Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2024 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 5 mars 2024

Par Albane FLOIRAT

Étude des modalités de recours aux soins non programmés chez les enfants de moins de 2 ans sur le territoire de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour

Thèse dirigée par Docteur Catherine PRIOUX

Membres du jury :
Pr Nathalie DUMOITIER, PU-PH Médecine générale, Université de Limoges
Pr Vincent GUIGONIS, PU-PH Pédiatrie, Université de Limoges
Dr Léa SEVE, MCA Médecine générale, Université de Limoges
Dr Catherine PRIOUX, MSU Médecine générale, Université de Limoges

Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2024 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 mars 2024

Par Albane FLOIRAT

Étude des modalités de recours aux soins non programmés chez les enfants de moins de 2 ans sur le territoire de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour

Thèse dirigée par Docteur Catherine PRIOUX

Examinateurs :
Mme Nathalie DUMOITIER, PU-PH Médecine générale
M. Vincent GUIGONIS, PU-PH Pédiatrie médicale
Mme Léa SEVE, MCA Médecine générale
Mme Catherine PRIOUX, MSU Médecine générale

Le 25 janvier 2023

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie	(du 01-09-2022 au 31-08-2025)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
SEVE Léa	(du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01-09-2018 au 31-08-2022
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2022
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2022
DARDE Marie-Laure	du 01-09-2021 au 31-08-2023
DESPORT Jean-Claude	du 01-09-2020 au 31-08-2022
MABIT Christian	du 01-09-2022 au 31-08-2024
MERLE Louis	du 01-09-2017 au 31-08-2022
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2023
NATHAN-DENIZOT Nathalie	du 01-09-2022 au 31-08-2024
TREVES Richard	du 01-09-2021 au 31-08-2023
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01-09-2019 au 31.08.2023
VIROT Patrice	du 01-09-2021 au 31-08-2023

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Le 1e décembre 2022

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément

HERAULT Kévin

RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Je dédie cette thèse à mon Papa et ma Maman

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Remerciements

Merci à ma Maman, ton soutien et ton amour éternel m'ont portée, tu m'as transmis ta force, cette passion pour ce métier, dans toutes ses dimensions, humaine, technique, scientifique et philosophique, je suis si fière de toi et admirative de ton parcours, tu es mon exemple depuis toujours.

Merci à mon Papa, qui m'a enseignée, qui m'a forgée, et fait de moi ce que je suis, tu es parti avec la certitude que j'irai au bout, je ne pouvais pas te décevoir, toi qui étais si brillant, j'espère qu'en ce jour, tu es fier de ta Pipoune.

Merci à ma grande sœur Phinou qui a toujours cru en moi, m'a transmis les conseils de papa avec la même conviction, avec la bienveillance d'une grande sœur, merci d'être toujours là pour moi.

Merci à Iona, et Bagheera, votre omniprésence, vos câlins, vos jeux, vous êtes mes rayons de soleil. Je me demande comment j'aurai pu survivre sans vous deux.

Merci à ma famille, loin des yeux mais près du cœur, pour leur soutien sans faille et leurs encouragements.

Merci à Nico, pour ton amour, ta patience, ton soutien depuis le jour zéro, sans toi je n'aurai pu traverser tout cela. Tu as fait de moi la femme que je suis aujourd'hui.

Merci à mes amies, celles avec qui j'ai passé des heures à réviser depuis la PACES, avec qui j'ai pleuré, avec qui j'ai ris, surtout. Loin des yeux désormais, jamais ne n'oublierai ce que nous avons vécu, ce sont mes plus belles années, malgré tout.

Melissa, depuis le lycée tu es mon exemple, un exemple de force et de dignité à toute épreuve.

Juliette, Léa, mes compagnons de bataille, mes éternelles confidentes, nos différences nous ont soudées, et pas même la distance n'aura raison de notre amitié. Je vous admire infiniment, personnellement et professionnellement. Merci de faire partie de ma vie.

Merci à Ed, pour ces groupes d'échange de pratique clandestins, clôturés en musique, ça a été salvateur dans ce parcours semé d'embuches que nous avons partagé.

Merci à Marjo, qui a su tout écouter, depuis tant d'années, ta joie de vivre et ton amitié sont inestimables.

Merci à Mathieu, pour l'énergie que tu m'as transmise, merci de t'être montré toujours disponible pour m'aider, merci de ton précieux soutien.

Merci à Cyril, mon mentor, mon maître, mon ami, mon exemple dans le meilleur comme dans le pire. J'ai donné le sens que je voulais à mon métier grâce à toi, aucune montagne n'est assez haute pour avoir peur de la gravir. Je suis si fière d'avoir croisé ton chemin.

Merci au Docteur Prioux qui a dirigé cette thèse, une véritable coach, dont la bienveillance n'a d'égal que son professionnalisme et son humanité. Merci aux membres de la CPTS, merci à Nathalie pour ton aide et le temps précieux que tu as consacré à m'aider sur ce travail.

Merci à tous les médecins que j'ai croisé tout au long de mes stages, pour tous les enseignements reçus, et les leçons tirées de chaque situation. Merci à ceux qui m'ont fait confiance, qui m'ont donné ma chance, je vous en serai éternellement reconnaissante. Merci au Docteur Chaumeil, Docteur Bugeaud, Docteur Bonnette, Docteur Chazelas, la médecine de campagne a trouvé grâce à mes yeux, grâce à vous. Merci au Docteur Karam, Docteur

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Danche, Docteur Eyraud, Docteur Lahoz, Docteur Longeagne, et tous les autres, vos enseignements, votre excellence et votre humanité m'ont guidé dans mon parcours. Merci aux sage-femmes, merci aux infirmières, merci aux aides-soignantes, des centres hospitaliers de Limoges, Brive, Ussel, Saint-Junien, de m'avoir intégrée dans leur équipe, de m'avoir transmis leurs connaissances à moi la petite débutante, et de m'avoir aiguillée et aidée de leur expérience. Merci au Docteur Essalhi et aux médecins que j'ai remplacé pour la confiance qu'il a placée en moi, toute jeune remplaçante. Merci aux secrétaires et assistantes médicales pour leur aide précieuse et leur bienveillance.

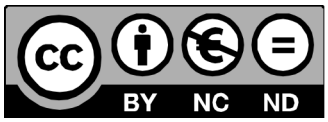
Merci aux membres de la faculté de médecine et de la BU pour leur aide et accompagnement dans mon parcours.

Merci aux patients, pour leurs leçons de vie, leur patience et leur confiance à mon égard, leur reconnaissance, leur contact m'a fait devenir meilleure, c'est la plus grande expérience humaine que l'on peut vivre, et ce n'est que le début.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Droits d’auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : *http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/*



Licence CC BY-NC-ND 3.0

Liste des abréviations

AEG : Altération de l'État Général

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

BU : Bandelette Urinaire

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs D'asile

CAMPS : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CDS : Centre De Santé

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CLD : Contrat Local de Santé

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMS : Établissement Médico-Social

HME : Hôpital mère-enfant de Limoges

IDE : Infirmier.ère Diplômée d'État

IOA : Infirmier.ère d'Orientation et d'Accueil

IPA : Infirmier.ère en Pratique Avancée

JO : Journal Officiel

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et Développement Économique

PDSA : Permanence De Soin Ambulatoire

PRS : Projet Régional de Santé

RSAI : Référent Santé et Accueil Inclusif

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

TDR : Test de Diagnostic Rapide

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des matières

Introduction 19
I. Contexte 21
I.1. Territoire 21
I.1.1. Géographie 21
I.1.2. Population 23
I.2. Offre de soins 24
I.2.1. Secteur hospitalier 24
I.2.2. Secteur ambulatoire 27
I.3. CPTS 30
I.3.1. Définition 30
I.3.2. Objectifs 31
I.4. Organisation territoriale des soins 33
I.4.1. Organisation administrative 33
I.4.2. Organisation des soins non-programmés 34
II. Étude 36
II.1. Méthode 36
II.2. Résultats 39
II.3. Discussion 42
III. Perspectives 47
III.1. Information à la population 47
III.2. Organisation des professionnels 48
III.3. Prochaines études 50
Conclusion 51
Références bibliographiques 52
Annexes 54
Annexe 1. Questionnaire papier format A4 54
Annexe 2. Flyer : questionnaire accessible en ligne via le QR Code 55
Annexe 3. Fiche d'information format A4 56
Annexe 4. Répartition géographique des secteurs de la PDSA 57
Serment d'Hippocrate 59

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des illustrations

Figure 1 : Vue aérienne centrée sur le territoire de l'étude 21

Figure 2 : Carte des communes de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, 2023 22

Figure 3 : Territoire se situant à moins de 20 minutes de l'hôpital d'Ussel *(délimité en rouge)* 24

Figure 4 : Temps de trajet jusqu'à un service hospitalier de pédiatrie *(ligne rouge = CHU Limoges, ligne rose = CHU Clermont-Fd, ligne jaune = Tulle)* 26

Figure 5 : Graphique représentant l'évolution de la densité de médecins généralistes de 2013 à 2022 sur le bassin de vie d'Ussel, en comparaison avec les chiffres nationaux, pour 10 000 habitants 27

Figure 6 : Distance éloignant les habitants des communes du médecin généraliste le plus proche, en 2022 *(jaune = moins de 1km, vert = de 1 à 14km, bleu = de 15 à 29km)* 28

Figure 7 : Figure 6 : Distance éloignant les habitants des communes du pédiatre libéral le plus proche, en 2022 (jaune = moins de 1km, vert = de 1 à 14km, bleu clair = de 15 à 29km, bleu foncé = de 30 à 249km) 29

Figure 8 : Répartition géographique des réponses aux questionnaires en fonction du code postal 41

Figure 9 : Secteurs d'effection fixe de la Corrèze 57

Figure 10 : Secteurs d'effection mobile de la Corrèze 57

Figure 11 : Secteurs d'effection fixe de la Creuse *(à l'exception de 6 communes rattachées à un secteur de la Corrèze)* 58

Figure 12 : Secteurs d'effection mobile de la Creuse *(à l'exception de 5 communes rattachées à un secteur de la Corrèze)* 58

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Introduction

Actuellement entre 9 et 12 % de la population française vit dans un désert médical. Les écarts de densité entre départements varient en moyenne de 1 à 3 pour les médecins généralistes. L'accès aux spécialistes est encore plus disparate, avec un rapport de 1 à 8, et même de 1 à 24 pour les pédiatres (délai moyen de rendez-vous estimé à 3 semaines)**.** La situation française de l'accès aux soins apparaît plus dégradée que dans d'autres pays de l'OCDE, avec une densité médicale dans les zones rurales françaises plus faible que la moyenne de l'OCDE. (1)

- *L'article 25-1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) dispose ainsi que «* toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé *[et]* a droit à la sécurité en cas *(...)* de maladie, d'invalidité, *(...)* de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté *».*
- *L'article 12-1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) consacre «* le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre *».*
- *L'article 24-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (1989) reconnaît «* le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation *[et d'assurer leur garantie d'accès] ».*
- *L'article 1 er de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946) prévoit que l'objectif de cette organisation est d'atteindre le niveau de santé le plus élevé pour tous les peuples.*

L'accès aux soins, et notamment aux soins pédiatriques, semble difficile sur le territoire de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, notamment par l'éloignement géographique des lieux de soins en territoire rural, par le manque de médecins et de filières de soins (2) définies, et par la méconnaissance probable des filières existantes.

L'hypothèse est que les parents requièrent des soins pour leur nourrisson de manière inappropriée, et le risque est que les soins soient également inappropriés du fait des capacités locales du système de santé.

Elle s'appuie sur plusieurs données :

- Il n'y qu'un seul pédiatre exerçant sur le territoire de l'étude
- Il n'y a pas de service hospitalier de pédiatrie sur le territoire de l'étude
- Il n'y a qu'un seul service d'urgence sur le territoire de l'étude
- Il existe probablement un problème de consultations dites « inappropriées » dans les services d'urgences. (Les données sur le sujet à la fois très vastes et imprécises, un choix a dû être fait quant à la sélection de ces informations.)

Une étude française récente réalisée sur un échantillon de 29407 patients adultes, indique que les passages inappropriés aux urgences représentaient de 13,5% à 27,4% des consultations, en fonction de la définition retenue du terme « inapproprié », en cohérence avec la littérature internationale qui fait mention de chiffre de l'ordre de 20 à 40%. (3)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Une autre étude française réalisée en Bretagne récemment, retrouve des facteurs de risque de consultation inappropriée qui sont : les fratries uniques (p-value 0,001), la consultation spontanée aux urgences (p-value 0,0016), les douleurs abdominales (p-value 0,03), la constipation (p-value 0,0012) et la gastro-entérite aiguë (p-value 0,05), le niveau de tri 5 à l'accueil aux urgences (p-value 1,469 E-5). Seuls 10,8 % des parents qui ont consulté spontanément en dehors de la permanence des soins, ont justifié leur passage par l'absence du médecin ambulatoire, et 70% des examens réalisés aux urgences auraient pu être théoriquement organisés en ville au moment de la demande. (4)

On admet alors que ce surcroît d'activité « non appropriée » aux urgences est à l'origine de problèmes importants : dysfonctionnements dans la prise en charge des consultants, allongement des délais d'attente, ce qui peut être préjudiciable à la qualité des soins.

En effet, des études récentes montrent que le taux de consultations non urgentes aux urgences pédiatriques s'élève à 58 % aux USA, 57.1% en Italie, et 39.9 % en Belgique. Face à ce constat international n'épargnant pas la France, plusieurs réformes ont vu le jour, comme la création de la permanence de soins ambulatoire (PDSA) afin de contrôler l'inflation des consultations dans les services d'urgences mais ce dispositif n'a exercé aucune influence suffisamment visible dans les chiffres.

Une étude réalisée à Créteil (Val de Marne), en 2015, ne montre pas de différence significative sur le taux d'hospitalisation des enfants selon que les parents pensaient que l'état de son enfant était « grave » ou non. Mais cela a influencé de manière significative l'appel au médecin traitant avant une consultation aux urgences (plus l'enfant parait grave aux yeux des parents, moins ceux-ci se tourneront vers le médecin traitant). Parmi les patients ayant consulté en semaine (jour et heure ouvrable), seulement 50 % ont tenté de contacter leur médecin traitant ou leur pédiatre avant de consulter aux urgences. Parmi les médecins de ville ayant été contactés, 41% n'avaient pas de créneau disponible et 27 % étaient injoignables.

Les bornes de cette étude était un recrutement sur critère médical et excluant les motifs traumatologiques/chirurgicaux, ainsi que les moins de 3 mois. Cette étude conclut que les parents considèrent plus souvent le problème de leur enfant comme étant urgent plutôt que réellement grave. Ceci influence de manière non négligeable le nombre de passages aux urgences. Notre population locale n'est pas la même que la population du Val de Marne et nous ne savons pas si les données sont comparables. Mais l'information à la population et l'éducation thérapeutique au sens large ont toute leur importance, surtout au vu du nombre de supports de communication disponibles au XXI^{ème} siècle. (5)

Cette étude pilote vise à recueillir et analyser les modalités de recours aux soins non programmés pour les enfants de moins de 2 ans sur le territoire de la CPTS.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I. Contexte

I.1. Territoire

I.1.1. Géographie

Le territoire géographique de l'étude couvre une superficie d'environ 1 500 km² s'étendant principalement sur le département de la Corrèze et sur le Sud de la Creuse, regroupant précisément 85 communes. Il offre un paysage diversifié, sauvage et pittoresque au cœur de la région Nouvelle-Aquitaine en France Métropolitaine. La population frontalière vient des départements de la Haute-Vienne et du Cantal et du Puy-de-Dôme.

Ce territoire possède un patrimoine naturel riche, avec ses montagnes, ses lacs, ses forêts et ses paysages préservés. Chaque année, il attire près de 200 000 visiteurs, générant ainsi des retombées économiques estimées à 30 millions d'euros.

Les rivières, telles que la Dordogne, la Corrèze et la Vézère, traversent le territoire, offrant des paysages bucoliques et des activités de plein air, comme le canoë, la randonnée et la pêche.

Il est traversé en diagonale Nord-Est au Sud-Ouest par une portion de l'axe autoroutier Bordeaux-Lyon. Le reste du réseau routier est bien entretenu mais souvent sinueux, les conditions météorologiques rendent les liaisons parfois complexes.

Le climat de la Corrèze est de type océanique, caractérisé par des étés doux et des hivers frais, voire rigoureux du côté du point culminant de la Corrèze, à 977 mètres (Mont Bessou) et sur les hauts plateaux.

Figure 1 : Vue aérienne centrée sur le territoire de l'étude

Source : Google Maps

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Il englobe des territoires de santé déjà définis : le Pôle Haute-Corrèze, et le Pôle Mille Soins. Cela représente le bassin de vie de la communauté de communes de Haute Corrèze Communauté, ainsi qu'une petite partie de la Communauté de Communes de Creuse Grand-Sud et Bourganeuf-Royère. Ce territoire délimite les frontières de la CPTS (Communauté Territoriale Professionnelle de Haute-Corrèze Ventadour).

Figure 2 : Carte des communes de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, 2023

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.1.2. Population

Le territoire de l'étude, celui de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, regroupe environ 37 000 habitants. Les professions les plus représentées sont les retraités, les ouvriers et les agriculteurs.

La population locale connaît un vieillissement marqué, avec un âge moyen atteignant 52 ans, dépassant ainsi la moyenne nationale qui est de 41,4 ans, selon l'INSEE. La proportion des plus de 60 ans est de 34% contre 25.5% au niveau national. Les moins de 15 ans y représentent 14,2% de la population contre 18,2% au niveau national. Selon le zonage de la CPTS, les moins de 17 ans représentent 17% de la population, contre 19,2% sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.

Le nombre d'enfants de moins de 2 ans, sujets de l'étude, est approximé par le décompte des naissances, étant donné qu'ils ne sont pas scolarisés. L'étude concerne également les enfants de passage mais dont le chiffre total est inconnu. On peut cependant observer que la part des enfants de moins de 2 ans dans la population française est d'environ 2,1%, alors qu'en Corrèze ils représentent environ 1,59% de la population et ce chiffre descend à 1,37% dans le département de la Creuse. (6) On estime donc approximativement le nombre d'enfants vivant sur le territoire entre 500 et 600 (1,37%*37000 et 1,59%*37000).

On peut également inclure les nourrissons accueillis temporairement au CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile), et les centres recevant des familles, souvent nombreuses, sont à Meymac et à Peyrelevade. Au moment de l'étude, à Meymac l'enfant le plus jeune est né en mai 2021, et était le seul dans cette tranche d'âge dans ce centre, alors qu'à Peyrelevade, on a compté jusqu'à 17 enfants de moins de 2 ans, dont 9 d'entre eux sont nés durant la période de l'étude.

En 2022, le taux de natalité en Corrèze est légèrement inférieur au taux national en France : en moyenne, le taux de natalité en France est d'environ 11,3 pour 1000 habitants, tandis que le taux de natalité en Corrèze est d'environ 7,9 pour 1000 habitants (1880 naissances en 2022) et 6,5/1000 en Creuse (760 naissances en 2022). Cela indique que la région connaît une baisse plus marquée du taux de natalité que la moyenne nationale, ce qui a des implications en matière de planification des services de santé maternelle et infantile dans cette région.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.2. Offre de soins

I.2.1. Secteur hospitalier

➢ Les structures hospitalières pouvant recevoir un nourrisson uniquement dans le cadre d'une consultation non programmée aux urgences générales (24/24H, 7/7J) ou sur rendez-vous à heures et jours ouvrables avec un pédiatre sont réparties dans ces villes :

- Ussel : c'est le seul hôpital sur le territoire de l'étude. Il est situé en Haute-Corrèze à mi-chemin entre Limoges et Clermont-Ferrand. La ville est desservie par l'autoroute A89 (axe Bordeaux-Lyon). L'hôpital intègre une maternité de niveau 1 (astreinte 24/24h par l'anesthésiste ou le pédiatre). Sur rendez-vous, le pédiatre reçoit des enfants de 0 à 16 ans en consultation 4 jours par semaine, et peut donner un avis spécialisé sur un cas aux urgences générales si besoin (en journée et sur certaines nuits d'astreinte). L'établissement dispose d'une équipe SMUR au sein des urgences, ce service reçoit environ 13 500 passages par an dont 17,8% de mineurs et 1,85% d'enfants de moins de 2 ans *(données 2022-2023).*
- Aubusson : situé en Creuse (23), il n'y a pas de maternité, et un rendez-vous avec un pédiatre n'est possible d'une journée par semaine. Il n'y a pas d'équipe SMUR au départ de cet hôpital.
- Mauriac : situé dans le Cantal (15), il n'y a pas de maternité, le pédiatre peut recevoir en consultation des enfants de 1 mois à 2 ans sur le Centre Périnatal de Proximité, deux jours par mois. Il y a une équipe SMUR sur cet hôpital.

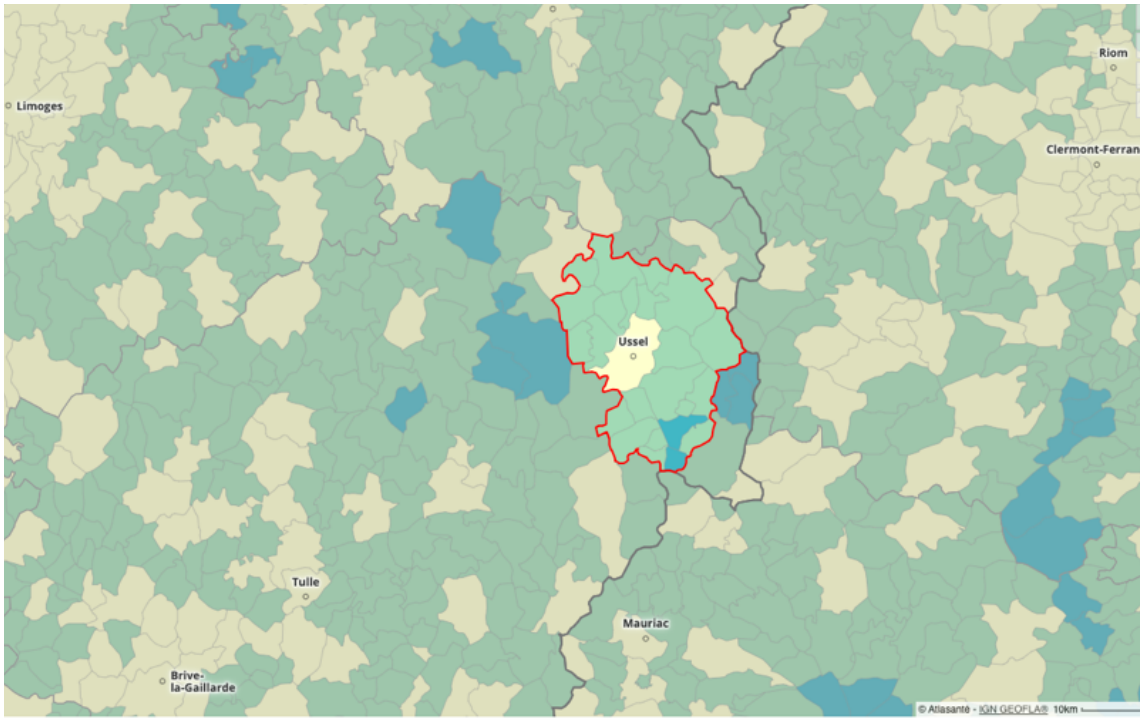


Figure 3 : Territoire se situant à moins de 20 minutes de l'hôpital d'Ussel *(délimité en rouge)*

Source : Cartosanté

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Les hôpitaux abritant en plus un secteur d'hospitalisation conventionnelle en pédiatrie (donc avec un pédiatre disponible 24/24H, non présent sur place mais avec un système d'astreinte, et une maternité de niveau 2) ainsi qu'un SMUR sont situés à :
  - Tulle (19) : c'est le service de pédiatrie le plus proche du territoire de l'étude, (à l'exception des villes situées au nord du territoire qui sont plus proches géographiquement de Guéret que de Tulle). Le service d'hospitalisation conventionnelle compte 6 lits (médecine et chirurgie, mais les prises en charge chirurgicales sont le plus souvent confiées aux chirurgiens pédiatres du CHRU de Limoges), et 4 lits de néonatalogie. L'équipe SMUR dispose alors d'une couveuse si besoin pour un transfert. En journée, les demandes de soins en médecine pédiatrique peuvent être assurées directement par le pédiatre de l'hôpital.
  - Guéret (23) : c'est l'hôpital de proximité des communes du Nord du territoire (Royère de Vassivière, Gentioux-Pigerolles, Faux-la-Montagne). Il accueille des enfants sur 10 lits d'hospitalisation conventionnelle et 4 lits de néonatalogie. (7)
  - Brive-la-Gaillarde (19) : l'hôpital compte 15 lits de pédiatrie conventionnelle, et 4 places pour adolescents (12-18 ans), 6 places de néonatalogie (recevant aussi des suites de soins intensifs de néonatalogie du CHU de Limoges). Par ailleurs, dès fin 2023, il sera mis en place une garde sur place pour le pédiatre (et non une astreinte).
  - Aurillac (15) : non visible sur la carte, la ville est située à 50km au sud de Mauriac. Il compte 16 lits de pédiatrie et un accueil d'urgences pédiatriques de 8h à 20h. (8)

- Les hôpitaux disposant en plus d'un secteur spécialisé de réanimation pédiatrique et d'urgences pédiatriques sont dans les CHRU de Limoges et Clermont-Ferrand, ils intègrent tous les deux une maternité de niveau 3 (plus haut niveau de soin néonataux). Seuls les CHU de Limoges et Clermont-Ferrand peuvent dépêcher un pédiatre en extrahospitalier. Il n'existe donc pas de SMUR pédiatrique sur le territoire de l'étude ; cependant on retient l'exception de la néonatalogie : le SMUR de Limoges dispose d'une équipe spécialisée dépêchée si besoin pour un enfant de moins de 28 jours. Par ailleurs, le SMUR néonatal et pédiatrique de Clermont-Ferrand peut exceptionnellement être amené à intervenir. Ce caractère exceptionnel pour Clermont-Ferrand s'explique par le fait qu'il est situé en dehors de la Nouvelle-Aquitaine et que le CHRU de référence du Limousin est Limoges. Mais au cas par cas, selon la disponibilité des équipes, et le lieu précis d'intervention (s'il est situé sur une zone frontalière entre les deux régions), le régulateur du centre 15 peut demander à l'équipe de Clermont-Ferrand d'intervenir. (9)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

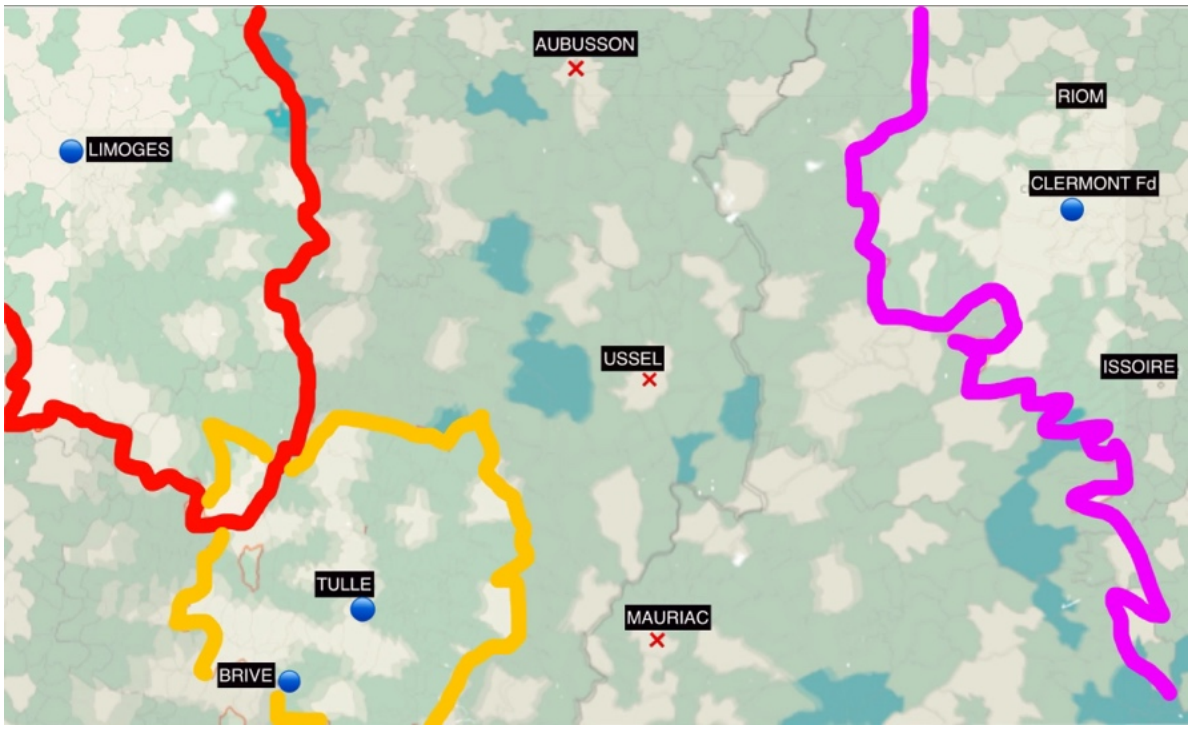


Figure 4 : Temps de trajet jusqu'à un service hospitalier de pédiatrie *(ligne rouge = CHU Limoges, ligne rose = CHU Clermont-Fd, ligne jaune = Tulle)*

Source : Cartosanté

Sur la carte ci-dessus, la ligne rouge décrit le territoire se situant à moins de 45 minutes du CHRU de Limoges (87), la ligne rose décrit le territoire se situant à moins de 45 minutes du CHRU de Clermont-Ferrand, et la ligne orangée décrit le territoire se situant à moins de 45 minutes de l'hôpital de Tulle. On voit dont une immense majorité du territoire de la CPTS étant à plus de 45 minutes du premier service de pédiatrie, avec comme seul pédiatre celui du CH d'Ussel, non disponible à toute heure. Il est donc évident que l'expertise en matière de pédiatrie pour les professionnels de santé du territoire, doit être élevée afin de pallier ne serait-ce que partiellement à ce manque évident de spécialiste.
On en déduit que localement, les moyens disponibles à proximité sur le territoire de l'étude sont généralistes, qu'une grande partie du territoire se situe plus ou moins loin de tout recours médical hospitalier, et que les moyens les plus spécialisés sont très éloignés. En ce qui concerne les SMUR, on sait que le transport médicalisé fait gagner entre 20 et 40% de temps de transport. Disons 30% quand on veut comparer l'accessibilité géographique aux soins sur le territoire, ce qui n'est pas négligeable ici.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.2.2. Secteur ambulatoire

On rappelle que, selon une étude de la DREES publiée en Août 2007, les enfants de moins de 16 ans constituent 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes.(5)

Les médecins généralistes au nombre de 23 au total sur le territoire de la CPTS, c'est le nombre global sans détail de l'appartenance à une entité administrative (MSP, CPTS…)

Sur le bassin de vie d'Ussel, la densité de médecins généralistes est inférieure à la moyenne nationale, chiffre qui est globalement à la baisse, comme décrit le graphique ci-dessous.

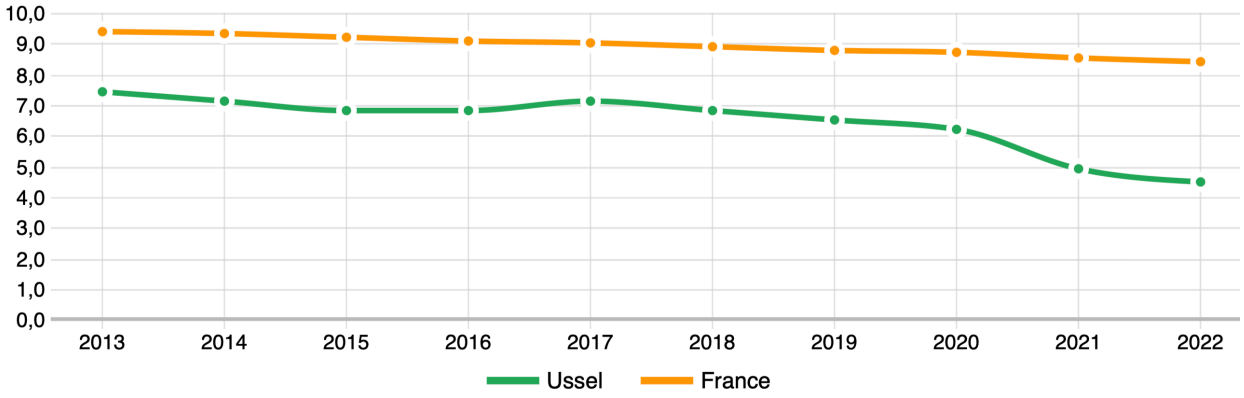


Figure 5 : Graphique représentant l'évolution de la densité de médecins généralistes de 2013 à 2022 sur le bassin de vie d'Ussel, en comparaison avec les chiffres nationaux, pour 10 000 habitants

Source : Cartosanté

Ces médecins peuvent exercer au sein des pôles de santé, ou individuellement. Ils utilisent pour la plupart d'entre eux, un logiciel d'ordinateur nommé CHORUS (ou plus récemment MEDILINK) afin de partager les dossiers médicaux des patients et d'échanger entre eux via un chat sécurisé, accessible également, aux pharmaciens, secrétaires et assistantes médicales et IPA. On y retrouve les antécédents, notes de consultation, résultats d'analyses et comptes-rendus de consultations spécialisées ou d'hospitalisation… Un autre mode d'échange interprofessionnel peut se faire avec PAACO Globule afin de partager des documents, des photos, le planning de soins du patient (rendez-vous, prise médicamenteuse…) et une fonctionnalité d'alerte par notification, c'est une application accessible sur ordinateur ou sur smartphone. (10)

Par ailleurs, ils utilisent les moyens plus classiques avec les messageries sécurisées, les SMS et les appels téléphoniques entre eux. Il est également possible de disposer d'une téléconsultation (visio ou photo + appel) avec un médecin du centre 15 pour une évaluation ou demande d'avis (patient grave, ECG…).

Le dispositif « Médecin Correspondant SAMU » met à disposition via l'hôpital de Tulle (ou de Guéret) du matériel et des médicaments d'urgence, un appareil à ECG et une application smartphone dédiée afin d'envoyer le généraliste volontaire sur un lieu d'intervention du SMUR proche de lui, en attendant l'équipe SMUR qui peut être éloignée géographiquement ou même indisponible. Les généralistes suivent pour cela une formation spécifique aux gestes d'urgence.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

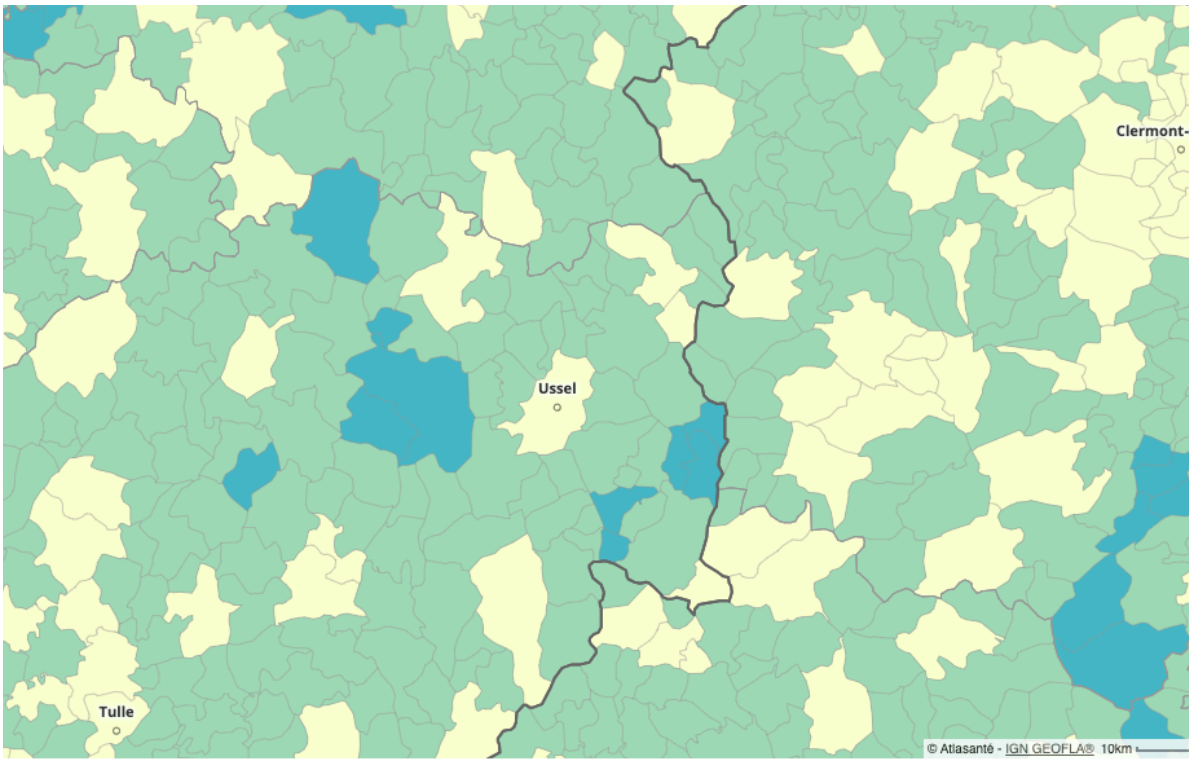


Figure 6 : Distance éloignant les habitants des communes du médecin généraliste le plus proche, en 2022 *(jaune = moins de 1km, vert = de 1 à 14km, bleu = de 15 à 29km)*

Source : Cartosanté

En ce qui concerne la pédiatrie spécifiquement, en dehors du pédiatre de l'hôpital d'Ussel, il existe les antennes PMI. Malheureusement sur le territoire, il n'y a pas de médecin régulièrement attitré aux consultations. Globalement, le dispositif de PMI est moins utilisé que dans les grandes métropoles, du moins d'un point de vue médical, car il existe toutefois un maillage de puéricultrices réparties sur le territoire et se déplaçant au domicile afin de suivre les nouveau-nés. A Limoges par exemple, des consultations de PMI sont assurées par des médecins, essentiellement généralistes (et conjointement avec les puéricultrices), que ce soit pour des soins programmés ou non programmés.

Nous n'évoquerons pas l'offre médicale intervenant auprès du CAMPS, cas très spécialisé nécessitant des soins spécifiques et suivant un parcours de soin adapté.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

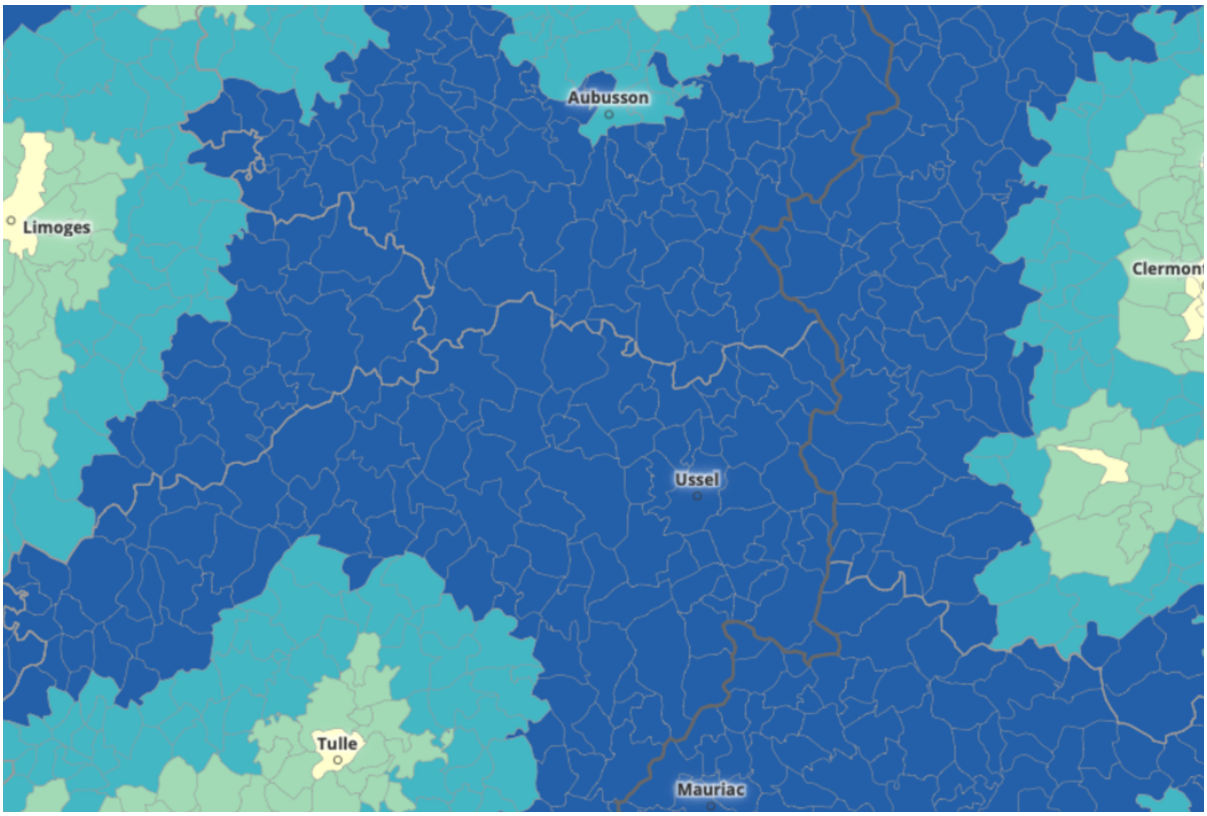


Figure 7 : Figure 6 : Distance éloignant les habitants des communes du pédiatre libéral le plus proche, en 2022 (jaune = moins de 1km, vert = de 1 à 14km, bleu clair = de 15 à 29km, bleu foncé = de 30 à 249km)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.3. CPTS

I.3.1. Définition

La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, a introduit la notion de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en France. Cette mesure législative visait à répondre aux défis croissants du système de santé français, en particulier en matière de coordination et d'accès aux soins sur les territoires.

Les CPTS sont des dispositifs de coopération entre les professionnels de santé, les établissements de santé, les acteurs du secteur médico-social et parfois les usagers dans un territoire donné. Leur principale mission est de favoriser une meilleure coordination des soins en promouvant le travail en équipe, l'échange d'informations et la mutualisation des compétences. Ces communautés sont conçues pour répondre aux besoins de santé spécifiques de la population locale et améliorer l'offre et la continuité des soins de proximité.

L'une des principales avancées de la loi de 2016 a été de reconnaître les CPTS en tant que structures officielles, leur permettant ainsi de bénéficier de financements spécifiques pour leur mise en place et leur fonctionnement. Ces financements sont alloués par les Agences Régionales de Santé (ARS) et sont destinés à soutenir les projets de coordination et de coopération mis en œuvre par les CPTS. La loi a également prévu des incitations financières pour encourager les professionnels de santé à s'impliquer dans ces initiatives de santé territoriale.

En encourageant le développement des CPTS, la loi de 2016 vise à renforcer la prise en charge globale des patients, à promouvoir une médecine de parcours centrée sur le patient, et à faciliter l'accès aux soins de proximité sur l'ensemble du territoire français. Elle vise également à favoriser la prévention et à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

Ces structures de coopération entre professionnels de santé ont pour mission de renforcer la coordination des soins et l'accès aux services de santé sur les territoires, tout en promouvant la prévention et l'amélioration de la qualité des prises en charge médicales, elles sont notamment au cœur du projet « Ma Santé 2022 » (création d'un millier de CPTS à l'horizon 2022).

La CPTS Haute-Corrèze Ventadour a été créée avec un statut d'association Loi 1901 (Association à But non lucratif), le 2 novembre 2020 ; les statuts ayant été déposés le 27 novembre 2020, en Préfecture. La publication au JO a eu lieu le 8 décembre 2020 sous le numéro RNA W193004519. Elle regroupe globalement les deux pôles de santé préexistants sur le territoire : le Pôle de Santé de Haute-Corrèze et le réseau Millesoins. (11)

Le conseil d'Administration est représentatif des différents collèges :

- Collège 1 : Professionnels de santé qui contribuent à l'objet de l'association
- Collège 2 : Établissements de santé
- Collège 3 : Structures médico-sociales, Équipes de soins primaires (SISA)
- Collège 4 : Usagers et représentants du territoire

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.3.2. Objectifs

- Favoriser l'accès aux soins. De nombreux usagers n'ont pas déclaré de médecin traitant : cette situation est favorisée par la basse démographie des médecins généralistes. Ces usagers doivent tout d'abord être recensés, et les professionnels de santé répertoriés dans un annuaire commun. Afin de pallier la faible démographie médicale, il y a lieu d'améliorer l'attractivité du territoire (en proposant des aides financières, en aidant à la recherche de logements et artisans, en mettant en avant les loisirs du territoire, son accessibilité géographique…), de mieux coordonner les activités autour d'équipes pluridisciplinaires (locaux, matériels, agendas partagés), afin de retrouver du temps médical.
- Améliorer l'organisation des soins non programmés : le constat est le recours excessif au service des urgences, une meilleure organisation des soins non programmée est donc nécessaire. Les actions proposées sont :
    - Favoriser les « plages » d'urgence dans les cabinets et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)
    - Favoriser les partages d'information en « multi-site » (agenda partagé)
    - Informer les partenaires des modalités d'accès aux plages d'urgence
    - Formaliser la Permanence de soins ambulatoires PDSA
    - Étudier l'intérêt d'un service de « pré-urgences », en collaboration avec les hôpitaux, les pompiers et le 15
    - Étudier les possibilités de diriger les patients vers l'ambulatoire quand le recours au service des urgences n'est pas justifié
    - Adhérer au projet « dépose patients » avec le Service Départemental d'Incendie et Secours
    - Coordonner avec les services d'urgences hospitalières l'accès au plateau technique (accès aux examens d'imagerie en urgence, par exemple)
    - Repérer les besoins des Établissements Médicaux Sociaux (EHPAD) en matière de recours aux urgences
    - Former les IDE des EMS à la prise en charge des urgences
    - Créer un service mobile de télémédecine « soins non programmés »

- Améliorer l'accès aux soins de second recours : l'accès à certaines spécialités devient de plus en plus difficile.
    - Créer un service itinérant de chirurgie dentaire, et de médecine (Médico-bus proposé par l'ARS)
    - Formation à l'utilisation de PAACO GLOBULE (outil numérique de communication interprofessionnelle)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Organiser les parcours pluriprofessionnels de soins centrés patient : face à l'augmentation des pathologies chroniques, le parcours de soin des patients nécessite la coordination des divers intervenants.
- Participer aux actions de prévention. Les campagnes de santé actuelles sont promues et des dépistages sont organisés, selon l'incidence des pathologies évaluée sur le territoire.
    - Organiser le dépistage précoce de la myopie de l'enfant
    - Organiser le dépistage précoce de l'obésité de l'enfant
    - Organiser des formations pluriprofessionnelles concernant les vaccinations (grippe, pneumocoque, maladies de l'enfant)
    - Organiser des « journées de Prévention « grand public »
    - Organiser des séances d'information « grand public » sur les vaccinations, avec mise à jour des carnets de santé
    - Mettre en place un dépistage plus large des problèmes liés à l'hygiène buccodentaire
- Promouvoir la qualité des soins et la qualité de vie des professionnels de santé pour une meilleure efficience des soins. Il faudra encourager des mesures d'exercice coordonné, faciliter une activité professionnelle partagée multi-site et/ou partielle, favoriser le lien et la convivialité entre professionnels. Les liens existant avec l'Université permettent d'envisager l'accueil de stagiaires, et de participer activement à des activités de recherche en soins primaires. (12)

Au niveau des soins pédiatriques, le projet est notamment en rapport avec des chiffres inquiétants : (13)

- Taux de prescription d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistance chez les moins de 4 ans : 60,8% (contre 28.3% en Nouvelle-Aquitaine et 25,6% en France)
- Taux de prescription d'une céphalosporine de 3^{e} ou 4^{e} génération chez l'enfant de 4 à 16 ans : 26.7% (contre 16.3% en Nouvelle-Aquitaine et 13.7% en France)
- Vaccination contre le méningocoque : 90.9% des moins de 18 mois (contre 95.2% en Nouvelle-Aquitaine et 95.6% en France)
- Vaccination complète contre le ROR chez les moins de 2 ans : 74,1% (contre 83,2% en Nouvelle-Aquitaine et 83% en France)
- Suivi avec au moins un acte dentaire dans les 18 mois chez les –de 16 ans : 63.1% (contre 69.5% en Nouvelle-Aquitaine et 70% en France)

On peut deviner alors par ces chiffres un probable manque d'actualisation dans la formation des professionnels sur la prescription des anti-infectieux et un manque dans la prévention des maladies infectieuses via la vaccination, à moins que la population locale soit plus réticente à la vaccination, sujet qui demande à être étudié en profondeur.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.4. Organisation territoriale des soins

I.4.1. Organisation administrative

L'ARS Nouvelle-Aquitaine définit pour plusieurs années les grandes orientations régionales de santé via le Plan Régional de Santé. Au niveau local, par les collectivités, les questions de santé sont traitées via un dispositif appelé le Contrat Local de Santé. Il partage des ambitions et projets communs avec la CPTS avec laquelle il faut donc désormais travailler en étroite collaboration, c'est pourquoi lors de la création de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, les collectivités locales comme les communautés de communes ont été incluses afin de coordonner les actions locales.

Avant la création de la CPTS, on retrouvait déjà une organisation des soins sur ce territoire divisé en deux pôles de santé, organisé en MSP multisites, dont la structure juridique est une SISA.

Une MSP est un lieu d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues, diététiciens, psychologues...) qui sont unis par une charte et un projet de santé avec des objectifs. Et leur SISA aide à prendre en charge des dépenses dans un but de collaboration (logiciel métier commun…).

On compte au total 6 MSP : 4 sont administrées par le Pôle de Santé de Haute-Corrèze (Ussel, Neuvic, La Courtine, Merlines), 1 à Bugeat qui est administrée par le Pôle Millesoins (MSP multisite), 1 à Bort-les-Orgues qui est administrée par la mairie.

- Pôle Haute-Corrèze : il assure depuis 2014 la gestion et l'administration de ses 4 Maisons de Santé et des 12 médecins adhérents y exerçant ; c'est l'interlocuteur des collectivités, et il intervient dans la gestion des loyers et des charges (collecte et paiement). Au niveau local, son rôle est de favoriser, développer et promouvoir les actions de coopération des professionnels de santé du territoire. Avant la CPTS, Les praticiens utilisent le même logiciel médical et partagent alors les dossiers médicaux des patients.
- Pôle MilleSoins : il assure depuis 2010 la gestion de la MSP MilleSoins dont le siège social est situé à Bugeat, elle est organisée en multisite, c'est-à-dire que les praticiens consultent à tour de rôle dans des cabinets différents répartis sur le territoire (Faux-la-Montagne (23), Royère-de-Vassivière (23), Peyrelevade (19), Bugeat (19), Sornac (19)). Le pôle compte 4 médecins adhérents. Avant la CPTS, ils partageaient un même logiciel et partageaient les dossiers médicaux, Ils partagent également un numéro de téléphone unique, et un secrétariat unique (deux secrétaires) qui a accès à tous les agendas des professionnels de santé (les médecins et l'IPA, tous répartis en multisite). Les créneaux d'urgence sont mentionnés par chaque médecin sur leur agenda respectif, et lors d'une demande de soin la secrétaire propose le plus approprié (délai et localisation).

On précise que parmi les 21 médecins exerçant sur ce territoire géographique défini, tous ne sont tous engagés dans ces structures, ou le sont à différentes échelles.

Les médecins adhérents aux pôles de santé via leur SISA, sont de fait inclus dans la CPTS, mais ils doivent adhérer par la suite individuellement à la CPTS, sur la base du volontariat.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

En aout 2022, la CPTS a mis en place un agenda commun à tous les cabinets membres, dédié spécifiquement à la demande de soins non programmé, grâce au logiciel InzeeCare dont l'abonnement est intégralement financé par la CPTS.

I.4.2. Organisation des soins non-programmés

Demande de soin 24/24h, 7/7j :

- SAMU-Centre 15 : Une ARM reçoit l'appel et oriente selon urgence vitale (vers régulateur urgentiste) ou demande de soins non programmés (vers régulateur généraliste). Des moyens peuvent être envoyés au domicile (SMUR, pompiers, ambulance privée), des conseils médicaux prodigués, un adressage aux urgences par ses propres moyens, ou une orientation vers un généraliste (médecin traitant ou médecin de garde, ou SAS).
- CODIS 18 : centre d'appel des pompiers de la Corrèze, avec un officier de santé le jour. Un VSAV peut-être envoyé sur place pour secourir la victime. Les sapeurs-pompiers sont également de plus en plus formés à effectuer des soins de premier secours (ECG, oxygène, aérosols, antalgie…) Un médecin ou un infirmier sapeur-pompier peut également être dépêché sur place afin de procurer des soins médicaux si besoin.
- Les urgences du CH d'Ussel reçoivent tous les patients qui s'y présentent 24/24H, 7/7J.

Demande de soin ambulatoire en semaine à heure ouvrables :

- Secrétaires des cabinets médicaux aux heures d'ouverture.
- SAS mis en place en décembre 2022 : les pharmaciens, les secrétaires médicales des médecins adhérents à la CPTS, ou le médecin généraliste régulateur qui reçoit depuis le centre 15 de 8h à 20h des appels pour demande de soins, peuvent programmer des rendez-vous sur le logiciel Inzeecare. Actuellement, 6 médecins volontaires proposent des créneaux via ce logiciel. Dans l'avenir, les IDE libérales, et l'IAO des urgences en concertation avec un médecin, pourront également obtenir des créneaux de consultation via ce logiciel.

Demande de soin ambulatoire la nuit et le week-end et jour fériés : (14)

Il n'y a pas de SAS la nuit et le week-end et les jours fériés, et c'est alors la PDSA (Permanence De Soins Ambulatoire) qui assure la demande de soins non-programmés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche, et en jour férié. C'est un médecin généraliste régulateur au SAMU qui assure les conseils médicaux, et peut envoyer des prescriptions et qui contacte le médecin de garde du secteur afin de lui adresser le patient en consultation si besoin (visite ou au cabinet).

Nous entendons par les termes : « jour » le créneau 8h-20h, « après-midi » 12h-20h, « soir/soirée » 20h-00h, et « nuit » 00h-8h.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La sectorisation sur le département de la Corrèze est organisée comme suit :

- 11 secteurs d'effection fixe (sauf celui de Brive étant mixte mobile/fixe), effectuant des consultations tous les soirs au cabinet, et les samedis après-midi et les dimanches/jours fériés en journée ils sont aussi des effecteurs mobiles.
- 4 grands secteurs d'effection mobile tous les soirs et les nuits (dont celui de Brive, mixte).

La sectorisation sur le département de la Creuse est organisée comme suit :

- Concernant l'effection fixe : avec un secteur unique du lundi au jeudi en soirée (avec un seul effecteur couvrant la totalité du département, soit au cabinet du médecin (si installé en périphérie de Guéret, soit dans des locaux mis à disposition par la clinique de la Marche), et 5 secteurs les vendredis soirs, les samedis après-midi et soirs, et les dimanches, jours fériés et ponts en journée et le soir.
- Concernant l'effection mobile : 3 secteurs tous les soirs et nuits, les samedis après-midi, les journées des dimanches, jours fériés et « jours de ponts ». Avec une exception, de 20h à 08h du lundi au vendredi et de 00h à 08h les samedis, dimanches, jours fériés et jours de "ponts" et uniquement concernant la commune de Guéret, et à la demande du médecin régulateur, l'effection mobile est effectuée par un médecin du Centre Hospitalier de Guéret.

  Et les samedis de 12h à 24h, les dimanches/jours fériés de 8h à 24h, le médecin libéral qui assure l'effection fixe sur le secteur de Guéret-Bonnat, assure également, à la demande du médecin régulateur, l'effection mobile sur la commune de Guéret.

Le territoire de la CPTS est donc totalement découpé par la sectorisation de la PDSA. *(cf. cartes géographiques en annexes).* La CPTS n'œuvre pas donc pas directement sur l'organisation des soins non-programmés en dehors des heures ouvrables.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II. Étude

II.1. Méthode

L'étude a été conçue comme une étude « pilote », elle vise à décrire le comportement des parents d'enfants de moins de 2 ans lorsque l'enfant nécessite, selon les parents, un avis médical sur une problématique aigue : c'est le mode de recours aux soins non-programmés. Un questionnaire a été mis au point demandant aux parents des informations sur la dernière fois qu'il y a eu un besoin médical plus ou moins urgent.

On a donc utilisé une méthode observationnelle, descriptive et transversale.

Le questionnaire a été mis au point afin d'interroger les parents de nourrissons sur leur dernière consultation non programmée sur le territoire, en partant du postulat que cela était représentatif de leur mode habituel de recours aux soins non programmés pour leur enfant. Deux formats ont été proposés : un format papier, et un format numérique pour répondre au questionnaire via smartphone ou tablette accessible avec un QR Code.

Le questionnaire numérique a été fait avec le logiciel universitaire libre de droit Limesurvey, les accès ont été créés à ma demande par l'équipe informatique de la faculté de médecine de Limoges. Les données papier ont été rentrées manuellement dans Limesurvey, et l'ensemble des données a été récolté et traité au format .xlsx depuis Limesurvey, les données issues de la matrice de données nettoyées ont été importées dans le logiciel Jamovi version 2.3.26.0 pour MacOs.

Le questionnaire a été mis à disposition à partir du mois d'août 2022 à mai 2023. Une modification du questionnaire a été effectuée en septembre et les données antérieures n'ont pas été incluses dans l'étude. Il a été distribué en septembre 2023 par mes soins sur le territoire de la CPTS auprès des cabinets médicaux, des pharmacies et du service des urgences de l'hôpital d'Ussel, qu'ils soient membre ou non de la CPTS. Un deuxième passage auprès de ces lieux a eu lieu environ 6 mois après le début de l'étude afin de récupérer les questionnaires papiers et de faire un rappel auprès des professionnels de santé.

Le questionnaire et les fiches avec QR Code étaient destinés à être donnés aux parents directement lors d'un contact en pharmacie, lors d'un passage aux urgences d'Ussel, dans un cabinet médical où il était mis à disposition dans la salle d'attente, ou la fiche avec QR Code était affichée sur un mur. Il était destiné à être expliqué par le médecin, la secrétaire médicale, l'IAO, le préparateur ou le pharmacien. *(cf. annexe)*

Le questionnaire a été construit comme suit :

Premièrement, un premier tri selon les critères démographiques de l'enfant :

- 1 : L'âge de l'enfant a été discrétisé : inférieur à 3 mois ; entre 3 et 11 mois ; et entre 1 an et 2 ans.

L'âge a été choisi afin de n'inclure que les nourrissons, soit par définition, les enfants âgés de moins de 24 mois. C'est l'âge préscolaire, avec un développement psychomoteur rapide et l'acquisition de fonctions élémentaires. Les catégories ont été choisies ainsi :

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Les 0-3 mois ont des besoins physiologiques spécifiques (alimentation lactée exclusive, pas de couverture immunitaire vaccinale), on aurait pu choisir les 0-1 mois afin de sélectionner des pathologies néonatales, et d'exclure les contages extra-familiaux (congé maternité et paternité donc mode garde à domicile majoritairement), mais au vu du faible nombre prévu de consultations pour cette population restreinte (taux de natalité d'environ 8/1000), elle a été incluse dans la catégorie 0-3 mois qui s'en rapproche.
- Les 1-2 ans ont été sélectionnés par rapport à un cut-off qu'est l'âge d'acquisition de la marche, entrainant des problématiques spécifiques, notamment en traumatologie.
- La catégorie intermédiaire (3 mois révolus au premier anniversaire) s'est donc placée entre ces deux périodes.

♦ 2 : Le code postal : il permet d'évaluer la proximité et donc la facilité de déplacement vers les urgences de l'hôpital d'Ussel et les autres centres hospitaliers).
Cette donnée a été choisie car on sait que le temps de trajet peut exercer une influence notable sur le taux de mortalité en cas de détresse vitale. Par exemple pour les accouchements inopinés (en dehors d'une maternité), cela peut multiplier le risque de mortalité par 6,5 pour la mère et par 3 pour le bébé (15).
Un quart de la population française est à plus de 25 minutes d'un centre de soins hospitalier, et 5% de la population est même à plus de 45 minutes. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres. (16)
Le code postal peut également servir à étudier le mode de recours aux soins des patients résidents hors du territoire (familles de passage, vacanciers, saisonniers…)

Secondairement, les variables d'analyse principale ont été choisies ainsi :
3 : combinaison de symptômes lors du dernier recours aux soins non programmés (biais de prévarication) : description du tableau clinique (contexte), les cases ont été conçues par appareil (respiratoire, digestif…) ou type de lésion (traumatologie avec obligation présumée de geste ou investigation paraclinique (pansement, suture, radiographie)).

4 : le symptôme dominant motivant la demande de soin non programmé lors du dernier épisode (biais de mémorisation : un enfant peut avoir de la fièvre sans que cela n'implique une demande de soin par les parents, mais l'association avec d'autres signes peut motiver la demande de soin (éruption cutanée, anorexie, AEG…)

5 : le délai entre le début des symptômes et la demande de soins : en ce qui concerne les demandes médicales cela permettrait d'approximer le délai moyen que mettent les parents à avoir recours à une demande de soins pour leur enfant. En moins de 24 heures, cela signifierait donc un stress des parents et une impression de besoin urgent, et depuis plus de 3 jours, cela signifierait d'avantage une lassitude, un besoin de remède de deuxième intention, ou bien une aggravation secondaire.

Parmi cela, des questions secondaires ont été créés afin d'apporter une analyse phénoménologique qualitative :

Licence CC BY-NC-ND 3.0

6 : dans quel créneau horaire (heure ou jour ouvrable) : cela a son importance par rapport aux différentes filières de soin possibles, dans lesquelles la disponibilité et l'accessibilité des professionnels n'est évidemment pas la même : en ambulatoire *versus* en hospitalier, à heures ouvrables *versus* horaires de garde ambulatoire ou hospitalière.

7 : via quel canal de recours au soin : nous avons souhaité faire un listage quasi-exhaustif des canaux possibles : accès direct physique, demande d'avis en pharmacie, appel sur plateforme de régulation (18, 15), par rendez-vous, en téléconsultation… Nous aurions dû citer la PMI si l'étude avait été réalisée par exemple sur Limoges.

8 : le lieu de prise en charge final a son importance afin de voir si le patient a nécessité un transfert ou un adressage, ce qui implique que la demande de soins nécessitait un avis supplémentaire (de la pharmacie aux urgences, des urgences d'Ussel vers un service de pédiatrie…) et de séparer ambulatoire et hospitalier, consultation ou hospitalisation, et précision sur la localisation (en dehors ou sur le territoire). Cela permet également de faire un parallèle avec le code postal de résidence de l'enfant.

9 : quel délai entre la demande de soins et un premier examen de l'enfant : cela permettrait d'approximer la réactivité et l'efficience des différents canaux (délai de rendez-vous en cabinet, délai d'attente aux urgences…)

La possibilité d'ajouter un commentaire ou une précision a été laissée aux parents, afin que lors de l'analyse, des cases « mal cochées » puissent être intégrées dans les cases les plus adaptées.

Initialement, un nombre de 100 réponses minimum a été fixé comme objectif, de manière arbitraire car aucun calcul de NSN n'a été prévu. Il aurait fallu pour cela savoir plus précisément combien de nourrissons résidaient sur le territoire de l'étude. L'étude se veut « pilote » et donc n'était pas dimensionnée pour cela. La réalisation de statistiques est tout de même possible mais elles resteront non significatives à cause d'un problème de manque de puissance lié à ce non-calcul de NSN. On ne pourra donc conclure sur une indépendance ou une association statistique sur les résultats (pas de calcul d'intervalle de confiance).

Les variables catégorielles ont été décrites par leur effectifs, leurs proportions des totaux et des sous-groupes. Les variables dichotomiques ont été décrites par leurs effectifs et proportions. Les différentes répartitions de ces variables ont été testées lorsque cela était possible par un test du Qi2 de Pierson ou par un test exact de Fischer.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II.2. Résultats

Les questionnaires ont obtenu 59 réponses, dont 45 complètes, de septembre 2022 à mai 2023. Les réponses enregistrées sur une première version en août 2022 ont été exclues de l'analyse. Nous n'avons pas identifié de doublons dans les questionnaires remplis.

Les statistiques ont été faites uniquement sur les questionnaires complets.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques de l'enfant :

- une majorité se situait dans la catégorie de 1 à 2 ans (n=22 soit 48,89%),
- puis dans la catégorie de 3 mois à 11 mois (n=15 soit 33,33%)
- et dans la catégorie des moins de 3 mois, on compte 8 enfants (soit 17,78%).

La majorité des enfants venait du territoire de l'étude : 22 venait d'Ussel ou ses alentours (Code postal = 19200), un cas venait d'une commune de Creuse (23), limitrophe du territoire de l'étude, un cas venait d'une commune de Haute-Vienne (87), limitrophe de l'étude également, un cas venait du Puy-de-Dôme (63) et deux cas venait du département du Cantal (15). Un cas était un enfant de passage venant du Doubs (25).

En ce qui concerne la demande de soins :

- quasiment la moitié des enfants présentaient de la fièvre (n=22, soit 48,89%)
- de la toux ou un problème respiratoire (n=16 soit 35,56%)
- des troubles digestifs (n=13 soit 28,89%)
- une altération générale (n=8 soit 17,78%)
- un problème dermatologique (n=7 soit 15,56%)
- des brûlures ou plaies (n=4 soit 8,89%)
- un traumatisme crânien ou boiterie (n=3 soit 6,67 %)
- un autre qui ne rentrait pas dans ces cases représentant 2,22% des réponses.

Les symptômes ayant particulièrement inquiété les parents et motivé la demande de soins étaient :

- en majorité la fièvre (n=11 soit 24,44%)
- les problèmes respiratoires (n=10 soit 22,22%)
- les troubles digestifs à égalité avec l'altération générale, comptant 7 enfants dans chaque catégorie, soit 15,56% pour chacune de ces deux catégories
- 2 cas pour des problèmes dermatologiques soit 4,44%,
- 2 cas pour un traumatisme crânien ou boiterie (4,44%)
- 2 cas enfants pour des brûlures (4,44%)
- 4 réponses (soit 8,89%) était classées dans « autres ».

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Les symptômes étaient présents depuis :

- « entre un et trois jours » pour la majorité soit 21 enfants (46,67%)
- depuis « moins de 24 heures » pour 17 enfants (37,78%)
- depuis « plus de trois jours », pour 7 sept enfants (15,56%).

La demande d'avis médical a eu lieu :

- en majorité un jour de semaine (n=22 soit 48,89%), avec une grande tendance à l'appel du médecin traitant.
- le week-end ou un jour férié (n=17 soit 37,78%)
- la nuit (n=6 soit 13,33%).

Le mode de recours aux soins initial était :

- en majorité en appel au médecin traitant (n=13 soit 28,89%)
- se rendre directement aux urgences de l'hôpital (n=12 soit 26,67%), et parmi eux 4 ont été hospitalisés.
- 9 ont appelé le SAMU-Centre 15 (soit 20%). Ces appels ont tous été réalisés en dehors des heures ou jours ouvrables.
- 4 ont appelé un autre cabinet médical (soit 8,89%)
- 4 ont proposé une autre réponse (dont 3 étaient décrites comme un recours auprès du pédiatre de Tulle)
- 2 enfants ont été emmenés directement au cabinet médical sans rendez-vous (soit 4,44%)
- 1 cas de demande de secours s'est fait auprès des pompiers via le CODIS (soit 2,22%) pour un problème de traumatologie.

Le lieu de prise en charge finale était :

- En grande partie une consultation avec un autre médecin que le médecin traitant pour 15 enfants (soit 33,33%)
- 15 cas ont été au service des urgences de l'hôpital (soit 33,33%)
- 8 ont obtenu une consultation avec leur médecin traitant (soit 17,78%)
- 7 enfants ont été hospitalisés (soit 15,56%), 3 réponses ont précisé une suite de prise en charge à l'hôpital mère-enfant à Limoges, et un enfant a été hospitalisé au CH de Guéret.
- Aucune prise en charge ne s'est faite à la pharmacie ou en téléconsultation.

Le délai de prise en charge était majoritairement

- « dans les heures suivant la demande de soins » pour 31 enfants (soit 68,89%)
- « entre 24 et 48 heures après la demande de soins » pour 9 enfants (soit 20%)
- « plus de 48 heures après la demande de soins » pour 5 enfants (soit 11,11%).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

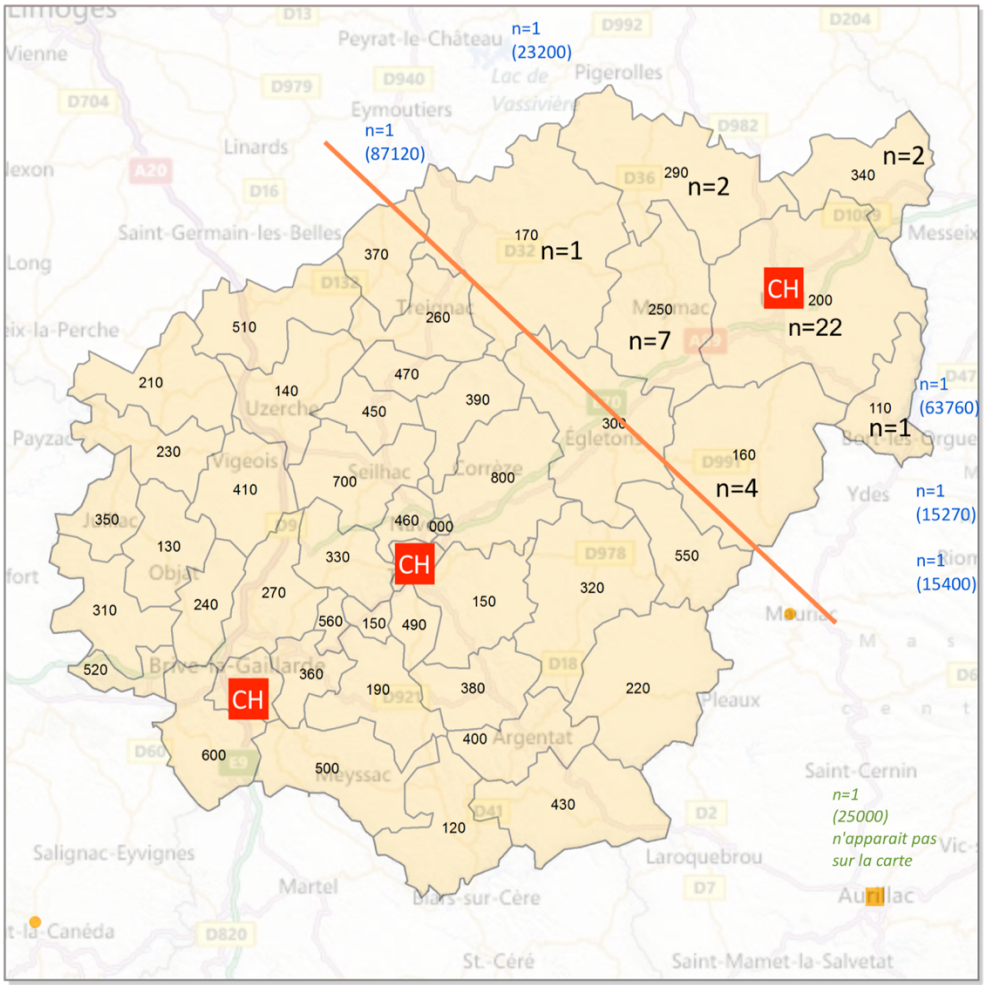


Figure 8 : Répartition géographique des réponses aux questionnaires en fonction du code postal

Source : auteur

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II.3. Discussion

Analyse :

Parmi les moins de 3 mois, tous ceux qui présentaient de la fièvre (n=5) ont été vus dans une structure hospitalière, dans les heures suivant la demande de soins. 3 d'entre eux ont été hospitalisés, les deux autres indiquent seulement « passage aux urgences » sans préciser le lieu ni la finalité : ont-ils été bilantés conformément aux recommandations ? Peut-on considérer qu'une consultation pour un enfant de 3 mois fébrile aux urgences d'Ussel est inappropriée et qu'il aurait dû aller à Tulle directement ? Ceux ayant contacté leur médecin traitant en heures et jours ouvrables (n=2) auraient-ils dû se rendre directement vers un pédiatre, et on peut se demander pour quelle raison n'ont-ils pas eu de prise en charge finale par le médecin traitant : réorientation d'emblée ou manque de disponibilité ?

Après appel au médecin traitant (n=13), 8 enfants ont été vus par leur celui-ci (dont 1 n'ayant pas appelé mais s'étant présenté directement au cabinet), cela peut être un souci d'indisponibilité ou de demande inappropriée à une consultation en ambulatoire donc l'appel n'a abouti que pour 38% des demandes. 3 enfants sont finalement allés à l'hôpital, nous ne savons pas si cela a été conseillé par le médecin traitant ou le secrétariat, ou si les parents l'ont eux-mêmes décidé. Les 3 autres ont été vus par un autre médecin.

Parmi les moins de 3 mois, 3 ont contacté le Centre 15, et 3 leur médecin traitant. Un enfant venant pour fièvre et surtout troubles digestifs a été hospitalisé, et les parents avaient contacté le médecin traitant en premier lieu.

Les parents sondés n'ont jamais attendu plus de 3 jours pour la demande de soins, à l'exception d'un seul bébé, de moins de 3 mois qui a été vu plus de 48 heures après la demande de soins, il était victime d'un « reflux » selon le commentaire laissé dans la case « troubles digestifs » depuis plus de 3 jours, il a été vu par son médecin traitant.

Lors des demandes de soins aux heures et jours ouvrables, 60% ont contacté leur médecin traitant. 4 cas ont requis un rendez-vous rapide auprès d'un autre médecin (deux fois précisées comme étant le pédiatre de Tulle). Et parmi les deux enfants ayant été aux urgences directement, un a été hospitalisé.

Les cas de traumatologie/plaie/brûlure sont au nombre de 7 (15,56% du total), dont aucun de moins de 3 mois (statistiques réalisées sur les symptômes présentés).

La régulation médicale du centre 15 aurait reçu 9 appels selon notre questionnaire, et 4 ont été orientés vers une consultation avec un médecin de garde ou pédiatre (avec retour à domicile), 2 ont été hospitalisés, 3 ont été évalués aux urgences uniquement selon les réponses.

Un enfant est venu aux urgences d'Ussel pour un « doigt déchiré dans la porte », habitant à Bugeat, il aurait probablement dû être orienté par le 15 vers l'HME compte tenu de la distance quasi égale afin de bénéficier d'emblée de l'avis d'un chirurgien pédiatrique, puisqu'il a été par la suite transféré à l'HME.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La régulation a adressé un week-end aux urgences d'Ussel un enfant de moins de 3 mois, venant du Cantal, fébrile avec altération de l'état général. Aurait-il dû aller à Tulle ou à Clermont-Ferrand d'emblée ? Cet enfant a été transféré en pédiatrie à Tulle par la suite.
De manière similaire, un moins de 3 mois fébrile avec toux, venant d'Ussel, a été adressé par le centre 15 aux urgences d'Ussel puis transféré également à Tulle. Peut-on considérer cela comme une potentielle perte de temps ? Ou comme une évaluation précoce de l'état de l'enfant afin de lui procurer les premiers soins avant transfert ?

Cependant, parmi les 12 enfants qui ont été aux urgences directement, 4 ont été hospitalisés (dont le seul de moins de 3 mois), 3 sont venus pour des motifs de traumatologie/plaie, et un pour un corps étranger avalé. Ce qui indique que les 4 autres, venus pour des motifs « médicaux » , sont rentrés simplement chez eux, et l'on peut donc estimer que parmi ces derniers, il existe des consultations inappropriées aux urgences puisqu'il n'est pas mentionné un autre mode de recours en premier lieu, notamment celui qui se présente un jour de semaine, et les 3 autres auraient pu être orientés si besoin par le 15 vers un pédiatre ou un médecin de garde de la PDSA puisque leur demande a été faite un week-end ou sur des horaires de nuit.

Parmi les 22 enfants ayant terminé leur prise en charge en hospitalisation ou aux urgences, 10 avaient requis un avis auprès d'un autre médecin.

Le point fort de cette étude, c'est que ces chiffres sont à mettre en parallèle d'études existantes :

Dans une étude réalisée par la DREES en 2013 recensant plus de 44000 passages aux urgences dans 728 centres en France, les moins de 2 ans représentent 6% des passages alors que leur proportion dans la population générale est de l'ordre de 2,1% selon l'INSEE. Les statistiques suivantes sont données en pourcentage sur les 2870 passages de ces enfants.

Beaucoup de ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans notre étude :

- le taux d'hospitalisation est de 16% dans notre étude ainsi que dans les données de l'étude réalisée aux urgences pédiatriques de Créteil, dans l'étude de la DREES le taux d'hospitalisation est de 15% chez les 6-24 mois et de 25% chez les moins de 6 mois

- les troubles digestifs représentent 16% dans notre étude, et pour la DREES 16% chez les moins de 6 mois et 13% chez les 6-24 mois

- les troubles respiratoires représentent dans l'étude de la DREES 15% chez les moins de 6 mois, 13% chez les 6-24 mois, et dans notre étude 22%

- la fièvre représentait 24% des symptômes dans notre étude, dans l'étude de la DREES chez les moins de 6 mois elle compte pour 11% et chez les 6-24 mois, 21%.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- la traumatologie représente 15,56% des cas dans notre étude (traumatologie, boiterie, brulures et plaies), dans l'étude de la DREES c'est 9% des moins de 6 mois et 23% des 6-24 mois.

- le recours à un avis médical avant de se rendre aux urgences semblerait en revanche plus important sur notre territoire que dans les autres études : en effet 45% des consultations aux urgences ou des hospitalisations étaient précédées d'une demande préalable (MT, autre médecin, centre 15), et dans l'étude de la DREES : seulement 38% des moins de 6 mois et 32% des 6-24 mois avaient déjà entrepris une demande auprès d'un médecin avant de se présenter aux urgences.

De plus, en analysant le nombre de questionnaires remplis en excluant l'enfant de passage originaire du Doubs (n=44), on retrouve qu'environ 8% des enfants de moins de 2 ans vivant sur (ou à proximité) du territoire de l'étude ont répondu à notre questionnaire.

Cette étude étant pilote et le nombre de sujets par catégories étant tout de même faible, aucune différence significative de répartition n'a été mise en évidence. Parmi les faiblesses de l'étude on veut noter que les réponses sont discrétisées (par catégorie d'âge par exemple, donc pas de variable quantitative continue). Il faut alors garder à l'esprit que ces chiffres sont difficilement généralisables et ne peuvent être considérés comme représentatifs du comportement d'une population, étant donné l'absence de calcul du nombre de sujets nécessaire, aucune absence de différence ne peut être déduite d'un $p<0,05$ (risque ß non maitrisé = risque de ne pas mettre en évidence une différence qui existe) sur les statistiques de notre étude. Nous conseillons de considérer avec prudence toute interprétation des analyses.

En revanche, on peut observer des tendances plutôt optimistes : les parents contactent leur médecin traitant en priorité aux heures ouvrables, et ils se dirigent vers les urgences ou font le 15 lorsque l'état de leur enfant se dégrade, en cas de traumatologie (radiologie nécessaire probablement) ou de plaie (nécessité de suture évoquée) ou lorsqu'il a un âge inférieur à 3 mois. Ces comportements sont ceux à encourager et à diffuser.

Questionnaire :

Malgré le faible nombre de réponses, le questionnaire recense des données cohérentes avec la littérature. Il a été disponible sur différents supports (papier, internet), et est assez court (environ 2 minutes), ce qui permet de ne pas décourager les répondants. Les réponses concernant la dernière demande de soins, les questionnaires peuvent donc avoir été remplis lors d'une consultation de soins programmés chez le médecin traitant ou lors d'un passage à la pharmacie pour un achat pédiatrique ou adulte, il n'y a donc aucun intérêt de connaitre la provenance des questionnaires remplis pour l'analyse.

Cependant, on peut discuter de certains biais, à posteriori :

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Il y a une majorité d'enfants de 1 à 2 ans, on peut alors se demander si les enfants plus jeunes, notamment les moins de 3 mois, consultent d'emblée ailleurs (pédiatre, Tulle…). Aucun questionnaire n'évoque une demande de consultation directe avec le pédiatre d'Ussel, mais le questionnaire n'a pas été mis à disposition au niveau des locaux de consultation de pédiatrie de l'hôpital d'Ussel. On peut aussi se demander si les parents ne considèrent pas le pédiatre comme un professionnel des soins programmés exclusivement ? En revanche, deux commentaires indiquent un appel direct au service de pédiatrie de l'hôpital de Tulle.
- Une majorité des symptômes étaient médicaux (problème respiratoire ou digestif), donc phénomène évoluant sur plusieurs heures/jours, et donc peu en rapport avec de la traumatologie (phénomène brutal et unique). Les parents dont les enfants sont victimes d'un traumatisme physique seraient peut-être moins enclins à répondre à un questionnaire ou sont-ils moins nombreux, la réponse est probablement dans ces deux propositions.

- Parmi les problèmes médicaux, nous aurions pu rajouter la catégorie « ORL », mais bon nombre d'otites sont diagnostiquées sur de la fièvre à cet âge. Cependant, otalgies angines et rhinopharyngites auraient pu être un item du questionnaire.

- On peut aussi penser que globalement, les parents amenant leur enfant malade ou souffrant sont inquiets, et ne sont pas forcément disposés psychologiquement à répondre à un questionnaire.
- Les symptômes, étant en majorité d'ordre médical, étaient présents depuis moins de 3 jours majoritairement, les parents consultent-ils trop tôt ? Le questionnaire était-il assez précis en ce qui concerne la durée d'évolution des signes cliniques ?
- On aurait aussi pu intégrer dans le questionnaire la case « examen biologique ou radiologique » afin de savoir combien d'enfants ont été explorés sur ces plans (fièvre depuis > 5 jours par exemple, urgence chirurgicale, radiographie, échographie, TDR Covid/grippe, BU, CRP-test…).
- En ce qui concerne le délai de prise en charge, il n'est pas assez précis puisque l'urgence vitale nécessite une demande de soins de quelques minutes à quelques heures alors que pour une fièvre bien tolérée certains parents peuvent avoir été « éduqués » à ne consulter qu'au 5e jour en l'absence d'altération de l'état général ou de douleur.
- On peut se demander si la population de l'étude n'était pas trop restreinte en mettant l'âge limite à 2 ans ou bien alors pas assez restreinte en confondant la néonatalogie (jusqu'à 28 jours de vie) et l'âge de la marche ou préscolaire (jusqu'à 2 ans).
- Le terme « hospitalisation » est flou puisqu'il peut signifier une simple surveillance hospitalière en unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences (seulement valables sur le CHRU) aussi bien qu'une hospitalisation en service conventionnel ou même en soins intensifs. Le terme « au final » de la prise en charge définit l'adressage post consultation sachant que l'on n'a pas posé de questions sur le lieu de primo-consultation mais uniquement sur le premier moyen mis en œuvre par les parents pour répondre à leur demande de soins, qui n'a pas toujours été satisfait.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Les causes possibles pour lesquelles le questionnaire n'a pas été rempli en totalité ou qui peuvent expliquer le faible nombre de réponses sont peut-être des erreurs sur la rédaction du questionnaire (il peut être trop long ou propose trop de réponses…). L'intérêt de cette étude n'a peut-être pas été correctement explicité, ou n'a pas été compris par les parents. Ces derniers ont pu aussi avoir des craintes notamment vis-à-vis de la sécurité numérique en scannant un QR code et on peut imaginer aussi une probable lassitude vis-à-vis des sondages. La société actuelle est hyper-sollicitée que ce soit la population générale ou les professionnels de santé, et les sujets de recherche en santé sont souvent noyés dans la masse et leur importance n'est pas assez mise en lumière.

- Par ailleurs, durant la période de publication du questionnaire, de nombreuses ruptures de stock de médicaments à forme pédiatrique au niveau national, ont peut-être conduit les pharmaciens à manquer de temps pour proposer ce questionnaire, et délivrer l'information qui s'y rapporte.
- Le logiciel commun permettant la prise de rendez-vous pour des soins non programmés (Inzeecare) a été mis en place durant l'étude, cela a pu faciliter la prise en charge ambulatoire plutôt qu'aux urgences ou un renoncement aux soins. Nous ne savons donc pas quel a pu être l'impact de ce logiciel sur la prise en charge des soins non programmés chez les enfants de moins de 2 ans sur ce territoire.
- Nous aurions pu en parallèle explorer en détail les données des passages aux urgences d'Ussel de manière rétrospective pour les enfants de moins de 2 ans, il aurait néanmoins fallu informer et attendre un éventuel retour de formulaire de refus d'utilisation des données par les parents, afin de pouvoir anonymiser puis analyser les données de leur enfant, l'étude n'a pas été dimensionnée pour cela initialement mais cela peut faire l'objet d'un futur travail.

En ce qui concerne les enfants de la PASS et du CADA ils ne sont pas assez nombreux probablement sur cette période, le pays d'origine n'est pas spécifié dans le questionnaire et nous sommes partis du principe que la capacité de compréhension de la langue française par les parents n'étant pas toujours aisée, les réponses et l'analyse de leur questionnaire peuvent fausser les résultats. Les parents francophones issus de ces populations ont pu répondre au questionnaire lors d'un passage aux urgences par exemple, et dans ce sens ils ne seront alors pas discriminés.

Au total, le questionnaire a reçu un faible nombre de réponses par rapport à ce qui était espéré, cependant, des grandes lignes se définissent quant au mode de recours aux soins non-programmés chez les nourrissons. De nouvelles études, spécifiquement dimensionnées pourront à l'avenir préciser les choses et tenir compte des dispositifs mis en place par la CPTS afin d'évaluer leur efficacité et guider encore l'optimisation des filières de soins des tout-petits.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III. Perspectives

Les freins à l'accès aux soins, notamment non-programmés, sont nombreux sur le territoire : la désertification médicale éloignant géographiquement les médecins et leur raréfaction allongeant le temps de recherche d'un mode de recours aux soins, les axes routiers secondaires sinueux, souvent enneigés l'hiver, les transports en commun rares en dehors des villes et absents la nuit, et la précarité pouvant amener à un renoncement aux soins dans ces conditions.

La CPTS a à cœur d'articuler le système de soin existant avec ces contraintes locales, géographiques et démographiques.

III.1. Information à la population

Il est important d'éduquer et d'informer la population sur les conduites à tenir lorsque leur enfant est malade cela commence dès la maternité en demandant aux jeunes mamans de consulter en urgence lors d'une fièvre chez un enfant de moins de 3 mois et notamment dans des urgences pédiatriques spécialisées lors d'une fièvre chez un enfant de moins de 6 semaines. Ce qui fait écho aux résultats de notre étude où certaines prises en charge ont été probablement rallongées.

On peut parler prévention et conduite à tenir en cas de maladie dans les relais petite enfance qui mènent des ateliers dans plusieurs communes, mais aussi dans les crèches et les centres de vacances et impliquer le référent santé et accueil inclusif (RSAI) dans ce rôle de prévention. L'accent sur la prévention doit être mis dans les PMI notamment via les puéricultrices et dans les lieux de consultation de l'enfant, de la maternité aux urgences en passant par les pharmacies et les cabinets de ville.

Un document mis au point par l'hôpital Trousseau à Paris (17) a été créé afin de guider les parents sur les signes qui doivent les amener à consulter spécifiquement aux urgences, et à Genève en Suisse (18) un travail similaire a été fait, ainsi qu'à Montréal (19) : la CPTS pourrait s'inspirer de ces documents afin d'informer sa population, en l'adaptant aux contraintes géographiques et démographiques de son territoire. On peut espérer que cela permettra de mieux filtrer les enfants à risque de dégradation vers l'urgence vitale, et de mieux orienter les demandes de soins non programmés vers des mesures non médicamenteuses, de surveillance ciblée, ou de bon usage de l'automédication.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.2. Organisation des professionnels

Au sein de la CPTS, vont se mettre en place des soirées de formation interprofessionnelles. On pourrait proposer en rapport avec la pédiatrie des mises à jour des connaissances sur les nouvelles recommandations en infectiologie (SHU à redouter chez les enfants de la ferme(20), maladies tropicales chez les enfants du CADA, antibiothérapie dans les infections ORL…) ; sur les techniques de communication afin de mettre l'accent sur la prévention (vaccination), et sur l'éducation thérapeutique afin de tenir un discours cohérent entre les professionnels (signes de gravité, délai de consultation généralement nécessaire...) par exemple dans le diagnostic et la prise en charge de l'asthme du nourrisson, un cas sur les céphalées de l'enfant, la boiterie de l'enfant, la suspicion de torsion testiculaire… Un référent en pédiatrie volontaire pourrait être dédié à ce type de travaux et faire valoir la santé des enfants lors des réunions de la CPTS.

Le centre hospitalier d'Ussel a d'ores et déjà mis en place des formations à thème pédiatrique, elles sont proposées aux professionnels de l'établissement, par ailleurs, certaines réunions de formation incluant des professionnels extérieurs ont déjà eu lieu sur d'autres thèmes.

On pourrait également intégrer les RSAI ainsi que la PMI dans ces dispositifs de formation. Les médecins généralistes pourraient aussi accorder des créneaux de consultation à la PMI afin d'assurer un suivi pour tous les enfants y compris ceux issus de familles les plus fragiles et ce en collaboration avec les puéricultrices de PMI, malheureusement on sait que l'emploi du temps des généralistes ne permet que très peu de nouvelles missions et il incombe à la CPTS de trouver les ressources médicales afin d'optimiser la prise en charge de tous les enfants sur son territoire.

Dans d'autres départements (exemple en Dordogne) les urgences n'accueillent que les patients régulés par le 15, ce qui éviterait : les erreurs d'orientation des parents (comme une conjonctivite et à l'opposé un traumatisme crânien grave chez un moins de 3 mois ou une lésion nécessitant d'emblée un avis auprès d'un chirurgien pédiatre), cela pourrait aussi éviter un passage inapproprié et un temps d'attente long. Un avis médical de la régulation du centre 15 permet aussi souvent de faire moins de route pour les parents car il y a plus de couverture géographique par les généralistes que par les services d'urgences, il pourrait être aussi intéressant d'être orienté d'emblée vers le bon hôpital dans les bons délais.

Le généraliste sait qu'il n'y a pas de pédiatre dans tel hôpital, il envoie alors directement l'enfant dans l'hôpital ou exerce un pédiatre, il peut aussi réaliser un adressage sans urgence en consultation programmée car il connaît mieux le patient et peut rédiger un courrier détaillé qui sera tout d'abord mis à disposition du pédiatre afin que celui-ci décide du délai de consultation. On pourrait alors souhaiter que les consultations spécialisées en pédiatrie puissent apparaître sur le logiciel Inzeecare, c'est une option à présenter à l'équipe de pédiatrie de l'hôpital de Tulle, mais étant hors CPTS, cela demanderait des ajustements. On pourrait cependant commencer par associer le pédiatre de l'hôpital d'Ussel à ce dispositif.

Par ailleurs, avoir l'avis d'un régulateur du centre 15 permettrait de mieux orienter, de temporiser ou à l'inverse d'envoyer les secours adéquats dans les délais pertinents et éviter l'errance médicale ou un parcours de soin complexifié et trop long.

Nous parlons principalement de la régulation par le médecin du centre 15 mais le médecin traitant pourrait également effectuer un travail de régulation notamment via les

Licence CC BY-NC-ND 3.0

téléconsultations. Les assistantes de régulation médicale du centre 15 ont reçu la formation appropriée afin d'orienter les parents vers le généraliste régulateur ou vers un urgentiste régulateur, elles font donc la différence entre une urgence vitale et une urgence relative. Nous pourrions de la même manière former les secrétaires médicales à réguler les demandes de soins en proposant des consultations dans la demi-journée ou bien dans les 48 à 72 h à venir, un stage à la régulation médicale pour les secrétaires médicales pourrait peut-être avoir un intérêt dans l'apprentissage d'une régulation téléphonique. À l'hôpital pédiatrique de Denver (Colorado, USA), la régulation téléphonique pédiatrique est assurée par des infirmières spécialement formées à cet effet, en effet seuls 20 % des appels traités se révèlent être des urgences et moins de 1 % concernent une situation entraînant une hospitalisation.(21)

Au niveau du centre de régulation du SAMU 19, faudrait-il orienter les parents vers l'hôpital de Tulle au moindre doute sur la gravité évolutive potentielle de l'enfant et lorsqu'une urgence chirurgicale est présumée l'adresser directement vers l'hôpital mère-enfant du CHU de Limoges afin d'éviter un itinéraire de soins rallongé avec un risque de perte d'information et de découragement des parents (comme lorsqu'on rapporte une déformation d'un membre, plaie avec perte de substance, lourds antécédents…).

On peut également évoquer la possibilité de téléconsultation, depuis le cabinet d'un généraliste ou les urgences, afin d'obtenir un avis spécialisé en pédiatrie. C'est déjà ce qui se fait dans l'urgence neurovasculaire pour les adultes (TéléAVC). Le dispositif MyDiaby pour les diabétiques sert de plateforme de prise en charge commune entre les endocrinologues pédiatres et les généralistes et permet des ajustements de traitements rapides. La plateforme OMNIDOC permet d'obtenir un avis dans plusieurs spécialités (dont 3 pédiatres à Limoges et 1 à Tulle). La télémédecine a toute sa place dans ces territoires : elle permet d'avancer l'expertise du spécialiste que ce soit dans le temps et l'espace, et d'épargner des déplacements inutiles aux familles, et d'éviter de mettre le médecin traitant de côté dans les prises en charge plus ou moins spécialisées. Elle est cependant peu utilisée dans le contexte de l'urgence, où l'avis est demandé par téléphone, mais cela a l'inconvénient de ne pas être administrativement tracé ni rémunéré, et l'éventuel envoi d'images (plaies, imageries) n'y est pas sécurisé.

Il est également important d'améliorer l'accès aux examens complémentaires, en développant les réseaux entre la médecine de ville, les laboratoires et centres de radiologie. On peut également songer à placer le radiologue dans un agenda partagé de « deuxième intention » lorsque les médecins de ville nécessitent pour leurs petits patients des examens radiologiques (boiterie, suspicion d'appendicite sur des symptômes de GEA…). On peut aussi penser à former les préleveurs des laboratoires d'analyse locaux à des techniques d'approche de l'enfant (hypnose conversationnelle, jeux...).

Les médecins traitants et des pédiatres débordés ne pouvant répondre à une demande de soins de plus en plus importante, il faut alors attirer et faciliter l'installation des jeunes médecins, dans ce sens, des communes et le département de la Corrèze proposent déjà des aides financières, et le rôle de la CPTS est majeur dans ces deux missions face aux jeunes : accueillir et promouvoir. En ce qui concerne les pédiatres, aucun interne de spécialité n'est affecté sur le territoire ni même sur le service de pédiatrie de Tulle, l'accompagnement nécessaire n'y étant probablement pas optimal, cela reste regrettable pour ce qui est de faire découvrir aux jeunes spécialistes les atouts locaux.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.3. Prochaines études

Une prochaine étude pourrait se servir de nos premiers résultats descriptifs afin d'obtenir un intervalle de confiance adéquate (par calcul de NSN) pour approximer le comportement des parents d'enfants de moins de 2 ans concernant les soins non programmés sur le territoire de la CPTS.
On pourrait également dédier une étude aux enfants de passage (gens du voyage, saisonniers, vacanciers, CADA…)

Dans un même temps, une autre étude pourrait mettre en perspective ces résultats avec le comportement des MG de la CPTS face aux mêmes situations afin de dresser un schéma descriptif de prise en charge des soins non programmés.

Dans un second temps une autre étude, interventionnelle, pourrait évaluer l'amélioration du comportement de recours au soins non programmés (délai entre les symptômes et la demande, et à quel moment se fait la demande de soins, par quel canal et où aboutit la prise en charge) des usagers de la CPTS face à une campagne de communication et de sensibilisation de la population.

Il faudrait aussi évaluer les prises en charge des médecins afin de déterminer leur fidélité aux recommandations actuelles. Mais il est complexe de juger les médecins : leur investissement dans la recherche et l'évaluation de leurs propres pratiques sont des freins potentiels, ainsi que la nécessité d'exhaustivité des renseignements inscrits dans les dossiers médicaux.

Il serait également intéressant d'évaluer la répartition de certaines pathologies, notamment liées aux modes de vie, différents entre le milieu rural et urbain, notamment les pathologies infectieuses et traumatologiques, afin de mieux les appréhender (enfants d'agriculteurs, sports de pleine nature, contacts avec des animaux et végétaux, …)

D'autres études sont en cours, sous forme de thèses que je souhaiterais souligner : la communication ville-hôpital via un outil numérique pour le suivi post-opératoire de chirurgie pédiatrique, le dépistage des troubles neurodéveloppementaux par les généralistes de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour, l'implication médicale dans les structures extra-scolaires via le RSAI en Creuse. Les équipes de soins primaires ont en effet un grand rôle à jouer en pédiatrie en l'absence de spécialistes aisément accessibles sur le territoire.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Conclusion

Bien que non exhaustive, cette étude a néanmoins permis d'apporter des précisions sur l'ensemble des soins non programmés chez les nourrissons de moins de 2 ans sur le territoire de la CPTS.

La première évidence est que nous sommes en présence d'un territoire rural, considéré comme désert médical, où l'accès aux soins pédiatriques spécialisés est un véritable défi. En effet, le travail de recensement des soins pédiatriques a permis de confirmer ceci : plus les soins sont spécialisés, plus ils sont difficiles d'accès géographiquement. Sur le territoire de la CPTS, un seul pédiatre exerce et il n'existe pas de service d'hospitalisation pour les enfants.

L'analyse du questionnaire à destination des parents des nourrissons a permis de conclure à un large recours au médecin traitant, mais les motifs de consultations et les finalités de prises en charge ne semblent guère différents des résultats d'autres études de grande ampleur.

Ces concordances avec les autres études démontrent l'utilité de créer de véritables filières codifiées permettant de mieux orienter les enfants, dans le bon délai et dans la bonne structure.

La collaboration entre les différents acteurs de soins (généralistes, pédiatres, régulation du Centre 15, services d'urgences et unités d'hospitalisation pédiatrique) ainsi que l'utilisation d'outils numériques sont des leviers essentiels pour garantir une prise en charge rapide, efficace et coordonnée des enfants, malgré les difficultés géographiques et démographiques du territoire étudié.

La performance des filières de soins locales adaptées aux enfants reposerait sur la consolidation des compétences en pédiatrie des praticiens locaux (recommandation sur les anti-infectieux, les bilans paracliniques recommandés, l'éducation thérapeutique…), l'harmonisation des pratiques et l'intégration des spécialistes à ces dispositifs. Soulignons que ces filières doivent, pour être opérationnelles, être connues de la population, et adoptées par l'ensemble des professionnels. Le recrutement de nouveaux professionnels sur le territoire passant aussi, par l'attractivité de son organisation.

Des progrès tangibles ont déjà été réalisés grâce à la CPTS, par l'utilisation du numérique dans la communication professionnelle, tels que la mise en place d'un agenda partagé entre professionnels de santé.

Au total, l'étude a permis de soulever de nouvelles questions et de fournir des pistes de réflexion pour l'optimisation des services de santé infantile et pourra, nous l'espérons, servir de support pour l'élaboration de ces filières de santé des tout-petits.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Références bibliographiques

1. Maurey H, Longeot JF. Sénat. 2020 [cité 20 nov 2023]. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html
2. ALBERT M. Qu'est-ce qu'une filière de soins dans le cadre des GHT ? [Internet]. 2017 [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: https://emservice.fr/ems/index.php/2017/09/15/breve-ma-septembre/
3. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, Khoury CE, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf. 1 juin 2020;29(6):449-64.
4. Lefeuvre C. Évaluation de la pertinence du recours aux urgences pédiatriques du Centre hospitalier de Saint-Brieuc dans les jours suivant une consultation de soins primaires [Thèse d'exercice, médecine]. Université de Rennes; 2019.
5. Benoughidane B. Consultations inappropriées aux urgences pédiatriques: enquête au sein des urgences pédiatriques de l'hôpital intercommunal de Créteil [Internet] [Thèse d'exercice, médecine]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2017. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03754347
6. INSEE. Population par sexe et âge en 2020 − Recensement de la population [Internet]. 2023 [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633062?sommaire=7633086&geo=METRO-1#ancre-POP1B_V2
7. Centre Hospitalier de Guéret. Présentation du service de pédiatrie-néonatalogie [Internet]. 2021 [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: https://www.ch-gueret.fr/index.php/patient/services-d-hospitalisation/pediatrie-et-neonatologie
8. Centre Hospitalier d'Aurillac. Centre Hospitalier Henri Mondor, Aurillac. 2024 [cité 16 janv 2024]. Pédiatrie. Disponible sur: https://www.ch-aurillac.fr/service/pediatrie/
9. ARS Nouvelle-Aquitaine. SMUR pédiatriques en Nouvelle-Aquitaine : dans quels cas et comment déclencher leur intervention ? [Internet]. 2019 [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/49703/download?inline
10. ARS Nouvelle-Aquitaine. Paaco-Globule : le service e-parcours régional de communication et de coordination [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/53137/download?inline
11. Assemblée Générale de l'association CPTS Haute-Corrèze Ventadour. Projet de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé : CPTS Haute-Corrèze – Ventadour (19). 2021.
12. Morvan M. Développer une politique territoriale en santé : retour d'expérience de six intercommunalités [Internet]. 2023 [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: https://www.intercommunalites.fr/app/uploads/2023/04/2023_focus-Sante_V6.pdf
13. Assurance Maladie. REZONE CPTS [Internet]. 2023 [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html
14. ARS Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence de soins ambulatoires [Internet]. 2023 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/66428/download?inline
15. Assemblée nationale. Assemblée nationale. 2020 [cité 25 janv 2024]. Proposition de loi n°2756. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2756_proposition-loi
16. Goldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine [Internet]. 2011 [cité 25 janv 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/distances-et-temps-dacces-aux-soins-en-france-metropolitaine-0#
17. Hôpital Trousseau. Urgences Pédiatriques : Quand dois-je venir ? [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: https://www.urgencestrousseau.fr/accueil/quand-dois-je-venir/
18. Hôpitaux Universitaires Genève. Mon enfant est malade [Internet]. [cité 20 nov 2023].

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Disponible sur: https://www.monenfantestmalade.ch/?_ga=2.200168430.1710421899.1700493710-878165537.1700493710
19. Hopital de Montreal pour enfants. Hopital de Montreal pour enfants. 2016 [cité 16 févr 2024]. Avant de venir à l'urgence pour une fièvre, une gastroentérite ou des symptômes grippaux. Disponible sur: https://www.hopitalpourenfants.com/nouvelles-et-evenements/dernieres-nouvelles/avant-de-venir-lurgence-pour-une-fievre-une
20. Augustin JC, Kooh P, Mughini-Gras L, Guillier L, Thébault A, Audiat-Perrin F, et al. Risk factors for sporadic infections caused by Shiga toxin-producing Escherichia coli: a systematic review and meta-analysis. Microb Risk Anal. 1 avr 2021;17:100117.
21. Poole SR, Schmitt BD, Carruth T, Peterson-Smith A, Slusarski M. After-hours telephone coverage: the application of an area-wide telephone triage and advice system for pediatric practices. Pediatrics. nov 1993;92(5):670-9.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexes

Annexe 1. Questionnaire papier format A4

1. Quel âge avait votre enfant la dernière fois que vous avez eu un besoin médical urgent ou imprévu ? *

- o Moins de 3 mois
- o De 3 mois à 11 mois
- o De 1 an à 2 ans

2. Pour mieux analyser vos habitudes, nous avons besoin de savoir où votre enfant grandit ! Indiquez le code postal ou la ville de la résidence principale de l'enfant :

3. Souvenez-vous de la dernière fois que vous avez eu un besoin d'avis médical urgent pour votre bébé : Quels symptômes présentait-il ? ***+ Commentaire / Précisions :***

- ☐ Fièvre
- ☐ Boutons, plaques, rougeurs...
- ☐ Toux, Problème respiratoire
- ☐ Troubles digestifs (diarrhées, vomissements, mal de ventre...)
- ☐ Traumatisme crânien ou autres, Boiterie
- ☐ Brûlures, Plaies...
- ☐ Altération générale (pleurs, ne joue plus, ne boit/mange plus, fatigue intense...)
- ☐ Autre (précisez) :

4. Quel symptôme vous a particulièrement inquiété et a motivé votre demande de soins ? ***+ Commentaire / Précisions :***

- ☐ Fièvre
- ☐ Boutons, plaques, rougeurs...
- ☐ Toux, Problème respiratoire
- ☐ Troubles digestifs (diarrhées, vomissements, mal de ventre...)
- ☐ Traumatisme crânien ou autres, Boiterie
- ☐ Brûlures, Plaies...
- ☐ Altération générale (pleurs, ne joue plus, ne boit/mange plus, fatigue intense...)
- ☐ Autre (précisez) :

6. A quel moment avez-vous décidé de demander un avis médical ?

- o La nuit (20h-8h)
- o Week-end ou jour férié
- o Un jour de semaine

5. Quand vous avez souhaité consulter, depuis combien de temps les symptômes étaient apparus ? *on parle ici du symptôme principal qui vous a inquiété sur le moment*

- o Moins de 24 heures
- o Entre 1 et 3 jours
- o Plus de 3 jours

7. Comment avez-vous eu recours aux soins initialement ? *Qui avez-vous contacté en premier pour obtenir un avis médical ?*

- o Directement aux urgences de l'hôpital
- o Directement au cabinet médical sans rendez-vous
- o Directement à la pharmacie
- o Appel aux pompiers (18)
- o Appel au SAMU (15)
- o Appel au médecin traitant
- o Appel à un autre cabinet médical
- o Prise de RDV en ligne
- o Autre :

8. Au final, où a eu lieu la prise en charge ?

- o Hospitalisation
- o Service d'urgences de l'hôpital
- o Consultation avec le médecin traitant
- o Consultation avec un autre médecin (pédiatre, médecin de garde...)
- o Pharmacie
- o Téléconsultation ou conseil médical par téléphone
- o Commentaire :

Si consultation d'un médecin en ville, précisez si visite à domicile (VAD)

Si prise en charge à l'hôpital : préciser dans quelle ville (Brive, Tulle...)

9. Combien de temps entre votre besoin d'avis médical et la consultation ? Dans quel délai votre enfant a été pris en charge ?

- o Dans les heures suivant votre demande de soin
- o Environ 24 à 48 heures après votre demande de soin
- o Plus de 48 heures après votre demande de soin

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 2. Flyer : questionnaire accessible en ligne via le QR Code

Adresse du site indiqué par le QR code. Flyer

Donné aux parents directement lors d'un contact avec pharma urgence médecin, à disposition sur table dans salle d'attente.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 3. Fiche d'information format A4

Affichée au mur, sur une porte, scotchée sur une table de salle d'attente, sur un comptoir de pharmacie.

Votre enfant a moins de 2 ans ?

Vous avez eu besoin d'un avis médical récemment ?

**consultation pour une raison imprévue = en dehors du suivi habituel et des vaccinations*

Aidez-nous à mieux connaitre vos besoins afin de créer une filière de santé pour les tout petits en Haute-Corrèze !

Répondez à ce court questionnaire en vous rappelant la dernière fois que vous avez besoin d'un avis médical pour votre bébé !

Grâce à vos réponses, nous allons tenter de **faciliter et d'améliorer la prise en charge médicale de vos enfants sur le territoire** via la CTPS : une association officielle du Ministère de la Santé regroupant des professionnels de santé de Haute-Corrèze *(médecins, pharmacien, infirmiers, hôpital)*.

Cette étude rentre dans le cadre de la thèse d'exercice pour le Diplôme de Docteur de Médecine d'un futur médecin du territoire.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 4. Répartition géographique des secteurs de la PDSA

Figure 9 : Secteurs d'effection fixe de la Corrèze

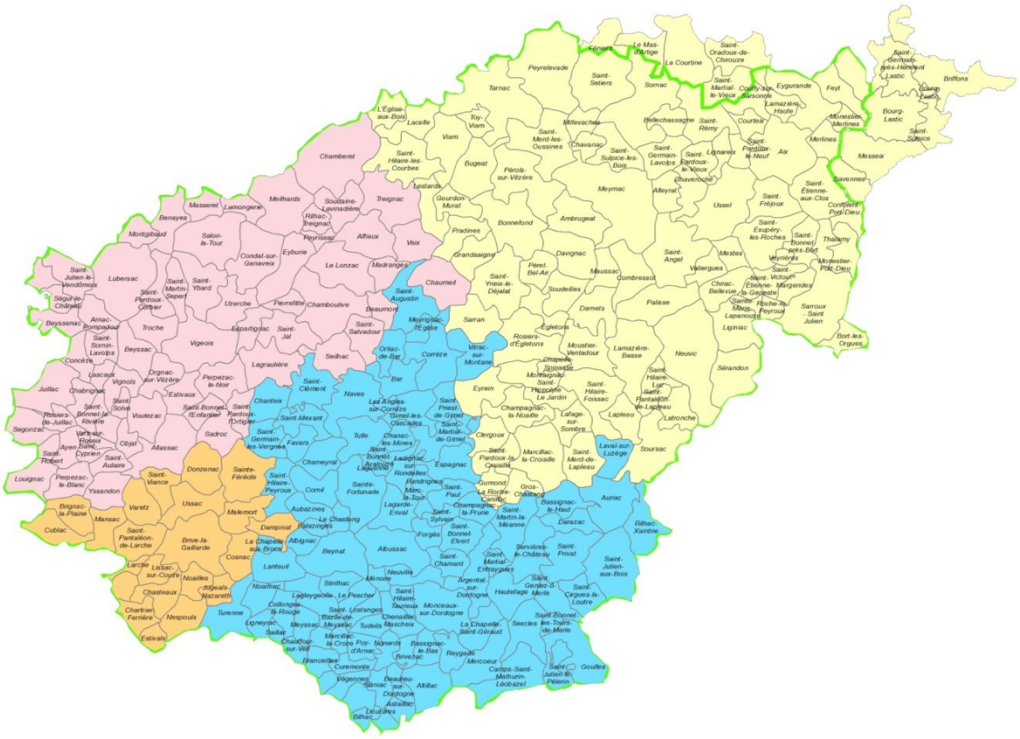


Figure 10 : Secteurs d'effection mobile de la Corrèze

Licence CC BY-NC-ND 3.0

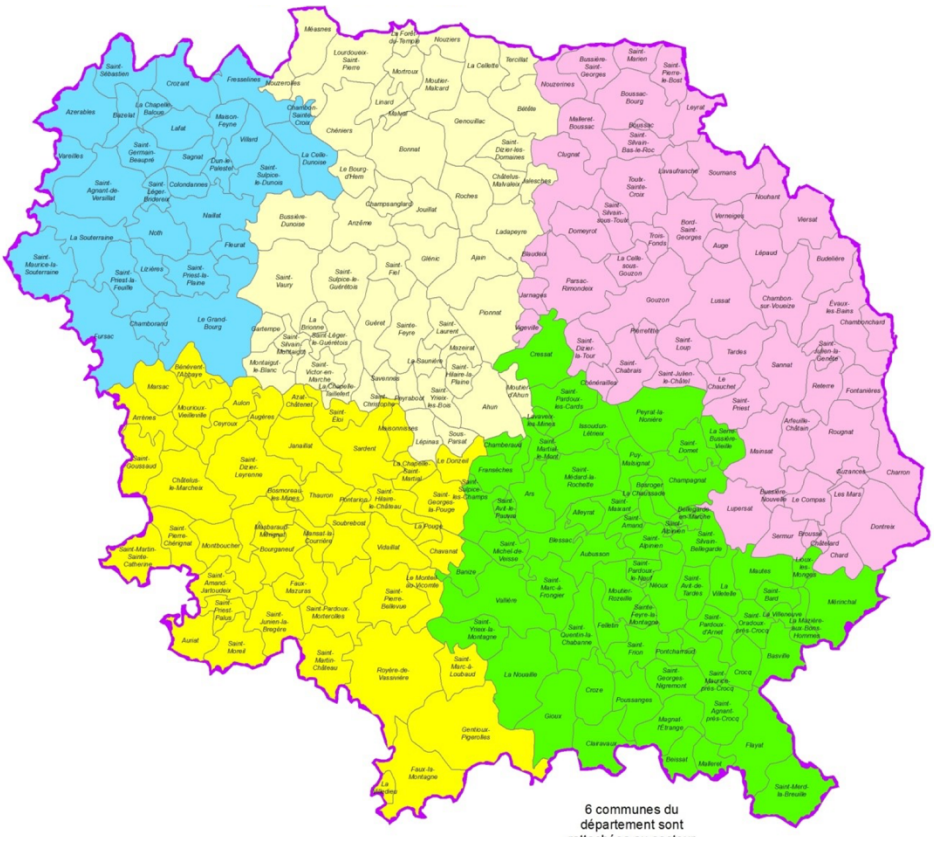


Figure 11 : Secteurs d'effection fixe de la Creuse *(à l'exception de 6 communes rattachées à un secteur de la Corrèze)*

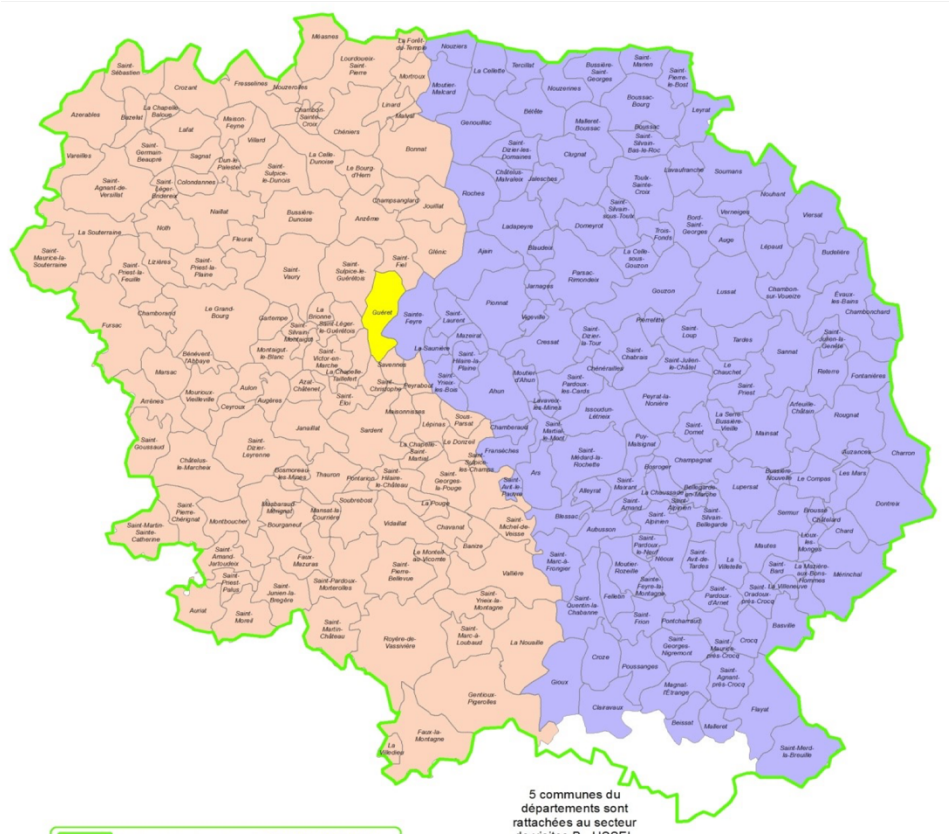


Figure 12 : Secteurs d'effection mobile de la Creuse *(à l'exception de 5 communes rattachées à un secteur de la Corrèze)*

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Serment d’Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité dans l’exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d’idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l’enfreindre, qu’il me soit donné de jouir de l’estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Étude des modalités de recours aux soins non programmés chez les enfants de moins de 2 ans sur le territoire de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Haute-Corrèze Ventadour, association de professionnels de santé répartis en Haute-Corrèze et sur une petite partie de la Creuse, a pour vocation d'articuler le système de soin avec les contraintes géographiques et démographiques d'un territoire rural, en désertification médicale. La pédiatrie est une spécialité très peu représentée sur ce territoire (un seul pédiatre exerçant, seulement en consultations externes) et l'accès à des soins spécialisés est difficile par son éloignement. Cette étude pilote étudie le mode de recours aux soins non-programmés choisi par les parents d'enfants de moins de 2 ans. Les résultats tendent à montrer que les parents choisissent leur médecin traitant en premier lieu pendant heures ouvrables ; ils contactent le SAMU ou se rendent aux urgences de l'hôpital d'Ussel en cas de dégradation de l'état général. La régulation du 15 a un grand rôle à jouer dans l'orientation de ces patients, et l'information aux parents quant à l'endroit et au spécialiste approprié à contacter en fonction de l'âge et des symptômes est primordiale afin d'éviter un parcours de soin complexe. Les médecins locaux ont tout intérêt à être performant dans la prise en charge des nourrissons en suivant les recommandations, et en utilisant si besoin la téléexpertise voire l'adressage direct en pédiatrie afin de garantir des soins de qualité. La mise en place d'un agenda partagé interprofessionnel avec une régulation efficace des appels est un premier pas vers un meilleur accès aux soins, et l'intégration d'autres professionnels dans ce dispositif comme le pédiatre d'Ussel voire de Tulle serait souhaitable afin de garantir une filière de soins adaptée, fluide et pertinente pour les nourrissons. Pour garantir le bon fonctionnement de la filière de soin, elle doit être diffusée à la population et adopté par les médecins.

Mots-clés : CPTS, soins non-programmés, filière de soin pédiatrique, Corrèze

Study of the recourse's modalities to unplanned healthcare in children under 2 years of age on the territory of the CPTS Haute-Corrèze Ventadour

Haute-Corrèze Ventadour's Territorial Professional Health Community, a group of healthcare professionals practicing in Haute-Corrèze and a small part of Creuse, aims at ensuring the healthcare system responds to the geographic and demographic constraints of a rural area facing medical desertification. In this area pediatrics is sparsely represented, with only one pediatrician offering only outpatient consultations, thereby making access to specialized care challenging due to the area's remoteness. This pilot study examined the route of access to unscheduled care chosen by parents of under-2-year-old children. The results indicate that during business hours parents primarily choose their primary care physician. They contact SAMU or go to Ussel Hospital's emergency department in case of general health deterioration. The 15 emergency hotline plays a significant role in guiding these patients, and informing parents about the suitable location and the specialist to contact based on age and symptoms is crucial to avoid complex care pathways. Local physicians have a vested interest in effectively managing infants while complying with guidelines and, if necessary, resorting to telemedicine or direct referral to pediatric care to ensure quality care. Implementing an interprofessional shared agenda with effective call management is a first step toward improving access to care. Besides, making other professionals such as the pediatrician from Ussel or even Tulle part of this system would allow to ensure a tailored, seamless, and relevant care pathway for infants. Finally, to ensure the smooth functioning of this care pathway, the population must be widely informed, and the healthcare providers convinced.

Keywords : pediatric care pathway, territorial health association, Corrèze, emergency care