



HAL
open science

Impact d'un avis médical initial sur la gravité et la trajectoire de soin des enfants aux urgences pédiatriques de Périgueux

Julie Scandella

► To cite this version:

Julie Scandella. Impact d'un avis médical initial sur la gravité et la trajectoire de soin des enfants aux urgences pédiatriques de Périgueux. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01202587

HAL Id: dumas-01202587

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01202587>

Submitted on 21 Sep 2015

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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

N° 97

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Julie Scandella

Née le 26 janvier 1987 à Beauvais

Le 10 septembre 2015

Titre de la thèse

**Impact d'un avis médical initial
sur la gravité et la trajectoire de soin des enfants aux urgences pédiatriques
de Périgueux.**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Laurent Pradeaux

Jury

Monsieur le Professeur Yves Perel, Président

Monsieur le Professeur Pascal Barat

Monsieur le Professeur Gérard Ducos

Monsieur le Docteur Stéphane Debelleix

REMERCIEMENTS

Au président du jury de thèse,

Monsieur le Professeur Yves Perel,

Pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury de thèse,

Monsieur le Professeur Gérard Ducos,

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Pascal Barat,

Pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Stéphane Debelleix,

Mon grand cousin, tu me fais l'honneur de participer à ce jury de thèse. Sois assuré de toute ma reconnaissance et mon amitié.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Laurent Pradeaux,

Mon grand chef et ami. À votre précieux accompagnement. À votre confiance, votre sympathie et votre belle philosophie.

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

Aux Christines, à Sylvie et Christelle, les secrétaires de pédiatrie, pour votre sympathie et précieux travail de collecte et classement des dossiers.

À Nadine, pour le travail statistique que tu as fait pour moi.

À Tom, pour avoir été mon traducteur et correcteur de talent.

À tous les médecins qui m'ont transmis la passion de ce métier.

À Victor. Mon maître et ami. Merci pour l'idée du sujet. Merci de m'avoir ouvert de nouveaux horizons et de m'avoir fait découvrir une approche de la médecine humaine et bienveillante.

Au Dr Touche, Dr Boffety, Dr Jarnier (alias Dr Adamsberg), Dr Lataste, pour vos regards tendres et différents.

À l'ensemble du personnel hospitalier que j'ai eu la chance de côtoyer.

À Agnès, Koukouyou et Angélique.

À mes parents. Les seuls vrais responsables de mon cas. Toujours présents et aimants. Vos encouragements et soutiens m'ont toujours permis d'avancer. Merci Papa pour la collecte des données et ta relecture.

À Romain. Un mange-brique hors norme. Pour ton amour et soutien sans faille. Pour tes relectures et corrections attentives. À nos moments passés et tous ceux à venir. À Bubulle.

À Mathieu, mon grand frère. À mon petit Émile. À Justine.

À Martin, mon petit frère. À Sylvie (merci pour la relecture).

À mes grands-parents.

À Zacharie. À Hanaé et Jérémie.

À Jean-Phi.

À mes tatas Chantal et Nicole.

À Carine, mon pélican forever, indispensable, à toute épreuve. À Jean-Marc. À Michou.

À mes amis Lise, Jadis, Paul, Eurydice, Alice, Cécile, Aline, Marie, Julia, Manel, Céline, JB, Nico, Elsa, Clément, Jean-Louis et les autres.

À Marcel Dadi.

Aux DSLZ.

Merci.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIÈRES

TITRE	1
REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES	5
TABLE DES ABRÉVIATIONS	8
I. INTRODUCTION	9
II. DONNÉES ACTUELLES	10
1. Historique des urgences hospitalières	10
2. Définition de l'urgence	11
3. Situation actuelle des services d'urgence	13
4. Démographie en Dordogne	15
5. Démographie médicale en Dordogne	17
5.1. Médecine générale	17
5.2. Pédiatrie	22
6. Urgences et médecine de ville	25
III. OBJECTIF ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	26
IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE	27
1. Type d'étude	27
2. Méthode	28
3. Variables étudiées	29
4. Analyse statistique	29
V. RÉSULTATS	30
1. Analyse par données	30
1.1. Répartition des enfants par tranche d'âge révolu	30
1.2. Territoires d'attractivité de l'hôpital	31
1.3. Répartition des enfants selon le temps de trajet entre le domicile et l'hôpital	32
1.4. Répartition des enfants selon le mode d'entrée	33
1.5. Répartition des enfants adressés et non adressés	33
1.6. Répartition des enfants selon la gravité	34
1.7. Répartition des enfants selon le mode de sortie	35
1.8. Répartition des enfants selon le motif d'entrée	36
1.9. Répartition des enfants selon les grands groupes de pathologies	36

2. Analyse par croisement de données entre les enfants adressés et non adressés	37
2.1. Gravité	37
2.2. Mode de sortie	38
2.3. Gravité chez ceux rentré à domicile	38
2.4. Temps de trajet	39
2.5. Quatre premiers motifs d'entrée	39
2.6. Groupes de pathologies	40
2.7. Âge	41
2.8. Récapitulatif	41
3. Autres croisements de données	42
3.1. Mode sortie en fonction de la gravité	42
3.2. Gravité selon le temps de trajet	43
3.3. Mode de sortie en fonction de l'âge	44
3.4. Gravité en fonction de l'âge	45
3.5. Temps de trajet en fonction de l'âge	46
3.6. Trois premiers motifs d'entrée en fonction de l'âge	46
3.7. Trois premiers groupes de pathologies en fonction de l'âge	46
VI. DISCUSSION	48
1. Méthodologie de l'étude et ses limites	48
2. Discussion des résultats	49
2.1. Âge	49
2.2. Territoire d'attractivité de l'hôpital et temps de trajet entre le domicile et l'hôpital	49
2.3. Mode d'entrée	50
2.4. Enfants adressés et non adressés	50
2.5. Gravité	51
2.6. Mode de sortie	52
2.7. Motifs d'entrée	52
2.8. Gravité et mode de sortie en fonction des enfants adressés et non adressés	53
2.8.1 Médecins libéraux adressant les enfants à l'hôpital	53
2.8.2 Consultations spontanées	56
a) <i>La mauvaise appréciation du degré d'urgence</i>	56
b) <i>La convenance personnelle</i>	57
c) <i>Le coût de la consultation</i>	58
d) <i>Les facteurs liés au médecin traitant</i>	58
e) <i>Les problèmes psychosociaux</i>	59
f) <i>La disponibilité du plateau technique</i>	60
g) <i>La méconnaissance du système de soin</i>	60
h) <i>La confiance en l'hôpital</i>	60
i) <i>Autres</i>	61

2.9. Motifs d'entrée en fonction des enfants adressés et non adressés	61
2.10. Groupes de pathologies en fonction des enfants adressés et non adressés	62
2.11. Temps de trajet en fonction des enfants adressés et non adressés et gravité selon le temps de trajet	62
2.12. Mode de sortie en fonction de l'âge	62
3. Solutions ?	63
3.1. Informations aux parents	63
3.2. Maisons de santé	64
3.3. Adaptation du système de soins	66
VII. OUVERTURE	66
VIII. CONCLUSION	71
IX. BIBLIOGRAPHIE	73
X. ANNEXES	78
Annexe 1 : Score CCMU et GEMSA	78
Annexe 2 : Questionnaire	79
Annexe 3 : Grille de tri pédiatrique	80
SERMENT D'HIPPOCRATE	82
TITRE ET RÉSUMÉ EN ANGLAIS	83
RÉSUMÉ EN FRANÇAIS	84

TABLE DES ABRÉVIATIONS

AT : Avis téléphonique

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CH : Centre hospitalier

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

GEMSA : Groupe d'études multicentriques des services d'accueil

IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation

MG : Médecin généraliste

ORL : Oto-rhino-laryngologie

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil des urgences

SATU : Service d'accueil et de traitement des urgences

SMUR : Service mobile d'urgence et réanimation

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

UP : Urgences pédiatriques

I. INTRODUCTION

Le médecin généraliste (MG), en tant que premier recours, joue un rôle prépondérant dans la prise en charge extrahospitalière des consultations non programmées des enfants, dites « urgentes ». Il évalue la gravité et le caractère réel ou ressenti de l'urgence, et met en place une conduite à tenir adaptée. Il utilise si besoin une structure spécialisée dans l'urgence pédiatrique.

Pour toute pathologie, son rôle est d'en expliquer l'évolution naturelle, les signes qui doivent amener les parents, soit à le consulter au cabinet, soit à consulter dans un service d'urgences.

Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années pour essayer de déterminer les raisons de l'engouement pour les services d'urgences pédiatriques (UP). Les causes sont multifactorielles et font que l'hôpital est souvent considéré aux yeux des parents comme un lieu de premier recours. Cela entraîne une augmentation considérable du nombre d'admissions directes, les enfants n'ayant pas été préalablement examinés par un MG ou par un pédiatre libéral. La perception de l'urgence est évidemment différente entre les parents et les médecins.

La Dordogne fait partie des départements de France métropolitaine où la densité en MG et pédiatres est la plus faible¹. Nous pouvons expliquer ceci en partie par des critères de choix d'installation de plus en plus personnels, avec une recherche d'un meilleur cadre de vie, des possibilités de carrière pour le conjoint et d'études pour les enfants.

Devant ces constats, nous nous sommes interrogés sur le parcours et les pathologies des enfants dans le service des UP du centre hospitalier (CH) de Périgueux.

L'objectif principal de l'étude a été d'analyser l'impact que pouvait avoir un avis médical initial sur la gravité et la trajectoire de soins des enfants aux urgences. Les objectifs secondaires ont été de déterminer le territoire d'attractivité de l'hôpital, les motifs de consultations et les diagnostics retenus les plus fréquents.

II. DONNÉES ACTUELLES

1. Historique des urgences hospitalières

« Si les urgences soignent des cas ordinaires, c'est qu'une longue histoire a fait naître dans les populations urbaines la perception d'une offre de soins rapides². »

L'origine historique des hôpitaux en France (et en Europe) prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société. Les premiers lieux d'accueil des malades furent, en effet, au Moyen Âge, les Hôtels Dieu situés à proximité des églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacrent aux soins aux malades. Il existait par ailleurs une volonté de mise à distance du cœur de la ville d'une population sans ressources que l'on isolait dans des établissements adaptés à leur situation sociale ou leurs maladies (les incurables, les victimes d'épidémies, les pauvres honteux...). La population hospitalière étant d'origine modeste, la notion de charité prévalait sur celle de droit aux soins.

1662 est une année importante : Louis XIV prend la décision de charger les villes de la gestion de leurs hôpitaux³.

Mais c'est seulement au XVIII^e siècle avec les débuts de la laïcisation, que la notion d'urgence entre à l'hôpital avec l'urbanisation et l'augmentation des blessés accidentels poussant les pouvoirs publics à faire appel à l'hôpital pour leur prise en charge. L'hôpital public se recentre sur les démunis qui, en plus de l'hospitalité, reçoivent des soins médicaux jusqu'en 1945⁴. Durant l'immédiat après-guerre, l'hôpital ouvre ses portes à tous pour soigner plutôt que pour héberger. Dans l'esprit populaire d'alors, l'hôpital public reste synonyme d'affections graves et de mort, « mieux vaut s'en tenir éloigné ».

Les services d'urgence se sont ainsi construits dans le second tiers du XX^e siècle. Ces services existent en tant que service public hospitalier depuis les années trente (première inauguration d'un service d'urgences hospitalier à Marmottant en 1936), mais se sont surtout développés après 1946. La première régence légale au service d'urgence en France est instaurée sous le régime de Vichy. En effet, de 1941 à 1943, une loi et un décret créent une obligation pour l'hôpital qui « doit comprendre un poste de secours comportant un poste de pansements, un matériel pour soins urgents et quelques chambres individuelles »⁵.

Avec la création de la Sécurité sociale (ordonnance du 4 et 19 octobre 1945) et la naissance du marché de la santé, la demande de soins en urgence n'a cessé d'augmenter. Devant cette demande, l'état commence à légiférer et la loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière¹ oblige le service public à accueillir toutes les urgences 24 h sur 24, 7 jours sur 7 :

« Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier ».

La circulaire DH.DGS-90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences introduit la notion d'urgence ressentie dans les missions d'accueil du service public hospitalier. La boîte de Pandore est ouverte, l'hôpital devient accessible à tous par la porte des urgences, la population se réapproprie l'hôpital et c'est l'offrande d'un espace qu'ils peuvent diriger. À la faveur des lois et décrets, la population redéfinit l'utilité des services d'urgence, la charité chrétienne fait place au droit à la santé⁷.

Différents rapports (sur la médicalisation des urgences de Steg en 1993⁸, rapport Barrier pour une amélioration des interventions préhospitalières en urgence en 1995, rapport Descours sur la permanence de soins en 2003⁹) énoncent les dysfonctionnements constatés et proposent des mesures d'amélioration.

Puis, plusieurs plans « urgences » se succèdent, corrigeant les défauts cités dans ces rapports sur les inégalités d'effectifs médicaux ou infirmiers, l'accessibilité à un plateau technique adapté, transformant les services d'urgence en unités de soins non programmés concentrant en un même lieu médecins spécialistes et plateaux techniques de haute performance⁷.

2. Définition de l'urgence

Littéralement, le mot urgence vient du latin « urgere » qui signifie « ce qui ne souffre pas de retardement ».

Aucun score n'a aujourd'hui pu être mis en place pour permettre au personnel paramédical d'accueil d'adresser en toute sécurité un patient vers une consultation de médecine générale, car définir ce qu'est une véritable urgence est difficile. Les urgentistes eux-mêmes ne sont pas d'accord sur cette définition.

Dans l'étude de Foldes SS. *et al.* réalisée en 1994¹⁰ dans un centre d'urgence américain, 219 observations de patients venus aux urgences étaient revues indépendamment par deux médecins. Leurs appréciations du caractère urgent de la consultation divergeaient littéralement. La définition de l'urgence variait selon leur idéologie, leur formation et leur expérience. Leur vision de l'urgence ne coïncidait pas non plus avec celles des patients ayant

consulté, elle-même dépendante de leur culture, de leur degré d'anxiété et de leur expérience de la douleur.

Dans son rapport en 1993, Steg tentait de clarifier la notion d'urgence en distinguant quatre niveaux⁸ :

- l'urgence vraie qui met en jeu le pronostic vital ou fonctionnel ;
- l'urgence ressentie qui vise un état morbide susceptible par son intensité ou sa soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié ;
- les soins de dispensaire définis comme des soins ambulatoires pouvant n'être que paramédicaux, mais ayant nécessité au moins un avis médical pour un syndrome morbide d'apparition soudaine et récente ;
- les passages non urgents qui visent les consultations externes, les activités programmées ou les problèmes sociaux.

Les auteurs du rapport soulignent que la notion « d'urgence ressentie » ne peut être constatée qu'a posteriori, après que le diagnostic soit posé. Mais aussi que le plus anodin des symptômes peut masquer le début d'un trouble grave.

L'urgence a été ensuite classée en quatre catégories :

- l'urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence ;
- l'urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital ;
- l'urgence relative : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital ;
- l'urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai¹¹.

De nombreux rapports ont enfin tenté de donner des éclairages à cette notion d'urgence avec notamment la mise en place de classifications scientifiques :

- La classification clinique des urgences (CCMU), retenue par les recommandations des sociétés savantes françaises pour le triage des patients à l'accueil des urgences par le personnel médical. Chaque patient est classé selon la gravité et l'évolutivité supposée de son état, ainsi que sur la présomption des soins nécessaires au Service d'accueil des urgences (SAU). Il s'agit d'un jugement médical dans lequel ni les antécédents du patient, ni le diagnostic ne sont pris en compte. Tous les patients doivent être classés à la fin de l'examen clinique initial, et éventuellement de l'électrocardiogramme, mais avant tout autre examen complémentaire. Les deux premières classes incluent les patients dont l'état est jugé stable à l'arrivée. La classe II se différenciant de la classe I par la nécessité d'examen

complémentaires ou d'actes thérapeutiques. Les trois autres classes incluent les malades dont l'état est jugé susceptible de s'aggraver à tout moment (III), ou dont le pronostic vital est engagé (IV et V). Cette classification est reproductible¹², de réalisation rapide dès le premier examen médical, et très utile pour la description du recrutement des services. Les consommations de soins sont en effet très différentes selon les groupes^{13,14}.

- La classification du groupe d'études multicentriques des services d'accueil (GEMSA) qui est fondée sur le mode d'admission et de sortie. Il n'est donc pas nécessaire d'être médecin pour classer les patients. Chaque groupe GEMSA se caractérise par une charge de travail médicale et infirmière différente¹⁵.

Concernant les urgences pédiatriques, les différents auteurs^{16,17,18} s'accordent à les classer en trois catégories :

- les urgences prioritaires, concernant les enfants qui présentent une affection nécessitant un acte diagnostique ou thérapeutique immédiat ;
- les urgences ressenties, concernant les enfants dont le pronostic vital ou fonctionnel n'est pas menacé, mais amenés à être vus par le médecin devant l'apparition de symptômes inquiétant les parents ;
- les consultations banales, sans aucun caractère d'urgence.

3. Situation actuelle des services d'urgence

Le nombre de passages annuel aux urgences en France est passé de 13,6 millions en 2001 à 18,5 millions en 2011¹⁹. Les consultations aux UP qui représentent 25 à 30 % des consultations globales des structures d'urgences, subissent, elles aussi, cette inflation, avec une augmentation des passages de 13 % en 5 ans (de 2002 à 2007)²⁰.

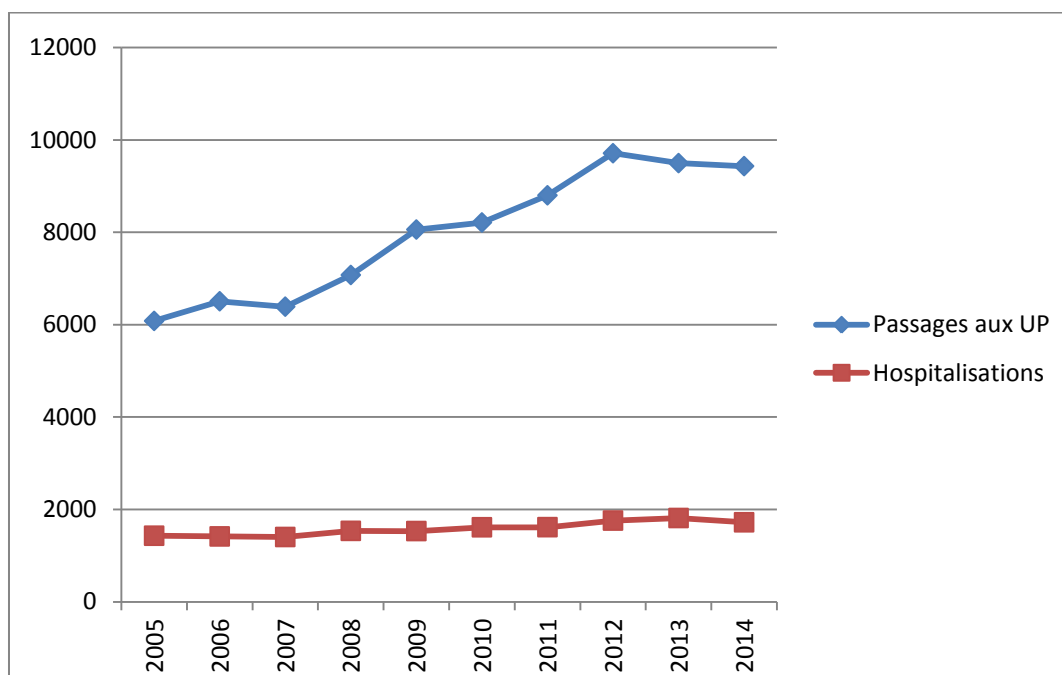
Aux Etats-Unis, le nombre de passage annuel aux urgences est passé de 96,5 millions en 1995 à 119,2 millions en 2006²¹.

Une étude réalisée dans un hôpital en Angleterre a montré une augmentation du taux d'admission aux UP de 28 % de 1999 à 2010²².

Ce nombre de passages croissant pose de nombreux problèmes : des problèmes de fonctionnement pour absorber le flux de consultations et un coût non négligeable dans les dépenses de santé.

Nombre de passages aux urgences pédiatriques et d'hospitalisations dans le service de pédiatrie de 2005 à 2014 au CH de Périgueux.

	Passages aux urgences	Hospitalisations
2005	6080	1430
2006	6506	1415
2007	6389	1402
2008	7075	1535
2009	8059	1531
2010	8212	1613
2011	8800	1615
2012	9711	1758
2013	9497	1813
2014	9432	1721



En 10 ans, ceci marque une augmentation des passages aux UP de 56,13 % contre seulement 20,35 % pour les hospitalisations.

L'analyse de la classification GEMSA de l'ARHIF sur l'activité des urgences de 2008 a montré une part modérée et stable de patients hospitalisés (17 %), contrastant avec un volume important et croissant de passages (+2,4 % entre 2006 et 2007 ; +6,3 % entre 2006 et 2008)²³.

Cette dissociation entre l'augmentation très rapide du nombre d'admissions aux urgences et la quasi-stagnation du nombre d'hospitalisations traduit bien de la part des patients une demande de soins non programmés pour des pathologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate.

En journée, le coût global moyen d'une consultation aux UP (examen clinique, plus une prescription) est près de 2,5 fois plus cher que cette même consultation chez un médecin libéral (80 € contre 34 €)²⁴.

Si l'hôpital se doit d'accueillir toute demande de soins avec compétence, le trop grand nombre de consultations non programmées peut nuire à la prise en charge des urgences. Il faut ajouter que l'hôpital ne fait pas, ou fait mal, dans le cadre de l'urgence, le rôle de prévention et d'éducation des familles que peut faire un médecin traitant. Une information claire et répétée doit rappeler aux familles que l'hôpital est bien le lieu privilégié d'accueil des urgences, mais non celui des consultations non programmées²⁵.

4. Démographie en Dordogne

Au 1^{er} janvier 2012, la Dordogne compte 421 100 habitants et représente 13 % de la population régionale en Aquitaine. Depuis de nombreuses années, elle compte plus de décès que de naissances. En 2011, elle enregistre 4 865 décès et 3 645 naissances. Elle présente également le plus faible taux de natalité de la région et le taux de mortalité le plus élevé. Malgré ce constat, la population s'accroît de 0,6 % par an en moyenne depuis 1999, grâce à un excédent migratoire compensant le fort déficit naturel (- 0,3 % par an). C'est le plus faible taux d'accroissement dans la région²⁶.

Répartition de la population en Dordogne au 01/01/2010, selon l'âge²⁷

Âge	Effectif
0-2 ans	11 491,2
3-5 ans	12 053,8
6-10 ans	21 811,9
11-17 ans	30 901,3
18-24 ans	24 798,4
25-39 ans	62 948,5
40-54 ans	86 389,4
55-64 ans	63 097,4
65-79 ans	67 081,6
> 80 ans	33 575,4
Total général	414 149,0

Naissances domiciliées²⁸

	Dordogne	Gironde	Aquitaine	France
1990	3 752	14 854	31 540	760 696
1991	3 609	14 892	31 133	757 403
1992	3 596	14 567	30 543	742 115
1993	3 351	13 768	29 120	710 183
1994	3 303	14 209	29 450	709 665
1995	3 446	14 401	30 194	728 083
1996	3 427	14 712	30 497	732 988
1997	3 589	14 426	30 339	725 455
1998	3 533	14 744	30 786	736 485
1999	3 586	15 066	31 465	743 337
2000	3 776	15 839	33 098	773 252
2001	3 645	16 013	32 728	769 290
2002	3 578	15 704	32 225	760 063
2003	3 607	15 610	32 303	759 936
2004	3 690	15 819	32 713	766 423
2005	3 662	15 722	32 694	772 841
2006	3 757	16 539	34 157	795 311
2007	3 760	16 514	33 914	784 536
2008	3 832	16 636	34 163	794 507
2009	3 671	17 072	34 754	791 854
2010	3 665	17 267	34 837	800 655
2011	3 645	17 098	34 452	791 347

Les naissances domiciliées en Dordogne stagnent depuis 1990 contrairement celles de l'Aquitaine. Cela n'explique donc pas une telle augmentation d'admission aux urgences.

*Indicateur conjoncturel de fécondité : nombre moyen d'enfants par femme*²⁸

	Naissances domiciliées		Taux de natalité (pour mille habitants)		Indicateur conjoncturel de fécondité	
	2012	2002	2012	2002	2012	2002
Dordogne	3 547	3 578	8,5	9,0	1,85	1,73
Gironde	17 097	15 704	11,5	11,7	1,78	1,65
Landes	3 880	3 436	9,8	10,0	1,91	1,76
Lot-et-Garonne	3 332	3 172	10,0	10,1	1,96	1,83
Pyrénées-A	6 490	6 335	9,8	10,3	1,78	1,67
Aquitaine	34 346	32 225	10,4	10,7	1,81	1,68

5. Démographie médicale en Dordogne

5.1. Médecine générale

D'après les données de l'atlas 2015 de la démographie médicale de l'Ordre national des médecins¹, la Dordogne comptabilise 508 MG (316 hommes pour 192 femmes), dont 59,8 % sont libéraux, 7,9 % mixtes et 32,3 % salariés.

En terme de densité, sur les 96 départements de France métropolitaine, elle se situe en 69^e position quant au nombre de MG par habitant, avec un rapport de 118,7 pour 100 000 habitants, la moyenne en France étant de 133,5 et 144,8 en Aquitaine.

La moyenne d'âge des généralistes en Dordogne est de 54 ans et la proportion des plus de 60 ans est supérieure à la moyenne : 28 % en 2013²⁹, 25,8 % pour la moyenne nationale³⁰.

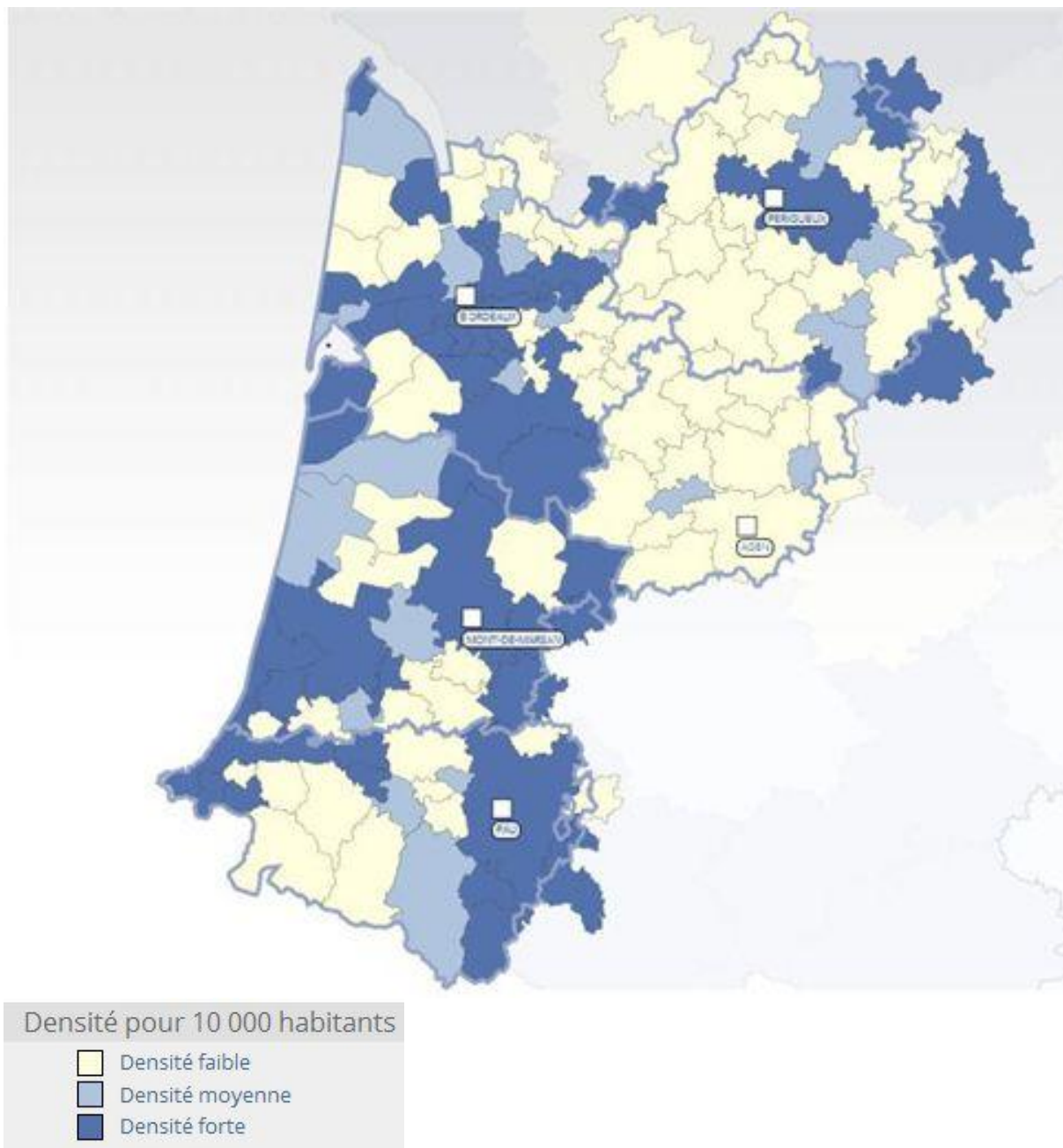
Répartition des MG en activité régulière en France, en Aquitaine et en Dordogne en 2015¹

	NATIONAL	AQUITAINE	DORDOGNE
Effectif			
total	89 788	4870	508
Mode d'exercice			
libéral	57,6 %	63,6 %	59,8 %
mixte	7,2 %	7,9 %	7,9 %
salarié	35,2 %	32,3 %	32,3 %
Densité			
pour 100 000 habitants	133,5	144,8	118,7
Evolution			
variation 2007-2015	-7,4 %	-5,0 %	-13,3 %

Répartition des MG en activité libérale ou mixte, en Aquitaine et en Dordogne en 2013¹

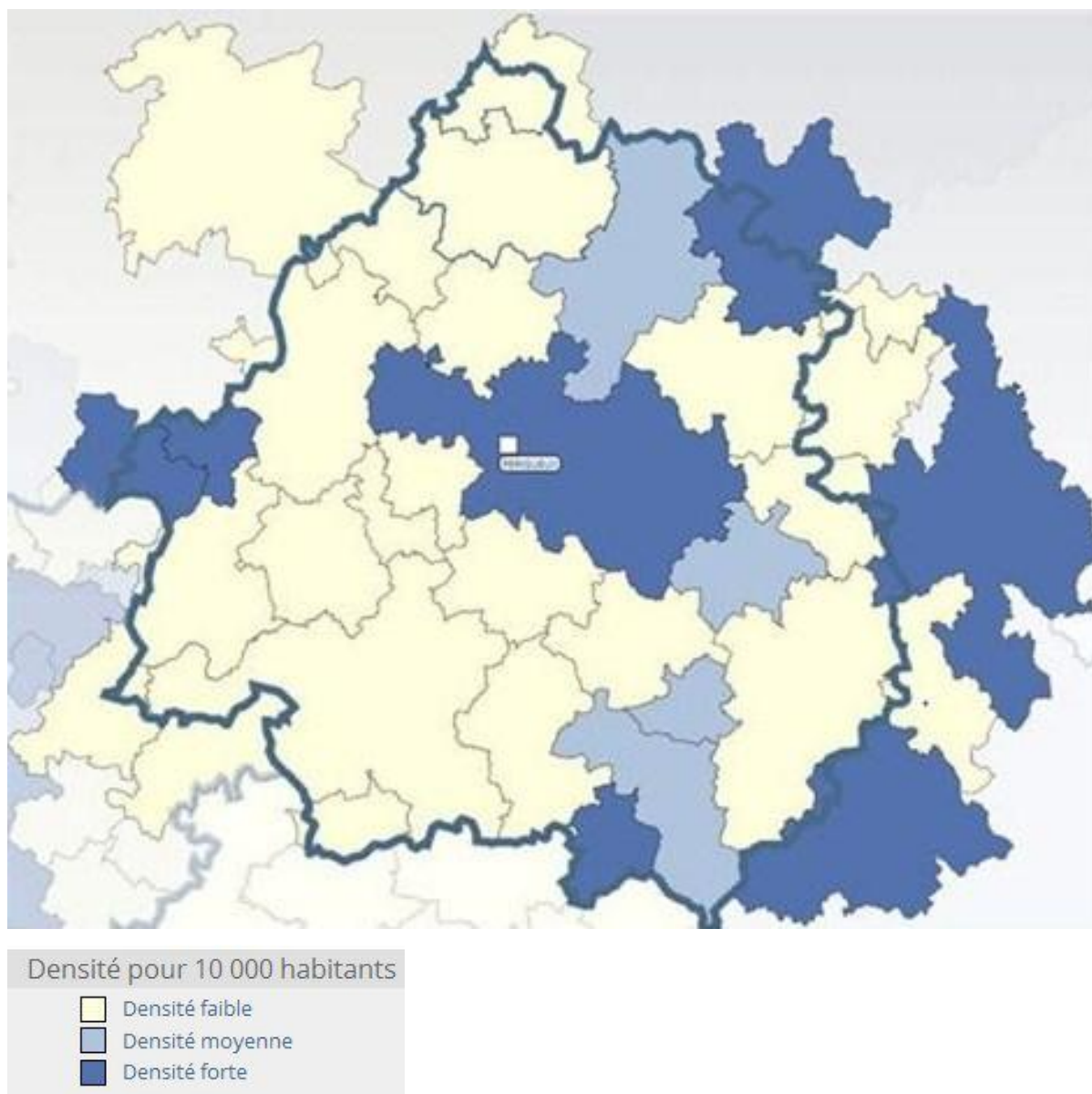
	AQUITAINE	DORDOGNE
Effectif		
total	3413	359
Densité		
pour 10 000 habitants	10,9	8,5
Evolution		
variation 2007-2013	-7,80 %	-16,90 %

Densité des MG en activité libérale ou mixte en Aquitaine en 2013¹



Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Selon l'Insee³¹, le découpage de la France en « bassins de vie » a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine. Ils sont classés en 6 grands domaines : services aux particuliers ; commerce ; enseignement ; santé ; sports, loisirs et culture ; transports.

Densité des MG en activité libérale ou mixte en Dordogne par bassin de vie en 2013¹



Répartition des MG en Dordogne selon les bassins de vie en 2013¹

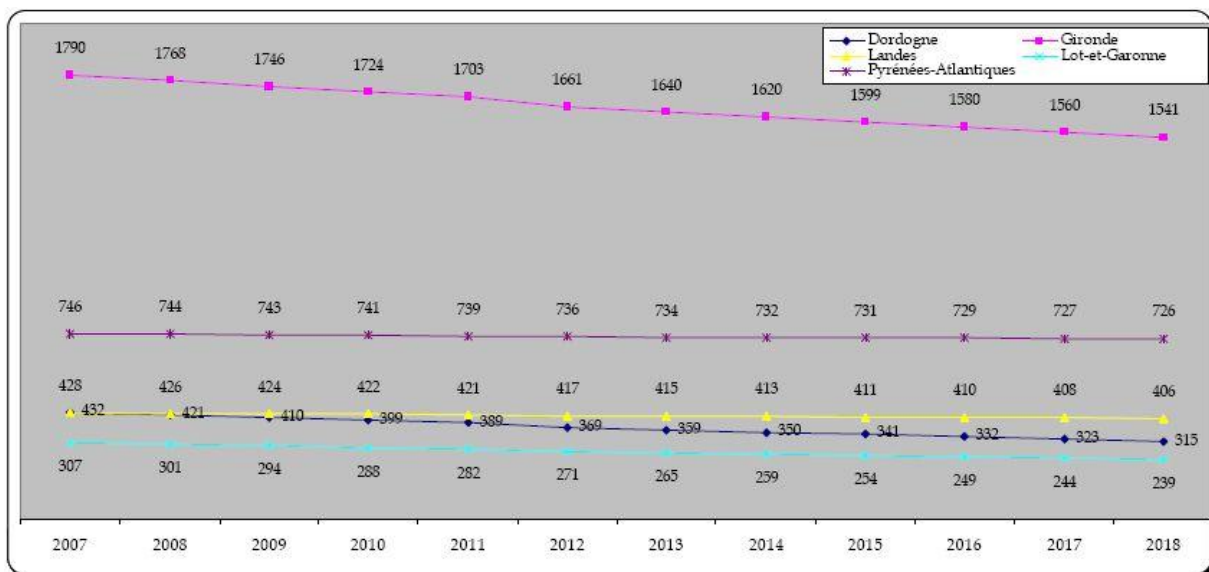
Densité	Bassins de vie	Effectifs	Densité pour 10 000 habitants	Évolution 2007-2013
Forte	Saint Aulaye	4	14,9	0,0 %
	Monpazier	3	13,0	-25,0 %
	St Yrieix la perche	19	11,7	0,0 %
	Périgueux	112	11,6	-8,2 %
	La Roche Chalais	7	10,9	0,0 %
Moyenne	Saint Cyprien	5	10,3	0,0 %
	Thiviers	16	10,2	6,7 %
	Montignac	7	9,8	0,0 %
	Belves	9	9,6	0,0 %
Faible	Excideuil	10	9,1	-27,3 %
	Sarlat	26	8,7	-21,2 %
	Saint Astier	12	8,5	-25,0 %
	Le Bugue	7	8,5	-30,0 %
	Neuvic	5	8,4	0,0 %
	Terrasson	13	8,3	-7,1 %
	Bergerac	71	7,8	-22,0 %
	Riberac	12	7,3	-29,4 %
	Vergt	5	7,3	-16,7 %
	Lalinde	9	6,8	-25,0 %
	Eymet	3	6,5	-40,0 %
	Mareuil	2	6,4	-60,0 %
	Nontron	8	6,1	-27,3 %
	Montpon	10	5,9	-28,6 %
	Brantome	4	5,2	-33,0 %

Effectif des MG en 2014 dans les 15 premières villes de Dordogne³²

Ville	Recensement 2011 Population générale	Recensement 2011 Enfant < 15ans	MG
Périgueux	29 811	4850	39
Bergerac	27 687	4961	25
Sarlat-la-Caneda	9568	1509	12
Coulounieix-Chamiers	8151	1633	7
Trélissac	7037	1137	7
Boulazac	6613	1426	4
Terrasson-Lavilledieu	6261	1246	9
Montpon-Ménéstérol	5483	879	5
Saint-Astier	5468	1054	9
Chancelade	4258	827	3
Prigonrieux	4113	771	2
Ribérac	4053	717	5
Neuvic	3601	608	5
Thiviers	3313	462	7
Nontron	3281	528	4

Comme on peut l’imaginer, l’effectif prévu des MG en Dordogne en 2018 est revu à la baisse, avec 489 MG dont 315 en activité libérale ou mixte²⁹.

Les MG en activité libérale ou mixte – de l’observé à l’attendu par département²⁹



5.2. Pédiatrie

D'après les données de l'atlas 2015 de la démographie médicale de l'Ordre national des médecins¹, La Dordogne comptabilise 20 pédiatres (7 hommes pour 13 femmes), dont 20,0 % sont libéraux, 10,0 % mixtes et 70,0 % salariés.

En terme de densité, sur les 96 départements de France métropolitaine elle se situe en 75^e position quant au nombre de pédiatres par habitant avec un rapport de 30,7 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, la moyenne en France étant de 56,4 et 48,9 en Aquitaine. L'âge moyen des pédiatres libéraux et mixtes en Aquitaine est de 53 ans.

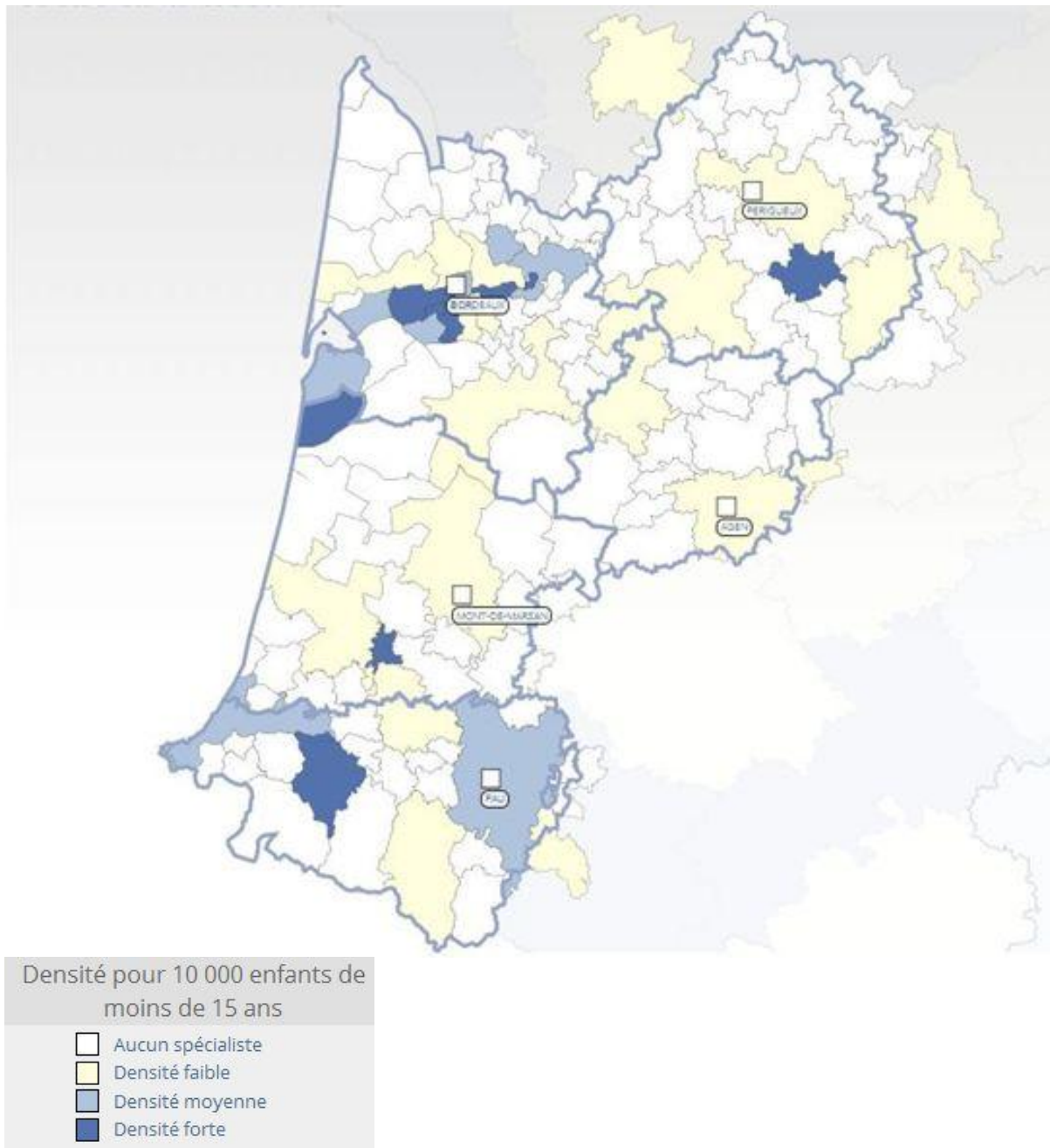
Répartition des pédiatres en activité régulière en France, en Aquitaine et en Dordogne en 2015¹

	NATIONAL	AQUITAINE	DORDOGNE
Effectif			
total	7073	273	20
Mode d'exercice			
libéral	24,2 %	31,1 %	20,0 %
mixte	11,6 %	10,6 %	10,0 %
salarié	64,2 %	58,2 %	70,0 %
Densité			
pour 100 000 enfants < 15ans	56,4	48,9	30,7
Évolution			
variation 2007-2015	9,4 %	11,9 %	0,0 %

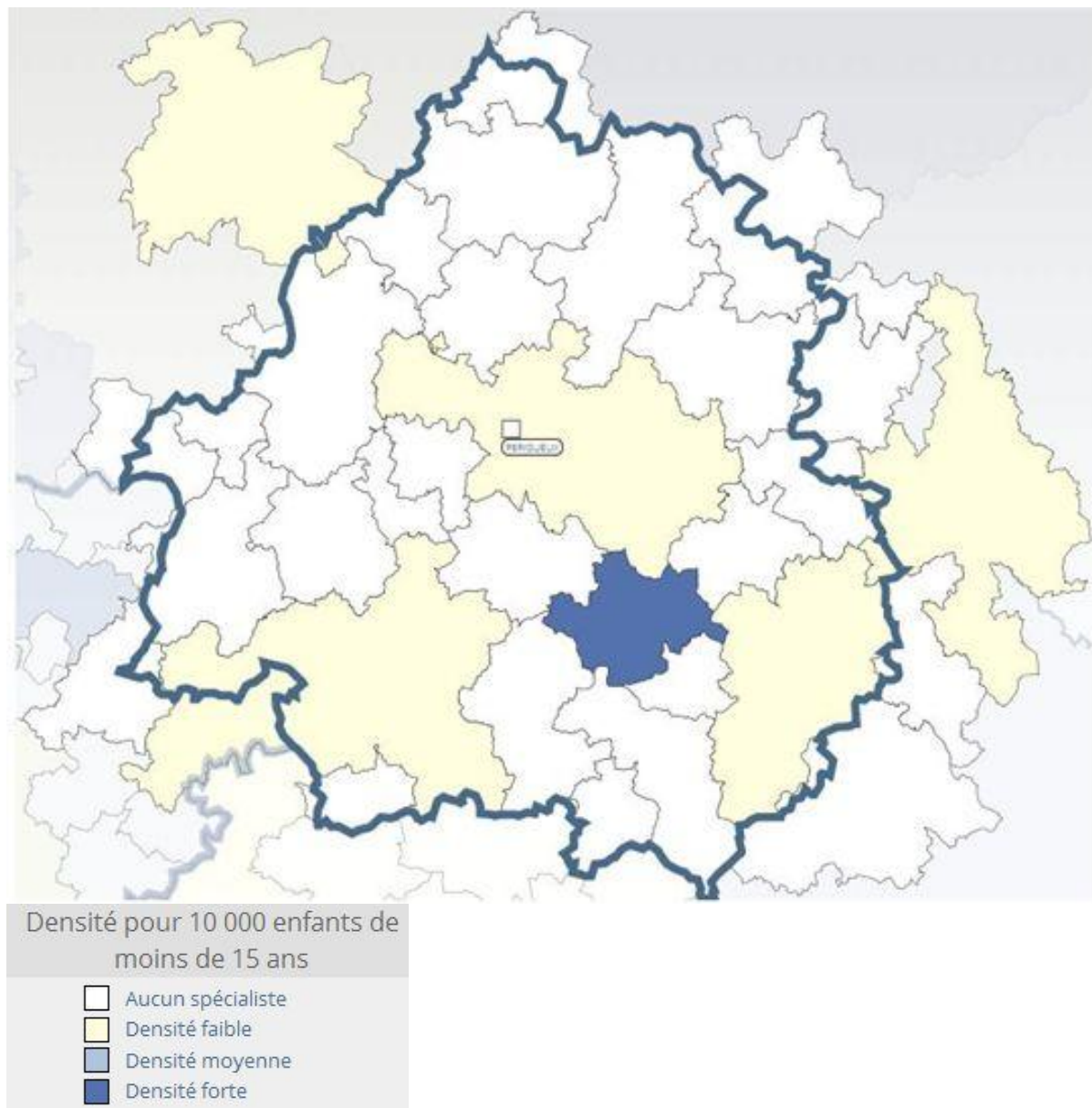
Répartition des pédiatres en activité libérale ou mixte en Aquitaine et en Dordogne en 2013¹

	AQUITAINE	DORDOGNE
Effectif		
total	112	7
Densité		
pour 10 000 habitants < 15 ans	2,2	1,1
Évolution		
variation 2007-2013	0,00 %	75 %

Densité des pédiatres en activité libérale ou mixte en Aquitaine en 2013¹



Densité des pédiatres en activité libérale ou mixte en Dordogne en 2013¹



D'après ces données, la Dordogne reste le deuxième département d'Aquitaine le plus pauvre en démographie médicale pédiatrique après le Lot-et-Garonne.

L'effectif attendu des pédiatres en Aquitaine en 2018 est stable comparé à aujourd'hui avec 123 pédiatres en mode d'exercice libéral ou mixte²⁹.

6. Urgences et médecine de ville

La part de consultations pédiatriques en médecine générale est de plus en plus importante, et en particulier dans le domaine de l'urgence.

L'étude de Stagnara J. *et al.* en 2004, réalisée sur l'ensemble du système de soin de la région lyonnaise montre qu'en semaine, les consultations pédiatriques sont réalisées à 93 % en médecine libérale (généralistes 75 %, pédiatres 18 %), 4 % en hôpital public, et 2 % en clinique. Le samedi, la médecine libérale réalise 82 % des consultations, les hôpitaux publics 13 %, et les établissements privés 2 %³³.

Selon une enquête menée par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) en 2006, les recours urgents ou non programmés constituent 12 % de l'activité totale des MG libéraux. Ils concernent essentiellement les enfants de moins de 13 ans. Un recours urgent en médecine de ville sur vingt débouche sur une hospitalisation, généralement immédiate³⁴.

Un an plus tard, la DRESS nous informe qu'une grande partie de la demande de soins « en urgence » est prise en charge par la médecine générale de ville : en 2004, le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville est estimé à 35 millions, pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistrent 14 millions de passages³⁵.

Ces interventions se manifestent par la permanence des soins en cabinet, ou dans des structures de type maison médicale, centres de santé. Les urgences ne sont pas une porte d'entrée obligatoire pour une hospitalisation grâce aux relations directes entre praticiens de villes et services hospitaliers. Même si ce type de partenariat est évoqué dans 36 % des structures en Ile-de-France, seulement 8 % des établissements ont mis en place un partenariat avec la ville, une consultation sans rendez-vous et un triage à l'accueil par une Infirmière d'accueil et d'orientation (IAO)³⁶. L'étude de Michel P. *et al.* en 1997 sur l'activité des médecins libéraux de garde montre que la moitié des appels avaient lieu avant 23 h. Les enfants représentaient 37 % des appels, dont la moitié pour des problèmes ORL banals³⁷.

Ainsi la problématique de surcharge des urgences hospitalières peut être liée en partie à un manque d'effectif des MG libéraux, mais pas à un manque d'activité de leur part.

En 2013, la thèse de Dupin M. sur le point de vue des MG dans la coordination des soins en urgence fait apparaître que les généralistes privilégient les soins à domicile ou les hospitalisations directes³⁸.

L'étude de Kouche C. *et al.* réalisée en 2015 sur les consultations non programmées en pédiatrie de ville met en lumière les conséquences du manque d'effectif des pédiatres : 59,5 % ont refusé au moins un patient souhaitant une consultation non programmée par manque de place et le nombre de patients n'ayant pu être vus était de 2,2 enfants par pédiatre et par jour. Il existe rarement une permanence de soins la nuit et le week-end en pratique de ville³⁹.

III. OBJECTIF ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de notre étude était d'analyser l'impact d'un avis médical par un médecin libéral sur la gravité et la trajectoire de soins (mode de sortie) des enfants aux UP de Périgueux.

L'hypothèse principale reposait sur l'idée que la gravité (score CCMU) et le taux d'hospitalisation subissent une augmentation significative lorsque l'enfant est adressé par un médecin libéral.

L'objectif secondaire était de faire un état des lieux du territoire d'attractivité de l'hôpital de Périgueux en fonction des communes d'habitation des enfants, des motifs de consultations et des diagnostics retenus les plus fréquents.

Les résultats nous ont aidés à apporter des éléments de réponse concernant l'augmentation très rapide du nombre d'admissions aux urgences et la faible augmentation du nombre d'hospitalisations.

Nous nous sommes intéressés seulement aux enfants se présentant aux UP pendant les horaires de consultation des MG, afin de pouvoir comparer le parcours de soins des enfants adressés ou non par un médecin.

Réaliser une étude dans un CH comme Périgueux nous a permis d'analyser le comportement d'une population rurale en manque d'effectif de médecins libéraux.

Le service des UP de Périgueux appartient au pôle qui regroupe :

- la pédiatrie ;
- la réanimation ;
- le SAMU/SMUR ;
- le centre 15 ;
- les urgences adultes ;
- l'obstétrique ;
- la gynécologie.

Le service comporte 3 box de soins et 3 lits d'UHCD.

Sur place la journée, sont présents :

- 1 sénior ;
- 2 internes de médecine générale ou DES de pédiatrie ;
- 2 IDE puéricultrices ;
- 1 auxiliaire puéricultrice.

À noter que la traumatologie pédiatrique est reçue aux urgences adultes.

Le service d'hospitalisation de pédiatrie comporte :

- 18 lits avec la possibilité d'hospitaliser 24 enfants ;
- 12 lits de néonatalogie, dont 3 lits de soins intensifs.

En 2013, l'activité des UP représentait un coût de 810 856 €, soit un coût moyen de 85,4 € par passage.

IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique réalisée sur 500 dossiers d'enfants admis de 9 h à 20 h dans le service des UP de Périgueux du 27 janvier 2014 au 6 mars 2014.

2. Méthode

500 questionnaires numérotés de 1 à 500 ont été mis à la disposition de l'équipe médicale.

Pour chaque enfant se présentant aux urgences de 9 h à 20 h du lundi au vendredi (tranche horaire commune des MG), un questionnaire était rempli par l'interne, l'IDE ou l'auxiliaire puéricultrice.

Sur chaque questionnaire était collée l'étiquette d'admission de l'enfant, celle-ci renseignant l'âge, le nom, et la date d'admission de l'enfant.

Six données étaient ensuite à inscrire :

- la commune d'habitation ;
- le mode d'arrivée des enfants ;
- le motif d'entrée ;
- enfant adressé ou non aux urgences ;
- le score CCMU rempli par l'interne ;
- le mode de sortie.

Tous les patients âgés de moins de 18 ans accueillis de manière non programmée étaient éligibles. Les enfants programmés pour des soins et/ou suivi de pathologie étaient exclus.

Pour chaque questionnaire rempli, le diagnostic final était renseigné à l'aide du dossier médical papier et du dossier médical informatique DxCare.

Le questionnaire est fourni en annexe 1.

Afin de ne pas oublier d'enfant, une liste informatique sur DX Care collectait la liste des enfants admis chaque jour de 9 h à 20 h. Grâce à l'étiquetage des questionnaires, une vérification était ensuite réalisée. Ainsi, les questionnaires utilisés à tort sur les enfants entrant avant 9 h ou après 20 h ont été supprimés et par conséquent, la numérotation initiale des questionnaires n'a plus été prise en compte. Sur les 500 patients des listes journalières, 19 ont été omis par l'équipe médicale. Un listage de ces dossiers a été effectué et les dossiers-papier ont été commandés aux archives afin de collecter leurs données. Le mode d'entrée parents/accompagnants été choisi lorsqu'aucun papier justificatif n'était retrouvé concernant une arrivée avec les pompiers, le SMUR ou par ambulance. Le score CCMU a été calculé a posteriori.

3. Variables étudiées

Pour chaque enfant, huit variables ont été étudiées :

- l'âge ;
- la commune d'habitation ;
- le mode d'entrée : parent(s) ou accompagnant(s), ambulance, pompiers, SMUR ;
- le motif d'entrée ;
- enfant non adressé, adressé par un médecin libéral, adressé après avis téléphonique d'un médecin libéral, des UP ou du SAMU ;
- la gravité : score CCMU ;
- la sortie : retour au domicile, UHCD ou hospitalisation ;
- le diagnostic final.

4. Analyse statistique

Après anonymisation, les données ont été saisies dans un tableur Microsoft Excel afin d'en faire l'analyse par tableaux croisés dynamiques.

Pour les tests de Chi², le logiciel EPI-info a été utilisé pour établir le seuil de significativité des résultats.

V. RÉSULTATS

1. Analyse par données

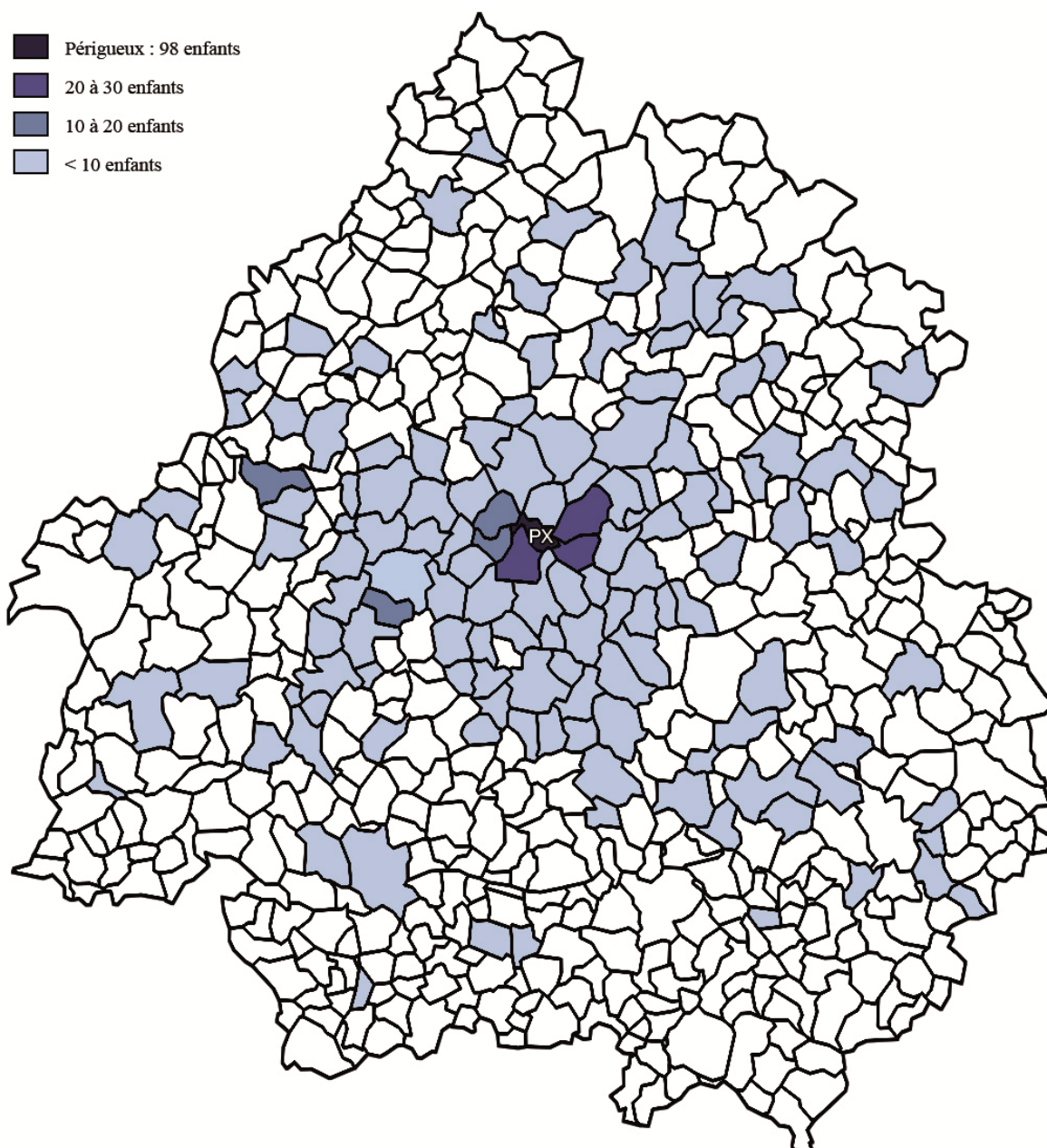
1.1. Répartition des enfants par tranches d'âge révolu

	nombre	%
< 3 mois	65	13,0
3-12 mois	88	17,6
1-2 ans	127	25,4
3-5 ans	91	18,2
6-10 ans	56	11,2
11-18 ans	73	14,6
Total	500	100,0

L'âge moyen (somme des âges révolus/nombre d'enfants + 0,5) de l'ensemble de la population de l'étude est de 4,41 ans.

57 % des enfants ont moins de 3 ans, 30,6 %, moins de 1 an et ¼ entre 1 et 2 ans.

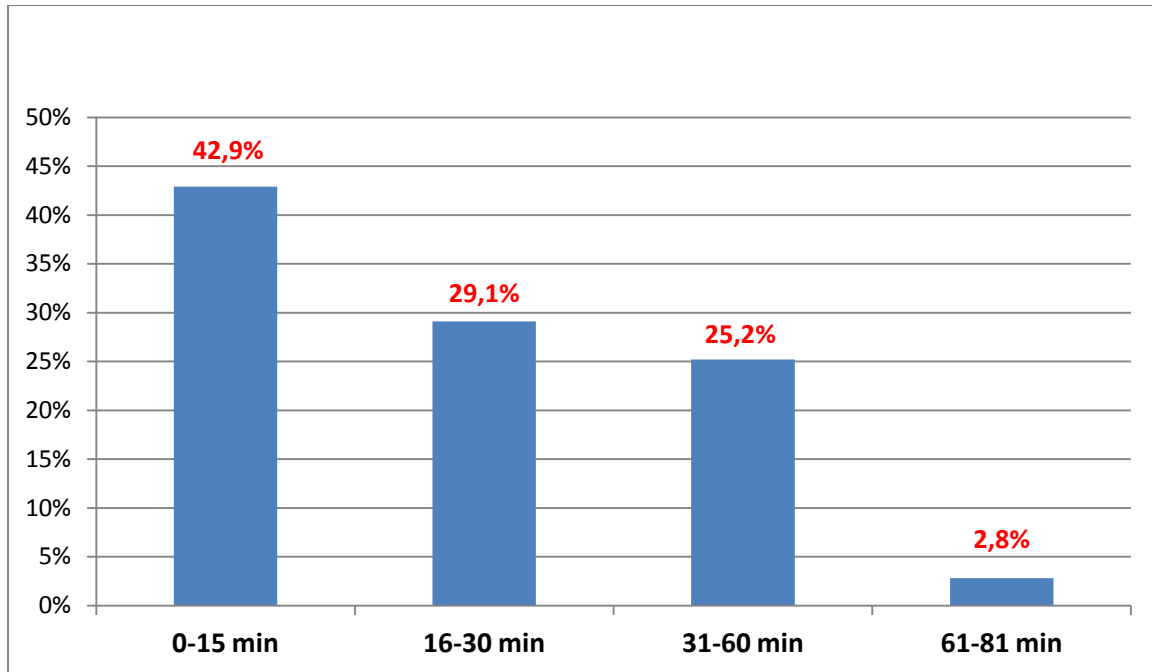
1.2. Territoires d'attractivité de l'hôpital



La majorité des consultants habitait dans la zone d'attractivité du CH.

1.3. Répartition des enfants selon le temps de trajet entre le domicile et l'hôpital

Le temps de trajet est associé à la distance. Il ne tient pas compte du trafic.



	nombre	%
0-15 min	211	42,9
16-30 min	143	29,1
31-60 min	124	25,2
61-81 min	14	2,8
Total	492	100,0
NR	8	

Les adresses de 8 enfants ont été recodées en non renseigné (NR), il s'agissait de vacanciers en Dordogne dont le lieu de séjour n'a pas été renseigné.

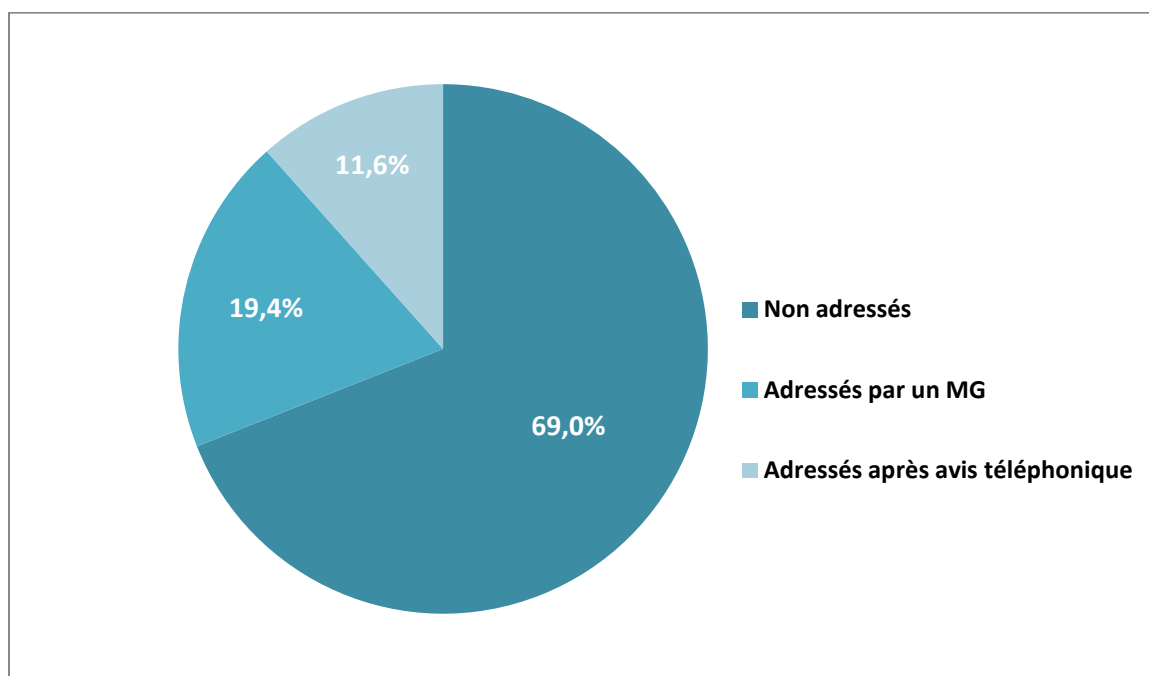
Prêt de 43 % des patients ayant consulté aux UP ont parcouru un temps de trajet inférieur à 15 minutes. Les patients se rendent plus facilement à l'hôpital lorsque leur lieu de résidence est proche du CH.

1.4. Répartition des enfants selon le mode d'entrée

	nombre	%
Parents	472	94,4
Ambulance	8	1,6
Pompiers	18	3,6
SMUR	2	0,4
Ensemble	500	100

94,4 % des enfants ont été emmenés par leurs parents ou accompagnants.

1.5. Répartition des enfants adressés et non adressés



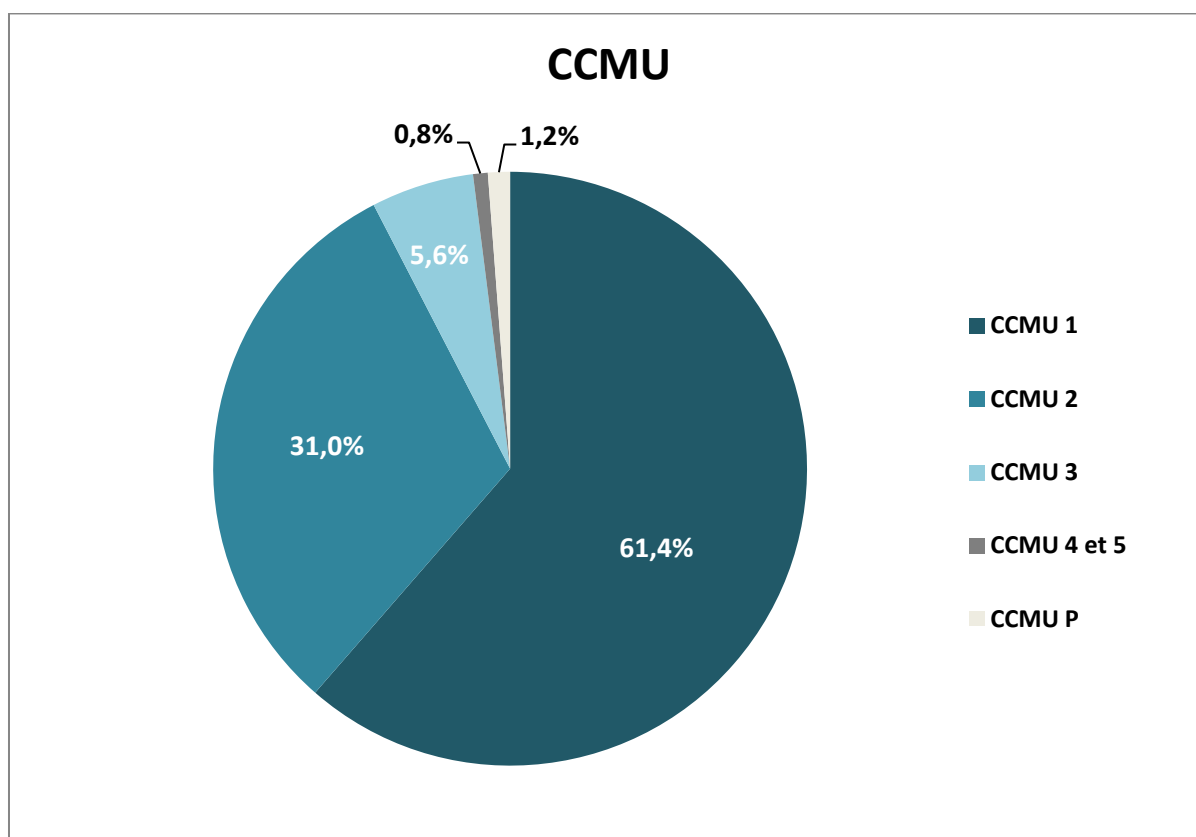
	nombre	%
Non adressés	345	69,0
Cs MG	97	19,4
Avis téléphonique	58	11,6
<i>Dont MG</i>	22	4,4
<i>Dont urgence</i>	20	4,0
<i>Dont SAMU</i>	16	3,2
Ensemble	500	100,0

69 % des enfants ont consulté aux UP sans avis médical initial.

19,4 % ont été adressés par un MG. Après vérification des dossiers, aucun enfant n'a été adressé par un pédiatre libéral.

11,6 % ont consulté aux UP après avis téléphonique, dont 4,4 % d'un MG.

1.6. Répartition des enfants selon la gravité



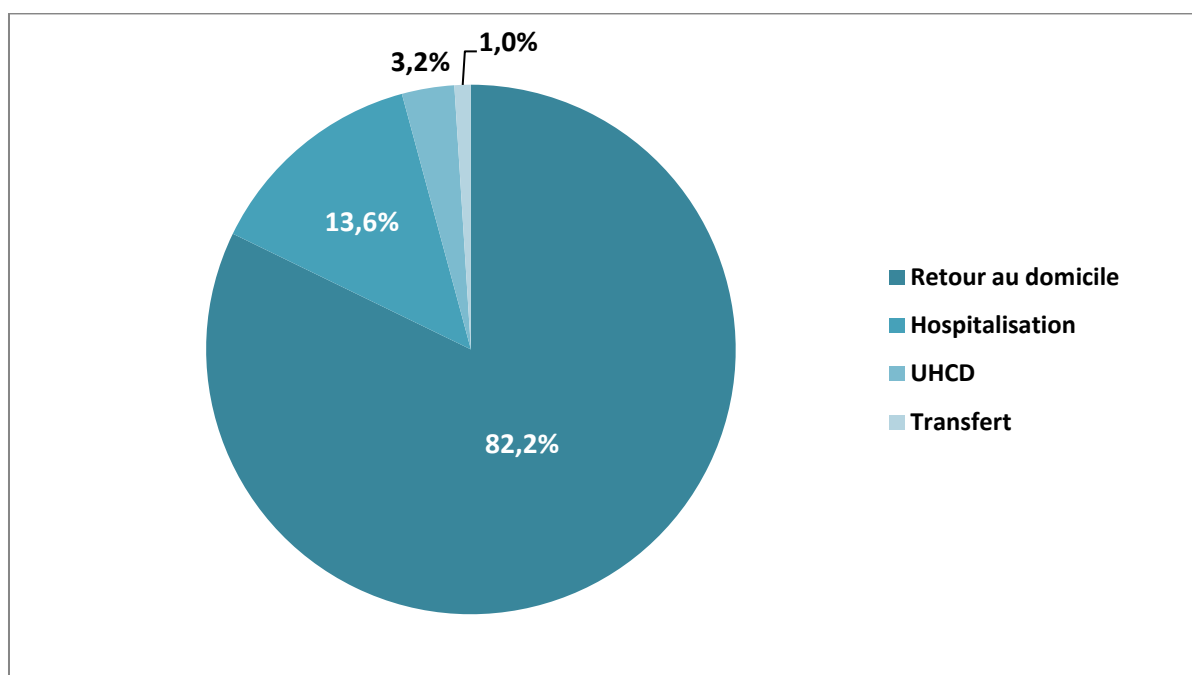
	nombre	%
CCMU 1	307	61,4
CCMU 2	155	31,0
CCMU 3	28	5,6
CCMU 4	3	0,6
CCMU 5	1	0,2
CCMU 6	0	0
CCMU P	6	1,2
Ensemble	500	100

61,4 % des enfants sont arrivés en CCMU 1 c'est-à-dire dans un état stable n'ayant pas nécessité d'examen complémentaire, 31 % en CCMU 2 c'est-à-dire dans un état stable, mais ayant nécessité un examen complémentaire. Les pourcentages des CCMU 3, 4 et 5 sont faibles, respectivement 5,6 %, 0,6 % et 0,2 %.

Aucun enfant n'est décédé aux UP.

1,2 % ont présentés un problème psychologique et/ou psychiatrique.

1.7. Répartition des enfants selon le mode de sortie



	nombre	%
Retour au domicile	411	82,2
UHCD	16	3,2
Hospitalisation	68	13,6
Transfert	5	1
Ensemble	500	100

82,2 % des enfants sont retournés à leur domicile au décours du passage aux urgences, contre 13,6 % d'hospitalisation, tandis que 3,2 % ont été surveillé en UHCD et 1,0 % ont été transféré.

Toutes les hospitalisations ont été faites dans le service de pédiatrie de Périgueux.

Les 5 enfants transférés en urgence ont été hospitalisés dans un autre centre (CHU de Bordeaux ou à la clinique Francheville).

1.8. Répartition des enfants selon le motif d'entrée

	nombre	%
Fièvre + autres	82	16,4
Fièvre	52	10,4
Douleurs abdominales	40	8,0
Toux	38	7,6
Éruption cutanée	34	6,8
TC	24	4,8
Vomissements	23	4,6
Diarrhées	18	3,6
Dyspnée	17	3,4
Pb alimentaire du NRS	17	3,4
Douleur musculo-squelettique	14	2,8
Accident domestique	13	2,6
Diarrhées + Vomissements	12	2,4
Malaise	8	1,6
Autres	108	21,6
Ensemble	500	100,0

La fièvre est le premier motif d'entrée loin devant les douleurs abdominales, la toux et les éruptions cutanées.

1.9. Répartition des enfants selon les grands groupes de pathologies

	nombre	%
Gastro-entérologie	131	26,2
ORL	93	18,6
Pneumologie	70	14,0
Dermatologie	57	11,4
Neurologie	38	7,6
Fièvre sans point d'appel/sd viral	24	4,8
Accident domestique/petite traumatologie	19	3,8
Uro-néphrologie	19	3,8
Rhumatologie	12	2,4
Ophtalmologie	11	2,2
Pas de pathologie	8	1,6
Psychiatrie	6	1,2
Orthopédie	4	0,8
Endocrinologie	3	0,6
Non renseigné	2	0,4
Gynécologie	2	0,4
Cardiologie	1	0,2
Ensemble	500	100,0

Les trois grands groupes de pathologies les plus représentées sont la gastro-entérologie, l'ORL et la pneumologie.

2. Analyse par croisement de données entre les enfants adressés et non adressés

2.1. Gravité

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU 4-5	CCMU P	Total
<i>n</i>	307	155	28	4	6	500
Non adressés	70,4	25,8	2,3	0,6	0,9	100,0
Avis téléphonique	50,0	37,9	8,6	1,7	1,7	100,0
Cs MG	36,1	45,4	15,5	3,1	0,0	100,0
Total	61,4	31,0	5,6	1,2	0,8	100,0

Chi2

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU 4-5	CCMU P
Non adressés/AT	9,5	3,7	6,3	<	<
Non adressés/cs MG	38,3	13,8	26,5	<	4,3
AT/cs MG	2,9	<	<	<	<

Pour les CCMU 1, la part des enfants non adressés est significativement plus élevée que celles des enfants adressés après consultation par un MG et après AT (70,4 % versus 50 et 36,1 %). Le phénomène s'inverse pour les CCMU 2 et 3 où la part des enfants adressés (AT et après consultation par un MG) est plus grande. Hormis pour les CCMU 4 et 5 où les différences ne sont pas significatives, nous pouvons ainsi conclure que le niveau de gravité est plus élevé lorsque l'envoi aux UP est médicalisé.

2.2. Mode de sortie

	RAD	UHCD	Hospitalisation	Total l
<i>n</i>	411	13	73	500
Non adressés	86,4	4,3	9,3	100,0
Avis téléphonique	72,4	1,7	25,9	100,0
Cs MG	73,2	0	26,8	100,0
Total	82,2	3,2	14,6	100,0

Chi2

	RAD	UHCD	Hospitalisation
Non adressés/AT	7,3	<	13,3
Non adressés/cs MG	9,5	4,4	20,4
AT/cs MG	<	<	<

La grande majorité des enfants ayant consulté sans avis médical au préalable sont rentrés à leur domicile (86,4 %).

La proportion d'enfants hospitalisés est plus importante lorsqu'ils ont été adressé : 26,8 % après consultation par un MG, 25,9 % après avis téléphonique (AT), contre seulement 9,3 % pour les non adressés.

2.3. Gravité chez ceux rentrés à domicile

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU P	Total
<i>n</i>	292	108	4	6	411
Non adressés	77,5	21,1	0,7	0,7	100,0
Avis téléphonique	66,7	31,0	0,0	2,4	100,0
Cs MG	46,5	46,5	2,8	4,2	100,0
Total	71,0	26,5	1,0	1,5	100,0

Chi2

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU P
Non adressés/AT	2,4	2	<	<
Non adressés/cs MG	27,1	19,1	2,5	5,4
AT/cs MG	4,3	2,6	<	<

Parmi les enfants rentrés à domicile, les enfants adressés par un MG ont bénéficié plus souvent d'examen complémentaires (CCMU 2 et 3) : 49,3 % contre 31 % pour ceux adressés après AT, et seulement 21,8 % pour les non adressés.

Les CCMU 4 et 5 ont tous été hospitalisés.

2.4. Temps de trajet

	0-15 min	16-30 min	31-60 min	61-81 min	NR	Total
<i>n</i>	211	143	124	14	8	500
Non adressés	48,4	28,1	20,0	1,7	1,7	100,0
AT	29,3	36,2	24,1	8,6	1,7	100,0
Cs MG	27,8	25,8	42,3	3,1	1,0	100,0
Total	42,2	28,6	24,8	2,8	1,6	100,0

Chi2

	0-15 min	16-30 min	31-60 min	61-81min
Non adressés/AT	7,3	<	<	8,9
Non adressés/cs MG	7,6	<	20,1	<
AT/cs MG	<	<	5,2	2,3

48,4 % des enfants non adressés habitaient à moins de 15 minutes de l'hôpital.

Pour le temps de trajet de 16 à 30 minutes, il n'existe pas de différence significative que les enfants soient adressés ou non.

Pour le temps de trajet de 31 à 60 minutes, ce sont les enfants adressés après consultation par un MG qui sont significativement plus nombreux que ceux non adressés et adressés après AT.

Pour le temps de trajet de 61 à 81 minutes, ce sont les enfants adressés après AT qui sont significativement plus nombreux que ceux non adressés et ceux adressés après consultation par un MG.

2.5. Quatre premiers motifs d'entrée

	Fièvre+/- autres	DI abdo	Toux	EC	Autres	Total
<i>n</i>	134	40	38	34	254	500
Non adressés	27,2	5,2	8,1	7,2	52,3	100,0
Avis téléphonique	17,2	13,8	5,2	6,9	56,9	100,0
Cs MG	30,9	14,4	7,2	5,2	42,3	100,0
Total	26,8	8	7,6	6,8	50,8	100,0

Chi2

	Fièvre+/- autres	DI abdo	Toux	EC
Non adressés/AT	3,1	6,1	<	<
Non adressés/cs MG	<	9,6	<	<
AT/cs MG	4,6	<	<	<

Pour la fièvre, les enfants adressés après AT sont significativement moins nombreux que les autres.

Pour les douleurs abdominales, ce sont les enfants adressés (AT ou par un MG) qui sont significativement plus nombreux que ceux non adressés.

Pour la toux et les éruptions cutanées (EC), il n'existe pas de différence significative que les enfants soient adressés ou non.

2.6. Groupe de pathologies

	GE	ORL	Pneumo	Dermato	Neuro	Autres	Total
<i>n</i>	131	93	70	57	38	111	500
Non adressés	24,9	20,3	14,5	11,3	8,4	20,6	100,0
AT	25,9	12,1	1,7	10,2	13,8	36,2	100,0
Cs MG	30,9	16,5	19,6	12,4	1,0	19,6	100,0
Total	26,2	18,6	14	11,4	7,6	22,2	100,0

Chi2

	GE	ORL	Pneumo	Dermato	Neuro
Non adressés/AT	<	2,2	7,3	<	<
Non adressés/cs MG	<	<	<	<	6,5
AT/cs MG	<	<	10,3	<	10,8

Pour les pathologies ORL, ce sont les enfants non adressés les plus nombreux. Pour la pneumologie se sont les enfants adressés après consultation par un MG.

Pour la neurologie, la part des enfants adressés après consultation par un MG est plus faible que les autres.

Pour la gastro-entérologie (GE) et la dermatologie, il n'existe pas de différence significative que les enfants soient adressés ou non.

2.7. Âge

	Non adressés	AT	Cs MG	Total
<i>n</i>	345	58	97	500
< 3mois	70,8	7,7	21,5	100,0
3-12mois	73,9	11,4	14,8	100,0
1-2ans	68,5	11,8	19,7	100,0
3-5ans	72,5	8,8	18,7	100,0
6-10ans	60,7	14,3	25,0	100,0
11-18ans	64,4	16,4	19,2	100,0
Total	69,0	11,6	19,4	100,0

Il n'existe pas de différence significative, que les enfants soient adressés ou non.

2.8. Récapitulatif

		Non adressés	Adressés	
			AT	cs MG
Gravité	CCMU 1	70,4 %	50,0 %	36,1 %
	CCMU 2	25,8 %	37,9 %	45,4 %
	CCMU 3	2,3 %	8,6 %	15,5 %
	CCMU 4	Non significatif		
	CCMU 5	Non significatif		
Mode de sortie	RAD	86,4 %	72,4 %	73,2 %
	UHCD	4,3 %	1,7 %	0,0 %
	Hospitalisation	9,3 %	25,9 %	26,8 %
Motifs d'entrée		1. Fièvre 2. Toux 3. Eruption cutanée 4. DI abdominale	1. Fièvre 2. DI abdominale 3. Eruption cutanée 4. Toux	1. Fièvre 2. DI abdominale 3. Toux 4. Eruption cutanée
Pathologies		1. Gastro-ent. 2. Pneumologie 3. ORL	1. Gastro-ent. 2. Neurologie 3. ORL	1. Gastro-ent. 2. ORL 3. Pneumologie
Temps de trajet	0-15 min	48,4 %	29,3 %	27,8 %
	16-30 min	Non significatif		
	31-60 min	20,0 %	24,2 %	42,3 %
	61-81 min	1,7 %	8,6 %	3,1 %

3. Autres croisements de données

3.1. Mode de sortie en fonction de la gravité

	RAD	UHCD	Hospitalisation	Total
<i>n</i>	411	16	73	500
CCMU 1	95,1	3,6	1,3	100,0
CCMU 2	70,3	2,6	27,1	100,0
CCMU 3	14,3	0	85,7	100,0
CCMU P	100	0	0	100,0
CCMU 4-5	0	25	75	100,0
Total	82,2	3,2	14,6	100,0

Chi2

	RAD	UHCD	Hospitalisation
CCMU 1/2	55,2	<	76,4
CCMU 1/3	163	<	238,7
CCMU 1/4-5	62,3	4,9	97,5
CCMU 2/3	31,5	<	35,3
CCMU 2/4-5	8,9	6,4	4,4
CCMU 3/4-5	<	7,2	<

95,1 % des enfants classés en CCMU 1 sont rentrés à domicile.

27,1 % des enfants classés en CCMU 2 ont été hospitalisés.

85,7 % des enfants classés en CCMU 3 ont été hospitalisés.

Les enfants classés en CCMU 4 et 5 ont tous été surveillé en UHCD ou hospitalisés.

3.2. Gravité selon le temps de trajet

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU 4/5	CCMU P	Total
<i>n</i>	307	155	28	4	6	500
0-15 min	65,9	28,4	4,3	0,9	0,5	100,0
16-30 min	59,4	33,6	4,2	0	2,8	100,0
31-60 min	57,3	33,9	7,3	0,8	0,8	100,0
61-81 min	42,9	28,6	21,4	7,1	0	100,0
NR	75	12,5	12,5	0	0	100,0
Total	61,4	31	5,6	0,8	1,2	100,0

Chi2

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU 4/5	CCMU P
0-15/16-30 min	<	<	<	<	3,3
0-15/31-60 min	2,5	<	<	<	<
0-15/61-90 min	3	<	7,5	3,8	<
16-30/31-60 min	<	<	<	<	<
16-30/61-90 min	<	<	7	10,3	<
31-60/61-90 min	<	<	3,2	3,5	<

65,9 % des CCMU 1 habitaient à moins de 15 minutes de l'hôpital, ce pourcentage est significativement différent des tranches 31-60 et 61-81 minutes.

Concernant les CCMU 2, il n'existe pas de différence significative entre les temps de trajet.

Pour les CCMU 3, 4 et 5, le temps de trajet 61-81 minutes se détache significativement des autres tranches.

Ainsi la gravité augmente avec le temps de trajet.

3.3. Mode de sortie en fonction de l'âge

	RAD	UHCD	Hospitalisation	Total
<i>n</i>	411	16	73	500
< 3mois	75,4	0	24,6	100,0
3-12 mois	84,1	2,3	13,6	100,0
1-2 ans	81,9	3,9	14,2	100,0
3-5 ans	94,5	1,1	0,4	100,0
6-10 ans	80,4	3,6	16,1	100,0
11-18 ans	72,6	8,2	19,2	100,0
Total	82,2	3,2	14,6	100,0

Chi2

	RAD	UHCD	Hospitalisation
<3mois/3-<1an	<	<	3
<3mois/1-2ans	<	2,6	3,2
<3mois/3-5ans	11,9	<	13,9
<3mois/6-10ans	<	2,4	<
<3mois/11-18ans	<	5,9	<
3mois-1an/1-2ans	<	<	<
3mois-1an/3-5ans	5,1	<	4,7
3mois-1an/6-10ans	<	<	<
3mois-1an/11-18ans	3,2	3	<
1-2ans/3-5ans	7,5	<	5,6
1-2ans/6-10ans	<	<	<
1-2ans/11-18ans	2,4	<	<
3-5ans/6-10ans	7,2	<	5,9
3-5ans/11-18ans	15	5	9,1
6-10ans/11-18ans	<	<	<

Les enfants de moins de 3 mois sont significativement plus souvent gardés en hospitalisation que les autres tranches d'âge.

Les 3-5 ans rentrent le plus souvent au domicile.

Les 11-18 ans sont plus majoritairement surveillés en UHCD.

3.4. Gravité en fonction de l'âge

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU 4-5	CCMU P	Total
<i>n</i>	307	155	28	6	4	500
<3 mois	69,2	18,5	10,8	1,5	0,0	100,0
3-12 mois	71,6	22,7	5,7	0,0	0,0	100,0
1-2 ans	66,9	26,8	5,5	0,8	0,0	100,0
3-5 ans	64,8	28,6	2,2	0,0	4,4	100,0
6-10 ans	57,1	39,3	0,0	1,8	1,8	100,0
11-18 ans	31,5	56,2	9,6	1,4	1,4	100,0
Total	61,4	31,0	5,6	0,8	1,2	100,0

Chi2

	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU 4-5	CCMU P
<3mois/3-<1an	<	<	<	<	<
<3mois/1-2ans	<	<	<	<	<
<3mois/3-5ans	<	2,1	5,1	<	2,9
<3mois/6-10ans	<	6,5	6,4	<	<
<3mois/11-18ans	19,6	20,7	<	<	<
3mois-1an/1-2ans	<	<	<	<	<
3mois-1an/3-5ans	<	<	<	<	<
3mois-1an/6-10ans	3,2	4,5	3,3	<	4
3mois-1an/11-18ans	25,7	19	<	<	<
1-2ans/3-5ans	<	<	<	<	5,7
1-2ans/6-10ans	<	2,9	3,2	<	<
1-2ans/11-18ans	23,4	17,1	<	<	<
3-5ans/6-10ans	<	<	<	<	<
3-5ans/11-18ans	18	12,8	4,3	<	<
6-10ans/11-18ans	8,5	3,6	5,7	<	<

Mis à part les 11-18 ans qui sont significativement moins représentés, il n'existe pas de différence significative pour les CCMU 1 entre les différentes classes d'âge.

Plus de la moitié des enfants en CCMU 2 (56,2 %) sont âgés de 11 à 18 ans.

Ce sont les enfants de moins de 3 mois et ceux de 11 à 18 ans qui sont les plus représentés par les classes CCMU 3.

Il n'existe pas de différence significative entre les âges pour les CCMU 4, 5 et P.

3.5. Temps de trajet en fonction de l'âge

Quel que soit l'âge, la répartition des temps de trajet ne laisse pas apparaître de différences significatives.

3.6. Trois premiers motifs d'entrée en fonction de l'âge

< 3mois	
<i>n</i>	65
1. Diarrhées	13,8 %
2. Toux	12,3 %
3. Pb alim NRS et Dyspnée	10,8 %

3 m-1 an	
<i>n</i>	88
1. Fièvre	30,7 %
2. Toux	19,3 %
3. Pb alim NRS et Diarrhées+/- Vom	8,0 %

1-2 ans	
<i>n</i>	127
1. Fièvre	43,3 %
2. EC et Diarrhées +/- Vom	7,9 %
3. Traumatisme crânien	7,1 %

3-5 ans	
<i>n</i>	91
1. Fièvre +/- autres	38,5 %
2. EC	9,9 %
3. Douleur abdominale	7,7 %

6-10 ans	
<i>n</i>	56
1. Douleur abdominale	25,0 %
2. Fièvre +/- autres	14,3 %
3. EC et DI musculo-squelettique	8,9 %

11-18 ans	
<i>n</i>	73
1. Douleur abdominale	22,0 %
2. Malaise	9,6 %
3. DI musculo-squelettique	8,2 %

3.7. Trois premiers groupes de pathologies en fonction de l'âge

< 3mois	
<i>n</i>	65
1. Gastro-entérologie	35,4 %
2. Pneumologie	18,5 %
3. ORL	13,8 %

3 mois-1 an	
<i>n</i>	88
1. Gastro-entérologie	29,5 %
2. ORL	27,7 %
3. Pneumologie	18,2 %

1-2 ans	
<i>n</i>	127
1. ORL	29,1 %
2. Gastro-entérologie	18,1 %
3. Pneumologie	15,0 %

3-5 ans	
<i>n</i>	91
1. ORL	24,2 %
2. Gastro-entérologie	22,0 %
3. Pneumologie	15,4 %

6-10 ans	
<i>n</i>	56
1. Gastro-entérologie	37,5 %
2. Dermatologie	14,3 %
3. Neurologie	9,0 %

11-18 ans	
<i>n</i>	73
1. Gastro-entérologie	24,7 %
2. Neurologie	20,5 %
3. Dermatologie	11,0 %

	GE	ORL	Pneumo	Dermato	Neuro	Autres	Total
<i>n</i>	131	93	70	57	38	111	500
< 3 mois	35,4	13,8	18,5	9,2	1,5	21,4	100,0
3-12 mois	29,5	22,7	18,2	8	4,5	17	100,0
1-2 ans	18,1	29,1	15	12,6	7,9	17,4	100,0
3-5 ans	22,0	24,2	15,4	13,2	3,3	22	100,0
6-10 ans	37,5	5,4	7,1	14,3	8,9	26,9	100,0
11-18 ans	24,7	2,7	6,8	11	20,5	35,3	100,0
Total	26,2	18,2	14	11,4	7,6	22,2	100,0

Chi2

	GE	ORL	Pneumo	Dermato	Neuro
< 3mois/3-12mois	<	<	<	<	<
< 3mois/1-2ans	7	5,5	<	<	3,2
< 3mois/3-5ans	3,4	2,5	<	<	<
< 3mois/6-10ans	<	2,4	3,4	<	3,4
< 3mois/11-18ans	<	5,8	4,3	<	12,1
3-12mois/1-2ans	4	<	<	<	<
3-12mois/3-5ans	<	<	<	<	<
3-12mois/6-10ans	<	7,7	3,5	<	<
3-12mois/11-18ans	<	13,5	4,5	<	9,5
1-2ans/3-5ans	<	<	<	<	2
1-2ans/6-10ans	8	12,9	2,2	<	<
1-2ans/11-18ans	<	20,6	2,9	<	6,8
3-5ans/6-10ans	4,2	8,7	2,2	<	<
3-5ans/11-18ans	<	14,9	2,9	<	12,3
6-10ans/11-18ans	2,5	<	<	<	3,2

Ce sont les moins de 3 mois et les 6-10 ans qui se détachent significativement pour la gastro-entérologie. Pour l'ORL ce sont les 3 mois à 5 ans, pour la pneumologie, les moins de 3 mois à 5 ans et pour la neurologie, les 11-18 ans.

Il n'existe aucune différence significative pour la dermatologie.

VI. DISCUSSION

1. Méthodologie de l'étude et ses limites

Les 500 dossiers ont été répertoriés sur une période hivernale, du 27 janvier au 7 mars 2014. Cette période implique donc un biais de sélection dû à l'afflux de maladies virales et bactériennes. Une étude sur l'année ou une étude comparative sur une période estivale serait intéressante et utile, afin de comparer les motifs d'entrée.

Le choix s'est porté sur la période d'activité des médecins libéraux (9 h -20 h), afin de pouvoir comparer le taux d'enfants adressés à ceux consultant spontanément.

Aux UP de Périgueux, 70 % des passages ont lieu entre 8 h et 20 h. L'enquête de la DRESS de 2002 fait apparaître elle aussi un nombre de consultations aux UP plus important le jour (79 % entre 8 h et 20 h)¹⁹. Celle de 2013 montre que la plupart des patients se rendent aux urgences dans la journée et en début de soirée, jusqu'à 20 h ; un quart des passages seulement a lieu entre 20 h et 8 h, et 10 % entre minuit et 8 h⁴⁰.

Une étude 24/24h serait également intéressante afin de comparer le pourcentage de parents consultant spontanément aux urgences pendant les horaires d'activité des médecins libéraux et celles de fermeture des cabinets.

D'autres données auraient été intéressantes à collecter : le suivi de l'enfant par un médecin ou pédiatre libéral référent, la distance entre la commune d'habitation de l'enfant et le cabinet du médecin, une éventuelle consultation chez un médecin libéral ou aux UP dans les jours précédents la venue aux urgences. Déterminer si ces secondes consultations sont liées à une erreur d'appréciation du diagnostic ou de la gravité, à un traitement insuffisant, à un manque de confiance sur le premier avis, à la survenue d'une complication ne pouvant être prévenue et dont on avait informé les parents, ou à un éventuel abus d'utilisation de la structure⁴¹.

2. Discussion des résultats

2.1. Âge

La répartition des enfants par tranche d'âge montre un taux élevé d'enfant de moins de 1 an (30,6 %), ceci est en accord avec les résultats de l'étude de la DRESS réalisée en 2003 dans laquelle les enfants de moins de 1 an ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (48 %, soit 1,7 fois plus que les enfants de 1 à 5 ans)⁴².

L'âge moyen de notre population d'étude est de 4,41. Ce résultat correspond à ceux recueillis dans d'autres études^{17,33,43}. 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 des enfants plus âgés. Pour ces jeunes enfants, l'inquiétude exprimée par les parents est plus grande. 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.

L'étude de Stagnara J. *et al.* 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 même³³.

2.2. Territoire d'attractivité de l'hôpital et temps de trajet entre le domicile et l'hôpital

La majorité des consultants habitaient dans la zone d'attractivité du CH et près de 43 % des patients ayant consulté aux UP ont parcouru un temps de trajet inférieur à 15 minutes. Le rapport de la DREES en 2003 va dans ce sens : dans ce rapport, 47 % des patients interrogés déclarent venir aux urgences, car l'hôpital est l'endroit le plus proche de leur domicile⁴⁴.

Par contre, l'étude de Berthier M. *et al.* réalisée à Poitiers en 2003 ne fait pas apparaître de phénomène semblable : 23 % résident à moins de 5 km du CHU, 32 % entre 5 et 20 km, 24 % entre 20 et 40 km, et 21 % à plus de 40 km⁴³.

2.3. Mode d'entrée

94,4 % des enfants sont arrivés par leurs propres moyens, 3,6 % par les pompiers, 1,6 % par ambulance, et à 0,4 % par le SMUR. Dans le rapport de la DRESS 2014, 69 % des patients sont arrivés par leurs propres moyens, 11 % par les pompiers, 11 % par taxi et ambulance et 0,4 % par le SMUR⁴⁰.

2.4. Enfants adressés et non adressés

69 % des enfants ont consulté spontanément aux UP, 19,4 % ont été adressés par un MG et 11,4 % s'y sont rendu sur l'avis téléphonique d'un médecin (MG, médecin régulateur du SAMU, médecin urgentiste).

Ces chiffres concordent avec ceux de la littérature. On constate qu'aux UP, la proportion des enfants adressée par un MG est faible.

Dans le rapport de la DRESS de 2003, la très grande majorité des usagers interrogés (62 %) ont pris seuls ou avec leur entourage la décision de se rendre aux urgences. Les parents des nourrissons de moins d'un an prétendent souvent être venus sur avis médical (dans 41 % des cas), même si la majorité a pris la décision seule (58 %). Seuls 27 % des parents déclarent avoir essayé d'appeler et de voir un médecin avant de venir aux urgences, 16 % des patients (de tout âge) indiquent avoir été envoyés aux urgences par leur médecin traitant et 10 % s'y sont rendus sur l'avis d'un autre praticien (médecin de garde, autre MG, spécialiste en ville, hospitalier ou médecin du SAMU). Au total, un quart des patients invoquent un avis médical comme étant à l'origine de leur venue. 11 % des patients déclarent avoir été orientés par un professionnel non médical, essentiellement les pompiers (8 %), les autres intervenants (infirmiers, pharmaciens ou police secours) restent marginaux⁴⁴.

Dans le rapport de l'APHP sur les urgences de 2001 à 2004, 70 % des patients disent s'être présentés directement aux urgences, 27 % ont utilisé un mode de transport sanitaire, 10 à 15 % seulement ont été orientés par un médecin traitant⁴⁵.

De même pour plusieurs études, plus ou moins anciennes, dans lesquelles les fourchettes sont équivalentes : 15 à 25 % des patients sont adressés par un médecin (MT, pédiatre, maison médicale de garde, PMI, structure type SOS), 12 à 17 % par le MT^{16,46,47}.

Ce phénomène est ancien. Une étude réalisée à Grenoble en 1986⁴⁸ établit six groupes significatifs de parents qui consultaient aux UP :

- le type A (25 %) correspond aux parents envoyés par le MG ou le pédiatre. Ces patients recourent spontanément à l'hôpital en cas d'état grave ;
- le type B (13 %) correspond aux parents qui après un premier examen médical se sont référés d'eux-mêmes à l'hôpital ;
- le type C (17 %) correspond aux parents excessifs dans leur recours à l'hôpital qui font davantage confiance à la compétence du personnel hospitalier qu'à celle d'un médecin seul ;
- le type D (8 %) correspond aux parents qui sont guidés par la bonne image qu'ils ont de l'hôpital du fait de contacts antérieurs ;
- le type E (21 %) correspond à des parents qualifiés d'anxieux qui ne pensent pas habituellement à l'hôpital, mais qui y ont recours pour avoir une réponse à leurs angoisses, souvent pour de jeunes enfants ;
- le type F (16 %) correspond à des parents démunis qui voient dans les urgences pédiatriques un centre médical ordinaire ouvert en permanence et offrant des facilités financières.

2.5. Gravité

Le rapport de la Cour des comptes a mis en avant le paradoxe entre la multiplication par deux du nombre de passages aux urgences en France entre 1990 et 2004 (7 à 14 millions) et la faible proportion d'urgences graves ou vitales⁴⁹.

Nous avons classé 61,4 % des enfants en CCMU 1 et 31 % en CCMU 2. Ces chiffres concordent avec ceux du bilan 2008 du bilan d'activité des services d'urgences de l'ARHIF où les passages classés en CCMU 1 et 2 (état clinique stable) représentent 96 % des passages des enfants²³ et ceux de l'étude de Hue V *et al.*, où les CCMU 1 et 2 représentent la majorité des enfants (87 %)⁴⁷.

Cette proportion élevée de CCMU 1 et 2 reflète de façon significative la dérive du système, et explique le nombre important de consultations aux UP sur les 10 dernières années, avec un taux d'hospitalisation qui stagne. Ces catégories relèvent a priori de consultation en médecine générale.

La part des pronostics vitaux (CCMU 4 et 5) est quasiment négligeable dans notre étude (0,8 %), l'APHP l'évalue à 1,4 % des patients⁴⁵.

2.6. Mode de sortie

Dans notre étude, 82,2 % des enfants sont retournés à domicile après leurs passages aux urgences, 3,2 % ont été surveillés en UHCD et 13,6 % ont été hospitalisés.

Dans la littérature, le taux d'hospitalisation des UP est aussi relativement faible : dans l'étude de Berthier M. *et al.*, 22 % des enfants ont été hospitalisés, 59 % ont eu une simple consultation, 19 % sont restés quelques heures en UHCD. À noter que 41 % des enfants ont eu une simple consultation sans nouvelle prescription à la sortie et que pour 48 % des enfants, il n'a pas été nécessaire d'avoir un avis spécialisé ou un bilan complet⁴³. Dans l'étude de la DRESS en 2013, 76 % des patients sont rentrés à domicile, et 20 % ont été hospitalisés⁴⁰. Gauthier A. dans son étude aux UP en région parisienne, obtient 17 % d'hospitalisation⁵⁰. Pour l'APHP, le taux d'hospitalisation s'élève à 15 %, avec une grande variabilité selon les centres. Les admissions en unité d'hospitalisation de courte durée concernent en moyenne 6,2 % de la totalité des passages. Et 83 % des patients retournent à leur domicile après leur prise en charge pour une pathologie ne relevant pas d'un pronostic vital ou fonctionnel⁴⁵.

2.7. Motifs d'entrée

Dans notre étude, la fièvre arrive largement en tête (26,8 %), devant les douleurs abdominales (8 %), la toux (7,6 %) et les éruptions cutanées 6,8 %.

Le rapport de la DREES en 2003 a étudié les motifs de recours aux urgences. Pour les enfants de moins de 1 an, la fièvre (47 %), les vomissements ou diarrhées (35 %) prédominent. L'une au moins de ces deux causes est citée chez 68 % d'entre eux.

Ces circonstances demeurent fréquentes chez les enfants de moins de 6 ans (respectivement 35 et 15 %), mais viennent au second plan par rapport aux accidents et à la douleur (39 et 42 % des cas). Pour la quasi-totalité (89 %) des enfants de 6 à 15 ans, c'est un accident ou une douleur qui explique leur venue aux urgences. La sensation de gêne est une raison fréquemment invoquée chez les enfants de moins de un an (28 %)⁴⁴.

Le rapport de la DRESS de 2014 montre aussi que les motifs de recours aux urgences sont très variables selon l'âge du patient : jusqu'à 5 ans, les enfants sont pris en charge pour des pathologies variées : sphères ORL et respiratoire, gastro-entérologique, pathologies traumatiques et problèmes spécifiques aux nourrissons comme les troubles alimentaires, la fièvre, l'ictère néonatal, etc. Entre 10 et 14 ans, les motifs de recours se concentrent sur

la traumatologie avec un taux de recours atteignant 0,7 pour 1000, en lien principalement avec des chutes et des accidents de sport ou domestiques⁴⁰.

Dans l'étude de Stagnara J. *et al.* sur les consultations spontanées, en début d'hiver, la fréquence des signes ORL atteint 49 % et celle des signes respiratoires 25 %. La part des troubles digestifs reste stable tandis que celle des pathologies cutanées et ostéo-articulaires diminue. Le motif de consultation est le plus souvent d'ordre médical, soit une douleur, une gêne physique, une crainte de complications, et plus rarement un sentiment de gravité immédiate³³.

2.8. Gravité et mode de sortie en fonction des enfants adressés et non adressés

2.8.1. Médecins libéraux adressant les enfants à l'hôpital

27 % des enfants hospitalisés ont été envoyés par un MG, contre seulement 9,3 % pour les consultations spontanées. Les pourcentages des enfants classés en CCMU 2 et 3 étaient significativement plus élevés pour les enfants adressés par un MG ou après avis téléphonique. L'hypothèse initiale est vérifiée.

Ceci est concordant avec l'étude d'Andrea S. *et al.* qui a été réalisée de 2004 à 2008 sur 121 088 enfants se présentant aux UP de Cincinnati (90 000 visites par an). 26 % des enfants ont été retenus sur les critères d'inclusion suivants : fièvre, douleurs abdominales et symptomatologie respiratoire. L'envoi d'un enfant aux UP par un médecin de premier recours était associé de manière significative et indépendante à une plus grande gravité de la maladie et à une plus grande utilisation de moyens. Ainsi le statut « adressé par un médecin » a été intégré dans les algorithmes de processus de triage pour l'évaluation de la gravité dans les UP⁵¹.

L'American College of Emergency Physicians a édité des recommandations concernant les motifs de consultations justifiés aux urgences. Le critère « Adressé par un professionnel de santé » en fait partie.

Dans l'étude de Richier P. *et al.* en 2015, les enfants étaient classés en catégorie « urgente justifiée » lorsque l'enfant était adressé par un professionnel de santé. 63,9 % des enfants ont été hospitalisés lorsque les enfants étaient adressés par la médecine de ville contre 17,1 % lorsque les parents avaient consulté directement sans avis préalable⁵².

Dans l'étude de la DRESS de 2013, la part des patients hospitalisés était plus élevée quand le conseil final de se rendre aux urgences émanait d'un médecin, du SAMU ou des pompiers (30 % *versus* 10 % pour les patients venus de leur propre initiative)⁴⁰.

Ce phénomène est ancien.

En 1989, une étude aux UP de Montréal, réalisée sur 562 enfants a montré une hausse significative du taux d'admission médicale approprié lorsque l'enfant était vu et adressé par son médecin traitant (de 29 à 47 %)⁵³.

Dans l'étude Martinot A. *et al.* en 1999, à Nantes et à Lille, les taux d'admission médicale appropriée passaient, respectivement, de 45 % et 64 % lorsque les parents amenaient d'eux-mêmes l'enfant, à 83 % et 82 % lorsque celui-ci était adressé par un médecin⁵⁴.

Une étude réalisée en 1997 aux UP d'un hôpital américain a montré l'importance du triage téléphonique : le taux de consultations appropriées passait de 60,5 % à 80,2 % lorsque les parents avaient appelé une ligne téléphonique réservée aux conseils médicaux pédiatriques⁵⁵.

Parallèlement, dans notre étude, 73,2 % des enfants adressés par un médecin traitant sont retournés à leur domicile après la consultation aux urgences.

Chez les enfants rentrés à domicile à l'issue de leurs passages aux urgences, le nombre d'actes complémentaires et thérapeutiques (CCMU 2) était plus élevé lorsque l'enfant était adressé préalablement par un médecin (46,5 % *versus* 21,1 %). Ceci peut être expliqué par le fait que les médecins urgentistes sont plus vigilants lorsque l'enfant est adressé par un confrère.

Que peut attendre le MG d'une consultation aux UP ?

Dans l'enquête réalisée par Bouboucha E. en 2010 sur les circonstances qui amènent les MG du Val de Marne à adresser leurs patients aux UP, les principales raisons retrouvées étaient : la nécessité d'un traitement qui ne peut être mis en place au cabinet (perfusion/aérosol) (42 %), la demande d'un avis spécialisé (22 %), la nécessité d'un plateau technique (22 %), la nécessité d'une surveillance (9 %) et le contexte familial défaillant (5 %).

Les principaux facteurs qui ont influencé le médecin dans sa décision à adresser au service d'urgence pédiatrique étaient : le manque de moyen pour la prise en charge, le jour de la semaine et le moment de la journée, le contexte familial défaillant, l'angoisse et/ou la pression des parents⁵⁶.

Dans l'étude de Martinot A. *et al.*, les motifs invoqués étaient : avis spécialisé (39 %), traitement (27 %), examens complémentaires (22 %), dont les 2/3, réalisables en ville au moment de la demande, et mise en observation de l'enfant (12 %).

La demande d'hospitalisation était pourtant encore mise en avant plus d'une fois sur deux dans les lettres des médecins⁵⁴.

Il est aussi nécessaire de mettre en avant la différence de perception et d'appréciation de l'urgence pédiatrique entre le MG et l'urgentiste. Cette discordance a des causes multifactorielles, notamment un mode d'exercice et de prise en charge, ainsi qu'un environnement très différent. Dans son étude sur l'évaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences, Debecque G. *et al.* met en avant une différence de perception sur les critères qui doivent figurer sur le courrier d'admission. Les critères les plus importants pour le MG ne sont pas ceux attendus par l'urgentiste⁵⁷. Stagnara J. note une différence d'appréciation entre médecins libéraux et hospitaliers concernant l'orientation dans le système de soins. Pour les médecins libéraux, le circuit du patient avant sa prise en charge est jugé globalement satisfaisant dans 82 % des cas contre 50 % pour les médecins hospitaliers et inacceptable dans 3 % des cas contre 13 à 20 % pour l'urgentiste³³.

Même si les MG sont formés au cours de l'internat à la gestion de l'urgence, ils se plaignent parfois d'un manque de matériel et de pratique face à l'urgence⁵⁸. Les protocoles de prise en charge en urgence sont peu voire pas applicables en cabinet de ville. Dans une autre étude de Martinot A. *et al.*, les MG se déclaraient intéressés par une formation complémentaire en médecine d'urgence pédiatrique. En effet le nombre décroissant de pédiatres en ville doit faire repenser la pratique de la pédiatrie par les MG, avec la nécessité de formations et de mises à jour perpétuelles⁵⁹. Dans l'article de Gill PJ. *et al.*, la baisse du seuil de gravité à partir duquel le médecin libéral adresse un enfant à l'hôpital est une des causes potentielles cités responsable d'une augmentation observée du nombre d'enfants admis aux UP pour des séjours très courts²².

Nous pouvons rajouter des hypothèses de paramètres qui peuvent influencer le recours aux urgences pour le MG :

- le fait de ne pas être le médecin traitant de l'enfant ;
- le manque de temps ;
- la surcharge de travail.

2.8.2. Consultations spontanées

82 % des parents et enfants consultant de manière spontanée sont retournés à domicile à l'issue de la consultation. Comment peut-on expliquer cela ?

a) *La mauvaise appréciation du degré d'urgence*

Le grand nombre de consultations non justifiées peut être lié en partie à la mauvaise estimation du degré d'urgence par les parents. Cela peut les amener à surestimer les besoins d'accès aux examens complémentaires et la nécessité d'une structure hospitalière pour la prise en charge de leur enfant.

Du fait de leur mode de vie et de leur petite taille, les familles ont souvent perdu les savoirs profanes qui se transmettaient auparavant d'une génération à l'autre, et ne se sentent pas compétentes. Elles ne différencient pas les signes justifiant un recours hospitalier urgent de ceux nécessitant une consultation médicale rapide ou différée. Par ailleurs, le recours aux soins est relativement facile, la rapidité d'intervention valorisée, et les contraintes d'organisation qui pèsent sur les parents qui travaillent sont souvent fortes³³.

L'expérience parentale est ainsi primordiale. Dans l'étude d'Oberlander TF., le motif de consultation aux urgences était plus adapté chez les parents ayant une expérience des soins aux enfants⁵³.

Plusieurs études montrent à quel point le degré d'urgences est souvent mal apprécié par les parents pour qui la perception est différente de celle des professionnels de santé.

Dans l'étude de Stagnara J. *et al.*, les problèmes sont jugés sérieux ou graves par les parents dans 10 à 40 % des cas selon la filière, alors que selon les médecins, le recours à la consultation en urgence n'est justifié que dans 13 % des cas³³.

De même dans une étude anglaise de 1998 sur la perception des parents et des professionnels de santé quant à la nécessité d'admettre un enfant aux UP, 99 % des parents déclarent penser que l'admission de leur enfant était nécessaire alors que les professionnels de santé estiment que seuls 71 % des admissions l'étaient⁶⁰.

Toujours en 1998, une étude sur l'analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière aux UP a montré que la moitié des consultations médicales spontanées seront a posteriori évaluées comme inadéquates et relevant d'une prise en charge préhospitalière⁶¹.

D'après Valdes L. *et al.*, 60 % des consultations aux UP relèvent de la médecine générale et seulement 10 % peuvent être considérées comme des urgences vitales⁶².

L'étude de Billings J. *et al*⁶³. a analysé en 1994 et 1998 les caractéristiques des consultations dans les services d'urgences de New-York (étaient exclu les blessures, les problèmes de santé mentale et les abus d'alcool et de drogue). Les résultats de 1998 ont révélé que pour les enfants de 0 à 17 ans, 41,6 % des problèmes n'étaient pas urgents, 33,6 % étaient urgents mais traitables par un praticien de soin primaire, 7,6 % nécessitaient des soins urgents aux urgences, mais auraient pu être prévenus ou évités, et 14,8 % nécessitaient des soins urgents aux urgences et n'auraient pas pu être prévenus ou évités.

En 2007, une étude qualitative de patients relevant de la médecine générale sur les critères de sélection CCMU 1 et 2 a été réalisée dans des services d'urgences adultes. 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 déclaré⁶⁴.

L'étude de Gauthier A. a estimé à 50 % le taux de consultations justifiées⁵⁰.

La comparaison est à faire avec prudence, car la définition des recours justifiés et les critères d'inclusion sont différents selon les études.

Selon le rapport de la DRESS en 2003, pendant le laps de temps entre l'apparition de leur problème de santé et leur venue aux urgences, un tiers des patients seulement ont tenté une démarche, généralement pour contacter un médecin. 32 % des patients se présentant spontanément aux urgences pensaient nécessaire une hospitalisation. Les parents des nourrissons invoquent beaucoup plus souvent un « sentiment de gravité ou le besoin d'être hospitalisé » (42 %), mais surtout l'existence d'un « traitement antérieur sans amélioration »⁴⁴.

b) *La convenance personnelle*

Selon Stagnara J. *et al.*, dans 25 à 50 % des cas, les motifs évoqués étaient non médicaux (approche du week-end, convenance personnelle, absence ou indisponibilité du médecin traitant)³³.

Dans le rapport de la DREES en 2003, les usagers disent avoir eu besoin que leur problème soit réglé rapidement pour des raisons personnelles dans 38 % des cas⁴⁴.

c) *Le coût de la consultation*

L'étude de O'Grady KF. *et al.*, réalisée dans plusieurs services d'urgences adultes américains en 1992 a montré que lorsque l'assurance des patients prend en charge à 100 % les frais, ils dépensent 40 % de plus aux urgences que s'ils doivent tout payer. Leur quantité de consultations pour des pathologies bénignes est supérieure de 90 % et pour les pathologies graves, supérieure de 30 %. Une plus grande proportion de leurs soins primaires était dispensée aux urgences. Une participation des patients de 25 % ou plus semblait limiter les consultations pour des pathologies bénignes. Elle diminuait aussi les consultations pour motifs graves, mais dans une moindre mesure. Indépendamment de la couverture, les personnes à faibles revenus consultaient plus aux urgences, probablement par habitude malgré leur couverture actuelle⁶⁵.

Dans l'étude de Nicolas J. *et al.* réalisée aux UP de Montpellier, on retrouve une précarité absolue demandant des mesures sociales urgentes dans 0,7 % des cas, une précarité reconnue et bien gérée dans 13,3 %, une précarité méconnue et/ou compliquée d'une dégradation importante de la qualité de vie dans 22,2 % des cas et les familles sans problème apparent étaient de 33,7 %⁶⁶.

Dans le rapport de la DRESS en 2003, chez les patients se présentant spontanément aux urgences, l'absence de nécessité d'avancer les frais de consultation était évoquée dans 10 % à 16 % des cas⁴⁴. En revanche, dans le rapport de 2014, « la gratuité » est rarement indiquée (2 %) dans le recours aux urgences⁴⁰.

d) *Les facteurs liés au médecin traitant*

Les plages horaires de consultations libres, fréquentes il y a quelques années, répondaient au besoin de consultations urgentes. Mais l'évolution des modes de pratique des médecins, qui souhaitent contrôler leur emploi du temps, et le souhait des patients d'avoir un minimum d'attente dans le cabinet ont conduit la plupart des médecins à supprimer les consultations libres au profit de consultations programmées au milieu desquelles ils glissent quelques créneaux disponibles en cas de demandes de dernière minute, la cause étant leurs nombres trop faibles pour répondre à la demande en période épidémique⁶⁷.

Dans l'étude de O'Grady KF. *et al.*, 7 % des patients affirment avoir été chez leur MG qui les a directement envoyés aux urgences, 15 % sont venus, car ils étaient mécontents du traitement

ou de l'avis du MG, 7,4 % n'ont pas été voir leur médecin, car ils en étaient mécontents, 14,6 %, car le délai d'attente était trop long, 6,3 %, car leur médecin n'était pas disponible, et 24 % ont considéré que le problème ne relevait pas de leur médecin traitant⁶⁵.

Selon le rapport de la DREES en 2003, 87 % des usagers des urgences disent avoir un médecin « habituel ». Cette proportion, toujours forte, varie toutefois avec l'âge, pour les jeunes de 16 à 25 ans elle s'élève à 80 % et dépasse 96 % pour les enfants de moins d'un an. Malgré tout, à peine plus d'un quart des patients qui ont un médecin traitant disent avoir essayé de le joindre. Ceux qui n'ont pas cherché à le contacter expliquent le plus souvent qu'ils n'y ont pas pensé (33 % d'entre eux) ou qu'ils étaient en dehors de ses horaires de rendez-vous (20 %).

Chez les patients se présentant spontanément aux urgences, l'absence d'amélioration sous traitement était évoquée dans 10 % des cas, surtout chez les enfants. L'absence du médecin traitant était évoquée dans 23 % des cas⁴⁴.

L'étude d'Oberlander TF. a toutefois montré que le fait d'avoir un médecin traitant était lié à une diminution du nombre de consultations inappropriées aux urgences⁵³.

En 2000, une étude réalisée en Grande-Bretagne par Rapjar F. *et al.*, a montré qu'une fois que les patients avaient fait appel à un médecin de garde, ils étaient plus susceptibles de faire à nouveau appel à lui plutôt que de venir aux urgences⁶⁸. De la même façon on peut imaginer que les patients utilisant les urgences y reviennent plus facilement une fois l'expérience vécue.

e) Les problèmes psychosociaux

Selon le rapport de la DREES en 2003 les usagers des urgences ont un niveau d'études globalement plus élevé que celui de l'ensemble de la population : 35 % contre 31 % ont au moins le baccalauréat (général ou technique).

Ceci va de pair avec la forte présence de jeunes et de parents de jeunes enfants dans la patientèle des urgences, le niveau de diplôme étant en général plus élevé chez les jeunes générations⁴⁴.

Dans l'étude de Nicolas J. *et al.*, une vulnérabilité psychologique est retrouvée dans 30,4 % des familles consultant aux UP.

On peut imaginer que les familles, éclatées ou transplantées souvent isolées ou en situation précaire, trouvent dans les urgences un refuge⁶⁶.

L'étude de Berthier M. *et al.* a essayé de caractériser la population des UP au CHU de Poitiers, en comparant les familles n'ayant pas de difficultés socio-économiques avec les familles monoparentales ayant l'Allocation Parent Isolé et les familles ayant la CMU et la CMU complémentaire. Les enquêteurs ont constaté que les motifs de consultations et les niveaux de gravité étaient comparables, ainsi que pour les horaires de fréquentation des urgences⁴³.

De la même façon, dans l'étude de Shesser R. *et al.* réalisée en 1991 dans un service d'urgence américain, il n'y a pas de différences ethniques, éducationnelles ou économiques chez les patients venant pour des pathologies bénignes⁶⁹.

f) La disponibilité du plateau technique

Selon Stagnara J. *et al.*, l'assurance d'avoir tout sur place était une des premières causes de consultation directe aux urgences³³.

Selon le rapport de la DREES en 2003, 44 % des patients interrogés venaient aux urgences, car ils pensaient nécessaire de devoir faire des examens et 43 % afin de recourir à un avis spécialisé. Les parents des enfants de moins 5 ans ayant eu recours aux urgences sans avoir été hospitalisés pensaient avoir besoin d'une radiographie dans 25 % des cas⁴⁴.

g) La méconnaissance du système de soin

Dans le rapport de la DREES en 2003, les trois quarts des patients ignoraient que l'on peut obtenir une radiographie sans ordonnance, 20 % ne savaient pas s'il existait un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé, et 25 % ignoraient l'existence d'un centre de soins ou dispensaire à proximité.

Enfin, 9 % des usagers ont déclaré ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient, ou non, connaissance de son existence⁴⁴.

h) La confiance en l'hôpital

Selon Rehel P., l'hôpital est ressenti par les patients comme un lieu de compétence, de dévouement, de gentillesse et de sécurité dans 85 à 88 % des cas⁷⁰.

Dans le rapport de la DREES de 2003, 87 % des enfants de 6 à 15 ans avaient déjà consulté dans le même service pour eux-mêmes ou un autre membre de la famille⁴⁴.

i) Autres

Dans le rapport de la DREES en 2003, les usagers ont évoqué comme motif de consultation directe aux urgences une récurrence d'un problème, le souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital, le besoin d'une attestation médicale et le besoin d'un avis médical dans 5 à 8 % dans cas pour chacun⁴⁴.

Dans l'article de Gill PJ. *et al.*, des causes potentielles d'augmentation observée du nombre d'enfants admis aux UP pour des séjours très courts sont citées²² :

- hausse du nombre de parents à qui la NHS Direct (Système de santé au Royaume-Uni) recommande d'amener leur enfant à l'hôpital ;
- hausse du nombre de parents emmenant leur enfant à l'hôpital sans demander l'avis préalable de la NHS ;
- les parents et tuteurs ont moins envie de s'occuper des enfants à la maison en cas de problème de santé mineur ;
- les parents et les tuteurs tolèrent moins l'incertitude quand il s'agit de la santé de l'enfant ;

2.9. Motif d'entrée en fonction des enfants adressés et non adressés

A posteriori il aurait été intéressant d'étudier plus finement le paramètre fièvre : durée, intensité, tolérance, en fonction des adressés et non adressés.

Le pourcentage d'enfants ayant des douleurs abdominales est plus élevé lorsque l'enfant a été adressé par un MG (14,4 %) ou après AT (13,8 %) que lors des consultations spontanées.

On peut penser que les médecins en ville reçoivent plus facilement en urgence les enfants ayant des douleurs abdominales que les enfants fébriles, ayant des symptômes ORL, pneumologiques ou cutanées. Ce qui entraîne un pourcentage d'envoi aux urgences plus élevé. Autre hypothèse, dans les croyances communes, les douleurs abdominales sont moins inquiétantes ou autant qu'un autre symptôme chez l'enfant, tandis que le médecin a la hantise de l'appendicite et prend beaucoup plus de précautions avec un envoi systématique en cas de doute. D'autant plus que les recommandations sur le sujet restent imprécises.

2.10. Groupe de pathologies en fonction des enfants adressés et non adressés

Que l'enfant soit adressé ou non, les pathologies ORL et gastro-entérologiques sont les plus fréquentes. La neurologie arrive en seconde position lorsque les enfants sont adressés par téléphone, les interlocuteurs envoient certainement plus facilement les traumatisés crâniens aux UP ne voulant pas prendre de risque.

2.11. Temps de trajet en fonction des enfants adressés et non adressés et gravité selon le temps de trajet

Les enfants adressés par un MG ont plus souvent effectué un temps de trajet plus long pour venir aux UP que ceux non adressés. Parallèlement, la gravité augmente avec le temps de trajet. Nous pouvons ainsi en conclure que les parents consultent plus souvent un MG lorsqu'ils sont éloignés de l'hôpital et que c'est la facilité et non la gravité qui motive la venue aux UP pour les parents des enfants habitant à proximité de l'hôpital. Il existe ici un biais, car nous avons pris en compte la distance domicile-hôpital et non la distance cabinet-hôpital pour les enfants adressés.

2.12. Mode de sortie et gravité en fonction de l'âge

Les enfants de moins de 3 mois sont significativement plus souvent gardés en hospitalisation que les autres tranches d'âge, ce qui coïncide avec les conduites de surveillance à tenir à cet âge. La décision d'hospitaliser ou non un patient est particulièrement difficile chez le jeune enfant où le potentiel évolutif des maladies est difficile d'appréciation⁷¹. Les 11-18 ans sont les plus souvent surveillés en UHCD et ont un taux de gravité plus élevé. Ceci est cohérent avec les deux premiers motifs d'entrée pour cette tranche d'âge : douleurs abdominales et malaises.

3. Solutions ?

3.1. Informations aux parents

Les médecins peuvent se trouver désarmés face à des patients surinformés, mais mal informés. La multiplication des sites internet et forums non médicaux, sur lesquels sont présentes des informations plus ou moins fiables, en est une des principales causes. Dans l'ensemble, les parents ne sont probablement pas assez correctement formés à la puériculture. Il pourrait être intéressant de leur inculquer certaines connaissances médicales minimales, leur permettant de mieux appréhender la gravité de l'état de leur enfant.

L'éducation est déjà faite à plusieurs niveaux. Il existe effectivement des informations accessibles et détaillées dans les carnets de santé et sur des sites internet fiables.

Le site de l'association COURLYGONES⁷² met à disposition des plaquettes d'information à l'usage du grand public et des professionnels, consultables et téléchargeables gratuitement. Cette association a été créée il y a plus de 15 ans par une équipe de professionnels de santé (MG et spécialistes), de paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes), de membres de PMI et de parents. Ils ont mis en commun leurs savoirs et leurs expériences pour créer différents messages de santé permettant l'éducation de parents de jeunes enfants lors de situations d'urgences courantes. COURLYGONES veut informer les acteurs de santé et les usagers de la meilleure utilisation de la permanence de soins en médecine libérale et des urgences hospitalières, avec l'objectif de désengorger les urgences de pédiatrie.

Il existe actuellement 11 plaquettes :

- Votre enfant a de la fièvre
- Votre enfant a la diarrhée
- Votre enfant est gêné pour respirer
- Votre enfant s'est cogné la tête
- Votre bébé pleure beaucoup
- Votre bébé au sein vous inquiète
- J'ai de l'asthme je sais reconnaître une crise
- Mon enfant a de l'eczéma
- Votre enfant est constipé
- Votre enfant s'est brûlé
- Votre bébé dort mal

L'équipe souhaiterait que les fiches soient diffusées au niveau national et que l'ensemble des centres 15 puisse avoir un groupe d'infirmières répondantes capables de les diffuser.

Ces plaquettes pourraient être distribuées à l'accueil et à la fin de chaque consultation aux UP, et à l'occasion de chaque hospitalisation en pédiatrie, mais aussi dans les maternités, dans les salles d'attente et cabinets des MG et pédiatres et dans les médias grâce aux pouvoirs publics, à travers des spots télévisés ou annonces radiophoniques.

D'autres sites d'information existent, comme mpedia.fr⁷³, pediatre-online.fr⁷⁴, sparadrap.org⁷⁵, famili.fr⁷⁶. L'ARS Aquitaine a récemment lancé une campagne de communication régionale nommée « Urgences : à consommer avec modération » en partenariat avec les fédérations hospitalières, les médecins, les professionnels des urgences et l'Assurance maladie. Elle vise à sensibiliser les Aquitains à l'importance de faire appel au dispositif d'urgences de façon raisonnée en apprenant à faire un bon usage du 15⁷⁷.

Ces informations ne sont peut-être pas assez diffusées ou connues.

Concernant le carnet de santé, dont la dernière version date de janvier 2006, les parents peuvent y trouver de nombreux conseils de prévention ciblés sur le développement de l'enfant, des conduites à tenir dans certaines situations, comme la fièvre, les vomissements ou la diarrhée.

3.2. Maisons de santé

Depuis l'enquête de la DRESS en 2002, des mesures ont aussi été prises pour faciliter et simplifier le recours non programmé des patients à un médecin installé en ville, avec notamment l'ouverture de maisons médicales de garde, qui sont des lieux de consultation de médecine générale ouverts aux heures de permanence des soins et à l'attention des soins non programmés. Des moyens sont alloués pour leur fonctionnement, les médecins libéraux y interviennent sur un mode volontaire ; l'accès est régulé par téléphone (circulaire de 2007)¹⁹.

L'ouverture de la maison médicale de Bellepierre à la Réunion en 2006 a permis de diminuer de 46,77 % le nombre d'admissions aux UP pendant les horaires de fermeture des cabinets libéraux⁷⁸.

Si nous allons plus loin, ne serait-ce pas judicieux de placer ces maisons de santé à proximité des urgences avec des MG et des pédiatres recevant les patients relevant de la médecine générale ? On peut aussi envisager que les patients y soient adressés par l'IOA ?

Le temps gagné aux urgences serait précieux et les économies pourraient générer des économies globales pour le système de santé.

Un groupe d'étude des UP de Marseille a mis en place une grille de critères afin d'aider les IAO à effectuer un tri sur des critères objectifs⁷⁹. Un interrogatoire simple et rapide permet de voir et de traiter en priorité les enfants dont l'état est le plus grave.

Ce groupe a élaboré sa propre grille, allant de l'urgence vitale à la simple consultation, en ne retenant que 3 stades de gravité (la majorité des grilles en comptent cinq).

Une codification de gravité décroissante par appareil a été définie en fonction des symptômes les plus fréquemment rencontrés dans les urgences pédiatriques. Cf annexe 3.

Les stades sont les suivants :

- stade I : prise en charge immédiate, directement par un médecin senior ou un interne ;
- stade II : prise en charge dans la demi-heure après l'arrivée ;
- stade III : prise en charge si possible dans les 2 heures.

Les enfants classés en stade II et III sont le plus souvent pris en charge par un étudiant hospitalier avant d'être réexaminés par un interne ou un médecin senior.

Nous avons ainsi décidé d'inclure cette grille au fonctionnement des UP de Périgueux.

3.3. Adaptation du système de soins

Lutter ou gérer ? Les parents souhaitent un accès non différé aux soins. Le système de soins ne répond pas à la demande. Que ce soit en France, aux États-Unis²¹, ou en Angleterre²², les différents systèmes de couverture sociale n'impactent pas ou peu le comportement des usagers vis-à-vis de la demande.

« Les efforts pour freiner cette tendance sont utopiques. L'acharnement réformateur visant les urgences relève d'une vision déformée de la population urbaine². »

L'absence d'une définition consensuelle de ce qui constitue une urgence, d'outils de triage fiables pour la reconnaître et d'un consensus sur le rôle exact des urgences explique l'impossibilité d'identifier le patient « non urgent » et donc de légitimer le refus de soins en urgence. L'amélioration de l'état des centres d'urgence passe par des solutions nouvelles au-delà du cadre strict des urgences, par des évolutions plus importantes du système de santé, voire de la société⁷.

Est-ce aux utilisateurs de s'adapter au système de soins ou est-ce plutôt l'inverse ?

VII. OUVERTURE

Le caractère approprié d'une consultation est déterminé a posteriori lorsqu'on a précisément déterminé le diagnostic et la gravité de l'affection. Cela ne prend en compte ni les incertitudes initiales sur la gravité et l'angoisse qu'elle génère, ni le fait que le plus anodin des symptômes peut masquer le début d'un trouble grave. Effectivement, ce qui peut être perçu comme un motif infondé de recours aux urgences hospitalières à l'initiative du patient, peut ne plus l'être du tout une fois remis en situation contextuelle.

Cet « a posteriori » est donc confortable à analyser.

Aucune étude à ce jour n'a pu établir de caractère fiable concernant la justification d'une consultation, a priori.

Les critères les plus souvent adoptés aux États-Unis sont ceux de De Angelis *et al.* qui consistent en une liste d'affections et de symptômes justifiant le recours à un Service d'accueil et de traitement des urgences (SATU) pédiatrique⁸⁰.

Critères pour juger du caractère approprié d'une admission dans un service d'accueil des urgences pédiatriques (d'après De Angelis et al.)

<u>Diagnostics</u>	<u>Motifs et symptômes</u>	<u>Inquiétude parentale</u>
<p>Affection médicale sévère : Arrêt respiratoire ou cardiaque Épisode de cyanose Convulsion Crise drépanocytaire État de choc Insuffisance cardiaque Acido-cétose diabétique Méningo-encéphalite Coma</p> <p>Ingestion de corps étrangers Intoxication médicamenteuse</p> <p>Traumatisme : - fracture - lacération - morsure - brûlure > 5 % ou affectant une articulation - sévices - cicatrice infectée - corps étranger</p> <p>Affection chirurgicale sévère : - abdomen aigu - hernie étranglée - torsion testiculaire</p> <p>Réaction allergique aiguë</p> <p>Rash diffus de survenue brutale</p> <p>Affection respiratoire : - crise d'asthme - laryngite - pneumopathie - bronchiolite - épiglottite - abcès péri-amygdalien ou rétro-pharyngé - otite moyenne aiguë avec fièvre, douleur, ou otorrhée</p> <p>Tout diagnostic aboutissant à une hospitalisation</p>	<p>Fièvre : ≥ 38°C chez le nourrisson < 2 mois ou un enfant drépanocytaire ≥ 39°C quelque soit l'âge</p> <p>Gastro-intestinaux : - ≥ 2 vomissements ds les 24h chez le nourrisson < 2 mois - ≥ 2 épisodes de diarrhée ds les 24 h chez le nourrisson < 2 mois - déshydratation - rectorragie - hématémèse</p> <p>Toute douleur sévère Douleur localisée avec fièvre > 38°C</p> <p>Taumatisme : - crâne - yeux - abdominal - thoracique - gynécologique - génito-urinaire</p>	<p>Histoire de : - somnolence - irritabilité prononcée - otalgie - vomissements ou diarrhée plus de 5 fois / 24 h</p> <p>Hypotonie brutale Raideur de nuque Fièvre > 39°C</p>

L'American College of Emergency Physicians a édité des recommandations concernant les motifs de consultations justifiés aux urgences. Ces critères n'ont cependant pas été validés comme utiles au triage des patients.

Recommandations de l'ACEP sur la justification des urgences

Douleur importante
État de choc/Déshydratation sévère
Infection sévère
Traumatisme récent
Agression
Trouble psychiatrique
Hémorragie
Nouveau-né
Détresse vitale ou syndrome confusionnel
Transport par police ou pompiers
Adressé par un professionnel de santé

Un des objectifs de la thèse réalisée par Gauthier A. en 2007 à Créteil était de comparer les populations pédiatriques consultant pour des motifs justifiés ou non. Pour ce faire il a établi une version adaptée des recommandations de l'ACEP, prenant en compte les spécificités de la pédiatrie. Cette classification n'a pas été validée par une étude préalable, et reposait sur leur expérience⁵⁰.

Critères de justification des urgences modifiés pour la pédiatrie

Douleur importante
État de choc, déshydratation sévère, intolérance digestive ou débâcle diarrhéique
Infection sévère, fièvre mal tolérée
Traumatisme récent, traumatisme crânien
Agression, maltraitance
Trouble psychiatrique
Hémorragie
Nouveau-né < 3mois
Détresse vitale ou syndrome confusionnel
Détresse respiratoire
Transport par police ou pompiers
Adressé par un professionnel de santé

Parmi les méthodes développées aux États-Unis pour évaluer le caractère pertinent de l'utilisation des ressources, la méthode développée par Gertman et Restuccia⁸¹ en 1981 sur la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation est celle qui a été la plus traduite et validée dans le monde. La méthode repose sur un outil : l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) qui pourrait être traduit par protocole d'évaluation de la pertinence.

L'outil AEP s'appuie sur des grilles comportant des critères objectifs indépendants du diagnostic. Cet outil a été construit pour la médecine et la chirurgie de l'adulte et n'est pas utilisable en l'état pour la pédiatrie. Aux États-Unis, Kreger et Restuccia⁸² en 1989 ont modifié les grilles de critères cliniques de l'AEP, pour les adapter à la pédiatrie. L'appellation de l'outil a alors été PAEP pour Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol. L'admission est jugée pertinente si, 1 ou plusieurs critères de la grille sont présents.

The Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol

A) Critères de sévérité de la maladie

- 1) Perte de conscience brutale (coma ou non réponse) ou désorientation
- 2) Difficultés aiguës ou progressives sensorielles, circulatoires ou respiratoires entraînant une incapacité chez le patient (impossibilité de bouger, se nourrir, respirer, uriner...)
- 3) Perte de la vue ou de l'ouïe brutale
- 4) Perte de la motricité d'une partie du corps
- 5) Fièvre persistante de plus de 37,8° en prise orale ou 38,3° en prise rectale, depuis plus de 10 jours
- 6) Saignement actif
- 7) Déhiscence de plaie ou éviscération
- 8) Déséquilibres hydro électrolytiques ou acides-bases (selon les valeurs suivantes) :
 - Na < 123 mmol/l ou > 156 mmol/l
 - K < 2.5 mmol ou > 5,6 mmol/l
 - Co2 total < 20 mmol/l ou > 36 mmol/l
 - pH artériel < 7,30 ou > 7,45
- 9) Hématocrite < 30 %
- 10) Fréquence cardiaque en dehors des normes suivantes (si enfant de moins de 12 ans : enfant endormi dans l'idéal)
 - 6 mois-2ans : 80-200 bpm/min
 - 2-6 ans : 70-200 bpm/min
 - 7-11 ans : 60-180 bpm/min
 - ≥ 12 ans : 50-140 bpm/min
- 11) Pression artérielle en dehors des normes suivantes :
 - 6 mois-2ans : 70-120 /40-85 mmHg
 - 2-6 ans : 75-125 /40-90 mmHg
 - 7-11 ans : 80-130 /45-90 mmHg
 - ≥ 12 ans : 90-200 /60-120 mmHg
- 12) Nécessité de ponction lombaire si celle-ci n'est pas faite en routine pour les patients ambulatoires
- 13) Conditions ne pouvant pas être prises en charge en ambulatoire :
 - crises convulsives
 - arythmie cardiaque
 - asthme ou croup
 - déshydratation
 - encoprésie (nécessité de lavement)
 - autre problème physiologique
- 14) Problèmes spécifiquement pédiatriques :
 - abus sur enfants
 - non compliance avec nécessité de régime thérapeutique spécifique
 - nécessité d'observation particulière ou de surveillance rapprochée du comportement incluant l'apport énergétique dans les cas de retard staturo-pondéral

B. Intensité du service

- 1) Urgence ou procédure prévue nécessitant :
 - anesthésie générale ou régionale
 - utilisation d'équipements, dispositifs ou procédures disponibles seulement à l'hôpital
- 2) Traitement dans une unité de soins intensifs
- 3) Nécessité de monitoring de signes vitaux toutes les 2 heures ou plus souvent
- 4) Médicaments intraveineux
- 5) Injection intramusculaire pour lutter contre une réaction anaphylactique
- 6) Injection intramusculaire d'antibiotiques au moins toutes les 8 h
- 7) Utilisation d'assistance respiratoire de façon continue ou intermittente au moins toutes les 8 heures

Une étude portant sur la comparaison de la pertinence du recours aux urgences a priori ET a posteriori serait judicieuse.

Il serait alors intéressant de créer un questionnaire avec des critères d'urgences subjectives à rajouter aux critères des auteurs précédemment cités. Celui-ci serait rempli par le médecin qui prend en charge l'enfant initialement, avant le résultat des examens et du diagnostic posé.

Cette pertinence serait comparée avec celle a posteriori, une fois l'enfant pris en charge, à la sortie de la consultation ou d'une hospitalisation, et ce, basé sur des critères validés, déjà existants.

Un travail sur le sujet est en cours.

VIII. CONCLUSION

Nous avons mis en évidence que la gravité et le taux d'hospitalisation étaient plus élevés lorsque l'enfant était adressé au SAU pédiatrique après un avis médical (téléphonique ou consultation par un MG). Nous avons aussi constaté un fort taux de consultations spontanées. Nous pouvons en tirer certaines conclusions.

- Aux urgences pédiatriques, un enfant adressé par un MG ou un pédiatre doit faire partie des critères de gravité.
- Afin de permettre aux parents d'avoir les bons réflexes concernant les symptômes courants et d'utiliser à bon escient le recours au médecin traitant et aux services d'urgences pédiatriques, des plaquettes d'informations réalisées par des professionnels de santé à l'usage du grand public pourraient être distribuées dans des endroits clés. Il s'agirait de délivrer une information simple, mais non simpliste, compréhensible par tous et reposant sur des sources d'information validées. Les plaquettes de l'association Courlygonnes répondent à ces critères et sont téléchargeables gratuitement sur leur site.
- Il s'agit aussi de discuter de ces informations avec les parents et pas seulement de les diffuser. L'inscription de notes sur l'ordonnance et dans le carnet de santé par le MG, le pédiatre, ou l'urgentiste est primordiale pour consolider l'information orale.

- Il faut encourager les soignants des services de PMI et des maternités à éduquer leurs patientes.
- La mention du coût des différentes prises en charge pourrait aussi participer à la responsabilisation des parents.
- Les MG et les pédiatres doivent revendiquer leur place de premier contact avec le système de soins, assurant une démarche des soins plus pertinente et efficace. Ils doivent ainsi rappeler aux parents qu'ils ne doivent pas se rendre aux UP lorsqu'ils pensent que la pathologie nécessite des examens complémentaires ou un avis spécialisé. C'est à lui de prendre cette décision et de les aider dans cette démarche. Des consignes peuvent être laissées sur les répondeurs des médecins afin d'orienter au mieux les parents.
- Si les médecins s'impliquent dans la diffusion des supports et leurs explications orales, ces actions, bien que chronophages, permettraient peut-être une meilleure utilisation du système de soins.
- Une grille de critères de tri peut être un outil efficace à l'accueil des urgences, comme celle qui sera mise en place aux UP de Périgueux, afin d'aider l'équipe soignante à prendre en charge les cas les plus graves en priorité. Les enfants classés en classe III pourraient dans l'idéal être réorientés vers des MG.
- Des maisons médicales proches des urgences peuvent être une solution.
- Compte tenu du coût d'un passage aux urgences, une régulation téléphonique adaptée à la pédiatrie pourrait également en être une⁵⁵.
- Actuellement, l'internat de médecine générale comporte un stage obligatoire en pédiatrie ou en gynécologie. Les internes devraient obligatoirement effectuer un stage en pédiatrie et faire des gardes aux UP afin d'être confrontés aux consultations non programmées et d'acquérir des réflexes de prise en charge.
- L'adaptation du système de soins à la demande des usagers est peut être aussi importante que celle des usagers au système de soins.

IX. BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Conseil National de l'Orde des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale. 2014.
- ² Peneff J. Les malades des urgences, une forme de consommation médicale. Paris: Edition Métailié. 2000.
- ³ Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles organisations et architectures hospitalières. 2010.
- ⁴ Chave F. Rapport d'enquête « La prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique ». Disponible sur : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/prisechargemedic.pdf>. Consulté le 31/05/2015.
- ⁵ Dubois L. Utilisation et dysfonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Lille. Université Lille 2; 2013.
- ⁶ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Disponible sur internet : URL <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>. Consulté le 31/05/2015.
- ⁷ Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? 2008;15:1733-8.
- ⁸ Steg A. La médicalisation des urgences. Rapport de la Commission de restructuration des urgences. 1993;8-12.
- ⁹ Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. 2003. Disponible sur internet : URL http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf. Consulté le 31/05/2015.
- ¹⁰ Foldes SS, Fischer LR, Kaminsky K. What is an emergency? The judgment of two physicians. Ann Emerg Med. 1994;23(4):833-40.
- ¹¹ Delay M. Composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Haute Garonne en 2007 [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Toulouse. Université Paul Sabatier; 2007.
- ¹² Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification Clinique des Malades des Urgences : définition et reproductibilité. Réan Urg. 1994;3:573-8.
- ¹³ Vallois A, Courtois S, Auriant I, Pinsard M, Voisin F, Fourestié V. Classification Clinique des Malades des Urgences : étude de la relation à la charge en soins. Réan Urg. 1993;2:650.
- ¹⁴ Rivas M, Angenard F, Letoumelin P, Gripon P, Guittard Y. Validation de la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) par la charge de travail. Réan Urg. 1994;3:118.
- ¹⁵ Tempelhoff G, Priolet B, Liorat P, Thaler F, Bedock B, Carrere-Debat D, et al. Proposition d'une classification des patients des services d'accueil: relation à la charge de travail. Reanim Soins Intens Med Urg. 1990;6:459-63.
- ¹⁶ Bouloche J, Guilbert L, Godde F, Devos AM, Amussini P, Julien JP, et al. Les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre : analyse des modalités de recrutement. Arch Pediatr. 1995;2:601-2.

- ¹⁷ Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné ». *Arch Pediatr.* 1997;4:21-6.
- ¹⁸ Cresson G. Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant. *Arch Pediatr.* 1999;6(suppl2):S448-50.
- ¹⁹ Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? DREES. 2013.
- ²⁰ Hue V, Dubos F, Pruvost I, Martinot A. Organisation et moyens de l'accueil des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008. *Arch Pediatr.* 2011;18:142-8.
- ²¹ Ben-Isaac E, Schragger SM, Keefer M, Chen AY. National profile of nonemergent pediatric emergency department visits. *Pediatrics.* 2010;125(3):454-9.
- ²² Gill PJ, Goldacre MJ, Mant D, Heneghan C, Thomson A, Seagroatt V, et al. Increase in emergency admissions to hospital for children aged under 15 in England, 1999-2012 : national database analysis. *Arch Dis Child.* 2013;98:328-34.
- ²³ ARHIF. Suivi du SROS Urgence - Bilan de l'activité des services d'urgence en 2008. 2009.
- ²⁴ Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *J.RESP.* 2009;8(3):215-23.
- ²⁵ Saint-Martin J, Devictor D, Gaudelus J. Organisation actuelle de l'accueil des urgences pédiatriques : les améliorations possibles. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie.* 1999;2(5):301-6.
- ²⁶ Insee. La Dordogne en bref. 2013.
- ²⁷ Insee. Recensement de population.
- ²⁸ Insee, État civil (données domiciliées) et estimations de population. 2014.
- ²⁹ Conseil National de l'Ordre des médecins. La démographie médicale en région Aquitaine. 2013.
- ³⁰ Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2014.
- ³¹ Insee. Définition ; bassins de vie. 2014.
- ³² Conseil de l'Ordre des médecins de la Dordogne. 2014.
- ³³ Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées - enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Arch pediatr.* 2004;11(2):108-14.
- ³⁴ Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Document de travail. DREES. 2006;94.
- ³⁵ Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Études et résultats. DRESS. 2007;607.
- ³⁶ ARHIF. Suivi du SROS Urgence - Bilan de l'activité des services d'urgence en 2005. 2006.
- ³⁷ Michel P. Urgences de nuit du médecin généraliste. *Réan Urg.* 1997;6(2):79-84.
- ³⁸ Dupin M. Coordination des soins en urgence. Le point de vue des généralistes. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Saint-Étienne. Université de Saint-Étienne; 2013.

- ³⁹ Kouche C, Stagnara J, Assathiany R, Chappuy H, Guedj R. Enquête nationale sur les consultations non programmées en pédiatrie de ville. *Arch pediatr.* 2005;22(5):480-4.
- ⁴⁰ Boisguérin B, Valdelière H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Études et résultats. DRESS.* 2014;889.
- ⁴¹ Bleichner G. Commission des Urgences de la SRLF, Commission d'évaluation de la SFUM. 1999. Critères d'évaluation des services d'Urgences.
- ⁴² Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Études et résultats. DREES.* 2003;212.
- ⁴³ Berthier M, Martin-Robin C. Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. *Arch Pediatr.* 2003;10(suppl1):S61-63.
- ⁴⁴ Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Études et résultats. DREES.* 2003.
- ⁴⁵ APHP. Les urgences, exercices 2001 à 2004. Rapport d'observation définitive de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France.
- ⁴⁶ Alfaro C, Brodin M, Lombrail P, Fontaine A, Gottot S. Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Ile-de-France. *Arch Pediatr.* 1992;49:785-91.
- ⁴⁷ Hue V, Walter-Nicolet E, Martinot A. Le réseau interhospitalier d'évaluation des pratiques médicales dans les affections courantes de l'enfant. Implication des pédiatres dans l'accueil des urgences. Enquête « un jour donné » auprès des centres hospitaliers et des pédiatres libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais. *Arch Pediatr.* 2004;11:1191-6.
- ⁴⁸ Marguet MC, Lesjone G, Berthier N, Bust M. Etude sur les motivations des parents à amener leurs enfants en urgence à l'hôpital. Résultat d'une enquête psycho-sociale au CHRU de Grenoble. *Pédiatrie.* 1988;43:433-9.
- ⁴⁹ Rapport de la Cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Paris, 2007.
- ⁵⁰ Gauthier A. Motivations et parcours des parents consultant aux urgences pédiatriques – résultats d'une enquête à l'hôpital Louis Mourier en 2007. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Créteil. Université de Paris Val-de-Marne; 2008.
- ⁵¹ Andrea S, Rinderknech A, Mona Ho, Matykiewicz P, Grupp-Phelan JM. Referral to the emergency department by a primary care provider predicts severity of illness. *Pediatrics.* 2010;126:917-24.
- ⁵² Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. Étude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques. *Arch pediatr.* 2015;22:135-140.
- ⁵³ Oberlander TF. Advice seeking and appropriate use of a pediatric emergency department. *Am J Dis Child.* 1993;147:863-6.
- ⁵⁴ Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A. Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? *Arch Pediatr.* 1999;6(suppl2):S461-3.
- ⁵⁵ Barber JW, King WD, Monroe KW, Nichols MH. Evaluation of Emergency Department Referrals by Telephone Triage. *Pediatrics.* 2000;105:819-21.

- ⁵⁶ Bouboucha E. Dans quelles circonstances les médecins généralistes du Val de Marne adressent-ils leurs patients aux urgences pédiatriques ? Enquête auprès de 120 médecins généralistes du Val de Marne. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Créteil. Université Paris Val-de-Marne; 2010.
- ⁵⁷ Debecque G, Chaperon A, Porte A, Lassie P, Ribereau-Gayon R, Brouste Y, et al. Évaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences. *J Eur Urgences*. 2004;17(suppl1):S52.
- ⁵⁸ Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale. Analyse de pratiques de généralistes normands. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Rouen. Université de Rouen; 2012.
- ⁵⁹ Martinot A, Fourier-Lamisse C, Hue V, Diependaele JF, Testard MA, Flurin V, et al. Le médecin généraliste et l'urgence pédiatrique : Enquête auprès des médecins du département du nord de la France. *Réan Urg*. 1994;3:255-60.
- ⁶⁰ MacFaul R, Stewart M, Werneke U, Taylor-Meek J, Smith HE, Smith IJ. Parental and professional perception of need for emergency admission to hospital : prospective questionnaire based study. *Arch Dis Child*. 1998;79(3):213-8.
- ⁶¹ Mouzard A, Boscher C, David V. Urgences pédiatriques : analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. *Réan Urg*. 1999;8:143.
- ⁶² Valdes L. L'enfant aux urgences. *Objectif Soins*. 1995;38:49-54.
- ⁶³ Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City : a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2000;(433):1-5.
- ⁶⁴ Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. *J Eur Urgences*. 2007;20(suppl1):S138.
- ⁶⁵ O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost sharing on emergency département use. *N Engl J Med*. 1985;313:484-90.
- ⁶⁶ Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. *Arch pediatri*. 2001;8:259-67.
- ⁶⁷ Benet X. La confiance des parents vis-à-vis de leurs médecins généralistes pour la prise en charge de leur enfant. Une étude descriptive au CHU de Rouen [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Rouen. Université de Rouen; 2014.
- ⁶⁸ Rajpar F, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency department and général practice centre for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med*. 2000 Jan;17(1):18-21.
- ⁶⁹ Shesser R, Kirsch T, Smith J. An analysis of Emergency Department use by patients with minor illness. *Ann Emerg Med*. 1991;20(7):743-7.
- ⁷⁰ Rehel P. L'accueil du tout petit à l'hôpital. Paris : ESF. 1994.
- ⁷¹ Martinot A, Hue V, Leteurtre S, Leclerc F. Évaluation des soins aux urgences pédiatriques. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*. 1999;2(5):395-400.
- ⁷² Courlygones. Disponible sur : <http://courlygones.rd-h.fr/fr/plaquettes.html>. Consulté le 14 janvier 2015.

⁷³ Mpedia.fr. Disponible sur : <http://www.mpedia.fr/theme-245-symptomes-surveiller.html>. Consulté le 14/01/2015.

⁷⁴ Pediatre-online.fr. Disponible sur : <http://www.pediatre-online.fr/>. Consulté le 14/01/2015.

⁷⁵ Sparadrap.org. Disponible sur : <http://www.sparadrap.org/>. Consulté le 14/01/2015.

⁷⁶ Famili.fr. Disponible sur : <http://www.famili.fr/>. Consulté le 14/01/2015.

⁷⁷ ARS. Urgences : à consommer avec modération. Disponible sur : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Urgences-a-consommer-avec-mo.179062.0.html>. Consulté le 10/05/2015.

⁷⁸ Duval CM, Loire C, Montbrun A. Impact de l'ouverture de la maison médicale de Bellepierre sur le taux de fréquentation des urgences pédiatriques au CHD Felix-Guyon, Saint-Denis de la Réunion. *J Eur Urgences*. 2007;20(1):112.

⁷⁹ Portas M, Brémond V, Giraud P, Coste ME, Jouve JL. Mise en place d'une grille de critères de tri dans un service d'urgences pédiatriques. *Arch Pediatr*. 2009;16:739-41.

⁸⁰ De Angelis C, Fosarelli P, Duggan AK. Use of the emergency department by children enrolled in a primary care clinic. *Pediatr Emerg Care*. 1985;1:61-65.

⁸¹ Gertman P, Restuccia J. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care*. 1981;19:855-71.

⁸² Kreger B, Restuccia J. Assessing the need to hospitalize children: pediatric appropriateness evaluation protocol. *Pediatrics*. 1989;84:242-7.

X. ANNEXES

Annexe 1

CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES (CCMU)

CCMU 1 : État 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 : État 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 : État 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 D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

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

CLASSIFICATION GEMSA (Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil)

G 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation

G 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins

G 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale

G 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après un passage au SATU

G 5 : Patient attendu dans un service, ne passant au SATU que pour des raisons d'organisation

G 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique initiale importante ou prolongée

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE



ARRIVÉE DES ENFANTS :

- Parent(s) seul(s) ou accompagnants
- Ambulance
- Pompiers
- SMUR

ENFANT ADRESSÉ AUX URGENCES :

- Oui
 - Consultation médicale en ville
 - Avis téléphonique d'un médecin généraliste
 - Avis téléphonique des urgences pédiatriques
 - Avis téléphonique du SAMU
- Non

SCORE CCMU :

SORTIE :

- Retour au domicile
- UHCD
- Hospitalisation

Annexe 3 : GRILLE DE TRI PÉDIATRIQUE

Grille de tri pédiatrique		
CRITÈRES MÉDECINE		
FIÈVRE		
<p>STADE 1 Âge < 3 mois Purpura (éruption ne s'effaçant pas à la vitropression) Signes méningés : raideur de la nuque, photophobie Vomissements.</p> <p>Troubles hémodynamiques : pâleur, cyanose, altération de l'état général, marbrures Hypothermie.</p>	<p>STADE 2 Température > 40°C 3 mois < âge < 2 ans Antécédents de convulsion fébrile Symptômes associés : troubles respiratoires, troubles digestifs Asthénie intense.</p> <p>Frissons. Hypotonie.</p>	<p>STADE 3 Grands enfants Fièvre bien tolérée Fièvre prolongée</p>
SYMPTOMATOLOGIE RESPIRATOIRE		
<p>STADE 1 Âge < 3 mois</p> <p>Détresse respiratoire : apnée, arrêt respiratoire, étouffement et salivation, battement des ailes du nez Difficultés d'élocution</p> <p>Saturation < 92 % Notion de corps étranger + signes respiratoires Allergie + signes respiratoires et œdème</p>	<p>STADE 2 Dyspnée expiratoire : bronchiolite, asthme, antécédents d'asthme grave Dyspnée inspiratoire : laryngite</p> <p>Signes respiratoires et/ou – fièvre, – antécédents cardiaques</p>	<p>STADE 3 Toux prolongée bien supportée Toux nocturne Nez qui coule sans signe associé</p> <p>Douleurs thoraciques isolées Toux simple.</p>
SYMPTOMATOLOGIE NEUROLOGIQUE		
<p>STADE 1 Coma</p> <p>Convulsions en cours Mouvements anormaux Troubles de la conscience Raideur méningée Syndrome extra pyramidal (Primpéran®)</p>	<p>STADE 2 Céphalées et/ou température Autre signe neurologique Vomissements en jet. Paralyse faciale Malaise Convulsions avec retour à l'état normal Troubles moteurs Troubles de l'équilibre</p>	<p>STADE 3 Céphalées banales</p> <p>Spasmophilie Épileptique connu ne convulsant plus Vertiges</p>
SYMPTOMATOLOGIE DIGESTIVE		
<p>STADE 1 Enfant < 3 mois</p> <p>Signes de DHA : – Altération du teint, – Soif, – Yeux cernés, – Fontanelle déprimée, – Enfant geignard Vomissements fécaloïdes ou bilieux Vomissements en jet Intolérance alimentaire absolue</p>	<p>STADE 2 Vomissements ou diarrhée et/ou : – Âge inférieur à 2 ans, – Température, – Symptôme > 48 heures</p> <p>Avis chirurgical = douleurs abdominales et/ou : – Malaise, – Changement de teint, – Douleurs paroxystiques, – Altération de l'état général, – Fièvre</p>	<p>STADE 3 Vomissement isolé. Diarrhée isolée > 2 ans Autre douleur abdominale Constipation Régurgitation Ictère</p>

Grille de tri pédiatrique (suite)

O.R.L

STADE 1
Otalgie hyperalgique

STADE 2
Epistaxis en cours
otorragie
Suspicion ethmoïdite
(œdème orbitaire + douleur
+ fièvre)

STADE 3
Otalgie sans fièvre
« rhume »
Odynophagie

Epistaxis ne saignant plus
Otorrhée simple

STOMATOLOGIE/OPHTALMOLOGIE

STADE 1
Corps étranger intra oculaire
Projection de liquide caustique intra oculaire
Traumatisme oculaire

STADE 2
Stomatite
Abscess dentaire
Traumatisme dentaire
Suspicion ethmoïdite (œdème orbitaire
+ douleur + fièvre)

STADE 3
Conjonctivite
Orgelet
Chalazion

DERMATOLOGIE

STADE 1
Purpura
Ecchymoses multiples non traumatiques
Urticaire + signes respiratoires et/ou œdème

STADE 2
Éruption prurigineuse
Éruption fébrile
Varicelle

STADE 3
Eczéma nourrisson
Éruption nourrisson non fébrile
Herpès labial (« bouton de fièvre »)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Titre en anglais

Impact of an initial medical opinion on the severity and care trajectory of children in the Pediatric Emergency Department (PED) of Périgueux.

Résumé en anglais

Introduction: The Pediatric Emergency Department (PED) has been seeing a sharp increase of its activities for many years whereas the hospitalization rate has been rising at a slower pace. The main purpose of this study was to assess the impact of an initial medical opinion on the severity and the care trajectory of children in the PED of Périgueux, prefecture of the Dordogne department that lacks general practitioners (GP) and private pediatricians. The second purpose was to take stock of the chief complaints and the most frequent diagnoses.

Material and methodology: A monocentric descriptive prospective study carried out between January 27th and March 6th 2014, from 9AM to 8PM, involving 500 children who arrived in succession and without appointment. The data was gathered via a questionnaire filled out by the medical staff.

Results: 69% of patients spontaneously came to the PED. 61.4% were categorized as CCMU 1. 82.2% of children (referred or not) were sent home after the consultation versus 86.4% for non-addressed. When children were referred by a GP (none were addressed by a pediatrician) or were given a medical opinion over the phone, the proportion of children categorized as CCMU 2 or 3 was significantly higher, so was the proportion of children being hospitalized: 26.9% following a medical consultation, 25.9% following the phone call versus only 9.3% for non-referred patients. Most patients lived around the hospital and 48.4% of non-referred children lived less than 15 minutes away from the PED.

Conclusion: Being referred by a GP or a pediatrician to the PED needs to be one of the severity criteria. There are means of improvement to better manage the flow of patients going to the PED, namely: educating young parents, using an efficient sorting criteria grid, developing out-of-hours medical services, but also adapting the healthcare system to users' needs.

Key words: Pediatric Emergency Department, General Practitioner, Referred children, Spontaneous consultation, CCMU, Chief complaint, Diagnosis, Education.

Résumé

Introduction : Les urgences pédiatriques (UP) connaissent une nette augmentation de leur activité depuis de nombreuses années. Le taux d'hospitalisation subit quant à lui une plus faible évolution. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'un avis médical initial sur la gravité et la trajectoire de soin des enfants aux UP de Périgueux, préfecture de la Dordogne, département pauvre en médecins généralistes (MG) et pédiatres libéraux. L'objectif secondaire était de faire un état des lieux des motifs d'entrée et des diagnostics les plus fréquents.

Matériel et méthode : Étude prospective descriptive monocentrique réalisée entre le 27 janvier et le 6 mars 2014, de 9 h à 20 h, incluant 500 enfants arrivant de façon consécutive et non programmée. Données recueillies au moyen d'un questionnaire rempli par le personnel médical.

Résultats : 69 % des patients consultaient spontanément aux UP. 61,4 % étaient classés en CCMU 1. 82,2 % du total des enfants (adressés ou non) repartaient après la consultation contre 86,4 % pour les enfants non adressés. Lorsque l'enfant était adressé par un MG (aucun n'a été adressé par un pédiatre) ou après avis téléphonique (AT), les pourcentages des enfants classés en CCMU 2 et 3 étaient significativement plus élevés et la proportion d'enfants hospitalisés était plus importante : 26,9 % après consultation médicale, 25,9 % après AT, contre seulement 9,3 % pour les non adressés. La majorité des consultants habitait dans la zone d'attractivité du centre hospitalier avec 48,4 % des non adressés habitant à moins de 15 minutes des UP.

Conclusion : Aux UP, le statut « adressé par un MG ou un pédiatre » doit faire partie des critères de gravité. Les axes d'amélioration pour la gestion du flux des urgences concernent, en partie : l'éducation des jeunes parents, une grille de critères de tri efficace, le développement des maisons médicales de garde, mais aussi une adaptation du système de soins à la demande des usagers.

Discipline : Médecine générale

UFR : Faculté de médecine de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux cedex

Mots clés : Urgences pédiatriques, Médecin généraliste, Enfants adressés, Consultations spontanées, CCMU, Motifs d'entrée, Diagnostics, Éducation.