



HAL
open science

Étude prospective des motivations et des déterminants conduisant les usagers à s'adresser aux urgences pédiatriques du C.H.U. de Bordeaux

Lola Domingues dos Santos

► **To cite this version:**

Lola Domingues dos Santos. Étude prospective des motivations et des déterminants conduisant les usagers à s'adresser aux urgences pédiatriques du C.H.U. de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02508115

HAL Id: dumas-02508115

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02508115>

Submitted on 13 Mar 2020

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse N° 199

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
le 05 novembre 2019 par
Madame Lola DOMINGUES DOS SANTOS
Née le 25 août 1991 à Talence (33)

**Étude prospective des motivations et des déterminants
conduisant les usagers à s'adresser aux urgences pédiatriques
du C.H.U. de Bordeaux**

Directrice de thèse
Madame le Docteur Brigitte LLANAS

Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Philippe REVEL

Composition du jury :

Monsieur le Professeur Gérard CHÉRONPrésident
Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBATJuge
Monsieur le Professeur Philippe REVEL..... Juge
Monsieur le Professeur Rodolphe THIEBAUTJuge
Madame le Docteur Marion LEROUGE-BAILHACHEJuge
Madame le Docteur Brigitte LLANASDirectrice

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Gérard CHERON, de me faire l'honneur de présider mon jury. De m'avoir accueillie dans votre service, d'avoir facilité mon arrivée et pour toute votre attention pendant ces six mois de stage.

À Monsieur le Professeur Philippe REVEL d'avoir accepté d'être mon rapporteur. Pour toute la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard depuis le début de mon internat. C'est avec beaucoup de fierté et une certaine émotion que je soutiens ce travail devant vous aujourd'hui.

À Monsieur le Professeur Rodolphe THIEBAUT, d'accepter de faire partie de mon jury. Pour vos précieux conseils et pour l'intérêt sincère que vous avez porté à mon travail depuis le mois de février 2018 lorsque j'ai mené mon étude de faisabilité.

À Monsieur le Professeur Jérôme HARRAMBAT d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Trouvez ici le témoignage de ma gratitude.

À Madame le Docteur Marion LEROUGE-BAILHACHE d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Pour votre patience, la transmission de votre savoir et votre expérience professionnelle lors de mon semestre au Service des Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux. Pour votre aide lors du recueil des données.

À Madame le Docteur Brigitte LLANAS, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Pour votre soutien et votre enthousiasme.

A papi Jean, que j'aime et qui me manque.

À ma famille des quatre ours : ma sœur, ma mère et mon père que j'aime de tout mon cœur et pour qui le mot merci n'a pas suffisamment de sens.

À ma famille, pour son amour et son soutien.

À Margaux, ma plus belle et éternelle amie.

À Ambroise, pour tout ce que tu es.

À Marie et Karine.

Marie, pour ton aide infiniment précieuse, ta patience, ton écoute, ton enthousiasme, tes encouragements, ton intérêt pour ce travail. Merci de m'avoir accompagnée sur le chemin de la recherche sur questionnaire et pour avoir dévoilé toutes les subtilités du « khi-dos ». J'espère avoir l'occasion et la chance de travailler de nouveau avec toi.

À toute l'équipe médicale et paramédicale et aux agents administratifs du Service des Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux pour m'avoir accueillie et pour avoir confirmé mon amour pour la pédiatrie.

À toute l'équipe médicale et paramédicale du Service des Urgences Pédiatriques de l'Hôpital Necker Enfants Malades. Pour votre accueil chaleureux et votre bienveillance lors de mon dernier stage d'interne. Pour tout ce que j'ai appris et tout ce que vous m'avez apporté sur le plan humain.

À l'équipe médicale et paramédicale du Service des Urgences de l'hôpital de Dax, qui a fait naître mon intérêt pour la médecine d'urgence. Une pensée particulière pour Aurélie, Jean, Marine, Bertrand et Guillaume qui m'ont tant appris et qui sont maintenant des amis chers.

À mes compères d'externat qui ont rendu belles ces années de dur labeur.

À mes compères d'internat avec qui j'ai partagé très certainement les plus belles années de ma vie.

RÉSUMÉ

Introduction : Les services des urgences, incluant les services des urgences pédiatriques, connaissent une croissance non maîtrisée de leur activité depuis leur création, estimée à plus de 4% par an dans les pays dits développés. Il en découle une saturation de ces services. Le facteur principal généralement évoqué pour expliquer cette saturation est qu'ils prennent en charge entre 20 et 50% de patients relevant potentiellement de la médecine de ville.

Objectif : C'est dans ce contexte que cette étude a pour objectif d'étudier les déterminants et les motivations qui conduisent les usagers à consulter au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux sur les horaires d'ouverture des cabinets de médecine de ville.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective à l'aide d'un questionnaire distribué à tous les accompagnants se présentant au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux entre 8h30 et 19h sur huit journées non consécutives. Le questionnaire composé de vingt-cinq questions visait à cerner le contexte de la consultation au travers du recueil de paramètres psycho-socio-éducatifs, socio-économiques, géographiques, démographiques, se rapportant à l'histoire familiale de l'enfant, permettant d'évaluer la perception de l'urgence par l'accompagnant, ayant trait au rapport de confiance que les patients entretiennent avec leur médecin traitant. Enfin il était demandé à l'accompagnant, lorsqu'il n'était pas adressé par un médecin, la raison pour laquelle il se présentait directement au Service des Urgences. L'ensemble de ces paramètres a été évalué au regard de la classification CCMU établie par le médecin ayant assuré la prise en charge de l'enfant.

Résultats : 451 patients ont été inclus. 37,9% des consultations sont classés CCMU 1, 44,5% CCMU 2 et 17,1 % CCMU 3. La traumatologie, les troubles digestifs et la douleur représentent à eux trois 60% des motifs de consultation aux urgences. 45% des patients seulement déclarent être adressés aux urgences par un médecin. 47% des patients non adressés par un médecin se présentent au Service des Urgences parce qu'ils considèrent qu'il s'agit de l'endroit le plus adapté pour la prise en charge de leur enfant. La traumatologie représente 40% des motifs de consultation des patients non adressés. 14% des accompagnants déclarent se présenter au Service des Urgences alors que leur enfant ne leur semble pas en danger, 62% alors que leur enfant ne leur semble pas en danger mais nécessite selon eux des examens complémentaires. Seulement 10% estiment que leur enfant est en danger et/ou qu'il nécessite une hospitalisation. Nos résultats montrent de manière significative que les patients classés en CCMU 3 sont plus souvent adressés par un médecin. Nous n'identifions aucun paramètre psycho-socio-éducatif ou socio-économique ayant une influence sur la classification CCMU. Enfin, on constate que la classe CCMU 3 est significativement surreprésentée en période de vacances scolaires.

Conclusion : Cette étude confirme l'état de saturation du Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux qui voit en moyenne un enfant toutes les 10 minutes ainsi que sa forte implication dans la prise en charge de patients ne relevant pas de l'urgence. Nous n'établissons aucun lien entre les paramètres psycho-socio-éducatifs ou socio-économiques et le motif de consultation aux urgences ou la classification CCMU. L'absence de modalités de prise en charge adaptée et immédiate en médecine de ville est la motivation la plus souvent rapportée par les usagers consultant au service des urgences.

Mots-clés : Urgences ; Pédiatrie, CCMU

ABSTRACT

Introduction: Emergency departments, including pediatric emergency departments, have been experiencing uncontrolled growth since their creation, estimated at more than 4% per year in so-called developed countries. This results in a saturation of these services. The main factor generally evoked to explain this saturation is that they receive between 20% and 50% of patients potentially falling under competencies of general practitioners.

Objective: In this context, this study aims to study the determinants and motivations that lead users to consult the Pediatric Emergency Department of the University Hospital of Bordeaux on the opening hours of urban medicine offices.

Materials and methods: We carried out a monocentric prospective study using a questionnaire distributed to all accompanying persons consulting in the Pediatric Emergency Department of the Bordeaux University Hospital between 8:30 am and 7 pm on eight non-consecutive days. The questionnaire consisted of twenty-five questions aiming to explore the context of the consultation by mean of psycho-socio-educational, socio-economic, geographical and demographic parameters, parameters related to the child's family history. The questionnaire aimed also to assess the perception of the emergency by the accompanying person and the confidence that patients have with their doctor. Lastly, the accompanying person was asked, in the case he was not referred by a doctor, the reason why he presented himself directly to the Emergency Department. All of these parameters were evaluated according the CCMU classification established by the physician who took care of the child.

Results: WE collected 511 passages during our collection period, 451 patients were included. 37.9% of the population is classified as CCMU 1, 44.5% as CCMU 2 and 17.1% as CCMU 3. Trauma, digestive disorders and pain together account for 60% of the reasons for consultation. Only 45% of patients report being referred to the emergency department by a doctor. 47% of patients who are not referred by a doctor usually come to the Emergency Department because they consider it is the most appropriate place for the care of their child. Trauma represents 40% of the reasons for consulting of unaddressed patients. 14% of the accompanying persons declare to present themselves to the Emergency Department while their child does not seem in danger, 62% whereas their child does not seem in danger but requires, according to them, additional examinations. Only 10% feel that their child is in danger and / or requires hospitalization. Our results show that patients classified as CCMU 3 are significantly more often referred by a doctor. Our study does not identify any psycho-socio-educational or socio-economic parameters that influence the CCMU classification. Finally, we note that the CCMU 3 class is significantly overrepresented during school holidays.

Conclusion: This study confirms the saturation state of the Pediatric Emergency Department of Bordeaux University Hospital, which receives on average one child every 10 minutes and its strong involvement in the care of non-emergency patients. We do not link any psycho-socio-educational or socio-economic parameters to the emergency consultation reason or the CCMU classification. The lack of appropriate and immediate care arrangements in city medicine is the motivation most often reported by users consulting in the emergency department.

Key-words : Emergencies, Pediatrics, CCMU

Table des Tableaux et Figures

Tableaux

Tableau 1 : Évolution du Nombre de passages aux urgences pédiatriques du C.H.U. de bordeaux entre 2016 et 2018	11
Tableau 2 : Répartition des passages et des questionnaires remplis en fonction des jours de recueil	12
Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée.....	17
Tableau 4 : Répartition des classes CCMU 3 selon les périodes de recueil.....	18
Tableau 5 : Résultat des tests de khi-deux évaluant l'influence de la période d'admission sur la classification CCMU	19
Tableau 6 : Résultat des tests de khi-deux évaluant l'influence de la période d'admission sur la répartition entre groupes CCMU 1-2 et CCMU 3 et +.....	19
Tableau 7 : Répartition des effectifs en fonction du genre et de la classe CCMU	20
Tableau 8 : Répartition des effectifs en fonction de l'âge et de la classe CCMU	20
Tableau 9 : Répartition des effectifs en fonction de l'âge et de la classe CCMU après fusion des trois premières tranches d'âge.....	21
Tableau 10 : Répartition des effectifs en fonction du statut de l'accompagnant et de la classe CCMU.....	21
Tableau 11 : Répartition des effectifs en fonction du statut de l'accompagnant et de la classe CCMU chez les patients se présentant pour un motif traumatologique	21
Tableau 12 : Fréquence de l'accompagnement par le père chez les patients se présentant pour un motif traumatologique ...	22
Tableau 13 : Influence du mode d'adressage sur les effectifs des classes CCMU.....	22
Tableau 14 : Influence du mode d'adressage sur les fréquences des classes CCMU.....	22
Tableau 15 : Répartition des effectifs en fonction de l'urgence ressentie par l'accompagnant et de la classe CCMU.....	23
Tableau 16 : Fréquence des différentes classes CCMU en fonction de l'urgence ressentie par l'accompagnant	23
Tableau 17 : Répartition des effectifs en fonction de la nationalité de l'enfant et de la classe CCMU	24
Tableau 18 : Répartition des effectifs en fonction du niveau d'études du père et de la mère.....	24
Tableau 19 : Répartition des effectifs en fonction du niveau d'études du couple parental	24
Tableau 20 : Répartition des effectifs en fonction de la fratrie	25
Tableau 21 : Répartition des effectifs en fonction classe CCMU et de la satisfaction vis-à-vis du médecin traitant.....	25
Tableau 22 : Répartition des effectifs en fonction classe CCMU et du lieu d'habitation.....	25
Tableau 23 : Répartition des effectifs en fonction du motif de présence au Service des Urgences déclaré par les usagers et la classe CCMU	26
Tableau 24 : Répartition des effectifs en fonction des motivations exprimées par les usagers ayant reçu un avis médical avant de consulter au service des urgences et la classe CCMU.....	27
Tableau 25 : La population étrangère de la gironde en 2015 d'après l'INSEE	35

Figures

Figure 1 : CCMU modifiée	7
Figure 2 : Diagramme des inclusions.....	13
Figure 3 : Répartition des principaux motifs de consultation aux urgences pédiatriques	15
Figure 4 : Répartition de la durée des symptômes avant la consultation aux urgences pédiatriques.....	16
Figure 5 : « Ressenti » de l'urgence par l'accompagnant.....	16
Figure 6 : Classification des patients par le médecin en charge selon la classification CCMU modifiée.....	18
Figure 7 : Classification CCMU des patients intégrant la discrimination classe CCMU 2 « justifiée » versus CCMU 2 « injustifiée »	30
Figure 8 : Diagramme des urgences ressenties U1 non adressées faisant confiance à leur médecin traitant	33
Figure 9 : Diagramme des motivations de la consultation au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.....	36
Figure 10 : Diagramme montrant la distribution du niveau d'urgence ressentie en fonction du motif de la consultation au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.....	37
Figure 11 : Diagramme montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux car ils considèrent que c'est « le meilleur endroit pour s'occuper de leur enfant ».....	37
Figure 12 : Diagramme montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux car ils n'ont pas trouvé de médecin disponible	38

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE	3
1.1	Préambule	3
1.2	Justification de l'étude	3
1.2.1	Un constat « empirique » : des Services des Urgences saturés victimes de leur succès	3
1.2.2	Facteurs explicatifs de la saturation des Services des Urgences	5
1.3	Intérêt du sujet	6
2	HYPOTHÈSES DE TRAVAIL	9
3	MATÉRIELS ET METHODES	10
3.1	Recueil des données : Élaboration et Passation du questionnaire	10
3.1.1	Elaboration du questionnaire	10
3.1.2	Distribution du questionnaire	11
3.1.3	Aspects règlementaires	11
3.2	Traitement des données : Méthode d'échantillonnage, constitution des groupes et analyse statistique	11
3.2.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	12
3.2.1.1	<i>Critères d'inclusion</i>	12
3.2.1.2	<i>Critères d'exclusion</i>	12
3.2.2	Méthode d'échantillonnage	12
3.2.3	Caractérisation de la population de référence	13
3.2.4	Constitution des groupes	13
3.2.5	Analyse statistique	14
4	RESULTATS	16
4.1	Contexte de la consultation aux urgences	16
4.1.1	Principaux motifs de consultation aux urgences	16
4.1.2	Durée des symptômes avant la consultation	17
4.1.3	Le « ressenti » de l'urgence par l'accompagnant	17
4.1.4	Codification du niveau d'urgence selon la classification CCMU par le médecin en charge	19
4.1.5	Études des paramètres susceptibles d'influer sur la classification CCMU des patients	19
4.1.5.1	<i>Influence du jour de consultation sur la classe CCMU</i>	19
4.1.5.2	<i>Influence du genre du patient sur la classe CCMU</i>	20
4.1.5.3	<i>Influence de l'âge de l'enfant sur la classe CCMU</i>	21
4.1.5.4	<i>Influence du statut de l'accompagnant sur la classe CCMU</i>	22
4.1.5.5	<i>Influence de l'adressage des patients par un médecin sur la classe CCMU</i>	23
4.1.5.6	<i>Influence de l'urgence ressentie par l'accompagnant sur la classe CCMU</i>	24
4.1.5.7	<i>Influence de la couverture santé sur la classe CCMU</i>	24
4.1.5.8	<i>Influence de la nationalité sur la classe CCMU</i>	24
4.1.5.9	<i>Influence du dernier diplôme des parents sur la CCMU</i>	25
4.1.5.10	<i>Influence de la fratrie sur la classe CCMU</i>	26
4.1.5.11	<i>Influence de la présence d'un médecin traitant et de la satisfaction vis-à-vis de ce dernier sur la classe CCMU</i>	26
4.1.5.12	<i>Influence du lieu de résidence sur la classe CCMU</i>	26
4.1.5.13	<i>Influence des motivations des usagers sur la classe CCMU</i>	26
5	DISCUSSION	29
5.1	Un service des urgences ayant une activité soutenue mais ne relevant pas toujours de l'urgence	29
5.2	Un constat à nuancer au regard de l'hétérogénéité de la classe CCMU 2	29
5.3	Un « comportement » particulier lors des vacances scolaires	31
5.4	Influence de l'âge de l'enfant	32
5.5	Influence du statut de l'accompagnant	33
5.6	Le bénéfice d'une consultation médicale en préalable à l'adressage	33
5.7	Des idées <i>a priori</i> relatives au niveau d'études et aux conditions socio-économiques dont il convient de vérifier la pertinence	35

5.8	La fiabilité du ressenti de l'urgence par l'accompagnant.....	36
5.9	Les motivations des usagers : un besoin de prise en charge globale et immédiate.....	37
5.10	Analyse du « pacte de refondation des urgences » à l'aune de nos résultats	39
5.11	Limites de l'étude	41
5.11.1	Limites liées au caractère monocentrique.....	41
5.11.2	Limites liées aux biais	41
5.11.3	Limites liées à la définition du caractère « justifié » de la consultation	42
5.11.4	Limites liées aux critères de sélection des patients.....	43
6	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	45
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
8	ANNEXES	51
8.1	Questionnaire.....	51
8.2	Diagrammes complémentaires	54

1 INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE

1.1 PREAMBULE

Régulièrement de garde aux urgences, les internes de médecine sont rapidement confrontés à la réalité d'un service surchargé avec une salle d'attente qui ne désemplit pas, en partie occupée par des patients ne consultant pas pour des « urgences vitales » ou même des « urgences fonctionnelles » telles qu'elles nous l'ont été enseignées pendant études médicales. Il arrive parfois que la presque totalité de notre garde soit consacrée à de la consultation médicale de ville déplacée à l'hôpital. Parmi ces consultations que l'on pourrait qualifier « d'abusives », se cache la véritable urgence qu'il leur est interdit de manquer, de sous estimer et qui décuple le stress des soignants. Les urgences pédiatriques occupent une place particulière puisqu'il s'agit aussi d'intégrer l'inquiétude, justifiée ou non, des parents pour l'état de santé de leur enfant.

Afin de mieux comprendre, de mieux vivre cette situation et donc de mieux exercer notre mission de service public et, le cas échéant, de proposer des interventions ciblant les modalités de prise en compte et d'adressage de ces patients, nous avons réalisé une étude portant sur les motivations et les déterminants conduisant les usagers à consulter aux urgences pédiatriques. Ce travail est une étude prospective par questionnaire. Durant huit jours non consécutifs répartis sur deux périodes (pendant puis hors de l'épidémie attendue de grippe selon le rapport du réseau sentinelle de la Nouvelle Aquitaine de l'année précédente) nous avons distribué un questionnaire à tous les accompagnants des enfants consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux, quel qu'en soit le motif, sur les horaires de consultation de ville, puis nous avons analysé les données recueillies au regard du degré d'urgence évalué par le médecin responsable de la prise en charge.

Ce travail comporte six parties :

- la première partie traite de la justification de l'étude et de son intérêt ;
- la deuxième partie expose brièvement nos trois principales hypothèses de travail ;
- la troisième partie présente la méthode qui est celle d'une étude prospective basée sur un questionnaire ;
- la quatrième partie expose les résultats de l'étude ;
- la cinquième partie est consacrée à la discussion ;
- la sixième partie conclut et ouvre quelques perspectives.

1.2 JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.2.1 Un constat « empirique » : des Services des Urgences saturés victimes de leur succès

Depuis leur création dans le milieu des années soixante, les Services des Urgences (SU) n'ont cessé de voir leur fréquentation croître. Cette augmentation concerne tous les types d'urgences, dont les urgences pédiatriques. C'est notamment pour y faire face que le « Plan Urgences »⁽¹⁾ a été initié en 2003 afin d'agir sur l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences, de l'amont à l'aval en passant par l'intra hospitalier, et améliorer l'accès aux soins non programmés pour l'ensemble de la population. En France, de 1990 à 1998, avant le lancement du « Plan Urgences », le nombre de passages aux urgences a augmenté de 43 % (de 7,2 millions à 11 millions d'usagers). Néanmoins, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) notait une stabilisation de ces passages dans le secteur public en 2004, avec 14 millions de recours sur l'année (soit 22% de croissance tout de même entre 1998 et 2004),^(2,3) pour finalement repartir à la hausse : le rapport de la cour des comptes de février 2019 sur les urgences hospitalières, faisait état de 21,2 millions de passages par an dans les Services des Urgences en France en 2016 contre 18,4 millions en 2012 (soit une augmentation de près de 15% en quatre ans avec une augmentation de

1. Introduction et Problématique

3,6% en moyenne par an), pour un coût de 3,1 milliards d'euros à la charge de l'assurance maladie ou des autres financeurs (complémentaires santé, ménages).⁽⁴⁾

La croissance de la fréquentation des services accueillant des urgences est un phénomène communément observé de longue date, notamment en pédiatrie, dans tous les pays qui en sont dotés.^(5,6) A titre d'illustration de ce constat une étude réalisée aux USA de 1996 à 2006 montre que le nombre de consultations aux urgences est passé de 90 millions par an à 113 millions par an, soit 20% d'augmentation en moins de dix années.⁽⁷⁾ La même observation est faite au Canada sur la période allant de 1992 à 2002 lors de laquelle la fréquentation des Services des Urgences a progressé de 23%. En Australie, la croissance du nombre de passages était estimée à 37 % lors de la période allant de 2000 à 2010.

En France, une étude réalisée en 2010 par l'ORU-MIP (Observatoire Régional des Urgences de Midi Pyrénées) rapporte pour la première fois et de manière exceptionnelle une baisse de l'activité des Services des Urgences des hôpitaux publics associée à une augmentation de l'activité du secteur privé dans deux départements de la région Midi-Pyrénées. L'année suivante, en 2011, la fréquentation était repartie à la hausse avec une croissance de 4,3%.⁽⁸⁾ Pour ce qui concerne les urgences du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Bordeaux, le rapport du CHU fait état d'une augmentation de la fréquentation de 7% entre 2016 et 2018 pour la pédiatrie.^(9,10)

L'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) identifie deux types de facteurs à l'origine de l'augmentation du recours aux urgences, constatée dans tous les pays dits développés :⁽¹¹⁾

- des facteurs liés à la demande (préférence pour la présence sur un même lieu de l'ensemble des services, besoins de santé, caractéristiques socio-économiques) ;
- des facteurs liés à l'offre (évolution des pratiques médicales avec des examens complémentaires plus systématiques, absence croissante de médecins intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets).

Dans son rapport sur la territorialisation des activités d'urgences en 2015,⁽¹²⁾ le Docteur Jean-Yves Grall (Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais) parlait de Services des Urgences « victimes de leur succès » estimant que l'amélioration majeure apportée par une qualification constante des personnels médicaux et paramédicaux, la modernisation des locaux et les efforts pour diminuer le temps d'attente, sont des facteurs d'attractivité pour la population. Néanmoins, peut-être en raison de ce succès, J-Y Grall écrivait dans son rapport : « *Pour autant l'afflux dans les services d'urgences n'a cessé de croître pour une majorité de motifs ne le justifiant pas, le nombre d'urgences vraies restant stable et minoritaire.* » Ce constat doit nous interpeller dans la mesure où il est susceptible, à court ou moyen terme, de placer l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences en incapacité de remplir sa mission première : « *l'accès pour tous aux soins urgents en moins de 30 minutes, en maintenant une haute qualité de prise en charge ...* ». Certainement dans le souci de préserver cette capacité, ce rapport soulignait la nécessité de procéder à quelques adaptations stratégiques, et notamment :

- faire la part entre soins non programmés et urgences réelles ;
- garantir un accès en trente minutes à la prise en charge de l'urgence réelle ;
- axer la réflexion sur les territoires, définis en lien avec les agences régionales de santé ;
- optimiser l'utilisation des ressources qualifiées ;
- permettre l'application des nouvelles modalités d'organisation du travail médical dans les structures d'urgence.

Enfin, nous sommes depuis ce printemps 2019, sur l'ensemble du territoire national, les témoins et/ou les acteurs d'un mouvement de grève sans précédent du personnel paramédical des urgences, secondairement rejoint par les médecins.⁽¹³⁻¹⁶⁾ Le 14 août 2019, 195 Services des Urgences publiques sur 495 étaient recensés en grève par le ministère de la santé (contre 220 par le collectif Inter-Urgences), soit près de 50% des Services des Urgences publics en France. Les revendications

1. Introduction et Problématique

principales des soignants portent sur l'augmentation du nombre de lits d'aval et une augmentation du personnel afin de soulager les Services des Urgences des patients hospitalisés mais dormant sur des brancards faute de place dans les services et de lutter contre l'épuisement du personnel.

Si à aucun moment il n'a été question de stigmatiser les patients et la médecine de ville sur l'orientation et la prise en charge des malades en dehors des structures hospitalières, les consultations qualifiées de « circuit court » bien que peu chronophage prise une à une participent, lorsqu'elles s'accumulent, à une sur sollicitation des professionnels de santé qui pourrait leur être épargnée.

C'est dans ce contexte de très forte tension que la ministre des Solidarités et de la Santé a élaboré le plan « Ma santé 2022 » et annoncé le 9 septembre 2019 un « pacte de refondation des urgences ».

1.2.2 Facteurs explicatifs de la saturation des Services des Urgences

Cinq hypothèses sont évoquées pour expliquer cette augmentation non maîtrisée de l'activité des Services des Urgences.⁽¹⁷⁾

La première hypothèse est *l'évolution de la reconnaissance de l'activité de la médecine d'urgence en tant que spécialité*. Cette reconnaissance est passée par plusieurs étapes :⁽¹⁸⁾

- la création dans les années quatre-vingt-dix de la Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU) en tant que formation diplômante à la médecine d'urgence, accessible par concours, validée par un examen écrit et des stages hospitaliers et pré requis pour les médecins généralistes souhaitant se reconverter dans cet exercice pour présenter le concours national de Praticien Hospitalier en médecine d'urgence ;
- la création en 2004 du Diplôme d'Études Spécialisé Complémentaire (DESC) de médecine d'urgence, accessible au terme du troisième cycle des études médicales ;
- la création en 2017 du Diplôme d'Études Spécialisé (DES) de médecine d'urgence, choisi par les étudiants en médecine à l'issue de l'examen classant national, délivrant une formation universitaire immédiatement orientée vers la médecine d'urgence.

La deuxième hypothèse est *l'évolution de l'organisation de la prise en charge des urgences au sein des centres hospitaliers*. Cette évolution a été marquée par la création en 1995, par décret, de Services d'Accueil des Urgences (SAU) ayant disparu en 2006 au profit des Services des Urgences (SU),⁽¹⁹⁾ avec possibilité d'exercice pédiatrique exclusif. Ce « label » SU porte une image de qualité de l'offre de soins dans la mesure où il est réservé aux centres hospitaliers en capacité de proposer des hospitalisations complètes en médecine, disposant d'un plateau technique de chirurgie, de biologie et d'imagerie. Les SU opèrent souvent comme un centre névralgique des centres hospitaliers qui en disposent et constituent donc un facteur d'attractivité.

La troisième hypothèse porte sur *l'évolution de l'offre de permanence de soins* liée aux accentuations des inégalités d'accès aux soins en France. Ces accentuations suivent les inégalités d'aménagement du territoire et les évolutions démographiques au profit des zones urbaines et au détriment des zones rurales, marquées notamment par des inégalités d'accès aux services publics en général. Ce phénomène est amplifié par une **évolution des aspirations des médecins de ville** qui privilégient une activité de consultations, presque exclusivement sur rendez-vous, au cabinet médical, à des heures ouvrables et « en semaine ». De plus, la permanence des soins ambulatoires par le système de garde des médecins généralistes jusqu'à minuit est basée exclusivement sur le volontariat depuis 2002.

La quatrième hypothèse renforce les effets liés à la baisse de l'implication des médecins généralistes dans l'activité non programmée. Il s'agit des conséquences d'une **pénurie en lits d'hospitalisation** résultant en un engorgement des services prenant en charge les urgences.

La cinquième hypothèse que nous voulons évoquer pour finir parce qu'elle est au cœur de ce travail, est relative aux comportements des usagers, les patients eux-mêmes, qui seraient dans l'esprit de

1. Introduction et Problématique

beaucoup de professionnels de santé en demande d'une prise en charge à haut niveau de compétence (professionnelle comme technologique), exhaustive et immédiate. Dans un article paru en 2016 intitulé « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence »,⁽²⁰⁾ le Docteur en Sociologie Sylvie Morel décrit ce terme d'« usagers » employé par les chercheurs de la DRESS pour dénoncer un recours hospitalier qu'ils appellent « en mode direct » c'est-à-dire sans avis médical préalable. Le citoyen deviendrait alors selon elle un « usager », « un consommateur de soins » responsable de l'engorgement des urgences. Sa recherche tendrait à infirmer cette idée et montrerait que ces patients sont en fait une minorité. Elle cite également un article paru dans la revue « Actualité et dossier en santé publique » en 2005 sous le titre « Les urgences : point de vue des usagers » soulignant l'existence d'un discours accusant les usagers d'utiliser « à mauvais escient le système de prise en charge des situations d'urgence » ou les taxant d'irresponsabilité.⁽²¹⁾

Si l'on pousse l'exemple à son paroxysme, on peut rappeler le cas de madame Naomi Musenga, cette jeune patiente décédée aux urgences du CHU de Strasbourg en avril 2018 alors que son appel n'avait pas été suffisamment pris au sérieux par l'opératrice du SAMU. Cette dernière avait été vivement défendue par ses collègues de la France entière qui dénonçaient un recours régulièrement abusif et parfois autoritaire, voire agressif, de la part des patients. Le risque est alors d'être lassé voire désabusé et de ne pas répondre de manière appropriée à l'appel à l'aide d'une patiente stigmatisée, considérée comme une « consommatrice » « abusant » du système de soins.

1.3 INTERET DU SUJET

Il nous paraît donc absolument essentiel d'étudier dans le détail les principaux déterminants ainsi que les motivations qui conduisent les usagers à s'adresser aux Services des Urgences pour trois types de raisons fondamentales :

Le premier type tient aux *effets délétères de l'engorgement*. On peut, à ce stade, évoquer les principaux :

- le retard de la prise en charge des urgences vitales ;
- la fatigue pouvant aller jusqu'à l'épuisement du personnel médical et paramédical lassé par des sollicitations souvent jugées abusives et qui sont susceptibles, le plus souvent à tort, de stigmatiser des usagers jugés « irresponsables ». A ce titre le rapport du Dr Grall sur la territorialisation des activités d'urgence évoqué plus haut⁽¹²⁾ insiste sur la désillusion et le malaise des médecins urgentistes qui ont suivi une formation s'attachant à la prise en charge des urgences vraies, ne préparant pas à l'accueil et la prise en charge « industrielle » d'une majorité de situations intriquées, variées, dont le rapport avec l'urgence est le plus souvent très ténu.

Le deuxième type tient au fait que la plupart des études françaises sur le sujet dont nous disposons :

- sont anciennes pour la plupart, si bien qu'elles ne sont peut-être pas représentatives des évolutions de la médecine d'urgence en France ;
- ne se sont pas focalisées sur le cas de la pédiatrie qui est un contexte particulier dans lequel intervient le prisme de l'attachement et de la relation parent-enfant qui sont susceptibles d'actionner des ressorts particuliers en termes d'anxiété, d'affect et de difficulté à percevoir la « gravité » de la situation ;
- ont abordé de manière généralement superficielle la « problématique » de l'utilisateur qui, dans le cas particulier de ce travail est le parent d'un enfant (donc d'une certaine manière une tierce personne).

Le troisième type, fortement en lien avec cette dernière remarque et qui nous paraît de première importance, tient à la cause de l'engorgement des Services des Urgences. La plupart des études menées dans différents pays dits « développés » traitant de la fréquentation des urgences souligne qu'une raison majeure de leur engorgement, si ce n'est la raison essentielle, tient au fait qu'elles

1. Introduction et Problématique

doivent prendre en charge des patients qui ne relèvent pas de l'urgence telle que définie par la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) donnée dans l'encadré ci-dessous.

Or, le rapport de la DRESS de 2003⁽²²⁾ réactualisé par le rapport de 2013,⁽²³⁾ pointe que la population pédiatrique représente environ 30% de la population totale consultant aux urgences avec des caractéristiques et des heures de consultation bien différentes de celles de l'adulte.

Dans ce contexte, nous ne pouvons envisager les réflexions sur des modalités d'intervention visant à soulager les Services des Urgences pédiatriques de « charges » qui ne relèvent pas de leur mission sans prendre en compte les déterminants et les motivations amenant les usagers, ici des parents d'enfants mineurs, à s'adresser à un service des urgences pédiatriques. Pour ce qui concerne ce troisième type de raisons, une revue de la littérature couvrant les publications traitant de ce sujet de 1970 à 2001⁽²⁴⁾ relève une croissance de la prévalence des patients « non urgents » de 43 % en 1990,⁽²⁵⁾ 55 % en 1992,⁽²⁶⁾ et 37 % en 1994.⁽²⁷⁾

Une étude canadienne rapporte que 50% des consultations données dans les Services des Urgences ne relèvent pas de l'urgence.⁽²⁸⁾ Cette même proportion a été mesurée à 19,6 % en Italie.⁽²⁹⁾ En France une étude mesure la prévalence des patients ne relevant pas de l'urgence dans les Services des Urgences à 35 % à Paris et 29 % à Besançon.⁽³⁰⁾

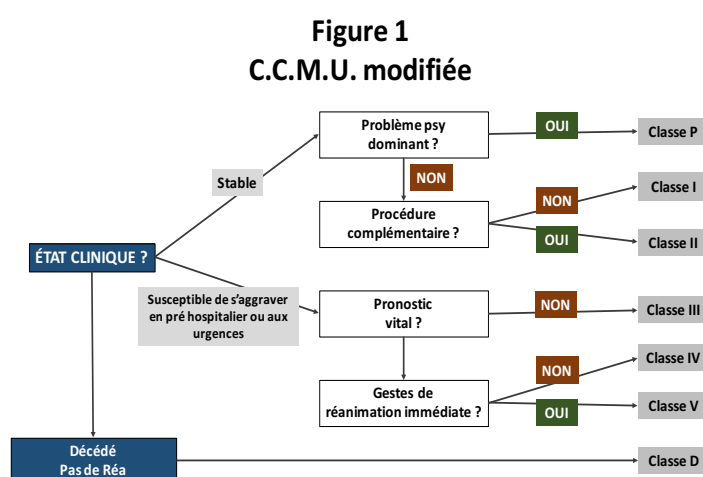
Classification CCMU modifiée

Les classes relevant de la prise en charge dans un service d'urgence sont surlignées en rouge

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
CCMU1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

La classification CCMU est réalisée à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi : E.C.G, SpO₂, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgences : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques



En 2014, la cour des comptes faisait le constat d'une augmentation continue du recours aux Services des Urgences hospitaliers, portant essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation et soulignait leur sollicitation dans la prise en charge de soins non programmés, faute notamment de réponse suffisante de la part de la médecine de ville.⁽³¹⁾ Elle estime que l'augmentation de 15% de la fréquentation entre 2012 et 2016 porte essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation

1. Introduction et Problématique

dont le nombre a fortement augmenté en 2014 et 2015 (+5% par an) et un peu moins en 2016 (+2,4%). Dans le même temps, l'offre de soins est demeurée stable. La majorité des passages se situe dans les heures ouvrables et en début de soirée avec des pics en milieu de matinée et entre 18 heures et 22 heures.

Pour palier à ce problème, quelques structures à forte activité se sont adaptées en mettant notamment en place un « circuit court », destiné à traiter rapidement les cas dits légers.⁽⁴⁾ Certains établissements en France expérimentent des dispositifs associant *in situ* la médecine de ville à la prise en charge hospitalière. L'hôpital Robert Debré à Paris est ainsi engagé, depuis plusieurs années, dans un partenariat avec le centre médical Europe qui assure une présence médicale dans deux *box* à proximité du service des urgences, le soir en semaine de 19 heures à minuit ainsi que le *week-end* de 9 heures à minuit. Ces consultations prennent en charge des patients de la classe CCMU 1 qui sont réorientés par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences, avec la possibilité de les réorienter vers le service des urgences si le praticien le juge nécessaire. Au total, 12 000 passages annuels sont ainsi réorientés, pour un flux de passages aux urgences approchant 91 000 par an.

Ces deux solutions proposées et mises en place permettent de réduire la mobilisation du Service des Urgences pour les patients adressés par excès ou non adressés et relevant de soins non programmés mais pas de la médecine d'urgence.

En la matière, et peut-être plus particulièrement pour ce qui concerne la pédiatrie, il est possible que des facteurs relatifs à l'organisation du système de soins, ainsi que des facteurs « socio-culturels », exercent un impact significatif et que les études les plus sérieuses sur le sujet, pour la plupart nord américaines, ne puissent pas être transposées à la France ou à l'Europe sans précaution. Une étude américaine réalisée en 2011⁽³²⁾ relevait une association entre les consultations aux urgences pédiatriques jugées « injustifiées » et le faible niveau socio-économique, les parents célibataires, les ménages avec de faibles revenus ainsi que le bénéfice d'une assurance publique. *A contrario*, une étude lituanienne récente réalisée à l'hôpital universitaire de Vilnius mettait en évidence des données « surprenantes » quant aux facteurs déterminant les parents à consulter aux urgences pédiatriques pour des motifs non urgents, comme le niveau socio-économique élevé, ou l'âge élevé des parents.⁽³³⁾

2 HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Sur la base de la problématique que nous venons d'expliciter nous formulons trois hypothèses de travail directrices.

- La prévalence des admissions aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Bordeaux pour des motifs ne relevant pas de l'urgence (au sens de la classification CCMU – classes 1 et 2) est d'au moins 30% (hypothèse posée sur la base de l'analyse de la littérature).
- La prévalence des admissions aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Bordeaux pour des motifs ne relevant pas de l'urgence (au sens de la classification CCMU – classes 1 et 2) est influencée par l'implication éventuelle d'un médecin de ville.
- La prévalence des admissions aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Bordeaux pour des motifs ne relevant pas de l'urgence (au sens de la classification CCMU – classes 1 à 2) est influencée par des déterminants impactant la décision des usagers.

Le test de ces hypothèses a l'avantage de pouvoir aider à statuer sur la pertinence de mesures interventionnelles.

- Le test de la première hypothèse vise à évaluer la réalité du phénomène de « saturation » du service d'urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux et, le cas échéant, à évaluer l'influence des patients classés CCMU 1 ou 2 sur ce phénomène.
- Le test de la seconde hypothèse vise à établir la pertinence qu'il y aurait à proposer des interventions prenant en compte l'offre de médecine de ville et les résultats de l'évaluation de la première hypothèse.
- Le test de la troisième hypothèse vise à établir la pertinence qu'il y aurait à proposer des interventions prenant en compte les usagers et les résultats de l'évaluation des deux premières hypothèses.

3 MATÉRIELS ET METHODES

Notre travail est une étude monocentrique réalisée au sein du Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux sur la base d'un questionnaire remis aux accompagnants des enfants consultants ce service. Nous présentons dans un premier temps notre recueil de données obtenues à partir d'un questionnaire, puis la méthode d'échantillonnage et l'analyse statistique. Dans la mesure où nous n'avons pas d'expérience approfondie sur les modalités de la conduite d'une étude qualitative et quantitative basée sur un questionnaire, nous avons sollicité les conseils du docteur Marie CORIS, chercheuse en économie du laboratoire GREThA « Groupe de recherche en économie théorique et appliquée » (UMR CNRS – Université de Bordeaux 5113), qui a l'expérience de ce type de recherches, afin d'élaborer ce questionnaire et d'analyser les résultats.

3.1 RECUEIL DES DONNEES : ÉLABORATION ET PASSATION DU QUESTIONNAIRE

3.1.1 Elaboration du questionnaire

Afin de tester nos hypothèses, nous avons choisi de procéder par enquête avec un recueil de données par questionnaire. Il s'agit d'une étude prospective s'appuyant sur des questionnaires adressés à tous les parents/accompagnants d'enfants admis au Service des Urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux entre 8 heures 30 et 19 heures quel que soit le motif. Le questionnaire était rempli par l'accompagnant dans la salle d'attente du Service des Urgences.

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer le contexte général de l'admission aux urgences en ciblant :

- des paramètres psycho-socio-éducatifs ;
- des paramètres socio-économiques ;
- des paramètres se rapportant à l'histoire familiale, notamment les antécédents de l'enfant ;
- des paramètres démographiques ;
- des paramètres géographiques ayant trait au lieu de résidence ;
- des paramètres permettant d'évaluer la perception de l'urgence par les parents (ou l'accompagnant) ;
- des paramètres ayant trait aux rapports de confiance que les patients entretiennent avec leur médecin traitant.

Tous ces paramètres ont été analysés, pour chaque enfant, au regard du niveau d'urgence estimé par le médecin responsable de sa prise en charge conformément à la classification modifiée de la CCMU présentée à la section 1.3.

Le questionnaire, fourni en annexe, est composé de vingt-cinq questions.

- La première partie (questions 1 à 9) concerne « **les circonstances de la venue aux urgences** » : le mode d'arrivée aux urgences ; le temps de transport ; le lien entre l'accompagnant et le patient ; le motif de la consultation ; l'éventuel recueil de l'avis d'un autre médecin avant la venue aux urgences ; la durée des symptômes avant la consultation aux urgences ; le niveau de l'urgence ressenti par l'accompagnant.
- La deuxième partie (questions 10 à 16) se rapporte à « **la santé de l'enfant** » : son état de santé habituel ; l'existence éventuelle d'une pathologie chronique chez lui ou quelqu'un de son entourage ; son statut assurantiel ; l'existence ou non d'un médecin traitant et la satisfaction de l'accompagnant vis-à-vis de ce dernier ; le mode de recours habituel aux structures d'urgences.

3. Matériels et Méthodes

- La troisième partie (questions 17 à 25) se rapporte à « **l'enfant et sa famille** » : le lieu de résidence ; la position de l'enfant dans la fratrie ; l'âge des parents ; le dernier diplôme obtenu par les parents ; l'activité professionnelle des parents.

En fin de questionnaire, il est proposé à l'accompagnant d'émettre des commentaires et de préciser s'il souhaite recevoir les résultats de l'étude. En cas de réponse positive une adresse électronique était demandée.

3.1.2 Distribution du questionnaire

Le questionnaire et stylographe ont été distribués par l'investigateur aux accompagnants lors de l'enregistrement de l'enfant par l'agent d'accueil. L'objectif de l'étude menée leur a été expliqué oralement. Un document papier agrafé en première page du questionnaire expliquait également l'objectif de l'étude ainsi que leurs droits de retrait et de refus, sans conséquence sur la prise en charge du patient. Les noms, prénoms et coordonnées de l'investigateur et du secrétariat des urgences étaient indiqués en fin de page.

A leur enregistrement et après l'accord de l'accompagnant, l'étiquette d'identification de l'enfant était collée en en-tête (comportant le nom, le prénom, la date de naissance, l'âge et un numéro d'identification de l'enfant associé à un code-barres) afin que nous puissions retrouver, dans un deuxième temps, différentes informations dans le logiciel informatique Dx-Care® (logiciel informatique utilisé par le CHU de Bordeaux), la classification CCMU du dossier étudié ainsi que le diagnostic final. Ce questionnaire a été secondairement « anonymisé ». Les accompagnants ont été informés de cette démarche avant d'accepter de répondre à l'enquête. Une fois rempli, le questionnaire était rapporté à l'investigateur à l'accueil.

3.1.3 Aspects règlementaires

L'investigateur s'est engagé à ce que cette recherche soit réalisée en conformité avec la loi N° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine et avec la déclaration d'Helsinki. Les données recueillies lors de ce travail ont fait l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi informatique et libertés N° 78-17 du 06 janvier 1978.

3.2 TRAITEMENT DES DONNEES : METHODE D'ECHANTILLONAGE, CONSTITUTION DES GROUPES ET ANALYSE STATISTIQUE

Sachant que nous disposions des données portant sur la totalité des passages aux urgences pédiatriques (exhaustivité de la population de référence), nous aurions pu envisager de procéder à un échantillonnage aléatoire simple. A titre indicatif, le nombre de passage annuel aux urgences pédiatriques sur les trois dernières années est reporté dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 :
Évolution du Nombre de passages aux urgences pédiatriques du C.H.U. de Bordeaux entre 2016 et 2018

Année	2016	2017 n, (% d'augmentation/2016)	2018 n, (% d'augmentation/2017)	Moyenne
Nombre de passages aux urgences	41 053	43 231 (5.3%)	44 184 (2,2%)	42 823

Pour être représentatif au sens de l'idéal statistique (avec une marge d'erreur de 2% et un niveau de confiance à 95%), il nous aurait fallu obtenir un échantillon de 2 274 questionnaires. Deux raisons nous ont conduits à ne pas retenir un échantillonnage aléatoire simple.

La première est d'ordre pratique. Il nous aurait fallu générer un tirage aléatoire (à la manière des contrôles de sûreté dans les aéroports) impliquant une présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au service des urgences pédiatriques. Cela était impossible pour des raisons logistiques dans le cadre de l'étude que nous présentons ici.

3. Matériels et Méthodes

La seconde série de raisons est issue de l'étude de faisabilité que nous avons menée en 2018 et qui nous a amenés à procéder à deux ajustements.

- Le premier a trait à la « population de référence ». Nous avons choisi d'étudier les passages aux urgences effectuées aux « heures de consultation en ville », soit de 8 heures 30 à 19 heures. Nous n'avons pas pu disposer des données de cadrage. Si nous les avions eues, cela n'aurait pas levé la première limite pratique liée au défaut de moyens humains et financiers associés à l'étude.
- Le second tient à la méthode retenue pour l'administration du questionnaire. Nous avons choisi de le faire en présentiel. Le recueil des questionnaires s'est ainsi fait en notre présence, dans la salle d'attente du service des urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.

3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

3.2.1.1 Critères d'inclusion

Comme explicité plus haut, le questionnaire a été proposé à tous les accompagnants des enfants se présentant aux Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux entre 8 heures 30 et 19 heures, sur les périodes décrites à la section 3.2.2.

3.2.1.2 Critères d'exclusion

- Accompagnant ne parlant pas le français
- Accompagnant ne lisant pas le français
- Accompagnant refusant de répondre au questionnaire

3.2.2 Méthode d'échantillonnage

La méthode que nous avons retenue est celle de l'échantillonnage par grappes, en deux étapes.

- **La première étape est celle de la définition et du choix des grappes** (ou « unités de sondages » au sens de groupes d'éléments ayant entre eux un lien « naturel »). Nous définissons notre unité de sondage par « la journée-horaire de consultation en ville ». Le choix des unités (ici les journées) a été fait de manière à minimiser le risque de biais. C'est pourquoi nous avons effectué notre recueil sur deux périodes, la première (période 1) durant l'épidémie attendue de grippe, la deuxième (période 2) en dehors de cette épidémie (selon le rapport du réseau sentinelle de la région Nouvelle Aquitaine de l'année 2017-2018). Nous avons ensuite, pour chacune des périodes, sélectionné différents « types » de journée, incluant le dimanche (à des fins de comparaison) : un dimanche, un mercredi, un jour de vacances scolaires et un jour de semaine en période scolaire (ces deux journées excluent les mercredis et les fins de semaine). Au total donc, nous avons procédé à notre recueil sur huit journées de 2019 (entre le 01/03 et le 23/04/2019).
- **La deuxième étape est celle du choix entre l'échantillonnage parmi ces unités et la sélection de l'ensemble des individus** (des passages aux urgences pédiatriques). Compte tenu du nombre de passages par jour, nous avons fait le choix d'interroger l'ensemble des individus. Tout cela est présenté dans le tableau 2 ci-dessous.

3. Matériels et Méthodes

Tableau 2 :

Répartition des passages et des questionnaires remplis en fonction des jours de recueil. Le nombre de passage entre les périodes 1 et 2, voire entre les grappes elles-mêmes, ne diffère pas suffisamment pour que nous procédions à un redressement de l'échantillon.

Unité de sondage	Passages (n)	Population de référence (n)	Refus (n)	Questionnaires remplis (n)
Vacances-1	57	57	6	51
Semaine-1	81	75	6	69
Mercredi-1	62	56	0	56
Dimanche-1	83	79	6	73
Sous-total période 1	283	267	18	249
Vacances-2	44	41	0	41
Semaine-2	45	39	3	36
Mercredi-2	80	74	3	71
Dimanche-2	59	56	2	54
Sous-total période 2	228	210	8	202
Total	511	477	26	451

Rappelons toutefois que nous avons choisi d'exclure de notre population de référence les personnes ne parlant pas et ne lisant pas le français.

3.2.3 Caractérisation de la population de référence

Pour ce qui concerne la qualité de notre échantillon, compte tenu de l'excellent taux de réponse, la taille de l'échantillon est satisfaisante pour chacune des journées de notre recueil ainsi que pour chacune des deux périodes.

Au total, en considérant notre population de référence (511 passages dont 34 dossiers ont été exclus car l'accompagnant ne parlait ou ne lisait pas le français) nous pouvons proposer des résultats relativement robustes (voir figure 2 ci-contre). Avec 451 questionnaires remplis, nous présentons des résultats avec une marge d'erreur de 2% et un niveau de confiance à 99% (taille de l'échantillon nécessaire : 428).¹

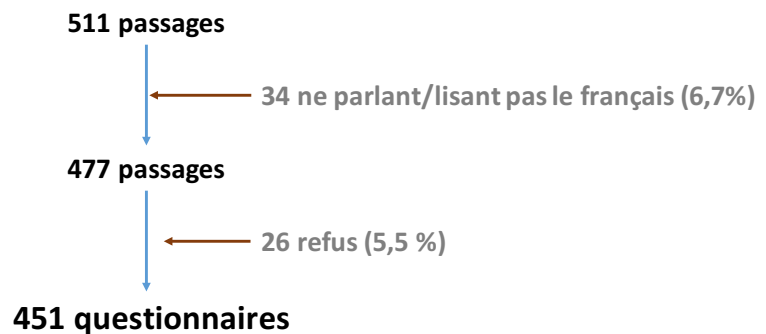


Figure 2 :
Diagramme des inclusions
(voir critères d'inclusion et d'exclusion à la section 3.2.1)

3.2.4 Constitution des groupes

En accord avec nos hypothèses de travail, nous avons constitué des groupes permettant de faire une discrimination entre les consultations « justifiées » et les consultations « injustifiées » ou « abusives ». Même si, comme nous le développerons plus loin dans notre analyse des résultats et notre discussion, une telle discrimination n'est pas aisée sur la base de critères simples, nous avons en première analyse, constitué deux groupes.

- **Le groupe « CCMU1 et CCMU2 »** correspondant aux patients bénéficiant d'une consultation simple ou associée à des examens complémentaires sans instabilité clinique et ne

¹ Nous sommes aussi très près de la taille de l'échantillon (461) nécessaire pour réduire la marge d'erreur à 1% avec un niveau de confiance à 99% (et à 4 questionnaires près pour réduire la marge d'erreur à 1% avec un seuil de confiance à 95%)

3. Matériels et Méthodes

nécessitant pas d'hospitalisation. On peut, au sens strict, certes de manière un peu « brutale », considérer que ces consultations ne relevaient pas de l'urgence et pouvaient donc revêtir un caractère « injustifié ». Néanmoins, l'étude détaillée (*a posteriori*) des résultats concernant les patients classés CCMU2, notamment au regard de la prise en charge dont ils ont bénéficié, nous a révélé que cette classe est hétérogène et qu'il est sans doute abusif de considérer, en bloc, que ces consultations sont injustifiées. Nous avons donc, en deuxième analyse, procédé à une division de cette classe en deux sous-classes, la classe CCMU 2 « justifiée » et la classe CCMU 2 « injustifiée ». Ce point sera longuement discuté aux sections 5.2 et 5.11.3.

- **Le groupe « CCMU3 et + »** correspondant aux patients instables cliniquement et/ou relevant d'une hospitalisation. On peut au sens strict, certes de manière un peu « brutale », considérer que le caractère « justifié » de la consultation est validé par le médecin en charge puisqu'il décide de prolonger la surveillance intra hospitalière et de ne pas laisser l'enfant regagner son domicile.

3.2.5 Analyse statistique

Dans le cadre de cette étude exploratoire (nous revenons sur les limites inhérentes à notre travail et à nos résultats à la section 5.10 « limites de l'étude » de cette thèse) nous avons privilégié la mobilisation de statistiques descriptives simples. Plusieurs raisons justifient ce choix.

Nous nous sommes d'emblée placés du côté de la production de données. Les données dont nous souhaitions pouvoir disposer n'existant pas, nous avons été amenés à les construire par le biais de la réalisation et de l'administration d'un questionnaire puis par l'enregistrement et le traitement des variables nécessaires à leur analyse.

Parce que nous nous situons dans le cadre d'une étude exploratoire (et contextuelle aux Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux), nous avons retenu des méthodes descriptives plus qu'explicatives. Il nous semblait hasardeux de vouloir interpréter les résultats directement sous la forme d'une modélisation explicative (la variable expliquée étant la classe CCMU). C'est au contraire sur la base des premiers résultats de notre étude que peuvent s'ouvrir des pistes pour la construction d'une modélisation explicative. Cela nécessiterait toutefois un échantillon plus conséquent, moins contextuel et la constitution d'un échantillon de contrôle consultant dans les cabinets médicaux et pédiatriques « de ville ». Ce point sera discuté à la section 5.10.4 « Limites liées aux critères de sélection des patients ».

Dans notre analyse, nous avons principalement eu recours à la statistique du khi-deux. Nous les avons nous-mêmes construits pas à pas afin de pouvoir les interpréter (prise en compte des contributions, attractives comme répulsives, à la formation de la statistique du khi-deux). Notre questionnement porte sur les liens qui peuvent exister entre la classe CCMU (le niveau d'urgence) et le « profil » des patients (dans notre cas d'une étude aux urgences pédiatriques, les accompagnants), leurs motivations, leurs « comportements », leur mode d'adressage. Nos variables étant principalement qualitatives et nominales, nous mobilisons les tests du khi-deux. A ce stade exploratoire, nous croisons les variables deux à deux afin de faire ressortir des premiers résultats, parfois marquants.

De la même manière, nous aurions souhaité avoir recours à des méthodes de statistique descriptive multidimensionnelle (ACM, analyse des correspondances multiples) afin de caractériser notre population en retenant les variables pertinentes pour l'analyse. Ce travail aurait pu permettre, par classification ascendante hiérarchique, de faire apparaître des « classes » d'accompagnants (catégories « types »). Si nous mentionnons ce souhait et ces méthodes, c'est parce que, dans le prolongement de notre thèse d'exercice et compte tenu des résultats que nous avons obtenus, nous collaborons actuellement avec des chercheurs du GREThA « Groupe de recherche en économie

3. Matériels et Méthodes

théorique et appliquée » (UMR CNRS – Université de Bordeaux 5113) pour la réalisation et l'interprétation de ces analyses. Elles devraient nous permettre :

- d'offrir une meilleure caractérisation de la population et de ses motivations à venir aux urgences pédiatriques ;
- d'approfondir l'analyse par la réalisation d'entretiens approfondis sur une sélection d'individus « types » de ces classes (choix des enquêtés parmi les parangons des classes obtenus).

4 RESULTATS

Comme nous l'avons déjà évoqué à la section 3.2.3 et illustré à la figure 2 « Diagramme des inclusions », 511 passages dans le Service d'Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ont été enregistrés sur les périodes de recueil et 451 enfants ont été inclus, correspondant à 451 questionnaires récoltés. Vingt-cinq accompagnants ne parlaient pas français, 9 accompagnants ne savaient pas lire le français, 26 accompagnants ont refusé de répondre.

Parmi les 451 questionnaires récoltés, un questionnaire ne comportait pas d'étiquette « Gilda », empêchant le recueil de l'âge, du sexe, du diagnostic final et de la classe CCMU attribuée par le médecin en charge, et un dossier n'a pas été retrouvé dans le logiciel Dx-Care® empêchant le recueil du diagnostic et de la classe CCMU. Ils ont néanmoins été inclus dans la mesure où ces circonstances ne correspondaient pas aux critères d'exclusions établis *a priori*.

Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées au tableau 3. L'âge moyen des enfants est de 5,4 ans, l'âge médian est de 5 ans. L'âge médian et moyen des mères est de 39,5 ans. L'âge moyen des pères est de 38,8 ans, l'âge médian est de 40 ans.

4.1 CONTEXTE DE LA CONSULTATION AUX URGENCES

Trente-huit enfants (8,4%) consultant sur la période de recueil déclarent souffrir d'une pathologie chronique, parmi eux, 16 (3,5%) déclarent consulter aux urgences pour un motif en lien avec cette pathologie.

Soixante-dix-sept patients (17,1%) déclarent avoir un proche souffrant d'une pathologie chronique.

4.1.1 Principaux motifs de consultation aux urgences

La figure 3 ci-dessous présente une répartition en quatorze classes des motifs de consultation. Les trois principaux motifs de consultation sont la douleur, les troubles digestifs ainsi que les plaies/traumatismes qui totalisent près de 60% des motifs à eux trois.

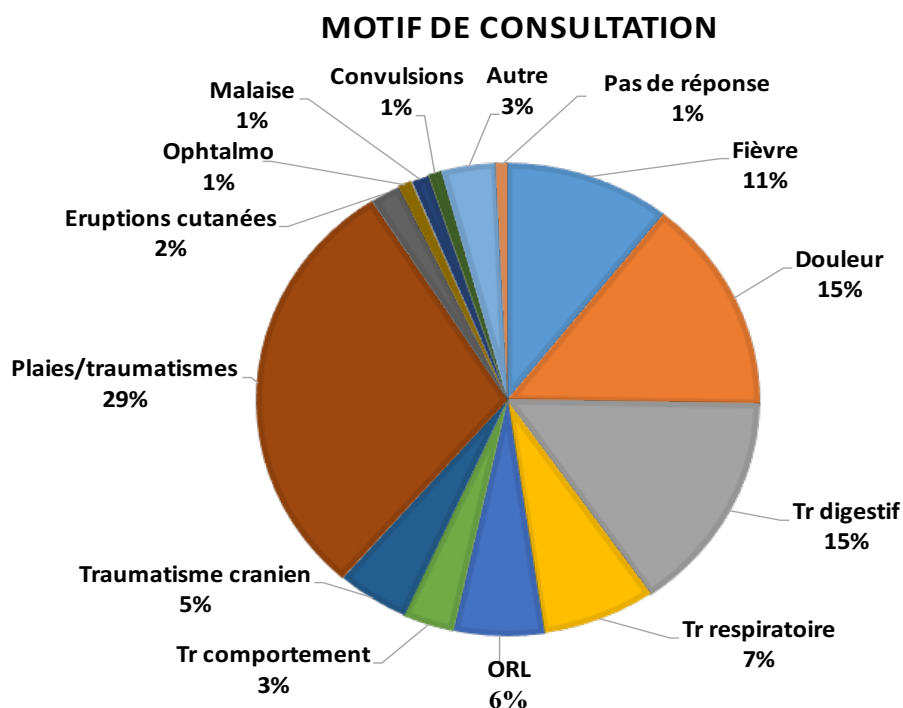
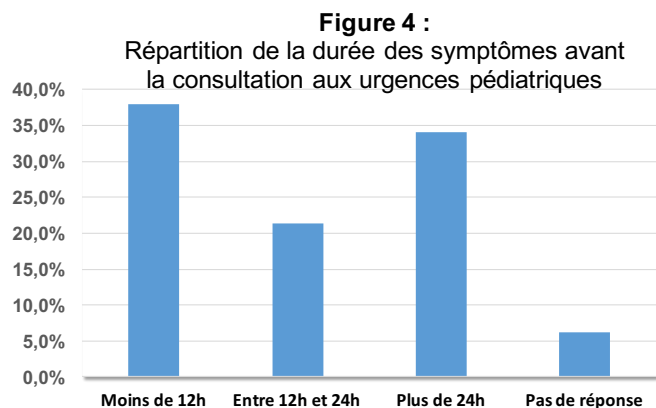


Figure 3 :
Répartition des principaux motifs de consultation aux urgences pédiatriques

4. Résultats

4.1.2 Durée des symptômes avant la consultation

La figure 4 ci-contre montre la distribution de la durée des symptômes avant une consultation aux urgences selon trois catégories : moins de douze heures, entre douze et vingt-quatre heures ou plus de vingt-quatre heures. Les parents consultent généralement très rapidement (durée inférieure à 12 heures) ou après un délai supérieur à 24 heures.



4.1.3 Le « ressenti » de l'urgence par l'accompagnant

La figure 5 ci-contre montre comment les parents ont « ressenti » le degré de l'urgence.

Nous avons classé le degré d'urgence ressentie en trois catégories :

- il ne vous semble pas en danger (U1) ;
- il ne vous semble pas en danger mais nécessiter des examens complémentaires (U2) ;
- il vous semble en danger et/ou nécessiter une hospitalisation (U3).

Cette classification avait pour but de se rapprocher au maximum de la classification CCMU afin de faciliter la comparaison de l'urgence ressentie avec l'urgence évaluée par le médecin en charge du malade.

On constate que près des deux tiers se classent en U2 et les trois quarts en U1 ou U2.

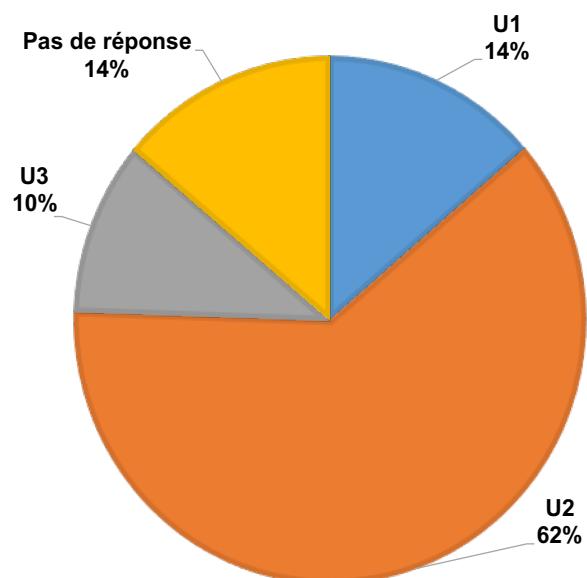


Figure 5 :
« Ressenti » de l'urgence par l'accompagnant. Les critères définissant les classes U1, U2 et U3 sont explicités dans le texte ci-contre

Tableau 3 :
Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Echantillon : n (%)
Sexe :	
- Fille	- 217 (48,1)
- Garçon	- 233 (51,7)
- Absence d'information	- 1 (0,2)
Origine de l'enfant :	
- Française	- 411 (91,1)
- Etrangère	- 31 (6,9)
- Information manquante	- 9 (2)
Origine des parents :	
- Deux parents d'origine française	- 359 (79,6)
- Deux parents d'origine étrangère	- 28 (6,2)
- Un parent d'origine française	- 38 (8,4)
- Information manquante	- 26 (5,8)
Lieu de vie :	
- Bordeaux Métropole	- 281 (62,3)
- Hors Bordeaux Métropole	- 109 (24,2)
- Information manquante	- 61 (13,5)
Fratrie :	
- Enfant unique	- 102 (22,6)
- 1 ^{er} de fratrie	- 94 (20,8)
- Milieu de fratrie	- 42 (9,3)
- Dernier de fratrie	- 155 (34,4)
- Information manquante	- 58 (12,9)
Accompagnant :	
- Mère	- 294 (65,2)
- Père	- 91 (20,2)
- Mère et Père	- 48 (10,6)
- Autre	- 16 (3,5)
- Information manquante	- 2 (0,5)
Diplôme des parents :	
- Deux parents sans diplôme	- 49 (10,9)
- Deux parents en études supérieures	- 157 (34,8)
- Deux parents ayant fait des études	- 346 (76,7)
- Un seul parent ayant fait des études	- 56 (12,4)
Travail des parents :	
- Deux parents actifs	- 285 (63,2)
- Un des deux parents actif	- 113 (25,1)
- Aucun parent actif	- 53 (11,7)
Mode de venue :	
- Par ses propres moyens	- 408 (90,5)
- Pompier/SAMU/Ambulance	- 41 (9,1)
- Information manquante	- 2 (0,4)
Régime assurantiel :	
- Sécurité sociale	- 430 (95,3)
- AME	- 4 (0,9)
- Aucun droit	- 4 (0,9)
- Information manquante	- 13 (2,9)
Complémentaire santé :	
- Mutuelle	- 366 (81,2)
- CMU	- 52 (11,5)
- Pas de complémentaire	- 12 (2,7)
- Information manquante	- 21 (4,6)
Médecin traitant :	
- Oui	- 436 (96,7)
- Non	- 11 (2,4)
- Information manquante	- 4 (0,9)
Satisfaction vis-à-vis du médecin traitant :	
- Entièrement satisfait	- 251 (57,6)
- Satisfait	- 136 (31,2)
- Pas toujours satisfait	- 27 (6,2)
- Pas du tout satisfait	- 5 (1,1)
- Information manquante	- 17 (3,9)

4. Résultats

4.1.4 Codification du niveau d'urgence selon la classification CCMU par le médecin en charge

A la fin de la prise en charge du patient, le médecin évaluait le niveau d'urgence sur la base de la classification de la CCMU modifiée (voir figure 6 ci-contre).

171 patients (37,9 % de la population) étaient classés CCMU 1. Il s'agit donc de patients cliniquement stables ayant bénéficié d'une consultation simple, sans examen complémentaire.

201 patients (44,5 % de la population) étaient classés CCMU 2. Il s'agit donc de patients cliniquement stables ayant bénéficié d'une consultation ET d'examen complémentaires par le SMUR ou dans l'enceinte des urgences.

77 patients (17,1 % de la population) étaient classés CCMU 3. Il s'agit donc de patients dont l'état clinique est susceptible de s'aggraver ET ayant été gardés en hospitalisation.

On constate que plus de 80% des passages aux urgences sont classés CCMU 1 ou 2 contre 17,1% CCMU 3.

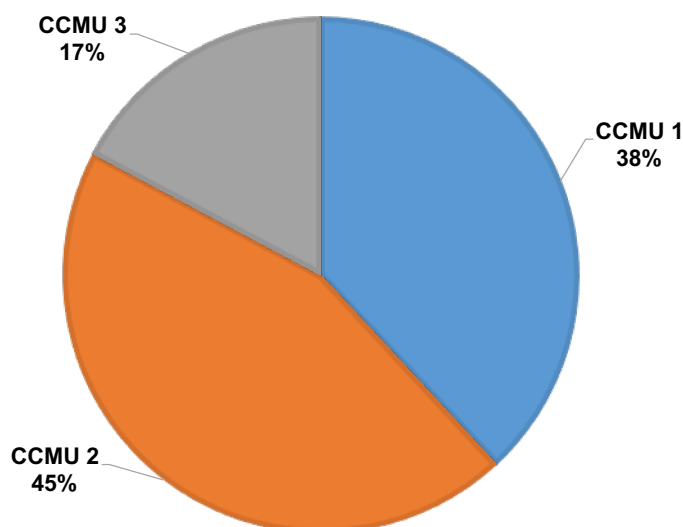


Figure 6 :
Classification des patients par le médecin en charge selon la classification CCMU modifiée

4.1.5 Études des paramètres susceptibles d'influer sur la classification CCMU des patients

Comme cela est exposé à la section précédente, tous les patients admis ont été classés conformément à la classification CCMU par le médecin responsable de leur prise en charge. Nous nous sommes intéressés à l'influence des différents paramètres sur la classe CCMU.

4.1.5.1 Influence du jour de consultation sur la classe CCMU

La comparaison des unités de sondage (voir tableau 4 ci-dessous) fait apparaître un élément qui a retenu notre attention : les « jours de vacances » correspondent au nombre de passages le moins élevé et au taux de CCMU 3 le plus important (28,3% contre 17,1% en moyenne, comptant pour 33,8% de l'ensemble des CCMU 3 de l'étude). Nous notons également la remarquable correspondance des mercredis et des dimanches.

Tableau 4 :
Répartition des classes CCMU 3 selon les périodes de recueil

Grappes	Passages (n)	questionnaires remplis (n)	CCMU 3 (n)	CCMU 3 (%)
Vacances	101	92	26	28,3
Semaine	126	105	17	16,2
Mercredi	142	127	19	15
Dimanche	142	127	15	11,9
Total	511	451	77	17,1

4. Résultats

Nous avons donc procédé à un premier test du khi-deux réalisé sur 449 dossiers (le renseignement CCMU étant manquant pour deux dossiers). L'hypothèse H0 que nous testons est celle de l'indépendance entre la classification CCMU et le type de « journée ». La classe CCMU est la variable expliquée, le jour la variable explicative. Après calcul des effectifs « théoriques » (attendus si les deux variables sont bien indépendantes) et calcul de la statistique du khi-deux, nous obtenons une valeur du Khi-deux de 14,65 (voir tableau ci-dessous²). Nous ne reproduisons pas dans cette thèse l'intégralité des calculs. Au seuil de 5%, la valeur critique du khi-deux est de 12,592. On peut donc rejeter H0 (l'hypothèse d'indépendance) au risque de se tromper à 5%. Si l'on considère la valeur critique (au risque de se tromper à 1%), qui est de 16,812, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse d'indépendance entre les variables. Il semble donc bien exister un lien de dépendance avec un risque de 5% de se tromper. Notons d'ailleurs que la modalité « vacances + CCMU 3 » contribue à hauteur de 50% à la formation du khi-deux (attraction positive).³

Tableau 5 :
Résultats des tests de khi-deux évaluant l'influence de la période d'admission sur la classification CCMU

Khi-deux	CCMU1	CCMU2	CCMU 3	Total
Vacances	1,996	0,130	7,222	9,348
Semaine	0,398	0,532	0,057	0,987
Mercredi	0,909	0,261	0,355	1,524
Dimanche	0,655	0,023	2,111	2,789
Total	3,958	0,946	9,744	14,648

Afin d'affiner notre résultat, nous avons procédé à un deuxième test d'indépendance du khi-deux en regroupant cette fois-ci les CCMU 1 et 2. Le résultat apparaît un peu plus nettement. Notre khi-deux est de 11,773, supérieur à la valeur critique au seuil de 5% (7,815) et au seuil de 1% (11,345). La modalité « vacances + CCMU 3 » contribue cette fois-ci pour deux tiers de la formation du khi-deux.

Tableau 6 :
Résultats des tests de khi-deux évaluant l'influence de la période d'admission sur la répartition entre groupes CCMU 1-2 et CCMU 3 et +

Khi-deux	CCMU1-2	CCMU 3	Total
Vacances	1,497	7,233	8,730
Semaine	0,012	0,056	0,068
Mercredi	0,073	0,355	0,428
Dimanche	0,437	2,110	2,547
Total	2,019	9,754	11,773

Il existe probablement un lien entre le type de journées de consultation aux urgences et l'appartenance à un groupe CCMU : les consultations « jours de vacances » sont significativement associées à une classe CCMU 3.

4.1.5.2 Influence du genre du patient sur la classe CCMU

L'influence du genre sur la répartition des classifications CCMU a été étudiée selon les mêmes modalités. Les résultats de cette étude sont rapportés tableau 7.

² Les contributions aux khi-deux sont présentées ici à titre illustratif et ne seront pas reproduites par la suite.

³ Pour interpréter les contributions à la formation du khi-deux, les grandeurs étant élevées au carré (donc positives), il faut interpréter les résultats en fonction des statistiques descriptives. On parle d'attraction lorsque les deux modalités sont liées positivement, et inversement de répulsion (lorsqu'elles sont liées négativement).

Tableau 7 :

Répartition des effectifs en fonction du genre et de la classe CCMU

Genre	CCMU 1 n (% total CCMU1)	CCMU 2 n (% total CCMU2)	CCMU 3 n (%total CCMU3)	Total n (%)
Féminin	81 (47,4%)	97 (48,3%)	38 (49,5%)	216 (48%)
Masculin	90 (52,6%)	104 (51,7%)	39 (51,5%)	233 (52%)
Total	171	201	77	449

On remarque immédiatement en lisant ce tableau qu'il n'y a aucun lien entre le genre des patients et leur classification CCMU. Ici, le test du khi-deux n'est pas nécessaire. Notons aussi la parfaite correspondance avec la population girondine sur la tranche d'âge 0-14ans (51,1% de garçons et 48,8% de filles, selon les données de l'INSEE 2016).

4.1.5.3 Influence de l'âge de l'enfant sur la classe CCMU

Le découpage des âges a été fait en cinq tranches de la manière suivante :

- moins de six semaines
- six semaines à trois mois
- trois mois à deux ans
- deux ans à dix ans
- plus de dix ans

Sur le tableau d'effectifs rapportant la classification CCMU en fonction de l'âge des enfants (tableau 8 ci-dessous), on constate que d'un point de vue statistique nous pourrions difficilement conclure du fait d'effectifs trop petits chez les moins de trois mois (moins de six semaines inclus). Cependant, il est intéressant de constater que la CCMU 3 représente 17,1% des patients. Les effectifs des patients de moins de six semaines se répartissent de manière parfaitement égale entre les classes CCMU 1 et 3. Les patients de moins de six semaines consultant aux urgences relèveraient alors soit d'une consultation simple soit d'une urgence vraie nécessitant une hospitalisation.

Tableau 8 :

Répartition des effectifs en fonction de l'âge et de la classe CCMU

Âge	CCMU1 (n)	CCMU2 (n)	CCMU3 (n)	Total
< 6 semaines	7	0	7	14
6 semaines - 3 mois	4	1	1	6
3 mois - 2 ans	77	46	29	152
2 à 10 ans	63	87	19	169
> 10 ans	20	67	21	108
Total	171	201	77	449

Afin de mieux interpréter ces résultats, nous avons fusionné les trois premières tranches d'âge. On remarque que les moins de deux ans comptent pour près de la moitié des CCMU 3 (48,05%) alors qu'ils représentent un peu plus d'un tiers de l'échantillon (38,3%). Ils sont également surreprésentés au sein de la classe CCMU 1 (51,5% des cas) et largement sous représentés au sein de la classe CCMU 2 (23,4%).

4. Résultats

Tableau 9 :

Répartition des effectifs en fonction de l'âge et de la classe CCMU après fusion des trois premières tranches d'âge

Âge	CCMU1 (n)	CCMU2 (n)	CCMU3 (n)	Total
< 2 ans	88	47	37	172
2 à 10 ans	63	87	19	169
> 10 ans	20	67	21	108
Total	171	201	77	449

Nous avons donc réalisé un test du khi-deux et nous trouvons qu'il existe un lien de dépendance entre l'âge et la classification CCMU avec un seuil de 0,05 et également de 0,01. L'interprétation de ce résultat est développée à la section 5.3 de la discussion portant sur l'influence de l'âge.

4.1.5.4 Influence du statut de l'accompagnant sur la classe CCMU

On note que la mère accompagne seule son enfant dans deux cas sur trois. Elle est présente trois fois sur quatre, quelque soit la classe CCMU.

Tableau 10 :

Répartition des effectifs en fonction du statut de l'accompagnant et de la classe CCMU

Statut de l'accompagnant	CCMU1 n (% total CCMU1)	CCMU2 n (%total CCMU2)	CCMU3 n (%total CCMU3)	Total n (% du total)
Mère	115 (68%)	129 (54.2%)	49 (63.3%)	293 (65,6%)
Père	28 (16,6%)	50 (24,9%)	13 (16.9%)	91 (20.4%)
Mère & Père	22 (13%)	16 (8%)	10 (13%)	48 (10.7%)
Autres	4 (2.37%)	6 (3%)	5 (6.5%)	15 (3.3%)
Total	169	201	77	447

Le khi-deux obtenu est de 9,38 avec une valeur critique du khi-deux à 12,59, il n'est pas possible de rejeter l'hypothèse d'indépendance au seuil de 0,05. Nous ne pouvons pas établir de lien entre le statut de l'accompagnant et la classe CCMU.

En complément de cette analyse, nous avons étudié une autre variable qui est celle du statut de l'accompagnant en fonction du motif de consultation (voir tableau 11 ci-dessous). Nous nous sommes particulièrement intéressés à la place du père lors des consultations aux urgences et notamment pour ce qui concerne la traumatologie.

Tableau 11 :

Répartition des effectifs en fonction du statut de l'accompagnant et de la classe CCMU chez les patients se présentant pour un motif traumatologique

Motif de consultation	Père (n)	Autres (n)	Total (n)
Plaies - traumatisme	41	94	135
Traumatisme crânien	4	19	23
Autres	46	228	274
Total	91	341	432

En faisant apparaître les fréquences d'accompagnement par le père pour chacun des trois motifs de consultation ainsi que dans le total, on obtient le tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12 :

Fréquence de l'accompagnement par le père chez les patients se présentant pour un motif traumatologique

Motif de consultation	Père	Autres
Plaies-traumatisme	30,4%	69,6%
Traumatisme crânien	17,4%	82,6%
Autres	16,8%	83,2%
Total	21,1%	78,9%

On constate à la lecture de ces deux tableaux que lorsque le père accompagne son enfant c'est le plus souvent pour le motif « plaies et traumatisme ». Le khi-deux est à 10,23 avec une valeur critique à 5,99 pour un risque à 5% et une valeur critique à 9,21 pour un risque à 1%. On ne peut donc pas ne pas rejeter l'hypothèse d'indépendance entre le statut de l'accompagnant (entre père et autres) et le motif de consultation.

Au vu de ces deux derniers points, nous faisons ressortir trois constats :

- la mère est présente dans 75% des passages aux Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ;
- Il n'y a pas de lien entre le statut de l'accompagnant et la classe CCMU ;
- La présence du père est majoritairement observée lorsque le motif de consultation est « plaies et traumatisme ».

4.1.5.5 Influence de l'adressage des patients par un médecin sur la classe CCMU

Nous avons considéré que le patient était adressé au Service des Urgences par un médecin lorsqu'il déclarait venir sur les conseils de son médecin traitant, SOS médecin, un autre médecin, le médecin du SAMU ou lorsqu'il était amené par les pompiers (nous avons considéré que le patient n'a dans ce cas pas vraiment eu le choix de venir aux urgences même s'il ne s'agit pas de médecins). Il était considéré comme non adressé par un médecin lorsqu'il venait sur les conseils d'un paramédical (infirmière, kinésithérapeute), d'un(e) pharmacien(ne), ou sur les conseils d'un proche.

Tableau 13 :

Influence du mode d'adressage sur les effectifs des classes CCMU

Mode d'adressage	CCMU1 (n)	CCMU2 (n)	CCMU3 (n)	Total (n)
Adressés par un médecin	68	88	47	203
Non adressés par un médecin	103	113	30	246
Total	171	201	77	449

Les fréquences des classes CCMU en fonction du mode d'adressage sont présentées au tableau 14 ci-dessous

Tableau 14 :

Influence du mode d'adressage sur les fréquences des classes CCMU

Mode d'adressage	CCMU1	CCMU2	CCMU3	Total
Adressé par un médecin	39,8%	43,8%	61,0%	45,2%
Non adressé par un médecin	60,2%	56,2%	39,0%	54,8%

On remarque en premier lieu que moins de la moitié des passages aux urgences se fait suite à un conseil médical, mais que près des deux tiers des classes CCMU3 ont été adressés par un médecin.

La valeur de notre khi-deux est de 10. Avec un seuil à 5% (valeur critique 5,99) et même à 1% (valeur critique 9,21), on ne peut pas ne pas rejeter l'hypothèse d'indépendance. Si l'on s'intéresse aux contributions au khi-deux, les deux cas de CCMU3 participent à hauteur de 80% à la formation du khi-deux avec une « attraction » pour la modalité « après avis médical » et une répulsion pour les cas

4. Résultats

« sans avis médical ». Autrement dit, on constate une inversion des pourcentages entre le CCMU1 et le CCMU3 lorsque l'on consulte aux urgences après ou sans avis médical.

Les patients classés CCMU3 ont donc été adressés par un médecin ou amenés par les pompiers dans 61% des cas. La probabilité d'être classé CCMU1 lorsque l'on n'est pas adressé par un médecin ou les pompiers est la même.

4.1.5.6 Influence de l'urgence ressentie par l'accompagnant sur la classe CCMU

Pour rappel, nous avons classé l'urgence ressentie par l'accompagnant comme suit :

- U1 « votre enfant ne vous semble pas en danger » ;
- U2 « votre enfant ne vous semble pas en danger mais nécessiter des examens complémentaires » ;
- U3 « votre enfant vous semble en danger et/ou nécessiter une hospitalisation ».

Le khi-deux est à 44,94. On ne peut pas ne pas rejeter l'hypothèse d'indépendance au seuil de 5% (valeur critique 9,48) et même en ramenant le risque de se tromper à 1% (valeur critique 13,28). Afin d'interpréter ce test nous faisons apparaître le tableau des fréquences conditionnelles (en définissant nos trois populations selon le niveau d'urgence ressentie par l'accompagnant).

Tableau 15 :

Répartition des effectifs en fonction de l'urgence ressentie par l'accompagnant et de la classe CCMU

Urgence ressentie	CCMU1 (n)	CCMU2 (n)	CCMU3 (n)	Total (n)
U1	13	45	4	62
U2	114	120	42	276
U3	15	12	21	48
Total	142	177	67	386

Tableau 16 :

Fréquence des différentes classes CCMU en fonction de l'urgence ressentie par l'accompagnant

Classe CCMU	U1	U2	U3	% du total
CCMU1	20,97%	41,30%	31,25%	36,79%
CCMU2	72,58%	43,48%	25,00%	45,85%
CCMU3	6,45%	15,22%	43,75%	17,36%

Lorsque l'urgence ressentie par l'accompagnant est de niveau U1 (« l'enfant n'est pas en danger ») ou de niveau U2 (« l'enfant n'est pas en danger mais nécessite des examens complémentaires »), la majorité des classes CCMU établies à l'issue de l'examen sont de niveau 1 ou 2 (seuls 6,45% des U1 sont catégorisés CCMU 3 et 15,22% pour ce qui concerne l'U2). Lorsque le niveau d'urgence ressentie est le plus grave « l'enfant est en danger », près de la moitié (43,75%) est effectivement classée en CCMU 3. Ces résultats témoignent de la fiabilité de l'urgence ressentie par l'accompagnant. Ce point sera discuté à la section 5.7.

4.1.5.7 Influence de la couverture santé sur la classe CCMU

Nous constatons que 95,3% (soit la quasi totalité) des patients sont couverts par la sécurité sociale, 92,7% des patients bénéficient d'une complémentaire santé. Sur la base de ce constat, il n'est pas pertinent de tester l'indépendance avec la classe CCMU.

4.1.5.8 Influence de la nationalité sur la classe CCMU

Nous avons divisé la population en deux classes :

- enfant français avec au moins un des deux parents français ;
- enfant étranger (les deux parents étaient étrangers ou alors nous n'avions pas d'information sur leur nationalité).

Tableau 17 :

Répartition des effectifs en fonction de la nationalité de l'enfant et de la classe CCMU

Nationalité de l'enfant	CCMU1 (n)	CCMU2 (n)	CCMU3 (n)	Total
Enfant français avec au moins un parent français	145	181	69	395 (92%)
Enfant étranger	17	11	6	34 (7,9%)
Total	162	192	75	429 (100%)

On note la grande prédominance des enfants français dont au moins un des parents est français, qui représentent 92,1% de notre population, 89,5% des classes CCMU1, 94,3% des classes CCMU 2 et 92% des classes CCMU3. Le test du khi-deux n'est ici pas nécessaire, il ne peut pas y avoir de lien entre la nationalité de l'enfant et la classe CCMU.

4.1.5.9 Influence du dernier diplôme des parents sur la CCMU

Le tableau 18 montre la répartition des effectifs en fonction du niveau d'études du père ou de la mère. Nous avons considéré que les études supérieures sont les études après le baccalauréat (Diplôme Universitaire de Technologie, Brevet de Technicien Supérieur, licence, master, doctorat...). Les parents qualifiés de « diplômés » sont ceux dont le dernier diplôme obtenu est le baccalauréat, un CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) ou un BEP (Brevet d'Études Professionnelles).

Tableau 18 :

Répartition des fréquences du niveau d'études du père et de la mère

Niveau d'études	Père	Mère
Etudes supérieures	41,7%	49,0%
Diplômés (CAP/ BEP/baccalauréat)	39,7%	35,5%
Non diplômés	10,6%	10,9%
Pas de réponse	8,0%	4,7%
Total	100%	100%

Nous avons ensuite procédé à une analyse du niveau d'études prenant en compte le couple parental dans sa globalité. Nous obtenons ainsi une répartition en quatre groupes présentée au tableau 19.

Tableau 19 :

Répartition des effectifs et des fréquences en fonction du niveau d'études du couple parental

ES : études supérieures ; D : le dernier diplôme obtenu est le baccalauréat, un CAP ou un BEP

Niveau d'études du couple parental	effectif	fréquence
Deux parents « ES »	157	37,1%
Deux parents diplômés (1ES + 1D ou 2D)	193	45,6%
Un seul parent diplômé (ES ou D)	56	13,2%
Deux parents sans diplôme	17	4,0%
Total	423	100,0%

Nous constatons que les deux premières catégories (les deux membres du couple parental ont fait des études supérieures ou sont diplômés) représentent 82,7% de notre population. Avec une telle répartition, le test du khi-deux n'est pas pertinent ; il ne peut pas y avoir de lien de dépendance entre le niveau d'étude des parents et la classe CCMU.

4.1.5.10 Influence de la fratrie sur la classe CCMU

Nous avons testé la dépendance entre le fait d'appartenir à une fratrie ou non et la classe CCMU.

Tableau 20 :

Répartition des effectifs en fonction de la fratrie

	CCMU1 (n)	CCMU2 (n)	CCMU3 (n)	Total (%)
Enfant unique	42	44	15	101 (25.8%)
Fratrie	112	125	53	290 (74.2%)
Total (%)	154 (39,4%)	169 (43,2%)	68 (17,4%)	391 (100%)

Après la réalisation du test du khi-deux, on ne peut pas rejeter l'hypothèse d'indépendance au seuil de 5% (valeur du khi-deux : 0.676 ; valeur critique : 5,99).

4.1.5.11 Influence de la présence d'un médecin traitant et de la satisfaction vis-à-vis de ce dernier sur la classe CCMU

436 patients déclarent avoir un médecin traitant, soit 96,7% de la population étudiée. On constate à la lecture du tableau 21 que les accompagnants sont globalement satisfaits de leur médecin traitant et que le test du khi-2 n'est pas nécessaire. Il n'y a pas de lien entre la satisfaction vis-à-vis du médecin traitant et la classe CCMU des patients.

Tableau 21 :

Répartition des effectifs en fonction classe CCMU et de la satisfaction vis-à-vis du médecin traitant

	CCMU1 (n)	CCMU2 (n)	CCMU3 (n)	Total (n)
Satisfait	139	178	69	386
Insatisfait	19	12	5	36
Total	158	190	74	422

4.1.5.12 Influence du lieu de résidence sur la classe CCMU

Nous avons divisé la population en deux classes : la première résidant dans la métropole de Bordeaux ; la seconde en dehors. Les deux tiers des patients consultant résident dans la métropole de Bordeaux.

Tableau 22 :

Répartition des effectifs en fonction classe CCMU et du lieu de résidence

Lieu de résidence	CCMU1 n (%)	CCMU2 n (%)	CCMU3 n (%)	Total n (%)
Métropole	98(25,3%)	133 (34,3%)	49 (12,6%)	280 (72,2%)
Hors-Métropole	44 (11,3%)	43 (11,1%)	21 (5,4%)	108 (27,8%)
Total	142 (36,6%)	176 (45,4%)	70 (18,0%)	388 (100%)

Le khi-2 a une valeur de 1,88. On ne peut pas rejeter l'hypothèse H0 d'indépendance au seuil de 5% (valeur critique de 5,99). Il n'y a pas de lien entre le lieu de résidence et la classe CCMU.

4.1.5.13 Influence des motivations des usagers sur la classe CCMU

Nous avons également poussé notre interrogation des accompagnants (questions fermées) sur leurs motivations à consulter aux urgences pédiatriques.

436 accompagnants s'expriment sur le sujet (voir tableau 23 ci-dessous). Les propositions de réponses (une seule réponse possible) étaient les suivantes :

- Vous consultez aux urgences sur les conseils d'un médecin/du SAMU/des pompiers/d'un pharmacien/d'un kinésithérapeute/d'un proche

4. Résultats

- Vous consultez aux urgences car aucun médecin n'était joignable ou disponible
- Vous consultez aux urgences car vous étiez paniqué, vous ne saviez pas quoi faire
- Vous consultez aux urgences car il vous semble que les urgences sont le meilleur endroit pour s'occuper de votre enfant

Tableau 23 :

Répartition des effectifs en fonction du motif de présence au Service des Urgences déclaré par les usagers et la classe CCMU.

Motivation de la venue	CCMU 1 (n)	CCMU 2 (n)	CCMU 3 (n)	Total
Adressé par un médecin	68	88	47	203 (46,6%)
Sur les conseils d'un paramédical	1	2	0	3 (0,7%)
Sur les conseils d'un proche	13	19	10	42 (9,6%)
Car aucun médecin n'était disponible	24	14	0	38 (8,7%)
Paniqué/ne savait pas quoi faire	12	11	6	29 (6,7%)
Les urgences = meilleur endroit	47	61	13	121 (27,7%)
Total	165	195	76	436 (100%)

Près de la moitié des accompagnants déclare être adressée aux urgences par un médecin (SAMU inclus) ou les pompiers.

Environ 9% déclarent s'être rendus directement aux urgences car aucun médecin n'était disponible.

28 % n'ont pas pris (ni tenté de prendre) d'avis médical avant de consulter au Service des Urgences et considèrent que les urgences sont le meilleur endroit pour s'occuper de leur enfant. Parmi ces derniers, 50% sont classés CCMU 2, 38,8% CCMU 1 et 10,7% seulement sont classés CCMU 3. Près de 40% consultent pour de la traumatologie, 20% pour de la douleur et 17% pour des troubles digestifs.

Les patients consultant aux urgences en raison de l'absence de médecin disponible en ville se répartissent entre les classes CCMU 1 et 2. Aucun n'est classé CCMU 3.

Quatre questions plus loin, nous revenons sur le parcours des accompagnants avant leur consultation au Service des Urgences. Nous leur avons demandé s'ils avaient pu bénéficier d'un avis médical avant de consulter aux urgences, cela n'impliquait pas nécessairement qu'ils aient été vus par un médecin ou que l'avis leur ait été donné le jour même.

Les différentes réponses possibles étaient les suivantes (voir tableau 24 ci-dessous) :

- Vous avez pu bénéficier de l'avis de votre médecin ou pédiatre/de SOS médecin/d'un autre médecin/du SAMU/d'un pharmacien/des pompiers
- Vous n'avez contacté personne, vous n'avez pas eu d'avis

Lorsqu'ils avaient pu bénéficier d'un avis, nous leur avons demandé la raison de leur venue au Service des Urgences suite à cet avis (introduction d'un filtre dans le questionnaire).

Les différentes réponses possibles étaient les suivantes :

- Vous avez été adressé par la personne qui vous a donné un avis médical
- L'enfant ne va pas mieux, son état s'aggrave
- Vous souhaitez obtenir l'avis d'un pédiatre hospitalier
- Je ne sais pas/Je ne souhaite pas répondre

276 déclarent avoir reçu un avis médical ou des pompiers, 10 déclarent avoir reçu l'avis de leur pharmacien, 147 déclarent n'avoir contacté personne.

Parmi les 286 patients ayant donc reçu un avis :

4. Résultats

- 189 (soit 66,1%) déclarent avoir été adressés par celui qui leur a donné l'avis ;
- 56 (soit 19,6%) déclarent consulter aux urgences car l'état clinique de l'enfant ne s'améliorait pas et/ou s'aggravait ;
- 27 (soit 9,4%) déclarent souhaiter obtenir l'avis d'un pédiatre hospitalier ;
- 14 (soit 4,9%) ne donnent pas d'explication.

Il va de soi que notre étude n'est pas en mesure de quantifier la proportion de patients qui ne se sont pas présentés aux urgences suite à l'obtention d'un avis médical en ville. Cette estimation nécessiterait de conduire une étude similaire en médecine de ville. Ce point sera discuté à la section 5.10.4 « limites liées aux critères de sélection ».

Tableau 24 :

Répartition des effectifs en fonction des motivations exprimées par les usagers ayant reçu un avis médical avant de consulter aux service d'urgences et la classe CCMU.

Motivation	CCMU 1 (n)	CCMU 2 (n)	CCMU 3 (n)	Total
Adressé par celui donnant l'avis	61	88	40	189 (66,1%)
L'enfant s'aggrave/ ne s'améliore pas	24	22	10	56 (19,6%)
Souhaite obtenir un avis pédiatrique hospitalier	19	6	2	27 (9,4%)
Pas d'explication	7	3	4	14 (4,9%)
Total	111	119	56	286

Les accompagnants déclarant avoir été adressés sont classés CCMU 1 dans 32% des cas et CCMU 3 dans 21 % des cas.

Les accompagnants disant consulter car l'état de l'enfant s'aggrave et/ou ne s'améliore pas sont classés CCMU 1 dans 43% des cas et CCMU 3 dans 18 % des cas.

Les accompagnants consultant aux urgences pour un avis pédiatrique hospitalier sont classés CCMU 1 dans 70 % des cas et CCMU 3 dans 18 % des cas.

Les accompagnants ne donnant pas d'explication sont classés CCMU 1 dans 50 % des cas et CCMU 3 dans 28 % des cas.

Nous pouvons procéder à un nouveau test d'indépendance (en lien avec la section 4.1.5.6 traitant de l'influence de l'urgence ressentie) sur cette sous-population, celle qui a reçu un avis médical ou paramédical (dix cas d'avis de pharmacien) et qui explicite la raison de sa venue (expliquant le fait que les « adressés par un médecin » passent de 203 à 189). Nous ne retenons alors (et au vu de la faiblesse de certains effectifs) que deux modalités : oui ou non à la réponse à la question « adressé par celui donnant l'avis ». Notre statistique du khi-deux est de 134,85 (valeur critique de 5,99 au seuil de 5% et de 9,21 à 1%). On ne peut pas rejeter l'hypothèse H0 d'indépendance. Il existe bien un lien entre le niveau de la classe CCMU et le fait d'avoir été adressé ou non par un professionnel de la santé. La formation du khi-deux fait très nettement apparaître (contribution à hauteur de 50%, attraction) que ce lien se forme par la modalité « non-adressés et CCMU1 ». A parts égales, les modalités « non-adressés et CCMU2 » et « non-adressés et CCMU3 » contribuent à la formation du khi-deux mais dans le sens d'une répulsion.

5 DISCUSSION

5.1 UN SERVICE DES URGENCES AYANT UNE ACTIVITE SOUTENUE MAIS NE RELEVANT PAS TOUJOURS DE L'URGENCE

Nous avons développé une argumentation à la section 1.2 traitant de la justification de l'étude, tendant à montrer que les Services des Urgences sont « victimes de leur succès » dans la mesure où ils doivent assurer une activité très soutenue, en forte croissance et vraisemblablement impactée par des missions ne relevant pas de leur raison d'être. Ce succès procède certainement du fait que les missions assurées par les Services des Urgences sont à la croisée de facteurs procédant d'une évolution de la demande (préférence pour la présence sur un même lieu de l'ensemble des services et de plateaux techniques performants, besoins de santé, caractéristiques socio-économiques...) et des facteurs liés à l'offre (évolution des pratiques médicales avec des examens complémentaires plus systématiques, absence croissante de médecins intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets). Ce travail confirme cet état de fait de manière spectaculaire. Nous avons enregistré 511 passages sur une période d'inclusion de 84 heures, soit près d'une entrée toutes les dix minutes. Incontestablement, ce résultat témoigne d'une activité soutenue. Néanmoins, 17,1% seulement des patients admis ont été considérés en classe CCMU 3, donc relevant incontestablement d'une prise en charge en urgence dans un milieu à haute « technicité ». Ainsi, il apparaît, certes *a posteriori*, que près des cinq sixièmes des patients auraient sans doute pu bénéficier d'une filière de prise en charge alternative, à la condition qu'elle existe ou qu'elle soit accessible. Ce constat abrupt doit être affiné par une analyse plus précise des patients classés CCMU2 qui peuvent, dans certains cas, tirer bénéfice d'une prise en charge par un Service des Urgences. Quoi qu'il en soit, le fait que près de 40% de patients admis soient classés en CCMU1 témoigne sans conteste que le Service d'accueil des Urgences pédiatrique du CHU de Bordeaux est très largement sollicité pour des motifs ne relevant pas de sa mission.

Ce premier constat confirme donc l'intérêt de cette étude visant à identifier les éventuels déterminants qui conduisent les usagers à s'adresser à un Service des Urgences à haute technicité alors que la situation médicale ne le justifie pas nécessairement.

5.2 UN CONSTAT A NUANCER AU REGARD DE L'HETEROGENEITE DE LA CLASSE CCMU 2

Néanmoins, il convient de nuancer ce constat à la lumière d'une analyse approfondie des circonstances, notamment cliniques, conduisant les patients à s'adresser à un Service des Urgences et de l'offre alternative de soins non programmés sur un territoire donné. Dans les différentes études, quelles soient françaises ou internationales, la dichotomie consultation « justifiée » *versus* « injustifiée » correspond à la dichotomie CCMU 1 ou 2 *versus* CCMU 3 ou plus. Ce mode de justification conduit à établir qu'un patient a sa place aux urgences si et uniquement si la consultation conduit à une hospitalisation. Cette méthode relève d'un certain manichéisme. Elle a néanmoins l'avantage de trancher : si un patient consulte aux urgences et que son état de santé ne lui permet pas de regagner son domicile, il n'y a alors aucun doute sur le caractère justifié de la consultation. Il peut cependant paraître abusif de conclure que l'absence d'hospitalisation à l'issue de la consultation aux urgences soit la démonstration que cette dernière était injustifiée. Exclure tous les CCMU 2 (45 % de la population de notre étude) de la consultation « justifiée » équivaldrait à occulter tous les bénéfices humains et techniques qu'offrent les Services des Urgences et dont les usagers sont certainement conscients, ainsi que toutes les insuffisances de l'offre de soins susceptible d'offrir une alternative au patient.

Afin d'illustrer ce propos, prenons l'exemple du motif « plaies et traumatisme » qui représente 30% des motifs de consultation dans notre étude. 98 des 133 « plaies et traumatisme » sont classés

5. Discussion

CCMU2. Parmi eux on retrouve des plaies à suturer, des fractures déplacées ou non à plâtrer, des luxations à réduire... En France, en 2019, ces patients ne peuvent pas être pris en charge correctement ailleurs que dans un Service des Urgences doté d'un plateau technique adéquat et d'un personnel médical, paramédical et chirurgical formé, compétent et opérationnel. De surcroît, la plupart des médecins généralistes ne pratiquent plus d'actes de petite chirurgie ou ne le font que très peu. La consultation aux urgences peut donc paraître justifiée dans ce cas malgré un classement en CCMU 2. En revanche, parmi ces 98 patients, on retrouve également de simples contusions pour qui l'on prescrira des antalgiques, ou des entorses de cheville arrivées sur leur deux jambes (certes en boitant) à qui l'on prescrira des antalgiques, une attelle, une dispense de sport et des conseils médicaux. Pour ces patients, le degré de gravité aurait pu être évalué en médecine de ville sans caractère urgent, une radiographie aurait pu être prescrite en ville et les mêmes prescriptions auraient pu être réalisées en ville également. On peut alors légitimement affirmer, mais encore une fois *a posteriori*, que ces patients sont en classe CCMU 2 et que leur consultation au service des Urgences est « injustifiée ».

Prenons un exemple médical cette fois ci. Il n'est pas rare que les parents consultent aux Service des Urgences pédiatriques pour le motif « gêne respiratoire ». Parmi eux on retrouve :

- les simples rhinites qui bénéficieront d'une désobstruction rhinopharyngée et qui regagneront leur domicile (ils seront alors classés CCMU 1) ;
- des bronchiolites sans critère de gravité qui eux aussi regagneront leur domicile, parfois après la réalisation d'une radiographie pulmonaire (ils seront alors classés CCMU 2 - la consultation aux urgences est elle « justifiée » dans ce cas ?) ;
- des crises d'asthmes qui bénéficieront d'une série de trois aérosols (parfois plus, parfois moins) et qui une fois améliorées par cette prise en charge, plus difficilement réalisable en extra hospitalier, pourront regagner leur domicile. Ces patients là n'ont pas été hospitalisés, mais peut-on vraiment qualifier ces consultations de « injustifiée ».

Cette réflexion peut être développée pour tous les motifs de consultation associés à une CCMU 2.

De plus, au temps de la promotion de la médecine ambulatoire, où des patients se font opérer des ligaments croisés à 8 heures le matin et quittent l'hôpital à 17 heures, il nous paraît délicat de qualifier de « injustifiée » des consultations où les soins dispensés permettent une amélioration clinique majeure permettant de prévenir et donc d'éviter une hospitalisation.

Inversement, il arrive que des patients soient attendus par des services hospitaliers qui, pour des raisons logistiques, réclament un passage préalable par le Service des Urgences. Doit on considérer que ces consultations aux urgences sont justifiées parce qu'elles ont conduit à une hospitalisation ? Ces CCMU 3 ont-elles leur place aux urgences ?

Afin d'illustrer notre réflexion nous avons poussé plus loin l'analyse de nos résultats en divisant les patients classés CCMU 2 en deux sous-classes : CCMU 2 « justifiée » et CCMU 2 « injustifiée ». Nous avons pleinement conscience que cette distinction ne correspond pas à une nomenclature précise et qu'elle se base sur l'appréciation extrêmement subjective d'un seul praticien n'ayant pas examiné les dits patients. Il s'agit simplement d'illustrer notre propos en tentant une approche quantitative.

En traumatologie les classes CCMU 2 que nous avons considérées comme « justifiée » sont :

- les patients plâtrés ;
- les luxations réduites ;
- les plâtres consolidés ;
- les ongles incarnés ;
- les panaris drainés ;
- les plaies suturées/collées/agrafées.

En médecine, les classes CCMU 2 que nous avons considérées comme « justifiée » sont :

5. Discussion

- les fièvres nues explorées ;
- les fièvres en retour de pays impaludés ;
- les pyélonéphrites chez un patient de moins de deux ans ;
- les asthmes ayant bénéficié d'un aérosol ;
- les pathologies des organes génitaux externes ;
- les traumatismes crâniens explorés ;
- les suspicions de maltraitance ;
- les premiers épisodes de convulsion en dehors des crises convulsives hyperthermiques ;
- les gastro-entérites aiguës ayant bénéficié d'une réhydratation *per os* au service des urgences.

Au terme de cette analyse, parmi les 201 CCMU 2 nous avons donc dénombré 121 CCMU 2 « justifiée » et 80 « non justifiée » (soit près de 40% des CCMU 2). Parmi les 121 CCMU 2 « justifiée », on dénombre 76 patients consultant pour de la traumatologie (soit 62,8% de la CCMU 2 « justifiée »).

En additionnant les patients CCMU 1 et CCMU 2 « injustifiée », on peut considérer que 251 patients, soit 55,7% des patients consultant aux urgences, relèvent potentiellement d'une prise en charge en médecine de ville. Au terme de ces considérations, la figure 6 « Classification des patients par le médecin en charge selon la classification CCMU modifiée » donnée à la section 4.1.4 peut être révisée et aboutir à la figure 7 ci-contre. On y constate que la part des consultations « injustifiée » passe de 83 % (correspondant aux classes CCMU 1 et CCMU 2 – voir figure 6), à 56 % (correspondant aux classes CCMU 1 et CCMU 2 « injustifiée – voir figure 7»). Il n'en demeure pas moins que, malgré toutes ces « précautions », ce chiffre est supérieur (ou au niveau de la marge haute) à ceux habituellement rapportés dans la littérature et rapportés à la section 1.3 « Intérêt du sujet ». Cela relève peut-être d'une particularité des Services d'Urgences pédiatriques.

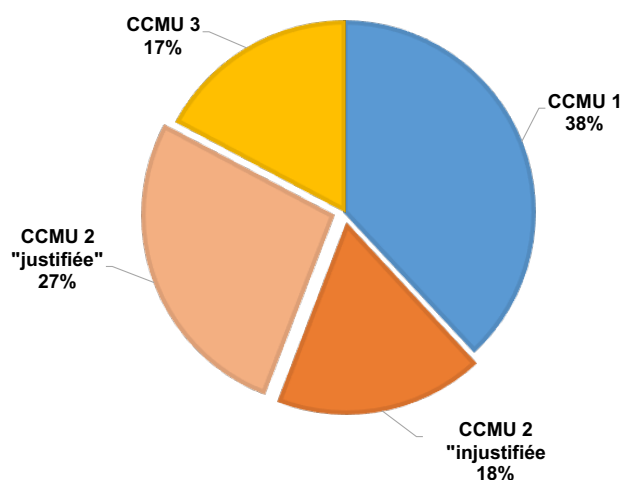


Figure 7 :
Classification CCMU des patients intégrant la discrimination classe CCMU 2 « justifiée » versus CCMU 2 « injustifiée »

Notre étude confirme donc que l'activité du Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux est fortement impactée par des consultations « injustifiées ». Néanmoins, elle incite à une analyse fine des raisons amenant à ce constat, allant bien au delà des questions relevant de la « responsabilisation des usagers » et prenant en compte des facteurs explicatifs relevant de l'adaptation de l'offre de soins non programmés, de l'insuffisance de l'organisation de l'adressage des patients et de l'organisation intra hospitalière. Comme nous le verrons plus loin, le bon niveau d'éducation des accompagnants, leur capacité à apprécier avec justesse le niveau de l'urgence et l'influence d'un adressage par un médecin de ville sont des facteurs sur lesquels il est possible de s'appuyer pour améliorer les filières de prise en charge.

5.3 UN « COMPORTEMENT » PARTICULIER LORS DES VACANCES SCOLAIRES

Lorsque l'on étudie le nombre de passages ainsi que les classes CCMU sur les différents types de jours choisis, on remarque que les « jours de vacances » correspondent au nombre de passages le moins élevé et au taux de classe CCMU 3 le plus important (28,3% contre 17,1% en moyenne, comptant pour 33,8% de l'ensemble des classes CCMU3 de l'étude). De plus, on note que la modalité

5. Discussion

« vacances + CCMU3 » contribue à hauteur de 50% à la formation du premier khi-deux. Lors du deuxième test d'indépendance du khi-deux en regroupant cette fois-ci les CCMU 1 et 2, le résultat apparaît un peu plus nettement et la modalité « vacances + CCMU 3 » contribue cette fois-ci pour deux tiers de la formation du khi-deux. *A contrario*, les dimanches sont les jours où le nombre de passages est le plus élevé (avec les mercredis) mais où le taux de CCMU 3 est le plus bas. Que pouvons nous conclure de ces observations ?

Pour ce qui concerne les vacances (d'hiver et de pâques), la baisse de la fréquentation pourrait être due au simple déplacement de la population : les patients n'étant pas à Bordeaux, ils consulteraient donc aux urgences de leur lieu de villégiature. Néanmoins cette hypothèse n'explique pas à elle seule la hausse significative de CCMU 3. S'il s'agissait simplement d'une baisse de la fréquentation, les pourcentages de CCMU 1, 2 et 3 devraient être lissés sur la moyenne.

On peut faire l'hypothèse que les vacances pourraient dégager plus de temps aux parents dont l'emploi du temps laisserait plus de disponibilité pour consulter le médecin traitant aux heures ouvrables. Dans ce cas, on verrait moins de CCMU 1 et 2 aux urgences sur cette période. Cependant un autre biais s'ajoute à cette hypothèse, les médecins traitant sont souvent eux aussi en vacances pendant cette période ce qui n'est pas de nature à équilibrer la demande.

Pour ce qui concerne les dimanches, les médecins de ville étant moins disponibles, la consultation plus systématique aux urgences n'est pas surprenante.

Pour ce qui concerne les mercredis, on remarque que la fréquentation est superposable à celle des dimanches, soit la plus élevée de toutes les périodes. Il s'agit d'un jour de semaine où les enfants ne sont pas à l'école. Il est très fréquent qu'un des deux parents (surtout la mère) ne travaille pas non plus et soit donc disponible pour les amener consulter un médecin. Néanmoins, cette notion n'explique pas à elle seule la consultation aux urgences plutôt qu'en ville. On pourrait l'interpréter, mais avec une grande précaution, comme la possibilité d'obtenir une réponse immédiate et rapide (avec parfois plusieurs heures d'attente mais se condensant sur une seule et même journée) pour un symptôme, peut être persistant. La plus grande disponibilité de l'accompagnant en terme de plage horaire rendrait alors possible et supportable l'attente aux urgences.

L'étude de ces chiffres nécessite, plus que pour les autres, l'aide de sociologues, de psychologues et d'entretiens avec les parents. Il serait intéressant de comparer chez les mêmes parents, leur comportement et leur urgence ressentie sur les consultations en période scolaire *versus* hors période scolaire afin d'interpréter ces résultats.

5.4 INFLUENCE DE L'ÂGE DE L'ENFANT

Le découpage des âges a été fait de la manière suivante :

- moins de six semaines
- six semaines à trois mois
- trois mois à deux ans
- deux ans à dix ans
- plus de dix ans

Ce découpage peut sembler déséquilibré d'un point de vue statistique, mais nous l'expliquons par une analyse de la classification de l'urgence et par l'attention particulière que nous portons à certaines classes d'âge dans notre pratique.

- **Un nourrisson de moins de six semaines** (3,1 % de la population) sera très rapidement installé en *box* et s'il consulte pour de la fièvre il bénéficiera d'examen complémentaires poussés et sera surveillé au minimum douze à vingt-quatre heures dans un service d'hospitalisation de courte durée en cas de résultats normaux. Un nourrisson de moins de six semaines qui nécessite des examens complémentaires est un enfant que l'on va hospitaliser

5. Discussion

dans la grande majorité des cas. La division des effectifs pour cette classe d'âge entre CCMU 1 et 3 et l'absence de CCMU 2 nous surprend peu. Ce qui est en revanche intéressant est la parfaite symétrie entre les CCMU 1 et 3 bien que les effectifs soient très faibles. Les parents sont de fait très inquiets pour leur nouveau né et consultent aux urgences qu'ils soient « graves » ou non.

- **Les enfants âgés de moins de trois mois** (mais de plus de six semaines - 1,3 % de la population) requièrent également de la part des urgentistes une attention particulière du simple fait de leur âge. En revanche les examens complémentaires sont moins systématiques. Si nous reprenons l'exemple de la fièvre, un retour au domicile (et donc une classification CCMU 2) est envisageable à la condition que l'examen clinique et les résultats des examens complémentaires le permettent.
- **La classe d'âge des trois mois - deux ans** (34 % de la population) est celle des nourrissons sortis de la phase « critique » des moins de trois mois. Néanmoins il s'agit d'enfants qui entrent en collectivité et sont sujets à la quasi totalité des épidémies hivernales. Les trois mois - deux ans représentent 34% de notre population. 50% sont classés CCMU 1 et relèveraient donc de la consultation de ville ; ce résultat est cohérent avec les épidémies. On retrouve 30% de classe CCMU 2 dans cette classe d'âge. Là encore ce chiffre est peu surprenant ; l'asthme du nourrisson étant fréquent à cet âge, les aérosols ou les radiographies pulmonaires font basculer les patients dans la classe CCMU2. Il en est de même pour la fièvre mal tolérée sans point d'appel infectieux qui conduira à la réalisation de bandelettes urinaires à la recherche d'une pyélonéphrite. Même si les résultats des examens complémentaires ne sont pas normaux, la stabilité clinique et l'âge nous permettront d'autoriser un retour au domicile.
- **La classe d'âge des deux ans - dix ans** (37,5 % de la population) correspond à la période de l'école maternelle et primaire où la prévalence élevée de la traumatologie prend toute sa place. On comprend alors les 58% de classe CCMU 2 dans cette classe d'âge.
- **Les enfants de plus de dix ans** (24% de la population) sont des adolescents avec une prise en charge qui va parfois se rapprocher de celle de l'adulte. Là encore la traumatologie explique en grande partie les 62% de classe CCMU 2.

5.5 INFLUENCE DU STATUT DE L'ACCOMPAGNANT

On constate que la mère est présente trois fois sur quatre et qu'elle accompagne seule son enfant dans deux cas sur trois, quelque soit la classe CCMU. Nous avons expliqué dans les résultats que face à de tels effectifs, un test du khi-deux n'était pas nécessaire pour prouver l'indépendance.

Nous nous sommes aussi intéressés à la place du père dans la consultation aux urgences. Il est présent dans un cas sur six et pour de la traumatologie dans 30% des cas, quelque soit le genre de l'enfant. Un avis sociologique sur le rapport de l'homme vis-à-vis de la traumatologie serait intéressant.

5.6 LE BENEFICE D'UNE CONSULTATION MEDICALE EN PREALABLE A L'ADRESSAGE

Cette étude révèle un résultat qui interpelle. Alors que 96,7% des patients ont un médecin traitant dont ils sont satisfaits dans près de 90% des cas, seuls 45% sont adressés aux urgences par un médecin qui, de surcroît, n'est pas nécessairement leur médecin traitant. En effet, seuls 28% ont bénéficié d'un avis de leur médecin traitant.

Un autre résultat interpelle davantage. Il est relatif aux patients ayant un médecin traitant dont ils sont satisfaits, qui expriment une urgence ressentie de niveau U1 (« mon enfant n'est pas danger ») et qui pourtant n'ont pas consulté avant de venir aux urgences. Cette population n'est pas

5. Discussion

majoritaire (25 cas, soit 5,5% de la population). Parmi eux, 5 (20%) appartiennent à la classe CCMU 1, 18 (72%) à la CCMU 2, 12 (soit 66,6% des CCMU2) sont des CCMU 2 « justifiée » et 6 (33,3%) sont des CCMU 2 « non justifiée », 2 (8%) appartiennent à la classe des CCMU 3. Tous ont consulté sans adressage aux urgences car ils considéraient que « les urgences étaient le lieu le plus adapté à la prise en charge de leur enfant ». Parmi ces 25 patients, 17 (68%) consultaient pour de la traumatologie, 3 (12%) pour des troubles digestifs, 2 (8%) pour de la pathologie ORL, 1 (4%) pour des troubles du comportement et 1 (4%) pour des complications post opératoires. Certes ces résultats concernent une petite partie de notre population. Mais cette analyse illustre de manière spectaculaire que la traumatologie a un « statut » spécial dans le vécu des patients et leur besoin d'obtenir une prise en charge non programmée immédiate alors même qu'ils sont parfaitement conscients qu'il n'y a « danger ».

Enfin on constate que 61% des patients en classe CCMU 3 sont adressés par un médecin. Cela confirme, sans surprise, la fiabilité et la pertinence du recours aux Services des Urgences par les médecins. Ce constat pourrait amener à justifier une prise en charge prioritaire des patients adressés par un médecin. Néanmoins, les patients se disant adressés ne consultant pas toujours au Service des Urgences avec un courrier médical, on ne peut pas affirmer avec certitude qu'ils ont bien consultés un médecin qui les a adressés aux urgences. Des modalités de signalement de ces patients en amont de leur arrivée pourraient s'avérer pertinentes.

Par ailleurs, une classe CCMU 3 ne correspond pas obligatoirement à une urgence vitale et une CCMU 2 (un asthme nécessitant des aérosols par exemple) peut en être une et devra alors être prise en charge en priorité. Il est donc nécessaire de porter une attention particulière aux patients adressés par un médecin extérieur, mais son avis ne peut prévaloir sur celui de l'infirmière ou du médecin d'accueil qui a une vision globale de l'état du Service des Urgences et de la priorité que l'on peut et doit donner à chacun des patients.

Les patients classés CCMU 3 sont adressés par des médecins dans 61% des cas. Parallèlement, 60% des classes CCMU 1 ne sont pas adressées par un médecin. Les médecins extérieurs (médecins de ville et SAMU) adressent donc, dans la majorité des cas à bon escient. Néanmoins, près de 40% des patients CCMU 1 sont adressés par des médecins de ville (SAMU compris), donc par excès. Comment expliquer un tel taux « d'erreurs d'adressage » ou « d'adressage par excès » ? Encore une fois nous sommes soumis à un biais déclaratif important. Rien ne nous prouve, en l'absence de courrier ou de transmission téléphonique, que ces patients sont en effet adressés par des médecins. Un travail de thèse réalisé en 2015 sur les déterminants d'adressages au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux par les médecins généralistes⁽³⁴⁾ révélait qu'ils souffraient d'un défaut de réseau pédiatrique en ville et étaient alors contraints d'adresser les patients aux urgences pour un simple avis pédiatrique.

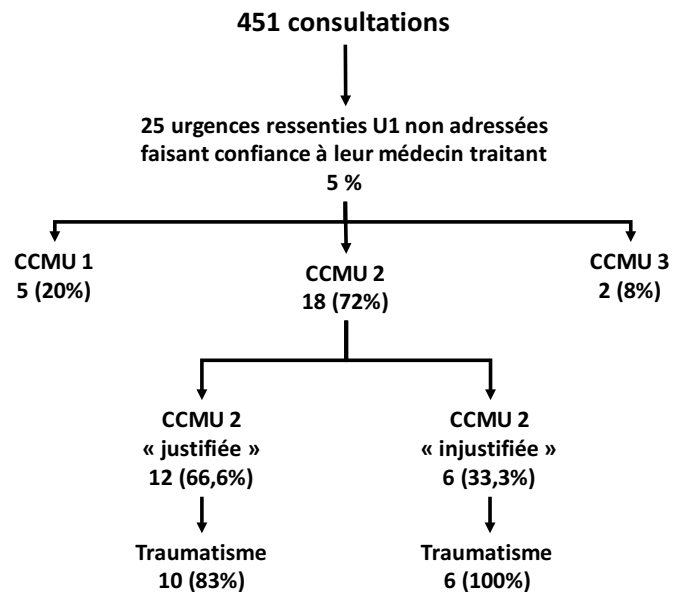


Figure 8

Diagramme des urgences ressenties U1 non adressées faisant confiance à leur médecin traitant.

On note l'importance majeure de la traumatologie

5. Discussion

Selon une étude prospective du réseau sentinelle portant sur l'orientation des patients par leur médecin généraliste vers les différentes structures hospitalières en France, il semblerait que le jeune âge apparaisse comme un élément prédictif d'orientation vers le secteur public expliqué en partie par le faible nombre de service de pédiatrie dans le secteur privé.⁽³⁵⁾

La différence est moins marquée entre les patients adressés (44%) et non adressés (56%) pour ce qui concerne la classe CCMU 2. De plus, la question de la dichotomie CCMU 2 « justifiée » versus « non justifiée » trouve encore une fois son sens : une patiente adressée pour douleur abdominale chez laquelle on diagnostique une cystite simple a-t-elle la même « légitimité » aux urgences qu'une fracture articulaire ? De la même manière, un patient en crise d'asthme doit-il obligatoirement passer par la consultation de ville avant de se présenter aux urgences ?

Enfin, la relation entre la médecine de ville et les urgences prend ici toute sa place. Nous évoquons dans l'introduction la solution proposée par l'hôpital Robert Debré d'installer, à proximité du Service des Urgences, deux *box* où la consultation est assurée par des médecins généralistes et qui permettent de prendre en charge rapidement et relativement en retrait du Service des Urgences des patients classés CCMU 1 tout en ayant la possibilité de les ré adresser au Service des Urgences lorsqu'ils le jugent nécessaire. Les chiffres sont très éloquentes, 12 000 passages sur les 91 000 annuels au Service des Urgences de cet établissement sont pris en charge par cette consultation et sur des créneaux horaires stricts (19 heures - minuit en semaine et 9 heures - minuit le week-end). Cette consultation est utile pour les urgences puisqu'elle fluidifie le flux, et le « circuit court » ne détourne pas l'activité des médecins et paramédicaux sur des créneaux horaires où le personnel médical est divisé au minimum par deux.

5.7 DES IDEES A PRIORI RELATIVES AU NIVEAU D'ETUDES ET AUX CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES DONT IL CONVIENT DE VERIFIER LA PERTINENCE

Il est parfois fait référence au fait que les parents/accompagnants « abusent » par facilité du recours aux Services des Urgences parce qu'ils seraient insuffisamment « responsables » et que le niveau socio-économique ou éducationnel, ainsi que l'activité professionnelle pourraient avoir une influence sur ce comportement. Outre le fait qu'aucune étude prouvant que cette idée reçue reflète une opinion majoritaire au sein du personnel soignant, nos résultats ne plaident pas dans ce sens.

Nous constatons que 95% des enfants consultant aux urgences sont couverts par la sécurité sociale et 92% ont une assurance complémentaire. Ainsi, la quasi totalité des enfants consultant au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ont une couverture médico-sociale. Les accompagnants ne parlant pas et ne lisant pas le français qui ont été exclus de l'étude représentent 7% de la population. Ces résultats sont donc à nuancer mais le taux d'enfants couverts reste néanmoins très élevé malgré ce biais. L'argument trop entendu que la population « consomme » des soins qu'ils sont certains de ne pas payer est donc inapproprié.

Concernant la nationalité des patients et de leurs parents, 92% des patients sont français avec au moins un des deux parents français, sans aucun lien avec la classe CCMU.

Cependant, si l'on compare notre population pédiatrique avec la population girondine, d'après les données de l'INSEE de l'année 2015 (tableau 25), les données plus récentes ne sont pas disponibles), on constate que les patients étrangers sont près de deux fois plus nombreux aux urgences pédiatriques que dans la population générale (7,9% contre 4,7%). Néanmoins, lorsqu'on les compare à la population Bordelaise, les chiffres sont superposables. En effet, 8,4% de la population bordelaise est « étrangère ». Là encore, il convient de rappeler que 34 patients ont été exclus de l'étude car ils ne parlaient pas ou ne lisaient pas le français, néanmoins, cet effectif est trop petit pour modifier les résultats de notre étude.

Tableau 25 :
La population étrangère de la Gironde en 2015 d'après l'INSEE⁽³⁶⁾

2015	% de la population de la Gironde	Données nationales
Population étrangère	4,7 %	6,2 %
Hommes étrangers	2,4 %	3,1 %
Femmes étrangères	2,3 %	3,1 %

La surreprésentation de la population étrangère aux urgences pédiatriques peut s'expliquer en partie par la grande difficulté pour ces patients à trouver un réseau médical en ville, nécessitant une mise en relation ou un soutien de la part de la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) affiliée au Service des Urgences et dont les locaux sont dans l'enceinte de l'hôpital. Cette population n'a souvent guère d'autre choix que de se présenter aux urgences pour être soignée.

Pour ce qui concerne le niveau d'éducation des parents, on constate que dans plus de 80% des cas les deux parents ont fait des études et pour près de la moitié d'entre eux des études supérieures. De plus, le niveau d'étude ne préjuge pas de la classe CCMU.

Ces points ne sont pas neutres et pourraient nous faire envisager des actions ciblées « d'éducation de la population » quant aux motifs de recours au Service de Urgences en cas de besoin ressenti d'obtenir une consultation non programmée.

5.8 LA FIABILITE DU RESENTI DE L'URGENCE PAR L'ACCOMPAGNANT

Ces premiers résultats suggèrent que le « ressenti » de l'urgence par les parents/accompagnants est un critère plutôt fiable d'urgence réelle au regard de l'appréciation portée par le médecin urgentiste en charge au moyen de la classification CCMU. Nous avons volontairement donné aux accompagnants une définition de l'urgence ressentie se rapprochant le plus possible de la classification CCMU. On constate que l'urgence ressentie est, dans la grande majorité des cas et de manière significative, cohérente avec « l'urgence réelle » estimée par le médecin urgentiste. Néanmoins, les urgences ressenties U1 (« votre enfant ne vous semble pas en danger ») ont plutôt tendance à être sous-évaluées puisque 73% sont en réalité classés CCMU 2 et 6,5% CCMU 3. Les patients classés CCMU 3 sont dans la majorité des cas bien évalués avec 44 % classés CCMU 3 en urgence ressentie U3 (« Il vous semble en danger et/ou nécessiter une hospitalisation »), néanmoins 31 % sont nettement surévalués avec une urgence ressentie U3 et une classe CCMU 1.

C'est dans le cas de l'urgence ressentie U2 (« il ne vous semble pas en danger mais nécessiter des examens complémentaires ») que la « confusion » est la plus marquée. Ces patients sont classés CCMU 1 dans 41% des cas ; CCMU 2 dans 44% des cas (il y a donc ici cohérence entre les appréciations de l'accompagnant et du médecin) ; et une CCMU 3 dans 15% des cas. Il pourrait là encore être pertinent d'étudier cette sous population en s'appuyant sur la classification proposée plus haut CCMU 2 « justifiée » *versus* « injustifiée ».

Quoi qu'il en soit, ces chiffres nous permettent d'affirmer que lorsque le patient est grave, l'urgence ressentie est élevée dans la majorité des cas. L'appréciation des parents doit donc être prise en compte.

Il est intéressant de se pencher sur les 6,5% de patients CCMU 3 mais classés U1 (donc non en danger selon l'accompagnant). Ce chiffre, bien que faible, pourrait être préoccupant. Devons-nous nous inquiéter de cette sous évaluation majeure par l'accompagnant de l'enfant que le médecin a jugé nécessaire d'hospitaliser ? Il est important de rappeler qu'en pédiatrie un patient peut être hospitalisé lorsque le soignant estime que l'adulte responsable de l'enfant n'est pas fiable dans son appréciation de l'aggravation potentielle de l'état clinique après retour au domicile. Ainsi, Il peut

5. Discussion

arriver que l'on hospitalise des patients peu ou moyennement graves mais avec un statut social précaire, des parents ne comprenant pas les prescriptions ou les conseils de surveillance et les recommandations de consultation en urgence, alors que certains patients jugés plus graves sont autorisés à regagner leur domicile car le médecin estime que les accompagnants sont « fiables ». Il en est de même pour la distance séparant le domicile de l'hôpital le plus proche. Un enfant pouvant être jugé « limite » mais vivant à proximité de l'hôpital pourra rentrer chez lui alors qu'un enfant jugé plus stable pourra être hospitalisé car vivant loin du centre hospitalier. Nous n'avons pas dans cette étude le détail des motivations ayant conduit le médecin à hospitaliser le patient. Quoiqu'il en soit, ces 6,5% dont l'urgence ressentie a été mal appréciée parce que largement sous estimée ont tout de même consulté aux urgences et ont pu être pris en charge de manière adéquate. Si ce patient n'avait pas consulté aux urgences, il aurait pu être adressé de manière justifiée par un médecin de ville.

5.9 LES MOTIVATIONS DES USAGERS : UN BESOIN DE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET IMMEDIATE

Lorsque l'on interroge les usagers sur leurs « rapports » avec leur médecin traitant, on constate que 97% ont un médecin traitant et que près de 90% en sont satisfaits.

Lorsque l'on demande aux accompagnants d'évaluer l'urgence ressentie, on constate que 76 % de la population consultant au Service des Urgences estime que leur enfant n'est pas en danger (urgence ressentie U1, 14 %) ou qu'il n'est pas en danger mais nécessite des examens complémentaires (urgence ressentie U2, 62%).

Quelles sont alors les motivations des ces usagers à consulter aux urgences alors qu'ils considèrent que leur enfant n'est pas en danger et qu'ils savent *a priori* qu'ils risquent d'affronter un long délai d'attente ?

55% des patients consultant au Service des Urgences pédiatrique n'ont pas été directement adressés par un médecin de ville, du SAMU

ou par les pompiers. Parmi eux les réponses au questionnaire distinguent cinq catégories (voir figure 9 ci-contre) :

- les patients n'ayant jamais consulté de médecin et considérant les urgences comme le lieu le plus adapté à la prise en charge de leur enfant ;
- les patients n'ayant jamais consulté de médecin et s'adressant aux urgences car aucun médecin de ville n'était disponible ;
- les patients n'ayant jamais consulté de médecin et s'adressant aux urgences car ils sont paniqués et/ou ne savent pas quoi faire ;
- les patients ayant déjà consulté un médecin mais s'adressant aux urgences car l'état de l'enfant s'aggrave et/ou ne s'améliore pas ;
- les patients ayant déjà consulté un médecin mais s'adressant aux urgences car ils souhaitent obtenir l'avis d'un pédiatre hospitalier.

Comme on peut le lire sur la figure 9, la raison la plus souvent évoquée (près de la moitié des cas), et de loin, par les patients non adressés est « les urgences sont le lieu le plus adapté à la prise en charge

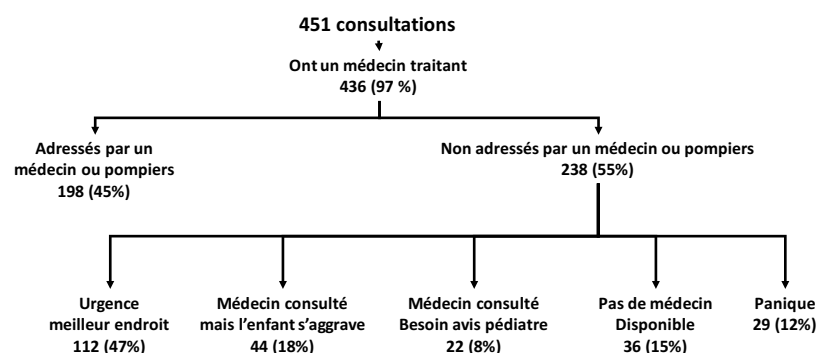


Figure 9 :

Diagramme des motivations de la consultation au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux

5. Discussion

de mon enfant ». Cela confirme de manière spectaculaire la confiance que la population place dans les Services des Urgences pédiatriques et leur attractivité. Ce point devra être pris en compte dans l'élaboration de modalités de prise en charge alternative, en médecine de ville. Si ces modalités ne sont pas attractives et ne répondent pas aux besoins ressentis, leur impact en terme de « soulagement » des services des Urgences pourrait être minime.

Lorsque l'on s'intéresse à l'urgence ressentie par l'accompagnant en fonction de ses motivations (voir figure 10 ci-contre), on constate que la distribution du niveau d'urgence ressentie est relativement homogène quelle que soit la motivation de la consultation.

On constate néanmoins une augmentation des urgences ressenties de niveau U3 quand la consultation est motivée par la « panique ».

L'urgence ressentie de niveau U2 est nettement dominante et ce dans tous les cas de figures : pour l'accompagnant l'enfant n'est pas en danger, mais la consultation aux urgences est justifiée par leur besoin d'obtenir des examens complémentaires de manière immédiate.

La traumatologie est le motif de consultation le plus fréquent chez les patients non adressés. Il est surreprésenté par rapport à la population de l'étude (40% versus 29%).

Si l'on s'intéresse maintenant aux patients s'adressant aux urgences car il s'agit selon eux de « l'endroit le plus adapté à la prise en charge de leur enfant » (voir figure 11 ci-contre), on constate qu'ils représentent près de la moitié des patients non adressés. Parmi eux, près de la moitié consulte pour de la traumatologie (versus 29% pour l'ensemble de la population). Cette « motivation » conduit à une classification CCMU 2 dans la moitié des cas et 37% de ces classes CCMU 2 sont considérées comme « injustifiée ». Si l'on additionne les CCMU 1 avec les CCMU 2 « injustifiée » on conclut que 56% de ces patients relèvent de la médecine de ville. Cette sous population s'adresse donc aux urgences sur un « mode direct » car elle recherche son plateau technique (78% d'urgences

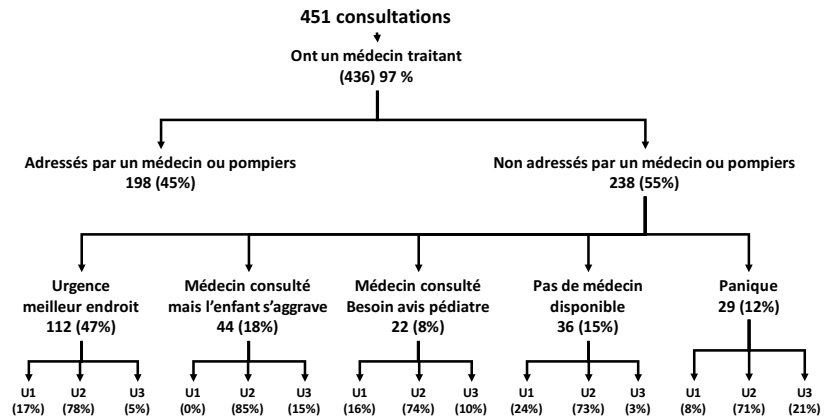


Figure 10 :
Diagramme montrant la distribution du niveau d'urgence ressentie en fonction du motif de la consultation au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux

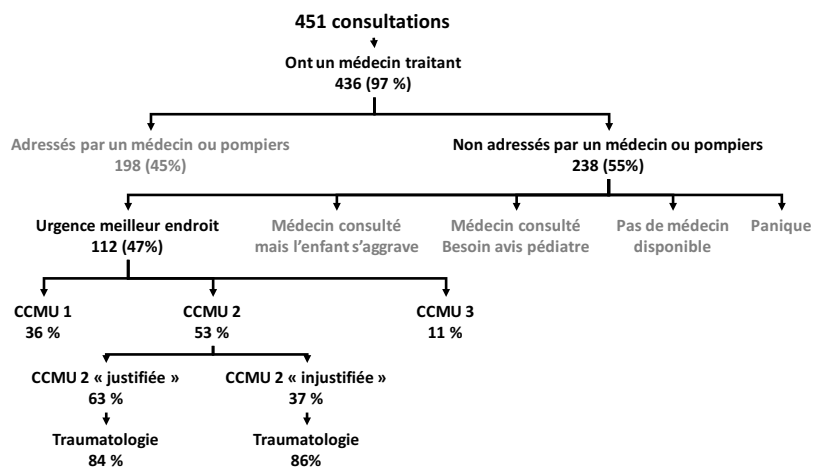


Figure 11 :
Diagramme montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant car au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux car ils considèrent que c'est « le meilleur endroit pour s'occuper de leur enfant »

5. Discussion

ressenties de niveau U2) et dans la moitié des cas pour de la traumatologie. Dans près de 60% des cas la prise en charge de leur enfant ne relève pas des missions d'un Service des Urgences. Enfin, il est important de noter que plus de 80% des patients classés CCMU2, que ce soit de manière « justifiée » ou « injustifiée », consultent pour de la traumatologie.

Enfin, si l'on s'intéresse aux patients s'adressant au Service des Urgences car aucun médecin n'était disponible (voir figure 12 ci-contre) on constate que l'urgence ressentie est de niveau U1 (« votre enfant n'est pas en danger ») ou U2 (« votre enfant n'est pas en danger mais nécessite des examens complémentaires ») dans 97% des cas. Près de 60% de cette sous population est classée CCMU 1, 40% en CCMU 2 et aucun en CCMU 3. En additionnant les classes CCMU 1 et les classes CCMU 2 « injustifiée » on constate que 81% de ces patients relèvent de la médecine de ville. Ces résultats sont cohérents avec leur motivation : ils s'adressent aux Services des Urgences car ils n'ont pas pu consulter (immédiatement) en ville. Leur prise en charge relève effectivement de la médecine de ville, de soins non programmés, mais pas de l'urgence, et ils le savent (97% d'urgence ressentie de niveau U1 ou U2, voir figure 10).

Les diagrammes montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant au Service des Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux car l'état de l'enfant s'aggrave, car ils expriment le besoin d'obtenir un avis pédiatrique, ou parce qu'ils paniquent et/ou ne savent pas quoi faire sont fournis en annexe.

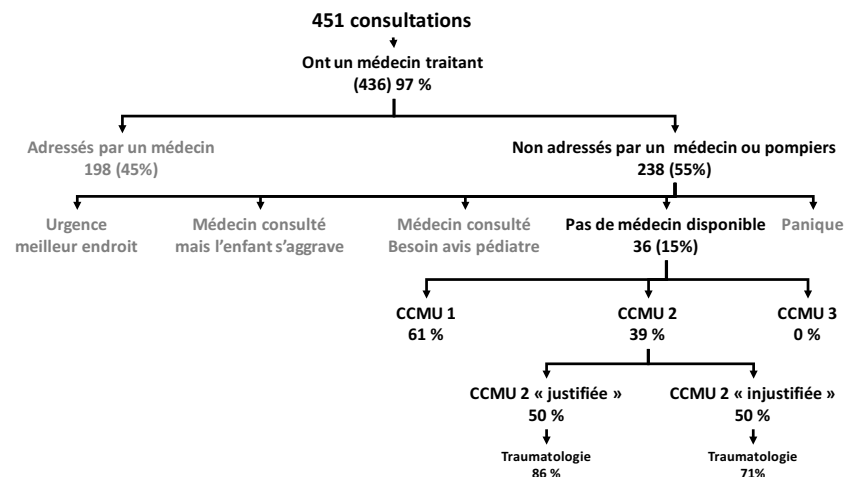


Figure 12 :

Diagramme montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux car ils n'ont pas trouvé de médecin disponible.

Les diagrammes montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant au Service des Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux car l'état de l'enfant s'aggrave, car ils expriment le besoin d'obtenir un avis pédiatrique, ou parce qu'ils paniquent et/ou ne savent pas quoi faire sont fournis en annexe.

5.10 ANALYSE DU « PACTE DE REFONDATION DES URGENCES » A L'AUNE DE NOS RESULTATS

L'ampleur de la grève des urgences ayant débuté au printemps dernier a porté une attention particulière de la part du gouvernement et de la population sur les difficultés que vivent les services des Urgences. Elle a été à l'origine d'échanges approfondis entre les professionnels de santé et le ministère des solidarités et de la santé, entre les professionnels de santé et les Agences Régionales de Santé, entre l'hôpital et la médecine de ville et, de manière indirecte mais efficace, entre les urgences et les usagers.

Peu de temps après son élection, le Président de la République Emmanuel Macron et la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn avaient annoncé la mise en place d'un nouveau plan de santé « Ma Santé 2022 », affichant pour objectifs de lutter contre les inégalités d'accès aux soins sur le territoire Français et d'améliorer la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital.

La montée de la mobilisation des personnels travaillant au sein des Services des Urgences a conduit à l'élaboration du « Pacte de refondation des urgences » présenté par la ministre des Solidarités et de la Santé.⁽³⁷⁾ Douze mesures ont été annoncées afin de « Stopper le processus qui a conduit à la

5. Discussion

banalisation du passage par les urgences, faute d'un accès simple et facilité à un système de santé réellement adapté à la situation de chacun ». Ce pacte répond à un calendrier précis et avancé par rapport au plan « Ma santé 2022 » et bénéficie d'un investissement de « 750 millions d'euros de crédit jusqu'en 2022 pour mettre en place ces transformations ». Nous nous limitons ici à développer trois des douze mesures phares de ce plan qui entrent particulièrement en résonance avec nos résultats.

La première mesure consiste en **la création d'un numéro unique : le Service d'Accès aux Soins (SAS)** permettant de s'adapter aux « besoins de chaque patient et de l'urgence de chaque situation, d'obtenir un conseil médical et paramédical, de prendre rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 24 heures, de procéder à une téléconsultation, d'être orienté vers un service d'urgence ou de recevoir une ambulance ». Ces missions sont déjà en partie assumées par le SAMU. Cependant, certains patients sont parfois réticents à l'idée d'appeler le 15, de peur de déranger, d'encombrer la ligne, de nuire aux « réelles urgences » et à court de solution immédiate, préfèrent se rendre aux urgences. Outre le fait que ce numéro unique permettra de « déculpabiliser » la population, cette mesure paraît appropriée au regard des résultats de notre étude. En effet, nous montrons que les patients qui ont généralement une bonne appréciation de l'urgence, éprouve tout de même le besoin d'obtenir un avis et une prise en charge immédiate mêmes s'ils savent pertinemment que leur « cas » ne relève pas de l'urgence, c'est-à-dire de la mission des Services des Urgences. De toute évidence, un tel service répond au besoin des patients consultant au Service des Urgences car « ils étaient paniqués et/ou ne savaient pas quoi faire » et qui représentent 6,7% de notre population. La mise en place de ce service devra attendre l'été 2020. Dans ce contexte, le Service d'Accès aux Soins est susceptible d'orienter les patients vers des modalités permettant de répondre au besoin ressenti sans mobiliser un Service des Urgences. Le niveau d'éducation élevé de la population et la fiabilité du ressenti de l'urgence sont des éléments sur lesquels des campagnes de communication d'éducation et d'intervention auprès de la population pourront s'appuyer pour assurer « l'acceptabilité » du recours à ce service. Nos résultats plaident pour la pertinence du recours à la médecine de ville dans de telles situations car ils montrent que le profil des patients adressés par un médecin de ville relève davantage des missions d'un Service des Urgences que celui de ceux s'y présentant directement.

Néanmoins, il est fondamental de proposer à la population une évolution de l'organisation de la prise en charge en médecine de ville si l'on veut que les patients se présentant en mode direct parce que ils « considèrent que les urgences sont le meilleur endroit pour s'occuper de leur enfant » (qui représentent tout de même 28% de notre population) y adhèrent. C'est l'objet d'une deuxième mesure phare de ce pacte qui propose de « **renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé** ». L'objectif poursuivi est de fournir un accès, dans les vingt-quatre heures, à une consultation en libéral. La mise en place de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sur tout le territoire le permettrait. Les CPTS seront soutenus financièrement afin d'initier puis de rendre totalement effective sous dix-huit mois l'organisation des soins sans rendez-vous dans leur territoire. L'objectif est d'atteindre mille CPTS en 2022. C'est dans ce cadre que, à l'image de ce qui a été réalisé l'hôpital Robert Debré à Paris, ce pacte propose l'installation de « maisons médicales de garde à proximité des plus importants services d'urgences » afin de répondre aux besoins des patients aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. De telles structures seront très utiles pour soulager les Services des Urgences de l'activité ne relevant pas de leur mission, engendrée par des patients s'y présentant « par erreur » ou parce qu'ils n'auront pas été pris en charge par les filières d'amont, notamment *via* le recours au Service d'Accès aux Soins. Cinquante maisons médicales de garde supplémentaires devraient être financées d'ici la fin de l'année 2019.

La troisième mesure phare consiste à « **donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences** » afin que le patient ne trouve plus de bénéfice à consulter aux urgences

5. Discussion

pour ce qui ne relève en fait que de soins non programmés. Selon le pacte, 8% des patients passés par les urgences auraient pu être pris en charge en libéral, à condition de voir un médecin et de bénéficier d'examens complémentaires le jour même. Différentes propositions complètent cette mesure :

- permettre au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous en libéral (mis en œuvre en 2020) ;
- systématiser le tiers-payant dans le cadre de la garde des médecins libéraux (application fin 2019) ;
- permettre un accès direct à des examens de biologie dans le cadre de consultation sans rendez-vous en libéral (aide aux financements des équipements à compter de 2020).

Cet objectif répond particulièrement aux patients s'adressant aux Services des Urgences directement au motif « qu'ils considèrent qu'il s'agit du lieu le plus adapté à la prise en charge de leur enfant », ainsi qu'aux médecins adressant les patients aux urgences afin d'avoir des examens complémentaires exhaustifs dans un délai court. Néanmoins, comme le suggèrent nos résultats, il sera nécessaire de mener une réflexion approfondie afin de « qualifier » les « outils » de prise en charge dont il est question. De toute évidence, nos résultats montrent que la question de la traumatologie (30% des patients de notre étude) devra être traitée avec une attention particulière si l'on veut avoir un effet significatif sur la réduction du nombre de patients en classe 2 de la CCMU se présentant en Service des Urgences. Ces outils devront être complétés par une formation renforcée des personnels médicaux et paramédicaux. « Pour faire des soins non programmés en libéral une réelle alternative aux urgences, il est (...) essentiel de déployer une offre complète, qui ne se limite pas aux consultations médicales ».

5.11 LIMITES DE L'ETUDE

5.11.1 Limites liées au caractère monocentrique

Il s'agit d'une étude mono centrique, avec une prise en charge suivant les recommandations mais appliquant néanmoins des protocoles de prise en charge propres au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. Cette limite a des conséquences sur la possibilité de généraliser les résultats de cette étude, notamment du fait des précautions que nous avons développées pour ce qui concerne la classification en classe CCMU 2 dont on ne peut ignorer quelle revêt parfois un caractère subjectif influencé par les pratiques d'un service donné. Afin de se départir de ce biais, il serait nécessaire de réaliser la même étude, en multicentrique, sur des jours identiques.

5.11.2 Limites liées aux biais

Notre étude s'appuie sur un recueil de données déclaratif, ce qui constitue un biais. Ce biais doit être pris en compte, notamment pour l'interprétation de toutes les données relatives à l'implication du médecin traitant et de son influence. En effet, les patients déclarent avoir été adressés par leur médecin mais se présentent le plus souvent sans courrier d'accompagnement. Afin de diminuer ce biais nous pourrions ajouter un *item* sur la prescription d'un courrier médical du médecin adressant. Toutefois, nous avons pu constater dans notre pratique qu'il est assez fréquent que les médecins traitant adressent les patients sans courrier. De plus, il serait intéressant d'avoir des indications sur les raisons qui ont conduit le médecin traitant à adresser le patient au service d'urgences :

- le patient a-t-il été adressé parce qu'au décours d'une consultation le médecin traitant a estimé la pathologie grave ?
- le patient a-t-il été adressé car le médecin traitant se considérait dans une impasse diagnostique ?

5. Discussion

- Le médecin traitant leur a-t-il conseillé de consulter aux urgences rapidement après une première consultation de ville non exhaustive, notamment pour bénéficier d'examen complémentaires plus rapidement ?
- le médecin traitant les a-t-il orientés vers les urgences car son emploi du temps ne lui permettait pas de recevoir leur enfant en urgence ?
- ...

Il est difficile d'obtenir ce type d'informations sur un questionnaire fermé comme le nôtre. Il serait donc utile de pouvoir mener des entretiens semi directifs.

Un autre point problématique réside dans la compréhension du questionnaire par les accompagnants. Ne pouvant expliquer dans le détail les questions, nous sommes parfois confrontés à des réponses contradictoires ou à des réponses manquantes.

Une autre limite de ce travail est liée à l'exclusion des patients dont l'accompagnant ne parle pas le français. Nous notons dans nos résultats une faible proportion d'enfants de parents étrangers consultant aux urgences pédiatriques. Il est possible que les parents ne parlant pas le français soient davantage représentatifs de la population de faible niveau socio-économique. Il pourrait être utile qu'un accompagnant parlant le français soit présent avec eux lors de la soumission du questionnaire mais il paraît difficile de le généraliser, surtout dans la salle d'attente d'un Service des Urgences. Nous aurions pu traduire ce questionnaire dans différentes langues (français, portugais, espagnol, géorgien...) mais l'absence de traduction adéquate pour chaque accompagnant ne parlant pas le français aurait créé un biais supplémentaire. De plus, comme indiqué dans l'introduction et la discussion, nous considérons que cette population n'a souvent guère d'autre choix que de s'adresser au service des urgences.

Enfin, nous n'excluons pas la possibilité que le mode de distribution et d'explication du questionnaire ait pu influencer les réponses. En effet, l'investigateur qui distribuait et présentait le questionnaire était un médecin portant une blouse blanche. Nous avons pris beaucoup de précautions pour expliquer de manière claire et compréhensible, à l'oral et sur un support papier, que le fait de répondre ou non au questionnaire ainsi que les réponses ne modifieraient pas la prise en charge. Malgré toutes ces précautions, leur accord ainsi que les réponses aux questionnaires ont pu être influencés. Si l'on devait mener de nouveau cette étude, l'investigateur pourrait être « en civil » et si des entretiens étaient menés, ils devraient être réalisés par des « non médecins » en étant très attentif à ne pas employer un jargon trop médical.

5.11.3 Limites liées à la définition du caractère « justifié » de la consultation

Une autre limite de cette étude porte sur la définition même de la consultation « justifiée » ou « injustifiée » sur la base d'un critère, la classification CCMU, donné *a posteriori*. Pour ce travail, et même si nous sommes bien conscients que des patients en classe CCMU 2 peuvent relever d'une prise en charge par un service d'urgences, nous avons décidé de définir comme « injustifiée » une consultation aux urgences débouchant sur une classification CCMU 1 ou 2 en nous basant sur les précédents travaux faits en France et à l'étranger et afin de ne pas trop multiplier les sous-groupes. Néanmoins, la quasi totalité de ces études a été faite chez l'adulte. Or, il est reconnu que la propension à prescrire un examen biologique ou même une imagerie simple est plus élevée chez l'adulte que chez l'enfant (les bilans sanguins chez l'adulte sont parfois prélevés pour des questions d'organisation avant même que le médecin ait examiné le patient). La classification CCMU 2 devient donc de ce fait très fréquente et souvent pour des motifs que l'on pourrait qualifier avec précaution « d'excessifs ». Il est également reconnu que le personnel pédiatrique est très précautionneux quant à la réalisation d'examen biologiques ou radiologiques, souhaitant minimiser au maximum le vécu « traumatisant » et la douleur liés aux bilans sanguins, ainsi que l'irradiation précoce des enfants liée aux examens radiologiques. Ce biais a été largement décrit dans notre discussion et nous nous

sommes permis de créer un sous groupe de CCMU 2 « justifié » *versus* « injustifié » afin de nous dégager en partie de ce biais.

5.11.4 Limites liées aux critères de sélection des patients

Notre étude s'est donnée pour objectif d'étudier les motivations et déterminants qui conduisent les usagers à consulter un Service des Urgences plutôt qu'en médecine de ville. Nous avons donc fait le choix d'inclure exclusivement des patients qui se présentaient aux urgences sur des plages horaires lors desquelles l'offre de soins en médecine de ville est accessible. De ce fait, la période nocturne est « scotomisée ». En conséquence, notre étude ne permet pas d'avoir une vision globale de l'activité du Service des Urgences. De plus, on ne peut pas exclure que le profil des usagers consultant en période nocturne ainsi que la répartition des effectifs en fonction de la classe CCMU diffèrent entre le jour et la nuit. A ce titre, on peut faire au moins trois hypothèses *a priori*.

- Le profil des usagers et leurs motivations ne diffèrent pas selon qu'ils se présentent le jour ou la nuit. Si l'on fait l'hypothèse que les usagers consultent au service d'urgences dans le respect de ses missions (la prise en charge des urgences dont notre étude montre que les parents savent très bien l'estimer), ce devrait être, à peu de choses près, le cas. Nos résultats nous font anticiper que ce cas de figure ne correspond pas à la réalité. Une part très significative des usagers consulte aux urgences pour des motifs ne correspondant pas à leur mission.
- L'offre de soins en médecine de ville étant significativement réduite en période nocturne, la proportion d'usagers consultant pour des motifs ne correspondant pas à une urgence est plus importante qu'en période diurne, à l'image de ce que l'on observe le dimanche.
- Le profil et les motivations des usagers consultant en période nocturne tend vers ce que l'on observe en période de vacances scolaires :
 - o l'activité globale est moindre que celle observée en période diurne ;
 - o la proportion d'usagers consultant pour des urgences véritables est plus importante que celle observée en période diurne.

La vérification de ces hypothèses nécessiterait naturellement d'inclure TOUS les patients se présentant au service d'urgences, quelle que soit l'heure. Cela nécessiterait la mobilisation et la motivation de l'ensemble des personnels médicaux du service afin d'assurer l'exhaustivité dans le recueil des données et l'atteinte d'un bon taux de réponse aux différentes questions.

Une seconde limite liée aux critères de sélection, beaucoup plus sérieuse au regard des objectifs de notre étude, tient au fait que nous avons sélectionné exclusivement des patients consultant au service des urgences du C.H.U. En conséquence, notre travail « scotomise » une part vraisemblablement très importante de la prise en charge des patients éprouvant le besoin d'une consultation non programmée.

- Combien de patients éprouvent-ils le besoin d'obtenir une consultation non programmée sur le bassin de population couvert par le service des urgences ?
- Quelle est la part de ce besoin correspondant à une urgence ?
- Quel est la part de ces patients totalement prise en charge en médecine de ville ? Selon quelles modalités (prise en charge immédiate ou différée notamment) ?
- Quelle est la distribution de ces patients pris en charge en médecine de ville en fonction de la classe CCMU ? Diffère-t-elle de celle de notre étude ?
- Quelles sont les motivations de ces patients ? Diffèrent-elles de celles de notre étude ?

Ces questions méritent toutes d'être étudiées, notamment dans le contexte de la mise en application du « pacte de refondation des urgences » annoncé par la ministre des solidarités et de la santé. La première question est vraisemblablement très difficile à aborder. Le traitement des autres questions nécessite la mise en place d'un projet ambitieux impliquant l'exhaustivité des médecins généralistes et des pédiatres sur le bassin de population couvert par le Service des Urgences ainsi que les autres

5. Discussion

structures prenant en charge les urgences pédiatriques sur ce territoire, ou un échantillon représentatif de médecin généralistes et de pédiatres.

6 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Depuis leur création dans les années soixante-dix, les Services des Urgences n'ont cessé de voir leur fréquentation croître. Ces dix dernières années ont été marquées par l'augmentation prononcée de la consultation dans les Services des Urgences pour des motifs ne relevant pas de leurs missions. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être retenus :

- la reconnaissance progressive de la médecine d'urgence comme spécialité médicale ;
- le « label SU » des Services des Urgences portant une image de qualité de l'offre de soins, réservé aux centres en capacité de proposer des hospitalisations et dotés d'un plateau technique de chirurgie, de biologie et d'imagerie ;
- l'évolution de l'offre de permanence de soins, avec une prise en charge des soins non programmés en ville qui devient de plus en plus difficile ;
- le comportement des usagers en demande d'une prise en charge complète et immédiate et s'adressant donc aux urgences pour des motifs parfois qualifiés « d'abusifs ».

Notre travail s'est précisément intéressé aux comportements des usagers afin de comprendre leurs motivations et les déterminants les conduisant à consulter au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.

Les résultats de cette étude confirment sans conteste que le Service des Urgences pédiatrique du CHU de Bordeaux est, au même titre que la plupart des structures comparables en France, « victime de son succès » avec, en moyenne, une admission toutes les dix minutes. Si l'on se base sur les données de la littérature et en s'appuyant sur la classification de la CCMU modifiée, on constate que près de 40% des consultations sont classées CCMU 1 (consultation simple avec un retour à domicile). Si l'on y associe la classe CCMU 2 (consultation et réalisation d'actes et/ou examens complémentaires chez des patients cliniquement stables) on peut considérer que plus de 80% des consultations aux urgences ne relèvent pas de la mission de ce service. Néanmoins, nous pensons que le fait de considérer comme « injustifiée » toutes les consultations des patients de la classe CCMU 2, quels que soient le diagnostic posé et les traitements délivrés, est abusif. En effet, cela occulte le fait que, dans certaines circonstances, une prise en charge par un Service des Urgences amène une plus-value par rapport à ce qu'il serait possible de faire dans le cadre de la médecine de ville telle qu'elle est organisée à ce jour. C'est la raison pour laquelle nous avons divisé la classe CCMU 2 en deux sous-classes sur la base d'une analyse au cas par cas des diagnostics et des traitements délivrés : la classe CCMU 2 « justifiée » et la classe CCMU 2 « injustifiée ». En additionnant les patients de la classe CCMU 1 et CCMU 2 « injustifiée » on peut considérer que 55,7% des consultations au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux relèvent potentiellement de la médecine de ville, ce qui demeure considérable.

Nous faisons le constat que, en termes d'activité et de « profil » des patients, les périodes de vacances scolaires diffèrent des périodes hors vacances scolaires. L'activité y est moins soutenue en termes de nombre de consultations, mais la proportion de patients classés CCMU 3 y est plus importante.

97% des patients consultant au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux ont un médecin traitant dont ils sont satisfaits dans 90% des cas. Néanmoins, seulement 45% des patients déclarent être adressés aux urgences par un médecin et seulement 28% par leur médecin traitant. Lorsque l'on s'intéresse à l'influence de l'adressage aux urgences par un médecin sur la classification CCMU on constate que 61% des patients classés CCMU 3 (instabilité clinique et/ou nécessité d'hospitaliser) sont adressés par un médecin. *A contrario*, 60% des patients classés CCMU 1 ne sont pas adressés par un médecin. Ces résultats confirment, si besoin en est, que l'adressage au Service

6. Conclusion et Perspectives

des Urgences par un médecin, sans la garantir, est un gage de pertinence au regard des missions de ces services.

Lorsqu'on interroge les patients sur les motivations les ayant conduits à consulter aux urgences en ignorant leur médecin traitant, on constate que près de la moitié se présente car elle considère les urgences comme le lieu le plus adapté à la prise en charge de leur enfant et ce alors qu'ils ont pleinement conscience, dans la majorité des cas, qu'il n'y a ni « danger », ni urgence, ni nécessité d'une hospitalisation. La deuxième motivation de la consultation aux urgences en « mode direct » est l'absence de médecin disponible en ville dans l'immédiat.

La traumatologie nécessite une attention particulière puisqu'elle constitue le premier motif de recours aux urgences (29%), elle représente 40% des consultations sans adressage et s'élève à 50% lorsque les patients consultent en « mode direct » car ils considèrent le Service des Urgences comme le lieu le plus adapté à la prise en charge de leur enfant. 61% des CCMU 2 « injustifiée » relèvent de la traumatologie. Incidemment, nous remarquons une implication du père qui est plus fréquemment l'accompagnant de l'enfant lorsque le motif de la consultation est traumatologique.

Au moins trois mesures annoncées dans le cadre de la présentation du « pacte de refondation des urgences » proposé en septembre 2019 par la ministre des solidarités et de la santé nous semblent être en capacité de répondre, au moins en partie, à la demande et aux besoins de prise en charge de soins non programmés dont témoignent le comportement des usagers et les motivations qu'ils déclarent. Ces besoins exprimés doivent absolument être pris en compte dans l'objectif de recentrer les Services des Urgences sur leur mission.

Les résultats obtenus lors de ce travail ouvrent quelques perspectives.

En premier lieu, nous n'avons recueilli nos données qu'en journée, en écludant la nuit, afin de nous concentrer sur la période où la médecine de ville devrait être le recours de première intention aux soins non programmés. Il serait nécessaire, afin d'avoir une analyse plus complète de l'activité du service ainsi que des motivations et déterminants qui conduisent les usagers à s'adresser au Service des Urgences du CHU de Bordeaux, de **réaliser cette étude sur l'ensemble du nyctémère**.

En deuxième lieu, une des limites de notre étude est qu'elle se base sur un questionnaire fermé ; les questions pouvant être mal comprises ou mal interprétées. Il serait donc pertinent de **mener des entretiens semi directifs a posteriori**, sur des populations ciblées, par des non médecins, éventuellement des sociologues ou des psychologues, afin de recueillir davantage d'informations et qu'elles ne soient pas biaisées par l'influence d'un interlocuteur appartenant au milieu médical. Cela afin de mieux cerner les fondements de certains comportements ou motivations comme, à titre d'exemples, le besoin d'obtenir une consultation immédiate alors que le niveau d'urgence ressentie est faible voire nul, la diminution de la motivation à se présenter aux urgences en période de vacances scolaires lorsque l'urgence ressentie est faible, l'ignorance du médecin traitant en qui l'on a pourtant confiance alors même que le niveau d'urgence ressentie est faible, ainsi que la place particulière qu'occupe la traumatologie dans les CCMU 2, particulièrement lorsque le patient se présente directement au Service des Urgences (plus de 80 %, voir figure 11). Ces connaissances permettraient de faire évoluer l'offre de soins en médecine de ville en prenant en compte les besoins exprimés par les usagers afin de diminuer le recours au Service des Urgences pour des motifs ne relevant pas de leur mission tout en s'assurant de l'acceptabilité des solutions alternatives qui seront proposées.

En troisième lieu, afin de comparer la population consultant aux urgences pour des soins non programmés avec la population s'adressant à leur médecin traitant, il serait pertinent de **conduire une étude similaire en médecine de ville** en sélectionnant un panel de médecins et de pédiatres représentatifs du bassin de population relevant du Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.

6. Conclusion et Perspectives

En quatrième lieu, afin de nous départir des limites liées au caractère monocentrique de l'étude et d'être en capacité de généraliser nos résultats à l'ensemble des Services des Urgences du pays, il serait nécessaire de réaliser la même étude, selon les mêmes modalités **dans plusieurs services d'urgences.**

Enfin, nous avons vu dans la dernière partie de la discussion que certaines mesures, qui devraient être déployées dans le courant de l'année 2020, annoncées par la ministre des solidarités et de la santé dans le cadre du « pacte de refondation des urgences » visent à limiter les consultations aux urgences pour des soins non programmés ne relevant pas de la médecine d'urgence. Certaines de ces mesures sont susceptibles de répondre à l'expression du besoin, exprimé par les accompagnants, d'obtenir dans des délais brefs une consultation non programmée et ce même en l'absence d'urgence ressentie. Il y aurait donc un intérêt à **renouveler notre étude immédiatement après l'application des trois mesures phares du pacte de refondation des urgences que nous avons discutées afin d'en mesurer les résultats.**

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Legifrance. Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/1/AFSH1620666D/jo/texte>. Consulté le 16 septembre 2019
2. Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004. DREES Etudes et résultats. 2006;524:1-8. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er524.pdf>. Consulté le 16 septembre 2019
3. Statista. Nombre de passages France 2013-2017. [En ligne]. <https://fr.statista.com/statistiques/689285/nombre-passages-urgences-france>. Consulté le 16 septembre 2019
4. Cours des comptes. Les urgences hospitalières, des services toujours trop sollicités. [En ligne]. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>. Consulté le 16 septembre 2019
5. Lacroix J, Arseneault M. The evolution of pediatric emergencies at Sainte-Justine Hospital. Arch Pediatr Organ Off Soc Francaise Pediatr. 1999;6:457-8.
6. Zimmerman DR, Allegra JR, Cody RP. The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments. Pediatr Emerg Care. 1998;14:112-5.
7. Spaite DW. The future of emergency care in the United States: the Institute of Medicine Subcommittee on Prehospital Emergency Medical Services. Ann Emerg Med. 2006;48:126-30.
8. ORUMIP, Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées. Profil clinique des patients CCMU 1 en Midi-Pyrénées de 2002 à 2011 et étude des facteurs associés à leur venue. [En ligne]. <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2015/09/CCMU-1.pdf>. Consulté le 16 septembre 2019
9. CHU Hôpitaux de Bordeaux. Chiffres clés 2017. [En ligne]. <https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Pr%C3%A9sentation-du-CHU/Activit%C3%A9-du-CHU-en-chiffres/Chiffres-cl%C3%A9s-2017-CHU-de-Bordeaux.pdf/>. Consulté le 16 septembre 2019
10. CHU Hôpitaux de Bordeaux. Chiffres clés 2016. [En ligne]. <https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Pr%C3%A9sentation-du-CHU/Activit%C3%A9-du-CHU-en-chiffres/CHIFFRES-CLES-CHU-BORDEAUX-2016.pdf/>. Consulté le 16 septembre 2016
11. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Health Working Papers. 2015;53:1-50
12. Grall J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Ministère de la santé et des solidarités. 2015;1:1-30 [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf. Consulté le 16 septembre 2019
13. 20minutes. Grève aux urgences: Quelque 195 services mobilisés, de nouvelles mesures annoncées «dès la rentrée» [En ligne]. <https://www.20minutes.fr/societe/2583459-20190814-greve-urgences-quelque-195-services-mobilises-nouvelles-mesures-annoncees-rentree>. Consulté le 16 septembre 2019

7. Références bibliographiques

14. Le Monde. Grève aux urgences : « C'est la révolte des petites mains de l'hôpital ». [En ligne]. https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/10 greve-aux-urgences-c-est-la-revolte-des-petites-mains-de-l-hopital_5498317_3224.html
Consulté le 16 septembre 2019
15. Le Monde. Urgences : une crise inédite par son ampleur et sa durée. [En ligne]. https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/29/urgences-une-crise-inedite-par-son-ampleur-et-sa-duree_5503942_3224.html
Consulté le 16 septembre 2019
16. Francetvinfo. Urgences : le ministère de la Santé recense 195 services en grève et évoque de nouvelles mesures "dès la rentrée". [En ligne]. https://www.francetvinfo.fr/economie/greve/greve-aux-urgences/urgences-le-ministere-de-la-sante-recense-195-services-en-greve-et-evoque-de-nouvelles-mesures-des-la-rentree_3577011.html
Consulté le 16 septembre 2019
17. Sagnes-Raffy DC, Ducassé J-L. Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. *ORUMIP*. 2004;1:0-36.
18. Wikipédia. Capacité de médecine d'urgence. [En ligne]. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Capacit%C3%A9_de_m%C3%A9decine_d%27urgenc e&oldid=155177218
Consulté le 16 septembre 2019
19. BNDS, Bibliothèque Numérique du Droit de la Santé et d'Éthique Médicale. SAU, Service d'accueil et de traitement des urgences. [En ligne]. [<https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html>]
Consulté le 16 septembre 2019
20. Morel S. La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. *Agone*. 2016 Jun 29;n° 58(1):73–88.
21. Gayrad P. Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ? *ADSP*. 2005;52:13. [En ligne]. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=94>
Consulté le 16 septembre 2019
22. Baubeau C, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *DREES Etudes et résultats*. 2003;215:1-12. [En ligne]. <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>
Consulté le 16 septembre 2019
23. Von Lennep F. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. *Dossiers Solidarités et santé*. 2015;63:1-130 [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/resultats-de-l-enquete-nationale-aupres-des-structures-des-urgences>
Consulté le 16 septembre 2019
24. Richardson LD, Hwang U. Access to Care A Review of the Emergency Medicine Literature. *Acad Emerg Med*. 2001;8(11):1030–6.
25. Ahmed N, Shah Salman K, Yasir M and al. A Study on the Factors Associated with Non-Urgent Utilization of Emergency Department. *JSMC*. 2018;8:83-7
26. McCaig LF, Nawar EW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary. *Adv Data*. 2006 Jun 23;(372):1–29.
27. Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary. *Nat Health Stat Report*. 2010;6:1-31

7. Références bibliographiques

28. Belorgey N. Pourquoi attend-on aux urgences ?. Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière. *Trav Empl.* 2013;133:25–38.
29. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy Amst Neth.* 2008;88:326–38
30. Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health.* 1996 ;50:456–62
31. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. chapitre XII les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. 2014 ; 349-378, La documentation française. [En ligne]. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
Consulté le 16 septembre 2019
32. Singhal A , Parental perceptions of avoidability of their child's emergency department visit. *Emergency Medical Journal,* 2016 ;33:313-8
33. Burokiene S, Raistenskis J, Burokaitė E, Cerkauskiene R, Usonis V. Factors Determining Parent's Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2017;23:4141–8.
34. Thermes S. Déterminants influençant le recours aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux: enquête qualitative auprès des médecins généralistes de Gironde. Thèse de Médecine. Université de Bordeaux;2015,102p
35. Reuter P-G, Kernéis S, Turbelin C and al. Orientation des patients par leur médecin généraliste vers les secteurs hospitaliers publics ou privés en France : étude épidémiologique prospective du réseau Sentinelles. *revmed.* 2012;33:672-7
36. L'internaute. Population de Bordeaux (33000). [En ligne]. <http://www.linternaute.com/ville/bordeaux/ville-33063/demographie>
Consulté le 16 septembre 2019
37. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
Consulté le 20 septembre 2019

8 ANNEXES

8.1 QUESTIONNAIRE

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer l'offre de soins et l'accueil des familles, nous menons actuellement un travail visant à étudier et à comprendre les motivations conduisant les usagers à s'adresser au Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux.

Pour cela, un questionnaire ci-joint vous est remis lors de votre arrivée aux urgences. Une fois rempli, ce questionnaire sera à remettre à l'accueil.

L'étiquette d'identification de votre enfant est placée en tête du questionnaire afin que nous puissions recueillir secondairement le diagnostic final ainsi que la durée de prise en charge. Ce questionnaire ainsi que les données que vous nous aurez transmises seront analysées de manière anonyme.

Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude, cela n'influencera pas la prise en charge de votre enfant aux urgences.

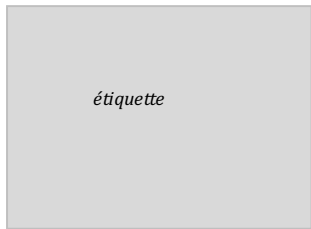
Vous êtes libre de vous retirer à n'importe quel moment de cette étude.

Nous vous remercions pour votre participation et nous tenons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Lola DOS SANTOS

CHU de Bordeaux - Urgences Pédiatriques

Secrétariat des Urgences Pédiatriques : 05 56 79 59 12



Date __/__/____ Heure d'enregistrement __/__/__
(à remplir par le médecin)

Comment êtes-vous venu aux urgences ?

Cochez la case correspondante

- Par vos propres moyens.....
- Par les pompiers.....
- Par le SAMU.....
- Par ambulance privée / taxi VSL.....

Combien de temps avez-vous mis pour vous rendre aux urgences ?

Cochez la case correspondante

- Moins de 30 min.....
- Moins d'1H.....
- Entre 1H et 2H.....
- Plus de 2H.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

Quel est votre lien avec l'enfant accompagné

Cochez la case correspondante

- Mère.....
- Père.....
- Grand-mère/Grand-père.....
- Tante/Oncle.....
- Sœur/Frère.....
- Ami de la famille.....
- Autre.....
- précisez.....

Quel est le motif de votre venue aux urgences ?

Cochez la case correspondante

- Fièvre..... Troubles du comportement.....
 - Douleur..... Plaies/traumatisme.....
 - Troubles digestifs..... Traumatisme crânien.....
 - Troubles respiratoires..... Autre.....
 - Pathologie ORL..... précisez.....
- Angine, otite...

Vous êtes venu aux urgences ?

Cochez la case correspondante

- Sur les conseils d'un médecin / pharmacien / kiné / proche / autre personne / du SAMU/des pompiers (entourez la réponse).....
- Parce qu'aucun médecin n'était joignable ou disponible.....
- Parce que vous étiez paniqué ou ne saviez pas quoi faire.....
- Parce qu'il vous semble que les urgences sont le meilleur endroit pour s'occuper de votre enfant.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

Comment estimez-vous le danger dans lequel se situe l'enfant que vous accompagnez ?

Cochez la case correspondante

- Il vous semble en danger et nécessiter une hospitalisation.....
- Il ne vous semble pas en danger mais nécessiter des examens complémentaires.....
- Il ne vous semble pas en danger.....
- Je ne sais pas.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

Quand ont commencé les symptômes pour lesquels vous consultez ?

Cochez la case correspondante

- Moins de 12 H.....
- Entre 12 H et 24 H.....
- Plus de 24 H.....
- Je ne sais pas.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

Concernant le motif de votre consultation aux urgences, vous avez pu bénéficier d'un avis médical

Cochez la case correspondante

- De votre médecin ou pédiatre.....
- D'un autre médecin.....
- D'un pharmacien.....
- De SOS médecin.....
- Du SAMU.....
- Des Pompiers.....
- Je n'ai contacté personne / je n'ai pas eu d'avis.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

Si vous avez obtenu un avis médical, vous venez aux urgences car

Cochez la case correspondante

- Vous y avez été envoyé par la personne qui vous a donné un avis médical.....
- L'enfant ne va pas mieux, son état s'aggrave.....
- Vous souhaitez obtenir l'avis d'un pédiatre hospitalier.....
- Je ne sais pas.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

Pour ce qui concerne la santé de votre enfant

Cochez la case correspondante

- Il est en bonne santé, il est rarement malade.....
- Il est en bonne santé mais souvent malade l'hiver.....
- Il est en bonne santé mais a déjà été très malade.....
- Il est actuellement soigné pour une maladie chronique.....
- Il est actuellement soigné pour une maladie chronique et notre venue est en lien avec cette maladie.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

L'enfant que vous accompagnez a-t-il une assurance santé?

Cochez la case correspondante

- Sécurité sociale.....
- AME.....
- Aucun droit ouvert en France.....
- Ne sait pas.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

L'enfant que vous accompagnez a-t-il une assurance complémentaire ?

Cochez la case correspondante

- Complémentaire santé (mutuelle, assurance).....
- CMU complémentaire.....
- Pas d'assurance complémentaire.....
- Je ne sais pas.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

Y a-t-il dans l'entourage de l'enfant que vous accompagnez quelqu'un qui souffre d'une maladie chronique ? (Maladie de plus de 3 mois)

Cochez la case correspondante

- OUI.....
- NON.....
- Je ne sais pas.....
- Je ne souhaite pas répondre.....

L'enfant que vous accompagnez a-t-il un pédiatre ou un médecin traitant ?

Cochez la case correspondante

OUI

NON

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

Si oui, quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de ce médecin ?

Cochez la case correspondante

Entièrement satisfait

Satisfait

Pas toujours satisfait

Pas du tout satisfait

Je ne souhaite pas répondre

En dehors d'une situation d'urgence, lorsqu'il a un problème de santé, l'enfant que vous accompagnez consulte habituellement ?

Cochez les cases correspondantes (une case par colonne)

	Journée en semaine	Journée de WE et jours fériés	Nuit
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin de garde (dont SOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgences/SAMU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous en vacances dans la région ?

Cochez la case correspondante

OUI

NON

Je ne souhaite pas répondre

Où vivez-vous ?

Commune et code postal

.....

Quelle est la nationalité

De l'enfant ?

De la mère ?

Du père ?

Je ne souhaite pas répondre

Quelle est l'âge des parents

?Mère.....

Père

Je ne souhaite pas répondre

Quel est le plus haut diplôme obtenu par la mère

Cochez la case correspondante

Sans objet

Niveau CAP/BEP

Niveau Bac

Études supérieures

Après le Bac

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

Quelle est l'activité professionnelle de la mère

Cochez la case correspondante

Active ayant un emploi

Si oui, lequel ?

Au chômage

Retraitée

Étudiante

Mère au foyer

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

Souhaitez-vous recevoir les résultats de cette étude ?

Cochez la case correspondante

OUI

Adresse mail.....

NON

Commentaires:

Quelle est la place de l'enfant que vous accompagnez dans la fratrie ?

..... sur (par exemple 1° sur 3)

Quel est le plus haut diplôme obtenu par le père

Cochez la case correspondante

Sans objet

Niveau CAP/BEP

Niveau Bac

Études supérieures

Après le Bac

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

Quelle est l'activité professionnelle du père

Cochez la case correspondante

Actif ayant un emploi

Si oui, lequel ?

Au chômage

Retraité

Étudiant

Père au foyer

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

8.2 DIAGRAMMES COMPLEMENTAIRES

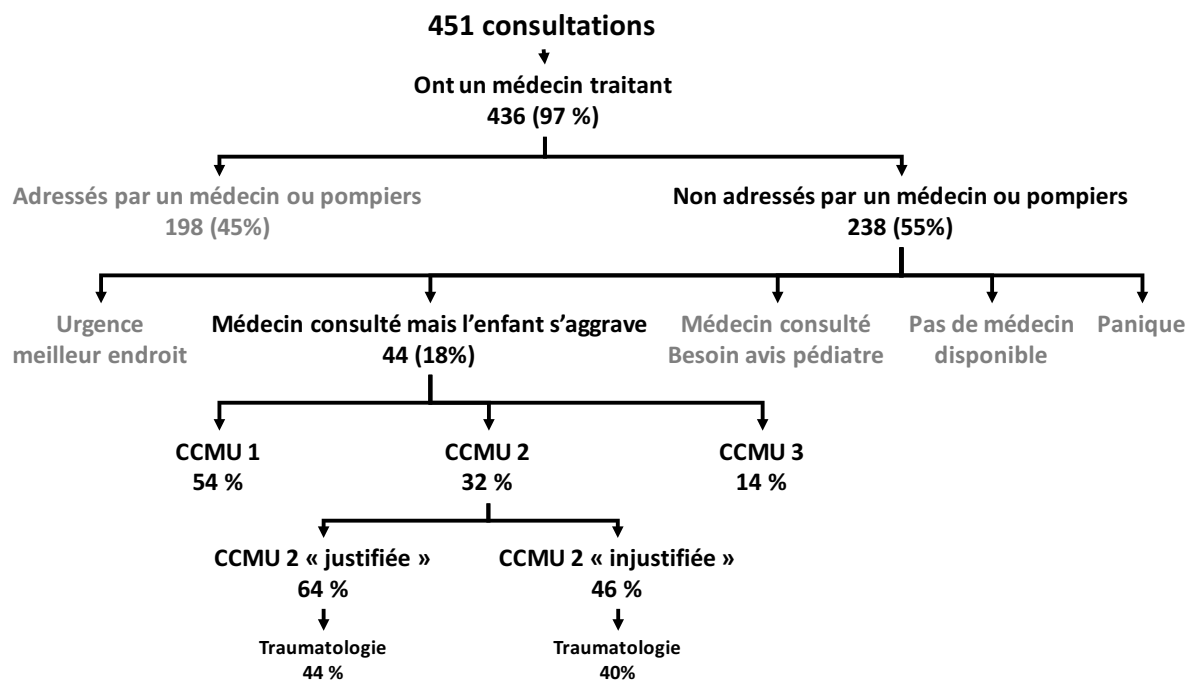


Diagramme montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant car au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux car l'enfant s'aggrave après qu'ils ont consulté un médecin.

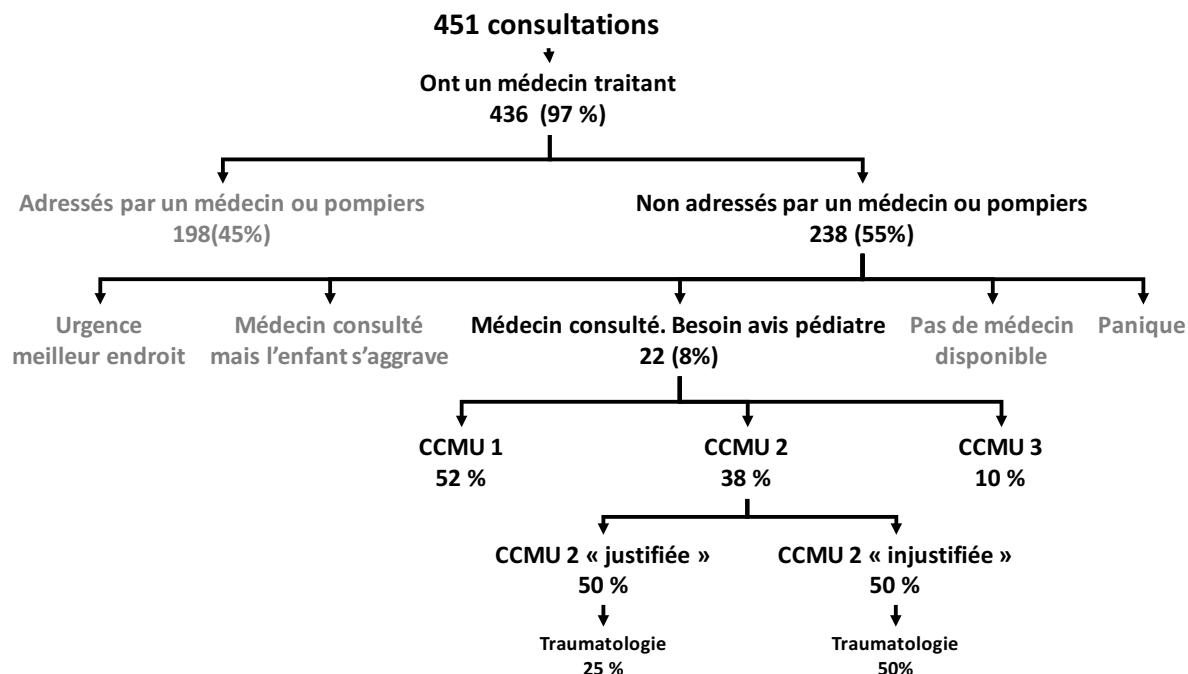


Diagramme montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant car au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux car ils expriment le besoin d'obtenir l'avis d'un pédiatre.

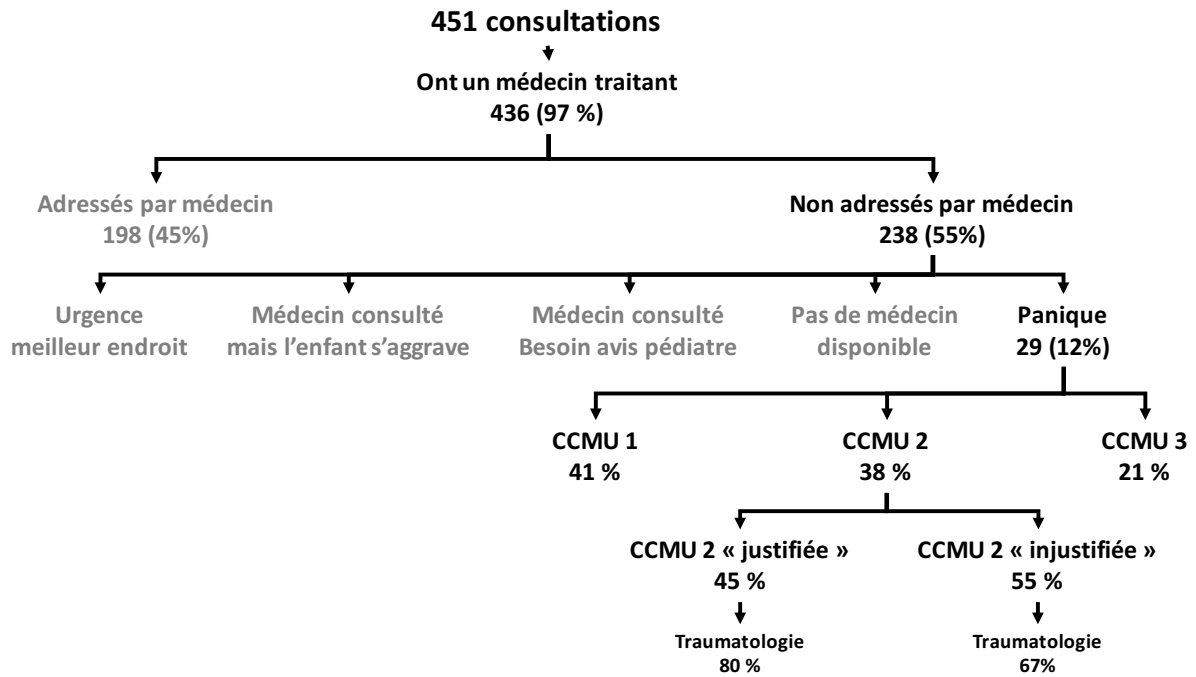


Diagramme montrant la distribution des classes CCMU chez les patients non adressés consultant car au Service des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux car ils étaient paniqués ou ne savaient pas quoi faire.

Serment médical

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction : Les services des urgences, incluant les services des urgences pédiatriques (SUP) connaissent une croissance non maîtrisée de leur activité depuis leur création, estimée à plus de 4% par an dans les pays dits développés. Il en découle une saturation de ces services. Le facteur principal généralement évoqué pour expliquer cette saturation est qu'ils prennent en charge entre 20 et 50% de patients relevant potentiellement de la médecine de ville. **Objectif :** Cette étude a pour objectif d'étudier les déterminants et les motivations qui conduisent les usagers à consulter au SUP du CHU de Bordeaux sur les horaires d'ouverture des cabinets de médecine de ville. **Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective à l'aide d'un questionnaire distribué à tous les accompagnants se présentant au SUP du CHU de Bordeaux entre 8h30 et 19h sur huit journées non consécutives. Le questionnaire composé de vingt-cinq questions visait à cerner le contexte de la consultation au travers du recueil de paramètres psycho-socio-éducatifs, socio-économiques, géographiques, démographiques, se rapportant à l'histoire familiale de l'enfant, permettant d'évaluer la perception de l'urgence par l'accompagnant, ayant trait au rapport de confiance que les patients entretiennent avec leur médecin traitant. Il était demandé à l'accompagnant lorsqu'il n'était pas adressé par un médecin, la raison pour laquelle il se présentait directement au SU. L'ensemble de ces paramètres a été évalué au regard de la classification CCMU établie par le médecin ayant assuré la prise en charge de l'enfant. **Résultats :** 451 patients ont été inclus. 37,9% des consultations sont classés CCMU 1, 44,5% CCMU 2 et 17,1 % CCMU 3. La traumatologie, les troubles digestifs et la douleur représentent à eux trois 60% des motifs de consultation SU. 45% des patients seulement déclarent être adressés aux urgences par un médecin. 47% des patients non adressés se présentent au Service des Urgences parce qu'ils considèrent qu'il s'agit de l'endroit le plus adapté pour la prise en charge de leur enfant. La traumatologie représente 40% des motifs de consultation des patients non adressés. 14% des accompagnants déclarent se présenter au SUP alors que leur enfant ne semble pas en danger, 62% alors que leur enfant ne leur semble pas en danger mais nécessite selon eux des examens complémentaires. Seulement 10% estiment que leur enfant est en danger et/ou qu'il nécessite une hospitalisation. Nos résultats montrent de manière significative que les patients classés en CCMU 3 sont plus souvent adressés par un médecin. Nous n'identifions aucun paramètre psycho-socio-éducatif ou socio-économique ayant une influence sur la classification CCMU. Enfin, on constate que la classe CCMU 3 est significativement surreprésentée en période de vacances scolaires. **Conclusion :** Cette étude confirme l'état de saturation du SUP du CHU de Bordeaux qui voit en moyenne un enfant toutes les 10 minutes ainsi que sa forte implication dans la prise en charge de patients ne relevant pas de l'urgence. Nous n'établissons aucun lien entre les paramètres psycho-socio-éducatifs ou socio-économiques et le motif de consultation aux urgences ou la classification CCMU. L'absence de modalités de prise en charge adaptée et immédiate en médecine de ville est la motivation la plus souvent rapportée par les usagers consultant au SUP.

Mots-clés : Urgences ; Pédiatrie, CCMU

ABSTRACT

Introduction: Emergency departments, including pediatric emergency departments (PED), have been experiencing uncontrolled growth since their creation, estimated at more than 4% per year in so-called developed countries. This results in a saturation of these departments. The main factor generally evoked to explain this saturation is that they receive between 20% and 50% of patients potentially falling under competencies of general practitioners. **Objective:** This study aims to study the determinants and motivations that lead users to consult the PED of the University Hospital of Bordeaux on the opening hours of urban medicine offices. **Materials and methods:** This is a monocentric prospective study using a questionnaire distributed to all accompanying persons presenting themselves to the PED between 8:30 am and 7 pm on eight non-consecutive days. The questionnaire consisted of twenty-five questions aiming to explore the context of the consultation by mean of psycho-socio-educational, socio-economic, geographical and demographic parameters, parameters related to the child's family history, allowing to assess the perception of the emergency by the accompanying person, relating to the confidence that patients have with their doctor. The accompanying person was asked, in the case he was not referred by a doctor, the reason why he presented himself directly to the PED. All of these parameters were evaluated according the CCMU classification established by the physician who took care of the child. **Results:** We collected 511 passages during our collection period, 451 patients were included. 37.9% of the population is classified as CCMU 1, 44.5% as CCMU 2 and 17.1% as CCMU 3. Trauma, digestive disorders and pain together account for 60% of the reasons for consultation. Only 45% of patients report being referred to the emergency department by a doctor. 47% of patients who are not referred by a doctor usually come to the PED because they consider it is the most appropriate place for the care of their child. Trauma represents 40% of the reasons for consulting of unaddressed patients. 14% of the accompanying persons declare to present themselves to the PED while their child does not seem in danger, 62% whereas their child does not seem in danger but requires, according to them, additional examinations. Only 10% feel that their child is in danger and / or requires hospitalization. Patients classified as CCMU 3 are significantly more often referred by a doctor. We do not identify any psycho-socio-educational or socio-economic parameters that influence the CCMU classification. CCMU 3 class is significantly overrepresented during school holidays. **Conclusion:** This study confirms the saturation state of the PED of Bordeaux University Hospital, which receives on average one child every 10 minutes and its strong involvement in the care of non-emergency patients. We do not link any psycho-socio-educational or socio-economic parameters to the emergency consultation reason or the CCMU classification. The lack of appropriate and immediate care arrangements in city medicine is the motivation most often reported by users consulting in the emergency department.

Key-words : Emergencies, Pediatrics, CCMU