites des HCL montre que l'enquête aurait laissé échapper 9 cas dans ces sites le samedi et 16 cas le jeudi. On sait que les patients directement admis en réanimation n'ont pas été pris en compte mais ce nombre est certainement faible en regard du nombre total des entrées aux urgences. Par ailleurs, il est fort possible que plusieurs de ces cas, a priori omis, soient le résultat d'une arrivée dans le service se situant juste à la limite des horaires d'observation ou encore de patients considérés comme mineurs alors qu'ils avaient déjà 18 ans (et, par conséquent, non pris en compte par l'enquête). Quoi qu'il en soit, même si elle devait être légèrement majorée pour les sites d'accueil des urgences des HCL, la part relative des différentes filières dans la prise en charge des CNP ne s'en trouverait pas radicalement modifiée.

Une troisième réserve est liée au fait que la seconde phase d'enquête a eu lieu pendant un mouvement de grève des gardes des médecins généralistes, ce qui a indéniablement diminué le poids de cette filière durant la nuit (et qui a peut-être également diminué le poids des HCL, certains commentaires semblant montrer qu'une grève des garde des médecins de ville ne se traduisait pas forcément -au contraire- par une affluence accrue dans les services d'urgences).

La dernière réserve portant sur le calcul du nombre de CNP est liée à la non participation de SOS Médecins aux deux phases de l'étude. Cependant, si, de ce fait, le nombre total de CNP prises en charge pendant les périodes étudiées est en réalité plus élevé que celui calculé dans ce rapport (sur la base d'informations communiquées a posteriori, il semblerait que cette structure aurait pris en charge environ 200 enfants de moins de 18 ans le samedi et environ 160 le jeudi, soit, respectivement, 10% et 3% de l'ensemble des CNP), l'addition de SOS Médecins ne change pas, en valeur relative, le poids des autres filières (la part de chacune se trouvant diminuée dans une proportion identique). Par ailleurs, dans la mesure où les chiffres décrivant l'activité de SOS Médecins ne résultent pas d'un dénombrement rigoureux effectué par le CAREPS, mais d'une estimation non contrôlée, il ne nous a pas paru pertinent d'inclure ces cas dans le calcul des CNP.

Enfin, pour clore ce chapitre discussion, il convient de signaler un indéniable biais de déclaration dans les données portant sur l'appréciation formulée par le patient ou sa famille sur des éléments tels que le délai de prise en charge ou l'accueil (dans les structures d'hospitalisation : interrogation à chaud susceptible de majorer un sentiment d'exaspération ou, au contraire, à minimiser les critiques devant des enquêteurs que l'on peut penser faisant partie de l'établissement ; chez les libéraux : minimisation évidente des critiques de la part de la famille puisqu'elles seraient recueillies par le médecin éventuellement incriminé).

**SYNTHESE DES RESULTATS
ET
CONCLUSIONS**

SYNTHESE DES RESULTATS ET CONCLUSIONS

Rappel du contexte et de la méthode

Le projet de constitution du réseau ville hôpital COURLYGONES pour la prise en charge des urgences pédiatriques dans l'agglomération lyonnaise répond au constat (non spécifique à Lyon) d'une augmentation de la demande, couplée à certains dysfonctionnements dans la prise en charge se manifestant par un recours de plus en plus fréquent aux soins non programmés, un engorgement des services d'accueil des urgences et un certain désengagement de la médecine libérale en matière de garde. A partir de ce constat, les pédiatres de l'*association pour la Journée de l'Urgence Pédiatrique* (JUP) ont initié le projet COURLYGONES, en partenariat avec les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Les promoteurs de ce projet ont souhaité étayer leur réflexion par une enquête transversale "un jour donné" dont la réalisation a été confiée au CAREPS.

Cette enquête a reposé sur un relevé des consultations non programmées (CNP), c'est-à-dire non prévues au moins 24 heures à l'avance pour des enfants de moins de 18 ans dans l'ensemble des filières de soins de l'agglomération lyonnaise : généralistes et pédiatres libéraux (activité normale et gardes), sites d'accueil des urgences des HCL, cliniques privées. L'enquête a eu lieu durant deux périodes de 24 heures, l'une le samedi, l'autre en semaine, l'une au printemps, l'autre en hiver (samedi 21 avril et jeudi 13 décembre 2001).

La collecte de l'information a porté sur :

- **un échantillon de médecins libéraux : généralistes** (71 lors de la première phase, 104 lors de la seconde, soit 6 à 8% des généralistes de l'agglomération) et **pédiatres** (16 lors de la première phase et 46 lors de la seconde, soit respectivement 18% et 52% de l'ensemble des pédiatres de l'agglomération). Contrairement aux pédiatres, qui ont tous été sollicités, seul un échantillon de généralistes l'a été. Le taux de participation des généralistes sollicités s'est élevé à 15% pour la première vague et à 35% pour la seconde. Le faible taux de participation relevé lors de la première phase de l'étude s'explique aisément par le grand nombre de cabinets médicaux fermés le samedi. Une enquête complémentaire auprès des non participants a permis d'estimer, le samedi, le taux réel de participation chez les médecins dont le cabinet était ouvert à 30 % chez les généralistes et à 43% chez les pédiatres.

les gardes généralistes sectorisées : le samedi, 24 secteurs sur 30 identifiés ont participé, le jeudi, 5 sur 13 l'ont fait (la seconde phase s'est déroulée durant un mouvement de grève des gardes).

- **la garde pédiatrique libérale** du GPL (Groupement des Pédiatres Lyonnais), hébergée dans une clinique de l'agglomération.

- **6 services d'accueil des urgences des hôpitaux publics** de l'agglomération, répartis sur 4 sites (HEH, CHLS, Debrousse, Croix Rousse) : 3 SAU et 3 services d'accueil des urgences pédiatriques.
- **9 cliniques privées** susceptibles d'accueillir des urgences pédiatriques (outre celle qui héberge la garde libérale du GPL).
- Enfin, la participation de SOS Médecins n'a pu être obtenue, ni à la première, ni à la seconde phase de l'étude, malgré de nombreuses sollicitations.

La collecte de l'information a reposé sur un questionnaire en deux parties : une partie remplie par interrogation du patient ou, plus souvent, de sa famille (caractéristiques du patient, durée d'installation des premiers signes, degré ressenti de l'urgence, motif du recours non programmé, recours médicaux antérieurs, degré de satisfaction), et une partie plus médicale, remplie par le médecin (appareil concerné, degré d'urgence, orientation, justification de l'urgence, jugement global sur le circuit de prise en charge). Les praticiens libéraux (cabinets et gardes sectorisées) avaient la charge de remplir eux-mêmes le questionnaire pour chaque CNP (en interrogeant le patient ou sa famille pour la première partie). Il en était de même de la plupart des médecins de garde opérant dans les cliniques privées. Par contre, dans les 6 services hospitaliers, à la garde pédiatrique libérale du GPL et dans deux cliniques privées connues pour avoir une forte activité pédiatrique, le questionnaire était administré par des enquêteurs présents sur place durant les 24 heures d'observation. Pour ce faire, 18 enquêteurs (étudiants d'un IFSI) ont été recrutés par le CAREPS et ont opéré à chacune des deux vagues.

Synthèse des résultats

Le premier enseignement tiré de cette étude est l'estimation de la masse représentée par les consultations non programmées. Au total, 683 CNP d'enfants de moins de 18 ans ont été notifiées lors de la première enquête, 1183 lors de la seconde. Une pondération complexe a été réalisée pour estimer le nombre réel de CNP durant les deux périodes d'observation. Celle-ci prenait en compte tout à la fois la fraction de sondage, le taux de non-réponse et la proportion de cabinets fermés. Le modèle mathématique réalisé a permis d'estimer à 1813 le nombre de CNP le samedi et 4576 le jeudi. Une réelle prudence s'impose quant à cette estimation car elle repose sur un certain nombre d'hypothèses dont la véracité ne peut être absolument garantie. Par ailleurs, ces chiffres ne tiennent pas compte de l'activité de SOS Médecins (estimée, sur la base de certaines informations non contrôlées, à environ 200 le samedi et 160 le jeudi).

Le second enseignement est la détermination de la part relative occupée par les différentes filières médicales : **le poids de la médecine de ville apparaît considérable dans la prise en charge des CNP : 82% le samedi** (70% pour les généralistes et 12% pour les pédiatres) **et 93% en semaine** (75% pour les généralistes et 18% pour les pédiatres). La part des sites d'accueil des urgences des HCL est de 13% le samedi et 4% en semaine, celle des établissements privés de 5% le samedi et 2% en semaine. On rappelle que ces chiffres n'incluent pas l'activité de SOS Médecins. Par ailleurs, outre l'incertitude relative aux hypothèses de

pondération, on doit signaler que certains biais ont pu contribuer à minimiser quelque peu les cas hospitaliers (non prise en compte des entrées directes en réanimation, non prise en compte de certains cas arrivés en début ou en fin de plage horaire) mais ceci reste marginal (au maximum, la sous-estimation des cas hospitaliers est de 4 à 8%, en fait, probablement moins). Par ailleurs, le fait de participer à l'enquête a pu conduire à une certaine sur-déclaration chez les libéraux (biais d'observation non contrôlable). On voit donc que les chiffres présentés doivent être considérés avec une certaine prudence, même si l'ordre de grandeur précédemment décrit ne être radicalement remis en cause.

La part relative des différentes filières évolue en fonction du jour et de l'horaire. Ainsi, le samedi après-midi, les structures publiques et privées prennent-elles en charge 47% des CNP (dont 31% pour les seuls HCL), tandis qu'elles assurent 77% de cette prise en charge le samedi après 20H et 40% en semaine après 20H (persistance d'une forte activité libérale de 20H à 21H, d'autant plus qu'une grève des gardes avait lieu le jeudi où l'enquête a été conduite).

L'étude a également montré la part très importante des consultations non programmées parmi l'ensemble de l'activité des libéraux puisque celles-ci représentent **79% des consultations pédiatriques effectuées par les généralistes en semaine**, 71% le samedi, tandis qu'elles constituent **53% des consultations de pédiatres**, en semaine comme le samedi.

Les principaux autres résultats de l'enquête sont les suivants :

- en semaine comme le week-end, **plus de 50% des CNP sont données pour une symptomatologie évoluant depuis plus de 24 heures**, elle évolue depuis 3 jours ou plus dans 20% des cas en semaine et 27% des cas le samedi. Ce phénomène n'épargne pas les structures d'hospitalisation publiques ou privées, même si le recours correspond alors, en général, à une symptomatologie plus récente : 46% des recours en semaine aux services d'urgences des HCL correspondaient à des signes installés depuis plus de 24 heures, il en était de même de 31% des recours aux HCL le samedi.
- **lorsque la CNP a lieu en médecine de ville, elle se déroule, la plupart du temps, chez le médecin traitant de l'enfant** : 85% en semaine et 71% le samedi. Chez les généralistes, cette proportion varie peu en fonction du jour (de l'ordre de 80%), par contre, on remarque que, chez les pédiatres, le tiers des CNP du samedi correspondent à des enfants non suivis par le médecin consulté, ce qui est très rare en semaine (9%).
- **Le délai médian d'attente entre l'arrivée au cabinet ou dans la structure et la prise en charge est de 15 minutes, il avoisine 30 minutes dans les services d'urgences des HCL**. On relève peu de variation entre la semaine et le week-end, sauf chez les pédiatres où les délais sont plus courts le samedi. Cependant, quelques valeurs extrêmes (plus d'une heure, voire plusieurs heures) sont notées. **Plus de 80% des patients (ou des familles) ont jugé ces délais satisfaisants**, seuls 1 à 3% les ont considérés franchement insatisfaisants. Ces derniers représentent cependant aux HCL 20% des cas en semaine et 14% le samedi.

- **S'agissant de l'accueil, 95% des patients ou des familles le jugent satisfaisant** et seulement 0.5% franchement insatisfaisant (3% aux HCL).
- **Plus d'une fois sur quatre, en semaine comme le samedi (28% à 29%), la CNP a été précédée par un contact médical dans les 24 heures.** En ville, lorsqu'un tel contact est noté, il a été établi, deux fois sur trois, avec le médecin consulté en CNP. Ainsi, lorsqu'un généraliste est consulté en CNP, dans 20% des cas il avait été préalablement contacté par la famille. Chez les pédiatres, cela est le cas pour 30% des CNP. Presque toujours il s'agissait d'un contact téléphonique, rarement d'une première consultation. En semaine, plus d'un recours sur deux aux services d'urgences des HCL et un recours sur trois dans une clinique privée avait été précédé d'un contact médical, le plus souvent avec un médecin de ville (les chiffres sont un peu moins élevés le samedi : respectivement 41% et 24%).
- **Dans 40% des cas, les parents considéraient que le problème était a priori bénin**, au contraire, dans 14% à 17% des cas, ils le considéraient a priori comme franchement sérieux, voire grave. Si la proportion de CNP correspondant à des problèmes jugés a priori franchement sérieux, voire graves, par les parents est plus élevée dans les services d'urgences des HCL (39% des cas en semaine, contre 27% dans les cliniques, 14% chez les généralistes et 25% en garde et chez les pédiatres), on relève néanmoins que **13% des parents ont amené leur enfant dans un service d'accueil des urgences des HCL pour un problème qu'ils considéraient a priori bénin** (17% le samedi, soit une fois sur 6). Par ailleurs, **le tiers des consultations en garde généraliste en semaine** (et 16% le samedi) **correspondent à des cas considérés a priori bénins par les parents.**
- les motifs mis en avant par les parents pour expliquer la non programmation du recours sont majoritairement liés au problème médical présenté : douleur, gêne physique, peur de la survenue de complications, sont retrouvées dans la majorité des cas, plus rarement (12%), le motif est la gravité suspectée. Si la gravité motive 40% des recours en semaine aux HCL, cet élément n'est retrouvé que dans 20% des cas le week-end. Par ailleurs, **des facteurs autres que ceux directement liés au problème médical sont très souvent notés comme motifs du recours non programmé : une fois sur quatre en semaine et une fois sur deux le samedi.** Il s'agit alors essentiellement; le jeudi, d'un recours non programmé pour **commodité personnelle**, voire à cause de **l'approche du week-end**. Le samedi, ce dernier élément est très souvent cité pour les CNP en médecine de ville, tandis que **l'absence du médecin traitant** est souvent citée pour les CNP en milieu hospitalier.
- **la gravité du problème médical n'est pas l'élément principal qui motive le recours à une structure plutôt qu'à un médecin de ville.** En effet, cela n'est le cas que de 19% des recours hospitaliers en semaine et 12% le samedi (les chiffres sont tout à fait comparables dans les sites des HCL et dans les cliniques privées). Sont plus souvent cités le fait que l'on a **tout sur place** (30% environ) et **l'impossibilité d'un recours ambulatoire** (28% des cas le samedi) : cabinet fermé ou médecin ne prenant pas en urgence ou personne n'ayant pas de médecin traitant. Par ailleurs, **l'orientation par un médecin de ville** est assez souvent citée (25%), de même que la **présence de spécialistes** pour les établissements privés (16%) ou la **proximité** (motif mis en avant dans 33% des cas en semaine dans les établissements privés).

Lors de l'enquête réalisée au printemps (avril), les **signes ORL** dominaient largement la scène dans les CNP notifiées (40%). On retrouvait par ailleurs, avec une fréquence voisine (12 à 14%), des signes digestifs, respiratoires, cutanés et ostéo-articulaires. L'étude conduite en début d'hiver (décembre) ne faisait pas apparaître de modification radicale des motifs médicaux de recours : la fréquence des manifestations ORL était encore majorée (pratiquement 50%), de même que la **symptomatologie respiratoire** (25%) Bien entendu, les signes présentés diffèrent selon l'âge de l'enfant (davantage de troubles respiratoires chez les plus jeunes, davantage de problèmes ostéo-articulaires et traumatiques chez les adolescents), de même qu'ils diffèrent selon la filière médicale (les troubles ORL étant essentiellement pris en charge en libéral, les problèmes ostéo-articulaires et traumatiques l'étant essentiellement dans les structures). Les autres principaux signes présentés se distribuent de manière relativement homogène dans les différentes filières. On note encore que 5% des CNP hivernales (en fait début d'hiver) correspondaient à une bronchiolite (10% des recours enregistrés aux HCL et 13% chez les pédiatres libéraux). **Chez les moins de 2 ans, les bronchiolites représentaient 16% de l'ensemble des CNP notifiées en hiver.**

- **Plus de 9 fois sur 10, en libéral comme dans les structures, la CNP correspondait à un état clinique stable, a priori non susceptible de s'aggraver**, les états évolutifs susceptibles de s'aggraver ne représentaient que 6% à 8% des CNP et le pronostic vital n'était engagé que dans 0.2% d'entre elles (1% aux HCL). On rappelle que les entrées directes en réanimation n'ont pas été comptabilisées.
- **dans plus de 80% des cas** (mais seulement 40% aux HCL et 30 à 40% dans les cliniques privées), **la CNP n'a donné lieu à la réalisation ou à la prescription d'aucun acte complémentaire.**
- **Neuf fois sur dix, le patient est rentré chez lui à l'issue de la CNP, sans renvoi vers le médecin traitant.** Un renvoi vers un médecin de ville est cependant plus souvent décrit dans les structures : dans les cliniques, 20% des CNP sont renvoyées vers un spécialiste et 10% vers le médecin traitant, aux HCL, 5% sont renvoyées vers un spécialiste et 10% vers le médecin traitant.
- **Plus d'une fois sur deux, en semaine comme le samedi, la CNP ne nécessitait pas, de l'avis du médecin, une prise en charge dans les 24 heures ;** à l'opposé, 1 à 2% étaient qualifiées d'urgences immédiates. **Les CNP considérées comme non urgentes représentent en semaine près des deux tiers des CNP des généralistes (en cabinet comme en garde) et le tiers environ des CNP prises en charge dans les autres filières (y compris aux HCL).** Le samedi, la proportion de CNP considérées comme non urgentes a tendance à s'élever aux HCL (45%) et chez les pédiatres libéraux (39%). Par ailleurs cette proportion augmente avec l'âge, passant de 35% environ avant 2 ans à près de 60% à l'adolescence.
- **Pourtant, la part des CNP dont la non programmation est jugée totalement injustifiée par le médecin est relativement faible : 13%,** aussi bien en semaine que le samedi. En semaine, la moitié des CNP sont jugées totalement justifiées, 35% partiellement justifiées. Le samedi, la part des CNP totalement justifiées s'abaisse (44%) au profit des CNP partiellement justifiées (43%). **C'est dans les**

services d'urgences des HCL et en garde libérale généraliste que la proportion de recours considérés comme injustifiés est la plus élevée (près d'une consultation sur 5).

- Au final, **plus de 80% des médecins ont jugé globalement satisfaisant le circuit du patient avant sa prise en charge**, 15% l'ont jugé simplement acceptable et 3% l'ont considéré insatisfaisant. **Cependant, aux HCL, le jugement n'est satisfaisant que dans 50% des cas, il est à l'opposé insatisfaisant dans 20% des cas en semaine et 13% le samedi.** L'insatisfaction a tendance à augmenter avec l'âge de l'enfant. Les principales doléances notées ont trait au fait que le patient aurait dû être pris en charge en ambulatoire et non en hospitalier, que les parents ont court-circuité la médecine de ville pour recourir directement aux urgences, que les signes étaient installés depuis longtemps, que le problème ne justifiait pas une consultation, qu'au contraire le patient avait trop tardé avant de consulter, ou encore qu'une prise en charge inappropriée en ambulatoire avait conduit à la nécessité d'un recours en urgence.

En conclusion

L'un des principaux résultats de cette étude tient certainement à la démonstration de la **part prépondérante occupée par la médecine libérale dans la prise en charge des consultations non programmées** (non prévues au moins 24 heures à l'avance) des enfants de moins de 18 ans (93% en semaine et 82% le samedi, sans tenir compte de l'activité de SOS Médecins). Malgré la prudence qui s'impose, liée en particulier aux limites de l'extrapolation des résultats observés sur un échantillon à l'ensemble des médecins de l'agglomération ainsi qu'à certains biais méthodologiques, l'ordre de grandeur décrit ne doit pas être très éloigné de la réalité.

Cependant, de notre point de vue, il serait abusif d'en déduire que 80 à 90% des *urgences pédiatriques* sont prises en charge par la médecine libérale. Il semble en effet que **la consultation non programmée demeure une pratique très répandue en médecine libérale** et probablement "acceptée" dans un nombre non négligeable de cas (consultations sans rendez vous). Il serait en effet difficile d'imaginer, si cela n'était pas le cas, que 80% des consultations pédiatriques réalisées en semaine par les généralistes et 70% de celles qu'ils réalisent le samedi soient non programmées, ce qui est également le cas de 50% des consultations des pédiatres libéraux.

On voit donc que l'étude a en fait dénombré, sous la même appellation de consultations non programmées, trois types de situations :

- des consultations non programmées répondant à un problème médical qui nécessitait (ou semblait nécessiter aux yeux des parents) un recours non différé,
- des consultations non programmées résultant d'un dysfonctionnement (au niveau de l'attitude des parents ou au niveau de l'offre de soins),
- des consultations non programmées correspondant à une pratique habituelle dans certains cabinets médicaux.

L'étude permet effectivement de vérifier qu'il n'y **pas toujours juxtaposition entre la notion de consultation non programmée et celle d'urgence ressentie**. Ce constat est très clair en libéral, mais il est également vérifié dans les structures d'hospitalisation. On peut donc considérer que d'assez nombreux recours correspondent à un **dysfonctionnement dans l'attitude des parents**. On rappelle à ce propos que, dans 40% des cas, les parents sont venus consulter alors qu'ils considéraient le problème comme bénin (même si cette situation est moins souvent décrite dans les structures d'hospitalisation, elle n'est pas exceptionnelle : de 15% à 30% des cas dans les cliniques et environ 15% des cas dans les services d'accueil des urgences des HCL). A l'appui de ce constat figure également le fait que, souvent (en particulier le samedi), le motif (ou l'un des motifs) de la non programmation semble a priori non lié au problème médical mais plutôt à des facteurs "connexes" tels que la convenance personnelle, l'approche du week-end ou l'absence (ou l'indisponibilité) du médecin traitant (le samedi, une CNP sur deux est, au moins pour partie, motivée par un élément de ce type, ce qui est également le cas d'une CNP sur quatre en semaine). Par ailleurs, on est frappé de constater que plus de la moitié des CNP (y compris aux HCL) ont été réalisées alors que les signes étaient installés depuis plus de 24 heures, tandis que dans 20 à 25% des cas, ils l'étaient depuis au moins 3 jours.

D'ailleurs, pour la moitié des CNP (y compris pour celles qui ont eu lieu le samedi dans les sites des HCL), le médecin a considéré que le problème ne nécessitait pas une prise en charge dans les 24 heures. Pourtant, les praticiens n'ont jugé totalement injustifié le recours non programmé que dans 13% des cas, ce jugement critique étant plus souvent porté pour les CNP réalisées dans les services d'urgence des HCL et en garde libérale (environ 20%).

Un réel **dysfonctionnement est par ailleurs pointé par l'étude quant aux possibilités d'accueil des urgences pédiatriques par la médecine libérale** : le samedi, 40% des entrées dans les services d'urgences des structures publiques ou privées sont, au moins pour partie, motivées par l'absence du médecin traitant ou son indisponibilité. Cela est également fréquent en semaine (une entrée sur 3 dans les cliniques, une sur 4 aux HCL). Par ailleurs, le samedi, 20% des parents ayant amené leur enfant dans un service d'urgences des HCL et 30% de ceux qui l'ont amené dans une clinique privée indiquent avoir choisi cette orientation plutôt que la filière libérale en raison de difficultés à contacter leur médecin traitant (soit qu'il soit absent, soit qu'il ne prenne pas les urgences). On peut faire remarquer que cet argument de devrait pas forcément justifier un recours hospitalier si les gardes libérales avaient pu "absorber" ces patients. A ce propos, on doit signaler que la préparation de l'enquête a permis de relever la complexité du système de garde généraliste : regroupement de certains secteurs selon les jours, existence de secteurs non couverts (en semaine surtout) et relayés "par défaut" par SOS Médecins, discordance entre les listes de médecins de gardes communiquées au Conseil de l'Ordre et les médecins assurant effectivement la garde, existence de gardes "officieuses" (non communiquées au Conseil de l'Ordre), etc. On doit signaler qu'en semaine, pour 20% des recours dans un service d'urgences des HCL, le médecin hospitalier a jugé insatisfaisant le circuit antérieur du patient avant sa prise en charge, les commentaires les plus fréquents pointant le fait que le problème aurait dû être pris en charge en ambulatoire.

L'enquête a par ailleurs permis d'établir le **caractère "bénin" de la plupart des CNP**, correspondant, plus de 9 fois sur 10 (en libéral comme dans les services hospitaliers), à un état clinique stable, a priori non susceptible de s'aggraver. Par ailleurs, 90% des CNP de généralistes et 80% de celles de pédiatres n'ont pas donné lieu à la prescription ou la réalisation d'actes complémentaires (cependant dans les services d'urgences, de tels actes ont été réalisés pour la moitié des patients).

Enfin, il convient de relever que, dans leur très grande majorité, les parents se sont déclarés satisfaits de l'accueil reçu et des délais de prise en charge (y compris dans les services d'urgences, bien que les critiques y soient un peu plus nombreuses, jusqu'à 20%).

La poursuite d'une réflexion approfondie sur l'organisation de la prise en charge des urgences pédiatriques se trouve donc parfaitement justifiée par cette étude. Indéniablement, cette réflexion doit s'attacher à remédier de manière concomitante aux deux types de dysfonctionnement observés :

- **l'un lié à une attitude parfois inappropriée des parents** (soit parce que le recours aurait parfaitement pu être programmé, voire différé, soit parce qu'un recours direct dans un service d'urgences ne se justifiait pas). Une certaine **éducation des parents** (ou, pour le moins, une sensibilisation) semble donc nécessaire et les médecins libéraux apparaissent manifestement les mieux armés et les plus légitimes pour la conduire (même si d'autres relais peuvent être parallèlement utilisés).
- **l'autre, lié à l'offre libérale, dont le système de garde est certainement perfectible.** Il nous semble important que la médecine libérale puisse, de sa propre initiative, améliorer cette organisation des gardes afin de proposer à la population une alternative mieux structurée et plus clairement identifiée. De notre point de vue, outre le perfectionnement des gardes pendant les horaires de fermeture des cabinets, la réflexion pourrait également s'attacher à la proposition d'un système original, animé par les médecins libéraux, permettant, durant la journée, la prise en charge de certaines consultations en urgence pour des patients ne pouvant recourir à un médecin traitant et dont l'état de santé ne justifie pas un recours dans un service hospitalier d'accueil des urgences.

ANNEXES

- **Médecins participants**
- **Croisements complémentaires**

LISTE DES MEDECINS LIBERAUX AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE

PEDIATRES (n=53)

AUGAY CATHERINE	69001 LYON
BARROIS SOPHIE	69007 LYON
BEAUDE CHERVET VERONIQUE	69100 VILLEURBANNE
BERLIER PASCALE	69800 ST PRIEST
CHAUVEL MARIE-CHRISTINE	69340 FRANCHEVILLE
CHAVENT MUNET CLAIRE	69300 CALUIRE ET CUIRE
CLARIS-MEUNIER GHISLAINE	69008 LYON
CLOZEL AGNES	69230 ST GENIS LAVAL
COULOMBEL DOMINIQUE	69110 STE FOY LES LYON
DAGHER FADY	69120 VAULX EN VELIN
DANJOU GILBERT	69200 VENISSIEUX
DE CHABANOLLE FRANCOIS	69800 ST PRIEST
DUGNOLLE MONIQUE	69160 TASSIN LA DEMI LUNE
DUQUESNE AGNES	69002 LYON
DURAND MONIQUE	69140 RILLIEUX LA PAPE
FOASSO MARIE-FRANCE	69200 VENISSIEUX
FOSSATI ALFRED	69001 LYON
GARDET ROBERT	69230 ST GENIS LAVAL
GHIPPONI JACQUES	69190 ST FONS
GRAND CHRISTIAN	69004 LYON
HENRY ANNE	69008 LYON
HOLLARD DIDIER	69140 RILLIEUX LA PAPE
HUGUET SYLVIE	69290 CRAPONNE
KUGENER BEATRICE	69007 LYON
LABARGE SYLVIE	69140 RILLIEUX LA PAPE
LACROIX EDITH	69800 ST PRIEST
LAFONT MARC	69110 STE FOY LES LYON
LANGUE JACQUES	69006 LYON
LAPALU MARIE-NADINE	69007 LYON
LIBERAS SYLVIANE	69004 LYON
LIPONSKI ISABELLE	69680 CHASSIEU
MAISONNEUVE JACQUES	69006 LYON
MARDINI C/O Dr STAGNARA	69006 LYON
MARECHAL PAULETTE	69008 LYON
NAKACHE CORINNE	69100 VILLEURBANNE
NOIRET ALAIN	69009 LYON
PAYOT FRANCOIS	69006 LYON
PEDOJA ROGER	69250 NEUVILLE SUR SAONE
PEGUY MICHEL	69160 TASSIN LA DEMI LUNE
PICOT CHRISTIAN	69100 VILLEURBANNE
PINCON JEAN-ALIX	69100 VILLEURBANNE
PONCET JACQUES-EDOUARD	69006 LYON
PUJOL MARIE-THERESE	69150 DECINES CHARPIEU
RASCLE ISABELLE	69500 BRON
RENAUX PHILIPPE	69003 LYON
ROBERT JACQUES	69150 DECINES CHARPIEU
SAINT-PAUL JACQUELINE	69230 ST GENIS LAVAL
SERBAN ADRIAN	69600 OULLINS
SIMONNET CATHERINE	69004 LYON
TEINTURIER ANNE	69230 ST GENIS LAVAL
TOUBOUL GINETTE	69005 LYON
TOUTENU JEANNE FRANCOIS	69008 LYON
TREPOZ SOPHIE	69002 LYON

GENERALISTES (cabinet ou garde sectorisée) (n=141)

ALATERNE	ISABELLE	69008	LYON
ALESSANDRINI	LOUIS	69200	VENISSIEUX
ALUNNI-BERNOLLIN	CATHERINE	69001	LYON
ANDRE	MARC	69100	VILLEURBANNE
ANNIC	JEAN MARIE	69250	NEUVILLE-SUR-SAONE
ARMAND	CHRISTIANE	69130	ECULLY
AVRIL	ERIC	69270	FONTAINES-SUR-SAONE
BARBIER	PATRICIA	69005	LYON
BARDE	LAURENCE	69009	LYON
BARTHELEMY	PASCALE	69008	LYON
BELLON	SYLVIE	69007	LYON
BENOIT	BEATRICE	69005	LYON
BERHOUN		69200	VENISSIEUX
BERNIER	PATRICK	69100	VILLEURBANNE
BERTHET	BEATRICE	69270	FONTAINES-SUR-SAONE
BIGNON	JEAN-JACQUES	69260	MARCY-L'ETOILE
BIOT-LAPORTE	SYLVIANNE	69005	LYON
BIZRI	RADWAN	69330	MEYZIEU
BLANC VANNET	PHILIPPE	69600	OULLINS
BOASIS	MICHEL	69100	VILLEURBANNE
BOLLIET	ROGER	69120	VAULX-EN-VELIN
BONIN	OLIVIER	69600	OULLINS
BONNETAIN	NOELLE	69500	BRON
BOTHIER	CHRISTOPHE	69540	IRIGNY
BOUCHEZ	JEAN MARC	69800	SAINT-PRIEST
BOULOS	MAURICE	69003	LYON
BOUTELDJA	PASCAL	69008	LYON
BOUZON	MICHEL	69320	FEYZIN
BRESSE	PIERRE	69140	RILLIEUX-LA-PAPE
BRUNET	HERVE	69330	MEYZIEU
CANTRELLE	FRANCOIS	69110	SAINTE-FOY-LES-LYON
CARRIER		69290	SAINT GENIS LES OLLIERES
CARTERET	VINCENT	69003	LYON
CEZANNE-BERT	ROLAND	69800	SAINT-PRIEST
CHAMAK	CLAUDE	69100	VILLEURBANNE
CHAPDANIEL	MARTINE	69006	LYON
CHARLAIX	JEAN-CLAUDE	69005	LYON
CHARLES	REMY	69130	ECULLY
CHARVET	CHRISTIAN	69001	LYON
CHASSAGNON	HENRI	69200	VENISSIEUX
CHATELET	PASCAL	69007	LYON
CLAUDY	SYLVIE	69100	VILLEURBANNE
CLEMENCIN	JACQUES	69100	VILLEURBANNE
COCOZZA	ROLAND	69410	CHAMPAGNE-AU-MONT-D'OR
COISSAC	JEAN-JACQUES	69120	VAULX-EN-VELIN
COLOMBET	CORINNE	69330	JONAGE
COUTY	JEANNE	69003	LYON
COUZIN	CHRISTOPHE	69580	SATHONAY-CAMP
CUOQ	OLIVIER	69100	VILLEURBANNE
CURE	NICOLE	69500	BRON
DE BOYER DES ROCHES	LAURENT	69003	LYON
DE CIANTIS	HECTOR	69300	CALUIRE-ET-CUIRE
DE GANTHO	ALIX	69800	SAINT-PRIEST
DE LADREIT	ROLAND	69650	SAINT-GERMAIN-AU-MONT-D'OR
DE LORENZI	GILLES	69250	MONTANAY
DELAPLACE	BRUNO	69580	SATHONAY-CAMP
DEYRIEUX	BRUNO	69500	BRON
DJERIDA	VINCENT	69006	LYON
DUCARRE	MARCEL	69009	LYON

DUC-DODON	PASCAL	69005	LYON
EDIER	ELISABETH	69140	RILLIEUX-LA-PAPE
ETIENNE	REGIS	69006	LYON
FANTON	BERNARD	69004	LYON
FAURE	MONIQUE	69250	ALBIGNY-SUR-SAONE
FAVORITI	HERVE	69300	CALUIRE-ET-CUIRE
FERRANDINI	LOIC	69800	SAINT PRIEST
FIGON	SOPHIE	69140	RILLIEUX-LA-PAPE
FORGEOIS	JACQUES	69005	LYON
FOURNET	CATHERINE	69007	LYON
FRIZOT	MIREILLE	69390	CHARLY
GENTILE	FRANCOIS	69008	LYON
GERBET	CLAUDE JEAN MARC	69007	LYON
GOTSCHAUX	PIERRE	69200	VENISSIEUX
GREGOT	JEAN-PHILIPPE	69009	LYON
GROSS	PHILIPPE	69500	BRON
GUERIN	REGINE	69100	VILLEURBANNE
GUEZ	CHARLES-HENRY	69110	SAINTE-FOY-LES-LYON
GUILLAUMEE	BRIGITTE	69150	DECINES-CHARPIEU
GUILLEMINET	STEPHANE	69300	CALUIRE-ET-CUIRE
HENRY	PAUL	69002	LYON
JANNIN	MICHEL	69300	CALUIRE-ET-CUIRE
JOUE	CLAUDE	69800	SAINT-PRIEST
JUILLARD	JACQUES	69320	FEYZIN
KALIFA	ALAIN	69190	SAINT-FONS
KALPAKDJIAN	BRIGITTE	69100	VILLEURBANNE
KESSAL	MARTINE	69002	LYON
LABORIER	FREDERIC	69003	LYON
LAFON-MARTEL	MIREILLE	69250	NEUVILLE-SUR-SAONE
LAGIER	FRANCOIS	69160	TASSIN-LA-DEMI-LUNE
LAPIERRE	GEORGES	69100	VILLEURBANNE
LIETTE POMMIER	VERONIQUE	69008	LYON
LINDER	JEAN-CLAUDE	69001	LYON
LOZAC'HMEUR	ALEXIS	69110	SAINTE-FOY-LES-LYON
MALI	MOUSSA	69200	VENISSIEUX
MALLEIN-DUCARME	FRANCOISE	69001	LYON
MARCERON	VERONIQUE	69003	LYON
MARCONI	ALAIN	69670	VAUGNERAY
MARIA	PIERRE	69780	MIONS
MASSAD	HENRI	69008	LYON
NEGRELLO	LAURENT	69003	LYON
NGUYEN	MINH HOA	69002	LYON
NGUYEN	XUAN-SON	69150	DECINES-CHARPIEU
NOUCHI	CAROLE	69001	LYON
ORFILA	EMMANUEL	69150	DECINES-CHARPIEU
PABION	BERNARD	69009	LYON
PAGES	BERTRAND	69004	LYON
PAGLIANO	PASCAL	69008	LYON
PASQUINELLI	ALAIN	69410	CHAMPAGNE-AU-MONT-D'OR
PERRIER	GILLES	69100	VILLEURBANNE
PERROT	RENE	69001	LYON
PETIT	GERARD	69006	LYON
POURTIER	GENEVIEVE	69001	LYON
REBUFFET	ALAIN	69130	ECULLY
REYMOND	DENIS	69500	BRON
RIGHI	JEAN-MICHEL	69890	LA TOUR-DE-SALVAGNY
ROCHE	FRANCOIS	69007	LYON
ROSET-JAULT	SYLVIANE	69200	VENISSIEUX
ROUANET	PASCAL	69006	LYON
ROUSSOULY	JEAN-PIERRE	69680	CHASSIEU
ROUZERE	PHILIPPE	69006	LYON

SACHETAT	PIERRE	69005	LYON
SAINT-PAUL	RENE	69570	DARDILLY
SAUGUES	MATHIEU	69290	CRAPONNE
SAVY	GUY	69130	ECULLY
SELVA	PHILIPPE	69230	SAINT-GENIS-LAVAL
SERAIN	MARIE-FRANCE	69009	LYON
SHEN	NAIZHI	69003	LYON
STAHL	CAROLINE	69002	LYON
TARGE	PIERRE	69600	OULLINS
TERRIEN	JEAN-PIERRE	69008	LYON
TESSIER	MICHEL	69006	LYON
THEOULE	JEAN	69200	VENISSIEUX
TOBALEM	VERONIQUE	69100	VILLEURBANNE
TOURMENTE	JACQUELINE	69800	SAINT PRIEST
TRENTI	HENRI	69680	CHASSIEU
UZEL-LIUCCI	FREDERIQUE	69008	LYON
VIRY	EMMANUEL	69008	LYON
VOCANSON	CLAUDE	69800	SAINT-PRIEST
WOLFF	PIERRE	69350	LA MULATIERE
YOANIDIS	IRIS	69330	MEYZIEU
ZIELESKIEWICZ	ROBERT	69007	LYON

MEDECINS EXERCANT DANS LES CLINIQUES (n=26)

(Liste non exhaustive)

VILLEMONOT	Florence	Clinique du Tonkin
MAZENOT		Clinique du Tonkin
COPPARD	Eric	Clinique Rillieux
PHELIP		Clinique Rillieux
M'GHEZZI		Clinique Sauvegarde
LAHAROTTE		Clinique Sauvegarde
MEYER		Clinique Sauvegarde
JAGNOUX	Denis	Clinique Grand Large
LAURENT	Roger	Clinique Grand Large
GOOLAM	Atchia	Clinique Grand Large
CARRE	Maurice	Clinique Pasteur
IRZYKOWSKY	Anna	Clinique Pasteur
ASSOSSOU	Irène	Clinique Pasteur
RENIER		Clinique Charcot
CHEMIN	Roland	Clinique Charcot
BLUM		Clinique Charcot
BUSSERY		Clinique des Minguettes
FERRER	JF	Clinique des Minguettes
FANGAUTHIER		Clinique Val d'Ouest
CARLIOZ	Patrick	Clinique Val d'Ouest
WILLEMEN	Luc	Clinique Val d'Ouest
LABOURE	Sylvie	Clinique Val d'Ouest
SIMONET		Clinique Jeanne D'Arc
BETEND		Clinique de l'Union
GOILLOT	Cécile	Clinique de l'Union
DEMAZIERE		Hôpital Croix Rousse

MEDECINS AYANT PARTICIPE AU TEST DU QUESTIONNAIRE

Pédiatres (6)

BARROIS Sophie, Lyon 7^{ème}
DAGHER Fady, Vaulx en Velin
DAVID Thierry, Ecully
LANGUE Jacques, Lyon 6^{ème}
RENAUX Philippe, Lyon 3^{ème}
SIMONNET Catherine, Lyon 4^{ème}

Généralistes (6)

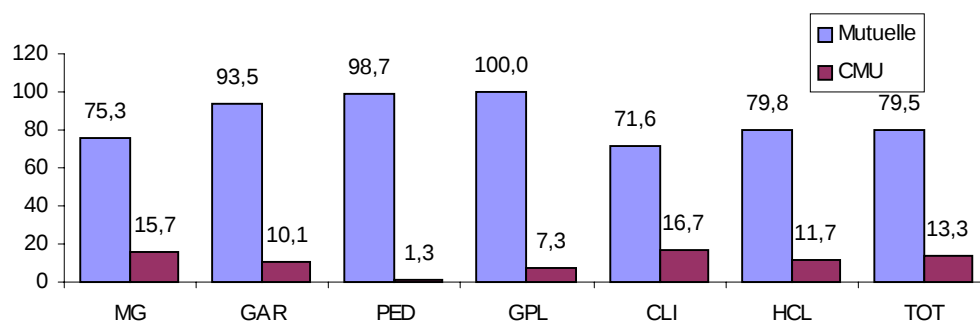
CHALAIS, Solaize
KALPAKDJIAN Brigitte, Villeurbanne
MALLEIN-DUCARME Françoise, Lyon 1^{er}
PELVET Philippe, Lyon 8^{ème}
TERRIEN J.P., Lyon 8^{ème}
TILL Michel, Lyon 6^{ème}

ANNEXE I
Pondération des dossiers enregistrés

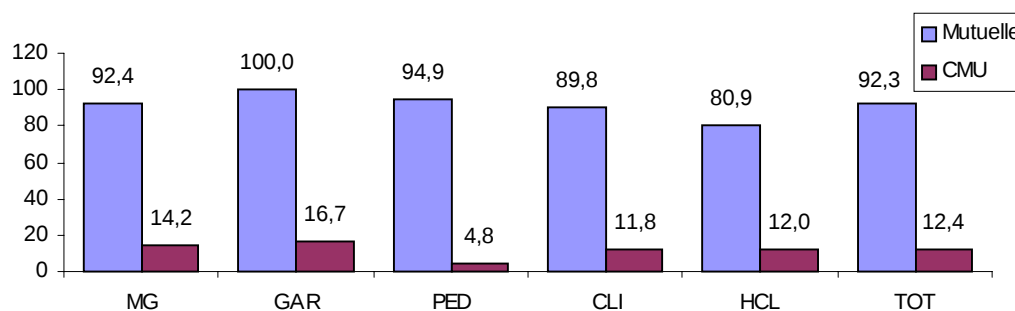
	Samedi		Jeudi	
	Effectif réel	Effectif pondéré	Effectif réel	Effectif pondéré
Généralistes	166	439	373	849
Garde	69	35	12	8
Pédiatres	77	66	455	210
GPL	41	15	3	1
Cliniques	84	31	93	24
HCL	240	90	208	52
Ensemble	677	677	1144	1144

ANNEXE II
Couverture maladie du patient en fonction de la filière médicale

Samedi

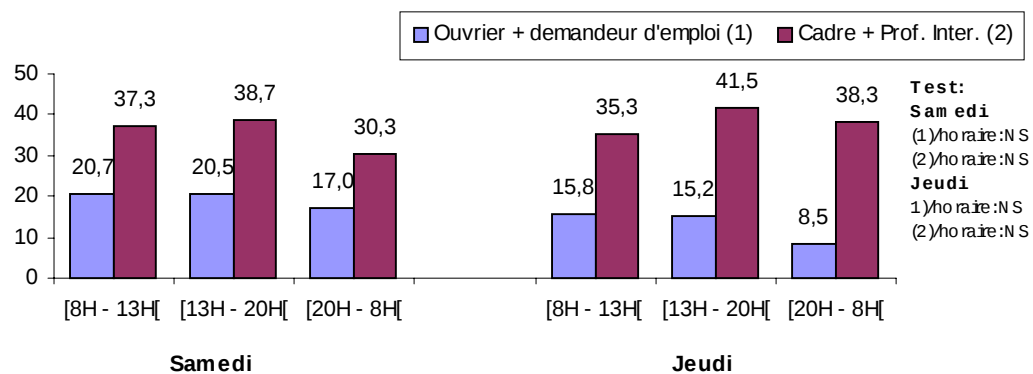


Jeudi



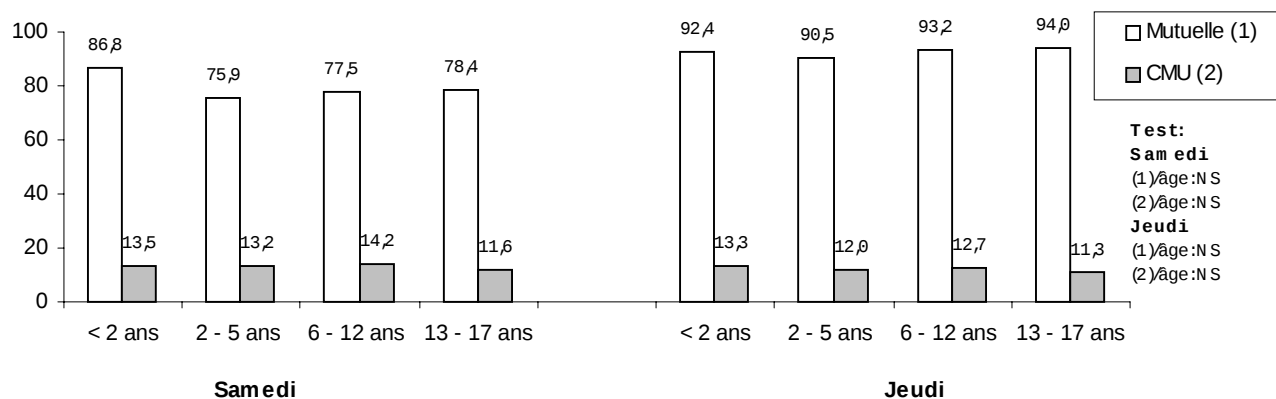
ANNEXE III

Catégorie socio-professionnelle du chef de famille en fonction de l'heure de la CNP (%)



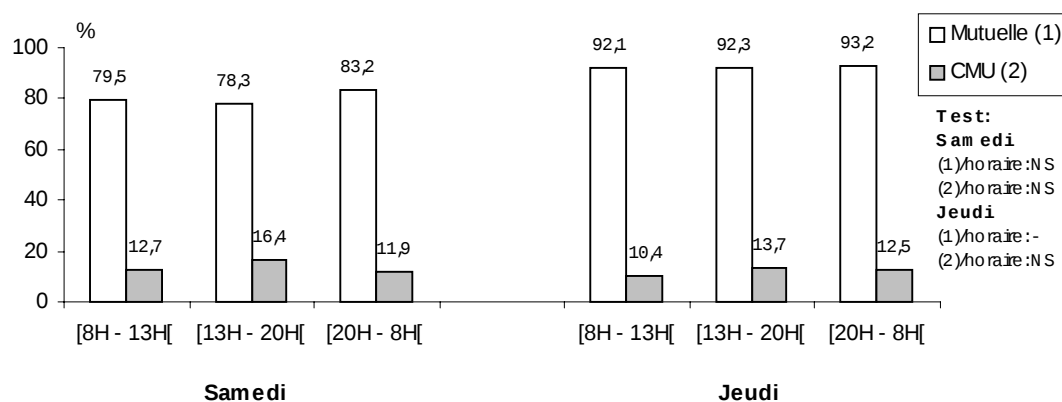
ANNEXE IV

Couverture maladie du patient en fonction de l'âge (%)



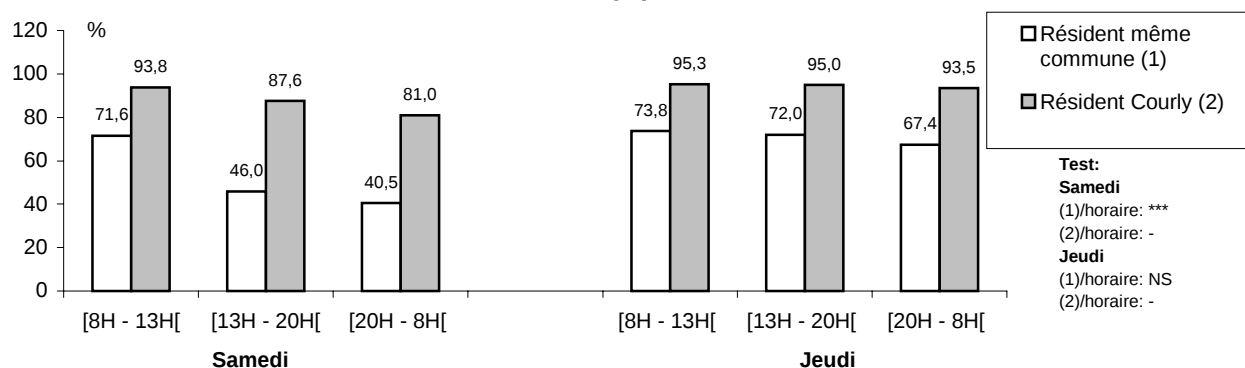
ANNEXE V

Couverture maladie du patient en fonction de l'heure de la CNP(%)



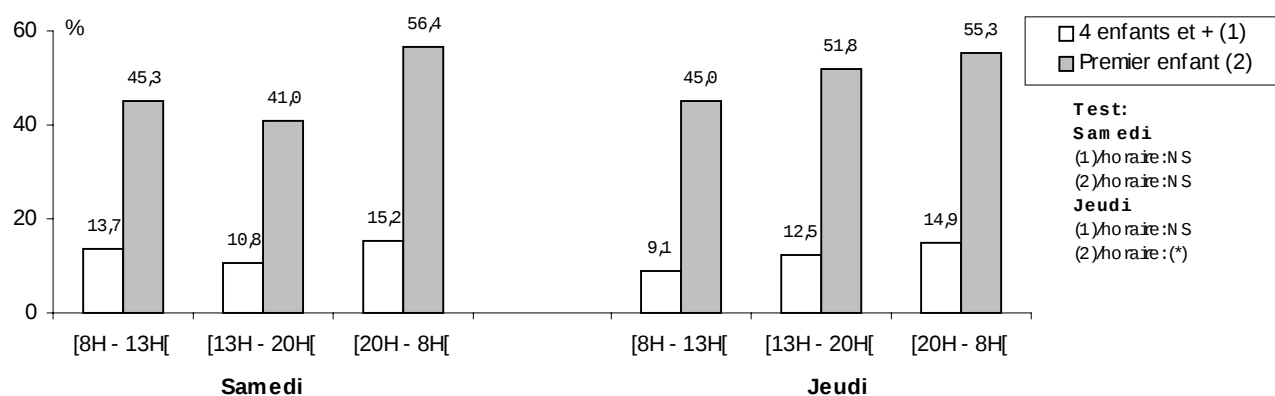
ANNEXE VI

Lieu de résidence (ou lieu de consultation pour patient vu à domicile) en fonction de l'heure de la CNP (%)



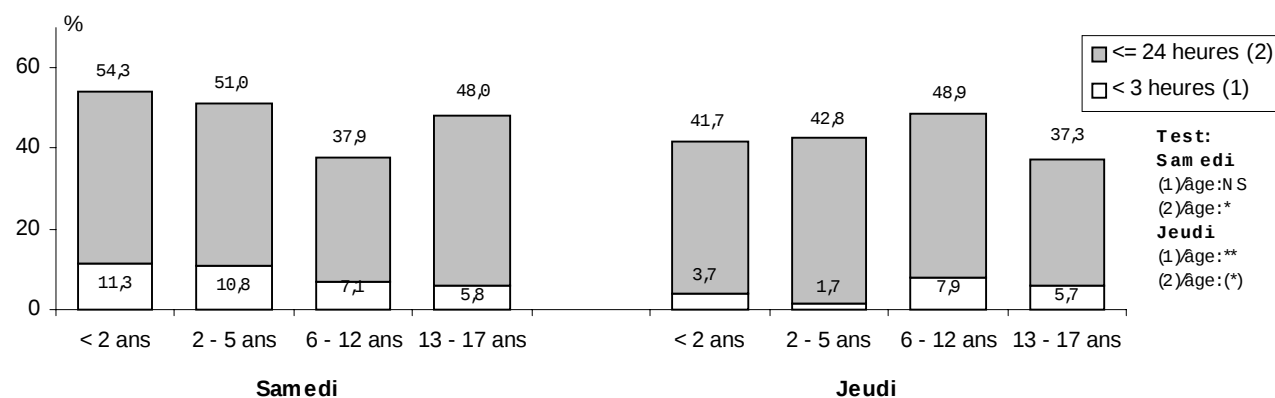
ANNEXE VII

Nombre d'enfants dans la fratrie et rang de l'enfant en fonction de l'heure de la CNP (%)



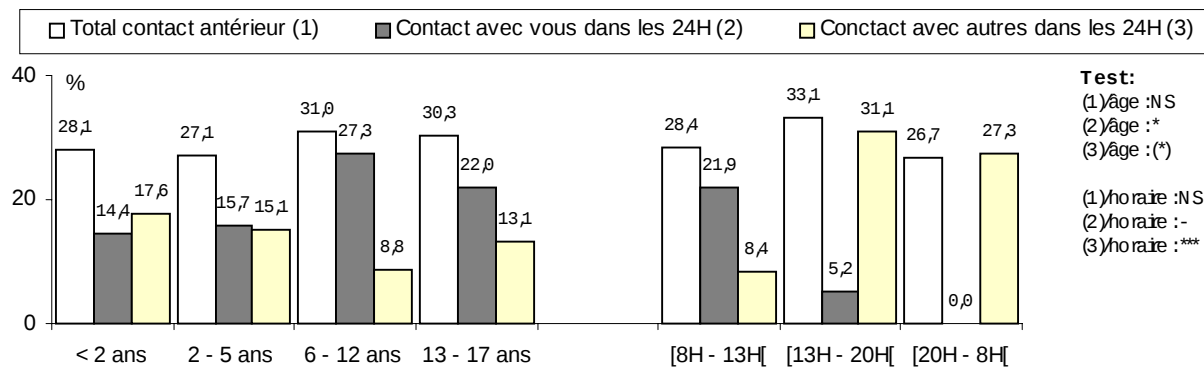
ANNEXE VIII

Ancienneté des signes cliniques motivant la consultation en fonction de l'âge (%)

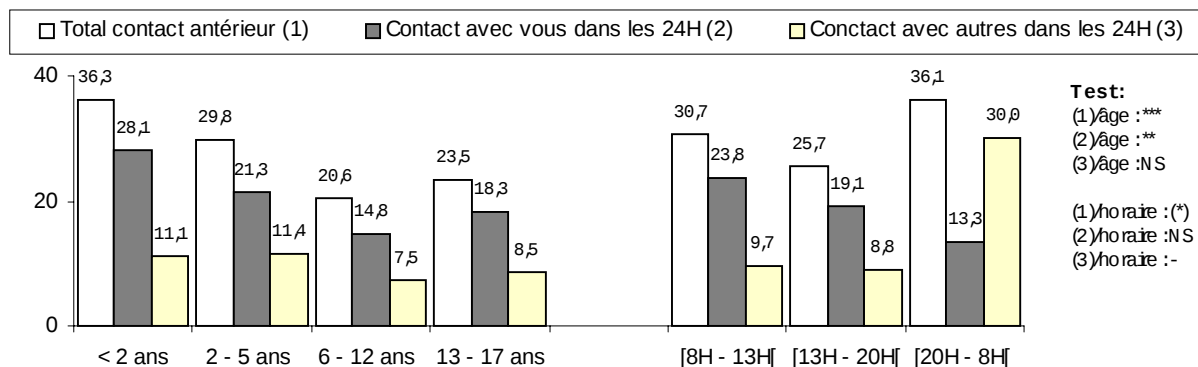


ANNEXE IX
Proportion de patients vus en CNP chez un médecin libéral et ayant eu un contact médical dans les 24H précédentes
Etude en fonction de l'âge et de l'heure de consultation

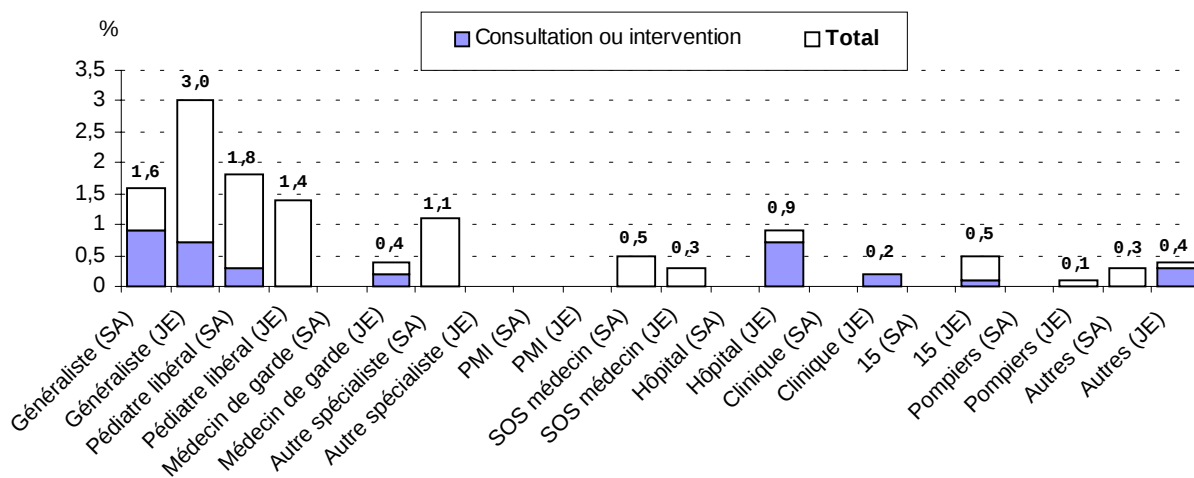
Samedi



Jeudi



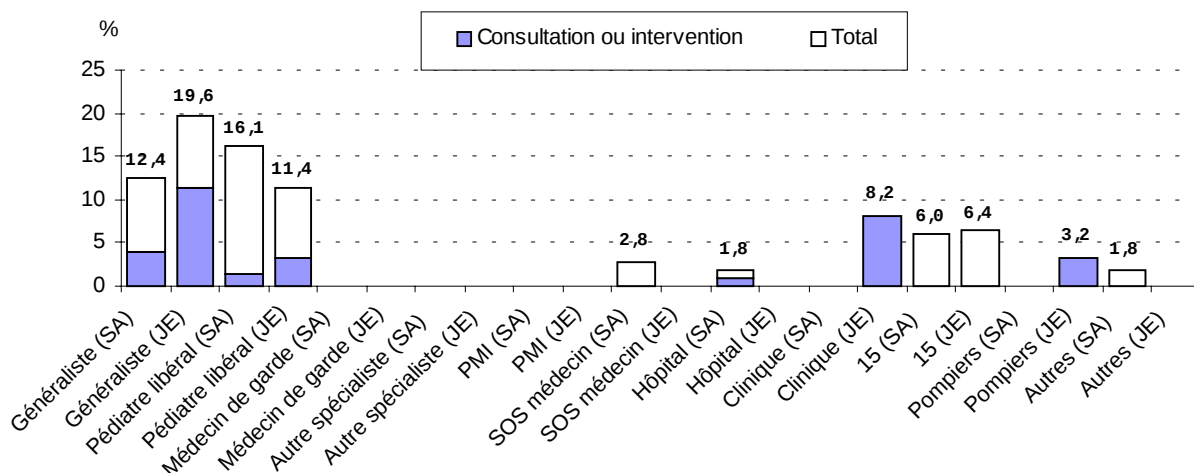
ANNEXE X
Autres professionnels éventuellement contactés dans les 24H précédant la CNP (%)
1. Cas des CNP réalisées en médecine de ville



ANNEXE XI

Autres professionnels éventuellement contactés dans les 24H précédant la CNP (%)

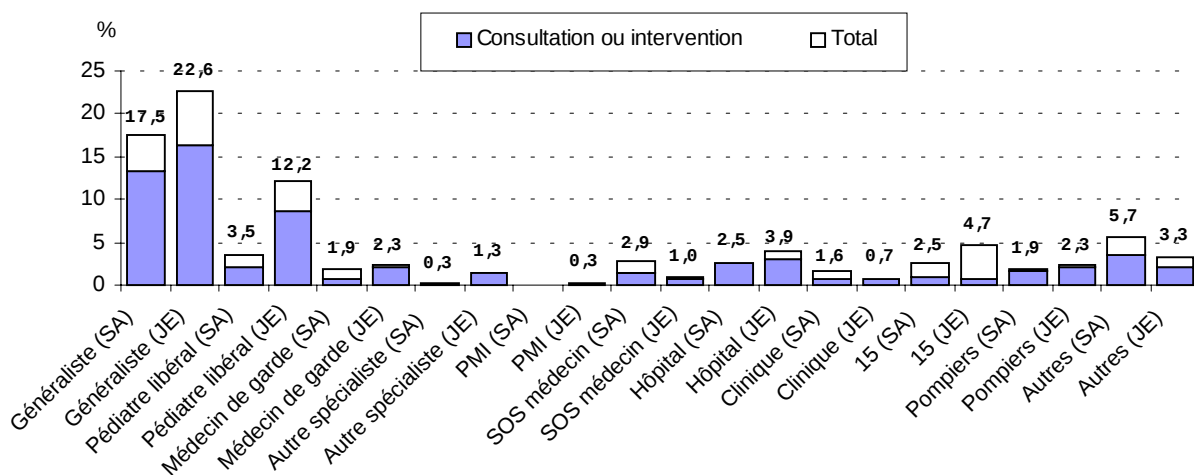
2. Cas des CNP réalisées en garde libérale



ANNEXE XII

Autres professionnels éventuellement contactés dans les 24H précédant la CNP (%)

3. Cas des CNP réalisées dans les structures d'hospitalisation



ANNEXE XIII

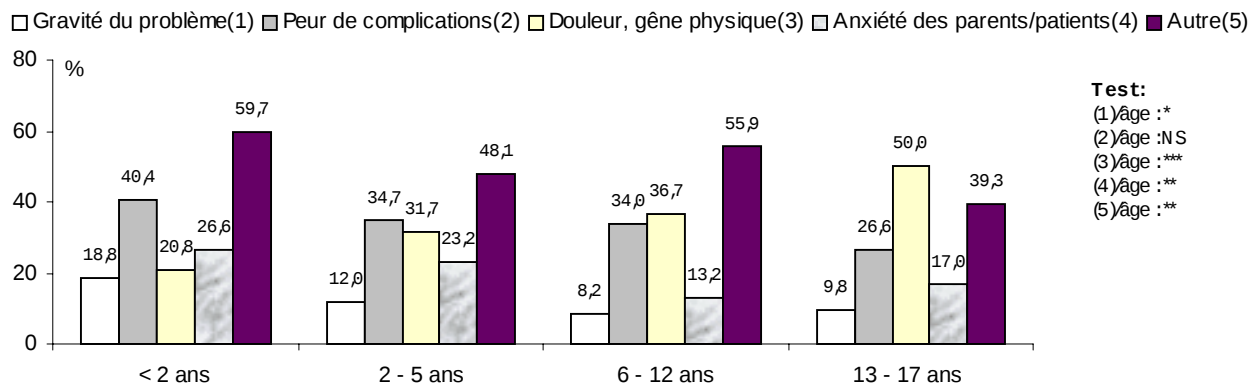
Modalités des contacts antérieurs avec les ressources médicales autres que le médecin consulté, contactées dans les 24H précédant la CNP (%)

Contacts antérieurs	Samedi				
	Total contact	Appel non abouti	Simple contact téléphonique	Conseil téléphonique	Consultation ou intervention
Généraliste	5.2	0.8	0.4	0.8	3.3
Pédiatre libéral	3.1	1.1	0.6	0.7	0.8
Médecin de garde	0.3	0.1	0.0	0.2	0.1
Autre spécialiste	0.9	0.4	0.4	0.1	0.0
PMI	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SOS médecin, secours 69	1.1	0.3	0.2	0.4	0.2
Médecin hôpital public	0.6	0.0	0.1	0.0	0.5
Médecin clinique privée	0.3	0.0	0.1	0.1	0.1
15	0.9	0.0	0.4	0.3	0.2
Pompiers	0.3	0.0	0.0	0.1	0.3
Autres	1.4	0.5	0.1	0.2	0.6

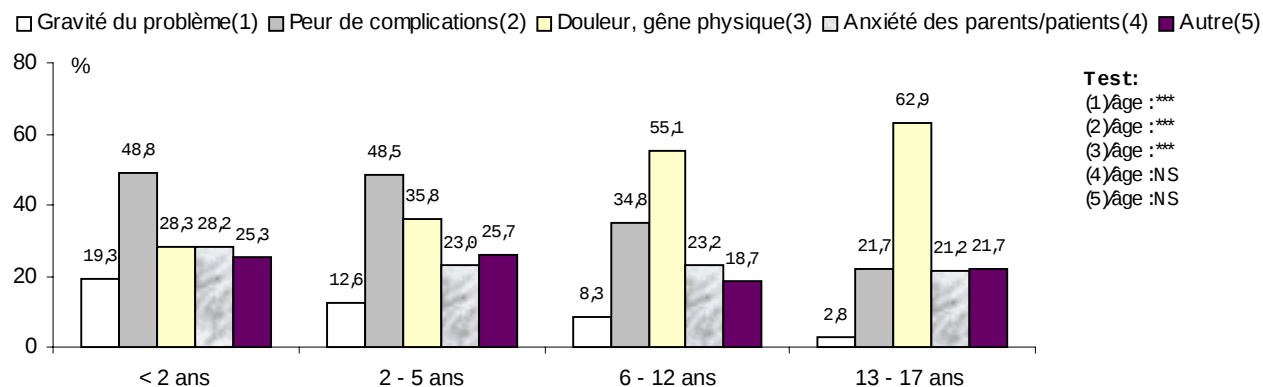
Contacts antérieurs	Jeudi				
	Total contact	Appel non abouti	Simple contact téléphonique	Conseil téléphonique	Consultation ou intervention
Généraliste	4.5	1.4	0.8	0.4	1.9
Pédiatre libéral	2.2	0.8	0.5	0.3	0.7
Médecin de garde	0.6	0.0	0.0	0.2	0.3
Autre spécialiste	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
PMI	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SOS médecin, secours 69	0.3	0.2	0.0	0.0	0.1
Médecin hôpital public	1.1	0.2	0.0	0.0	0.8
Médecin clinique privée	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3
15	0.9	0.2	0.0	0.5	0.1
Pompiers	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2
Autres	0.6	0.1	0.0	0.1	0.4

ANNEXE XIV
Motifs mis en avant par le patient et/ou ses parents pour expliquer
le recours non programmé aux soins en fonction de l'âge (%)
(totaux supérieurs à 100% en raison de réponses multiples)

Samedi



Jeudi

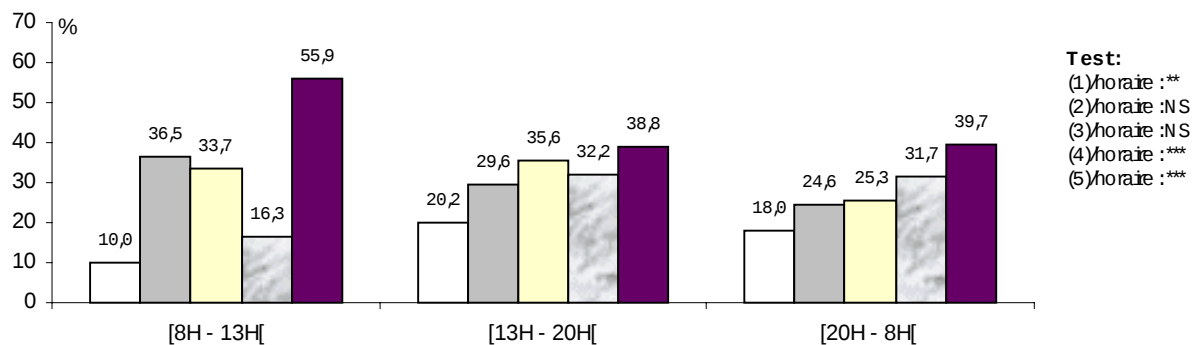


ANNEXE XV

Motifs mis en avant par le patient et/ou ses parents pour expliquer le recours non programmé aux soins en fonction de l'heure de la CNP (%)
(totaux supérieurs à 100% en raison de réponses multiples)

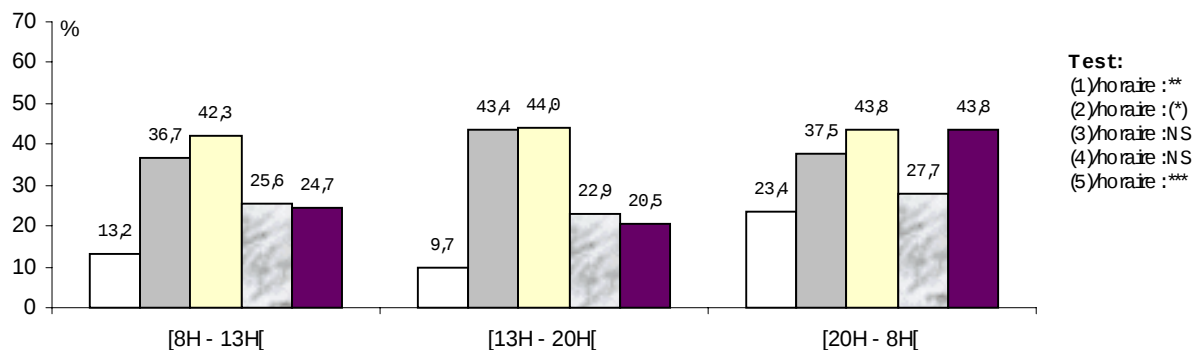
Samedi

□ Gravité du problème(1) □ Peur de complications(2) □ Douleur, gêne physique(3) □ Anxiété des parents/patients(4) ■ Autre(5)



Jeudi

□ Gravité du problème(1) □ Peur de complications(2) □ Douleur, gêne physique(3) □ Anxiété des parents/patients(4) ■ Autre(5)



ANNEXE XVI

Détail des éléments non liés au problème médical ayant motivé la non programmation des soins en fonction de la filière médicale (% calculé sur les seules personnes ayant cité un motif de ce type)

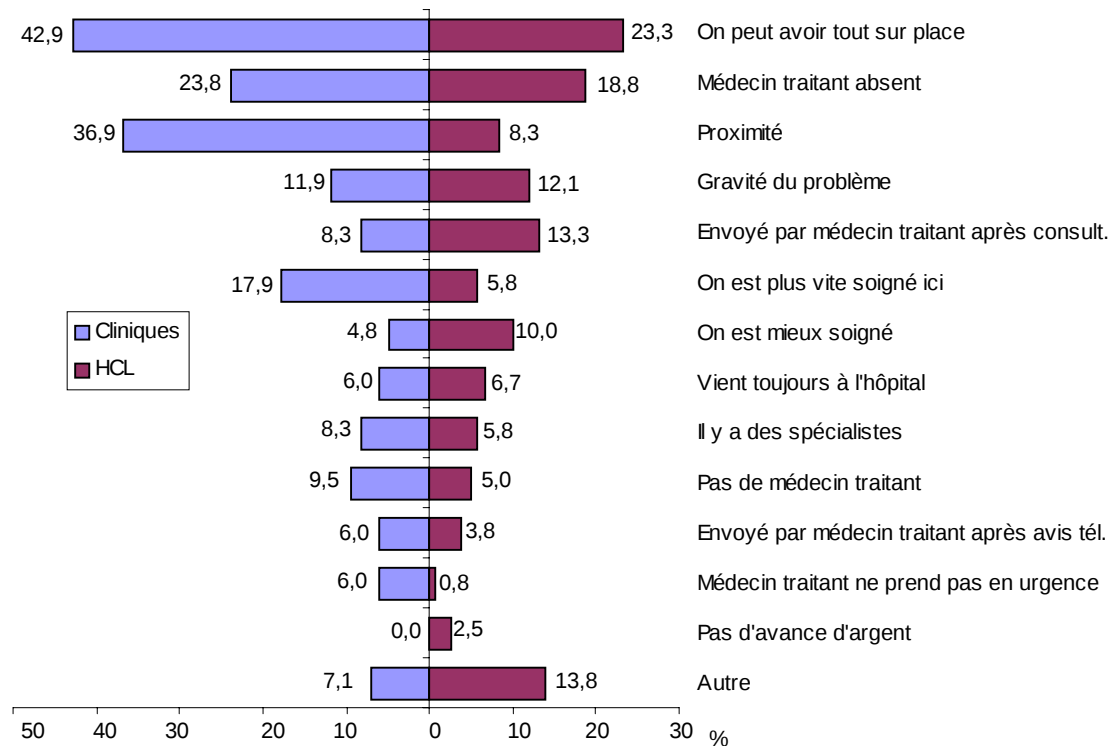
Autres motifs	Samedi					
	MG	Garde	Pédiatres	GPL	Cliniques	HCL
Approche du week-end	63.9	40.0	69.7	52.6	22.2	26.6
Absence du médecin traitant	7.2	36.0	15.2	81.6	33.3	25.3
Indisponibilité du médecin traitant	2.1	32.0	3.0	7.9	3.7	17.7
Demande de la crèche	2.1	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0
Commodité personnelle	24.7	4.0	9.1	0.0	11.1	11.4
Consult. avant fermeture pharmacie	9.3	4.0	0.0	15.8	0.0	0.0
Autre motif	10.3	16.0	12.1	5.3	48.1	35.4
Effectif	97	25	33	38	27	79

Autres motifs	Jeudi			
	MG	Pédiatres	Cliniques	HCL
Approche du week-end	16.8	27.3	4.2	2.4
Absence du médecin traitant	5.3	6.8	16.7	16.7
Indisponibilité du médecin traitant	8.4	0.0	20.8	10.7
Demande de la crèche	3.2	9.1	0.0	3.6
Commodité personnelle	28.4	11.4	37.5	4.8
Consult. avant fermeture pharmacie	8.4	2.3	0.0	0.0
Autre motif	44.2	45.5	37.5	66.7
Effectif	95	44	24	84

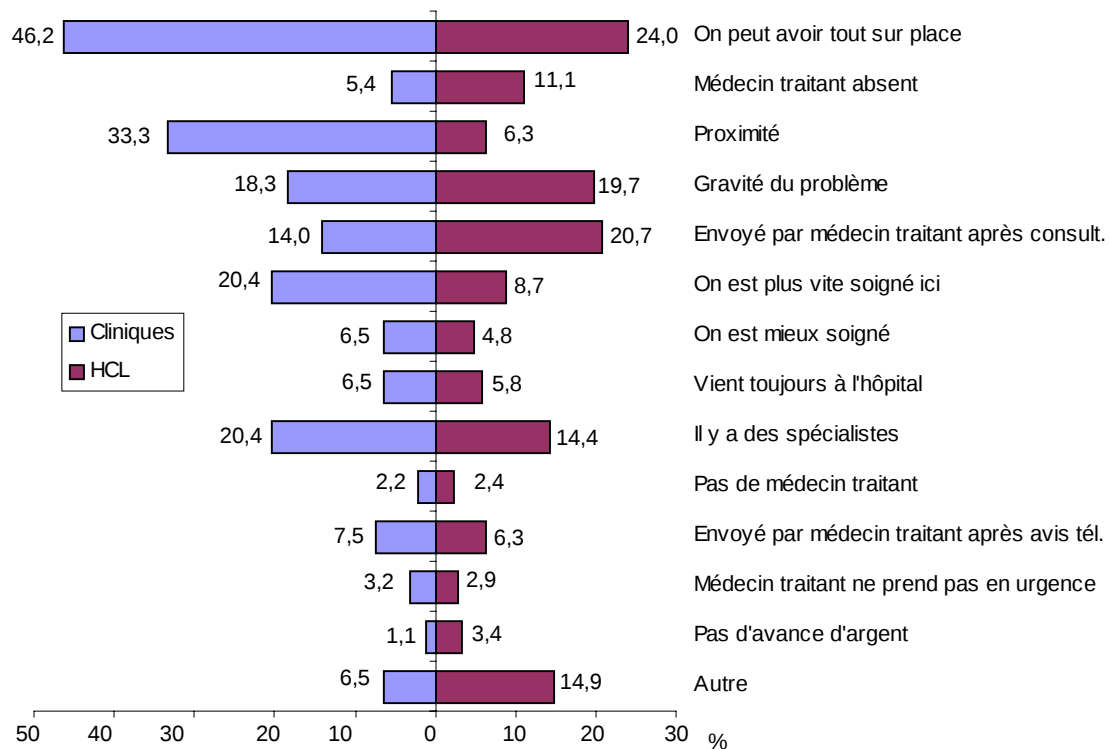
ANNEXE XVII

Motifs mis en avant par le patient et/ou ses parents pour expliquer le recours à un service d'urgence plutôt qu'à un médecin en ville ou en garde. Etude en fonction de la structure d'accueil (HCL ou cliniques privées) (%)

Samedi

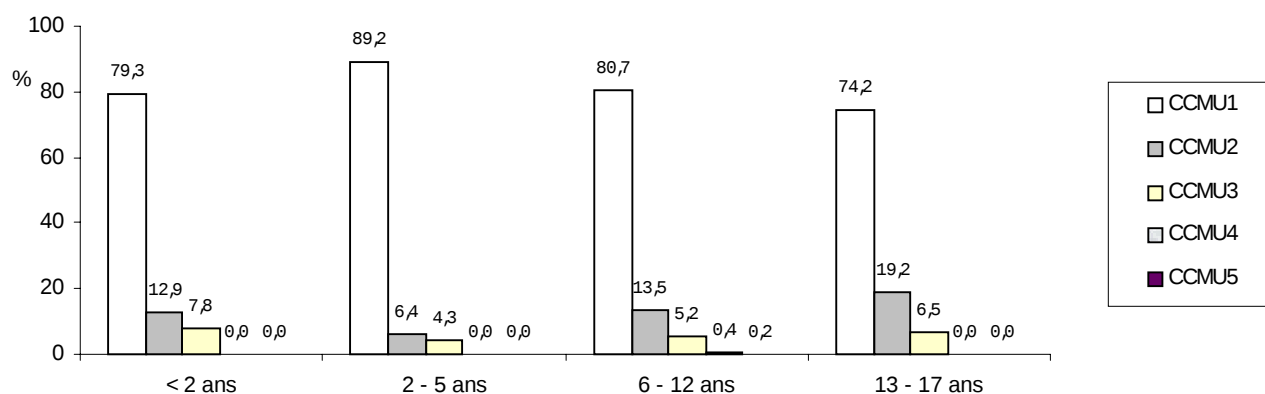


Jeudi

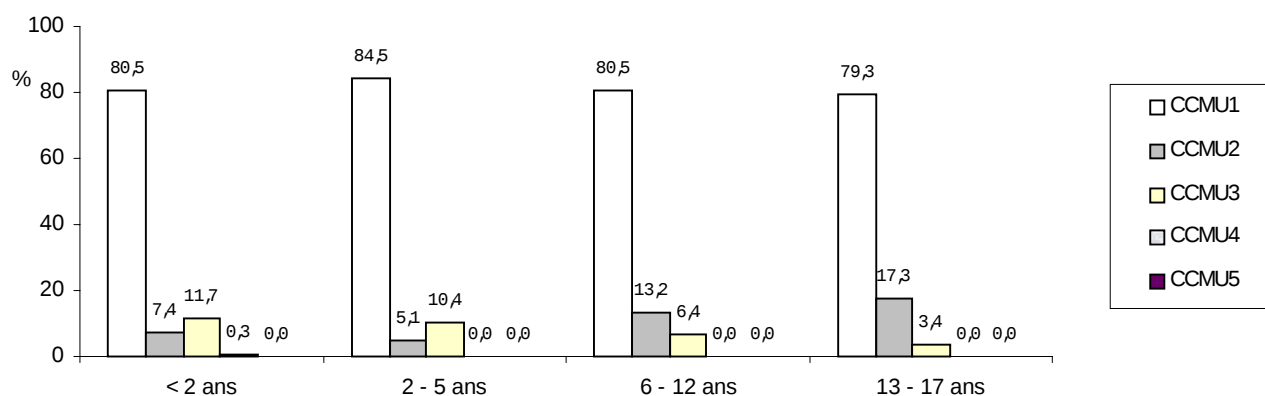


ANNEXE XVIII
Classification du niveau d'urgence (CCMU) en fonction de l'âge (%)

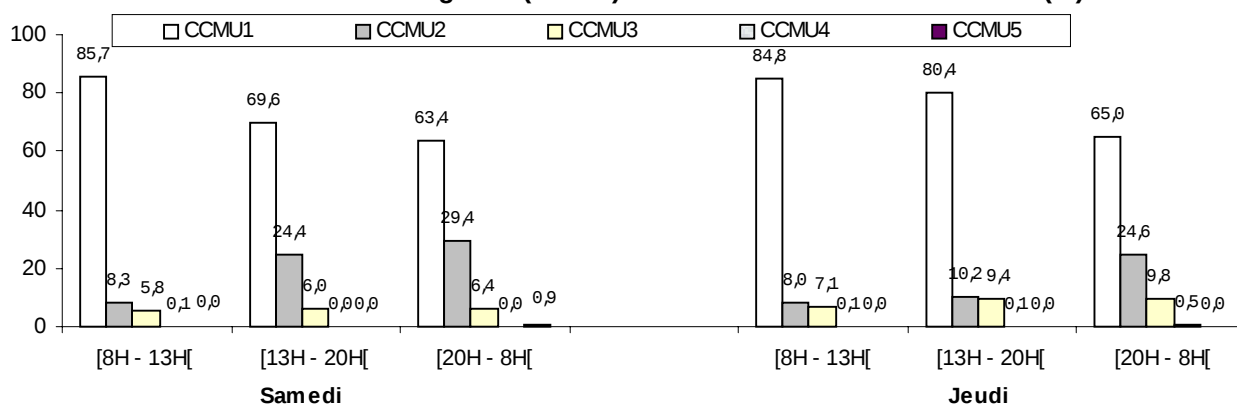
Samedi



Jeudi

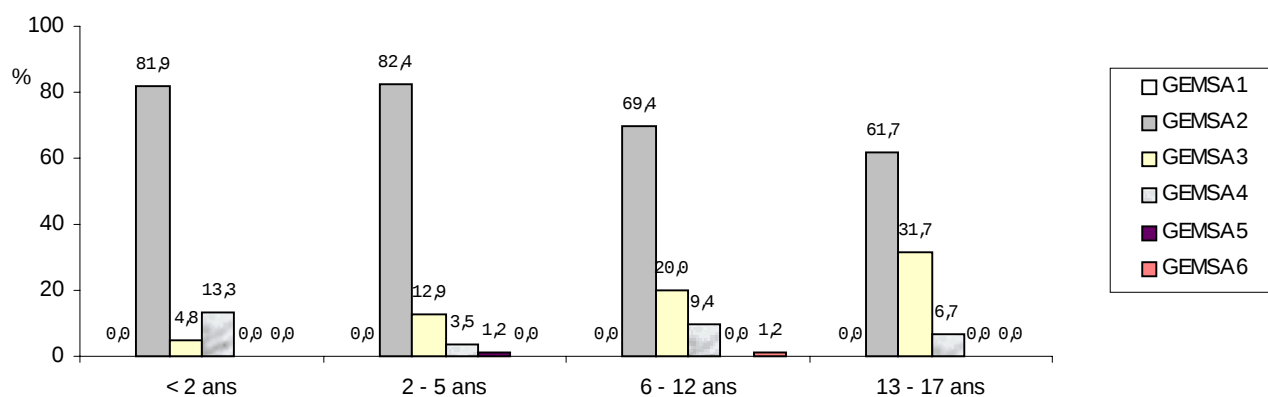


ANNEXE XIX
Classification du niveau d'urgence (CCMU) en fonction de l'heure de la CNP (%)

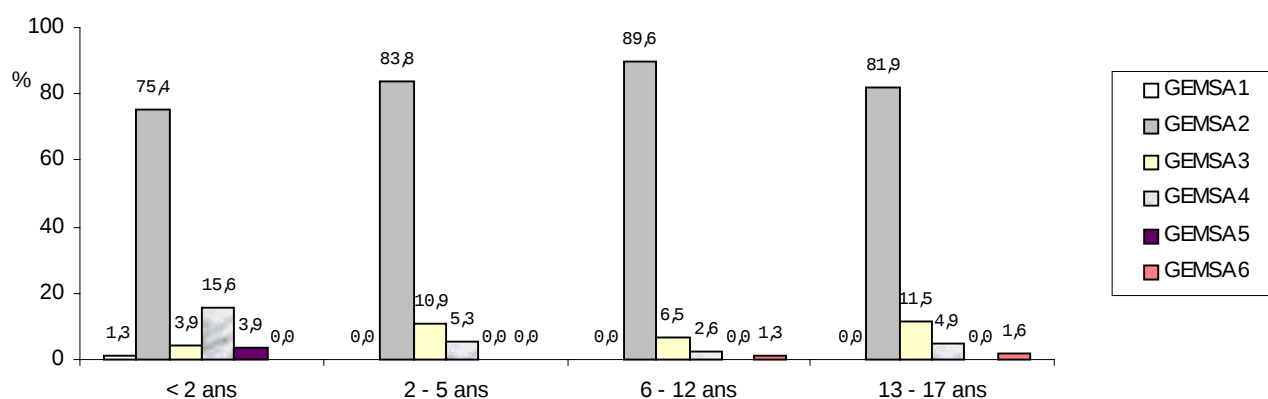


ANNEXE XX
Classification GEMSA en fonction de l'âge (%)

Samedi



Jeudi



ANNEXE XXI
Jugement global porté par le médecin sur le circuit du patient avant sa prise en charge en fonction de l'âge du patient (%)

