



HAL
open science

Motifs et facteurs impliqués dans la consultation des nouveau-nés aux urgences pédiatriques : étude prospective monocentrique

Éléna Henry

► **To cite this version:**

Éléna Henry. Motifs et facteurs impliqués dans la consultation des nouveau-nés aux urgences pédiatriques : étude prospective monocentrique. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01223340

HAL Id: dumas-01223340

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223340>

Submitted on 2 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°63

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Motifs et facteurs impliqués dans la consultation
des nouveau-nés aux urgences pédiatriques :
Etude prospective monocentrique

Présentée et soutenue publiquement
le 17 juin 2015

Par

Elena HENRY

Née le 6 mai 1986 à Auray (56)

Dirigée par M. Le Docteur Bérenger Chatue

Jury :

Mme Le Professeur Véronique Abadie, PU-PH Président

Mme Le Professeur Frédérique Noel, PU associé Membre

M. Le Docteur Yonathan Freund, MCU-PH Membre

M. Le Docteur Laurent Arditti, MG Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A mon mari, **Gwénolé**, je te remercie pour ton soutien infaillible dans les moments de doute, pour ton humour à toute épreuve et pour la joie que tu me donnes chaque jour passé à tes côtés.

A mes **parents**, pour votre amour et vos sacrifices m'ayant permis de réaliser ce parcours et de devenir ce que je suis aujourd'hui.

A mes sœurs adorées, **Maria, Elisabeth et Agathe**, merci pour votre présence durant les périodes difficiles.

A mes **beaux-parents**, mes **beaux-frères** et **belles-sœurs**, merci de m'avoir accueillie chaleureusement dans votre famille.

A ma **grand-mère**, merci de m'avoir fait réciter mes leçons en primaire.

A **Adeline, Hoel, Marlène, Cécile, Karolina, Morgane et Juliette** pour notre amitié.

A mes amis parisiens et brestois, que je ne vois que trop peu.

A tous mes camarades de galère, mes co-internes (notamment **Alexandre, Nelly et Valentine**), avec qui j'ai passé des moments de travail, de joie, de bonheur, parfois de doute et de tristesse. Vous avez rendu ces années passées à la faculté de médecine de Paris V inoubliables.

Aux Docteurs **Arditti Laurent** et **Lehmann Joelle** pour m'avoir transmis votre passion de la médecine générale. Merci de me guider encore aujourd'hui. Votre enseignement m'accompagne quotidiennement lors de mes consultations.

Madame le **Professeur Noel Frédérique**, merci de m'avoir suivie durant ces trois années d'internat, de m'avoir accompagnée et soutenue au cours de la rédaction de cette thèse.

A toute l'équipe des urgences pédiatriques du CHIV, aux secrétaires, auxiliaires, infirmières, internes et chefs sans qui cette thèse n'aurait pu être réalisée. Merci tout particulier au Docteur **Chacé Anne** et au Docteur **Bekri Halim**.

Au Docteur **Chatue Bérenger** pour avoir rendu possible cette thèse. Merci pour ta présence, tes conseils avisés et ta confiance.

Madame le **Professeur Abadie**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, soyez assurée de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury, Madame le **Professeur Noel Frédérique**, Monsieur le **Docteur Freund Yonathan**, Monsieur le **Docteur Arditti Laurent**, pour l'honneur que vous m'accordez d'avoir accepté de lire mon travail.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES.....	5
1 INTRODUCTION	7
1.1 ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LA PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES.....	7
1.1.1 <i>Contexte en France</i>	7
1.1.2 <i>Contexte en Europe et aux Etats-Unis</i>	9
1.2 JUSTIFICATION DE L'ETUDE	10
2 MATERIELS ET METHODES	12
2.1 POPULATION	12
2.2 LIEU D'ETUDE.....	12
2.3 METHODES	12
2.3.1 <i>Critères étudiés</i>	12
2.3.2 <i>Analyse des données</i>	14
3 RESULTATS.....	15
3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE.....	15
3.1.1 <i>Population globale</i>	15
3.1.2 <i>Les nouveau-nés</i>	15
3.1.3 <i>Les parents</i>	16
3.1.4 <i>La consultation</i>	17
3.1.5 <i>Avis du médecin</i>	21
3.2 ANALYSES CROISEES	21
3.2.1 <i>Taux d'hospitalisation</i>	21
3.2.2 <i>Consultation non appropriée</i>	24
3.2.3 <i>Consultation non appropriée aux urgences</i>	27
3.2.4 <i>Fréquence de consultations aux urgences pédiatriques</i>	30
3.2.5 <i>Histogrammes récapitulatifs des principaux résultats</i>	33

4	DISCUSSION	36
4.1	CRITIQUE DE L'ETUDE	36
4.1.1	<i>Méthodologie</i>	<i>36</i>
4.1.2	<i>Biais de mesure</i>	<i>36</i>
4.1.3	<i>Biais de sélection</i>	<i>36</i>
4.2	COMMENTAIRES SUR LES RESULTATS.....	37
4.2.1	<i>Analyse descriptive.....</i>	<i>37</i>
4.2.2	<i>Analyses croisées</i>	<i>44</i>
4.3	PARTICULARITES SOCIO ECONOMIQUES ET GEOGRAPHIQUES DE VILLENEUVE SAINT GEORGES	48
4.3.1	<i>Contexte socio économique.....</i>	<i>48</i>
4.3.2	<i>Offre médicale.....</i>	<i>48</i>
4.3.3	<i>Relation entre pénurie des médecins et fréquentation des urgences.....</i>	<i>49</i>
4.4	PROPOSITIONS	50
4.4.1	<i>Amélioration de l'enseignement aux parents</i>	<i>50</i>
4.4.2	<i>Amélioration de l'information donnée sur les structures et le déroulement de la prise en charge du nouveau-né à la sortie de maternité.....</i>	<i>51</i>
4.4.3	<i>Valorisation de la formation en pédiatrie des médecins généralistes</i>	<i>53</i>
4.4.4	<i>Amélioration de la coordination ville-hôpital et de la prise en charge en médecine libérale</i>	<i>55</i>
5	CONCLUSION	57
6	BIBLIOGRAPHIE.....	59
7	LISTE DES ABREVIATIONS	66
8	ANNEXES.....	67
8.1	ANNEXE 1 :.....	67
8.2	ANNEXE 2 :.....	68
8.3	ANNEXE 3 : CERTIFICAT DU 8EME JOUR.....	70
8.4	ANNEXE 4	71
8.5	ANNEXE 5	72
	TITRE ET RESUME	73
	MOTS CLES	73

1 INTRODUCTION

1.1 Etat actuel des connaissances sur la prise en charge des nouveau-nés

1.1.1 Contexte en France

D'après l'INSEE, en 2014, il y a eu 813 000 naissances en France (hors Mayotte). Alors que ce chiffre tendait à diminuer depuis 2010, on note une légère augmentation par rapport à 2013 (811 500).

En France, la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité a diminuée depuis plusieurs années. Elle correspond au nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie). La DMS est calculée en excluant les hospitalisations inférieures à 24H programmées. [1] Au début des années 80, plus de 50% des femmes séjournaient entre 7 et 9 jours en maternité. En 2011, la DMS est de 4,2 jours en France [2] pour l'ensemble des accouchements et de 4,7 jours en Ile de France en 2013 [3].

Selon le rapport de périnatalité de 2010 [4], l'accompagnement à la sortie s'effectue majoritairement par la visite d'une sage femme libérale ou de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) à domicile, ou encore d'une puéricultrice de PMI. Les hospitalisations à domicile restent rares.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité récemment des recommandations de bonne pratique concernant la sortie de maternité après l'accouchement [5]. Celles-ci rappellent qu'une sortie précoce est définie comme sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne. Les conditions optimales de sortie d'un nouveau-né et de sa mère ainsi que les critères d'une population à bas risque maternel et pédiatrique permettant un retour à domicile sont définis. Ces critères sont différents selon qu'une sortie précoce est envisagée ou non. (Annexe 1). Une prise en charge optimale nécessite une continuité et une coordination qui est permise par l'identification d'un « référent de maternité » et d'un « référent de suivi ». Ces professionnels peuvent être une sage-femme, un médecin généraliste ou un pédiatre. Les données peuvent être colligées sur la fiche de liaison maternité/ville proposée par la

HAS (Annexe 2) et permettant une facilité de communication entre les professionnels de santé. Une visite est systématique après la sortie de maternité : elle doit être réalisée dans la semaine après la sortie du nouveau-né (au mieux dans les 48H) pour un séjour d'une durée standard en maternité, et dans les 24H après une sortie précoce. La deuxième visite est systématique après une sortie précoce et n'est que recommandée après une sortie d'une durée standard. Ces recommandations définissent également un parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie. Deux examens sont ainsi réalisés au cours du séjour en maternité : le premier est réalisé dans les 2 heures suivant la naissance par une sage femme ou un pédiatre, le deuxième se déroule après 48H de vie et avant la sortie de maternité en cas de durée de séjour standard, voire le jour de la sortie en cas de sortie précoce et est réalisé par un pédiatre. Un troisième examen est recommandé : il doit avoir lieu entre le 6^{ème} et 10^{ème} jour de vie, de préférence par un pédiatre ou un médecin généraliste expérimenté. Le certificat médical du 8^{ème} jour sera ainsi complété (Annexe 3). Un quatrième examen peut être réalisé au cours du premier mois de vie selon l'appréciation du professionnel de santé.

La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant [6], a également rédigé des propositions, datant de 2013, afin d'améliorer le retour à domicile de la maman et du nouveau-né dans un contexte de réduction de la durée du séjour en maternité. La fiche de liaison maternité/suivi en post partum immédiat en faisait d'ailleurs partie. Un accompagnement en post partum est essentiel pour chaque naissance et doit être adapté aux besoins de chaque famille. Celui-ci concerne le suivi de la femme et de l'enfant pour sa santé et son bien être et l'accompagnement du développement de la relation parents-enfant. Il peut être assuré de manière pluridisciplinaire (sages-femmes, services de PMI, médecins généralistes, pédiatres, gynécologies, psychiatres, et pédopsychiatres). D'autres intervenants peuvent entrer également en jeu en cas de besoin : psychologues, assistantes sociales, techniciens de l'intervention sociale et familiale.

Lors du premier mois de vie, le rôle du médecin est primordial : détection de pathologies après examen clinique complet mais aussi vérification de la bonne croissance somatique, vérification du bon lien mère-enfant, détection d'une dépression maternelle du post-partum, alimentation du nouveau-né (encourager allaitement maternel), écoute des inquiétudes et éducation des parents.

1.1.2 Contexte en Europe et aux Etats-Unis

En Europe, la France fait partie des pays ayant la DMS la plus longue [2].



Aux Pays-Bas [7], de nombreux accouchements ont lieu à domicile (31,5%). Ce taux important d'accouchements à domicile est permis par la catégorisation des femmes en terme de risque : situation normale ou pathologique. Ainsi, une femme avec des indications de type A est suivie par une sage femme et peut accoucher à domicile, avec des indications de type C est suivie par un gynécologue-obstétriciens et accouchera à l'hôpital. Les indications de type B impliquent une consultation obstétricale qui déterminera la suite du suivi. Le classement en fonction des risques est effectué selon la liste d'indications obstétricales mentionnant tous les antécédents et maladies pouvant induire un accouchement ou un post-partum pathologique. De plus, à la suite de l'accouchement, un système « d'aide de couches » à domicile a été mis en place et est financé par les organismes de santé, 8h par jour pendant 8 jours suivant la naissance.

En Angleterre, la DMS est de 1.6 jours. Le programme « DOMINO » (domicile in and out) organise le suivi du travail à domicile, l'accouchement à l'hôpital ainsi que le retour 6

heures plus tard à domicile avec une sage femme présente à domicile. Le suivi s'effectue pendant 10 jours après l'accouchement.

Aux Etats Unis, la durée du séjour en maternité a beaucoup diminué des années 1970 jusqu'au milieu des années 1990 [8,9]. La durée de séjour en maternité pour un accouchement par voie basse était de 3,9 jours en 1970 contre 2 jours en 1993. Pour les césariennes, celle ci était de 7,9 jours contre 3,9 jours pour les mêmes périodes. Au milieu des années 1990, afin d'éviter les potentiels effets délétères [10] et surtout de limiter le nombre croissant de consultations aux urgences pédiatriques secondaires à ce raccourcissement de durée de séjour en maternité [11-15], une législation fédérale a été créée afin de diminuer l'incidence des séjours extrêmement courts en maternité et ainsi limiter le nombre de consultations et de réadmissions aux urgences pédiatriques. Celle ci recommandait un séjour d'au moins 48h suite à un accouchement par voie basse et d'au moins 96h suite à une césarienne [16]. Cette loi eut pour effet une augmentation du séjour en maternité ainsi qu'une diminution du taux de réadmission néonatale [16,17,18,19]. Mais celui ci fut transitoire, car par la suite, malgré cette législation, le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cessait d'augmenter, menant à réfléchir à d'autres facteurs impliqués lors de cette consultation.

1.2 Justification de l'étude

D'après l'INSEE, il y a eu 809 556 naissances en France en 2013 dont 180 271 en Ile de France. Le nombre de naissances a ainsi légèrement diminué par rapport à 2012 (-1,3%). L'indice conjoncturel de fécondité s'établit à 1,99 enfants par femme. Il reste le plus élevé de l'Union Européenne.

Parallèlement, le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter. Ainsi, en 2002, les nourrissons de moins de un an ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (48% des consultations aux urgences, proportionnellement 2,4 fois plus nombreux dans la patientèle des urgences) [20,21]

De nombreuses consultations aux urgences paraissent inappropriées. Chez les nouveau-nés, certaines études mettent en évidence une proportion de consultations non urgentes au sein des urgences pédiatriques avec peu de patients adressés et émettent des facteurs augmentant la fréquence de consultation aux urgences pédiatriques (mère jeune, premier enfant, prématurité) [20,22,23,24]

Ces études étaient rétrospectives et n'étaient pas réalisées en France.

En France, dans une étude réalisée dans 23 services d'urgence de la région PACA en 2007, 33% des consultations auraient relevé de la médecine générale [25]. Une étude réalisée à Toulouse a mis en évidence [26] un risque de recours aux urgences pédiatriques plus élevé si la mère était jeune, primipare, seule, sans emploi, habitait près de l'hôpital et si l'enfant était âgé de moins de 15 jours.

Ces chiffres nous poussent à réfléchir : pourquoi le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter [20,21] alors que le nombre de naissances diminue ? Quels sont les facteurs impliqués dans ces consultations ? Quels sont les motifs de consultation les plus fréquents ? Ces pathologies auraient-elles pu être prises en charge en médecine libérale ?

Dans le Val-de-Marne, il y a 20 748 naissances par an. Environ 2 500 naissances ont lieu chaque année au Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges Lucie et Raymond Aubrac.

Cette étude épidémiologique avec inclusion prospective des patients, réalisée au sein des urgences pédiatriques de Villeneuve-Saint-Georges du 10 février 2013 au 31 janvier 2014 a pour objectifs de déterminer les facteurs impliqués dans la consultation des nouveau-nés aux urgences pédiatriques, ainsi que les motifs les plus fréquents de consultation, permettant de rechercher des solutions pour une prise en charge ambulatoire des patients ne nécessitant pas une consultation aux urgences.

Il est utile de déterminer les motifs de consultation des nouveau-nés aux urgences pédiatriques afin de déterminer si certaines de ces consultations auraient pu être prises en charge en médecine générale et de rechercher des solutions afin de désengorger les urgences pédiatriques.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Population

Critères d'inclusion

Tous les nouveau-nés âgés de 28 jours ou moins, consultant aux urgences pédiatriques de Villeneuve-Saint-Georges entre le 10 février 2013 et le 31 janvier 2014 étaient inclus.

Critères d'exclusion

Étaient exclus les nouveau-nés transférés d'autres hôpitaux et les patients directement admis en service de néonatalogie.

2.2 Lieu d'étude

Le Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges (CHIV) a ouvert en 1971. Il est situé à la limite du Val-de-Marne et de l'Essonne. Un nouveau pôle femme enfant a été récemment inauguré en octobre 2013. Il comprend une maternité, les services de néonatalogie, de pédiatrie et des urgences pédiatriques. Les urgences pédiatriques de Villeneuve-Saint-Georges ont accueilli 15 929 enfants en 2013 et 20 976 en 2014. 2 494 enfants sont nés en 2013 au sein de la maternité de niveau 2B (présence d'unités d'obstétrique, de néonatalogie, de soins intensifs avec présence médicale continue sur place).

Villeneuve-Saint-Georges est une ville comptant 32 767 habitants [27]. Cette ville compte 17 médecins généralistes et 3 pédiatres exerçant en libéral. Au niveau hospitalier, Villeneuve-Saint-Georges bénéficie, en outre du CHIV, d'une polyclinique (n'ayant pas de service de pédiatrie) et d'un centre de soins de suite et de réadaptation.

Dans cette ville, selon l'INSEE, le revenu moyen par foyer est de 17 942 euros (pour une moyenne nationale de : 36 700 euros), le taux de chômage était de 12.6% (pour une moyenne nationale à : 9.8%)

2.3 Méthodes

2.3.1 Critères étudiés

Pour tout nouveau-né consultant aux urgences pédiatriques, un questionnaire (voir Annexe 4) était remis au médecin. Ce dernier interrogeait les parents du nouveau-né

(soit le père, soit la mère, soit les deux) et le remplissait après accord oral à la participation de l'étude.

Les critères concernant les nouveau-nés étaient

- l'âge et le sexe de l'enfant,
- le terme de naissance,
- la présence de complications néonatales,
- la durée de séjour en maternité,
- la présence d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre assurant le suivi du nouveau-né,
- la présence d'un suivi en PMI.

Les critères concernant les parents du nouveau-né étaient :

- la situation familiale (en couple, séparés, divorcés)
- la présence d'un statut de mère isolée,
- leur profession (classée selon les catégories socio professionnelles de l'INSEE, voir Annexe 5),
- leur âge,
- leur ville,
- leur parité,
- leur niveau de scolarité et le dernier diplôme obtenu
- leur langue habituelle : la barrière de la langue était jugée par la présence des deux parents ne parlant pas le français.
- Leur couverture médicale : Couverture Médicale universelle ?
- Lecture du carnet de santé effectuée

Le statut de mère isolée était défini par une personne célibataire, veuve, ou divorcée, élevant seule son ou ses enfants de moins de 18 mois sous conditions de ressource (définies par la Caisse nationale d'Allocations Familiales (CAF) : 566,79 euros et majoration de 188,93 euros par enfant). Le niveau de scolarité était défini par le dernier diplôme obtenu et, ou le niveau : primaire, secondaire (collège, lycée), supérieur (études après le baccalauréat ou un diplôme d'accès aux études supérieures).

Au sujet de la mère, étaient colligés :

- les antécédents gynéco-obstétricaux
- les autres antécédents (notamment psychiatriques)

Au sujet de la consultation, le motif invoqué par les parents ainsi que le diagnostic retenu étaient collectés. Le médecin demandait également aux parents si le nouveau-né était adressé par un médecin généraliste ou un pédiatre et dans le cas contraire s'ils avaient tenté de le joindre (appel du médecin). La nécessité d'examen complémentaires

ou d'une hospitalisation était notée. Aussi, le médecin jugeait à la fin de la consultation s'il la jugeait « appropriée » et si oui : « appropriée aux urgences ». Une consultation était considérée comme appropriée si elle nécessitait un avis médical. Elle était considérée comme appropriée aux urgences si le médecin jugeait que la consultation devait être effectuée dans des délais brefs ou en milieu hospitalier. Enfin, la fréquence de consultation du nouveau-né aux urgences était notée.

2.3.2 Analyse des données

Données descriptives

Toutes les données ont été colligées au sein d'un tableur Excel® (Microsoft Corporation).

Les moyennes, médianes et extrêmes d'âge des nouveaux nés, de terme de naissance, de durée de séjour en maternité et de parité ont été calculés. La répartition de consultation en fonction du sexe a été effectuée. Le pourcentage de complications néonatales, de présence d'un médecin généraliste ou de pédiatre, du nombre de nouveau-nés suivis en PMI était calculé. De plus, on déterminait, au sujet des parents

- le pourcentage de parents en couple,
- le pourcentage de mère isolée,
- le pourcentage de bénéficiaires de la CMU,
- le pourcentage de parents ayant lu le carnet de santé,
- le pourcentage de parents parlant français, de parents ayant un niveau d'étude supérieure,
- le pourcentage de mères ayant des antécédents obstétricaux.

De même, la répartition des différentes catégories socio professionnelles était effectuée par pourcentage.

Au sujet de la consultation, le diagnostic était classé en motifs respiratoire, digestif, cutané, infectieux et examen clinique normal. Les pourcentages d'hospitalisation, d'examens complémentaires, de fréquences de consultation supérieures ou égales à 2, de consultations appropriées et appropriées aux urgences étaient calculés.

Analyses croisées

Les données ont été analysées de manière croisée à l'aide de tableaux croisés dynamiques effectués sur Excel® (Microsoft Corporation).

3 RESULTATS

3.1 Analyse descriptive

3.1.1 Population globale

494 nouveau-nés de 0 à 28 jours se sont présentés aux urgences pédiatriques de Villeneuve-Saint-Georges entre le 10 février 2013 et le 31 janvier 2014. 120 questionnaires ont été remplis dont 115 exploitables (cf figure 1). Le taux de réponse était de 24%.

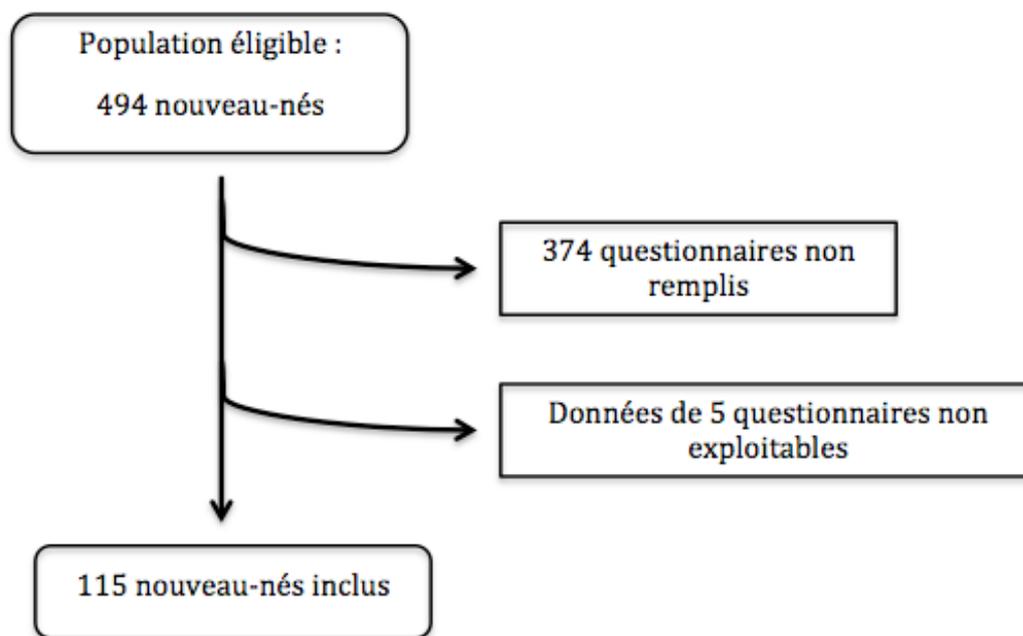


Figure 1 - Diagramme de flux

3.1.2 Les nouveau-nés

3.1.2.1 Répartition par tranche d'âge

Les données de 115 enfants s'étant présentés aux urgences pédiatriques de Villeneuve-Saint-Georges entre le 10 février 2013 et le 31 janvier 2014 ont été colligées. Leur âge moyen était de 16 jours +/- 6,7 jours (extrêmes 4 à 28 jours, médiane 16 jours) (cf figure 2)

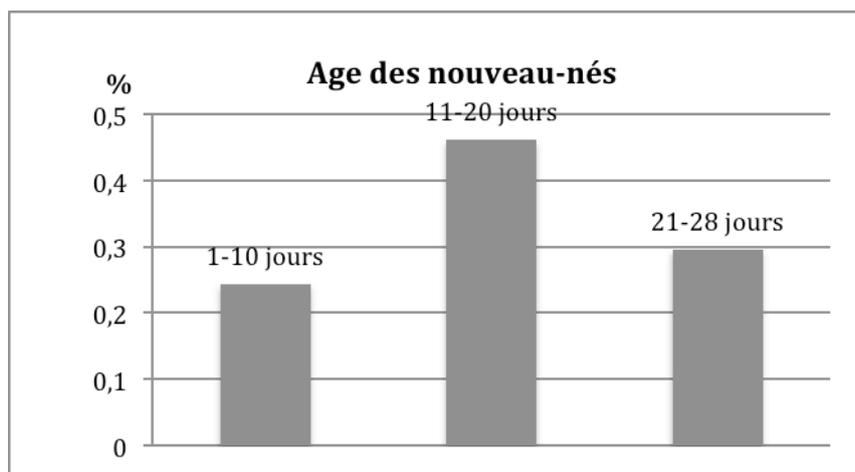


Figure 2 - Age des nouveau-nés

3.1.2.2 Répartition par sexe

Le sex ratio était égal à 0,85 (53 garçons, 62 filles).

3.1.2.3 Antécédents périnataux

Le terme moyen de naissance était de 39 SA +/- 1,4 (extrêmes à 32 et 41). 6 nouveau-nés étaient nés prématurés (5%). 16 enfants avaient eu des complications néonatales (14%). Celles-ci comprenaient : prématurité pour 6 nouveaux nés, 2 infections materno fœtales, 3 détresses respiratoires transitoires, 2 fractures de clavicule, 1 masse sacrée en cours d'exploration, 5 ictères nécessitant une photothérapie.

3.1.2.4 Suivi en PMI, présence d'un médecin traitant

35 nouveau-nés (63%) étaient suivis en PMI, et 80 nouveau-nés (70%) avaient un médecin libéral (pédiatre ou médecin généraliste). 9 nouveau-nés (8%) n'avaient aucun suivi médical depuis la sortie de la maternité

3.1.2.5 Séjour en maternité

La durée du séjour en maternité était en moyenne de 4 jours +/- 1.5 jour (extrêmes de 2 à 11 jours – médiane à 3). Le nombre de sorties précoces était de 59 soit 51% des séjours en maternité.

3.1.3 Les parents

3.1.3.1 La famille

95% des parents étaient en couple. 29 familles bénéficiaient de la couverture complémentaire CMU (25%) et 46% des parents déclaraient avoir lu les conseils colligés

dans le carnet de santé. La parité moyenne était de 2 (extrêmes 1-5 ; médiane 2). 39 mères étaient primipares (34%) et 13 mères avaient au moins 4 enfants (11%).

3.1.3.2 Les pères

38% des pères étaient ouvriers, 11% inactifs. 34% avaient fait des études supérieures. L'âge moyen des pères était de 29 ans +/- 7 (extrêmes : 17 à 51 ans, médiane : 31 ans). 96% des pères parlaient français. (cf figure 3)

3.1.3.3 Les mères

40% des mères étaient inactives, 29% employées. 37% avaient fait des études supérieures. L'âge moyen des mères était de 26 ans +/- 6 ans (extrêmes : 16 à 46 ans - médiane : 28 ans). 93% parlaient français. 4% (5 mères) avaient des antécédents obstétricaux notables (interruptions médicales de grossesse et fausses couches). 7 mères étaient isolées (6%) (cf figure 3)

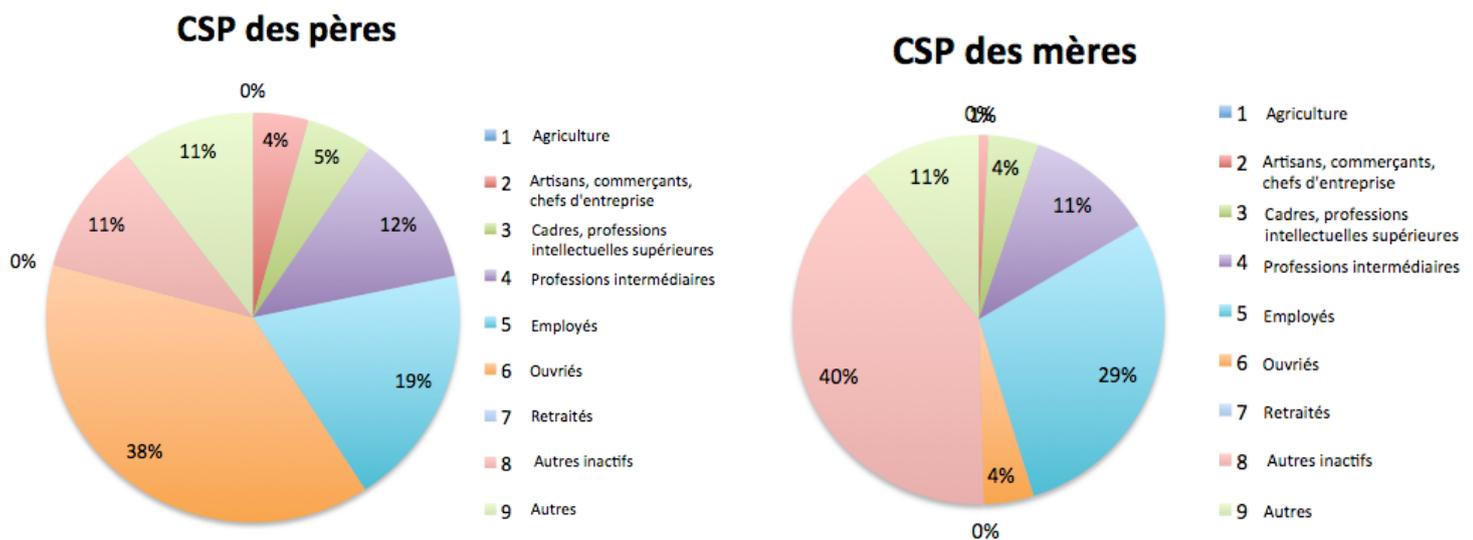


Figure 3 CSP des pères

Figure 3 CSP des mères

3.1.4 La consultation

3.1.4.1 Venue

Dans 16% des cas le nouveau né était adressé par un médecin (généraliste ou pédiatre). Dans 19% des cas, le médecin avait été contacté.

3.1.4.2 Motifs de consultation (cf figure 4)

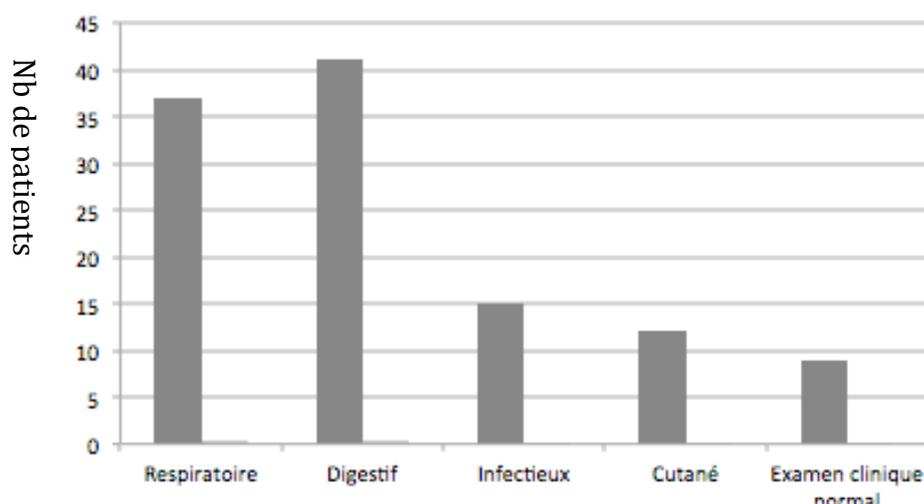


Figure 4 : motifs de consultation

Les motifs digestifs représentaient 36% des diagnostics et étaient répartis en (fig 5) :

- reflux gastro-oesophagien : 9 nouveau-nés, responsables de malaise pour 3 d'entre eux
- stagnation pondérale pour 8 nouveau-nés répartis entre :
 - o carence d'apport (5 nouveau-nés dans un contexte de difficulté de mise en place de l'allaitement maternel, 1 nouveau-né sous allaitement artificiel)
 - o 1 allergie aux protéines de lait de vache
 - o 1 nouveau-né dont l'étiologie restait à déterminer
- régurgitations : 8 nouveau-nés
- coliques : 7 nouveau-nés
- constipation : 4 nouveau-nés
- gastro-entérite aigue : 4 nouveau-nés
- crise génitale : 2 nouveau-nés

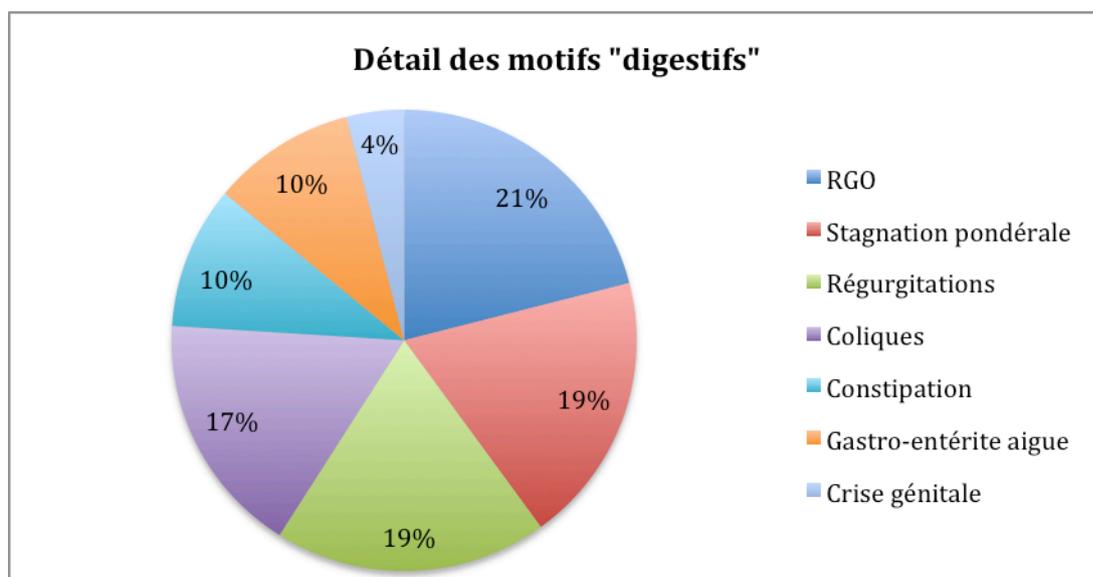


Figure 5 : Détail des motifs digestifs

Les motifs respiratoires 32% des diagnostics (figure 6) :

- bronchiolite : 19 nouveau-nés
- rhinite : 16 nouveau-nés
- stridor intermittent : 2 nouveau-nés

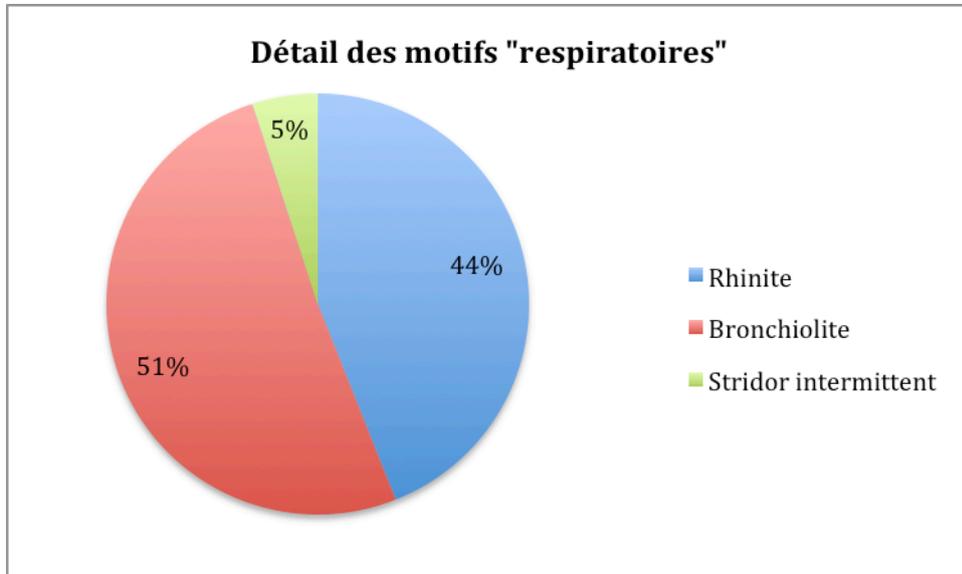


Figure 6 : Détail des motifs "respiratoires"

Venaient ensuite les motifs infectieux pour 13% des diagnostics (figure 7):

- fièvre à explorer, suspicion d'infection materno-foetale : 8 nouveau-nés
- pyélonéphrite aigue : 2 nouveau-nés
- méningite virale : 2 nouveau-nés
- conjonctivite : 2 nouveau-nés
- cellulite cervicale : 1 nouveau-né

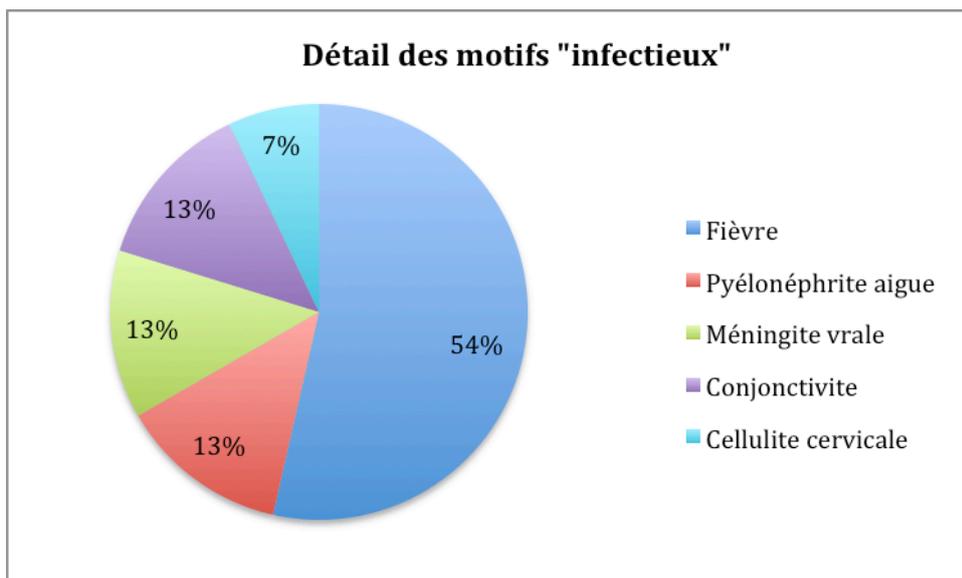


Figure 7 : Détail des motifs "infectieux"

Puis les motifs d'ordre cutané : 10% des diagnostics (figure 8)

- ictère : 5 nouveau-nés (nécessité d'hospitalisation : 2, ictères au lait de mère : 3)
- mammite : 3 nouveau-nés
- érythème du siège : 1 nouveau-né
- kyste cutané : 1 nouveau-né
- bosse séro sanguine : 1 nouveau-né
- bourgeon du cordon : 1 nouveau-né
- fissure anale : 1 nouveau-né

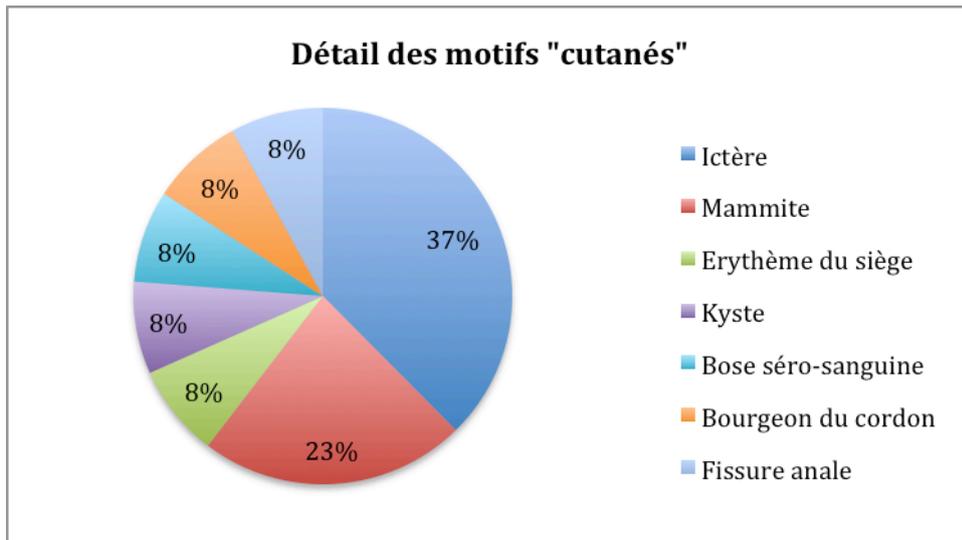


Figure 8 : Détail des motifs "cutanés"

9 nouveau-nés avaient un examen clinique normal (8%). Leurs motifs de consultation étaient (figure 9) :

- gêne respiratoire : 3 nouveau-nés
- pleurs : 2 nouveau-nés
- impression d'œdème des gencives (1 nouveau-né), de la main (1 nouveau-né)
- impression de fièvre non objectivée : 1 nouveau-né
- stagnation pondérale (sur erreur de prise de poids) : 1 nouveau-né

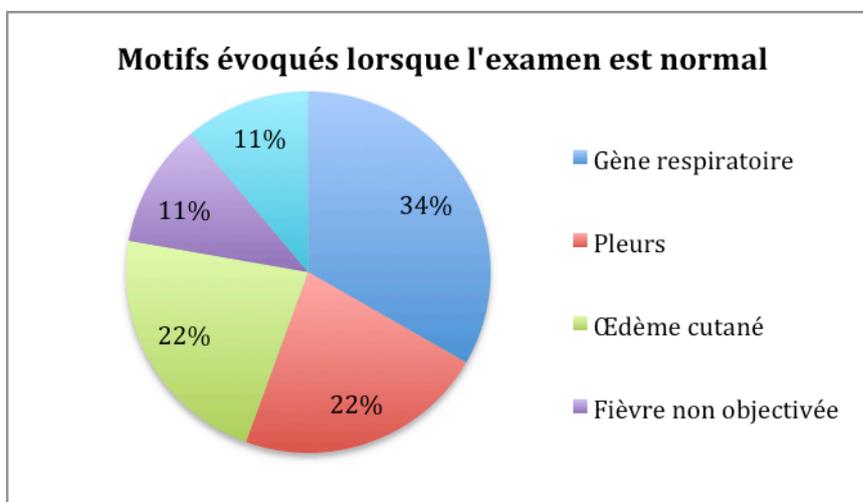


Figure 9 : Motifs évoqués lorsque l'examen clinique est normal

59 enfants (51%) ont eu des examens complémentaires. 53 nouveau-nés ont été hospitalisés (46%). 49% n'ont pas eu d'examens complémentaires et sont rentrés à domicile.

3.1.4.4 Fréquence de consultation

107 (93%) enfants consultaient pour la première fois aux urgences pédiatriques, 8 consultaient pour la deuxième fois (7%).

3.1.5 Avis du médecin

Dans 87% des cas (101 nouveau-nés), le médecin considérait la consultation comme appropriée et dans 45% des cas (52 nouveau-nés), comme appropriée aux urgences.

3.2 Analyses croisées

3.2.1 Taux d'hospitalisation

3.2.1.1 En fonction de la parité

Le taux d'hospitalisation était de 41% pour les nouveau-nés de mères primipares (16 enfants sur 39) et de 77% pour les nouveau-nés de mères ayant 4 enfants ou plus (10 enfants sur 13) (cf figure 10)

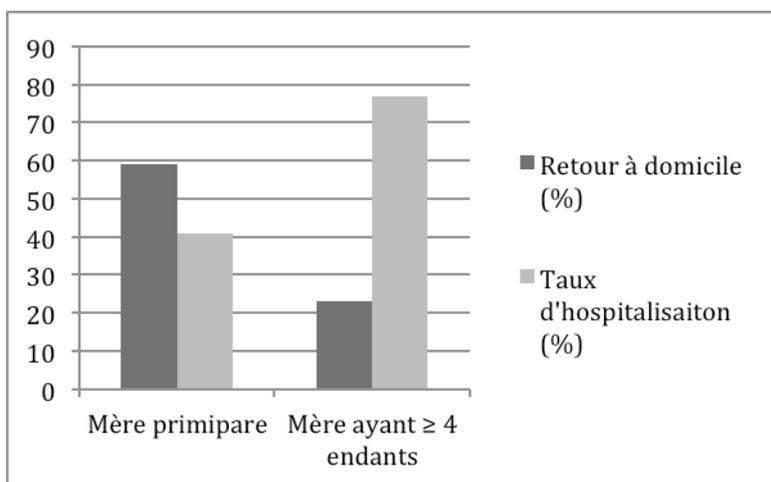


Figure 10 Taux d'hospitalisation en fonction de la parité

3.2.1.2 En fonction de l'âge de la mère

Le taux d'hospitalisation de nouveau-nés de mères de moins de 25 ans était de 57% (12 nouveau-nés sur 21) et de 56% pour les nouveau-nés de mères de plus de 35 ans (9 nouveau-nés sur 16) (figure 11)

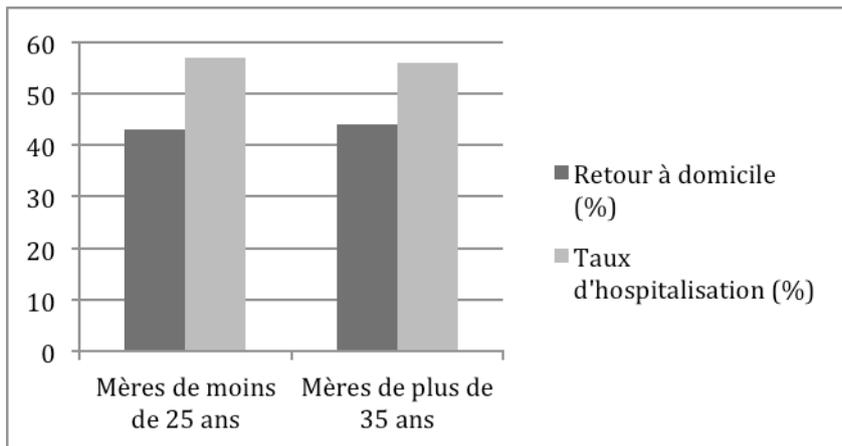


Figure 11 Taux d'hospitalisation en fonction de l'âge de la mère

3.2.1.3 En fonction des catégories socio-professionnelles

Le taux d'hospitalisation était de 60% pour les nouveau-nés de mères CSP 3 (cadres, professions intellectuelles supérieures) (3 nouveau-nés sur 5) et de 56% pour les nouveau-nés de mères CSP 8 (sans emploi) (26 nouveau-nés sur 46) (figure 12)

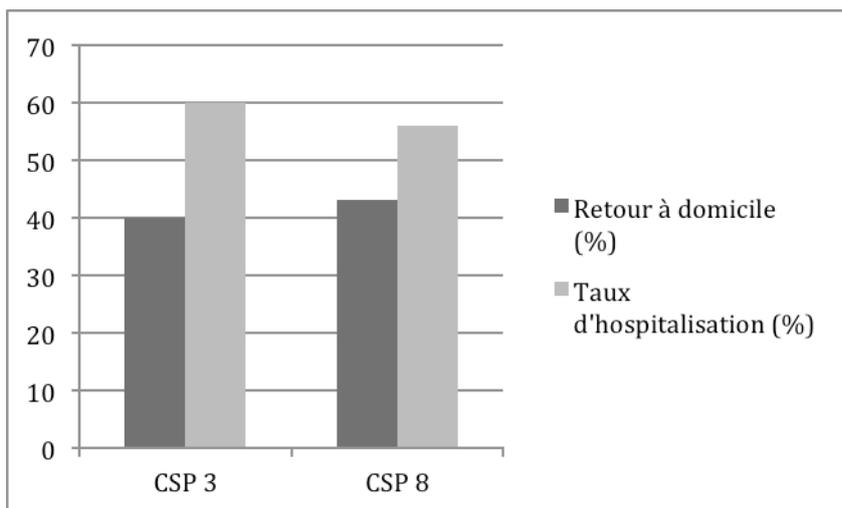


Figure 12 Taux d'hospitalisation en fonction des CSP

3.2.1.4 En fonction du mode de venue

Parmi les nouveau-nés adressés (18 nouveau-nés) par un médecin libéral (médecin généraliste ou pédiatre), 11 (61%) ont été hospitalisés et 7 (39%) sont rentrés à domicile. (figure 8)

Parmi les nouveau-nés consultant sans avis préalable (96), 42 (42%) ont été hospitalisés et 54 (56%) sont rentrés à domicile. (figure 13)

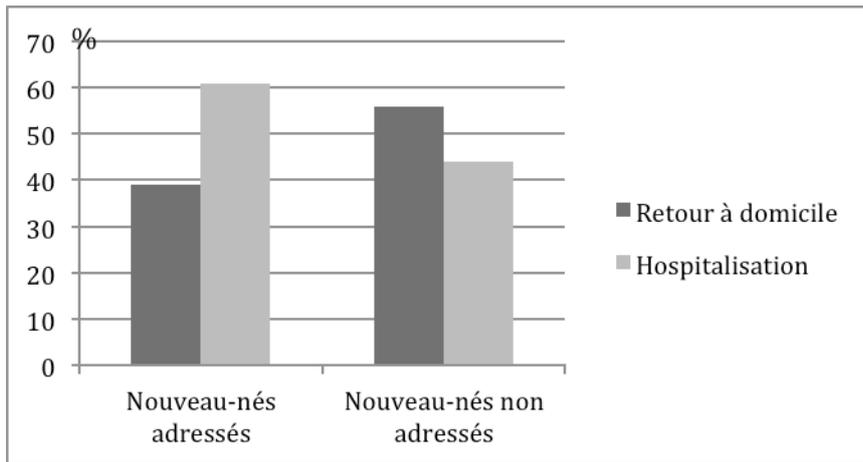


Figure 13 Taux d'hospitalisation en fonction du mode de venue

3.2.1.5 En fonction du suivi médical

25% des nouveau-nés n'ayant pas de suivi médical (2 nouveau-nés sur 8) et 49% des nouveau-nés ayant un suivi médical par un médecin en libéral (16 nouveau-nés sur 33) (médecin généraliste ou pédiatre) ont été hospitalisés. (figure 14)

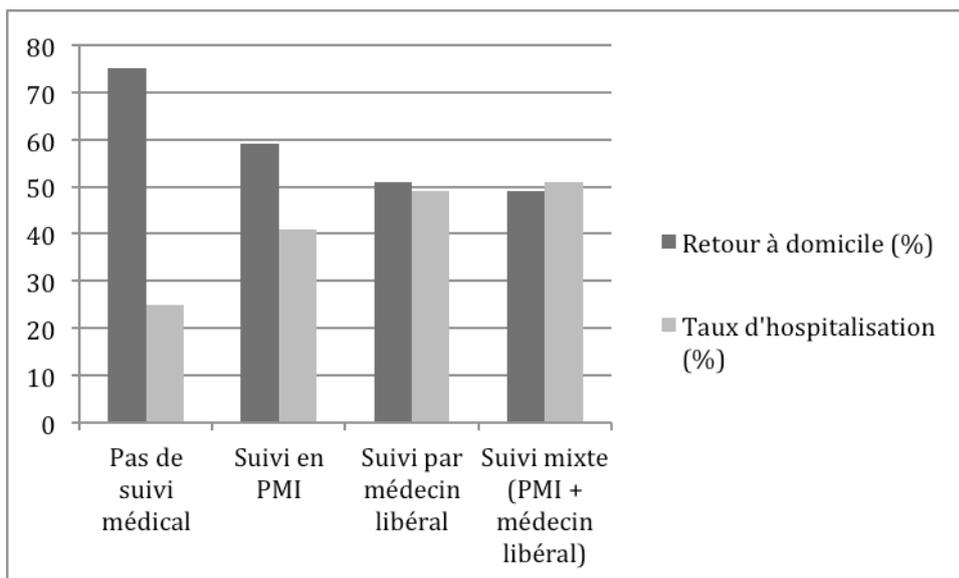


Figure 14 Taux d'hospitalisation en fonction du suivi médical

3.2.1.6 En fonction de la durée de séjour en maternité

Parmi les nouveau-nés ayant eu une sortie précoce de maternité (59), 30 soit 51% ont été hospitalisés et 29 soit 49% sont rentrés à domicile. (figure 10)

Parmi les nouveau-nés ayant eu une durée de séjour standard en maternité (56), 23 soit 41% ont été hospitalisés et 33 soit 59 % sont rentrés à domicile. (figure 15)

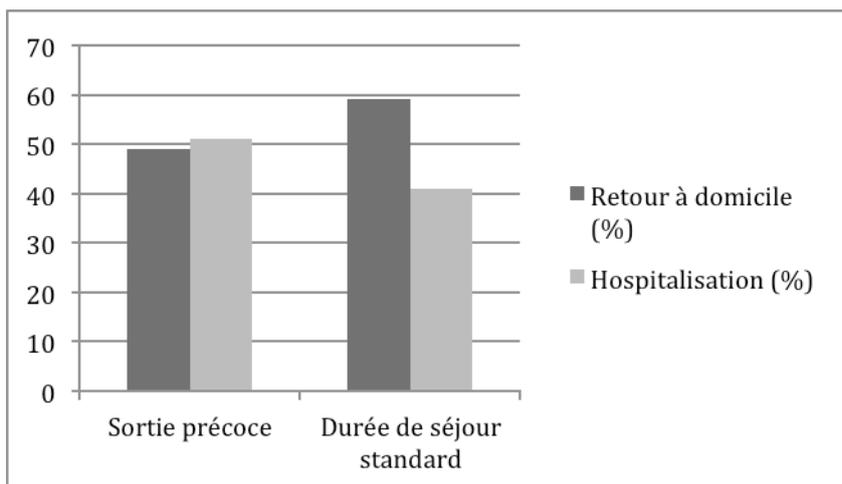


Figure 15 Taux d'hospitalisation en fonction de la durée de séjour en maternité

3.2.2 Consultation non appropriée

3.2.2.1 *En fonction de la parité*

Les nouveau-nés de mères primipares (40) avaient une consultation considérée comme non appropriée dans 8% des cas (3), appropriée dans 92% des cas (37).

La consultation des nouveau-nés faisant partie d'une fratrie de 4 enfants minimum était considérée comme appropriée dans 100% des cas (13 nouveau-nés) (figure 16)

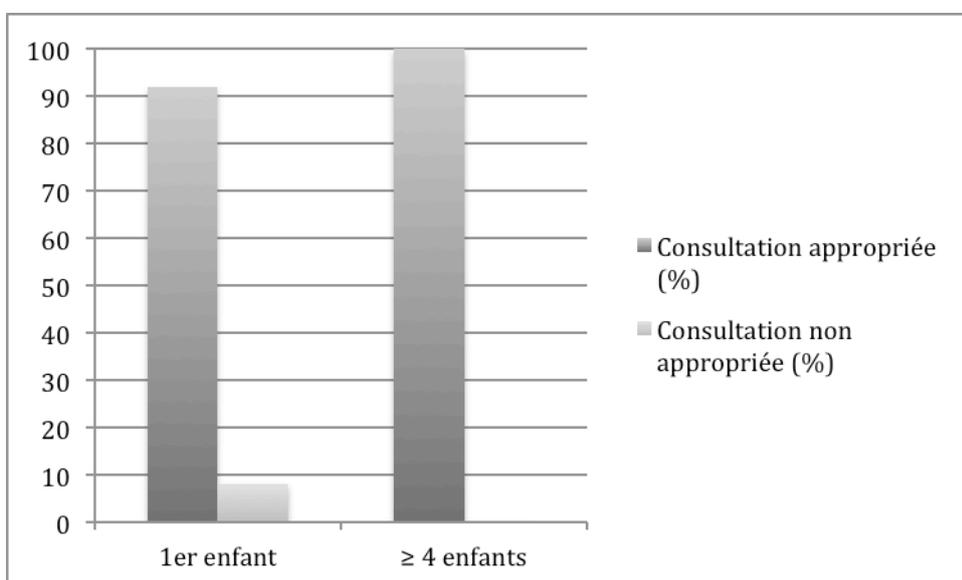


Figure 16 Taux de consultation appropriée en fonction de la parité

3.2.2.2 *En fonction de l'âge de la mère*

Les nouveau-nés de mère âgée de moins de 25 ans (21) avaient une consultation considérée comme non appropriée dans 5% des cas (1)

Les nouveau-nés de mère âgée de plus de 35 ans (16) avaient une consultation considérée comme non appropriée dans 6% des cas (1). (figure 17)

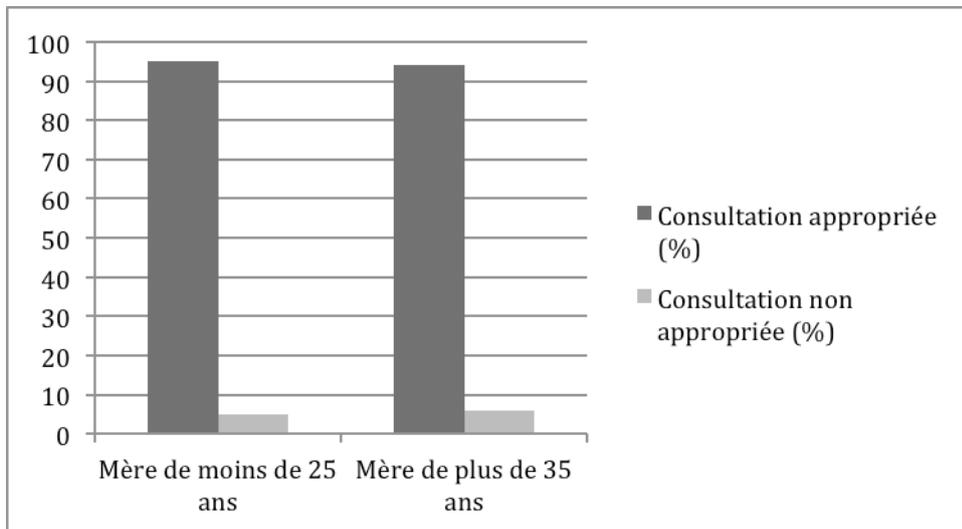


Figure 17 Taux de consultations appropriées en fonction de l'âge de la mère

3.2.2.3 En fonction des catégories socio professionnelles

6 nouveau-nés (13%) de mères sans activité professionnelle (46) avaient une consultation considérée comme non appropriée.

1 nouveau-nés (20%) de mères ayant une CSP 3 (5) avaient une consultation considérée comme non appropriée. (figure 18)

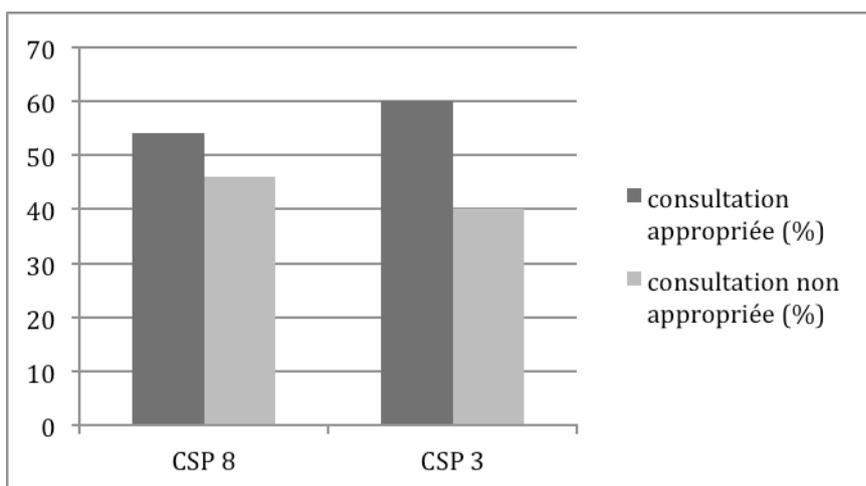


Figure 18 Taux de consultations appropriées en fonction des CSP

3.2.2.4 En fonction du mode de venue

Les 18 nouveau-nés adressés par un médecin libéral avaient tous une consultation considérée comme appropriée. Parmi les nouveau-nés consultant spontanément aux

urgences, 14 (15%) avaient une consultation considérée comme non appropriée et 83 (85%) comme appropriée. (figure 19)

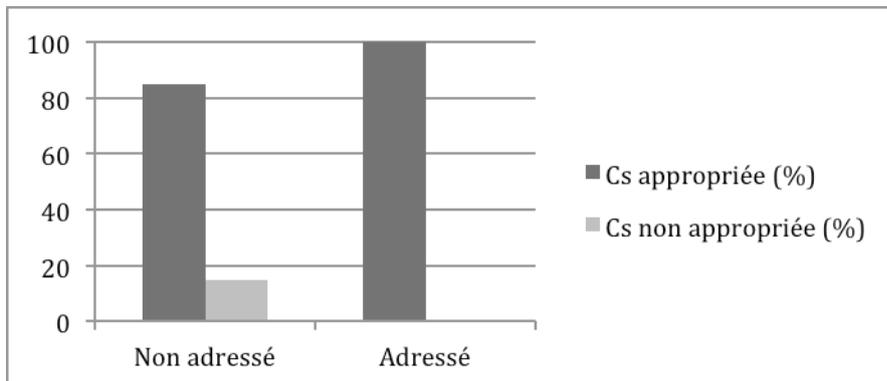


Figure 19 Taux de consultations appropriées en fonction du mode de venue

3.2.2.5 En fonction du suivi médical

12,5% des nouveau-nés n'ayant pas de suivi médical (1 nouveau-né sur 8) avaient une consultation considérée comme non appropriée. 6% des nouveau-nés ayant un suivi médical effectué par un médecin libéral seul (2 nouveau-nés sur 33) avaient une consultation considérée comme non appropriée. (figure 20)

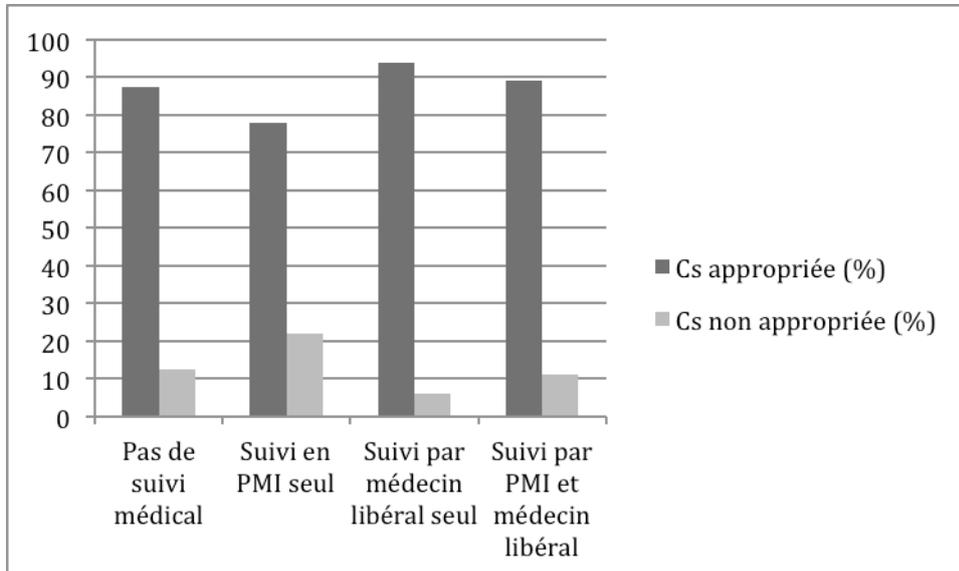


Figure 20 Taux de consultations appropriées en fonction du suivi médical

3.2.2.6 En fonction de la durée du séjour en maternité

19% des nouveau-nés ayant eu une sortie considérée comme précoce de maternité (11 nouveau-nés sur 59) avaient une consultation considérée comme non appropriée. 5%

des nouveau-nés ayant eu une durée de séjour en maternité « standard » (3 nouveau-nés sur 56) avaient une consultation considérée comme non appropriée. (figure 21)

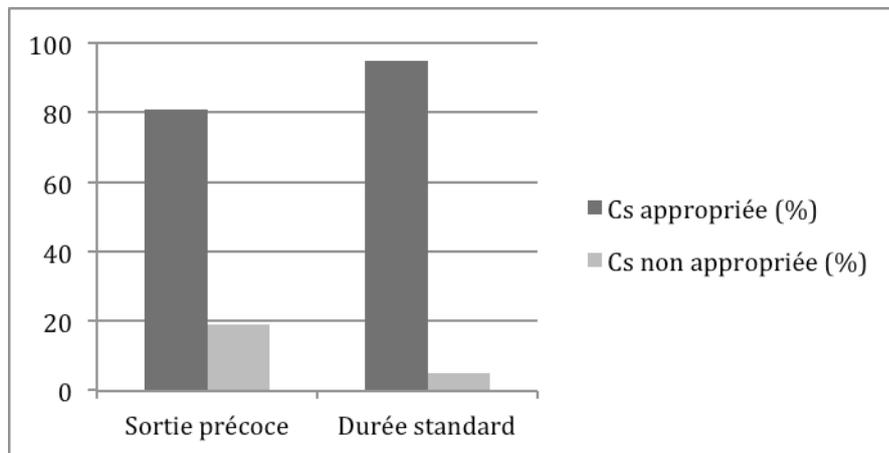


Figure 21 Taux de consultations appropriées en fonction de la durée de séjour en maternité

3.2.3 Consultation non appropriée aux urgences

3.2.3.1 En fonction de la parité

Les nouveau-nés de mères primipares (40) avaient une consultation considérée comme non appropriée aux urgences dans 60% des cas (24 nouveau-nés)

Les nouveau-nés de mères ayant 4 enfants ou plus (13) avaient une consultation considérée comme non appropriée aux urgences dans 23 % des cas (3 nouveau-nés)

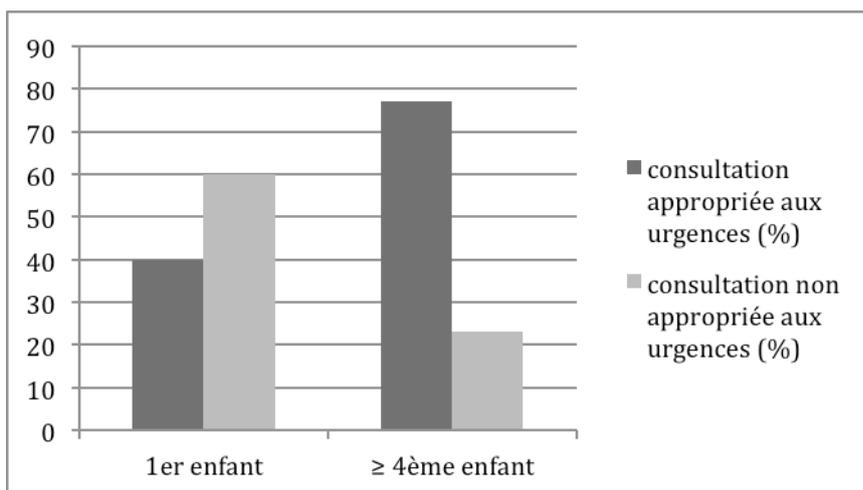


Figure 22 Taux de consultations appropriées aux urgences en fonction de la parité

3.2.3.2 En fonction de l'âge de la mère

Les nouveau-nés de mère âgée de moins de 25 ans (21) avaient une consultation considérée comme non appropriée aux urgences dans 38 % des cas (8 nouveau-nés).

Les nouveau-nés de mère âgée de plus de 35 ans (16) avaient une consultation considérée comme non appropriée aux urgences dans 50% des cas (8 nouveau-nés) (figure 23)

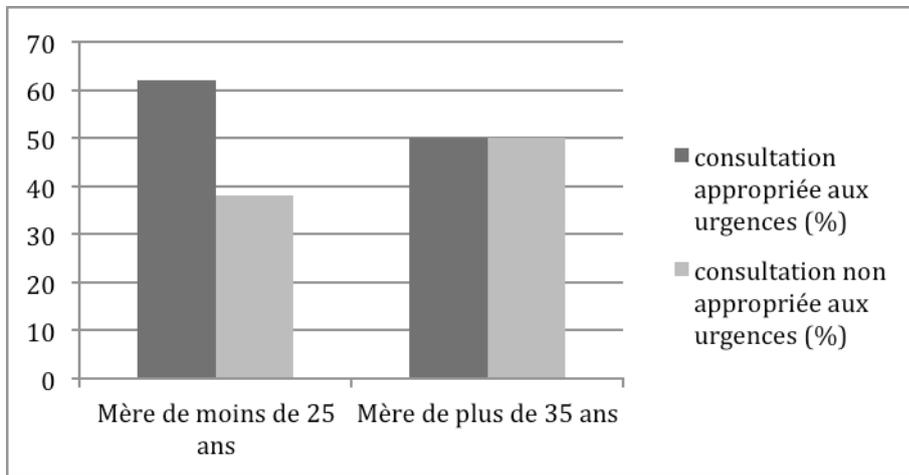


Figure 23 Taux de consultations appropriées aux urgences en fonction de l'âge de la mère

3.2.3.3 En fonction des catégories socio professionnelles

21 consultations (soit 46%) de nouveau-nés de mères n'exerçant pas d'activité professionnelle (46 mères) étaient considérées comme non appropriées aux urgences.

2 consultations (soit 40%) de nouveau-nés de mères ayant une catégorie socio professionnelles classée 3 (5 mères) étaient considérées comme non appropriées aux urgences. (figure 24)

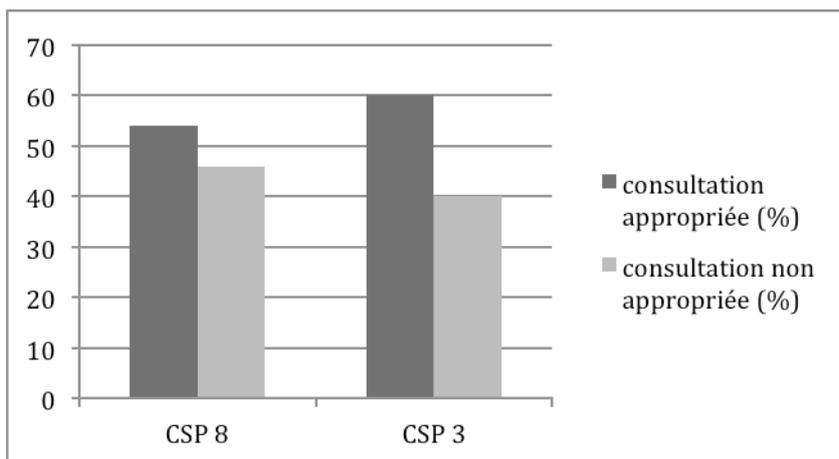


Figure 24 Taux de consultations appropriées aux urgences en fonction des CSP

3.2.3.4 En fonction du mode de venue

La consultation était considérée comme non appropriée aux urgences pour 39% des nouveau-nés adressés (7 nouveau-nés sur 18) et 58% des nouveau-nés non adressés (56 nouveau-nés sur 97). (figure 25)

Pour ce qui est des nouveau-nés adressés ayant une consultation considérée comme non appropriée aux urgences, les motifs de consultation (figure 26) étaient principalement digestifs (diagnostics de constipation : 2 nouveau-nés, allaitement maternel difficile : 1 nouveau-né, crise génitale : 1 nouveau-né) mais aussi cutanés (diagnostics d'ictère physiologique : 1 nouveau-né et kyste cutané : 1 nouveau-né). Seuls 2 nouveau-nés ont bénéficié d'examens complémentaires et aucun n'a été hospitalisé.

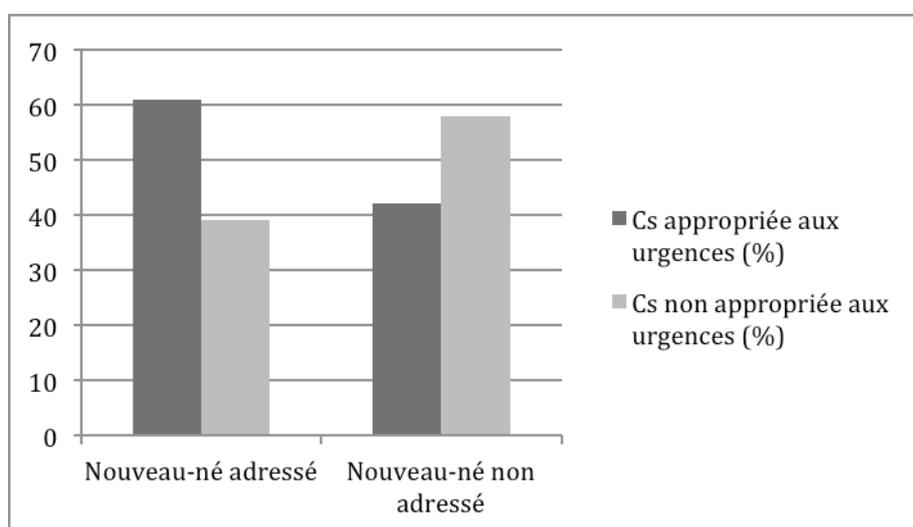


Figure 25 Taux de consultations appropriées aux urgences en fonction du mode de venue

3.2.3.5 En fonction du suivi médical

La consultation était considérée comme non appropriée aux urgences pour 75% des nouveau-nés n'ayant pas de suivi médical (2 nouveau-nés sur 8) et pour 52% des nouveau-nés ayant un suivi médical par un médecin en libéral (médecin généraliste ou pédiatre). (figure 26)

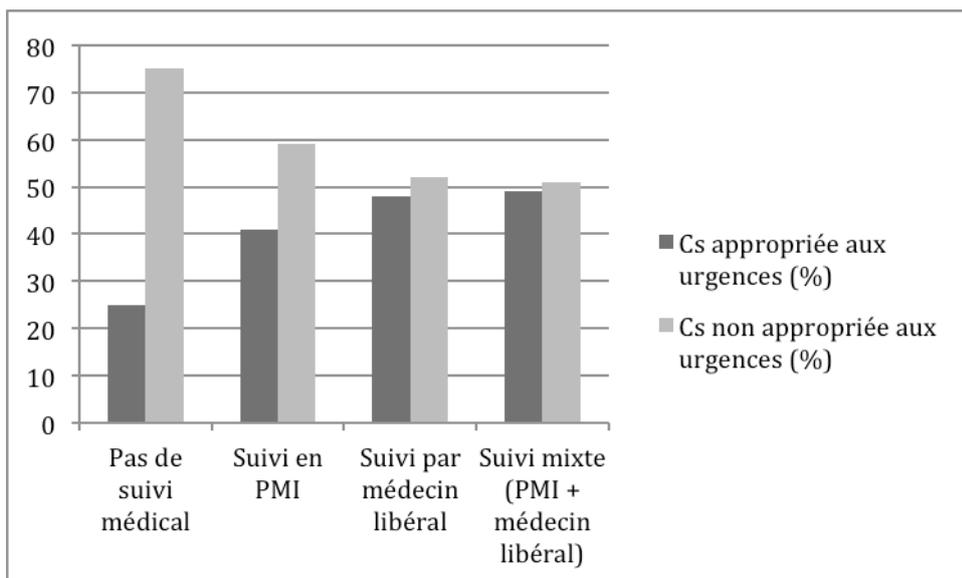


Figure 26 Taux de consultations appropriées aux urgences en fonction du suivi médical

3.2.3.6 En fonction de la durée de séjour en maternité

La consultation était considérée comme non appropriée aux urgences pour 56% des nouveau-nés ayant eu un séjour court en maternité (sortie précoce), pour 59% des nouveau-nés ayant eu une durée de séjour standard en maternité. (figure 27)

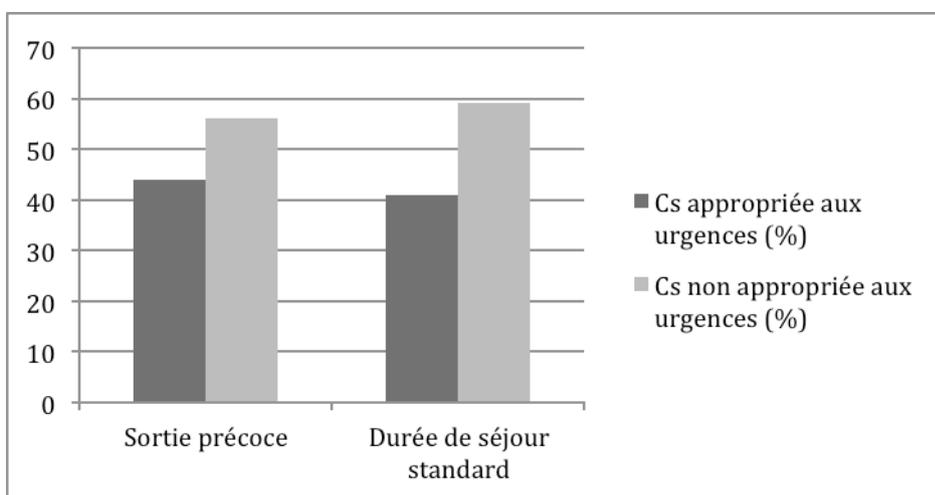


Figure 27 Taux de consultations appropriées aux urgences en fonction de la durée de séjour en maternité

3.2.4 Fréquence de consultations aux urgences pédiatriques

3.2.4.1 En fonction de la parité

36 nouveau-nés (soit 90%) de mères primipares (40) consultaient pour la première fois.

12 nouveau-nés (soit 92%) de mères ayant 4 enfants ou plus (13) consultaient pour la première fois. (figure 28)

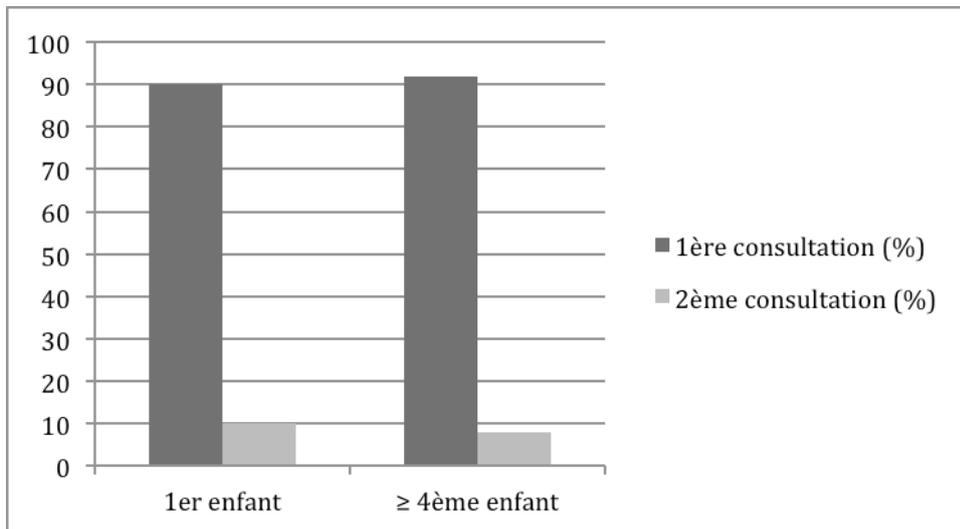


Figure 28 Fréquence de consultation aux urgences en fonction de la parité

3.2.4.2 En fonction de l'âge de la maman

19 nouveau-nés (soit 90%) de mères âgées de moins de 25 ans (21) consultaient pour la première fois.

15 nouveau-nés (soit 94%) de mères âgées de plus de 35 ans (16) consultaient pour la première fois. (figure 29)

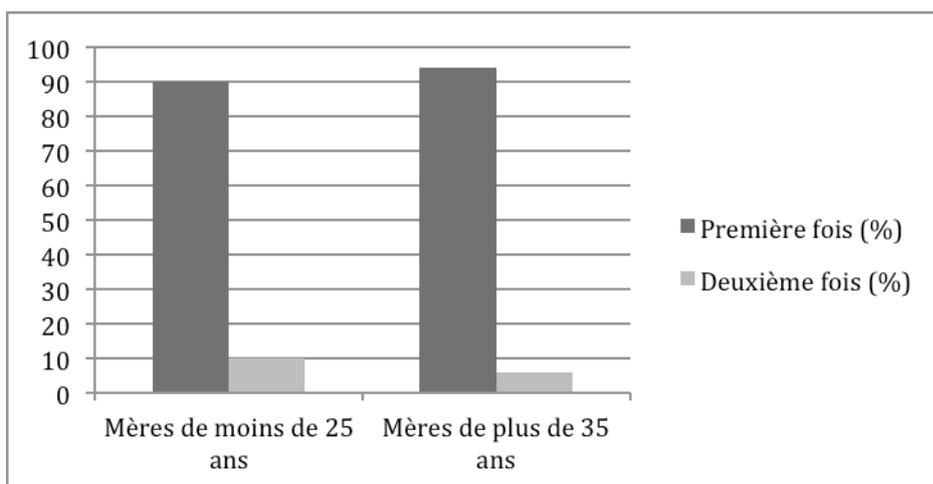


Figure 29 Fréquence de consultation aux urgences en fonction de l'âge de la mère

3.2.4.3 En fonction des catégories socio professionnelles

42 nouveau-nés (soit 91%) de mères n'ayant pas d'activité professionnelle (46) consultaient pour la première fois.

3 nouveau-nés (soit 60%) de mères ayant une CSP 3 (5) consultaient pour la première fois aux urgences pédiatriques. (figure 30)

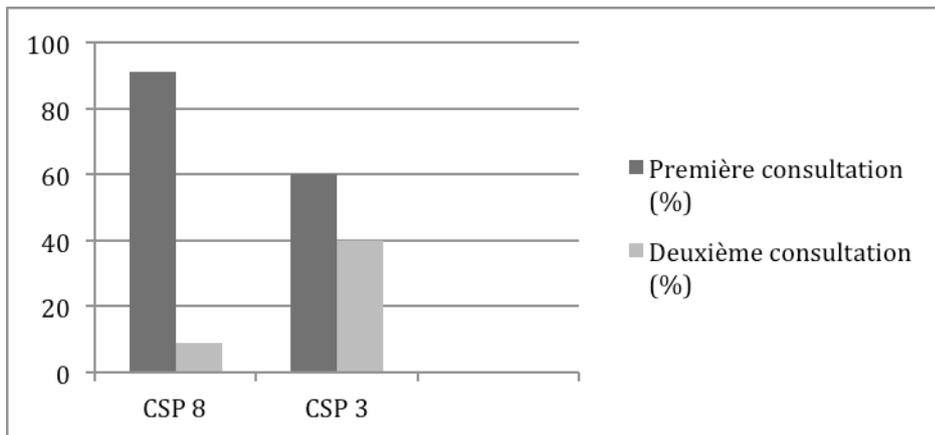


Figure 30 fréquence de consultation aux urgences en fonction des CSP

3.2.5 Histogrammes récapitulatifs des principaux résultats

3.2.5.1 *En fonction du mode de venue*

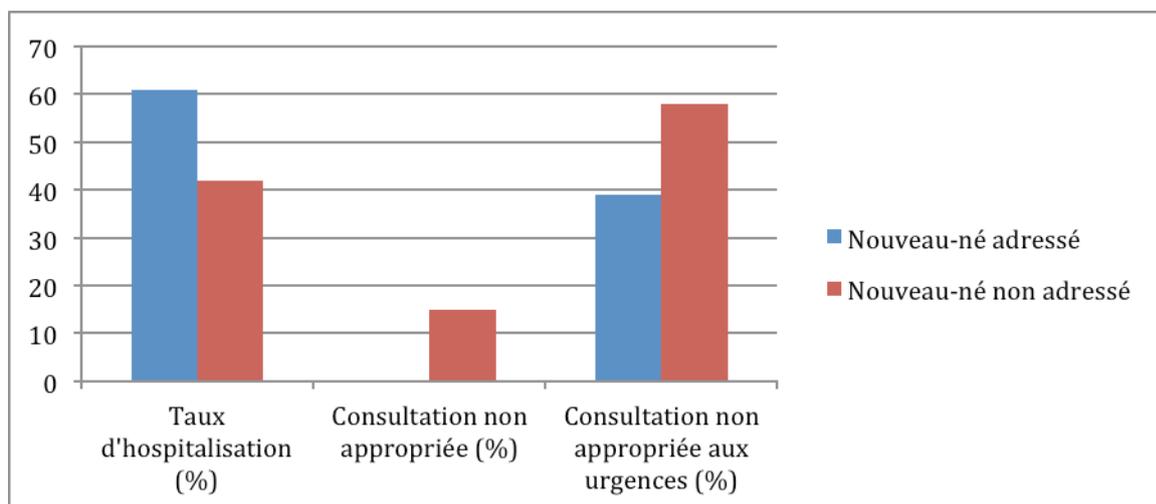


Figure 31 Taux d'hospitalisation, de consultations non appropriées, de consultations non appropriées aux urgences en fonction du mode de venue

3.2.5.2 *En fonction de la durée de séjour en maternité*

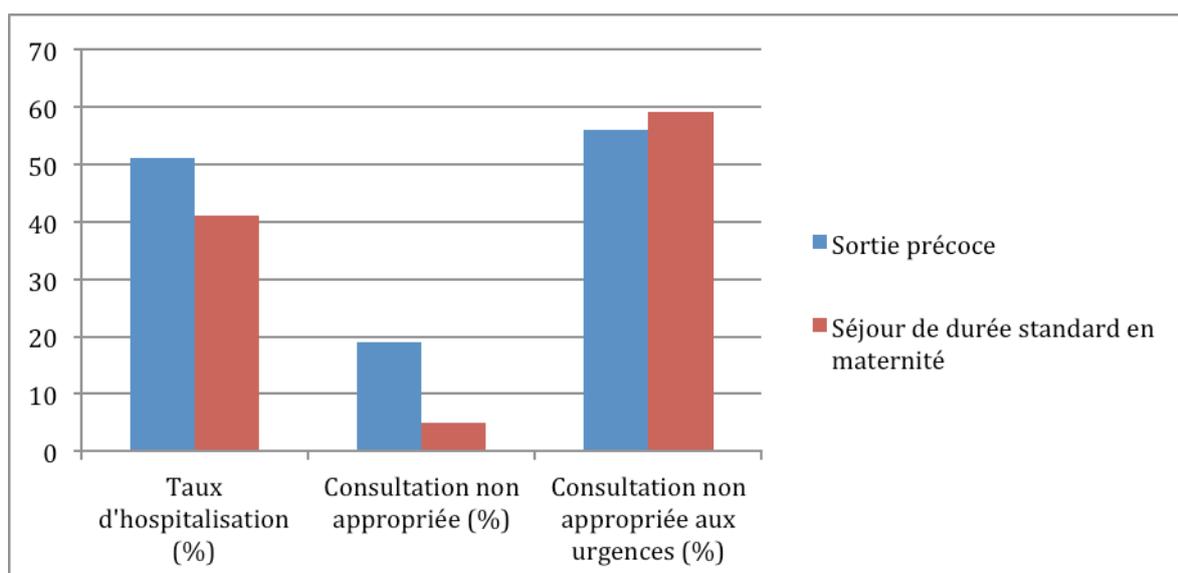


Figure 32 Taux d'hospitalisation, de consultations non appropriées, de consultations non appropriées aux urgences en fonction de la durée de séjour en maternité

3.2.5.3 En fonction de la parité

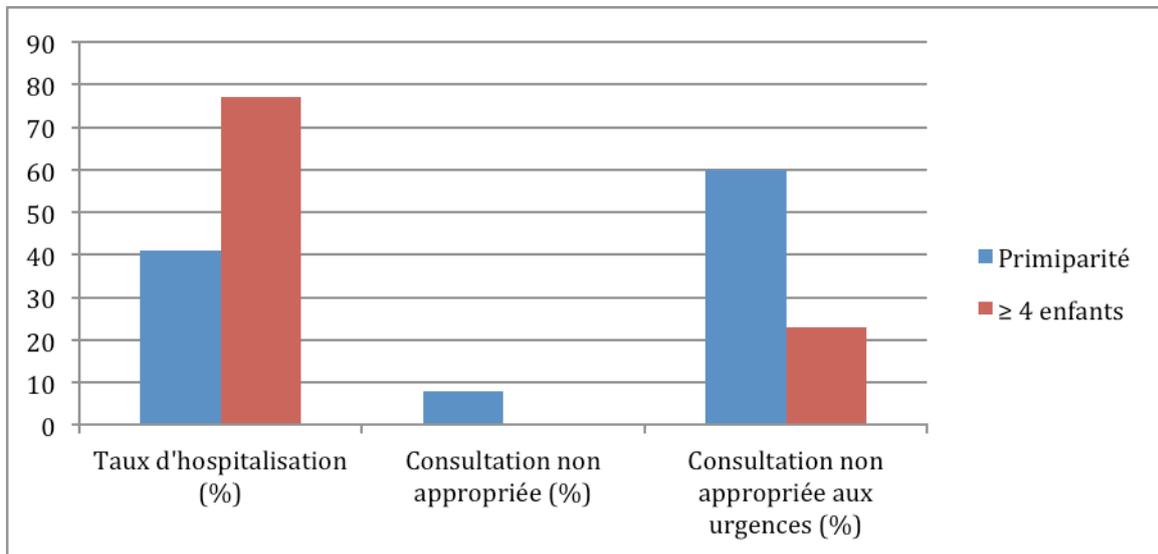


Figure 33 Taux d'hospitalisation, de consultations non appropriées, de consultations non appropriées aux urgences en fonction de la parité

3.2.5.4 En fonction de l'âge de la mère

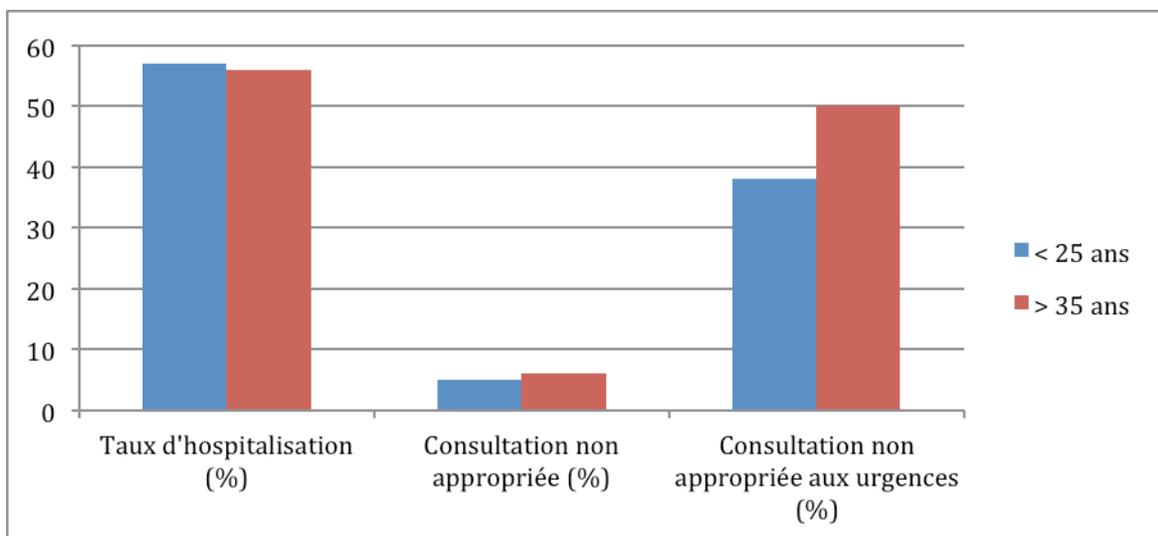


Figure 34 Taux d'hospitalisation, de consultations non appropriées, de consultations non appropriées aux urgences en fonction de l'âge de la mère

3.2.5.5 En fonction des catégories socio professionnelles

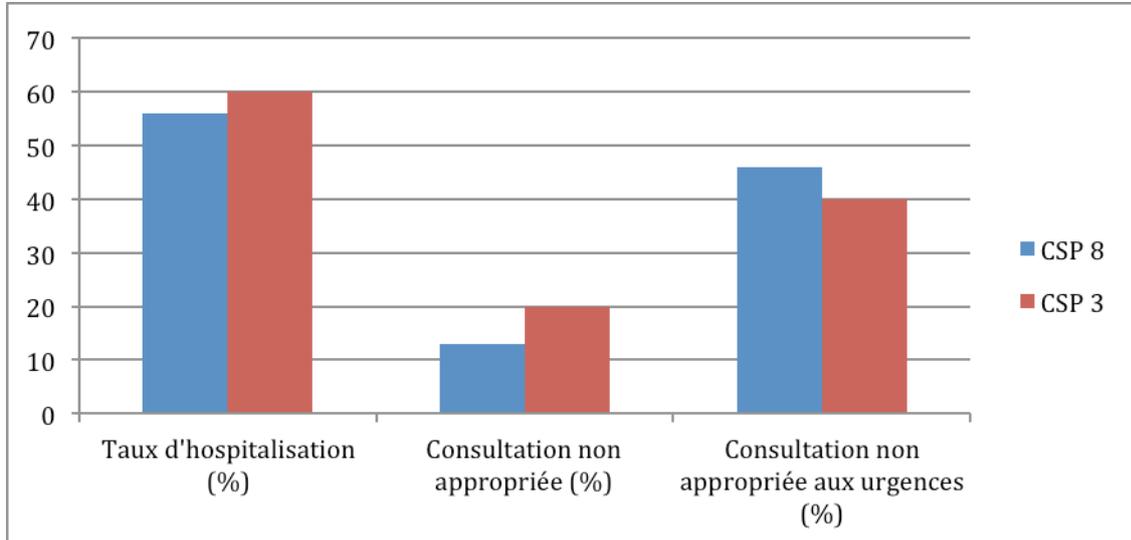


Figure 35 Taux d'hospitalisation, de consultations non appropriées, de consultations non appropriées aux urgences en fonction des CSP

3.2.5.6 En fonction du suivi médical

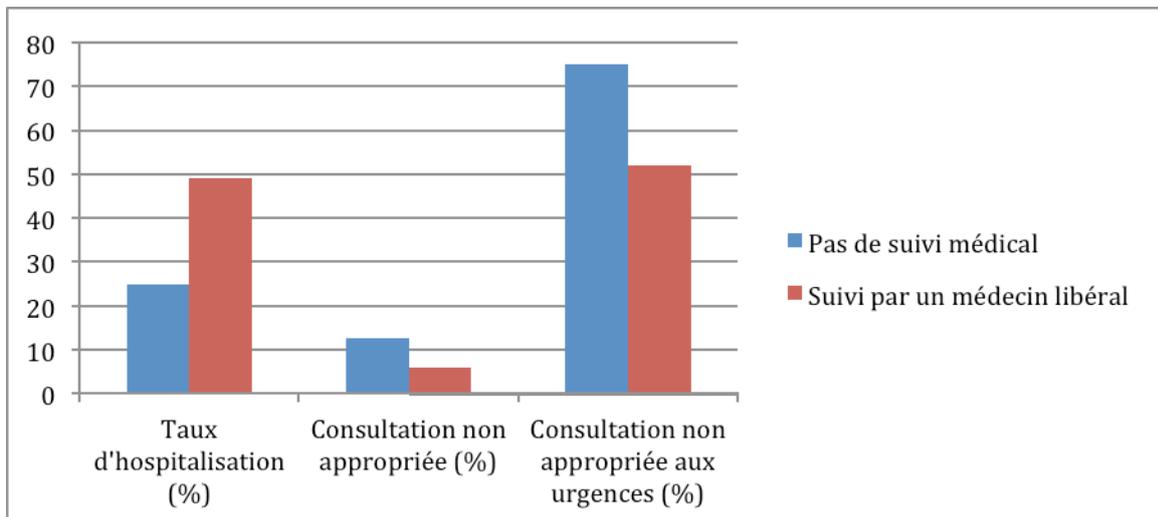


Figure 36 Taux d'hospitalisation, de consultations non appropriées, de consultations non appropriées aux urgences en fonction du suivi médical

4 DISCUSSION

4.1 Critique de l'étude

4.1.1 Méthodologie

Cette étude a été réalisée en milieu hospitalier sans population témoin en libéral. Il aurait pu être intéressant de faire un questionnaire adressé aux médecins généralistes et pédiatres de Villeneuve Saint Georges collectant le nombre de nouveau-nés consultant, les motifs de consultation et leur devenir (retour à domicile, adressé aux urgences). Cependant, cette étude paraissait difficile étant donné le peu de nouveau-nés consultant au cabinet par rapport à la population générale. De plus, le taux de réponses dans ces études en médecine générale est souvent faible et un nombre important de médecins libéraux aurait été nécessaire afin d'avoir des résultats significatifs.

4.1.2 Biais de mesure

La longueur du questionnaire était un frein et explique au moins en partie le faible taux de réponses (24%). Au sein des urgences, il est parfois difficile pour le médecin de prendre 10 minutes pour remplir le questionnaire avec les parents. Ainsi, certains questionnaires ont été remplis a posteriori alors que le nouveau-né était déjà hospitalisé, augmentant artificiellement le taux d'hospitalisation. En effet, selon les données des urgences pédiatriques, sur les 494 nouveau-nés éligibles, 154 nouveau-nés ont été hospitalisés : le taux d'hospitalisation est alors de 31% dans la population éligible, contre 46% retrouvé dans notre étude.

De plus, certains questionnaires étaient imprécis, ou il manquait des réponses. Ils n'étaient pas inclus dans l'étude (5 questionnaires).

D'autres données auraient pu être ajoutées telles que le poids de naissance et le type d'alimentation (allaitement maternel ou biberons) mais cela aurait eu pour conséquence une augmentation de la longueur du questionnaire.

4.1.3 Biais de sélection

Ce travail a été effectué au sein du CHI de Villeneuve Saint Georges engendrant un biais de sélection : cet échantillon de nouveau-nés n'est en effet pas représentatif de la population générale.

De plus, il est possible que lors de certaines consultations ne nécessitant que peu de temps les questionnaires n'aient pas été rempli (la durée du questionnaire serait plus longue que le temps de la consultation en lui même).

Ces deux phénomènes réalisent un biais de sélection augmentant notre taux de consultations appropriées et appropriées aux urgences.

4.2 Commentaires sur les résultats

4.2.1 Analyse descriptive

4.2.1.1 *Les nouveau-nés*

L'OMS considère un enfant de moins de 28 jours de vie comme nouveau-né ce qui nous a permis de définir la limite d'âge d'inclusion. La majorité des études considérait comme 28 jours l'âge limite d'inclusion [24,28,22,26,23,29,30].

Notre moyenne d'âge était de 16 jours ce qui ne différait pas des données de la littérature.

Le pourcentage de prématurés dans notre étude était de 5,2% (6 prématurés). Le taux de prématurité atteint 7,2% en 2013 en Ile de France selon l'ARS [3]. Cette différence pourrait être expliquée par un suivi très régulier des prématurés au sein de réseaux de soins. Les nouveau-nés prématurés seraient ainsi mieux surveillés expliquant un faible recours aux urgences pédiatriques. Ainsi, au CHIV, le nouveau-né prématuré et vulnérable bénéficie de consultations régulières et est suivi au sein du Réseau Sud Est Francilien jusqu'à l'âge de 7 ans.

4.2.1.2 *Les parents*

25% des familles étaient bénéficiaires de la CMU (base et complémentaire). En juin 2014, selon les chiffres de l'assurance maladie, 4,59 millions de personnes affiliées au régime général bénéficient de la couverture complémentaire CMU. Dans le Val-de-Marne, on dénombre 88 194 personnes affiliées à la CMU, soit 6,6% de la population du département. La proportion de familles bénéficiaires de la CMU et consultant aux urgences paraît ainsi élevée par rapport à la population générale réalisant un biais de sélection.

De nombreuses études [20,31–38] retrouvent une fréquence de consultation accrue aux urgences pour les patients bénéficiaires de la CMU en France et les populations

défavorisées. Ainsi, Maugein [31] met en évidence qu'être bénéficiaire de la CMU est un facteur de risque de consultations itératives aux urgences (37.6% des patients ne présentant pas une maladie chronique et ayant consulté plus de 5 fois aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux en étaient bénéficiaires). L'aspect financier paraît ainsi prendre une part importante dans le choix de consulter aux urgences. Ainsi, selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), en 2008, le taux de renoncement des patients ayant la CMU-C était de 22%. S'ils ne bénéficiaient pas de ce dispositif ce taux de renoncement était alors estimé à 39.6%. De plus, 15,4 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières et les personnes sans complémentaire renonçaient deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. (figure 37)

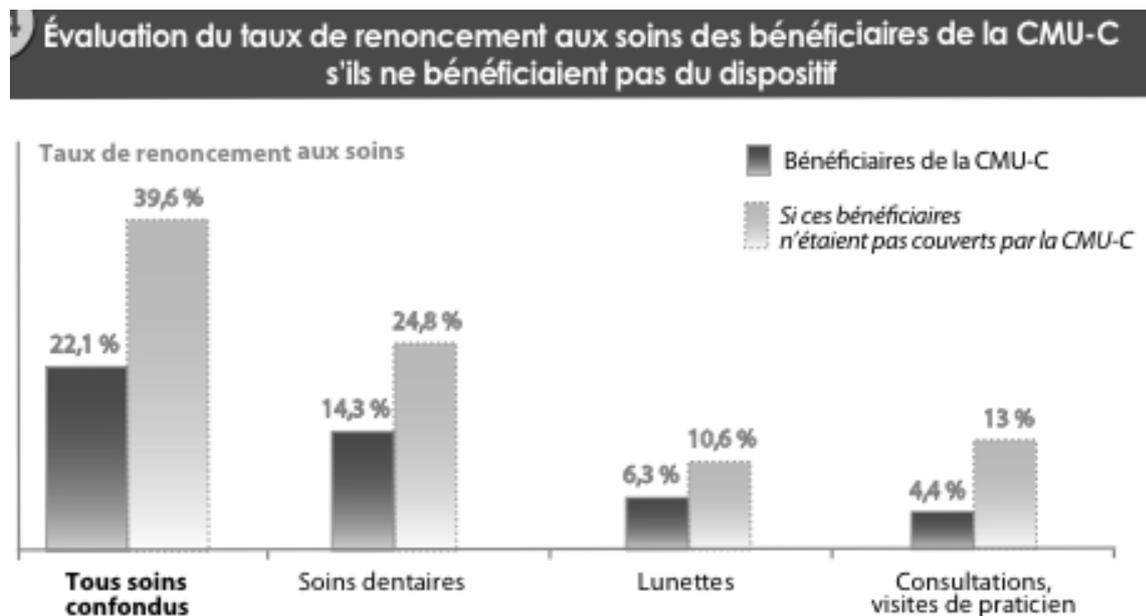


Figure 37 Taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU C

4.2.1.3 La consultation

4.2.1.3.1 Le motif de choix des urgences pédiatriques

Dans 81% des cas, le nouveau-né consultait directement sans avis préalable auprès d'un médecin en libéral. Dans 19% des cas, un médecin avait été joint et dans 16% des cas, le nouveau-né était adressé. Il paraît étonnant qu'autant de nouveau-nés consultent aux urgences pédiatriques sans consultation préalable alors que plus de 70% des parents

déclarent que leur enfant est suivi par un médecin en libéral. Au total, seuls 7 nouveau nés (6%) n'ont pas de suivi par un médecin en ville.

Le taux de patients adressés par un médecin de ville aux urgences pédiatriques retrouvé dans notre étude est comparable aux données de la littérature. Il reste faible dans toutes les études réalisées aux urgences pédiatriques en France et varie entre 10 et 25% [26,36,37,39-42]. Ainsi, en France, Claudet [26] retrouve que la majorité (78%) des nouveau-nés était amenée par leurs parents dans l'unité, sans consultation préalable avec un médecin généraliste ou pédiatre. Lors d'une étude réalisée en 2009 au sein des urgences pédiatriques de Toulouse, Richier [39] constate que seuls 18,6% des nouveau-nés sont adressés aux urgences pédiatriques.

A l'étranger, ces taux varient de 9 à 37% de nouveau-nés adressés aux urgences pédiatriques [22,23,29,43].

Lorsque l'on considère les urgences médico-chirurgicales adultes et enfants confondus, la fréquence de consultations directes reste élevée : entre 65 et 80% des usagers des urgences consultent sans avis préalable par un médecin de ville [21,25,37].

Comment peut on expliquer ce pourcentage élevé de nouveau-nés consultant sans avis préalable ?

Les raisons de ce choix sont majoritairement dominées dans la littérature [25,34,37,44,45] par :

- l'efficience et la qualité des soins reçus aux urgences
- la situation médicale jugée trop grave ou trop inquiétante
- l'absence de disponibilité du médecin traitant dans la journée, ou délai d'attente jugé trop long

En effet, les parents peuvent se sentir rassurés par la structure hospitalière : en cas de nécessité, l'accès à l'imagerie et à la biologie est rapide. De même, les patients ont souvent l'idée que les meilleurs spécialistes exercent et sont accessibles à l'hôpital.

Ensuite, cela peut être justifié par le motif de consultation en lui-même : les parents considèrent que cela relève de l'urgence. L'inquiétude parentale est souvent déterminante dans le choix de la consultation aux urgences pédiatriques. D'ailleurs, lorsqu'elle est présente, davantage de consultations semblent jugées prioritaires par

l'Infirmière d'Accueil des Urgences (IAO) mais également par le médecin : dans 2/3 des cas, le diagnostic de gravité est porté lorsque les familles se disent inquiètes. [45]

Aussi, l'absence de disponibilité du médecin traitant avec un délai de rendez-vous jugé souvent trop long est souvent évoquée par les parents afin d'expliquer le recours direct aux urgences. Cette problématique pourrait s'aggraver avec la décroissance de la démographie médicale en France prévue jusqu'en 2020 [46]. Cependant, dans notre étude, seuls 19% des parents avaient joint un médecin libéral avant la consultation aux urgences pédiatriques (consultation ou avis téléphonique).

L'ouverture des urgences 24h/24 permet la consultation en dehors de heures d'ouverture des cabinets de médecine libérale [34]. Cette accessibilité aux soins aussi bien au niveau de l'ouverture permanente qu'au niveau de la proximité géographique est également nommée pour expliquer l'accès aux urgences sans avis préalable.

Enfin, le motif financier est à prendre en compte : la nécessité d'avancer les frais de la consultation peut être un frein [47,48,37] à la consultation en médecine libérale. En 2008, 15,4% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières [49].

4.2.1.3.2 Les motifs de consultation

Dans notre étude, les motifs de consultation étaient majoritairement digestifs (36%) et respiratoires (32%). Claudet [26] retrouvait 25% de motifs digestifs et 21% respiratoires. Ici, les motifs non médicaux représentaient 8% des nouveaux nés contre 6% dans l'étude de Claudet [26]. Ce chiffre est concordant par rapport aux données de la littérature. Ainsi, l'étude de Flanagan réalisée en 2011 à Belfast et incluant 208 nouveau nés de 0 à 14 jours retrouve 10% de motifs non médicaux [43]. L'étude de Lutfi réalisée de novembre 2009 à janvier 2010 au Qatar, incluant les nouveau-nés de 0 à 28 jours met en évidence 11% de consultations pour des nourrissons en bonne santé [30]. Certains auteurs nomment ce phénomène « absence de pathologie apparente », dans notre étude, la plupart des médecins concluait à un « examen clinique normal ». Les nouveau-nés qui entrent dans cette catégorie consultaient pour des motifs dermatologiques (œdème d'un membre, gencives enflées) ou plus général (impression de fièvre non objectivée, pleurs). Dans notre étude, 49% des consultations ne nécessitaient aucun examen complémentaire et les patients rentraient à domicile.

	Perez Solis	Assandri Davila	Fernandez Ruis	Babe	Hue	Ung	Calado	Claudet	Lutfi	Flanagan	Richler	Notre étude
Année	2000	2003	2003	2003	2003	2002 2003	2005	2008 2009	2009 2010	2010 2011	2011	2013
Type	R	R	R	P	P	R	R	P	R	R	R	P
Durée (mois)	12	12	12	6	6	12	12	9	3	6	12	12
Age max (jours)	28	28	27	31	28	28	28	28	28	14	28	28
Nb de patients	309	943	1481	130	168	179	540	538	3528	208	419	115
Moy d'âge (jours)	14	21	16		20	13	14	17			15	16
Sex ratio (H/F)	1,3	1,7	1,2				1,1	1,1	1,3		1,03	0,85
Adressé (%)	9			10	20		17	12		37	18,6	16
Motifs non médicaux (%)				9	7			10		10		8
Taux d'hospitalisation	16,5	29	26	23	42	42	13	47	1,7	24	24,8	46

Figure 38 Tableau comparatif des études épidémiologiques traitant du même sujet

P : étude prospective, R : étude rétrospective

Ainsi, de nombreuses consultations semblent relever du champ de la médecine générale.

En effet, selon une thèse réalisée à Lyon en 2013 incluant 271 parents et 112 médecins (65 médecins généralistes, 32 pédiatres et 15 médecins de PMI), seuls 51% des nourrissons de moins de 6 mois sont suivis par le médecin généraliste et 75% le voient pour des consultations non programmées. Cette étude met en évidence une réelle compétence des médecins généralistes dans le suivi médical : 71% des médecins généralistes se considèrent suffisamment compétents pour assurer le suivi des nourrissons de 0 à 6 mois [50].

Dans une seconde étude, réalisée en 2013 sur 319 enfants en Midi-Pyrénées [51], 35% des nourrissons de 0 à 2 ans sont suivis de manière régulière par un médecin généraliste, 13% en PMI et 52% par un pédiatre en libéral. Pour les enfants de 2 à 6 ans, le suivi est majoritairement effectué par le médecin généraliste (66%). Ainsi, il semble que le médecin généraliste soit compétent mais qu'il ne suive pas la majorité des nouveau-nés.

Quelles peuvent être les causes ? Il est possible que les parents aient un manque de connaissance quant aux compétences du médecin généraliste : en effet, ces derniers choisissent leur médecin généraliste principalement pour la proximité géographique et la disponibilité, tandis qu'ils choisissent le pédiatre plutôt pour sa compétence professionnelle et sa réputation [51]. Une amélioration de l'information donnée aux parents semble être indispensable sur les acteurs impliqués dans le suivi des nourrissons. La formation des médecins généralistes peut-elle être mise en cause ? La formation en pédiatrie débute dès l'externat durant lequel un stage de pédiatrie d'au minimum 2 mois est obligatoire [52]. Par la suite, durant l'internat, un stage de 6 mois en pédiatrie ou en gynécologie est obligatoire : l'interne choisit selon ses affinités ou encore selon son manque d'expérience dans l'une ou l'autre spécialité [53] Dans certaines régions, le stage en pédiatrie est devenu obligatoire (en Midi Pyrénées par exemple). Au sein de la faculté de médecine Paris Descartes, ce dernier n'est pas obligatoire mais il est aisé de se former au cours de son internat en pédiatrie (en stage hospitalier par exemple ou en PMI) et en gynécologie (en planning familial ou en stage hospitalier). De plus, ces spécialités sont également présentes de manière plus ou moins importante selon le lieu de pratique des stages ambulatoires (premier niveau et/ou SASPAS). Par la suite, des formations complémentaires en pédiatrie peuvent être réalisées (DU ou DIU).

La formation ne semble donc pas être défaillante en pédiatrie. Le problème viendrait-il des parents ? Pensent-ils que leur enfant serait mieux soigné à l'hôpital et/ou par un pédiatre ? Quelques études ont analysé les motifs de choix de consultation aux urgences pédiatriques. De nombreuses thèses évoquent comme principales motivations de recours aux urgences pédiatriques : une meilleure prise en charge à l'hôpital, l'indisponibilité du médecin traitant, une situation trop grave pour attendre, l'inquiétude parentale et la persistance des symptômes malgré le traitement [44,45]. Dans une étude réalisée à Edimbourg en 2009 [35], la majorité des consultations des enfants ayant déjà consulté un médecin généraliste était motivée par le souhait d'un second avis sur la pathologie de leur enfant, par l'absence d'amélioration malgré le traitement ou par un désaccord avec le traitement ou le diagnostic donné par le médecin consulté initialement. Pour ceux n'ayant pas eu de contact avec un médecin généraliste, les raisons évoquées étaient : une pathologie dont la prise en charge était estimée hospitalière, que s'ils avaient vu un médecin généraliste ce dernier aurait adressé l'enfant aux urgences, et enfin que l'enfant était pris en charge plus rapidement aux urgences pédiatriques. Une seconde étude réalisée par Berry en 2006 aux Etats Unis sur la consultation aux urgences pédiatriques pour des motifs considérés comme non urgents par le médecin met en évidence les mêmes raisons évoquées ci dessus dans la préférence du choix des urgences pédiatriques (délai de rendez vous avec médecin généraliste, insatisfaction de la prise en charge initialement effectuée, soins de qualité effectués aux urgences pédiatriques)[34]

4.2.1.3.3 Les hospitalisations

Le taux d'hospitalisation était de 46% dans notre étude. Ce taux est élevé par rapport à celui rencontré dans les autres études (variant de 1,7 à 47%) [22-24,26,28-30,39,43,54]. Cette différence peut être expliquée par un biais de sélection. En effet, les enfants consultant pour des pathologies considérées comme mineures aux urgences pédiatriques n'ont peut être pas tous été inclus dans l'étude. La consultation jugée très rapide étant donné son motif serait nettement rallongée par le questionnaire : il est possible que certaines consultations de nouveau-nés n'aient donc pas été prises en compte. De plus, il est également probable que le questionnaire était plus souvent réalisé pour les nouveau-nés hospitalisés. En effet, le médecin avait alors plus de temps afin de questionner les parents. L'effet de ce biais est l'augmentation du taux d'hospitalisation ce qui ne devrait pas avoir d'incidence quant à nos conclusions. Aussi,

la durée d'hospitalisation n'a pas été prise en compte. En effet, au Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges, de nombreux nouveau-nés sont hospitalisés pour une nuit seulement pour surveillance ou pour inquiétude parentale. Le simple fait de les hospitaliser une nuit permet d'une part de donner des explications aux parents, de les éduquer (comment faire une bonne désinfection rhinopharyngée par exemple), de les rassurer, d'évaluer la relation parents/nourrisson mais également de surveiller l'évolution de la pathologie du nouveau né.

4.2.1.4 Avis du médecin

Dans seulement 48% des cas, la consultation était considérée comme appropriée aux urgences. Pire, dans 13% des cas, le médecin jugeait que le motif de consultation du nouveau-né ne nécessitait pas de consultation médicale. Les urgences pédiatriques deviennent peu à peu des acteurs de soins primaires, non urgents. Cette activité est non négligeable au sein de nombreuses urgences pédiatriques, en France [31,36,37,39] comme à l'étranger [23,35,42,55]. Les urgences pallieraient-elles une défaillance du réseau de soins primaires en France ?

4.2.2 Analyses croisées

4.2.2.1 Caractéristiques des consultants hospitalisés

Dans notre étude, 61% des nouveau-nés adressés par un médecin exerçant en libéral étaient hospitalisés contre 42% des nouveau-nés consultant sans avis préalable.

Cette différence est retrouvée dans les données de la littérature. Ainsi, de nombreuses études retrouvent un risque d'hospitalisation multiplié par 2 à 3 s'ils sont adressés [11,20,26,54,56]. Dans l'étude de Pérez Solis [56] incluant 309 nouveau-nés, 16,5% de ceux-ci ont été hospitalisés : le risque était de 69% pour un nouveau-né consultant après avis médical contre 11% s'il n'était pas adressé.

Aussi, ce taux d'hospitalisation semble varier en fonction de la parité. En effet, 41% des nouveau-nés de mère primipare ont été hospitalisés tandis que 77% des nouveau-nés de mère ayant 4 enfants ou plus étaient hospitalisés. De nombreuses études retrouvent la primiparité comme facteur de risque de consultation aux urgences pour un motif non urgent[12,20,28,41]. Ceci peut être expliqué par une anxiété plus importante, amenant à consulter pour des motifs non urgents, souvent de puériculture ou pour « pleurs ». Les parents ont alors besoin de conseils et de réassurance. Il aurait été intéressant d'établir

dans notre questionnaire le degré « d'urgence ressentie » par les parents ainsi que d'établir le degré d'anxiété parentale permettant d'expliquer pourquoi ils consultaient aux urgences. Ainsi, l'étude de Williams [42] ayant inclus 355 parents de nouveau-nés consultant pour des soins non urgents met en évidence une réelle urgence ressentie par ces derniers : en effet, 68% des parents considèrent que l'état de leur enfant est modéré à très grave. Berry [34] retrouve d'autres facteurs impliqués dans les consultations non urgentes : des difficultés à communiquer ou à obtenir un rendez vous avec son médecin référent, une facilité d'accès. Aussi, l'hôpital rassure les parents : ils le considèrent comme un centre de référence, efficient, ayant des ressources au niveau du personnel médical mais aussi du plateau technique garantissant une qualité des soins. Jeandidier [36] retrouve également ces motifs mais note également que 82% des parents n'ont pas trouvé ou ne connaissent pas d'alternative à la consultation aux urgences pédiatriques révélant un réel problème d'éducation ou tout au moins d'information des parents.

Dans notre étude, un troisième facteur de risque d'hospitalisation semble être le suivi médical. En effet, 49% des nouveau-nés ayant un suivi médical effectué par un médecin généraliste ou un pédiatre sont hospitalisés, contre 25% pour ceux n'ayant pas de suivi en ville. Un suivi paraît ainsi indispensable afin de diminuer la fréquentation aux urgences pour des consultations non urgentes. L'étude de Paul [57] préconise ainsi une visite post-natale par une puéricultrice ou une sage femme. En effet, elle diminuerait la fréquentation aux urgences pédiatriques et le coût de prise en charge d'un ictère néonatal ou d'une déshydratation. La prévention de ces maladies semble capitale.

Contrairement aux données de la littérature [12,20,28,31,33,37,41,43], notre étude ne retrouve pas un taux élevé d'hospitalisation chez les nouveau-nés de mère jeune ni chez les nouveau-nés de mère sans activité professionnelle. Il est possible que cette différence aurait pu être retrouvée si l'on avait pris des bornes plus extrêmes (mères de moins de 20 ans et de plus de 40 ans). Par exemple, leur nombre limité au sein de notre échantillon ne nous permettait pas d'obtenir des fréquences comparables reflétant ces sous-groupes. Le même problème s'est posé avec l'activité professionnelle : nous avons peu de mères cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure, gênant la comparaison.

De plus, ce taux d'hospitalisation est conforme à la majorité des études réalisées chez les nouveau-nés [26,28,29]. Ainsi, Claudet [26] a un taux d'hospitalisation de 47%. Ce

pourcentage élevé s'explique par le motif de consultation aux urgences. Ainsi, les recommandations préconisent une hospitalisation en cas de fièvre ou en cas de bronchiolite présentant un signe de gravité. De même, certains motifs, notamment digestifs (reflux par exemple) sont responsables de « malaises » décrits par les parents : ces enfants nécessitent souvent une hospitalisation pour surveillance d'une éventuelle récurrence au vu des risques associés. Dans l'étude de Lutfi [30], seuls 1,7% des nouveau-nés sont hospitalisés : ce taux très faible est expliqué par des motifs de consultation dominés par l'ictère (29%), la gêne respiratoire (20,7%) mais également par les problèmes d'ordre digestifs (coliques, reflux, difficultés d'alimentation) (12%).

Aussi, ce taux d'hospitalisation est beaucoup plus élevé que celui retrouvé dans les études réalisées aux urgences adultes. Une enquête nationale sur les urgences réalisée en 2002 [21] montre un taux d'hospitalisation de 19% pour toutes les catégories d'âge confondues. Il est également plus élevé que pour les autres catégories d'âge d'enfants [28]. Il s'agit en effet d'une population vulnérable nécessitant une vigilance accrue au vu des risques plus importants de complication, pour laquelle une surveillance hospitalière est souvent réalisée permettant une diminution de l'anxiété parentale.

4.2.2.2 Caractéristiques des consultants pour motifs non appropriés

Tout d'abord, dans notre étude, les consultants pour motifs non appropriés ne sont jamais adressés par un médecin libéral et sont moins suivis par un médecin exerçant en libéral (médecin généraliste ou pédiatre) : 75% des nouveau-nés n'ayant pas eu de suivi médical depuis la sortie de maternité ont une consultation considérée non appropriée aux urgences contre 52% en cas de suivi. Ces données sont concordantes avec celles de la littérature [22,56].

Ensuite, la parité semble jouer un rôle primordial. En effet, 60% des consultations sont considérées comme non appropriées en cas de primiparité contre 23% lorsque les mères ont 4 enfants ou plus ce qui est également comparable aux autres études [12,20,41]. Cela témoignerait d'une anxiété parentale ou d'un manque d'éducation des parents. L'information doit ainsi être renforcée lors du séjour en maternité. Les femmes primipares doivent acquiescer avant leur retour à domicile les soins de base et doivent être à-même de déterminer les situations nécessitant une consultation médicale en urgence.

Par contre, dans notre étude, nous ne retrouvons pas de lien entre fréquence de consultations non appropriées et durée de séjour en maternité. Il en est de même selon les données de la littérature [20,28,41].

De même, il ne semble pas ressortir de différence entre la fréquence de consultations non appropriées chez les mères de moins de 25 ans et celles de plus de 35 ans. Toutes les données de la littérature considèrent cependant ce facteur comme à risque de consultations non urgentes et plus fréquentes [20,28,33,41]. Il est possible comme expliqué plus haut que notre échantillon soit trop petit : en effet, nous avons peu de mères de moins de 25 ans (21) et de plus de 35 ans (16).

Aussi, les conditions socio économiques ne semblent pas être déterminantes pour ce qui est de la pertinence de la consultation aux urgences pédiatriques. En effet, comme dans certaines études [33], la fréquence de consultations non appropriées ne varie pas avec les catégories socio-professionnelles des parents. D'autres retrouvent un lien entre consultations non urgentes et niveau socio économique bas [20,41]. Cependant ce facteur semble plus être à risque de consultations itératives aux urgences [31,33,37,43]. Ainsi, les parents ayant des faibles revenus consulteraient plus fréquemment. L'absence de nécessité d'avance de frais à l'hôpital pourrait en être une explication. De même, l'absence de suivi médical peut être responsable des consultations itératives au sein de cette population ne pouvant pas avancer les frais de santé.

Nos résultats sont corroborés par l'étude de Claudet [26] mettant en évidence une association entre l'absence de pathologie reconnue et la primiparité, l'absence de profession maternelle. De même, dans cette étude, le fait d'être une mère jeune et/ou seule était associé à un risque plus élevé de retour aux urgences pour le même motif. Au contraire, le risque d'être hospitalisé était plus fréquent chez les nouveau-nés adressés et la multiparité.

4.2.2.3 Caractéristiques des consultants itératifs

Dans notre étude, 10% des mères primipares et 8% des mères ayant 4 enfants ou plus consultaient pour la deuxième fois. La primiparité ne semble pas être un facteur de consultations itératives.

Il en est de même pour l'âge de la mère. L'étude de Maugein [31] incluant 157 enfants consultant plus de 5 fois aux urgences en un an ne retrouve pas de lien entre

consultations itératives et jeune âge maternel. Cependant, cette étude retrouve un lien avec un contexte socio économique précaire que nous ne retrouvons pas ici. En effet, dans notre étude, 9% des mères sans emploi et 40% des mères cadres ou exerçant des professions intellectuelles supérieures consultent pour la deuxième fois. Cette différence peut être expliquée par un faible échantillon de mères cadres (5 contre 46 sans emploi) gênant la comparaison.

4.3 Particularités socio économiques et géographiques de Villeneuve Saint Georges

4.3.1 Contexte socio économique

Comme nous l'avons vu plus haut, Villeneuve-Saint-Georges est une ville ayant un salaire moyen plus bas que celui de la moyenne nationale. De plus, le taux de chômage y est également plus élevé.

Il est possible que ces caractéristiques socio-économiques aient un rôle dans la fréquence de consultation aux urgences. En effet, les patients ne peuvent peut être pas avancer les frais engendrés par la consultation en médecine libérale. De même, ils ne peuvent régler des dépassements d'honoraire. En 2004, 13% des personnes ont renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières [58]. Cependant, dans certains cas [59], le patient peut être dispensé de régler au praticien le montant de la part obligatoire seule ou le montant total de l'acte (comprenant la part complémentaire). De plus, en cas de nécessité, le tiers payant peut toujours être effectué par le médecin libéral. Ainsi, selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales [60], 35% des actes de médecine de ville sont réglés par le tiers payant.

De nombreuses études mettent en évidence une fréquence de consultations à l'hôpital plus importante chez les patients les plus démunis [38,61]. Il en est de même pour le recours aux urgences hospitalières. Cette « surconsommation » de soins hospitaliers va de pair avec une « sous consommation » de soins ambulatoires. En effet, la fréquence de consultation semble être comparable à celle de la population générale[61].

4.3.2 Offre médicale

Selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le Val-de-Marne a perdu 20% de ses médecins généralistes depuis 2007. Le Val de Marne en compte 1151. La densité de médecins généralistes exerçant dans ce département y est de 87

pour 100000 habitants, pour une moyenne, en France métropolitaine, de 108 [62]. Selon L'Agence régionale de Santé (ARS), le Val-de-Marne compte un territoire déficitaire (Orly) et sept territoires fragiles (à risque de devenir déficitaires) comme Villeneuve-le-Roi, Ablon-sur-Seine et Valenton, toutes 3 communes limitrophes avec Villeneuve-Saint-Georges. (figure 39)

17 médecins généralistes exercent à Villeneuve-Saint-Georges et, selon, les professionnels du secteur, la commune ne devrait compter que 9 médecins généralistes d'ici à 2017. Seulement 3 pédiatres exercent en libéral au sein de cette commune.

Cette pénurie peut-elle expliquer la fréquence des consultations non urgentes aux urgences pédiatriques du CHIV ?

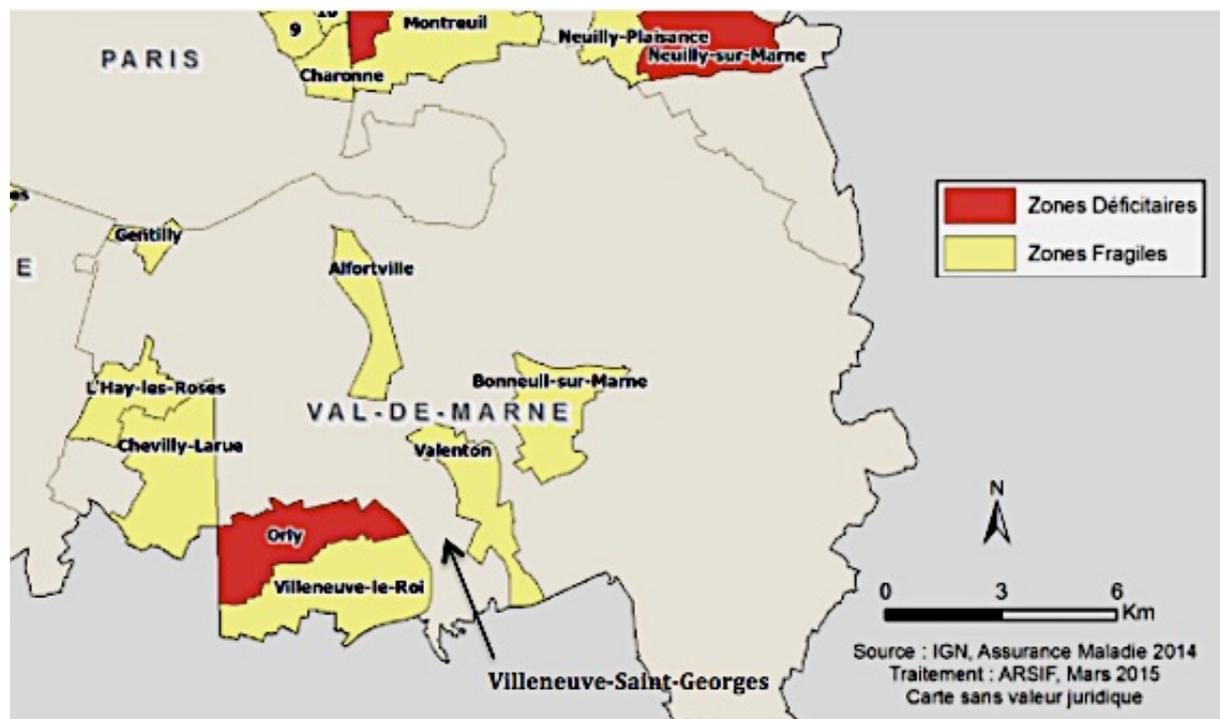


Figure 39 Zonage démographie médicale dans le Val-de-Marne - ARS - avril 2015

4.3.3 Relation entre pénurie des médecins et fréquentation des urgences

Dans de nombreuses études et thèses, les patients signalent fréquemment comme motif de recours aux urgences l'indisponibilité du médecin traitant avec un délai de rendez vous jugé trop long [25,34,36,41,42,44,45].

Ainsi, dans l'étude de Jeandidier [36] réalisée aux urgences pédiatriques incluant 939 recours, la première cause de recours aux urgences est le délai d'obtention d'un rendez

vous en médecine libérale jugé trop long (cause citée par 52% des parents). Dans 36% des cas, la consultation est motivée par une disponibilité des examens, dans 23% des cas pour la compétence médicale et dans 19% des cas pour la disponibilité des traitements.

Les urgences sont ainsi devenues le moyen de pallier au manque local de médecins, expliquant des consultations souvent inappropriées qui auraient du bénéficier d'une prise en charge en médecine libérale. Comme nous l'avons vu plus haut, Villeneuve-Saint-Georges, et surtout les villes alentours, sont considérées comme en déficit de médecins entraînant une fréquence élevée de consultations aux urgences pédiatriques pour des motifs ayant pu être gérés en médecine libérale. L'une des solutions semble être la permanence des soins (médecins exerçant en libéral accessibles le soir et le week-end) comme il en est question dans le « pacte territoire santé » promu par Marisol Touraine [63] afin de revaloriser la médecine de proximité et lutter contre les déserts médicaux. Cependant, reste le problème d'information du patient : en effet, de nombreux patients ne connaissent pas les alternatives possible à la consultation aux urgences (82% des parents d'enfants consultant aux urgences méconnaissent d'autres alternatives [36])

4.4 Propositions

4.4.1 Amélioration de l'enseignement aux parents

Avant la naissance, les consultations mensuelles de suivi de grossesse pourraient être l'occasion d'aborder ces sujets : matériel de puériculture minimal nécessaire, soins indispensables à apporter au nouveau-né, allaitement... Mais il serait également intéressant de discuter du suivi médical du futur nouveau-né : Qui va l'assurer ? Quel est son déroulement ? Quels sont les symptômes devant faire consulter rapidement et les autres, bénins ? Cependant, il semble difficile de parler d'un être futur, et les femmes ont souvent des questionnements touchant des événements plus proches : déroulement de l'accouchement et des suites de couche par exemple.

Le séjour en maternité est l'occasion d'aborder de nombreux sujets. Les parents n'ont que quelques jours pour acquérir les notions de puériculture de base. Au vu des motifs de consultation retrouvés au cours de notre étude, il paraît nécessaire d'insister en maternité sur les troubles digestifs (coliques, régurgitations, reflux, transit normal d'un

nouveau-né, attitude à avoir vis à vis d'une diarrhée ou d'une constipation, maîtrise de l'allaitement maternel, choix du type de lait) qui concernent 36% des recours aux urgences. De même, il semble important d'éduquer les parents sur les méthodes de désinfection rhino-pharyngée et sur les symptômes devant amener à consulter devant une rhinite, les causes respiratoires représentant 32% des motifs de consultation. Les soins de puériculture doivent être également acquis : soins du cordon, le bain, les changes. En effet, dans notre étude, 8% des nouveau-nés avaient un examen clinique normal et consultaient, pour la majorité, pour des motifs de puériculture. Les mesures de prévention de la mort subite du nourrisson sont à assimiler : température de la chambre, couchage du nouveau-né. Des informations de sécurité sont également à transmettre : ne pas laisser le nouveau-né seul, nécessité d'un siège-auto pour le transport en voiture, ne pas secouer le bébé, proscrire le tabagisme passif. Il faut insister sur les symptômes d'alarme amenant à une consultation rapide : fièvre chez un nouveau-né de moins de un mois, gêne respiratoire avec difficulté alimentaire, modification du comportement... Le séjour en maternité est l'occasion pour l'équipe médicale et paramédicale d'évaluer le contexte médical mais également psycho-social familial afin de préparer un retour à domicile adapté selon chaque famille. L'enquête de périnatalité [64] effectuée entre 2004 et 2009 incluant 952 mères met en évidence une satisfaction quant au séjour en maternité : en effet, 74% des femmes estiment que la durée de séjour en maternité a été suffisante et 81% estiment que le personnel a été disponible et à l'écoute. Le rapport de la DREES en 2006 [65] confirme cette tendance : sur 2656 femmes interrogées, 71% jugent la durée de séjour à la maternité adéquate, et 82% sont plutôt à tout à fait satisfaites sur l'accompagnement à l'allaitement et sur les informations données sur l'allaitement artificiel.

4.4.2 Amélioration de l'information donnée sur les structures et le déroulement de la prise en charge du nouveau-né à la sortie de maternité

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux parents ne connaissent pas les moyens de prise en charge possible. L'information sur les professionnels de santé et leurs lieux d'exercice semble indispensable en maternité.

Les dernières recommandations de l'HAS donnent des pistes pour encadrer les sorties de maternité des nouveau-nés à bas risque.

Ainsi, il est indispensable de choisir un professionnel qui suivra le nouveau-né (pédiatre, médecin généraliste ou sage-femme). Celui-ci devra être déterminé avant la sortie de maternité et identifié en tant que « professionnel référent du suivi » sur la fiche de liaison maternité/ville (cf annexe 2) éditée par l'HAS [5]. Cette nouvelle notion de « référent » permet une anticipation de la sortie.

Pour ce qui est du choix du médecin référent, un travail [50] a étudié les pratiques et attentes des différents acteurs du suivi des nourrissons de moins de 6 mois sur le territoire du Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S). Cette étude a inclus 65 médecins généralistes, 32 pédiatres et 30 médecins de PMI. Elle révèle que les médecins généralistes se sentent compétents dans la prise en charge des nourrissons à bas risque : plus de 50% des médecins généralistes se considèrent comme au moins suffisamment compétents dans leur suivi. Par ailleurs, ils souhaitent être un acteur déterminant de ce suivi au long cours : 71% des médecins généralistes, 19% des pédiatres et 33% des médecins de PMI estiment que le rôle du médecin généraliste est d'assurer toutes les consultations de suivi, 58% des médecins généralistes estiment même que le pédiatre n'y a aucun rôle. Cette étude met également en évidence une réelle difficulté de communication entre médecins généralistes et pédiatres libéraux. L'idéal serait une coopération entre ces spécialistes : recours au pédiatre en cas de difficulté ou suivi alterné.

Des informations sur les autres professionnels pouvant être sollicités doivent être données aux parents. En effet, de nombreuses consultations réalisées aux urgences pour des motifs digestifs (reflux, coliques, difficultés à l'allaitement maternel...) ou de puériculture (soins du cordon, érythème fessier par exemple) peuvent être prises en charge par une puéricultrice ou une sage-femme. Elles peuvent exercer en libéral, en PMI ou être hospitalières. Des psychologues, des assistants sociaux et des Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) peuvent également être utiles si nécessaire. Il en est de même pour les associations d'usagers et les réseaux locaux de santé en périnatalité qui peuvent être contactés et devenir un soutien dans des circonstances particulières (difficultés d'allaitement, soutien à la parentalité...).

Dans ce cas de nouveau-né à bas risque, l'Hospitalisation A Domicile (HAD) n'a pas sa place.

Pour ce qui est du suivi du nouveau-né à la sortie de la maternité, en cas de sortie après une durée de séjour « standard » en maternité, deux visites sont recommandées : la première dans la semaine suivant la sortie et la seconde est planifiée si besoin par le référent. En cas de sortie précoce, trois visites sont recommandées : la première visite obligatoire doit être effectuée dans les 24H suivant la sortie, la deuxième visite, systématique, doit avoir lieu dans la semaine suivant la sortie et enfin, la troisième visite est planifiée si besoin par le référent.

Les parents, dès la sortie de maternité, doivent savoir à qui s'adresser en cas de symptômes nécessitant une consultation rapide : professionnel référent si possible. Mais en cas de délai de consultation, d'autres solutions existent avant la consultation aux urgences pédiatriques : maisons médicales de garde, SOS médecins... Par exemple, le Service d'Accueil Médical Initial (SAMI), est chargé d'assurer une permanence de soins les soirs, week-ends et jours fériés afin de désengorger les urgences hospitalières. Il en existe de nombreux en Ile-de-France Les parents doivent connaître la possibilité d'appeler le 15 qui pourra les orienter si ils ne savent pas où s'adresser (le SAMI est d'ailleurs régulé par le 15).

4.4.3 Valorisation de la formation en pédiatrie des médecins généralistes

Comme nous l'avons vu plus haut, la majorité des médecins généralistes se sent compétent dans la prise en charge et le suivi des nourrissons. Cependant, peu de nouveau-nés semblent suivis par un médecin généraliste. Dans l'étude de Michel [51] réalisée sur 319 enfants, la majorité des nourrissons est suivi par un pédiatre (52%, 35% par un médecin généraliste, 13% par la PMI) tandis que 66% des enfants de 2 à 6 ans sont suivis par un médecin généraliste (32% par un pédiatre et 2% par la PMI). Les parents choisissent le médecin généraliste pour sa disponibilité et sa proximité tandis qu'ils choisissent le pédiatre pour sa compétence professionnelle et sa réputation. Une étude réalisée en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie [66], confirme que les pédiatres voient d'avantage d'enfants de moins de 5 ans et qu'après 10 ans, le suivi est essentiellement effectué par le médecin généraliste. Par ailleurs, cette étude réalisée sur 1 535 208 prescriptions affirme que les enfants suivis par un pédiatre sont moins souvent hospitalisés (6% en moins), ont moins d'antibiotiques (entre moins 24% et moins 74% selon les classes d'antibiotiques). De plus, les pédiatres prescrivent moins d'examen complémentaires, d'orthophonie et d'ordonnances. Dans cette étude, les enfants suivis par le pédiatre semblent avoir une

couverture vaccinale plus large ainsi qu'une meilleure prévention du rachitisme et des caries dentaires. Les médecins généralistes seraient-ils moins compétents dans la prise en charge des enfants? Cependant, cet article cloisonnant « pédiatres versus médecins généralistes » et argumentant les stériles conflits présente de nombreux biais notamment de sélection et d'attrition, il s'agit, de plus, d'une étude rétrospective. Notre étude met cependant en évidence que sept nouveau-nés adressés par un médecin ont une consultation considérée comme non appropriée aux urgences ne nécessitant en général ni examens complémentaires (2 nouveau-nés) ni hospitalisation. Ceci souligne que tous les médecins généralistes ne semblent pas à l'aise à la pratique de la néonatalogie. Chacun semble ainsi avoir ses domaines de compétence, il faudrait donc en tenir compte avant de faire le choix de médecin référent et intégrer ses lacunes dans la formation continues.

L'essentiel reste la prise en charge globale et optimale du nouveau-né par un médecin en libéral, professionnel, et formé en pédiatrie si ce domaine ne l'intéresse pas. Ainsi, au cours de l'internat de médecine générale, un stage est obligatoire soit en pédiatrie soit en gynécologie. L'interne peut donc éviter de passer par la pédiatrie. Cependant, un stage ambulatoire de premier niveau réalisé auprès d'un médecin généraliste est obligatoire : tout interne doit donc savoir effectuer au minimum des suivis de nourrissons et d'enfants. De plus, un SASPAS est proposé en médecine générale au cours duquel l'interne aura l'occasion de consulter des enfants pour un motif aigu ou pour un suivi. Au cours de ce stage, un tiers temps peut également être effectué en PMI permettant de compléter sa formation.

Dans son rapport datant de 2006 sur la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent [67], Sommelier préconise une obligation du stage en pédiatrie au cours de l'internat de médecine générale. Elle recommande également de renforcer la formation pédiatrique du DES de médecine générale et de proposer aux médecins généralistes un Diplôme Universitaire de pédiatrie. Aussi, elle souhaiterait que des évaluations des pratiques professionnelles dans le domaine de la pédiatrie soient effectuées. Enfin, elle s'interroge sur la valorisation d'un pédiatre référent pour un groupe de médecins généralistes, qui serait le recours de ces derniers en amont de l'hôpital et qui participerait à leur formation continue.

De nombreux parents ont une méconnaissance sur les acteurs pouvant être impliqués dans le suivi des nourrissons [51]. Ainsi, une information sur les compétences en pédiatrie du médecin généraliste pourrait favoriser la prise en charge des nouveau-nés à bas risque en médecine générale.

4.4.4 Amélioration de la coordination ville-hôpital et de la prise en charge en médecine libérale

La coordination des soins est indispensable et le « professionnel référent de maternité » doit être joignable afin de répondre aux interrogations de la personne en charge du suivi du nouveau-né. Il peut être identifié à l'aide de la fiche de liaison (cf annexe 2).

Dans tous les cas, que le nouveau-né soit suivi par un pédiatre, par un médecin généraliste, par la PMI ou par un réseau, l'essentiel est qu'il n'y ait pas de discontinuité de soins : il doit être vu rapidement après sa sortie, le délai variant en fonction de la durée de séjour en maternité.

Dans notre étude, le médecin estimait que seules 45% des consultations étaient appropriées aux urgences pédiatriques. 55% des nouveau-nés auraient donc pu être pris en charge par un médecin exerçant en libéral.

Cependant, dans cette catégorie d'âge de patients, l'inquiétude parentale et le sentiment d'urgence ressentie poussent souvent les parents à consulter aux urgences. Mais qui peut mieux répondre aux questions, soigner le nouveau-né et rassurer les parents que le médecin habituel, connaissant l'enfant, la fratrie, les parents et le contexte socio-économique ? De plus, la multiplication des intervenants pouvant donner des informations différentes voire même contradictoires aux parents peut avoir un effet délétère et au contraire renforcer leurs inquiétudes.

Notre étude a mis en évidence une population semblant plus « à risque » de consulter pour des motifs inappropriés aux urgences pédiatriques. Ainsi, le médecin référent a pour rôle d'identifier ces familles : les mères primipares essentiellement, ou le nouveau-né qui n'a pas de suivi médical (proposition d'une nouvelle consultation avec prise de rendez-vous dès le premier entretien). Ainsi, il pourra mettre l'accent sur l'éducation parentale et leur proposer un futur rendez-vous de suivi afin d'éviter de les perdre de vue.

Le rôle du médecin référent de suivi est alors primordial. Dans notre étude, 63% des nouveau-nés étaient suivis en PMI et 70% avaient un médecin référent (pédiatre ou médecin généraliste). Ces chiffres devraient être bien supérieurs, d'autant plus que les nouveau-nés n'ayant pas de suivi médical semblent consulter pour des motifs non appropriés aux urgences. Celles-ci deviennent peu à peu des acteurs des soins primaires ce qui n'est pas leur vocation initiale. Selon l'OMS [68], les soins de santé primaires « sont le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif d'un niveau de santé qui permette (aux peuples du monde) de mener une vie socialement et économiquement productive ». Ils ont pour caractéristiques d'être « scientifiquement valables et socialement acceptables et de coût supportable pour la société. Ils doivent être accessibles universellement à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé et être présents au plus proche des lieux de vie et de travail ». Un groupe d'experts réunis sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants [48] propose des évolutions nécessaires du système de soins français afin d'obtenir une meilleure efficacité. Celle-ci nécessiterait un recentrage du système sur les soins primaires. Leurs propositions touchent à la fois la gouvernance du système de soins, son financement, les ressources humaines nécessaires, son accessibilité et sur la continuité et la coordination des soins primaires.

5 CONCLUSION

Notre étude, réalisée sur 11 mois aux urgences pédiatriques de Villeneuve-Saint-Georges, a permis de répondre aux interrogations soulevées par la consultation des nouveau-nés de 0 à 28 jours aux urgences pédiatriques.

Ainsi, les principaux motifs de consultation sont d'ordre digestifs et respiratoires. Dans 55% des cas, le nouveau-né aurait pu éviter une consultation aux urgences et être pris en charge en médecine libérale afin de désengorger les urgences. Une amélioration, voire des modifications dans l'organisation des soins primaires en France semble être indispensable afin de favoriser une prise en charge non hospitalière dès que cela est possible. En effet, il s'agit fréquemment de motifs de puériculture nécessitant souvent de simples conseils.

La sortie précoce des maternités a permis à certains départements de mettre en place les suivis à domicile type « PRADO » par une sage-femme à domicile. Cependant, cette prise en charge reste courte et ne saurait remplacer une véritable organisation des soins primaires de l'enfant. La PMI a jadis assuré cette mission. Celle-ci a été peu à peu modifiée. La PMI prend désormais essentiellement en charge la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la communauté tels que la protection de l'enfant, les vaccinations, l'évaluation de la croissance et du développement, mais également les problèmes socio-économiques. Le médecin généraliste et le pédiatre ont ainsi un rôle capital dans les soins de santé primaires délivrés au nouveau-né.

Au-delà de l'efficacité d'une bonne coordination entre les différents acteurs de santé au profit de la santé du nouveau-né, il s'agit également de réduire le coût qu'engendrent de multiples consultations non appropriées aux urgences pédiatriques.

Cette étude permettrait ainsi aux professionnels de santé d'identifier dès la maternité une catégorie de parents semblant plus à risque de consulter aux urgences : essentiellement les mères primipares, mais également les nouveau-nés n'ayant pas de médecin référent. Sont également prendre en compte, même si nous n'avons pu le démontrer au cours de cette étude, les conditions socio-économiques précaires et l'âge de la mère qui sembleraient être également des facteurs de risques selon de nombreuses études.

Pour ces parents, il est indispensable que l'information donnée en maternité soit renforcée sur tous les soins de puériculture, mais également sur les situations physiologiques (coliques, régurgitations...) et pathologiques nécessitant une consultation.

De même, les parents, en sortant de la maternité, devraient tous avoir un « professionnel référent » identifié, ou à défaut un suivi par un service de soins primaires de l'enfant identifié, qui sera leur interlocuteur privilégié pour la suite de la prise en charge du nouveau-né, et qui pourra prendre le relai de l'hôpital efficacement.

Enfin, 46% des nouveau-nés consultant aux urgences pédiatriques ont été hospitalisés. Ce taux élevé souligne l'existence de pathologies sérieuses ou nécessitant au minimum une surveillance. Le médecin se doit toujours d'être vigilant face à ces patients vulnérables. Les nouveau-nés les plus fragiles, les grands prématurés, sont suivis par un réseau mis en place en Ile-de-France qui ne dispense cependant pas d'un suivi parallèle en soins primaires.

Le médecin généraliste, acteur de ce suivi, permet, par sa connaissance des parents, de l'éventuelle fratrie et du nouveau-né, une prise en charge globale de ce dernier. Il s'agit d'un acteur central permettant une coordination entre les différents professionnels pouvant être impliqués : pédiatre, PMI, sage-femme, puéricultrice.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. DREES. La morbidité hospitalière : désinitions et méthodes [Internet]. 2009 aout. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-morbidite-hospitaliere-definitions-et-methodes,3368.html>
2. OECD publishing. Panorama de la santé 2013: les indicateurs de l'OCDE [Internet]. 2013. Available from: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocd/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013/duree-moyenne-de-sejour-pour-un-accouchement-normal-2011-ou-annee-la-plus-proche_health_glance-2013-graph78-fr#page5
3. Crenn Hebert C, Menguy C, Lebreton E, Poulain C. PMSI Périnatalité 2013 d'Ile de France. 2014.
4. Vilain A. Enquête nationale périnatale, les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 juillet. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf
5. HAS. Recommandation de bonne pratique, Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. 2014 Mar.
6. Commission nationale de la naissance et de la santé. Organisation de la continuité des soins après la sortie en maternité [Internet]. 2013. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf
7. Akrich M. Accoucher à domicile? Comparaison France/Pays-Bas. 2007 Oct;(391). Available from: <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/05.htm>
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in length of stay for hospital deliveries--United States, 1970-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1995 May 5;44(17):335-7.
9. Kiely M, Drum MA, Kessel W. Early discharge. Risks, benefits, and who decides. Clin Perinatol. 1998 Sep;25(3):539-53, vii - viii.

10. Malkin JD, Broder MS, Keeler E. Do longer postpartum stays reduce newborn readmissions? Analysis using instrumental variables. *Health Serv Res.* 2000 Dec;35(5 Pt 2):1071-91.
11. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Joubert GI. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2000 Jun;16(3):145-50.
12. Kennedy T, Purcell L, LeBlanc J, Jangaard K. Emergency Department Use by Infants Less Than 14 Days of Age. *Pediatr Emerg Care* July 2004. 2004;20(7):437-42.
13. Sacchetti AD, Gerardi M, Sawchuk P, Bihl I. Boomerang babies: emergency department utilization by early discharge neonates. *Pediatr Emerg Care.* 1997 Dec;13(6):365-8.
14. Soskolne EI, Schumacher R, Fyock C, Young ML, Schork A. The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996 Apr;150(4):373-9.
15. Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, Gould JB. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics.* 2000 Jul;106(1 Pt 1):31-9.
16. Liu Z, Dow WH, Norton EC. Effect of drive-through delivery laws on postpartum length of stay and hospital charges. *J Health Econ.* 2004 Jan;23(1):129-55.
17. Datar A, Sood N. Impact of Postpartum Hospital-Stay Legislation on Newborn Length of Stay, Readmission, and Mortality in California. *Pediatrics.* 2006 Jul 1;118(1):63-72.
18. Madlon-Kay DJ, DeFor TA, Egerter S. Newborn length of stay, health care utilization, and the effect of Minnesota legislation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003 Jun;157(6):579-83.
19. Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics.* 2004 Jun;113(6):1619-27.
20. Pomerantz WJ, Schubert CJ, Atherton HD, Kotagal UR. Characteristics of nonurgent emergency department use in the first 3 months of life. *Pediatr Emerg Care.* 2002 Dec;18(6):403-8.

21. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale [Internet]. 2003 Jan. Report No.: 212. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>
22. Calado CS, Pereira AG, Santos VN, Castro MJ, Maio JF. What Brings Newborns to the Emergency Department?: A 1-Year Study. *Pediatr Emerg Care*. 2009 Apr;25(4):244–8.
23. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL. [Neonatal visits to a pediatric emergency service]. *An Pediatría Barc Spain* 2003. 2003 Jul;59(1):54–8.
24. Assandri Dávila E, Ferreira García MI, Bello Pedrosa O, de Leonardis Capelo D. [Neonatal hospitalization through a hospital emergency service in Uruguay]. *An Pediatría Barc Spain* 2003. 2005 Nov;63(5):413–7.
25. Gentile S, Durand A-C, 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 May;20(1):138.
26. Claudet I, De Montis P, Debuissou C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. [Analysis of neonate admissions to the pediatric emergency department]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. 2012 Sep;19(9):900–6.
27. INSEE. Commune de Villeneuve Saint Georges [Internet]. 2011. Available from: <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codegeo=COM-94078>
28. Ung S, Woolfenden S, Holdgate A, Lee M, Leung M. Neonatal presentations to a Mixed Emergency Department. *J Paediatr Child Health*. 2007 Feb;43(1-2):25–8.
29. Hue V, Bonnel C, Martinot A. [Short-stay observation unit in the paediatric emergency care setting: organization and utilization]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. 2005 Jun;12(6):706–8.
30. Lutfi S, Al-Rifai H, Al-Ansari K. Neonatal visits to the pediatric emergency center and its implications on postnatal discharge practices in qatar. *J Clin Neonatol*. 2013 Jan;2(1):14–9.
31. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P.

Consultations itératives aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. 2011 Feb;18(2):128-34.

32. Beattie T, Gorman D, Walker J. The association between deprivation levels, attendance rate and triage category of children attending a children's accident and emergency department. Emerg Med J EMJ. 2001 Mar;18(2):110-1.

33. Donovan EF, Perlstein PH, Atherton HD, Kotagal UR. Prenatal care and infant emergency department use. Pediatr Emerg Care. 2000 Jun;16(3):156-9.

34. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent Conditions? A Qualitative Study. Ambul Pediatr. 2008 Nov;8(6):360-7.

35. Hendry S, Beattie T, Heaney D. Minor illness and injury: factors influencing attendance at a paediatric accident and emergency department. Arch Dis Child. 2005 Jun;90(6):629-33.

36. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H, Paries J, Gaudelus J. Le faux débat des fausses urgences. Arch Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2:S464-6.

37. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation aux urgences pédiatriques. 1999;6.

38. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire [Internet]. 2005 février. Report No.: 378. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-determinants-individuels-des-depenses-de-sante-l-influence-de-la-categorie-sociale-et-de-l-assurance-maladie-complementaire,4502.html>

39. Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. [An epidemiological study of early consultations of newborns in pediatric emergency units.]. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. 2014 Nov 6;

40. Farbos J, Chavet M-S, Université de Picardie. Consultations des nouveau-nés de moins de 30 jours aux urgences pédiatriques de Creil (Oise) étude prospective sur un an. [[S.l.]]: [s.n.]; 2006.

41. Djavadian AA, Barrey C, Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Motifs de

consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans le premier mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatalogie. [[S.l.]]: [s.n.]; 2007.

42. Williams A, O'Rourke P, Keogh S. Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. *Arch Dis Child*. 2009 Oct 1;94(10):817–20.

43. Flanagan CF, Stewart M. Factors associated with early neonatal attendance to a paediatric emergency department. *Arch Dis Child*. 2014 Mar;99(3):239–43.

44. Tobie Guéguen MJ. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. [Internet]. [Brest]: UBO; 2012. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00711920/document>

45. Veyre A. Thèse d'exercice dirigée par Khelfaoui F. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques : étude prospective menée pendant l'hiver 2006 au CHU du Kremlin Bicêtre [Internet]. [KB]: Paris 7 Denis Diderot; 2009. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3329_VEYRE_Aurelia_These.pdf

46. Attal Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. *Dossiers solidarité et santé*; 2009.

47. Cartier T, Mercier A, De Pourville N. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;23(101):65–71.

48. Cartier T, Mercier A, Huas C, Boulet P. Propositions pour l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;(104):212–9.

49. Després C, Dourgnon P. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Quest Déconomie Santé IRDES*. 2011 Nov;(170).

50. Lottin A, Etienne B. Suivi médical des nourrissons de 0 à 6 mois dans le réseau périnatal des deux Savoie. Lyon; 2013.

51. Michel M. Thèse d'exercice dirigée par Delahaye M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi Pyrénées : médecin généraliste, pédiatre ou PMI? [Midi Pyrénées]: Toulouse III Paul Sabatier; 2013. [Internet] Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/200/1/2013TOU31074.pdf>

52. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du cycle des études médicales. Journal officiel. 1997 Mar 26;
53. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Journal officiel. 2004 Oct 6;
54. Fernández Ruiz C, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Lasuen del Olmo N, Luaces Cubells C. [Neonatal management in the emergency department of a tertiary children's hospital]. *An Pediatría Barc Spain* 2003. 2006 Aug;65(2):123-8.
55. Sands R, Shanmugavadivel D, Stephenson T, Wood D. Medical problems presenting to paediatric emergency departments: 10 years on. *Emerg Med J*. 2012 May 1;29(5):379-82.
56. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL. [Neonatal visits to a pediatric emergency service]. *An Pediatría Barc Spain* 2003. 2003 Jul;59(1):54-8.
57. Paul IM, Phillips TA, Widome MD, Hollenbeak CS. Cost-Effectiveness of Postnatal Home Nursing Visits for Prevention of Hospital Care for Jaundice and Dehydration. *Pediatrics*. 2004 Oct 1;114(4):1015-22.
58. Allonier C, Debrand T, Lucas Gabrielli V, Pierre A. Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants de zones urbaines sensibles. Questions d'économie de la santé IRDES [Internet]. n°117 ed. 2007 Jan; Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes117.pdf>
59. Assurance maladie. La pratique du tiers payant [Internet]. ameli.fr. 2014. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/la-pratique-du-tiers-payant.php>
60. Marie E, Roger J. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2013 juillet. Report No.: RM2013-143P. Available from: <http://www.leciss.org/sites/default/files/Rapport-Igas-tiers-payant.pdf>

61. De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide [Internet]. 2003 avril. Report No.: 893. Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP893.pdf
62. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2012 [Internet]. 2012 février. Report No.: 167. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat167.pdf>
63. Touraine M. Pacte territoire Santé [Internet]. 2014. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html>
64. UNAF. Enquête Périnatalité "Regards de femmes sur leur maternité" [Internet]. 2010. Available from: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
65. DREES. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. 2008 Sep;(660). Available from: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_enq_satisfaction_mater.pdf
66. Bocquet A, Chalumeau M, Bollotte D, Escano G, Langue J, Virey B. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie. Archives de Pédiatrie. 2005 juin;12.
67. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé [Internet]. 2006 Oct. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf>
68. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cited 2015 May 16]. Available from: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

7 LISTE DES ABREVIATIONS

CAF : Caisse nationale d'Allocations Familiales

CHIV : Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMS : Durée Moyenne de Séjour en maternité

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmière d'Accueil des Urgences

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RP2S : Réseau Périnatal des 2 Savoie

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAMI : Service d'Accueil médical Initial

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TISF : Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale

8 ANNEXES

8.1 Annexe 1 :

Tableaux de l'HAS définissant le bas risque maternel et pédiatrique

a) Pour une sortie précoce

Tableau 3. Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.) ; ** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

*** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/ entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

b) Pour une sortie après une durée de séjour « standard »

Tableau 2. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas**)
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos ;

** définis selon les courbes de référence utilisées.

8.2 Annexe 2 :

Fiche de liaison maternité/suivi en post partum immédiat

Fiche de liaison Maternité → suivi en post partum immédiat

Nom, prénom et signature de la personne avant renseigné la fiche :

Téléphone :

Accord de la patiente (signature) :

Précisions utiles (AMP, DPN, accompagnement psychologique ou social...) :

A l'attention du professionnel de santé effectuant le suivi

Coordonnées :

Demande initiée : Par la femme Par l'établissement de santé

Dans le cadre du PRADO Autre

Maternité :

Personne à contacter en cas de nécessité :

- Pour la mère :

- Pour le nouveau-né :

Nom, prénom de la patiente :

Date de naissance : / /

Adresse :

vit seule

vit en couple

Code porte :

Etage :

Tél(s) :

Couverture sociale :

SS+Mutuelle Sécurité Sociale CMU AME Absence de couverture

Suivi anténatal :

Sage-femme

Généraliste

Gynécologue

Nom, prénom :

Tél :

	Inutile	Non souhaitée	Fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

ANTECEDENTS

Gestité : Parité : Groupe, Rhésus : RAI :

Toxoplasmose : date et résultat de la dernière sérologie :
Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers :

GROSSESSE

Grossesse normale Pathologie maternelle (préciser) :
 Pathologie fœtale (préciser) :

ACCOUCHEMENT

le : / à : h Terme :

Voie basse spontanée Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :

Complications (préciser le cas échéant) : de la délivrance d'anesthésie autre

Points à surveiller :

Déchirure simple / compliquée Épisiotomie
 Périnée complet Cicatrice de césarienne avec complication
 Evolution des fils résorbables Fils / agrafes à retirer à J
 Hématome Hémorroïdes invalidantes

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :

Date et dernier taux d'hémoglobine connu :

Traitement en cours : antibiotiques anticoagulant autres (préciser) :

* Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : _____

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom : M F
Poids de naissance : Poids le plus bas : date :

Jumeaux, prénom de J2 : M F
Poids de naissance : Poids le plus bas : date :

Alimentation : Sein Mixte Préparation pour nourrisson

Guthrie : fait à faire (joindre buvard avec n°acc + enveloppe)

Dépistage de la surdité : fait à proposer

Points à surveiller :

Alimentation Ictère Infection
 Prise de poids Autre (préciser)

SORTIE le / / à J

Accompagnement(s) proposé(s) :

Sage-femme libérale Médecin généraliste
 Puéricultrice (PMI) Pédiatre
 TISF Soutien à l'allaitement (préciser) :
 Psychologue Autre (préciser) :

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ

A ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases traitées



N°12396*01

Enfant Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Sexe: Fémin. Mascul. Commune _____
Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) _____ N° FINESS _____
Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile: _____ Commune _____
M. Mme Mlle Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____ Date de naissance _____
Prénom _____
Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance _____
Niveau d'études de la mère: 1 École primaire - 2 Secondaire - 3 Niveau bac - 4 Enseignement supérieur
(inscrivez 1, 2, 3 ou 4)
Profession: _____ (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)
Mère: 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire 5 Chômeur
 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé 6 Elève, étudiant ou en formation
Père: 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier 7 Autre inactif

Examen médical Examen effectué par: un omnipraticien un pédiatre un autre spécialiste
Médicin: cachet - téléphone _____
Conclusions, précisions et commentaires: _____
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière: non oui
Je demande une consultation médicale spécialisée: non oui
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI: non oui
Je, soussigné(e) Dr: _____
atteste avoir examiné l'enfant le _____ jour _____ mois _____ an

Nom et adresse du médecin qui suivra l'enfant: _____
Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Antécédents
Nombre d'enfants: _____
nés avant 37 semaines: _____
pesant moins de 2500 g: _____
mort-nés: _____
nés vivants puis décédés avant 28 jours: _____
Antécédents de césarienne: non oui
Grossesse
Géité: _____
(nombre total grossesses y compris actuelle)
Parité: _____
(nombre total d'accouchements y compris actuel)
Date de la première consultation (déclaration de grossesse): _____
1^{er} trimestre 2^e trimestre 3^e trimestre

Nombre total d'échographies: _____ non oui
Mesure de la clarté nucale: _____ non oui
Échographie morphologique: _____ non oui
Préparation à la naissance: _____ non oui
Recherche antigène HbS: _____ non oui
Si oui, résultat: _____ positif négatif
Alcool consommé pendant grossesse (verre/semaine): _____
Tabac consommé (cigarettes/jour): _____
Pathologie en cours de grossesse: non oui
Si oui, Précédampsie
HTA traitée
Diabète gestationnel
Autre pathologie (préciser): _____
Hospitalisation (y compris au domicile) en nb de jours: _____
Motif de l'hospitalisation: _____
HTA RCIU MAP
Autres motifs: _____ non oui
Transfert in utero: _____ non oui

Accouchement
Nombre de fœtus: _____ si > 1, rang de naissance: _____
Age gestationnel: _____
(en semaines d'aménorrhée révisées)
Présentation: sommet siège autre
Début de travail: _____
spontané déclenché césarienne avant travail
Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement: _____
Analgésie: aucune péridurale générale
rachianesthésie autre
Naissance par: _____ voie basse non instrumentale
extraction voie basse instrumentale
césarienne programmée césarienne en urgence
En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication? _____
Cause maternelle Cause fœtale

Etat de l'enfant à la naissance
Poids _____ grammes
Taille _____ cm
Périmètre crânien _____ cm
Appar à 1 min _____ Appar à 5 min _____
L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés? non oui
précisez: _____
Transfert (ou mutation): non oui
Si oui: immédiat secondaire
Lieu du transfert (service et adresse): _____

Pathologie de la première semaine
Oxygénothérapie _____ Non Oui
Intubation _____ Non Oui
Antibiothérapie (de plus de 48 heures) _____ Non Oui
Pathologie neurologique _____ Non Oui
Urgence chirurgicale _____ Non Oui
Autres (préciser): _____

Anomalies congénitales
Si oui préciser: _____ Non Oui
Syndrome polymalformatif _____
Anomalies du tube neural _____
Fente labio-palatine _____
Atresie de l'oreille _____
Omphalocèle, gastroschisis _____
Réduction de membres ou absence d'éléments osseux _____
Malformation rénale _____
Hydrocéphalie _____
Malformation cardiaque _____
Trisomie 21 _____
Autres (préciser): _____
Suspectée _____ Certaine _____

Autres informations
Allaitement au sein _____ Non Oui
Vaccination par le BCG _____
Hépatite B: vaccination _____
injection d'immunoglobulines _____
Test de l'audition pratiqué _____
Résultat: normal à surveiller
Décès de l'enfant _____
Age au moment du décès en jours _____ ou heures _____
Cause du décès: _____

8.4 Annexe 4

QUESTIONNAIRE DE THESE ETUDIANT LES FACTEURS ASSOCIES AUX CONSULTATIONS AUX URGENCES PEDIATRIQUES DU CHIV POUR LES NOUVEAU NES DE 0 A 28 JOURS

A faire remplir par le médecin pour tous les enfants de 0 à 28 jours consultant aux
urgences pédiatriques

Date du jour :

Heure d'arrivée :

Heure de départ :

Au sujet de l'enfant :

Age :

- date de naissance :.....
- sexe :.....
- terme de naissance :.....SA
- complications/pathologies néonatales :.....
- Durée mère/enfant en maternité : jours
- Sortie précoce : si oui à J....
- fratrie :.....
- présence d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre traitant : oui/non
- Suivi en PMI : oui/non

Au sujet des parents

- situation familiale : en couple/ séparés/divorcés
- mère isolée : oui/non
- CMU : oui/non
- Lecture des conseils dans le carnet de santé effectuée : oui/non

	Père	Mère
Profession		
Age		
Français courant	Oui/non	Oui/non
Ville		
Parité		
Niveau de scolarité/ dernier diplôme obtenu		

Au sujet de la mère :

- ATCD gynéco-obstétricaux :.....
- ATCD familiaux (CCH, mort subite...) :.....
- ATCD psychiatriques : oui/non Si oui lesquels ?

Au sujet de la consultation :

- motif invoqué par les parents :.....
- adressé par un médecin traitant/pédiatre : oui/non
- médecin traitant/ pédiatre contacté ; oui/non
- nécessité d'examens complémentaires : oui/non
- diagnostic final :.....
- conclusion : retour à domicile/reconvocation/hospitalisation

Au total, consultation :

- appropriée, nécessaire : oui/non
- aux urgences : oui/non

Fréquence de consultation aux urgences depuis la naissance

- 1^{ère} fois
- 2^{ème} fois
- 3^{ème} fois
- 4^{ème} fois ou plus

NB: soutien familial = présence des parents ou autres membres de la famille et ou conseils de leur part

8.5 Annexe 5

Les catégories socioprofessionnelles selon l'INSEE :

- 1- agriculteurs exploitants
- 2- artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3- cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4- professions intermédiaires
- 5- employés
- 6- ouvriers
- 7- retraités
- 8- autres personnes sans activité professionnelle

TITRE ET RESUME

Motifs et facteurs impliqués dans la consultation des nouveau-nés aux urgences pédiatriques : Etude prospective monocentrique

Dans un contexte d'augmentation de fréquence aux urgences pédiatriques alors que le taux de natalité diminue, il est légitime d'étudier les motifs et facteurs impliqués dans la consultation des nouveau-nés aux urgences pédiatriques.

Il s'agit d'une étude épidémiologique avec inclusion prospective des nouveau-nés de 0 à 28 jours consultant aux urgences pédiatriques du CH de Villeneuve-St-Georges. Le médecin interrogeait les parents et colligeait des données sur le nouveau-né (âge, sexe, antécédents) les parents (âge, professions, parité) la consultation (motif, mode de venue, nécessité d'examen complémentaires, devenir du nouveau-né, diagnostic) et donnait son avis sur la consultation.

115 enfants ont été inclus, l'âge moyen était de 16 jours. 16% des nouveau-nés étaient adressés. 70% étaient suivis par un médecin libéral. Les principaux motifs de consultation étaient digestifs dans 36% des cas (coliques, régurgitations, reflux-gastro-oesophagien, gastro entérite aigue), respiratoires dans 32% des cas (rhinites, bronchiolites). Les autres motifs étaient infectieux (13%) et dermatologiques (11%). Dans 8% des cas, l'examen clinique était normal. 46% des nouveau-nés ont été hospitalisés. 87% des consultations étaient considérées comme appropriées et 45% comme appropriées aux urgences. Les consultations non appropriées étaient plus fréquentes en cas de primiparité, d'absence de suivi médical, et lorsque le nouveau-né n'avait pas consulté au préalable un médecin.

Des consultations auraient pu être prises en charge par un médecin libéral afin de désengorger les urgences. Une population est plus à risque : les nouveau-nés de mères primipares et ceux n'ayant pas de suivi médical.

MOTS CLES

Nouveau-né
Urgences pédiatriques
Motifs de consultation

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**