



HAL
open science

Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration

Marie-Josée Tobie-Gueguen

► To cite this version:

Marie-Josée Tobie-Gueguen. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00711920

HAL Id: dumas-00711920

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00711920>

Submitted on 26 Jun 2012

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

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

UNIVERSITE DE BREST – BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

ANNEE 2012

N°

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Présentée et soutenue publiquement le 15 mars 2012

Par

Marie Josée TOBIE épouse GUEGUEN

Née le 02 décembre 1982 à VANNES (56)

**Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest :
Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge.
Axes d'amélioration.**

JURY

Président Monsieur le Professeur L. de PARSCAU DU PLESSIX

Membres du jury Monsieur le Professeur E. L'HER

Monsieur le Professeur J-Y. LE RESTE

Madame le Docteur L. ABALEA

REMERCIEMENTS

À mes parents, pour votre amour et votre soutien sans faille tout au long de mon parcours.

À Anne-Cécile, Jean-Christophe et Anne-Marie, mes frères et sœurs que j'aime profondément.

À toute ma famille.

À mes beaux-parents, à Marie, Gaël et leurs enfants, merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement parmi vous.

À Vanessa, pour notre amitié infailible et tous les bons moments vécus ensemble.

À Elisabeth, Caroline, Emilie, Agnès et Christelle, que je vois trop peu.

À toute l'équipe des urgences pédiatriques, sans qui cette thèse n'aurait pas été possible.

À mes amours, Thomas, pour ta patience et ton amour à toute épreuve, **et Émilie**, mon rayon de soleil.

Monsieur le Professeur de PARSCAU DU PLESSIX, vous m'avez permis de réaliser cette thèse et me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur L'HER, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur LE RESTE, vous avez accepté de juger ce travail.
Soyez assuré de mes sincères remerciements.
Pour la qualité de la formation en médecine générale, veuillez trouver ici toute
ma reconnaissance.

Madame le Docteur ABALEA, tu as accepté avec spontanéité de diriger ce travail. Pour ta disponibilité, tes conseils avisés, ta confiance, ta bonne humeur et pour les six mois d'internat formidables à tes côtés, sois assurée de ma plus sincère gratitude et de ma profonde reconnaissance.

PLAN

PLAN

PLAN	1
<hr/>	
INTRODUCTION	6
<hr/>	
CADRE DE L'ETUDE	9
<hr/>	
1) DESCRIPTION GENERALE	10
2) ORGANISATION	10
3) CIRCUIT DU PATIENT	11
4) LES SERVICES ANNEXES ET PARTENAIRES DES URGENCES	12
5) LE DOSSIER MEDICAL	13
MATERIEL ET METHODE	14
<hr/>	
1) TYPE D'ETUDE ET POPULATION	15
2) METHODE	15
3) CRITERES D'INCLUSION/EXCLUSION	16
4) DONNEES EXPLOITEES	17
4.1) Les caractéristiques socio-démographiques des patients et de leurs parents	17
4.2) Le problème médical à l'origine de la consultation	18
4.3) La perception du système de soins	18
4.4) L'appréciation des accompagnateurs vis-à-vis de la prise en charge de leur enfant	19
RESULTATS	20
<hr/>	
1) POPULATION GLOBALE	21
1.1) Données socio-démographiques	21
<i>1.1.1) Sexe et âge des enfants</i>	21
<i>1.1.2) Composition de la famille</i>	22

1.1.3) <i>Distance entre le domicile et l'hôpital</i>	22
1.1.4) <i>Accompagnateurs</i>	22
1.1.5) <i>Profession et niveau d'études des parents</i>	23
1.1.6) <i>Habitudes de consultation et suivi médical des enfants</i>	23
1.1.7) <i>Antériorité dans le service des urgences pédiatriques</i>	24
1.1.8) <i>Mode de consultation</i>	25
1.2) <i>Motifs de consultation aux urgences</i>	26
1.2.1) <i>Concernant le problème de santé</i>	26
1.2.1.1) <i>Pathologie à l'origine de la consultation</i>	26
1.2.1.2) <i>Maladie chronique</i>	28
1.2.1.3) <i>Durée d'évolution du problème</i>	28
1.2.1.4) <i>Existence d'une consultation libérale antérieure</i>	29
1.2.2) <i>Concernant le choix du service des urgences</i>	30
1.2.2.1) <i>Motivations d'une consultation en 1^{ère} intention</i>	30
1.2.2.2) <i>Motivations d'une consultation en 2^e intention</i>	31
1.2.3) <i>Rôle de la connaissance du système de permanence des soins</i>	31
1.2.4) <i>Rôle de l'attachement à la structure des urgences</i>	32
1.2.4.1) <i>Attitude face à une réorientation potentielle</i>	32
1.2.4.2) <i>Motivations d'un refus de réorientation</i>	33
1.3) <i>La notion d'urgence</i>	33
1.3.1) <i>Ressenti de l'urgence par les parents</i>	33
1.3.2) <i>Evaluation de l'urgence par l'IOA</i>	35
1.3.3) <i>Classification de l'urgence par le médecin selon la CCMU</i>	36
1.4) <i>Déroulement de la consultation</i>	37
1.4.1) <i>Horaires des consultations</i>	37
1.4.2) <i>Détail des temps de prise en charge</i>	40
1.4.3) <i>Réalisation d'examens complémentaires</i>	43
1.4.4) <i>Diagnostic médical final</i>	45
1.4.5) <i>Devenir après le passage aux urgences</i>	45
1.5) <i>Impact du tri IOA sur les délais de prise en charge</i>	48
1.6) <i>Satisfaction concernant la consultation aux urgences</i>	48
1.6.1) <i>Satisfaction globale et spécifique</i>	48
1.6.2) <i>Adéquation de la satisfaction aux délais réels de prise en charge</i>	49
1.6.3) <i>Satisfaction en fonction des pathologies</i>	50

1.6.4) <i>Satisfaction et niveau d'urgence</i>	50
1.6.5) <i>Satisfaction en fonction de la réalisation d'examens complémentaires</i>	51
1.7) Commentaires libres sur les points à améliorer	51
2) CARACTERISTIQUES DES PATIENTS POUVANT RELEVER DE LA MEDECINE LIBERALE	53
2.1) Données socio-démographiques	53
2.2) Motifs de consultation aux urgences	56
2.2.1) <i>Concernant le problème de santé</i>	56
2.2.1.1) Pathologie à l'origine de la consultation	56
2.2.1.2) Maladie chronique, durée d'évolution du problème	56
2.2.1.3) Existence d'une consultation libérale antérieure	57
2.2.2) <i>Concernant le choix du service des urgences</i>	57
2.2.2.1) Motivations d'une consultation en 1 ^{ère} intention	57
2.2.2.2) Motivations d'une consultation en 2 ^e intention	57
2.2.3) <i>Rôle de la connaissance du système de permanence des soins</i>	58
2.2.4) <i>Rôle de l'attachement à la structure des urgences</i>	58
2.3) Ressenti de l'urgence par les parents	59
2.4) Déroulement de la consultation	59
2.4.1) <i>Horaires des consultations</i>	59
2.4.2) <i>Diagnostic médical final</i>	60
2.5) Satisfaction concernant la consultation aux urgences	60
 DISCUSSION	 62
<hr/>	
1) METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET SES LIMITES	63
2) CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET MEDICALES DES CONSULTANTS DES URGENCES PEDIATRIQUES	64
2.1) Données socio-démographiques	64
2.2) Pathologies et motivations à l'origine de la consultation	66
2.3) Facteurs intervenant dans la décision de recours aux urgences	70
2.4) La notion d'urgence	72
2.5) Horaires et déroulement de la consultation	74
2.6) Satisfaction de la population vis-à-vis du service des urgences	77

3) CARACTERISTIQUES DES PATIENTS POUVANT RELEVER DE LA MEDECINE GENERALE	79
CONCLUSION	81
<hr/>	
ANNEXES	83
<hr/>	
ANNEXE 1 : Echelle de tri utilisée par les IOA des urgences pédiatriques du CHRU de Brest	84
ANNEXE 2 : Questionnaire destiné aux parents	88
ANNEXE 3 : Données recueillies dans le dossier patient informatique	92
ANNEXE 4 : Fiche d'information remise aux parents	93
ANNEXE 5 : Classification Clinique des Malades des Urgences	94
REFERENCES	95
<hr/>	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La demande de soins non programmés augmente de façon régulière depuis de nombreuses années. Si la majorité de ces consultations se font en médecine libérale, un nombre non négligeable de patients se tourne vers les services d'urgences hospitalières aboutissant à une saturation de ces structures. En France, le nombre de passage aux urgences a augmenté de 7 à 16.7 millions entre 1990 et 2008. Ceci n'est pourtant pas corrélé à une aggravation de l'état de santé des patients puisque, seulement 3% des cas nécessitent la mobilisation de moyens médicaux lourds immédiats, de même, le taux d'hospitalisation après une consultation aux urgences n'est que de 20%, taux qui semble être stable depuis plusieurs années (1, 2).

Pourtant, un infléchissement a été noté dans le nombre de passage par an passant de 4% d'augmentation de 1996 à 2002, puis 2.8% en 2003 et seulement 0.4% en 2004 (2). Mais ceci n'a été que transitoire et de nouveau une inflation de plus de 4% par an a été enregistrée de 2004 à 2008 (3).

Plusieurs réformes ont vu le jour dans le but de répondre à cette augmentation. Le plan Urgences de 2003 a permis de renforcer les équipes des urgences. La création du dispositif de permanence de soins, avec les différents rapports et décrets successifs sur la prise en charge des demandes de soins non programmés (4-11), avait pour objectif de contrôler l'inflation des consultations dans les services d'urgences mais ceci sans répercussion visible dans la pratique quotidienne.

Au niveau national, les services d'urgences de pédiatrie, qui représentent de 25 à 30 % des consultations globales des structures d'urgences, ne sont pas épargnés par cette évolution, avec une augmentation de 1.3% du nombre de passage entre 2007 et 2008 pour un nombre de passage moyen de 16900 par an (3).

Les études qui ont pu être réalisées sur ce sujet sont pour la plupart anciennes, réalisées avant les réformes des urgences et la création de la permanence de soins. Les études plus récentes concernent en général la population adulte. Les études concernant la population pédiatrique se focalisent, pour la plupart, sur la notion de consultations urgentes ou non urgentes, peu ont cherché à connaître le parcours de soins réalisé par les patients et les motifs qui les ont conduits aux urgences.

Aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest, ce phénomène d'engorgement est de plus en plus ressenti. Entre 2007 et 2008, le service des urgences pédiatriques du CHRU de Brest a connu une inflation de 4.3% de son nombre de passage annuel, soit plus de 3 fois le taux national, avec près de 24 000 passages en 2008 (12). Cette tendance se confirme sur les années suivantes.

Les équipes des urgences ont souvent le sentiment de palier à l'insuffisance de l'offre de soins en libéral, mais les parents justifient leur présence par l'urgence ressentie face au problème de leur enfant. Sans juger leur attitude, car la notion d'urgence est très différente entre le personnel médical et les patients, nous avons voulu analyser les raisons amenant à consulter aux urgences plutôt qu'en libéral où une prise en charge équivalente pourrait être proposée.

Les objectifs de cette étude étaient triples :

Dans un premier temps nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble des patients consultant au service d'accueil des urgences (SAU) pédiatrique, ainsi que les caractéristiques et étapes de leur prise en charge, afin d'en établir un « profil ».

Dans un second temps, nous avons défini un groupe de patients qui aurait sans doute pu être pris en charge en libéral. Nous l'avons comparé au reste de la population afin de savoir si certains facteurs expliquaient le recours aux urgences et ainsi réfléchir aux solutions potentielles.

Enfin, une analyse de la satisfaction des usagers concernant leur prise en charge au SAU nous a semblé utile afin de mettre en évidence d'autres pistes d'amélioration.

CADRE DE L'ETUDE

CADRE DE L'ETUDE

1) DESCRIPTION GENERALE

L'étude a été réalisée dans le service des urgences pédiatriques du CHRU de Brest situé dans l'enceinte de l'hôpital Morvan, au centre ville de Brest.

Ce service fait partie du pôle « femme, mère, enfant » qui comprend la pédiatrie médicale, la chirurgie pédiatrique, la génétique, l'obstétrique et la gynécologie médico-chirurgicale.

Le CHRU de Brest est l'établissement de référence pour le territoire de santé N°1. Il s'agit d'un établissement de niveau 3, c'est-à-dire doté d'une réanimation pédiatrique, d'une « Salle d'Accueil des Urgences Vitales » (SAUV) et disposant d'une équipe médicale, chirurgicale et anesthésique pédiatrique présente 24h/24, de radiologues et d'un plateau technique fonctionnel.

L'unité des urgences pédiatriques accueille les enfants de la naissance à 15 ans (ou plus pour les enfants ayant un suivi spécifique).

Les unités d'hospitalisations sont la réanimation pédiatrique (12 lits), la néonatalogie (18 lits) la pédiatrie médicale et spécialisée (24 et 10 lits, + 8 lits en période épidémique) et la chirurgie pédiatrique (16 lits, 13 lits le week-end).

2) ORGANISATION

Le service est composé d'une zone d'accueil administratif, d'une salle d'évaluation par l'infirmière d'organisation de l'accueil (IOA), de 9 salles de soins (6 pour la médecine, 2 pour la chirurgie et 1 SAUV), d'un poste infirmier, d'un secrétariat et de 3 bureaux (médicaux et paramédicaux).

L'équipe médicale est composée de 4 praticiens hospitaliers (3.6 équivalents temps plein ETP), de 5 à 6 internes selon les semestres et de 5 externes.

En journée 2 séniors sont présents, l'un se consacrant uniquement aux soins et à la supervision des internes, l'autre intervenant dans les soins selon le flux des passages. Les autres activités de sa journée sont la revue des dossiers, la récupération des résultats

biologiques, les liens avec l'extérieur, et la mise à jour de certains protocoles. Deux internes sont présents ainsi que 2 externes.

Pour la garde, 1 sénior était présent jusqu'à 1h30 puis en astreinte opérationnelle à domicile, à dater du 1^{er} février 2012 le sénior est de garde sur place toute la nuit. Deux internes sont présents jusqu'à 1h30 puis un seul jusqu'à 8h30. Un externe est de garde de 12h30 à 0h30.

Pendant les horaires de garde un interne de chirurgie pédiatrique est sur place et prend part à l'activité des urgences selon le flux.

L'équipe paramédicale est composée d'un cadre de santé, de 18 infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE) (16.8 ETP), de 13 auxiliaires puéricultrices (13 ETP), de 3 agents de service hospitaliers (ASH) (2.5 ETP).

En journée 3 à 4 IDE et 2 à 3 auxiliaires puéricultrices sont présentes selon les périodes, ainsi qu'une ASH. La nuit il y a 3 IDE et 1 auxiliaire puéricultrice.

Le cadre de santé est présent de 9h30 à 17h30 en semaine.

Un agent administratif est présent pour l'accueil des patients de 8h à 21h du lundi au samedi et de 10h à 20h le dimanche. En dehors de ces horaires, l'accueil est effectué par une auxiliaire puéricultrice ou une IDE.

3) CIRCUIT DU PATIENT

Tous les patients se présentant à l'accueil sont pris en charge par un agent administratif (ou paramédical après 21h) afin de créer le dossier administratif (sauf urgences vitales).

Ensuite les patients sont évalués par une IOA, éventuellement assistée d'une auxiliaire, en salle d'IOA. Les premières informations sur le motif de consultation et les constantes sont prises. En fonction des données relevées, le patient est classé selon son degré de gravité grâce à l'échelle de tri canadienne adaptée par le service à la pédiatrie (1 = urgence vitale, 5 = non urgent, cf. annexe 1). Si besoin un traitement antalgique ou antipyrétique est administré selon les protocoles établis. Ce « triage » donne une indication du temps d'attente acceptable pour chacun en fonction de la plainte.

Les patients présentant des signes de détresse vitale sont installés immédiatement en SAUV et le dossier est créé à posteriori.

Selon leur degré de gravité, les enfants sont soit dirigés vers la salle d'attente, soit installés en salle de soins où les données complémentaires sont prises. Pour des enfants de même niveau de gravité, l'heure d'arrivée ainsi que les salles disponibles régissent l'ordre d'installation.

L'examen médical est réalisé par l'externe puis par un interne ou un sénior, l'interne étant supervisé par un sénior. Les explorations complémentaires sont réalisées aux urgences ou à proximité (radiologie). Pour les avis spécialisés, soit l'interne de la spécialité se déplace aux urgences, soit le patient est accompagné par un personnel des urgences pour être examiné.

La salle de déchoquage, SAUV, est sous la responsabilité des urgences, la prise en charge des enfants étant assurée par le personnel paramédical des urgences et par les réanimateurs pédiatres d'emblée ou après évaluation rapide par les médecins des urgences.

Ensuite les enfants sont soit sortants, auquel cas un compte rendu de passage aux urgences est édité et un courrier pour le médecin traitant est remis aux parents, soit hospitalisés dans un des services mentionnés plus haut ou en pédopsychiatrie. Les sorties contre avis médical font l'objet d'un formulaire spécifique.

Le lendemain du passage aux urgences, les dossiers des patients sont tous revus au cours de staff médicaux ou chirurgicaux et les radiographies relues par un radiologue.

4) LES SERVICES ANNEXES ET PARTENAIRES DES URGENCES

Le service de radiologie se trouve à côté des urgences pédiatriques au même étage et dispose de : radiologie standard, scanner, échographie, imagerie interventionnelle et IRM. Il est disponible 24h/24 avec un radiologue ou un interne d'astreinte sur les horaires de garde.

Les blocs opératoires se trouvent au 1^{er} étage du même bâtiment.

La biologie est délocalisée sur le site de la Cavale Blanche avec un système de navette pour acheminer les prélèvements. Pour certains prélèvements des automates sont disponibles sur place (gazométrie, ionogramme, hémoglobine, bili-flash). Un interne de bactériologie est de garde pour les examens urgents la nuit. Le service des urgences utilise aussi une technique semi quantitative pour la CRP.

Au sein du pôle, des avis de sur-spécialités peuvent être sollicités en neuro-pédiatrie, endocrino-pédiatrie, onco-hémato-pédiatrie, gastro-pédiatrie, cardio-pédiatrie, chirurgie pédiatrique et réanimation pédiatrique.

D'autres spécialités sont accessibles comme : la dermatologie, la gynécologie, l'hémovigilance, l'odontologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la pédopsychiatrie, la rhumatologie. Un service social avec une assistante sociale, un médecin de médecine préventive et une cellule d'accueil et d'orientation de l'enfance maltraitée est également disponible.

5) LE DOSSIER MEDICAL

Le dossier patient est informatisé depuis le 10 juin 2008. Les données administratives, l'observation médicale ainsi que les prescriptions réalisées aux urgences pédiatriques sont saisies dans le logiciel URQUAL. Toutes les consultations y sont sauvegardées et peuvent être consultées ultérieurement si besoin.

Un compte rendu des urgences est édité à la fin de chaque prise en charge. Il suit l'enfant s'il est hospitalisé, est archivé sinon. L'accès aux résultats biologiques ainsi qu'à l'imagerie est possible via informatique.

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

1) TYPE D'ETUDE ET POPULATION

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le service des urgences pédiatriques du CHRU de Brest, sur deux périodes de deux semaines consécutives, la première du 7 février au 21 février 2011, la seconde du 6 juin au 20 juin 2011.

Le questionnaire a été distribué aux accompagnateurs des enfants consultant aux urgences pédiatriques de jour comme de nuit, 7 jours sur 7 dont un jour férié, qu'ils aient été adressés ou non par un médecin.

Une phase de test du questionnaire a été réalisée sur 20 patients dans la journée du 3 février 2011 afin d'en vérifier la validité.

2) METHODE

Cette étude s'est basée sur l'analyse conjointe d'un questionnaire (cf. annexe 2) remis aux accompagnateurs des enfants, et de données informatiques recueillies grâce au logiciel URQUAL (cf. annexe 3).

Le questionnaire était remis aux accompagnateurs, après leur passage en salle d'accueil, par l'IOA et/ou l'auxiliaire puéricultrice qui leur expliquait en quelques mots le but de l'étude et leur remettait également une fiche d'informations plus complète concernant le questionnaire et les objectifs de l'étude (cf. annexe 4). La distribution d'un support rigide et d'un stylo, en même temps que le questionnaire, a été réalisée afin d'obtenir un taux de réponses maximal.

Les accompagnateurs avaient tout le temps de la consultation jusqu'à leur départ pour remplir le questionnaire et celui-ci était soit récupéré par le personnel soignant, notamment lors des hospitalisations des enfants, soit déposé par les familles à la sortie dans une boîte prévue à cet effet.

Il s'agissait d'un questionnaire avec un maximum de réponses fermées, présentées sous la forme de choix à entourer, les questions étaient à choix simple ou multiple. Dans certains cas des commentaires pouvaient être apportés.

Pour chaque questionnaire rempli, nous avons ensuite récupéré certaines informations complémentaires dans les dossiers correspondants grâce au logiciel URQUAL.

Le stockage et l'analyse des données ont été réalisés avec le logiciel EPIDATA. Les comparaisons d'effectifs ont été effectuées grâce au test de χ^2 , et les comparaisons de moyennes grâce au test de l'ANOVA.

3) CRITERES D'INCLUSION/EXCLUSION

Ont été exclus de cette étude les patients nécessitant une prise en charge médicale immédiate du fait d'une urgence vitale.

Pour les analyses des caractéristiques de la population consultant aux urgences et des motifs de la consultation, celles-ci ont été effectuées sur l'ensemble des dossiers exploitables. Des réponses incomplètes pour seulement quelques items n'ont pas entraîné l'exclusion du dossier.

Secondairement, les observations faites par l'équipe médicale et paramédicale sur leur pratique quotidienne, mettaient en avant l'existence de consultations pour des motifs ne relevant pas du niveau de technicité des urgences. Nous avons donc poussé un peu plus notre analyse en séparant l'ensemble des répondants en deux groupes en se basant sur les données de la littérature et les observations faites dans le service.

Le groupe A correspond aux patients pour qui la structure des urgences semblait la plus adaptée pour prendre en charge leur pathologie (patients classés Tri IOA 1 à 3 et Tri 4 + CCMU 2, les patients adressés et les patients hospitalisés) (CCMU = Classification Clinique des Malades des Urgences, cf. annexe 5).

Le groupe NA correspond aux patients pour qui la structure des urgences ne semblait pas la plus adaptée (patients classés Tri IOA 5 + CCMU 1 ou 2 et les patients de Tri IOA 4 + CCMU 1, parmi les consultants spontanés non hospitalisés).

D'autre part des consultants dits itératifs ont été définis à partir de 3 consultations ou plus sur un délai de 12 mois, ceci de façon arbitraire en raison de l'absence de consensus quant à cette notion.

4) DONNEES EXPLOITEES

Les informations fournies par le questionnaire et celles recueillies dans le dossier médical informatique des patients ont permis d'étudier quatre grands thèmes.

4.1) Les caractéristiques socio-démographiques des patients et de leurs parents

- *Nom(s) et prénom(s) de l'enfant*, afin de retrouver les données sur URQUAL, cette information était ensuite supprimée pour assurer la confidentialité des réponses.
- *Sexe de l'enfant, date de naissance et rang dans la fratrie.*
- *Distance entre le logement familial et le service des urgences pédiatriques.* Les réponses n'ont pas été vérifiées au niveau administratif, seule la réponse choisie par l'accompagnateur a été prise en compte. Le choix des périmètres de résidence s'est basé sur la distance moyenne séparant l'hôpital des communes limitrophes estimée à 10 km, et sur la moitié de la distance séparant l'hôpital des autres centres hospitaliers publics disposant d'un service de pédiatrie (Morlaix et Quimper), soit environ 40km.
- *Lien de parenté de l'accompagnateur.* La réponse était laissée libre et ensuite classée en : parents, grands-parents, famille d'accueil ou autre.
- *Horaires de travail de l'accompagnateur.* Quand plusieurs réponses étaient cochées, l'horaire le plus « difficile » était choisi.
- *Profession de chaque parent.* Les champs étaient laissés libres, les réponses ont ensuite été classées selon les catégories socioprofessionnelles de l'INSEE.
- *Niveau d'études de chaque parent,* quand plusieurs réponses étaient choisies, le niveau le plus élevé était retenu.
- *Suivi médical habituel de l'enfant, corrélé à l'existence d'un médecin libéral suivant l'enfant habituellement et pouvant être nommé par les parents,* donnée récupérée dans le dossier médical du patient, et classée en oui ou non, puis en cas de positivité répartie entre médecin généraliste, pédiatre ou les deux.
- *Nombre de passages antérieurs dans les 12 mois.*

4.2) Le problème médical à l'origine de la consultation

- *Mode de consultation*, spontané ou adressé, en fonction du mode de consultation indiqué par la secrétaire à l'accueil.
- *Motif(s) de consultation*, deux choix étaient possibles. Quand une pathologie était mentionnée dans « autre » et pouvait être classée dans un des choix proposés ceci a été rectifié. Aucune hiérarchie dans les motifs décrits n'était demandée.
- *Ressenti de l'urgence* par les accompagnateurs.
- *Consultation en lien avec une maladie chronique* en cas de réponse négative *durée d'évolution des symptômes* amenant à consulter.
- Existence d'une *consultation médicale antérieure pour ce problème depuis le début des troubles*. En cas de réponse positive les parents devaient choisir parmi six propositions celle qui motivait la consultation du jour aux urgences. En cas de réponse négative les parents avaient le choix entre huit possibilités.
- *Date et jour de la consultation, heures d'arrivée, de prise en charge médicale et de départ*.
- *Niveau d'urgence estimé par l'infirmière d'accueil (Tri IOA)*.
- *Examens complémentaires réalisés et si oui lesquels*. Le test rapide de détection du streptocoque n'a pas été considéré comme faisant partie des examens complémentaires car il n'était pas codé systématiquement dans les actes réalisés. De plus, il est disponible et réalisable facilement en médecine libérale et ne justifie pas à lui seul un recours aux urgences.
- *Diagnostic médical final* ensuite reclassé selon les pathologies les plus fréquemment rencontrées en pédiatrie. *Classification clinique des malades des urgences (CCMU)* et *orientation* à la suite de la consultation.

4.3) La perception du système de soins

- *Connaissance des autres possibilités d'accès aux soins* sur les heures de garde, la réponse était considérée positive pour la connaissance d'une ou plusieurs des possibilités et négative si aucune n'était connue.
- *Acceptation d'une réorientation* vers une autre structure de soins. En cas de réponse négative les parents devaient en préciser la raison parmi six propositions.

4.4) L'appréciation des accompagnateurs vis-à-vis de la prise en charge de leur enfant

- *Satisfaction globale* concernant la prise en charge aux urgences.
- Appréciation spécifique, selon les mêmes qualificatifs, de *l'accueil aux urgences*, des *compétences du personnel soignant*, des *explications/réponses* apportées, des *soins/examens* réalisés, de *l'environnement de soins*, du *délai avant la prise en charge* et du *délai global de prise en charge*.
- *Améliorations* à apporter dans la prise en charge, les réponses étaient laissées libres.

RESULTATS

RESULTATS

1) POPULATION GLOBALE

L'étude a permis le recueil de 1156 questionnaires exploitables, sur 2042 « passages » c'est-à-dire consultations externes et hospitalisations (adultes réorientés exclus), soit 56.6% des entrées administratives, en sachant que les patients triés en niveau 1 et une partie de ceux de niveau 2 n'ont pas reçu le questionnaire.

La répartition des questionnaires analysables a été de 55.2% en hiver (638 dossiers) et 44.8% au printemps (518 dossiers), pour une répartition du nombre de passage de 52.4% en hiver et 47.6% au printemps.

1.1) Données socio-démographiques

1.1.1) Sexe et âge des enfants

Sur ces 1156 dossiers, il y avait 44.6% de filles et 55.4% de garçons.

Ces taux n'étaient pas statistiquement différents selon les périodes.

L'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon était de 6.4 ans (min < 1 mois, max 16.5 ans). Les enfants de moins d'un mois étaient peu représentés (0.4%) mais les nourrissons (0 à 2 ans) comptaient pour plus d'1/5^e de l'échantillon (21.2%), la moitié des enfants avait moins de 6 ans.

Répartition des patients par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de patients	%	% cumulé
0 à 1 mois	5	0.4	0.4
1 mois à 1 an	126	10.9	11.3
1 an à 2 ans	114	9.9	21.2
2 ans à 6 ans	339	29.3	50.5
6 ans et +	572	49.5	100
Total	1156	100	

Il n'y avait pas de différence de la moyenne d'âge selon le sexe ou la période (Fille : 6.7 ans, Garçons : 6.2 ans, p=0.07 ; Hiver : 6.2 ans, Printemps : 6.6 ans, p=0.19).

1.1.2) Composition de la famille

Les familles étaient composées de 1 à 3 enfants pour 86.3% d'entre elles.

Nombre d'enfants dans la fratrie	N	%
1	211	20.3
2	431	41.6
3	253	24.4
4 et +	142	13.7
Total	1037	100

(n=1037 réponses/1156 dossiers)

Dans les familles composées de 1 à 3 enfants, il y avait autant de consultations pour l'aîné que pour le benjamin.

1.1.3) Distance entre le domicile et l'hôpital

La majorité des consultants habitait dans la zone d'attractivité du CHRU puisque 91.9% habitaient dans un rayon de 40km autour de l'hôpital et 46% vivaient à moins de 10km.

Il n'y avait pas de différence significative de cette répartition selon les périodes.

Distance entre le logement et l'hôpital

	Moins de 10 Km (%)	De 10 Km à 40 Km (%)	Plus de 40 Km (%)	Total (%)
Hiver	282 (44.5)	300 (47.4)	51 (8.1)	633 (100)
Printemps	247 (47.9)	227 (44.0)	42 (8.1)	516 (100)

(p=0.49, n=1149 réponses/1156 dossiers)

Par contre, les enfants étaient statistiquement plus jeunes lorsqu'ils parcouraient plus de 40km pour consulter aux urgences, avec une moyenne d'âge de 6.8 ans pour les enfants habitant dans les 10km, 6.2 ans pour les enfants habitant dans les 10 à 40km et 5.6 ans pour les enfants habitant à plus de 40km (p=0.01).

1.1.4) Accompagnateurs

Dans 99% des cas les enfants étaient accompagnés par leur(s) parent(s).

Dans 39.5% des cas l'accompagnateur avait des horaires de travail dits atypiques, 33.5% avaient des horaires de bureau et 27% étaient sans activité (n=1127 réponses/1156 dossiers).

1.1.5) Profession et niveau d'études des parents

45% des mères étaient employées, 22.5% avaient une profession intermédiaire, 19% étaient sans activité, 8% étaient cadres/professions intellectuelles supérieures, 2.7% étaient artisans, 2.3% étaient ouvrières et 0.4% agricultrices (n=1109/1156).

31% des pères étaient employés, 29% étaient ouvriers, 14% avaient une profession intermédiaire, 14% étaient cadres/professions intellectuelles supérieures, 5.8% étaient artisans, 3.5% étaient sans activité et 1.5% étaient agriculteurs (n=1071/1156).

47.1% des mères avaient fait des études supérieures (\geq Bac+2), 70% d'entre elles avaient le niveau bac et 95.7% avaient atteint le niveau secondaire (n=1126/1156).

Pour les pères, 41.5% d'entre eux avaient fait des études supérieures, 64% avaient le niveau bac et 95% avaient atteint le niveau secondaire (n=1067/1156).

	Mère (%)	Père (%)
Sans diplôme	48 (4.3)	53 (5.0)
BEPC / Brevet	39 (3.5)	29 (2.7)
CAP / BEP	260 (23.1)	304 (28.5)
Bac / BP	249 (22.1)	238 (22.3)
\geq Bac +2	530 (47.1)	443 (41.5)
Total	1126 (100)	1067 (100)

1.1.6) Habitudes de consultation et suivi médical des enfants

84.5% des accompagnateurs déclaraient consulter le plus souvent un médecin généraliste pour leur enfant, 12.6% un pédiatre soit pour 97.1% un médecin libéral prescripteur en cabinet (n=1154/1156). Un médecin libéral (généraliste ou pédiatre) a pu être identifié de façon nominative (pouvant être assimilé à un médecin référent) par 97.9% des accompagnateurs lors de l'accueil administratif aux urgences. Parmi eux 89.6% désignaient un médecin généraliste, 7.1% un pédiatre et 3.3% les deux (n=1156).

Le suivi habituel de l'enfant semblait être influencé par le niveau d'études des parents (plus de suivi par le pédiatre lorsque le niveau d'études des parents était élevé) et par le lieu de résidence mais ceci n'a pu être démontré en raison de catégories trop faiblement représentées.

Suivi habituel selon le niveau d'études

Mère	MG* (%)	Pédiatre (%)	SOS (%)	PMI (%)	Autre (%)	Total (%)
Sans diplôme	42 (87.5)	2 (4.2)	2 (4.2)	2 (4.2)	0 (0.0)	48 (100)
BEPC / Brevet	36 (92.3)	1 (2.6)	1 (2.6)	1 (2.6)	0 (0.0)	39 (100)
CAP / BEP	234 (90.0)	14 (5.4)	7 (2.7)	3 (1.2)	2 (0.8)	260 (100)
Bac / BP	215 (86.7)	30 (12.1)	3 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	248 (100)
≥ Bac +2	421 (79.6)	95 (18.0)	8 (1.5)	3 (0.6)	2 (0.4)	529 (100)

*MG=Médecin Généraliste (n=1124/1155)

Père	MG (%)	Pédiatre (%)	SOS (%)	PMI (%)	Autre (%)	Total (%)
Sans diplôme	51 (96.2)	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (1.9)	0 (0.0)	53 (100)
BEPC / Brevet	24 (85.7)	2 (7.1)	1 (3.6)	1 (3.6)	0 (0.0)	28 (100)
CAP / BEP	267 (87.8)	28 (9.2)	5 (1.6)	2 (0.7)	2 (0.7)	304 (100)
Bac / BP	192 (80.7)	37 (15.5)	7 (2.9)	2 (0.4)	1 (0.4)	238 (100)
≥ Bac +2	363 (81.9)	72 (16.3)	4 (0.9)	3 (0.7)	1 (0.2)	443 (100)

(n=1066/1156)

Suivi habituel selon la distance domicile-hôpital

Distance	MG (%)	Pédiatre (%)	SOS (%)	PMI (%)	Autre (%)	Total (%)
Moins de 10 Km	441 (83.7)	66 (12.5)	15 (2.8)	4 (0.8)	1 (0.2)	527 (100)
De 10 Km à 40 Km	459 (87.1)	57 (10.8)	4 (0.8)	5 (0.9)	2 (0.4)	527 (100)
Plus de 40 Km	71 (76.3)	20 (21.5)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.1)	93 (100)

(n=1147/1156)

1.1.7) Antériorité dans le service des urgences pédiatriques

Pour 56.5% d'entre eux, il n'y avait pas eu de consultation dans le service des urgences dans les 12 mois précédents, pour 26.4% des consultants il s'agissait de la 2^e consultation de l'année aux urgences. Les 17% restants avaient déjà consulté au moins 2 fois dans l'année et pouvaient être considérés comme des consultants itératifs (n=1156).

Parmi les 1132 enfants ayant un médecin référent, 17% consultaient pour la 3^e fois au moins dans l'année écoulée, 26.6% pour la 2^e fois et 56.1% pour la 1^{ere} fois.

Parmi les 24 enfants n'ayant pas de médecin référent, seuls 8.3% étaient des consultants itératifs.

Il y avait plus fréquemment de primo consultants lorsque le niveau d'études de la mère était élevé, mais cette différence n'était pas significative.

Le niveau d'études du père ne semblait pas non plus avoir d'influence sur le nombre de consultations, mais ceci n'a pu être démontré.

Nombre de consultations antérieures selon le niveau d'études

Mère	1 ^{er} (%)	2 ^{ème} (%)	3 ^{ème} ou + (%)	Total (%)
Sans diplôme	19 (39.6)	18 (37.5)	11 (22.9)	48 (100)
BEPC / Brevet	19 (48.7)	14 (35.9)	6 (15.4)	39 (100)
CAP / BEP	138 (53.1)	70 (26.9)	52 (20.0)	260 (100)
Bac / BP	144 (57.8)	60 (24.1)	45 (18.1)	249 (100)
≥ Bac +2	319 (60.2)	136 (25.7)	75 (14.2)	530 (100)

(p=0.08, n=1126/1156)

Père	1 ^{er} (%)	2 ^{ème} (%)	3 ^{ème} ou + (%)	Total (%)
Sans diplôme	27 (50.9)	16 (30.2)	10 (18.9)	53 (100)
BEPC / Brevet	17 (58.6)	8 (27.6)	4 (13.8)	29 (100)
CAP / BEP	151 (49.7)	91 (29.9)	62 (20.4)	304 (100)
Bac / BP	136 (57.1)	64 (26.9)	38 (16.0)	238 (100)
≥ Bac +2	275 (62.1)	106 (23.9)	62 (14.0)	443 (100)

(n=1067/1156)

1.1.8) Mode de consultation

83.6% venaient de leur propre initiative, seuls 16.4% étaient adressés par un médecin (avec un courrier à l'appui) ou par le SAMU/SMUR.

	N	%
Non adressés	966	83.6
MG ou Pédiatre	164	14.2
Pompiers	19	1.6
SMUR	7	0.6
Total	1156	100

Il n'y avait pas de différence de mode de consultation selon les périodes (Non adressés : hiver : 82.1%, printemps : 85.3%, p=0.1).

La fréquence des patients adressés était plus grande quand les patients habitaient à plus de 40km (29% vs 14.2% pour ceux habitant à moins de 10km, p=0.002, n=1149/1156).

1.2) Motifs de consultation aux urgences

1.2.1) Concernant le problème de santé

1.2.1.1) Pathologie à l'origine de la consultation

Seuls 1125 répondants avaient spécifié au moins un motif médical de consultation.

- Problèmes traumatologiques : 38.8% (traumatismes, fractures, plaies)
- Fièvre : 20.7%
- 16% avaient coché « autre » regroupant les éruptions, malaises, céphalées, douleurs ...
- Troubles digestifs : 10.6%
- Troubles respiratoires : 7.1%
- Pathologies ORL : 3.1%
- Traumatismes crâniens : 2.8%
- Troubles du comportement : 1%

Seuls 242 parents avaient choisi un 2^e motif de consultation, dont 24.4% des troubles digestifs, 21.5% des troubles respiratoires et 34% ont coché « autre ». Parmi ces répondants 24% associaient la fièvre à des troubles digestifs, 18.6% associaient la fièvre à des troubles respiratoires et 19.4% associaient la fièvre à autre chose.

Nous avons regroupé ensuite les motifs de consultation en motif médical (fièvre, troubles digestifs, troubles respiratoires, pathologies ORL) = groupe M et en motif traumatologique (plaies, traumatismes, traumatismes crâniens) = groupe T. Les troubles du comportement ont été exclus du fait d'un faible nombre de dossier et des difficultés d'accès aux soins spécialisés en ville, de même, le choix « autre » l'a été car regroupant des problèmes variés.

Ainsi 934 dossiers ont pu être reliés à l'un ou l'autre des groupes, avec autant de consultations pour le groupe M que pour le groupe T. Pour la suite des analyses lorsqu'il y avait comparaison entre ces deux groupes de pathologies, les résultats concernaient seulement les 934 dossiers inclus = M+T ; lorsque les analyses ont été faites sur l'ensemble de la population les résultats concernaient les 1156 dossiers = Total.

La répartition selon la période était différente pour ces deux groupes. En effet, en hiver il y avait plus fréquemment de patients du groupe M et inversement au printemps.

Pathologie selon la période

	Groupe M (%)	Groupe T (%)	M+T (%)
Hiver	288 (55.1)	235 (44.9)	523 (100)
Printemps	179 (43.6)	232 (56.4)	411 (100)

(p<0.001, n=934/934)

De même il y avait une différence significative de la moyenne d'âge selon la pathologie. Les patients du groupe M étaient plus jeunes que ceux du groupe T (4.3 vs 8.4 ans ; p<0.001).

Par contre, il n'a pas été trouvé de différence de répartition des pathologies selon le sexe (Filles : groupe M : 49.5%, groupe T : 50.5% ; Garçons : 50.4% et 49.6%, p=0.8).

Il existait une différence significative des motifs de consultation selon la distance séparant le logement des parents de l'hôpital. Les enfants venant de loin appartenaient plus souvent au groupe M et ceux habitant dans un rayon de 10 km appartenaient plus souvent au groupe T.

Pathologie selon la distance

	Groupe M (%)	Groupe T (%)	M+T (%)
Moins de 10 Km	193 (44.7)	239 (55.3)	432 (100)
De 10 Km à 40 Km	224 (53.0)	199 (47.0)	423 (100)
Plus de 40 Km	48 (65.8)	25 (34.2)	73 (100)

(p=0.001, n=928/934)

Les patients adressés faisaient plus souvent partie du groupe M tandis que les consultants spontanés appartenaient plus souvent au groupe T.

Pathologie selon le mode de consultation

	Groupe M (%)	Groupe T (%)	M+T (%)
Spontanés	347 (44.5)	433 (55.5)	780 (100)
Adressés	120 (77.9)	34 (22.1)	154 (100)

(p<0.001, n=934/934)

1.2.1.2) Maladie chronique

Parmi les 1111 répondants à la question, 93% déclaraient que le problème motivant la consultation aux urgences ne concernait pas une maladie chronique.

De façon significative, la situation était plus souvent considérée comme très urgente par les parents de patients consultant dans le cadre d'une pathologie chronique que pour une pathologie aigue.

	Très urgent (%)	Moyennement urgent (%)	Non urgent(%)	Total (%)
Maladie chronique	28 (36.4)	48 (62.3)	1 (1.3)	77 (100)
Maladie aigue	271 (26.7)	667 (65.8)	76 (7.5)	1014 (100)

(p=0.04, n=1091/1156)

1.2.1.3) Durée d'évolution du problème

Parmi les patients consultant pour une maladie aigue (\neq maladie chronique), seules 948 réponses ont été obtenues concernant la durée d'évolution du problème. 55.5% des consultations avaient lieu dans les 24 premières heures du début des signes.

	N	%
Moins de 24h	526	55.5
De 24h à 48h	200	21.1
Plus de 48h	222	23.4
Total	948	100

Nous avons pu observer une différence significative de la durée d'évolution avant consultation selon la pathologie, avec plus de consultations dans les 24 heures pour les patients du groupe T.

Durée d'évolution selon la pathologie

	Moins de 24h (%)	De 24h à 48h (%)	Plus de 48h (%)	Total (%)
Groupe M	125 (32.6)	112 (29.2)	147 (38.3)	384 (100)
Groupe T	310 (76.4)	56 (13.8)	40 (9.9)	406 (100)
M+T	435 (55.1)	168 (21.3)	187 (23.7)	790

(p<0.001, n=790/934)

Pour les patients du groupe M, il n'y avait pas de différence de moyenne d'âge selon la durée d'évolution (-24h : 4.3 ans, +48h : 4.4 ans, p=0.5, n=467). Pour les patients du groupe T, les enfants consultant dans les 24h étaient plus jeunes que ceux consultant après 48h d'évolution (8 ans vs 10.4 ans, p<0.001, n=467).

Les parents habitant à moins de 10km consultaient aux urgences plus souvent dans les 24h du début de la maladie que ceux habitant loin, mais cette différence n'était pas significative.

Durée évolution du problème selon la distance

	Moins de 24h (%)	De 24h à 48h (%)	Plus de 48h (%)	Total (%)
Moins de 10 Km	253 (57.9)	85 (19.5)	99 (22.7)	437 (100)
De 10 Km à 40 Km	242 (55.8)	94 (21.7)	98 (22.6)	434 (100)
Plus de 40 Km	29 (39.7)	20 (27.4)	24 (32.9)	73 (100)

(p=0.07, n=944/1156)

1.2.1.4) Existence d'une consultation libérale antérieure

Sur les 1124 répondants à la question, 42.9% des patients avaient eu une consultation antérieure pour ce problème et avaient décidé de venir aux urgences. Ces résultats ne différaient pas sur les 2 périodes d'étude (hiver : 44.9%, printemps : 40.4%, p=0.1).

Les enfants ayant consulté un médecin avant de venir aux urgences étaient statistiquement plus jeunes que les autres (5.8 ans vs 6.9 ans, p<0.001, n=1124).

79.7% des patients dont le problème de santé évoluait depuis plus de 48h avaient consulté un médecin avant de venir aux urgences, tandis que 78.5% de ceux dont la pathologie évoluait depuis moins de 24h ne l'avaient pas fait.

Existence d'une consultation médicale antérieure selon la durée d'évolution

	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Moins de 24h	113 (21.5)	413 (78.5)	526 (100)
De 24h à 48h	97 (48.5)	103 (51.5)	200 (100)
Plus de 48h	177 (79.7)	45 (20.3)	222 (100)

(p<0.001, n=948/1156)

De façon significative, la fréquence de consultations préalables était différente selon les pathologies. En effet, les patients ayant eu une consultation préalable appartenaient au groupe M dans 77.8% des cas, tandis que 89.2% des patients ayant eu un recours en 1^{ère} intention aux urgences appartenaient au groupe T (p<0.001, n=933/934).

Les horaires de travail des parents n'influençaient pas l'existence d'une consultation antérieure (parents sans activité : existence d'une consultation antérieure : 40% ; parents aux horaires de travail atypiques : consultation antérieure : 43.8%, p=0.5, n=1096/1156).

1.2.2) Concernant le choix du service des urgences

1.2.2.1) Motivations d'une consultation en 1^{ère} intention

Sur les 642 patients ayant eu un recours en 1^{ère} intention aux urgences, seuls 626 ont cité un motif pour ce recours:

- 27% trouvaient la prise en charge meilleure à l'hôpital (examens complémentaires)
- 22% n'avaient pas de RDV dans la journée en libéral (ou médecin absent)
- 20% ont évoqué d'autres motifs
- 17% considéraient la situation trop grave pour attendre
- 12% avaient été dirigés vers les urgences sur conseil téléphonique
- Faiblement représentés : 1% étaient de passage, 1% consultaient directement en raison de la présence d'un pédiatre et 0.2% car ils n'avaient pas de médecin libéral

Il n'y avait pas de différence dans l'explication du recours direct aux urgences selon les périodes (exclus les 3 groupes de faible nombre cités ci-dessus, 13 patients).

	Médecin non joignable (%)	Meilleure PEC à l'hôpital (%)	Hôpital conseillé (%)	Situation jugée trop grave (%)	Autre (%)	Total (%)
Hiver	63 (19.3)	101 (31.0)	46 (14.1)	53 (16.3)	63 (19.3)	326 (100)
Printemps	74 (25.8)	70 (24.4)	29 (10.1)	56 (19.5)	58 (20.2)	287 (100)

(p = 0.08, n=613/613)

L'analyse selon les pathologies montrait que le motif « médecin non joignable » était plus fréquemment cité par les patients du groupe M, alors que pour ceux du groupe T c'était une « meilleure prise en charge à l'hôpital » (31.4% pour le 1^{er}, 34.6% pour le 2^e).

Le motif « situation trop grave pour attendre » était plus fréquemment cité lorsque les parents trouvaient la situation très urgente (33.1% contre 2.3% pour les situations non urgentes).

Les horaires de travail des parents n'ont pas eu d'incidence sur les motifs expliquant le recours direct.

1.2.2.2) Motivations d'une consultation en 2^e intention

Parmi ceux qui avaient déjà consulté en libéral pour le même problème, seuls 478 ont donné un motif pour leur recours aux urgences : 51% venaient sur les conseils du médecin, 24% venaient parce qu'ils constataient une aggravation, 12.1% venaient car le traitement semblait inefficace.

	N	%
Traitement inefficace	58	12.1
Aggravation	115	24.1
Rechute	25	5.2
Urgences conseillées par le médecin	245	51.3
Soins estimés insuffisants	7	1.5
Autre	28	5.9
Total	478	100

(n=478/482)

Les 2 motifs les plus fréquemment cités étaient les mêmes dans les groupes M et T.

1.2.3) Rôle de la connaissance du système de permanence des soins

Sur 1091 répondants, 88.4% d'entre eux connaissaient une des possibilités d'accès aux soins en ambulatoire pendant les horaires de permanence des soins. Ce taux était sensiblement le même concernant les patients ayant consulté pendant les horaires de garde en semaine (19h à 9h) et le week-end (87.2% en semaine, 243 répondants ; 88.6% le week-end, 290 répondants).

De façon plus fréquente, la population vivant à moins de 10km de l'hôpital connaissait mieux les solutions de permanence des soins.

Connaissance de la permanence des soins selon le lieu d'habitation

	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Moins de 10 Km	470 (93.0)	35 (7.0)	505 (100)
De 10 Km à 40 Km	421 (85.4)	72 (14.6)	493 (100)
Plus de 40 Km	68 (73.3)	20 (22.7)	88 (100)

(p<0.001, n=1086/1156)

1.2.4) Rôle de l'attachement à la structure des urgences

1.2.4.1) Attitude face à une réorientation potentielle

80% des répondants auraient accepté d'être réorientés vers une maison médicale de garde ou une consultation médicale si cela avait été possible, ce taux n'était pas différent selon les périodes (hiver 81.2%, printemps : 77.5%, $p=0.1$, $n=1131/1156$).

L'acceptation d'une réorientation n'était pas influencée par le degré d'urgence ressenti par les parents ni par l'existence d'une consultation antérieure en libéral.

Acceptation d'une réorientation selon le degré d'urgence ressenti par les parents

		Acceptation d'une réorientation		
		OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Ressenti des parents	Très urgent	225 (76.3)	70 (23.7)	295 (100)
	Moyennement urgent	570 (80.5)	138 (19.5)	708 (100)
	Non urgent	62 (79.5)	16 (20.5)	78 (100)

($p=0.3$, $n=1081/1156$)

Acceptation d'une réorientation selon l'existence d'une consultation antérieure en libéral

	Acceptation d'une réorientation		
	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Consultation antérieure	380 (80.2)	94 (19.8)	474 (100)
Pas de consultation antérieure	494 (78.9)	132 (21.1)	626 (100)

($p=0.6$, $n=1100/1156$)

Il n'y avait pas de différence entre les consultants spontanés et les patients adressés.

Acceptation d'une réorientation selon le mode de consultation

	Acceptation d'une réorientation		
	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Spontanés	743 (78.7)	201 (21.3)	944 (100)
Adressés	156 (83.4)	31 (16.6)	187 (100)

($p=0.1$, $n=1131/1156$)

Les patients du groupe M auraient autant accepté une réorientation que ceux du groupe T.

Acceptation d'une réorientation selon la pathologie

	Acceptation d'une réorientation		
	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Groupe M	354 (77.1)	105 (22.9)	459 (100)
Groupe T	373 (82.0)	82 (18.0)	455 (100)
M+T	727 (79.5)	187 (20.5)	914

(p=0.07, n=914/934)

Les patients venant de loin auraient accepté aussi fréquemment une réorientation que les autres (-10km : 78.5%, +40km : 75%, p=0.3, n=1124/1156).

1.2.4.2) Motivations d'un refus de réorientation

Parmi les 232 patients qui auraient refusé une réorientation, 213 en ont donné la raison. 32.4% citaient l'absence d'examen complémentaires (surtout pour les patients du groupe T), 27.7% la méconnaissance de la structure proposée (surtout pour les patients du groupe M), 13.6% l'absence de pédiatre, 8% invoquaient l'avance des frais et 5.2% la nécessité d'un moyen de transport, 13% invoquaient un motif autre.

1.3) La notion d'urgence

1.3.1) Ressenti de l'urgence par les parents

Sur les 1103 répondants à la question de leur ressenti de l'urgence de la situation, 27.3% la considéraient très urgente, 65.5% considéraient la situation comme moyennement urgente et 7.2% comme non urgente.

Les consultations considérées comme très urgentes concernaient des enfants plus jeunes mais sans différence statistiquement significative (5.9 vs 6.7 ans, p=0.08).

Selon les pathologies, les situations des enfants du groupe M étaient plus souvent considérées par les parents comme très urgentes, et celles des enfants du groupe T comme moyennement ou non urgentes.

Urgence ressentie selon les pathologies

	Très urgent (%)	Moyennement urgent (%)	Non urgent (%)	Total (%)
Groupe M	145 (32.1)	283 (62.6)	24 (5.3)	452 (100)
Groupe T	99 (21.5)	321 (69.8)	40 (8.7)	460 (100)
M+T	244 (26.8)	604 (66.2)	64 (7.0)	912

(p<0.001, n=912/934)

Le niveau d'urgence ressenti par les parents était le même quelque soit la durée d'évolution du problème.

Urgence ressentie selon la durée d'évolution

	Très urgent (%)	Moyennement urgent (%)	Non urgent (%)	Total (%)
Moins de 24h	133 (25.8)	348 (67.4)	35 (6.8)	516 (100)
De 24h à 48h	53 (27.3)	127 (65.5)	14 (7.2)	194 (100)
Plus de 48h	62 (28.3)	139 (63.5)	18 (8.2)	219 (100)

(p=0.9, n=929/1156)

En semaine comme le week-end, même s'il y avait plus fréquemment de situations ressenties comme très urgentes par les parents la nuit, cette différence n'était pas significative (semaine : nuit : 31.2% de très urgentes, jour : 25.3%, p=0.1, n=817 ; week-end : nuit : 39%, jour : 25.1%, p=0.06, n=286).

Sans tenir compte des heures de passage, il y avait plus de consultations ressenties non urgentes le week-end que la semaine, mais cette différence n'était pas significative (week-end : 10.1% de non urgentes, semaine : 6.1%, p=0.06, n=1103).

Il y a eu plus fréquemment une consultation antérieure pour le même problème lorsque les parents considéraient la situation comme très urgente.

Existence d'une consultation médicale antérieure selon l'urgence ressentie

		OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Ressenti des parents	Très urgent	150 (49.8)	151 (50.2)	301 (100)
	Moyennement urgent	290 (40.1)	433 (59.9)	723 (100)
	Non urgent	31 (39.7)	47 (60.3)	78 (100)

(p=0.01, n=1102/1156)

Il n'y avait pas de différence du ressenti de l'urgence que les patients soient adressés ou non (adressés : très urgent : 30.6%, moyennement urgent : 62.3% ; spontanés : 26.6% et 66.2%, p=0.5, n=1103/1156).

Les parents trouvaient la situation plus urgente s'ils venaient de loin mais cette différence n'était pas significative.

Urgence ressentie par rapport à la distance

	Très urgent (%)	Moyennement urgent (%)	Non urgent (%)	Total (%)
Moins de 10 Km	134 (26.8)	323 (64.6)	43 (8.6)	500 (100)
De 10 Km à 40 Km	134 (26.4)	339 (66.7)	35 (6.9)	508 (100)
Plus de 40 Km	30 (34.1)	57 (64.8)	1 (1.1)	88 (100)

(p=0.09, n=1096/1156)

La proportion de situations ressenties comme très urgentes par les parents était plus importante parmi les enfants hospitalisés.

Ressenti de l'urgence de la situation et devenir

	Ressenti des parents			
	Très urgent (%)	Moyennement urgent (%)	Non urgent (%)	Total (%)
Consultants externes	248 (24.7)	683 (68.0)	74 (7.4)	1005 (100)
Hospitalisés	53 (54.1)	40 (40.8)	5 (5.1)	98 (100)

(p<0.001, n=1103/1156)

1.3.2) Evaluation de l'urgence par l'IOA

Parmi les dossiers étudiés, 33.6% ont été triés (tri IOA) en niveau d'urgence 5 (non urgent), 54.2% en niveau 4 (moins urgent), 11.6% en niveau 3 (urgent) et 0.6% en niveau 2 (très urgent). Il n'y a pas eu de patient trié en niveau 1 parmi les répondants puisque non inclus. Un dossier ne contenait pas d'information sur le niveau de tri.

Nous avons regroupé les patients des niveaux 2 et 3, nécessitant une prise en charge rapide, pour les analyses suivantes.

Les patients avaient plus souvent un niveau de tri 4 en hiver qu'au printemps et inversement pour le tri 5, il n'y avait pas de différence concernant les niveaux de tri plus grave.

Niveau d'urgence selon la période

	Tri 2 et 3 = Urgent (%)	Tri 4 = Moins urgent (%)	Tri 5 = Non urgent (%)	Total (%)
Hiver	81 (12.7)	387 (60.8)	169 (26.5)	637 (100)
Printemps	60 (11.6)	239 (46.1)	219 (42.3)	518 (100)

(p<0.001, n=1155/1156)

De façon significative, les situations ressenties comme très urgentes par les parents avaient plus souvent un niveau de tri IOA élevé que les situations ressenties comme non urgentes, mais le niveau d'urgence coté par l'IOA était globalement plus faible que celui décrit par les parents.

Adéquation entre le ressenti des parents et le niveau de tri IOA

		Selon tri IOA			
		Tri 2 et 3 (%)	Tri 4 (%)	Tri 5 (%)	Total (%)
Ressenti des parents	Très urgent	69 (22.9)	178 (59.1)	54 (17.9)	301 (100)
	Moyennement Urgent	62 (8.6)	393 (54.4)	267 (37.0)	722 (100)
	Non urgent	4 (5.1)	32 (40.5)	43 (54.4)	79 (100)

(p<0.001, n=1102/1156)

Les patients étaient plus souvent triés en niveau 4 que 5 sur les heures de garde qu'en heures ouvrables.

Niveau de tri IOA selon l'heure de passage

	Tri 2 et 3 (%)	Tri 4 (%)	Tri 5 (%)	Total (%)
Horaire de garde	70 (12.6)	329 (59.1)	158 (28.4)	557 (100)
Heures ouvrables	71 (11.9)	297 (49.7)	230 (38.5)	598 (100)

(p=0.001, n=1155/1156)

1.3.3) Classification de l'urgence par le médecin selon la CCMU

Sur les 1156 dossiers, 20 % des patients ont été cotés CCMU 1 par le médecin lors de la clôture du dossier, soit des patients stables n'ayant pas nécessité la réalisation d'actes aux urgences. 79.6% des patients ont été cotés CCMU 2, c'est à dire les patients ayant un état stable et ayant nécessité la réalisation d'actes diagnostics ou thérapeutiques aux urgences.

Seuls 2 patients ont été cotés CCMU 3 (patients instables au pronostic vital non engagé) et 1 patient CCMU 6 (troubles psychiatriques sans trouble somatique).

Il existait une surévaluation du degré d'urgence par l'IOA par rapport à la classification médicale finale. 56.5% des patients classés en CCMU 1 avaient un niveau de tri 4 et 3.9% un niveau 3, seuls 39.7% avaient un niveau de tri 5.

0.7% des patients classés CCMU 2 avaient été triés en niveau 2 par l'IOA et 13.5% en niveau 3.

Pour les 2 patients plus graves (CCMU 3) ils avaient été triés pour l'un en niveau 2 et l'autre en niveau 3, il n'y a pas eu de sous évaluation.

Adéquation entre le tri IOA et la CCMU

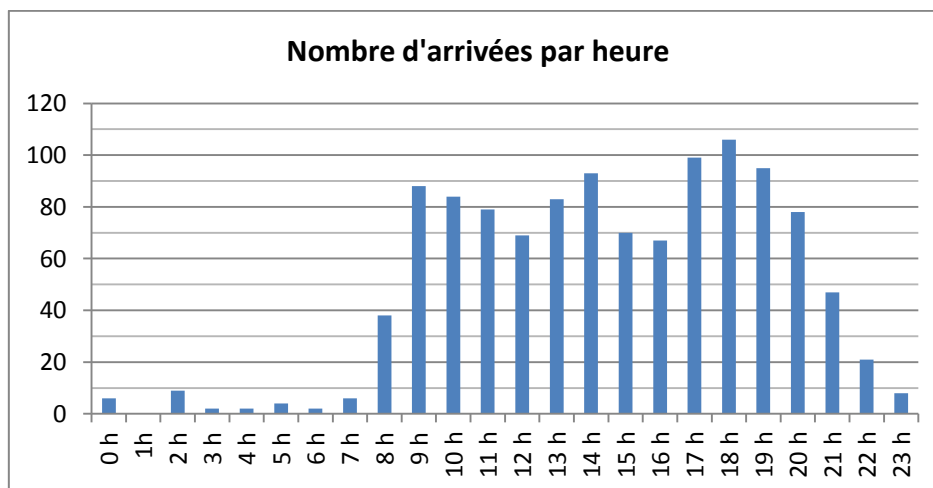
	Tri 2(%)	Tri 3 (%)	Tri 4 (%)	Tri 5 (%)	Total (%)
CCMU 1	0 (0.0)	9 (3.9)	131 (56.5)	92 (39.7)	232 (100)
CCMU 2	6 (0.7)	124 (13.5)	494 (53.7)	296 (32.2)	920 (100)
CCMU 3	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100)
CCMU 6	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)	0 (0.0)	1 (100)

(n=1155/1156)

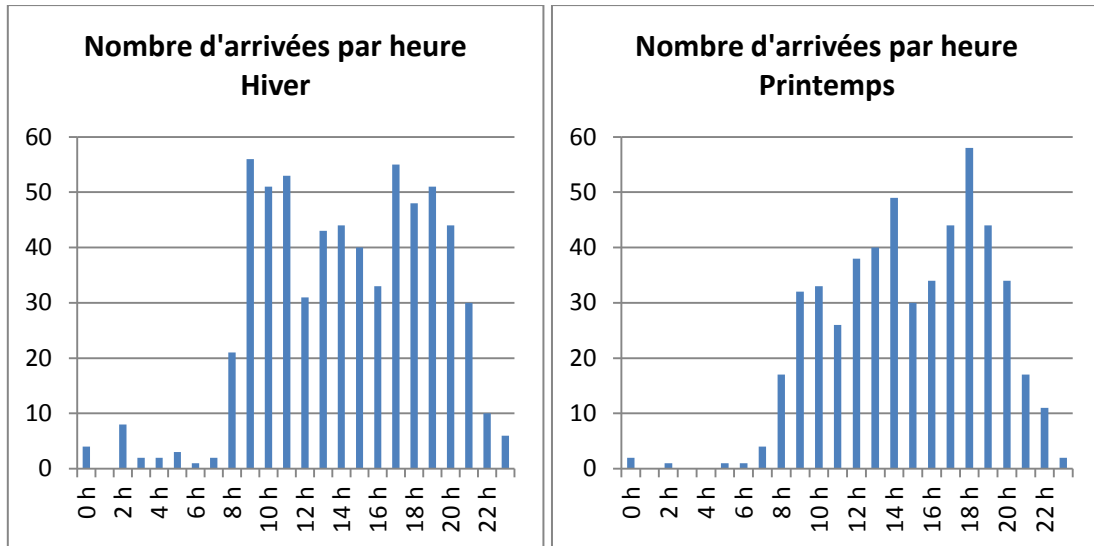
1.4) Déroulement de la consultation

1.4.1) Horaires des consultations

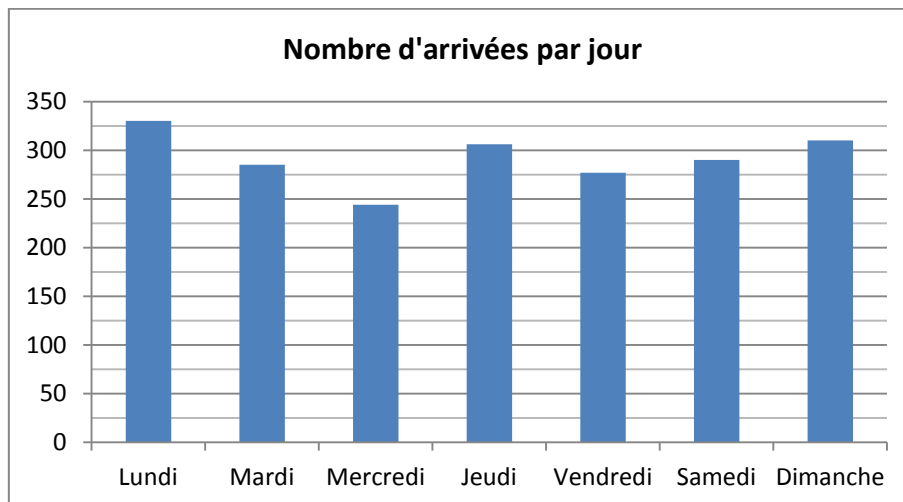
Parmi les questionnaires exploités (n=1156), la répartition des consultations sur les 24h était étalée principalement entre 8h et 21h avec des pics à 9h puis 14h et 18h. 2.7% des questionnaires rendus concernaient des consultations de nuit (0-8h).



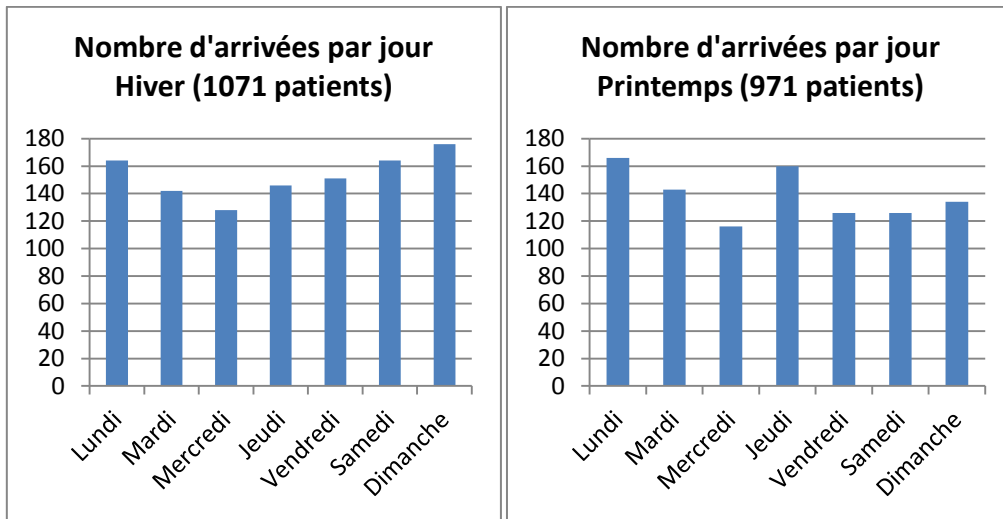
En séparant les périodes, la répartition était légèrement différente, avec plus de consultations dès 9h en hiver qu'au printemps, et le pic de fin de journée commençait dès 17h en hiver contre 18h au printemps.



Sur l'ensemble des consultations des deux périodes (n=2042), les jours de la semaine les plus chargés étaient les lundis, jeudis et les week-ends.



La répartition était légèrement différente selon les périodes.



48.2% des **répondants** avaient consulté sur les heures de garde (le week-end et de 19h à 9h en semaine).

	N	%
Horaire de garde	557	48.2
Heures ouvrables	599	51.8
Total	1156	100

Il n'y avait pas de différence dans la distance parcourue par les parents pour consulter aux urgences, ni dans la durée d'évolution de la maladie, entre les patients ayant consulté sur les horaires de garde et les autres.

Distance parcourue selon l'horaire de consultation

	Moins de 10 Km (%)	De 10 Km à 40 Km (%)	Plus de 40 Km (%)	Total (%)
Horaire de garde	258 (46.4)	253 (45.5)	45 (8.1)	556 (100)
Heures ouvrables	271 (45.7)	274 (46.2)	48 (8.1)	593 (100)

(p=0.9, n=1149/1156)

Durée d'évolution selon l'horaire de consultation

	Moins de 24h (%)	De 24h à 48h (%)	Plus de 48h (%)	Total (%)
Horaire de garde	276 (59.1)	86 (18.4)	105 (22.5)	467 (100)
Heures ouvrables	250 (52.0)	114 (23.7)	117 (24.3)	481 (100)

(p=0.06, n=948/1156)

Les parents ayant des horaires de travail dits de bureau consultaient plus fréquemment pendant les heures de garde, tandis que les parents sans activité consultaient plus souvent en heures ouvrables. Les parents ayant des horaires de travail atypiques consultaient autant en heures ouvrables qu'en heures de garde.

Horaire de consultation selon les horaires de travail

	Horaire de garde	Heures ouvrables	Total
Sans activité	113 (37.3)	190 (62.7)	303 (100)
Horaires de bureau	213 (56.2)	166 (43.8)	379 (100)
Horaires atypiques	221 (49.7)	224 (50.3)	445 (100)

(p<0.001, n=1127/1156)

1.4.2) Détail des temps de prise en charge

Sur les 1156 dossiers, 7 ne contenaient pas d'information dans URQUAL sur l'heure de leur prise en charge médicale. Le délai avant prise en charge correspond à l'heure enregistrée d'identification du médecin moins l'heure d'arrivée à l'accueil.

14.5% des patients étaient pris en charge par le médecin ou l'interne en moins de 30 minutes, 34% étaient examinés en moins d'une heure et 71% en moins de 2 heures.

Délai avant prise en charge

	N	%
Moins de 30 min	167	14.5
De 30min à 1h	225	19.6
De 1h à 2h	424	36.9
De 2h à 3h	239	20.8
Plus de 3h	94	8.2
Total	1149	100

Sur les 1156 dossiers, 1 ne comportait pas de donnée concernant l'heure de départ du service. La durée totale de la prise en charge (heure de départ du service - heure d'arrivée), était inférieure à 1h pour 5.8% des patients, elle était inférieure à 2h pour 34.5% d'entre eux et inférieure à 3h pour 68.9%.

Durée totale de la prise en charge

	N	%
Moins de 1h	67	5.8
De 1h à 2h	331	28.7
De 2h à 3h	397	34.4
Plus de 3h	360	31.2
Total	1155	100

La durée de la consultation médicale (durée totale de la prise en charge – délai avant prise en charge) était inférieure à 1h pour 59.7% des patients. La durée de la consultation n'a pas pu être calculée pour 10 dossiers.

Durée de la consultation médicale

	N	%
Moins de 30 min	387	33.8
De 30min à 1h	297	25.9
De 1h à 2h	315	27.5
De 2h à 3h	90	7.9
Plus de 3h	57	5.0
Total	1146	100

Le délai avant la prise en charge médicale et la durée totale de la prise en charge étaient statistiquement plus longs en hiver qu'au printemps.

Délai avant prise en charge selon la période

	Moins de 30min (%)	De 30min à 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Hiver	67 (10.6)	104 (16.4)	233 (36.8)	158 (25.0)	71 (11.2)	633 (100)
Printemps	100 (19.4)	121 (23.4)	191 (37.0)	81 (15.7)	23 (4.5)	516 (100)

(p<0.001, n=1149/1156)

Durée totale de la prise en charge selon à la période

	Moins de 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Hiver	27 (4.2)	148 (23.2)	222 (34.9)	240 (37.7)	637 (100)
Printemps	40 (7.7)	183 (35.3)	175 (33.8)	120 (23.2)	518 (100)

(p<0.001, n=1155/1156)

Les résultats différaient selon les pathologies, les patients du groupe M avaient un délai avant la prise en charge médicale plus fréquemment inférieur à 1 heure, il excédait 3 heures plus souvent pour le groupe T.

Délai avant prise en charge selon la pathologie

	Moins de 30min (%)	De 30min à 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Groupe M	80(17.2)	106(22.8)	162(34.8)	94(20.2)	23(4.9)	465(100.0)
Groupe T	53(11.4)	74(16.0)	182(39.3)	98(21.2)	56(12.1)	463(100.0)
M+T	133(14.3)	180(19.4)	344(37.1)	192(20.7)	79(8.5)	928

(p<0.001, n=928/934)

Les patients du groupe M avaient plus souvent une prise en charge totale excédant 3h, mais cette différence n'était pas significative.

Durée totale de la prise en charge selon la pathologie

	Moins de 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Groupe M	25 (5.4)	121 (26.0)	159 (34.1)	161 (34.5)	466 (100)
Groupe T	27 (5.8)	141 (30.2)	172 (36.8)	127 (27.2)	467 (100)
M+T	52 (5.6)	262 (28.1)	331 (35.5)	288 (30.9)	933

(p=0.1, n=933/934)

L'analyse plus fine de la durée de la consultation a montré que les pathologies traumatologiques une fois prises en charge, étaient gérées plus rapidement.

Durée de la consultation médicale selon la pathologie

	Moins de 30min (%)	De 30min à 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Groupe M	108 (23.3)	120 (25.9)	147 (31.7)	57 (12.3)	31 (6.7)	463 (100)
Groupe T	200 (43.3)	132 (28.6)	105 (22.7)	15 (3.2)	10 (2.2)	462 (100)
M+T	308 (33.3)	252 (27.2)	252 (27.2)	72 (7.8)	41 (4.5)	925

(p<0.001, n=925/934)

1.4.3) Réalisation d'examens complémentaires

55.5% des consultants ont bénéficié d'**au moins un** examen complémentaire, dont 56.7% d'une radiographie seule, 11.5% d'une analyse d'urine seule, 7.2% d'un bilan sanguin seul, 23.8% d'entre eux ont eu **deux** examens complémentaires **ou plus**.

	N	%
Radiographie seule	364	56.7
Biologie seule	46	7.2
Echographie seule	2	0.3
TDM seul	3	0.5
BU/ECBU seul	74	11.5
2 examens ou plus	153	23.8
Total	642	100

Parmi les patients ayant eu un (des)examen(s) complémentaire(s) 24.9 % ont eu un bilan sanguin, soit 13.8% des 1156 dossiers étudiés, 48% des patients hospitalisés et 10.5% des consultants externes.

	Population totale	%	Patients avec examens complémentaires	%	Hospitalisés	%	Consultants externes	%
Pas de bilan sanguin	996	86.2	482	75.1	53	52	943	89.5
Bilan sanguin	160	13.8	160	24.9	49	48	111	10.5
Total	1156	100	642	100	102	100	1054	100

Les motifs de consultation « plaie-traumatisme » et « fièvre » étaient ceux pour lesquels un examen complémentaire était le plus fréquemment réalisé, 68.6% des cas pour le 1^{er} et 61.8% pour le 2^e.

Pour la traumatologie, il s'agissait dans 86% des cas d'une radiographie seule. Pour la fièvre, dans 51.4% il y avait au moins 2 examens complémentaires réalisés, 18.8% bénéficiaient d'une radiographie seule, 17.4% d'une analyse d'urine seule et 12.5% d'un bilan sanguin seul.

La durée totale de la prise en charge était plus longue lorsque des examens complémentaires étaient réalisés.

Durée totale de la prise en charge selon la réalisation d'examens complémentaires

	Moins de 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Examens complémentaires	8 (1.2)	149 (23.2)	241 (37.5)	244 (38.0)	642 (100)
Pas d'examen complémentaire	59 (11.5)	182 (35.5)	156 (30.4)	116 (22.6)	513 (100)

(p<0.001, n=1155/1156)

De même la durée de la consultation médicale était plus longue lorsque des examens complémentaires étaient réalisés.

Durée de la consultation médicale selon la réalisation d'examens complémentaires

	Moins de 30min (%)	De 30 min à 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Examens complémentaires	141 (22.2)	162 (25.5)	213 (33.5)	70 (11.0)	50 (7.9)	636 (100)
Pas d'examen complémentaire	246 (48.2)	135 (26.5)	102 (20.0)	20 (3.9)	7 (1.4)	510 (100)

(p<0.001, n=1146/1156)

Parmi les 642 patients ayant eu un (des) examen(s) complémentaire(s), lorsqu'un bilan sanguin était réalisé, la durée totale de prise en charge était significativement plus longue.

(Pour cette analyse nous avons regroupé les prises en charge inférieures à 2h dans la même colonne car les prises en charge inférieures à 1h étaient peu représentées = 8)

Durée totale de la prise en charge selon la réalisation d'un bilan sanguin

	Moins de 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Pas de bilan sanguin	134 (27.8)	196 (40.7)	152 (31.5)	482 (100)
Bilan sanguin	23 (14.4)	45 (28.1)	92 (57.5)	160 (100)

(p<0.001, n=642/642)

De même parmi ces 642 patients, la durée de la consultation médicale était plus longue lorsqu'un bilan sanguin était réalisé.

Durée de la consultation médicale selon la réalisation d'un bilan sanguin

	Moins de 30min (%)	De 30 min à 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Pas de bilan sanguin	132 (27.7)	140 (29.4)	161 (33.8)	25 (5.3)	18 (3.8)	476 (100)
Bilan sanguin	9 (5.6)	22 (13.8)	52 (32.5)	45 (28.1)	32 (20.0)	160 (100)

(p<0.001, n=636/642)

1.4.4) Diagnostic médical final

Les diagnostics posés par le médecin en fin de consultation étaient répartis comme suit (n=1156) :

- pathologies traumatologiques ou orthopédiques 47%
- pathologies digestives 13.8%
- pathologies ORL 11%
- pathologies pulmonaires 10.6%
- pathologies dermatologiques 5.6%
- pathologies cardiaques 1.2%
- pathologies neurologiques 1.2%
- pathologies autres 9.7%

1.4.5) Devenir après le passage aux urgences

90.7% des **répondants** ont pu rentrer à domicile après la consultation, 8.8% ont été hospitalisés et 0.4% ont été adressés en consultation vers un spécialiste avant leur sortie (dermatologue, ophtalmologue ou ORL). Sur les 2042 passages enregistrés sur les 2 périodes le taux d'hospitalisation était de 14.8%.

97.4% des patients classés CCMU 1 ont regagné leur domicile, 10.5% des patients classés CCMU 2 ont été hospitalisés et représentaient 95% des hospitalisations. Les 3 patients classés CCMU 3 et 6 ont été hospitalisés.

Devenir selon la CCMU

	Retour à domicile (%)	Hospitalisation (%)	Spécialiste (%)	Total (%)
CCMU 1	226 (97.4)	2 (0.9)	4 (1.7)	232 (100)
CCMU 2	823 (89.4)	97 (10.5)	1 (0.1)	921 (100)
CCMU 3	0 (0.0)	2 (100)	0 (0.0)	2 (100)
CCMU 6	0 (0.0)	1 (100)	0 (0.0)	1 (100)

Les patients hospitalisés semblaient souffrir de façon plus fréquente d'affections respiratoires et digestives que les consultants externes. Ces derniers souffraient plus souvent de pathologies traumatologiques/orthopédiques ou de troubles ORL mais la différence n'a pas pu être démontrée.

Diagnostic et devenir

	ORL (%)	Appareil Digestif (%)	Appareil Respiratoire (%)	Cardiologie (%)	Neurologie (%)	Traumatologie (%)	Dermatologie (%)	Autre (%)	Total (%)
Consultants externes	120 (11.4)	139 (13.2)	91 (8.6)	10 (0.9)	9 (0.9)	525 (49.8)	63 (6.0)	97 (9.2)	1054 (100)
Hospitalisés	7 (6.9)	20 (19.6)	31 (30.4)	4 (3.9)	5 (4.9)	18 (17.6)	2 (2.0)	15 (14.7)	102 (100)

Les consultants externes avaient plus souvent une pathologie qui évoluait depuis moins de 24h.

Durée d'évolution et devenir

	Moins de 24h (%)	De 24h à 48h (%)	Plus de 48h (%)	Total (%)
Consultants externes	496 (57.2)	179 (20.6)	192 (22.1)	867 (100)
Hospitalisés	30 (37.0)	21 (25.9)	30 (37.0)	81 (100)

(p=0.001, n=948/1156)

Les patients hospitalisés avaient plus souvent eu une consultation médicale pour le même problème avant de venir aux urgences.

Existence d'une consultation antérieure et devenir

	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Consultants externes	411 (40.1)	613 (59.9)	1024 (100)
Hospitalisés	71 (71.0)	29 (29.0)	100 (100)

(p<0.001, n= 1124/1156)

De même, les patients hospitalisés étaient plus souvent adressés par un médecin.

Mode de consultation et devenir

	Spontanés (%)	Adressés (%)	Total (%)
Consultants externes	902 (85.6)	152 (14.4)	1054 (100)
Hospitalisés	64 (62.8)	38 (37.3)	102 (100)

(p<0.001, n=1156)

La durée totale de prise en charge était significativement plus longue pour les patients hospitalisés.

Durée totale de la prise en charge selon le devenir

	Moins de 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Consultants externes	66 (6.3)	312 (29.6)	358 (34.0)	317 (30.1)	1053 (100)
Hospitalisés	1 (1.0)	19 (18.6)	39 (39.2)	43 (42.2)	102 (100)

(p=0.004, n=1155/1156)

Ces patients avaient également eu plus souvent des examens complémentaires (75.5% vs 53.6%, p<0.001, n=1156).

1.5) Impact du tri IOA sur les délais de prise en charge

Le tri IOA influençait de façon adéquate le délai avant la prise en charge médicale puisque les patients au niveau de tri urgent étaient vus plus rapidement par le médecin que les autres.

Adéquation entre le délai de prise en charge et le niveau de tri IOA

	Moins de 30min (%)	De 30min à 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Tri 2 et 3	61 (43.3)	52 (36.9)	21 (14.9)	6 (4.3)	1 (0.7)	141 (100)
Tri 4	69 (11.1)	110 (17.7)	247 (39.7)	141 (22.7)	55 (8.8)	622 (100)
Tri 5	37 (9.6)	63 (16.4)	155 (40.3)	92 (23.9)	38 (9.9)	385 (100)

(p<0.001, n=1148/1156)

La durée totale de la prise en charge était inversement liée au tri IOA. De façon plus fréquente, cette durée était plus longue pour les patients au niveau de tri urgent (2 et 3), et plus courte pour les patients triés non urgents.

Adéquation entre la durée totale de la prise en charge et le niveau de tri IOA

	Moins de 1h (%)	De 1h à 2h (%)	De 2h à 3h (%)	Plus de 3h (%)	Total (%)
Tri 2 et 3	5 (3.6)	42 (30.0)	59 (42.1)	34 (24.3)	140 (100)
Tri 4	34 (5.4)	158 (25.2)	207 (33.1)	227 (36.3)	626 (100)
Tri 5	28 (7.2)	131 (33.8)	131 (33.8)	98 (25.3)	388 (100)

(p<0.001, n=1154/1156)

1.6) Satisfaction concernant la consultation aux urgences

1.6.1) Satisfaction globale et spécifique

Globalement 93% des parents ayant répondu à la question se disaient satisfaits ou plus de la prise en charge de leur enfant aux urgences.

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Moyennement satisfait (%)	Insatisfait (%)	Total (%)
Satisfaction globale	448 (50.9)	373 (42.3)	52 (5.9)	8 (0.9)	881 (100)

(n=881/1156)

Les différents items renseignés sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

	Niveau de satisfaction				Total (%)
	Très bon (%)	Bon (%)	Moyen (%)	Non satisfaisant (%)	
L'accueil aux urgences	700 (65.5)	345 (32.3)	19 (1.8)	4 (0.4)	1068 (100)
Les compétences	647 (63.1)	361 (35.2)	14 (1.4)	3 (0.3)	1025 (100)
Explications / Réponses	606 (59.0)	372 (36.2)	47 (4.6)	2 (0.2)	1027 (100)
Soins / Examens réalisés	598 (59.2)	376 (37.2)	31 (3.1)	5 (0.5)	1010 (100)
Environnement de soins	512 (50.2)	447 (43.9)	54 (5.3)	6 (0.6)	1019 (100)
Délai avant prise en charge	313 (29.7)	334 (31.7)	241 (22.9)	165 (15.7)	1053 (100)
Durée totale de PEC*	295 (28.5)	368 (35.6)	241 (23.3)	130 (12.6)	1034 (100)

*PEC=Prise En Charge (total= total de patients ayant répondu à l'item /1156)

1.6.2) Adéquation de la satisfaction aux délais réels de prise en charge

Le niveau de satisfaction concernant le délai d'attente était globalement corrélé à l'attente réelle avant la prise en charge médicale.

	Niveau de satisfaction				Total (%)
	Très bon (%)	Bon (%)	Moyen (%)	Non satisfaisant (%)	
Moins de 30min	107 (69.0)	36 (23.2)	9 (5.8)	3 (1.9)	155 (100)
De 30min à 1H	91 (43.3)	83 (39.5)	28 (13.3)	8 (3.8)	210 (100)
De 1H à 2H	86 (22.3)	145 (37.6)	100 (25.9)	55 (14.2)	386 (100)
De 2H à 3H	24 (11.1)	58 (26.9)	76 (35.2)	58 (26.9)	216 (100)
Plus de 3H	3 (3.8)	10 (12.7)	26 (32.9)	40 (50.6)	79 (100)

(p<0.001, n=1046/1156)

Concernant la satisfaction par rapport à la durée totale de prise en charge, elle était également fortement liée à la durée totale réelle de celle-ci.

	Niveau de satisfaction				Total (%)
	Très bon (%)	Bon (%)	Moyen (%)	Non satisfaisant (%)	
Moins de 1H	40 (60.6)	22 (33.3)	3 (4.5)	1 (1.5)	66 (100)
De 1H à 2H	120 (40.3)	120 (40.3)	49 (16.4)	9 (3.0)	298 (100)
De 2H à 3H	93 (26.3)	122 (34.6)	97 (27.5)	41 (11.6)	353 (100)
Plus de 3H	41 (13.0)	104 (32.9)	92 (29.1)	79 (25.0)	316 (100)

(p<0.001, n=1033/1156)

1.6.3) Satisfaction en fonction des pathologies

Pour les analyses suivantes nous avons regroupé les patients moyennement et non satisfaits sous le terme patients peu satisfaits.

Selon les pathologies, les patients peu satisfaits appartenait plus souvent au groupe T.

Niveau de satisfaction selon la pathologie

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Total (%)
Groupe M	185 (49.9)	169 (45.6)	17 (4.6)	371 (100)
Groupe T	181 (51.6)	137 (39.0)	33 (9.4)	351 (100)
M+T	366 (50.7)	306 (42.4)	50 (6.9)	722

(p=0.02, n=722/934)

1.6.4) Satisfaction et niveau d'urgence

Le niveau de satisfaction globale ne semblait pas être lié au degré d'urgence ressenti par les parents mais ceci n'a pu être démontré.

Niveau de satisfaction selon le ressenti de l'urgence

		Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Total (%)
Ressenti des parents	Très urgent	126 (58.6)	92 (39.3)	16 (6.8)	234 (100)
	Moyennement urgent	267 (48.9)	244 (44.7)	35 (6.4)	546 (100)
	Non urgent	37 (61.7)	19 (31.7)	4 (6.7)	60 (100)

(n=840/1156)

La satisfaction globale était meilleure dans les groupes CCMU 2, 3 et 6, mais cette différence n'a pas pu être démontrée du fait d'un très faible nombre de patients dans les 2 derniers groupes.

Niveau de satisfaction selon la CCMU

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Total (%)
CCMU 1	79 (44.1)	82 (45.8)	18 (10.1)	179 (100)
CCMU 2	366 (52.4)	291 (41.6)	42 (6.0)	699 (100)
CCMU 3	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100)
CCMU 6	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)

(n=881/1156)

1.6.5) Satisfaction en fonction de la réalisation d'examens complémentaires

La réalisation d'examens complémentaires n'influçait ni le niveau de satisfaction globale, ni le niveau de satisfaction concernant la durée totale de prise en charge, ni celui concernant les soins ou examens prodigués.

Satisfaction globale et réalisation d'examens complémentaires

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Total (%)
Examens complémentaires	254 (52.8)	197 (41.0)	30 (6.2)	481 (100)
Pas d'examens complémentaires	194 (48.5)	176 (44.0)	30 (7.5)	400 (100)

(p=0.4, n=881/1156)

Satisfaction concernant la durée totale de prise en charge

	Très bon (%)	Bon (%)	Moyen (%)	Non satisfaisant (%)	Total (%)
Examens complémentaires	155 (27.0)	204 (35.5)	147 (25.6)	68 (11.8)	574 (100)
Pas d'examens complémentaires	140 (30.4)	164 (35.7)	94 (20.4)	62 (13.5)	460 (100)

(p=0.2, n=1034/1156)

Satisfaction concernant les soins

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Total (%)
Examens complémentaires	336 (59.7)	214 (38.0)	13 (2.3)	563 (100)
Pas d'examens complémentaires	262 (58.6)	162 (36.2)	23 (5.1)	447 (100)

(p=0.05, n=1010/1156)

1.7) Commentaires libres sur les points à améliorer

- 132 commentaires ont été faits sur le délai d'attente trop long dont 10 concernaient le délai d'attente entre chaque intervenant (externe, interne, sénior, radio) et 1 l'attente des résultats biologiques.
- 26 concernaient la salle d'attente avec 9 commentaires liés à l'absence de machine à café ou distributeur d'eau, 5 déploraient l'absence de salle de repos pour allonger l'enfant, 4 concernaient la chaleur, 2 leur petite taille (promiscuité) et 1 le manque d'hygiène.
- 12 parents s'étaient plaints du manque de places de parking réservées aux patients des urgences.

- 12 commentaires concernaient l'organisation du tri avec entre autre, une séparation des pathologies médicales et traumatologiques en salle d'attente ainsi que la création d'une filière « bobologie ».
- 11 concernaient le manque d'informations et d'explications sur la conduite à tenir à l'arrivée, sur le temps d'attente estimé, les étapes dans le soin, ainsi que le manque d'explications faites de façon adaptée aux enfants.
- 9 parents auraient aimé avoir plus de jeux, livres, animations pour leur enfant en salle d'attente.
- 8 s'étaient plaints du manque de confidentialité, de l'insonorisation, notamment à l'accueil.
- 6 parents déploraient le manque de personnel.
- 6 commentaires ont été faits concernant la qualité du contact humain, et l'existence de commentaires déplacés à l'accueil notamment.
- 4 commentaires concernaient la nécessité de répéter leur problème à chaque intervenant.
- 4 parents auraient aimé qu'il soit possible de réorienter, vers un médecin généraliste ou pédiatre, les enfants non urgents.
- Plusieurs commentaires ont été faits en marge de la question de la connaissance des autres possibilités d'accès aux soins soulignant l'absence de médecin de garde sur leur secteur.

2) CARACTERISTIQUES DES PATIENTS POUVANT RELEVER DE LA MEDECINE LIBERALE

Nos 2 groupes sont répartis comme suit :

- groupe A : 684 dossiers = 59.2% (patients pour qui le service des urgences semblait être le lieu de consultation le plus adapté)
- groupe NA : 471 dossiers = 40.8% (patients pour qui le service des urgences ne semblait pas être le lieu de consultation le plus adapté)

1 dossier n'a pu être classé dans l'un ou l'autre des groupes en raison de l'absence d'information concernant le niveau de tri IOA.

2.1) Données socio-démographiques

La répartition dans chaque groupe était statistiquement différente selon les périodes avec le groupe A surreprésenté en hiver et le groupe NA plus important au printemps.

Répartition selon les périodes

	Hiver (%)	Printemps (%)	Total (%)
Groupe A	412 (60.2)	272 (39.8)	684 (100)
Groupe NA	225 (47.8)	246 (52.2)	471 (100)

(p<0.001, n=1155/1155)

La répartition selon le sexe était identique dans les 2 groupes.

Répartition selon le sexe

	Filles (%)	Garçons (%)	Total (%)
Groupe A	296 (43.3)	388 (56.7)	684 (100)
Groupe NA	219 (46.5)	252 (53.5)	471 (100)

(p=0.3, n=1155/1155)

Il existait une différence statistiquement significative de la moyenne d'âge de chaque groupe, les enfants faisant partie du groupe NA étaient plus âgés que ceux du groupe A (6.8 vs 6.1 ans, p=0.01, n=1155/1155).

Les familles étaient composées de la même façon dans chaque groupe.

Répartition selon le nombre d'enfant dans la fratrie

	1 enfant (%)	2 enfants (%)	3 enfants (%)	4 ou plus (%)	Total (%)
Groupe A	135 (21.4)	268 (42.5)	146 (23.2)	81 (12.9)	630 (100)
Groupe NA	76 (18.7)	163 (40.1)	106 (26.1)	61 (15.0)	406 (100)

(p=0.4, n=1036/1155)

La distance séparant le domicile de l'hôpital ainsi que les horaires de travail des accompagnateurs n'avaient pas d'impact sur l'appartenance à l'un ou l'autre des groupes.

Répartition selon la distance

	Moins de 10 Km (%)	De 10 Km à 40 Km (%)	Plus de 40 Km (%)	Total (%)
Groupe A	301 (44.2)	322 (47.3)	58 (8.5)	681 (100)
Groupe NA	228 (48.8)	205 (43.9)	34 (7.3)	467 (100)

(p=0.3, n=1148/1155)

Répartition selon les horaires de travail dans chaque groupe

	Sans activité (%)	Horaires de bureau (%)	Horaires atypiques (%)	Total (%)
Groupe A	176 (26.6)	234 (35.3)	252 (38.1)	662 (100)
Groupe NA	126 (27.2)	145 (31.3)	193 (41.6)	464 (100)

(p=0.3, n=1126/1155)

Les catégories socioprofessionnelles des parents ne semblaient pas avoir de lien avec l'appartenance à l'un des groupes, mais ceci n'a pas pu être démontré.

Un niveau d'études plus faible pour les parents (\leq BEPC) était plus souvent constaté dans le groupe NA.

Niveau d'études des parents selon les groupes

Mère	Aucun (%)	BEPC (%)	CAP-BEP (%)	Bac-BP (%)	\geq Bac +2 (%)	Total (%)
Groupe A	25 (3.8)	14 (2.1)	141 (21.2)	154 (23.2)	330 (49.7)	664 (100)
Groupe NA	23 (5.0)	25 (5.4)	118 (25.6)	95 (20.6)	200 (43.4)	461 (100)

(p=0.005, n=1125/1155)

Père	Aucun (%)	BEPC (%)	CAP-BEP (%)	Bac-BP (%)	\geq Bac +2 (%)	Total (%)
Groupe A	21 (3.3)	17 (2.7)	181 (28.5)	152 (23.9)	265 (41.7)	636 (100)
Groupe NA	32 (7.4)	12 (2.8)	122 (28.4)	86 (20.0)	178 (41.4)	430 (100)

(p=0.03, n=1066/1155)

Il ne semblait pas y avoir de différence dans le suivi habituel des enfants selon les groupes mais ceci n'a pu être démontré.

La répartition des enfants ayant ou non un médecin « référent » était la même dans les 2 groupes.

Existence d'un médecin référent

	Avec médecin référent (%)	Sans médecin référent (%)	Total (%)
Groupe A	672 (98.2)	12 (1.8)	684 (100)
Groupe NA	459 (97.5)	12 (2.5)	471 (100)

(p=0.3, n=1155/1155)

La proportion de médecin référent généraliste ou pédiatre était la même entre les 2 groupes.

Médecin référent identifié selon les groupes

	MG (%)	Pédiatre (%)	Les 2 (%)	Total (%)
Groupe A	600 (89.3)	52 (7.7)	20 (3.0)	672 (100)
Groupe NA	413 (90.0)	29 (6.3)	17 (3.7)	459 (100)

(p=0.5, n=1131/1155)

Il y avait la même proportion de consultants itératifs dans le groupe NA que le groupe A.

Répartition dans les groupes selon le nombre de consultations

	1 ^{ère} (%)	2 ^{ème} (%)	3 ^{ème} ou plus (%)	Total (%)
Groupe A	398 (58.2)	171 (25.0)	115 (16.8)	684 (100)
Groupe NA	254 (53.9)	134 (28.5)	83 (17.6)	471 (100)

(p=0.3, n=1155/1155)

2.2) Motifs de consultation aux urgences

2.2.1) Concernant le problème de santé

2.2.1.1) Pathologie à l'origine de la consultation

En séparant les pathologies à l'origine des consultations en groupe M = pathologies médicales et groupe T = pathologies traumatologiques (selon les mêmes critères que pour la population globale, 934 dossiers analysables) nous avons constaté que le groupe NA consultait de façon significativement plus fréquente pour des pathologies traumatologiques ou orthopédiques (groupe T) et inversement pour le groupe A.

Répartition dans les groupes selon la pathologie

	Groupe M (%)	Groupe T (%)	M+T (%)
Groupe A	339 (59.0)	236 (41.0)	575 (100)
Groupe NA	128 (35.7)	231 (64.3)	359 (100)

(p<0.001, n=934/934)

2.2.1.2) Maladie chronique, durée d'évolution du problème

Il n'y avait pas de différence de répartition des consultations en lien avec une maladie chronique entre les 2 groupes.

Consultations liées à une maladie chronique

	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Groupe A	52 (7.9)	609 (92.1)	661 (100)
Groupe NA	26 (5.8)	423 (94.2)	449 (100)

(p=0.2, n=1110/1155)

Pour les maladies aiguës (\neq maladies chroniques), la durée d'évolution du problème n'était pas statistiquement différente selon les groupes.

Durée d'évolution des pathologies aiguës

	Moins de 24h (%)	De 24h à 48h (%)	Plus de 48h (%)	Total (%)
Groupe A	307 (55.3)	108 (19.5)	140 (25.2)	555 (100)
Groupe NA	213 (56.1)	88 (23.2)	79 (20.8)	380 (100)

(p=0.2, n=935/1155)

2.2.1.3) Existence d'une consultation libérale antérieure

De façon plus fréquente les patients du groupe NA n'avaient pas eu de consultation avec un médecin libéral pour ce problème avant de consulter aux urgences et inversement.

Existence d'une consultation antérieure

	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Groupe A	347 (51.7)	324 (48.3)	671 (100)
Groupe NA	134 (29.6)	318 (70.4)	452 (100)

(p<0.001, n=1123/1155)

2.2.2) Concernant le choix du service des urgences

2.2.2.1) Motivations d'une consultation en 1^{ère} intention

Parmi les patients n'ayant pas eu de consultation en libéral au préalable, 626 ont cité un motif à leur recours aux urgences. Les parents du groupe NA citaient plus fréquemment comme raisons principales de leur recours en 1^{ère} intention : une meilleure prise en charge à l'hôpital (32%) notamment pour la traumatologie, l'absence du médecin traitant ou de RDV disponible dans la journée (23%) notamment pour la médecine, puis le motif « autre » (22%). Tandis que les parents du groupe A citaient : une meilleure prise en charge à l'hôpital (24%) puis une situation trop grave pour attendre (23%) et ensuite l'absence du médecin (21.7%). Le conseil téléphonique de consulter aux urgences venait en 4^{ème} position (13.7%).

Un médecin libéral non joignable ou n'ayant pas de rendez vous dans la journée n'était pas cité plus fréquemment dans l'un ou l'autre des groupes (groupe A : 21.7%, groupe NA : 23%).

2.2.2.2) Motivations d'une consultation en 2^e intention

Parmi les patients ayant eu une consultation en libéral au préalable, 477 ont cité un motif pour leur recours aux urgences. La raison invoquée par les parents du groupe A, pour une consultation aux urgences, était de façon plus fréquente que le médecin leur avait conseillé de venir aux urgences (59.6%). Tandis que pour le groupe NA les motifs les plus fréquemment cités étaient l'aggravation des signes (30.8%) ensuite le conseil par le médecin (30.1%) puis l'impression que le traitement proposé était inefficace (21.8%), mais cette différence n'a pas pu être démontrée statistiquement.

	Traitement inefficace (%)	Aggravation (%)	Rechute (%)	Hôpital conseillé par le médecin (%)	Soins proposés insuffisants (%)	Autre (%)	Total (%)
Groupe A	29 (8.4)	74 (21.5)	15 (4.4)	205 (59.6)	3 (0.9)	18 (5.2)	344 (100)
Groupe NA	29 (21.8)	41 (30.8)	10 (7.5)	40 (30.1)	4 (3.0)	9 (6.8)	133 (100)

(n=477/481)

2.2.3) Rôle de la connaissance du système de permanence des soins

Globalement, il n'y avait pas de différence entre chaque groupe dans le niveau de connaissance des possibilités d'accès aux soins sur les horaires de garde (87.8% en avaient connaissance dans le groupe A contre 89.2% dans le groupe NA, p=0.5, n=1090/1155).

2.2.4) Rôle de l'attachement à la structure des urgences

Le groupe NA aurait accepté autant que le groupe A une réorientation si cela avait été possible (groupe A : 80.8%, groupe NA : 77.6%, p=0.2, n=1130/1156).

Parmi les patients qui auraient refusé une réorientation, 213 en ont donné la raison. Les motifs de refus de réorientation étaient représentés de façon identique entre les deux groupes.

Motifs de refus de réorientation

	Avance des frais (%)	Absence de spécialiste (%)	Absence d'examen complémentaire (%)	Structure inconnue (%)	Moyen de transport nécessaire (%)	Autre (%)	Total (%)
Groupe A	7 (6.1)	17 (14.8)	32 (27.8)	35 (30.4)	5 (4.3)	19 (16.5)	115 (100)
Groupe NA	10 (10.2)	12 (12.2)	37 (37.8)	24 (24.5)	6 (6.1)	9 (9.2)	98 (100)

(p=0.3, n=213/232)

2.3) Ressenti de l'urgence par les parents

Il existait une différence significative du degré d'urgence ressenti par les parents entre chaque groupe. Les parents du groupe A considéraient plus souvent la situation comme très urgente.

Répartition dans les groupes selon le ressenti de l'urgence

	Ressenti des parents			
	Très urgent (%)	Moyennement urgent (%)	Non urgent (%)	Total (%)
Groupe A	224 (34.0)	400 (60.8)	34 (5.2)	658 (100)
Groupe NA	77 (17.3)	322 (72.5)	45 (10.1)	444 (100)

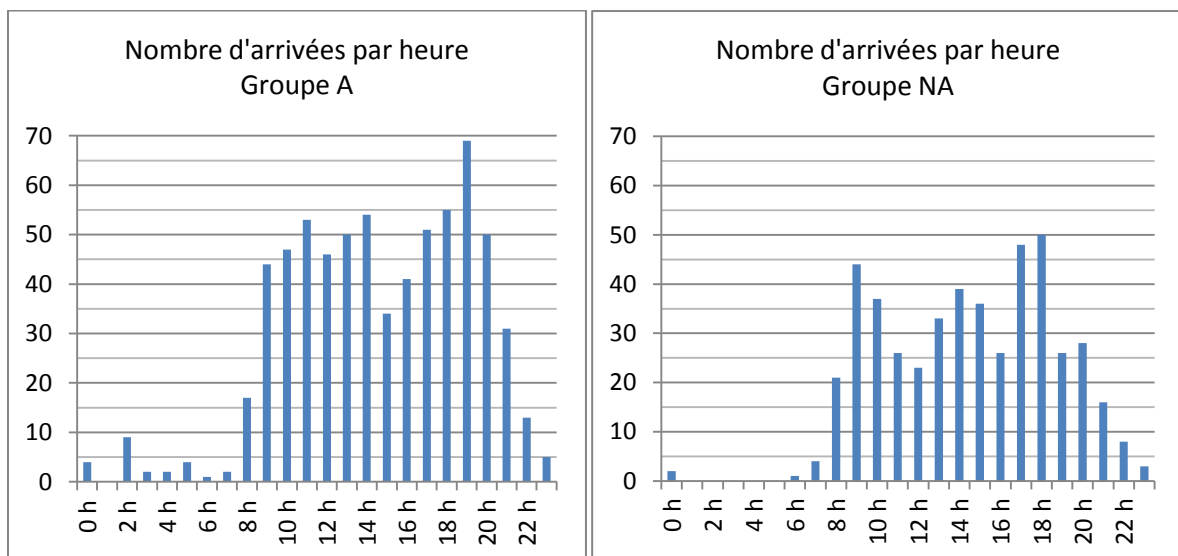
(p<0.001, n=1102/1155)

En analysant séparément chaque groupe selon les pathologies, le ressenti de l'urgence était identique pour les pathologies des groupes M et T dans le groupe A (groupe M : très urgent : 35.9%, groupe T : 31.5%, p=0.4, n=561/575). Par contre, dans le groupe NA, les pathologies du groupe M étaient plus fréquemment ressenties comme très urgentes (groupe M : très urgent : 22%, groupe T : 11.4%, p=0.02, n=351/359).

2.4) Déroulement de la consultation

2.4.1) Horaires des consultations

Il n'y avait pas de différence significative dans les horaires de consultations de chaque groupe.



Les patients du groupe NA ne consultaient pas plus fréquemment sur les heures de garde que les autres.

Horaires de consultation

	Horaire de garde (%)	Heures ouvrables (%)	Total (%)
Groupe A	343 (50.1)	341 (49.9)	684 (100)
Groupe NA	214 (45.4)	257 (54.6)	471 (100)

(p=0.1, n=1155/1155)

2.4.2) Diagnostic médical final

La répartition des diagnostics médicaux finals était différente selon les groupes. Les pathologies traumatologiques/orthopédiques et ORL étaient plus fréquentes dans le groupe NA que dans le groupe A et inversement pour les pathologies digestives et respiratoires.

Diagnostic médical final

	ORL (%)	Appareil Digestif (%)	Appareil Respiratoire (%)	Cardiologie (%)	Neurologie (%)	Traumatologie (%)	Dermatologie (%)	Autre (%)	Total (%)
Groupe A	67 (9.8)	118 (17.3)	105 (15.4)	13 (1.9)	11 (1.6)	273 (39.9)	24 (3.5)	73 (10.7)	684 (100)
Groupe NA	60 (12.7)	41 (8.7)	17 (3.6)	1 (0.2)	3 (0.6)	269 (57.1)	41 (8.7)	39 (8.3)	471 (100)

(p<0.001, n=1155/1155)

2.5) Satisfaction concernant la consultation aux urgences

Pour ces analyses les réponses moyennement satisfait et insatisfait ont été regroupées sous le terme peu satisfait.

Pour la satisfaction globale, il y avait plus fréquemment de patients très satisfaits dans le groupe A que dans le groupe NA.

Satisfaction globale

	Très satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Total (%)
Groupe A	280 (53.4)	217 (41.4)	27 (5.2)	524 (100)
Groupe NA	168 (47.1)	156 (43.7)	33 (9.2)	357 (100)

(p=0.03, n=881/1155)

Pour les items suivants, il n'a pas été trouvé de différence significative entre chaque groupe :

	Très satisfait (%)		Satisfait (%)		Peu satisfait (%)		Total (%)	
	GA	GNA	GA	GNA	GA	GNA	GA	GNA
L'accueil aux urgences (p=0.7, n=1067/1155)	419 (66.6)	280 (63.9)	197 (31.3)	148 (33.8)	13 (2.1)	10 (2.3)	629 (100)	438 (100)
Les compétences (p=0.2, n=1024/1155)	394 (64.8)	252 (60.6)	207 (34.0)	154 (37.0)	7 (1.2)	10 (2.4)	608 (100)	416 (100)
Explications / Réponses (p=0.6, n=1026/1155)	362 (60.0)	243 (57.4)	215 (35.7)	157 (37.1)	26 (4.3)	23 (5.4)	603 (100)	423 (100)
Soins / Examens réalisés (p=0.1, n=1009/1155)	363 (61.2)	234 (56.3)	213 (35.9)	163 (39.2)	17 (2.9)	19 (4.6)	593 (100)	416 (100)
Environnement de soins (p=0.3, n=1018/1155)	311 (51.8)	200 (47.8)	258 (43.0)	189 (45.2)	31 (5.2)	29 (6.9)	600 (100)	418 (100)

(total= nombre de réponses à l'item/1155)

De façon significative, le groupe A était plus souvent très satisfait du délai d'attente avant la prise en charge médicale ainsi que de la durée totale de la consultation que le groupe NA qui lui était plus souvent insatisfait.

	Très satisfait (%)		Satisfait (%)		Moyennement satisfait (%)		Insatisfait (%)		Total (%)	
	GA	GNA	GA	GNA	GA	GNA	GA	GNA	GA	GNA
Délai avant prise en charge (p<0.001, n=1052/1155)	210 (33.9)	103 (23.8)	192 (31.0)	141 (32.6)	137 (22.1)	104 (24.0)	80 (12.9)	85 (19.6)	619 (100)	433 (100)
Durée totale de PEC (p=0.007, n=1033/1155)	195 (32.1)	100 (23.5)	209 (34.4)	158 (37.1)	139 (22.9)	102 (23.9)	64 (10.5)	66 (15.5)	607 (100)	426 (100)

DISCUSSION

DISCUSSION

1) METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET SES LIMITES

Ce travail a été réalisé sur 2 périodes de 2 semaines consécutives, l'une en période épidémique hivernale, l'autre en dehors afin de limiter certains biais, notamment dans la fréquence des pathologies traitées. Nous avons réalisé la 2^e période d'étude courant juin, où il est noté de façon habituelle une récurrence de certaines maladies (rhino, gastro-entérites) pouvant biaiser les résultats, mais une seconde période d'analyse plus tardive aurait été marquée par un autre biais de recrutement, qui est la proportion plus importante d'enfants en vacances et donc sans médecin référent, ce qui explique notre choix.

Le questionnaire a été distribué par le personnel paramédical à l'accueil, ceci a posé 2 problèmes principaux. Le premier est que, lors des pics d'affluence, la gestion du problème médical est logiquement passée avant l'enquête et certains parents ne se sont pas vus proposer le questionnaire, notamment le soir. Deuxième point, en fin de période, l'équipe paramédicale a montré une lassitude vis-à-vis de la distribution du questionnaire, principalement le dernier week-end du recueil de juin.

De même, les patients dont l'état de santé imposait une prise en charge immédiate n'ont pas reçu de questionnaire, le problème médical étant prioritaire.

Le questionnaire était rempli sur la base du volontariat, distribué à tous pour une meilleure représentativité de la population. Cependant, les parents étaient seuls pour le remplir, aussi les personnes maîtrisant mal le français n'ont peut-être pas répondu, nous privant ainsi de données concernant cette population.

Un certain nombre de parents n'ont pas rempli le verso de la première page du questionnaire concernant le problème médical, peut être parce qu'ils ne l'ont pas vu. Lors de la phase de test du questionnaire, ceci n'avait pas été le cas, ne nous permettant pas de prévoir ce phénomène. Par ailleurs, il a été remarqué que certains parents remplissaient la partie satisfaction avant la consultation médicale proprement dite, faussant les résultats de satisfaction sur les soins, examens, explications et délais d'attentes. Un moyen d'éviter ce biais aurait été de distribuer le questionnaire en fin de consultation, au risque d'un plus faible taux de réponses, les parents étant souvent pressés de rentrer à domicile après leur visite.

2) CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET MEDICALES DES CONSULTANTS DES URGENCES PEDIATRIQUES

Cette étude nous a permis dans un premier temps d'établir un « profil » des consultants des urgences pédiatriques du CHRU de Brest, tant sur le plan socio-démographique que sur les pathologies les amenant à consulter et les étapes de leur prise en charge.

2.1) Données socio-démographiques

En ce qui concerne le sexe des enfants, notre étude est représentative de la population globale avec 55.4% de garçons et 44.6% de filles. En effet le recensement 2008 trouvait 51.3% de garçons et 48.7% de filles dans la population des 0-14 ans, et ceci est également retrouvé dans de nombreuses études (13-16).

L'âge moyen de notre population d'étude était de 6.4 ans avec 21.2% d'enfants de moins de 2 ans. Cette répartition est différente de celle de la population du Finistère, puisque selon l'INSEE en 2008, les enfants de moins de 6 ans représentaient 39.3% des enfants de 0 à 14 ans, et les enfants de moins de 2 ans 12.8% (13).

Pourtant nos données correspondent à celles recueillies dans d'autres études (14, 17). Certaines, en région parisienne, ont trouvé une proportion plus importante d'enfants de moins de 6 ans allant jusqu'à 75%. Les habitudes de consultations n'étant pas les mêmes en province, ceci peut expliquer le plus faible taux dans notre étude (15, 18, 19). Une enquête confirmait que concernant les nourrissons de moins de 1 an, le nombre de recours aux urgences est 3 fois plus important que pour les autres classes d'âge (16).

Ce fort taux de consultations pour les enfants en bas âge peut s'expliquer par la plus forte proportion de maladies infantiles les touchant et leur plus grande vulnérabilité face à certaines affections (gastro-entérites, bronchiolites). Les messages d'informations délivrés par les professionnels de santé ou les médias insistent sur la fragilité des nourrissons, les rendant plus sujets aux complications, leurs parents consultent donc plus rapidement après le début des symptômes que pour un grand enfant. Une étude réalisée en ville et en milieu hospitalier, montre bien que le phénomène n'est pas lié à une plus grande attractivité des urgences pour ces jeunes enfants, puisque la moyenne d'âge des enfants vus en libéral était la même (14).

De plus, pour ces jeunes enfants, l'inquiétude exprimée par les parents est plus grande. En effet, avant cet âge les enfants ne peuvent exprimer leur plainte, dire ce qui ne va pas. L'examen médical complet est le seul moyen qu'ont ces parents d'obtenir une explication aux pleurs ou autres troubles présentés par leur nourrisson, et ainsi d'être rassurés.

La répartition des parents selon les catégories socioprofessionnelles (CSP) est représentative de la population finistérienne. Dans notre étude, les mères étaient le plus souvent employées (45%) et les pères employés (31%) ou ouvriers (29%). En adaptant les données de l'INSEE à la population susceptible de venir consulter aux urgences pédiatriques pour l'un de ses enfants (soustraction des retraités), la différence que l'on peut noter est une plus faible proportion d'employés tant chez les femmes que chez les hommes au niveau du Finistère et une proportion plus élevée de personnes (hommes et femmes) sans activité. Les autres CSP sont représentées de façon similaire (13).

On peut expliquer cette différence par le fait que nos résultats étaient déclaratifs, sans vérification secondaire.

Les parents amenant leur enfant aux urgences avaient un niveau d'éducation élevé puisque 47% des mères et 41% des pères avaient fait des études supérieures (\geq Bac +2) et 95% avaient fait des études dans le secondaire. Ces résultats sont équivalents à ceux obtenus au cours d'une étude réalisée à Bicêtre qui trouvait 30% des mères ayant fait des études supérieures et 37% des pères, seuls 5.3% des mères et 3.8% des pères n'avaient aucun diplôme (19). En comparaison avec les données de l'INSEE notre population avait un niveau d'études plus élevé que la population du Finistère. En analysant la population âgée de 20 à 54 ans du département, on trouve 36.5% des femmes ayant fait des études supérieures et 27.2% des hommes, la proportion de femmes ou d'hommes n'ayant pas de diplôme ou un CAP/BEP y est plus importante (13). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les adultes jeunes ont fait plus d'études que leurs aînés et que cette population arrive à l'âge d'être parents. Nous ne pouvons pas dire si ces parents au niveau d'études élevé sont plus attirés par l'hôpital que par la médecine libérale en l'absence de données dans la littérature sur ce point, mais il semble qu'ils soient plus demandeurs de soins techniques et d'avis spécialisés (19).

Les enfants de notre étude avaient une bonne insertion dans le milieu médical. En effet, la grande majorité des enfants avait un médecin référent (97.9%), il s'agissait le plus souvent d'un médecin généraliste, et celui-ci était l'interlocuteur privilégié par les parents lorsque l'enfant était malade (84.5%).

Selon les études 96% à 98% des enfants ont un suivi par un généraliste, un pédiatre ou les 2 (15, 20).

En l'absence de consensus concernant le nombre de passages définissant le recours itératif, nous avons fixé ce seuil de façon arbitraire à 3 consultations sur les 12 derniers mois. Dans notre étude, 17% des enfants ayant un médecin référent pouvaient être considérés comme des consultants itératifs, 8% sinon.

Ces données ne se retrouvent pas dans d'autres études où l'hôpital apparaît comme un lieu de consultations régulier pour 35 à 36% des patients (18, 21). Mais ces travaux ont été réalisés en région parisienne où le suivi des enfants y est différent, avec 25 à 39% d'entre eux pris en charge par la PMI qui a pour vocation le suivi et la surveillance médicale sans activité thérapeutique. Lorsqu'un problème aigu survient, ces patients sont donc plus à risque de consulter aux urgences.

On constate donc que ces recours aux urgences ne sont pas le reflet d'une exclusion du système de soins en libéral, puisque la grande majorité des consultants n'utilise pas le service des urgences comme un substitut permanent de médecin libéral. Le choix de consulter aux urgences est ici l'expression d'une recherche de soins, dans certaines situations, que les usagers estiment comme relevant de l'hôpital. Nous aurions pu pousser notre recherche par l'analyse de la couverture sociale des patients, puisque certaines études mettent en évidence un nombre plus élevé de recours aux urgences pour des consultations simples concernant les patients bénéficiant de la CMU (22). Cependant cette notion est sujette à controverse et d'autres études n'ont trouvé aucune différence (15, 21).

2.2) Pathologies et motivations à l'origine de la consultation

La consultation concernait un problème traumatologique ou orthopédique dans 41.6% des cas (motifs déclarés par les parents incluant les traumatismes crâniens, 47% lors du diagnostic médical final), la fièvre était le motif médical le plus souvent cité.

Cette répartition entre pathologies médicales et traumatologiques est équivalente à celle retrouvée dans une autre étude qui dénombrait 30% de pathologie accidentelle parmi les consultants (17) ainsi que dans une étude américaine qui trouvait 30 à 40 % de consultations pour de la traumatologie (23). Différentes études ont également retrouvé une proportion de pathologies médicales plus importante pour les nourrissons et jeunes enfants, tandis que les pathologies traumatologiques concernaient les enfants plus âgés (16, 20).

La majorité des patients étaient des consultants spontanés (83.6%) en premier ou deuxième recours. Lorsqu'ils étaient adressés, ils l'étaient plus souvent pour des pathologies médicales. Ces résultats sont plutôt dans les valeurs hautes par rapport aux données françaises. Seule une étude datant de 1997 trouvait des proportions aussi élevées avec 85% de consultants spontanés et 15% d'adressés (18). Les autres résultats montraient plus souvent un taux de recours spontané entre 60 et 70% (15, 24) avec quelques modulations en fonction de la pathologie (71% de recours spontanés pour la traumatologie et 51% pour les pathologies médicales) (24). Il ne s'agit pas d'un phénomène limité aux urgences pédiatriques, puisque ce taux de recours spontanés est similaire pour les urgences adultes (20, 25).

On peut rapprocher de cette analyse la fréquence des recours en première intention qui dans notre étude concernaient 57.1% des patients, lesquels souffraient de pathologies traumatologiques pour 89.2% des cas. Les taux de recours en première intention dans les différentes études analysées étaient variables, ceux-ci allant de 80% à 47% (17, 24).

Nous pouvons donc constater que malgré un très fort taux de patients ayant un médecin référent, les services d'urgences font office de lieu de consultation ponctuel, prenant en charge les soins non programmés plutôt d'ordre traumatologique, ceci pouvant s'expliquer par un manque de solutions adaptées à ces pathologies en libéral. La pathologie traumatologique est considérée par les parents comme ne relevant pas d'une prise en charge par le médecin traitant, ils ne cherchent donc pas à prendre son avis et consultent d'emblée au service des urgences (23). La meilleure prise en charge en milieu hospitalier, dont la présence du plateau technique, est un des facteurs prédominants du recours direct retrouvé dans de nombreuses études, 24 à 63% des cas (14, 20, 21). Chez l'adulte, il en est de même avec 45.3% des patients citant ce motif dans le choix de leur consultation (25). Ce comportement de la part des parents est loin d'être irrationnel, puisque effectivement, la prise en charge de certaines pathologies traumatologiques en libéral est compliquée. Pour ce qui est des plaies, on comprend aisément que suturer une plaie chez un enfant apeuré qui bouge rend le geste extrêmement difficile. Pour les traumatismes, les radiographies peuvent bien sûr être réalisées en ville mais très peu de médecins effectuent encore des actes d'immobilisation au décours si besoin. Pourtant, tous les traumatismes ne nécessitent pas de bilan radiologique. Un traumatisme crânien ou un traumatisme nasal par exemple, ne nécessitent en général pas d'autre examen initial qu'un examen clinique accessible en libéral.

Concernant les pathologies médicales, là encore le comportement des parents est finalement cohérent quand on prend en compte leur raisonnement et leur besoin de réassurance. La

notion de gravité du problème reflète leur angoisse et se retrouve de façon équivalente de 19 à 32% selon les études. Elle est plus importante pour les nourrissons de moins de 1 an ne pouvant exprimer leur plainte verbalement (14, 20, 23). On retrouve ici la notion d'inquiétude éprouvée par les parents devant un problème de santé pour lequel ils ne sentent pas en mesure de discerner si il est urgent ou non et pourrait donc attendre une consultation libérale différée (14, 23). Le service sert alors de porte d'accès à une consultation pédiatrique spécialisée avec une prise en charge complète qui les rassure (19).

51% des patients ayant eu une consultation médicale préalable en libéral consultaient aux urgences, selon leur dire, sur conseil d'un médecin. Ce taux se rapproche de celui trouvé dans une autre étude, dans laquelle 41% des parents de nourrissons de moins de 1 an disaient venir aux urgences sur avis du médecin (20). Même si une partie des parents qui déclaraient venir sur le conseil du médecin ne l'était peut-être pas, il semble que beaucoup de praticiens préconisent aux parents de consulter aux urgences en cas d'aggravation sans en préciser les critères. De plus, lorsqu'ils sont rappelés par les parents en raison d'une inquiétude sur l'évolution, ces derniers conseillent facilement de se rendre aux urgences sans réexaminer leurs patients. Or, une certaine proportion d'entre eux n'aurait sans doute pas eu besoin d'être admis aux urgences.

Ceci témoigne d'un manque d'informations sur la durée habituelle d'évolution de la maladie en cours.

Le rôle du médecin généraliste est prédominant dans la délivrance de ces informations. Il est essentiel de rassurer les parents sur leur capacité à évaluer l'état de santé de leur enfant, en leur donnant les moyens de le faire. Informer qu'une fièvre peut persister 1 ou 2 jours après le début du traitement sans qu'il y ait besoin de reconsulter, ou qu'un grand enfant souffrant d'une otite peut attendre le lendemain pour être examiné à condition de lui donner un antalgique de type paracétamol, permettrait d'éviter à ces patients des heures d'attente dans le service des urgences. D'ailleurs, une étude réalisée en 2008 sur l'attitude des parents suite à un traumatisme crânien chez les enfants de moins de 6 ans, montrait qu'après information sur la conduite à tenir, en fonction de certains critères de gravité, les informations étaient comprises par les parents qui adoptaient une démarche adaptée à la situation (26).

Ces informations pourraient faire l'objet de plaquettes informatives ou de spots télévisés, développés avec l'aide des sociétés savantes et promus par l'état (campagne INPES), ou encore être incorporées dans le carnet de santé de l'enfant, au même titre que les conseils alimentaires et les conseils sur la prise en charge de la fièvre. Des fiches conseils sur les

pathologies spécifiques pourraient également être associées aux ordonnances, mais tous ces supports ne seront efficaces que si le médecin traitant s'implique dans leurs diffusions et leurs explications orales et, bien que chronophages, ces actions permettraient peut-être une meilleure utilisation du système de soins.

La proportion de pathologies aiguës (\neq maladie chronique) était de 93% parmi les consultants de notre étude, et le délai entre l'apparition des signes et la consultation était en général très court. Il y a peu de données dans la littérature concernant le délai écoulé entre l'apparition des symptômes et la consultation médicale chez l'enfant. Dans une étude réalisée sur une population pédiatrique, consultant de façon spontanée aux urgences pour des problèmes d'ordre médical, 50% des consultations avaient lieu dans les 48h premières heures d'évolution (19). D'autres études, effectuées sur une population médicochirurgicale de tous âges, trouvaient un taux de consultations très précoces plus élevé, de 64% de consultations ayant lieu dans la demi journée à 87% dans les 24h (20, 25). Dans notre étude, le taux de consultations précoces est plus intermédiaire et met probablement en évidence la part importante de la traumatologie à l'origine de nos résultats.

Nous constatons donc un besoin rapide de consultation et dans les motifs cités de recours aux urgences on retrouve souvent l'impossibilité de consultation dans la journée en libéral. Cette notion se retrouve de façon assez variable selon les études, cela concerne 3 à 23% des enfants. Selon ces mêmes études, 25 à 33% des parents d'enfants ont tenté de joindre le médecin avant de consulter, on peut donc supposer qu'ils n'ont soit pas pu le joindre, soit pas eu de rendez vous suite à ce contact (14, 20, 21, 23). Ceci soulève un problème de plus en plus fréquent, qui est l'absence de planning de consultation sans rendez-vous. Un moyen de répondre à ces demandes de soins non programmés serait de réserver des créneaux de rendez-vous étalés dans la journée pour les prendre en charge, mais cela ne semble pas être la solution retenue par la plupart de nos confrères et nous n'avons pas d'explication à cela si ce n'est que l'organisation personnelle est plus complexe.

Une autre explication du recours aux urgences est la technicité de l'hôpital, les usagers se sentent rassurés par les possibilités d'examen complémentaires, la présence des spécialistes et des services d'hospitalisation, même si leurs cas ne justifient pas qu'on y ait recours. Cela leur procure un sentiment de sécurité, en cas d'aggravation, tout est sur place, ils seront donc pris en charge de la meilleure façon possible. Cette idée nous fait évoquer l'importance des liens ville-hôpital qui mériteraient d'être renforcés de façon bilatérale, par exemple, en

permettant l'obtention d'avis spécialisés rapidement (téléphonique ou consultation). Une expérience est actuellement en cours au sein du CHRU notamment en endocrinologie avec un accès téléphonique direct pour le médecin traitant et ceci semble concluant. On pourrait alors espérer que les patients se tournent en première intention vers leur praticien habituel qui les orienterait de façon adéquate si nécessaire. De même lorsque les patients sont dirigés vers le service des urgences, le courrier du médecin traitant paraît primordial. Dans notre étude, nous avons constaté que beaucoup de patients disaient venir sur le conseil du médecin mais ceux-ci venaient sans courrier. Ceci est dommageable car elle prive les soignants d'informations importantes sur l'histoire de la maladie, son évolution, les traitements déjà instaurés, d'éventuels autres problèmes de santé, le carnet de santé n'étant pas toujours présenté.

2.3) Facteurs intervenant dans la décision de recours aux urgences

La proximité de l'hôpital en fait un lieu de consultation attrayant pour la population. La moitié des consultants de notre étude habitait dans un rayon de 10km autour de l'hôpital. Dans un autre travail, 77% des consultants provenaient des communes limitrophes (18), et une étude réalisée à Poitiers montrait que 79% des consultants habitaient dans un rayon de 40km et 55% à moins de 20km (15). Dans une autre enquête ce motif était cité par 47% des consultants des urgences tous âges confondus (20). De plus, selon une autre étude, la proximité serait un facteur de consultations itératives (22).

Pour la population urbaine, malgré une offre de soins en libéral bien fournie (médecins généralistes, pédiatres, SOS médecins), la proximité, l'absence de contrainte horaire et la technicité du lieu rendent les urgences très intéressantes. À partir de 40 km, la probabilité que les patients viennent consulter sur Brest est plus faible, ce que confirment nos résultats, et concerne plus souvent des patients adressés par un médecin ou transférés par un autre centre hospitalier. Le choix d'une consultation spontanée est ralenti dès lors que la distance à parcourir est grande, une plus grande confiance en la structure explique probablement leur choix le cas échéant.

Dans notre étude, près de la moitié des consultations a eu lieu sur les horaires de garde en semaine et le week-end. Pourtant, la population analysée avait une très bonne connaissance du système de permanence des soins en ambulatoire (88.4 %). Peu de travaux ont cherché à évaluer cette notion, une étude a montré que 20% des patients ne savaient pas s'il existait un

médecin de garde sur leur secteur et que 9% ne savaient pas comment faire pour avoir le numéro du médecin de garde (20).

Il ne semble donc pas, au vu de nos résultats, que le recours aux urgences soit le fait de lacunes concernant la connaissance d'autres solutions de soins mais peut-être d'un manque d'accessibilité à ces solutions. Ceci peut avoir plusieurs explications. D'une part, l'organisation de la prise en charge des urgences faisant suite à la circulaire du 16 avril 2003 du ministère de la santé et au décret n°2003-800, qui ont requis la centralisation des appels de permanence des soins au niveau du centre 15 (5, 6), que se soit pour la prise en charge des urgences vitales ou pour des demandes de soins non programmés relevant de la médecine générale. Or, dans la population, nombreuses sont les personnes qui ne connaissent pas cette utilisation du 15, ce numéro fait plus référence aux urgences vitales dans la pensée commune et beaucoup de personnes n'osent pas y faire appel de peur de déranger ou de s'adresser au mauvais endroit (9, 10). Un autre phénomène pouvant expliquer leur recours aux urgences, bien qu'ils sachent comment faire pour prendre contact avec le médecin de garde, est la saturation de la régulation du 15. Un taux de 5% des appels au 15 se terminant par un abandon a été noté dans certains cas, les patients se dirigent alors vers les urgences faute d'autre interlocuteur (8-10). On peut également noter les difficultés à organiser les tableaux de garde pour les médecins généralistes et la faible proportion de médecins effectuant une garde complète, de plus, la politique actuelle est de privilégier le recours aux urgences en nuit profonde (minuit-8h), en raison d'un coût plus élevé de la permanence des soins sur ces horaires (1, 8-10). Des campagnes d'informations sur l'utilisation du 15 pourraient peut-être permettre d'améliorer les pratiques des usagers. Le médecin régulateur pourrait ainsi rassurer une partie des patients et éviter des consultations immédiates. Pour ce qui est de la permanence des soins, de nouvelles propositions d'organisation sont en cours d'évaluation.

Si la méconnaissance du système de soins n'explique pas le recours aux urgences pendant les heures non ouvrables, l'attachement des parents à cette structure non plus. En effet, si une réorientation vers une structure type maison médicale ou consultation médicale était possible, 80% des consultants l'auraient acceptée. Même si l'on peut se demander quelle serait cette proportion si cette possibilité existait réellement, ceci est en accord avec un rapport d'évaluation concernant l'hôpital Robert Debré où 92% des patients à qui il était proposé une réorientation l'avaient acceptée (27). Les motifs de refus étaient plus d'ordre financier, en lien avec une population dont la couverture sociale est probablement différente de celle de notre

étude, dans laquelle c'est l'absence de plateau technique et le manque de confiance dans une structure inconnue qui sont cités.

Les parents ne semblent pas avoir développés de lien particulier avec le service des urgences, ceci montre l'évolution des mentalités chez les adultes jeunes. Ils ne cherchent pas à établir une relation de confiance avec le milieu médical, mais plus une solution immédiate à leur problème, ce qui est corroboré par la proportion très importante de consultants spontanés bien qu'ils aient quasiment tous un médecin référent. Une des solutions au désengorgement des urgences serait de réorienter les patients qui pourraient l'être. Les résultats de notre étude nous ont montré que 40% des patients qui ont consulté aux urgences sur la période d'analyse, auraient pu être pris en charge en médecine ambulatoire sans perte de chance sur le plan médical.

On peut donc envisager que la création d'une filière de prise en charge de la petite traumatologie et de pathologies médicales légères, au sein même de l'unité des urgences, avec une salle d'attente et une salle de soins réservées, un médecin désigné (ou interne), assisté par exemple par un externe, sans besoin paramédical ou très faible, permettrait de réaliser des consultations plus rapides pour les patients concernés. Ceci est en accord avec les recommandations de la société française de la médecine d'urgence de 2004, qui indiquait qu'une organisation en circuit léger et circuit lourd semblait plus adaptée à la médecine d'urgence que la traditionnelle séparation traumatologie/non traumatologie (28). Mais la structure en place actuellement à Brest ne permet pas cette organisation.

Par contre pour la traumatologie, la possibilité d'une prescription anticipée de radiologie soit par une IDE préalablement formée soit par un étudiant assigné à cette fonction en cas d'afflux majeur pourrait être la solution.

Pour la médecine, la création d'une consultation médicale au sein même de l'établissement pourrait être envisagée, comme cela a été fait à l'hôpital Robert Debré. Depuis 2003, une consultation médicale y est assurée par des médecins généralistes, les week-ends pendant les périodes épidémiques. Cette solution a permis de rediriger 40% des consultants se présentant aux urgences (27). Ceci implique une participation du service des urgences sur le plan administratif et sur le plan paramédical, puisque les enfants y sont dirigés en fonction de l'évaluation de l'IOA. En effet elle aurait pour rôle, assistée si besoin d'un médecin, de définir la nécessité éventuelle d'examen complémentaires, et son tri intégrerait cette notion pour l'orientation du patient vers la consultation médicale ou vers les urgences.

2.4) La notion d'urgence

Les parents sont, pour la plupart, à même d'évaluer la gravité de l'état de santé leur enfant, car bien qu'ils aient tendance à la surestimer, seuls 27% d'entre eux jugeaient le problème très urgent, la plupart moyennement urgent. Les situations ressenties très urgentes étaient plus fréquemment jugées urgentes par l'IOA et le médecin.

Ces données sont retrouvées dans la littérature avec 30% des consultants considérant leur problème comme vital (25). Une autre étude trouvait un degré d'urgence ressenti par les parents et le médecin identique pour les recours justifiés (18).

Concernant l'évaluation de la gravité, le niveau de tri IOA était de 4 ou 5 pour 87.8% des patients, soit une proportion très élevée de consultations ne relevant pas l'urgence (au sens médical du terme) ce qui est corrélé à des classifications CCMU 1 ou 2 dans ces cas. Même s'il faut pondérer nos résultats concernant la CCMU, en raison d'un biais de sélection (les patients les plus urgents étant exclus de l'analyse), les résultats trouvés dans la littérature concordent avec nos données, avec 6 à 10% d'urgences vitales et 20 à 41% de consultations simples (14, 15, 17, 18). Aux Etats Unis, une étude montrait que 50% des consultations étaient estimées non urgentes par le médecin du service (29). Chez les adultes la répartition se fait dans les mêmes proportions, et chez les enfants et les jeunes le taux de patients classés CCMU 3 est estimé à moins de 5% (16).

Le devenir des patients nous informe également sur le niveau de gravité de ces consultants. 91.2% des patients rentraient à domicile après leur consultation. Les statistiques médicales concernant le taux habituel d'hospitalisation, pour le service des urgences pédiatriques de Brest, font état d'environ 15 à 16% d'hospitalisation sur les dernières années (12). Par rapport aux données de la littérature, le taux d'hospitalisation dans notre étude est plus faible, en effet un taux de 10 à 20% est souvent retrouvé (14-18). L'exclusion de notre étude des patients urgents, plus souvent hospitalisés, ainsi que la probabilité de non restitution du questionnaire pour les patients hospitalisés, peut expliquer le plus faible taux observé. D'ailleurs, le taux réel d'hospitalisation pour la période d'étude était de 14.8%.

En dehors des situations où l'urgence est identifiée de la même façon par les 2 parties, nous retrouvons bien ici le hiatus dans la définition de l'urgence entre les soignants et les soignés. Les différentes évolutions du rôle des services d'urgences en est bien la preuve et notre étude confirme la définition actuelle qu'en ont les usagers. Il s'agit pour eux d'un lieu de consultation, prenant en charge toutes pathologies aiguës et brutales et permettant une réponse rapide et technique à leur problème. L'urgence se trouve dans la rapidité à diagnostiquer et

traiter leur plainte. La notion de gravité n'entre pas en jeu dans leur représentation, ce qui est responsable d'une incompréhension mutuelle avec le personnel soignant rendant parfois la gestion de certaines situations conflictuelle. Ce comportement leur a souvent valu d'être considérés comme des individus consuméristes des services d'urgences (15, 18, 30), alors qu'il semble qu'ils soient plus en quête d'une prise en charge qu'ils n'ont pu obtenir en ville.

Contrairement à d'autres études, nous n'avons pas trouvé de variation du niveau de gravité ressenti par les parents selon le jour ou l'heure de la consultation (14, 21). Par contre, le niveau de tri IOA était plus élevé sur les heures de garde. Ceci peut être expliqué par le fait qu'en 1^{ère} partie de notre étude, l'accueil et le tri des patients lors des gardes étaient réalisés par un cadre infirmier dont ce n'était pas le rôle et qui n'avait pas reçu la formation nécessaire. Une certaine anxiété, due à la peur de l'erreur, entraînait un sur-classement dans le niveau de tri. A l'heure actuelle, ce sont des infirmières ayant reçu une formation IOA identique aux infirmières de jour qui assurent cette fonction, aussi avec l'expérience ces fluctuations s'atténuent fortement.

2.5) Horaires et déroulement de la consultation

Les résultats de l'étude montrent que 48.2% des consultations avaient lieu sur les heures de garde, essentiellement en début de nuit et le week-end. La définition des horaires de garde peut être discutable, nous avons en effet choisi d'y inclure les patients ayant consultés de 19h le soir à 9h le lendemain matin. Ceci ne correspond pas à la réalité des heures de garde en libéral qui sont de 20h à 8h, ni à celles des gardes en milieu hospitalier (18h30 à 8h30), mais correspond aux horaires de fermeture de la plupart des cabinets en libéral. De même, l'ensemble du week-end a été inclus dans ces horaires de garde, le samedi matin n'étant pas toujours ouvert par les médecins libéraux. Les parents n'ont alors pas d'autre alternative que de faire appel au système de permanence des soins.

Nous trouvons les mêmes proportions de consultations en heures non ouvrables dans d'autres études allant de 49 à 52% (16, 17, 25). Il s'avère que les parents consultant en heures de gardes étaient plus souvent des parents actifs. Pour ceux-ci la vie familiale vient s'imbriquer dans leur vie professionnelle, et après leur journée de travail, ils doivent gérer le problème de santé de leur enfant. Or, souvent en fin de journée, les cabinets libéraux n'ont plus de place de consultation ou sont fermés. Les parents se trouvent alors devant la possibilité d'attendre le

lendemain pour avoir le rendez-vous, au détriment de leur travail, ou alors de consulter aux urgences ouvertes 24h/24.

Concernant leur prise en charge, 33% des patients étaient vus par un médecin en moins d'une heure et quittaient les urgences en moins de 2 heures et 70% des patients étaient examinés en moins de 2h et quittaient le service en moins de 3h. Comparé à d'autres travaux, le délai de prise en charge par le médecin est beaucoup plus long dans le notre. Une étude trouvait 76% de patients examinés en moins de 60 min, et 55% qui quittaient le service en moins de 2h (20). Une autre trouvait 33% d'enfants dont la prise en charge totale était inférieure à 1h et 90% inférieure à 3h (18).

Trois choses peuvent expliquer ces plus mauvais résultats. La première est liée à la méthode de l'étude elle-même, puisque les patients dont l'état nécessitait une prise en charge immédiate étaient exclus de cette analyse. De même, les patients pris en charge rapidement parce que le contexte le permettait, n'ont peut être pas eu le temps de remplir le questionnaire et l'absence de ces patients tire nos résultats vers le bas. Deuxième point, la durée d'attente a été calculée entre heure d'arrivée et heure de prise en charge médicale = heure à laquelle le médecin s'identifie dans le dossier informatique. Il s'avère qu'en pratique l'identification se fait au mieux au décours de l'examen clinique, au pire au moment de clôturer le dossier, allongeant de ce fait le délai d'attente. Une alerte existe pourtant pour le médecin dès qu'il entre dans le dossier informatique, mais celle-ci n'est pas bloquante et suppose qu'il y accède. Une évolution du paramétrage ne changerait donc probablement rien à cet écueil, seule une sensibilisation des professionnels permettrait une amélioration. Troisièmement, notre étude a eu lieu dans un établissement universitaire, lieu de formation des étudiants en médecine, ces étudiants (externes) examinent les enfants en premier, mais cet examen n'est pas considéré comme le début de la prise en charge médicale et ce n'est que lorsque le médecin s'identifie que celle-ci débute. Il n'est ainsi pas rare que pour des patients triés en niveau 3, le médecin évalue rapidement la situation et si aucun soin n'est à faire immédiatement, laisse l'externe faire la première observation, il ne s'identifiera qu'ensuite dans le dossier.

Nous avons remarqué que les patients souffrant de problèmes médicaux étaient examinés plus vite, mais restaient plus longtemps dans le service. Nous avons deux explications potentielles, puisque nous avons mis en évidence l'impact des examens complémentaires et de l'hospitalisation.

Nous avons effectivement constaté que la réalisation d'examens complémentaires rallongeait la durée totale de prise en charge. En particulier, les bilans biologiques qui entraînaient des durées totales de prises en charge dépassant 3h pour plus de la moitié des patients concernés, alors que le nombre de ces examens restait limité puisqu'il ne concernait que 13% de la population étudiée. Nous sommes d'ailleurs dans la moyenne concernant l'ensemble des prescriptions d'examens complémentaires par rapport aux autres données de la littérature (16, 18, 24). La décentralisation du laboratoire biologique sur le site de la Cavale Blanche, en plus du délai implicite de réalisation des analyses, est probablement en cause dans ces délais. Ceci est connu de l'institution puisque des mesures ont été mises en place pour les urgences vitales et que plusieurs audits ont été réalisés afin de définir des actions d'amélioration. Pour les autres patients, qui représentaient en fait la majorité de la population concernée, ces délais étaient encore très longs dépassant souvent les 2 heures. Une solution à envisager serait d'acquérir des automates permettant de faire les analyses les plus courantes, au sein du pôle, mais cela pose le problème de la formation des professionnels habilités à les utiliser et de la maintenance des appareils.

Concernant les hospitalisations, la durée totale de prise en charge dans notre étude était plus longue. Ceci est en lien avec la nécessité de soins plus importants, mais il est probable qu'une part de ces délais soit imputable aux difficultés d'admission dans les unités d'hospitalisation, notamment en période épidémique. Ce phénomène est connu dans la prise en charge des patients (1, 9, 16) qui, même si beaucoup plus court chez l'enfant que chez l'adulte, se rajoute à la durée de prise en charge. L'ensemble des patients hospitalisés pendant les 2 périodes étudiées n'ayant pas répondu au questionnaire et la décision d'hospitalisation étant souvent renseignée tardivement dans les dossiers, nous n'avons pas poussé l'étude pour obtenir le délai avant l'admission du patient, mais ce serait une piste à étudier pour confirmer cette hypothèse et pouvoir mener des actions d'amélioration le cas échéant.

Le service des urgences ne dispose pas actuellement d'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée), pourtant il remplit les critères pour qu'une telle unité soit ouverte, ce qui réglerait en partie ce problème (31).

Ainsi les patients justifiant d'une simple observation, comme la surveillance de traumatisés crâniens, ou de crises d'asthme modérées répondant bien aux aérosols mais pour lesquels quelques heures d'observation sont nécessaires, pourraient y être rapidement admis. En effet, actuellement ces patients sont soit hospitalisés, diminuant le nombre de lits disponibles pour les hospitalisations conventionnelles, soit gardés aux urgences ce qui bloque une salle

d'examen pendant plusieurs heures et entrave la gestion des flux, sans considérer la perte financière liée à ce fonctionnement.

Même s'il est vrai que la création d'une telle unité est soumise à des recommandations précises, notamment sur sa localisation par rapport aux urgences, et que la configuration actuelle du service complique cette démarche, le bénéfice apporté serait à prendre en considération dans les futurs projets de l'établissement.

2.6) Satisfaction de la population vis-à-vis du service des urgences

Les patients consultants aux urgences étaient globalement satisfaits de leur prise en charge aux urgences, de l'accueil reçu, des compétences du personnel, des explications/réponses apportées, des soins/examens réalisés et de l'environnement de soins. Par contre, ils étaient souvent peu satisfaits du délai avant la prise en charge médicale et de la durée totale de la consultation, en particulier pour les pathologies traumatologiques pour lesquelles les délais constatés étaient effectivement plus longs.

La proportion de patients très satisfaits dans notre étude est légèrement inférieure à celle retrouvée dans une autre dans laquelle 66% se disaient très satisfaits, par contre, pour les niveaux faibles de satisfaction les données sont équivalentes (20). Cette étude, réalisée sur une population pédiatrique et adulte, précisait que les patients jeunes avaient en général un niveau de satisfaction plus faible (20), cette population jeune se trouve être celle qui consulte aux urgences pédiatriques pour ses enfants. Nous pouvons probablement expliquer de ce fait notre plus faible proportion de parents très satisfaits, ceux-ci étant plus exigeants que leurs aînés.

Dans cette étude également la satisfaction concernant le temps d'attente était variable. 45% des patients trouvaient la durée totale de passage excessive, 33% jugeaient excessif le temps d'attente, soit pour voir l'IOA, soit pour voir le médecin et ce taux passait à 70% lorsque les délais réels étaient de 20 minutes pour l'IOA et 1h pour le médecin. La satisfaction globale variait de ce fait avec les temps d'attente et les délais d'attente étaient le motif principal de mécontentement (20).

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, au vu de l'importance de la technicité de l'hôpital aux yeux des usagers, la réalisation d'examens complémentaires n'a pas eu d'impact sur le niveau de satisfaction contrairement aux données retrouvées dans la littérature (20). Cette discordance met en lumière deux explications possibles. L'évolution des mentalités des usagers qui recherchent de plus en plus des soins de pointe, en quantité et obtenus rapidement. La réalisation de ces actes n'est donc pas perçue pour eux comme le fruit d'une réflexion

médicale, mais plutôt comme un « dû » par les médecins. C'est un acte normal parce que disponible et parce qu'ils l'ont demandé, leur satisfaction n'en est donc pas augmentée. Le recours aux examens complémentaires augmentant le temps global de la prise en charge ceci aboutit à un sentiment d'insatisfaction globale même si le reste des étapes s'est bien passé.

Nous avons donné la possibilité aux parents de laisser des commentaires libres en fin de questionnaire et nous avons recueillis plusieurs remarques concernant les salles d'attentes. Ces remarques sont importantes à souligner car, bien que les locaux soient plutôt récents, certaines actions pourraient être entreprises pour améliorer leur confort. Par exemple des parties supérieures de fenêtres oscillo-battantes, des stores plus performants, une climatisation et une zone de repos où les patients pourraient s'allonger.

Un autre point soulevé était celui de la confidentialité (qualité de l'accueil administratif et commentaires du personnel soignant audibles de la salle d'attente) qui mériterait d'être pris en compte.

Le manque d'informations sur les étapes de la prise en charge posait aussi question alors que des mesures simples telles que des affiches permettraient d'expliquer l'ordre de prise en charge des enfants. Une indication des délais d'attente potentiels, en fonction de la charge de travail en temps réel, pourrait également être mise en place comme cela a été fait à Landerneau.

Enfin, le manque de places de parking était un autre point soulevé par les patients, ce problème est récurrent et d'autant plus important que de nouveaux bâtiments se construisent et réduisent les capacités. Un nombre de places réservées aux usagers des urgences pédiatriques devrait améliorer ce travers, afin d'éviter aux parents de tourner 20 à 30 minutes dans l'enceinte de l'hôpital et de finalement devoir porter leur enfant depuis un point opposé au service, mais sous condition d'une régulation par le passage fréquent des agents de sécurité.

3) CARACTERISTIQUES DES PATIENTS POUVANT RELEVER DE LA MEDECINE GENERALE

Dans notre étude nous avons volontairement extrait la part de la population qui aurait probablement pu être prise en charge en libéral sans perte de chance (groupe NA) afin de l'analyser. Ce groupe représentait 40.8% de la population globale. Nous avons constaté que finalement il existait peu de différences concernant les données socio-démographiques. Les patients du groupe NA étaient un peu plus âgés, leurs parents avaient un niveau d'études un peu plus faible mais restant au dessus du niveau recensé par l'INSEE (13). Il est intéressant de noter que les enfants n'étaient pas plus des consultants itératifs, ils ne considéraient donc pas l'hôpital comme une source de soins ambulatoires, comme cela a pu être trouvé dans d'autres études (21).

Très peu de travaux ont été consacrés à l'étude de ces patients, nous n'avons donc que peu d'éléments de comparaison. Une étude qualitative réalisée dans des services d'urgences adultes a étudié les patients relevant de la médecine générale sur les critères de sélection CCMU 1 et 2. Cette étude estimait à 33% le taux de consultations relevant de la médecine ambulatoire. Elle a également trouvé que la population concernée était jeune et bien instruite, 54% des patients avaient le niveau bac, et 82.8% avaient un médecin traitant déclaré (30).

Une autre étude réalisée aux urgences pédiatriques en région parisienne, ayant étudié les caractéristiques des patients ayant ou non un recours justifié, a estimé à 50% le taux de consultations justifiées, là encore la comparaison est à faire avec prudence car la définition des recours justifiés et les critères d'inclusion sont différents (21).

Le groupe NA consultait plus souvent pour des pathologies traumatologiques ou orthopédiques (64.3%) et avaient plus souvent un recours en 1^{ère} intention aux urgences (70.4%) que les autres (48.3%). Les parents du groupe NA considéraient plus souvent la situation comme moyennement ou non urgente et surtout lorsqu'ils souffraient de problèmes traumatologiques.

Pour des recours en 1^{ère} intention, les consultations étaient plus souvent justifiées par un sentiment de meilleure prise en charge aux urgences (32%), expliqué par la présence d'un plateau technique, et par l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous en libéral dans la journée (23%). Lorsqu'il s'agissait d'un recours en 2^e intention, les motivations étaient plus

souvent l'aggravation des signes (30.8%), le conseil du médecin de consulter aux urgences (30.1%) et un traitement semblant inefficace (21.8%).

Une étude retrouvait les mêmes justificatifs pour des adultes relevant de la médecine générale, 43.1% citaient comme motifs les prestations offertes par les services (plateau technique, compétence médicale), 35.6% citaient la douleur et 29.9% l'angoisse, déclenchant un besoin de consultation rapide et de réassurance, 24.1% citaient les difficultés d'accès aux soins ambulatoires et 19% citaient l'échec des prises en charge antérieures (30). Une autre étude qualitative américaine trouvait les mêmes motifs de recours aux urgences pédiatriques pour des enfants classés non urgents par l'infirmière. À savoir, une impossibilité à avoir un rendez-vous ou un avis avec le médecin traitant, une consultation à la demande du médecin traitant et un choix en raison des avantages liés à la structure (rapidité, compétence, technicité, sans rendez-vous) (32).

On constate que les motifs cités par les parents du groupe NA sont les mêmes que ceux cités par la population globale, mais ils le sont de manière plus importante (14, 15, 18, 19, 23-25) avec notamment la traumatologie, dont la problématique a déjà été évoquée antérieurement avec pour solution un circuit plus rapide grâce à la prescription anticipée de la radiologie si besoin. Pour les pathologies médicales de ce groupe, un centre de consultations médicales, au sein de l'établissement, permettrait certainement une réponse adaptée puisque cela diminuerait les délais de prise en charge qui sont les principales raisons de mécontentement, mais cette organisation n'est pas de notre ressort.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de décrire et d'analyser le comportement des usagers des urgences et leur prise en charge.

Nous avons constaté un nombre non négligeable de recours non adaptés à la structure en rapport avec une inadéquation entre l'offre du système libéral et les exigences des parents. Ces derniers sont facilement inquiets par manque de connaissances pour évaluer les besoins médicaux de leurs enfants. Une réflexion sur l'implication des médecins traitants et des campagnes d'éducation est à mener afin de mieux les guider dans leur recours aux soins.

La problématique de la traumatologie s'envisage difficilement ailleurs qu'aux urgences mais nécessite des aménagements en terme de circuit.

Enfin l'amélioration globale des délais de prise en charge implique une réorganisation pour la biologie et encourage à la création d'une UHCD.

ANNEXES

Niveaux de tri	I	II	III	IV	V
Délai prise en charge IDE	immédiate	immédiate	30 minutes	60 minutes	120 minutes
Délai prise en charge médicale	immédiate	15 minutes	30 minutes	60 minutes	120 minutes
Installation	SAUV = Déchoquage	Chirurgie ou médecine	Chirurgie ou médecine	Chirurgie ou médecine	Chirurgie ou médecine
RESPIRATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> -Apnée ou compromis des voies respiratoires -Détresse Respiratoire Aiguë -Traumatisme thoracique avec détresse respiratoire -Allergie avec signes respiratoires <p><i>SpO₂ ≤ 85 % AA, sueurs, signes de lutte majeurs</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -CE avec détresse respi -Détresse respiratoire modérée Traumatisme thoracique -Décompensation aiguë d'une Ins.Respi.Chronique -Crise d'asthme aiguë sévère -Inhalation substance toxique -Réaction Allergique Sévère sans Etat de Choc <p><i>SpO₂ ≤ 92 % AA, Difficultés d'élocution, polypnée signes de lutte marqués, ou < 3 mois</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Traumatisme thoracique, EVA-EVN = 4 – 6 -Détresse respi Modérée -Douleur thoracique non traumatique, sans état de choc, EVA-EVN indifférentes -Aspiration CE avec toux sans Détresse respi <p><i>SpO₂ ≤ 94 % AA, Signes de lutte visibles, retentissement alimentaire</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Traumatisme thoracique, EVA-EVN < 4 -Gêne respiratoire -Aspiration possible d'un CE sans détresse respi 	<ul style="list-style-type: none"> Gêne respiratoire en rapport avec irritation de la gorge sans dyspnée, toux sans dyspnée, rhinite...
NEUROLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> -Traumatisme crânien majeur -Coma aréactif ou Glasgow ≤ 8 -Altération de la conscience, propos inadaptés ou incohérents -Etat de Mal Convulsif Convulsions actives, mouvements anormaux persistants, 	<ul style="list-style-type: none"> -Coma Réactif, Glasgow > 8 -TC avec trouble de la Conscience Déficit Neurologique ou Troubles de Conscience -Céphalées avec EVA-EVN ≥ 8 	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome méningé, - Fontanelle bombée - TC mineur, <i>Glasgow < 15, conscience altérée</i> - Céphalées EVA-EN = 4- 6 - Patient ayant convulsé sans trouble de la conscience 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme Crânien mineur, <i>conscience normale, sans vomissement, Glasgow 15</i> - Céphalées, EVA-EVN <4, chroniques 	

	-Déficit moteur localisé, réponse motrice insuffisante,				
CARDIOVASCULAIRE	-Etat de mort apparente -Arrêt Cardiorespiratoire -Etat de choc ou hypotension -Anaphylaxie -Trouble du rythme avec malaise -Hémorragie ou exsanguination -Douleur Thoracique + Hypotension et/ou Etat de Choc et/ou gêne respi	-Tachycardie importante -Bradycardie -Déshydratation sévère -Hémorragie majeure non contrôlée	Tachycardie Déshydratation Hémorragie mineure non contrôlée - Douleur thoracique sans Etat de Choc		
MUSCULO SQUELETTIQUE ET CUTANE	-Traumatisme sévère -Amputation traumatique d'une extrémité -Brûlures sévères (>30% de la surface corporelle ou atteinte des voies respiratoires) - Atteinte sévère due au froid ou hypothermie	-Traumatisme violent (AVP, vélo, cheval, grande hauteur...) -Trauma de membre avec déformation majeure et/ou trouble neurovasculaire et moteur -Brûlures < 1 an, surface > 10% (face, cou, périnée (OGE) ou thorax, ou avec fièvre >38°C) Plaies avec saignement pulsatile, saignement persistant malgré compression, avec écrasement de membres, avec section quasi circonférentielle Traumatisme rachis avec déficit neuro Cheveu étrangleur avec signes ischémie	Torticolis traumatique Trauma du rachis sans déficit neuro Fracture probable sans atteinte neurovasculaire et /ou motrice Plâtre trop serré avec trouble neurovasculaire Douleur articulaire et fièvre Brûlure : 2 ^e degré < 10% 3 ^e < 5% Cellulite, lymphangite, abcès fébrile Lacérations complexes Cheveu étrangleur sans signe ischémie	Traumatisme modéré des membres ou du rachis dorso-lombaire Douleur Dorso Lombar sans traumatisme, EVA-EVN <4 Boiterie ou pb articulaire fébrile Œdème d'une extrémité Plaie mineure Cellulite locale, infections cutanées non fébriles - Brûlure mineure	Traumatisme mineur, boiterie sans fièvre Problème sous plâtre Lésions cutanées superficielles, éruptions non purpuriques Contusion Brûlure superficielle (1 ^{er} degré)
INFECTIEUX	- Purpura Fébrile - Etat de Choc <i>marbrures, tachycardie, oligurie, TRC>3 sec, teint grisâtre, geignements</i>	- Hyperthermie sur Terrains particuliers : immunodéprimés, drépanocytose, mucoviscidose, fièvre chez < 1 mois	- Hyperthermie avec frissons patient non immunodéprimé ou < 3 mois - Torticolis fébrile - Problème de cordon	Hyperthermie < 1 an , tolérance moyenne	Hyperthermie bien tolérée enfant > 1 an

<p>GASTRO-INTESTINAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Hémorragie Digestive haute ou basse avec signes de choc -Troubles digestifs avec déshydratation sévère -Difficultés à avaler avec détresse respiratoire -Traumatisme abdominal pénétrant ou contendant avec signes de choc 	<ul style="list-style-type: none"> -Hernie avec pleurs et/ou vomissements et/ou douleur -Vomissements sanglants, bilieux ou fécaloïdes. -Douleur Abdominale sans Etat de Choc, EVA-EVN \geq 7 - Suspicion Invagination intestinale aiguë - Hémorragie digestive (rectorragie, hématomèse) - Douleur abdominale avec changement de coloration ou signes vitaux anormaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur Abdominale ou pelvienne, EVA-EVN = 4 – 6, traumatique ou non - Vomissements et/ou diarrhées avec signes de déshydratation - Syndrome Occlusif 	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur Abdominale Aiguë, EVA-EVN < 4 - Vomissements et/ou Diarrhées, sans Arrêt du Transit 	<ul style="list-style-type: none"> - Hernie non compliquée - Douleur abdominale chronique, troubles du transit chronique (constipation, diarrhées, régurgitations...)
<p>HEMATO ONCO IMMUNO</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'hémostase - Hémophilie sévère - Willebrand sévère - Crise Drépanocytaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Ictère moins de 1 mois - Hémophilie modérée - Willebrand modéré - Réaction allergique modérée 	<ul style="list-style-type: none"> -Accident d'Exposition à Liquide Biologique - Réaction Allergique Cutanée non généralisée 	<p>- Ictère</p>
<p>ENDOCRINOLOGIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diabète état de conscience altérée 	<ul style="list-style-type: none"> -Découverte ou décompensation d'un diabète Hypothermie < 35°C 	<p>Hyperglycémie ou hypoglycémie chez un diabétique</p>		
<p>OPHTALMO ORL</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Lésion Oculaire (Agent Physique ou Produit Chimique) -Epistaxis non contrôlée - Hémorragie post amygdalectomie ou adénoïdectomie 	<ul style="list-style-type: none"> - Brusque changement de la vision - CE nasal causant douleur ou risque d'aspiration CE dans oreille - Epistaxis Hémorragie post amygdalectomie contrôlée - Plaie perforante du palais - Inflammation péri-orbitaire + fièvre Perte de l'audition (brutale) 	<ul style="list-style-type: none"> - CE de la cornée/abrasion Croûtes, adhérences, sécrétions Oculaires 	<ul style="list-style-type: none"> conjonctivite Otalgie, saignement de nez stoppé, Douleur dentaire adénopathies sans torticolis

PSYCHIATRIE COMPORTEMENT	- Absence de réaction	- Intoxication médicamenteuse trouble de la conscience - Etat d'Agitation Extrême - Risque élevé pour lui-même et pour autrui	- IMV sans trouble - Risque modéré pour lui-même ou autrui - Comportement dérangent ou patient en détresse - Nourrisson inconsolable - Nourrisson refusant de s'alimenter	- Risque faible pour lui-même et autrui - Dépression - Enfant irritable mais consolable - Pleurs < 3 mois	- Troubles du comportement sans agitation
MALTRAITANCE	- Situation instable ou conflictuelle	Histoire de risque connu Enfant > 7jours	-Agression physique -Agression sexuelle < à 48 h	-Signes ou histoire de violence familiale -Personne victime de violence, sans signes cliniques de gravité (agression, négligence, abus...)	
GENITO URINAIRE		- Douleur testiculaire aigue (<6h) (trauma ou non) - Rétention urinaire> 24h - Paraphimosis, priapisme	- Douleur testiculaire aigue (> 6h) ou modérée (trauma ou non) -Masse inguinale avec douleur -Rétention urinaire> 8h	- Hématurie non traumatique sans HTA - Trauma scrotal	
GYNECOLOGIQUE	Hémorragie d'origine gynécologique avec signes vitaux anormaux	Hémorragie d'origine Gynécologique sévère signes vitaux normaux	- Hémorragie d'origine gynéco modérée		- Menstruations douloureuses
DOULEUR		- Douleur avec EVA-EN ≥ 6 sans possibilité d'agir dès l'IOA	- Douleur avec EVA-EVN = 4 - 6	- Douleur légère EVA - EN : 1-3	

ANNEXE 2 : Questionnaire destiné aux parents

Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest :
Ressenti des patients et analyse de la part relevant de la médecine libérale.
Etude sur 2 périodes réparties sur l'année 2011

Questionnaire destiné aux parents :

Les données de la question 1.a. seront supprimées lors de l'analyse des dossiers pour assurer la confidentialité des réponses.

Renseignements administratifs :

1. a. Nom, prénom de l'enfant : _____ b. Sexe : F / M
2. a. Date de naissance de l'enfant : / / b. Rang dans la fratrie : ... sur ...
3. Distance entre le logement et l'hôpital (en Km) : (entourez la bonne proposition)
 - a. Moins de 10 km
 - b. Entre 10 et 40 km
 - c. Plus de 40 km
4. Lien de parenté de l'adulte accompagnateur :
5. Horaires de travail du (des) parent(s) accompagnateur(s) : (entourez la bonne proposition)
 - a. Sans emploi / Arrêt temporaire d'activité
 - b. Compris entre 8h00 et 17h30
 - c. Début avant 8h00 et/ou fin après 17h30
6. Professions des parents :
 - a. Mère :
 - b. Père :
7. Diplôme **le plus élevé** obtenu par les parents : (entourez **la** bonne proposition pour chaque)
 - a. Mère : Aucun diplôme
BEPC, brevet des collèges
CAP / BEP
Baccalauréat / brevet professionnel
Etudes supérieures (>ou= bac+2)
 - b. Père : Aucun diplôme
BEPC, brevet des collèges
CAP / BEP
Baccalauréat / brevet professionnel
Etudes supérieures (>ou= bac +2)
8. Quel médecin consultez-vous le plus souvent pour votre enfant ? (**un seul** choix possible)
 - a. Médecin généraliste
 - b. Pédiatre
 - c. SOS médecins
 - d. PMI
 - e. Autre (précisez) :

Problème médical :

9. Motif(s) de consultation : (entourez **1 ou 2** choix maximum)

- a. Fièvre
- b. Troubles digestifs
- c. Troubles respiratoires
- d. Pathologie ORL
- e. Troubles du comportement
- f. Plaie(s)/ traumatisme
- g. Traumatisme crânien
- h. Autre (précisez) :.....

10. Urgence ressentie du problème :

- a. Très urgent
- b. Moyennement urgent
- c. Non urgent

11. S'agit-il d'une maladie pour laquelle votre enfant est suivi de façon chronique ? (évoluant depuis plusieurs mois ou années)

- a. Oui
- b. Non

☞ Si oui passez à la question 13

12. Durée d'évolution du problème :

- a. Moins de 24 heures
- b. Entre 24 et 48 heures
- c. Plus de 48 heures

13. Avez-vous consulté un médecin depuis le début des signes ?

- a. Oui
- b. Non

☞ Si non passez à la question 15

14. Vous avez déjà consulté un médecin pour ce problème, vous consultez aux urgences car (entourez **la** principale raison) :

- a. Traitement inefficace
- b. Aggravation des signes
- c. Rechute
- d. Consultation aux urgences conseillée par le médecin
- e. Soins et/ou examens proposés par le médecin non suffisants selon vous
- f. Autre (précisez) :.....

☞ Passez à la question 16

15. Vous n'avez pas consulté de médecin avant de venir aux urgences, pouvez vous en préciser la raison (entourez **la** principale raison) :

- a. Vous n'avez pas de médecin traitant
- b. Médecin non joignable ou n'ayant pas de créneau de consultation dans la journée
- c. Vous êtes de passage
- d. Meilleure prise en charge à l'hôpital (examens complémentaires)
- e. Présence d'un pédiatre
- f. Hôpital conseillé par le médecin, ou par le 15, par téléphone
- g. Situation ressentie comme trop grave pour attendre
- h. Autre (précisez) :.....

16. Connaissez-vous une de ces autres possibilités d'accès aux soins ? (plusieurs réponses possibles)
- Association des gardes médicales brestoises (14 à 20h le samedi ; 8 à 14h et 14 à 20h le dimanche)
 - SOS médecins (réalisant des visites à domicile la nuit en semaine et week-end)
 - Médecin de garde (de 18h30 à 23h ou 8h30 le lendemain matin)
 - Aucune
17. Si le problème de santé de votre enfant avait été évalué comme non urgent par un professionnel de santé à l'accueil des urgences, auriez vous accepté d'être réorienté vers une maison médicale de garde ou une consultation médicale en dehors des urgences ?
- Oui
 - Non
18. Si NON, pouvez vous en préciser la principale raison (**un seul** choix possible) :
- Avance des frais
 - Pas de spécialiste
 - Pas de possibilité d'examens complémentaires
 - Manque de confiance car structure inconnue
 - Nécessité d'un moyen de transport
 - Autre (précisez) :.....

Fin de la consultation (partie à remplir à la fin de la consultation)

19. **Globalement** quelle est votre satisfaction concernant la prise en charge réalisée aux urgences ?
- Très satisfait
 - Satisfait
 - Moyennement satisfait
 - Insatisfait

20. Comment qualifieriez-vous :

	Très bon	Bon	Moyen	Non satisfaisant
L'accueil aux urgences				
Les compétences du personnel soignant				
Les explications et/ou réponses apportées				
Les soins prodigués/examens réalisés				
L'environnement de soins				
Le délai d'attente avant la prise en charge				
Le délai global de la prise en charge				

TSVP

21. Quel(s) point(s) serai(en)t à améliorer dans la prise en charge ? (commentaires libres)

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 3 : Données recueillies dans le dossier patient informatique

Points à faire ressortir dans le dossier patient informatique

Nom, prénom:..... Date de naissance : /.... /....

Heure d'arrivéeh.... de prise en chargeh.... de départh....

Date : /.... / 2011. Jour de la semaine : Lu, Ma, Me, Je, Ve, Sa, Di

Existence d'un médecin traitant : **OUI** : Med Ge, Ped, les 2 ; **NON**

Nombre de passages antérieurs aux urgences dans l'année :

Examens complémentaires : **OUI** : radio, bilan sang, écho, TDM, BU/ECBU, autre

NON

Tri IOA (couleur vignette) : 1-rouge, 2-orange, 3-bleu, 4-vert, 5-mauve

Diagnostic médical :

Codage CCMU : 1, 2, 3, 4, 5

Orientation à la suite de la consultation : retour à domicile, hospitalisation, réorienté vers médecin traitant, RDV avec spécialiste

ANNEXE 4 : Fiche d'information remise aux parents

Lettre d'information concernant le questionnaire d'étude du recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest.

Madame, Monsieur,

Vous venez de recevoir un questionnaire à votre arrivée aux urgences, voici quelques explications concernant ce document.

Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques en France augmente de façon régulière depuis plusieurs années et ce malgré les réformes de la permanence des soins. Ceci a pour conséquences un engorgement des services et une augmentation des temps d'attente.

Une étude est réalisée aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest afin de recueillir différentes informations permettant l'analyse du parcours de soins des patients, l'objectif étant de mettre en évidence des éléments pouvant améliorer la prise en charge globale de vos enfants.

Le questionnaire comprend plusieurs items repartis en 3 classes, la première portant sur les renseignements administratifs et sociaux généraux ; la deuxième sur le problème médical de votre enfant, objet de la consultation actuelle et la troisième sur votre appréciation de la prise en charge globale de votre enfant.

La première question contient l'identité de votre enfant dans le but de récupérer d'autres informations contenues dans le dossier informatique (jour, heure d'arrivée et de départ, réalisation d'examen complémentaires...) afin de vous épargner des questions supplémentaires. L'anonymat sera ensuite rétabli pour l'analyse des réponses.

Cette étude entre dans le cadre d'un travail de thèse en médecine générale mené sur l'année 2011.

Je vous remercie pour le temps que vous accorderez à ce document.

GUEGUEN Marie Josée
Interne en médecine générale

ANNEXE 5 : Classification Clinique des Malades des Urgences **(CCMU)**

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

REFERENCES

REFERENCES

- 1- Les urgences médicales : constats et évolution récente. *Rapport public annuel de la Cour des Comptes*, Février 2007, p 313-47.
- 2- Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passages. *DREES*, N°524, septembre 2006.
- 3- Le panorama des établissements de santé 2010. La médecine d'urgence. *DREES*, collection *Etudes et Statistiques*, p 100-1.
- 4- Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis à Mr Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le 22 janvier 2003.
- 5- Circulaire du 16 avril 2003 n°195/DHOS/01/2003 relative à la prise en charge des urgences.
- 6- Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. *JORF* n°214 du 16 septembre 2003. Dernière consultation le 31 janvier 2012 sur www.legifrance.fr.
- 7- Décret n°2005-328 du 07 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. *JORF* n°82 du 8 avril 2005. Dernière consultation le 31 janvier 2012 sur www.legifrance.fr.
- 8- Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. *Rapport de l'IGAS n°2006 029 et de l'IGA n°06-007-02*, mars 2006.

- 9- Rapport d'information N°3672 sur la prise en charge des urgences médicales. *Commission des affaires culturelles, familiales, et sociales*. Enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 07 février 2007.
- 10- Grall JY. Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. août 2007.
- 11- Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. *JORF* n°0163 du 17 juillet 2010. Version consolidée au 18 juillet 2010. Dernière consultation le 31 janvier 2012 sur www.legifrance.fr.
- 12- Direction de l'analyse de gestion – CHU de Brest. Statistiques des urgences pédiatriques de 2002 et 2008.
- 13- INSEE. Résultats du recensement de la population 2008. Département du Finistère, tableaux POP T3, POP G2, FOR T1, FOR2, FAM T4. Dernière consultation le 31/01/12 au www.recensement.insee.fr.
- 14- Stagnara J, Vermont J, Duquesne A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées - enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Arch Pédiatr* 2004;11(2):108-14.
- 15- Berthier M, Martin-Robin C. Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. *Arch Pédiatr* 2003;10(suppl1):S61-3.
- 16- Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *DREES*, N°212, janvier 2003.
- 17- Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné ». *Arch Pédiatr* 1997;4:21-6.

- 18- Jeandidier B, Dollon C, Laborde H et al. Le faux débat des fausses urgences. *Arch Pédiatr* 1999;6(suppl2):S464-6.
- 19- Veyre A. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques : étude prospective menée pendant l'hiver 2006 au CHU du Kremlin-Bicêtre. Thèse D Med, Paris 7, 2009;35.
- 20- Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *DREES*, N°215, janvier 2003.
- 21- Gauthier A. Motivations et parcours des parents consultant aux urgences pédiatriques - résultats d'une enquête à l'hôpital Louis Mourier en 2007. Thèse D Med, Paris 12, 2008.
- 22- Maugein L, Lambert M, Richer O et al. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Arch Pédiatr* 2011;18:128-34.
- 23- Stanley R, Zimmerman J, Hashikawa C, Clark S. Appropriateness of children's nonurgent visits to selected Michigan emergency departments. *Pediatr Emerg Care* 2007;23(8):532-6.
- 24- Martinot A, Boscher C, Roustit C et al. Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? *Arch Pédiatr* 1999;6(suppl2):S461-3.
- 25- Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé publique* 2004;16:63-74.
- 26- Stagnara J, Racle B, Vermont J et al. Information et éducation des familles des enfants en situation d'urgence : suivi d'intervention. Evaluation de la compréhension du message. Table Ronde. *Arch Pédiatr* 2010;17:856-7.
- 27- Evaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, et recommandations pour les réseaux d'urgence ville hôpital à Paris et en Seine-Saint-Denis. *Rapport de l'IGAS* n°2004-103, juillet 2004.

- 28- SFMU. Architecture des services d'urgence. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Version du 16/07/04. Dernière consultation le 31/01/12.
http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/recom_sfm_archi_service_urg.pdf
- 29- Zimmer KP, Walker A, Minkovitz CS. Epidemiology of pediatric emergency department use at an urban medical center. *Pediatr Emerg Care* 2005;21(2):84-9.
- 30- Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I et al. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. *JEUR* 2007;20(1)(suppl) :138.
- 31- Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G et al. Recommandations de la société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences. *JEUR* 2001;14:144-52.
- 32- Berry A, Brousseau D, Brotanek JM and al. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambulatory Pediatrics* 2008;8:360-7.

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur *L. De Paucan*

Titre de la thèse *Recours aux urgences pédiatriques*
..... *du CHRU de Brest : Analyse des*
..... *compartements des usagers et de leur prise en*
..... *charge. Axes d'amélioration.*

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI...

NON...

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

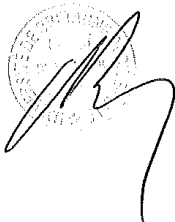
M^{me} *GILQUEN - TOBIE Marie-Josée*

Fait à BREST, le *14 02 2012*

VISA du Doyen de la faculté

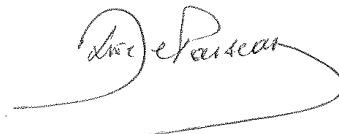
A BREST, le *15/02/2012*

Le Doyen,



A circular official stamp of the University of Brest is partially visible behind the signature.

Le Président du Jury de Thèse,



GUEGUEN TOBIE Marie Josée – Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest : Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. 99 f., 92 tabl., 8 graph., 5 ann. Th. : Méd. : Brest 2012

RESUME : Nous avons étudié les caractéristiques des enfants ayant recours aux urgences pédiatriques ainsi que les étapes de leur prise en charge au cours d'une enquête prospective réalisée sur 2 périodes de deux semaines. Nous avons utilisé un questionnaire pour les parents et complété les données à l'aide du dossier informatique.

1156 dossiers ont été inclus. La moyenne d'âge était de 6.4 ans. 97.9% d'entre eux avaient un médecin référent. 83.6% consultaient spontanément. 41.6% consultaient pour un problème traumatologique. Les motifs invoqués étaient : le sentiment de meilleure prise en charge à l'hôpital, l'indisponibilité du médecin libéral, la gravité ressentie de la situation et le conseil du médecin. 48.2% ont consulté pendant les horaires de garde. La durée totale de la prise en charge était supérieure à 3h pour 31.2% des patients, en raison de l'attente avant examen pour la traumatologie et du délai d'attente des résultats biologiques pour la médecine. 8.8% ont été hospitalisés. 93% des consultants étaient satisfaits de la consultation.

Nous avons ensuite comparé 2 groupes définis arbitrairement sur la notion de recours adapté (A) ou non (NA) aux urgences. Le groupe NA se démarque par la proportion de traumatologie qui mériterait un circuit particulier et de consultations médicales bénignes relevant du secteur libéral sous réserve de l'accessibilité de celui-ci.

Les axes d'amélioration, pour la gestion du flux des urgences, concernent en partie l'éducation des parents et l'offre de soins en libéral. L'autre concerne le milieu intra-hospitalier qui doit régler le problème de la biologie et réfléchir à la création de lits d'UHCD.

MOTS CLES :

URGENCES PEDIATRIQUES
MOTIFS CONSULTATION
PRISE EN CHARGE
SATISFACTION

JURY :

Président : Pr L. de PARSCAU DU PLESSIX

Membres : Pr E. L'HER
Pr J-Y. LE RESTE
Dr L. ABALEA

DATE DE SOUTENANCE :

15 mars 2012

ADRESSE DE L'AUTEUR :

Keroumen
29420 PLOUVORN