



HAL
open science

**Comprendre les origines des démarches parentales
influençant le recours des soins non programmés
pédiatriques aux urgences : enquête qualitative auprès
des parents des urgences pédiatriques du Centre
Hospitalier d'Aix-en-Provence**

Jean Campos

► **To cite this version:**

Jean Campos. Comprendre les origines des démarches parentales influençant le recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences : enquête qualitative auprès des parents des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04132888

HAL Id: dumas-04132888

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04132888v1>

Submitted on 19 Jun 2023

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.

**Comprendre les origines des démarches parentales
influençant le recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences :
Enquête qualitative auprès des parents des urgences pédiatriques
du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 13 Juin 2023

Par Monsieur Jean CAMPOS

Né le 29 avril 1992 à Toulouse (31)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur (MCA) BERNAL Alexis

Assesseur

Madame le Docteur GOOLAERTS Charlotte

Directeur

Monsieur le Docteur RIMET Yves

Assesseur

**Comprendre les origines des démarches parentales
influençant le recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences :
Enquête qualitative auprès des parents des urgences pédiatriques
du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 13 Juin 2023

Par Monsieur Jean CAMPOS

Né le 29 avril 1992 à Toulouse (31)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur (MCA) BERNAL Alexis

Assesseur

Madame le Docteur GOOLAERTS Charlotte

Directeur

Monsieur le Docteur RIMET Yves

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur	:	Pr. Bruno FOTI
Directeurs adjoints	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
Chargés de mission		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice	:	Madame Carole ZAKARIAN
Chargés de mission		
▪ 1 ^{er} cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 ^{ème} cycle	:	Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur	:	Pr. Laurent BENSOUSSAN
Directrice Adjointe	:	Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur	:	Pr. Sébastien COLSON
------------------	---	-----------------------------

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT**2020**

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020**2022**

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Remerciements

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE,

Vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Alexis BERNAL,

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury, veuillez trouver l'expression de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Charlotte GOOLAERTS,

Je suis ravi que tu aies accepté de m'accompagner dans ce travail en tant que directrice de thèse. Je te remercie sincèrement pour ton écoute et tes conseils.

À Monsieur le Docteur Yves RIMET,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour l'accueil et le stage dans votre service. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À mes proches :

Je dédie ce travail à ma mère. Pour son dévouement et son soutien sans faille durant toutes mes années d'études. Merci de n'avoir jamais lâché et de m'accompagner chaque jour sur le chemin du bonheur.

À mon père, pour sa bienveillance, ses conseils et son exemple qui m'aident tant à avancer.

À ma sœur Ines, pour nos années toulousaines et nos merveilleuses retrouvailles inattendues à Aix. Merci pour la justesse de ton regard.

À mes sœurs jumelles Zoé et Lucie, pour qui tout démarre aujourd'hui et à vos réussites futures. Merci de m'avoir si souvent supporté.

À mon grand-père le Professeur Jean MARCO, avec toute ma tendresse. À tous nos si bons moments passés ensemble.

À ma grand-mère Maryvonne, avec toute ma tendresse. Merci pour ta présence et ton soutien tellement essentiels, en particulier rue Nazareth.

À la mémoire de mes grand parents Jean et Renée dont l'amour inconditionnel me porte encore.

À mes oncles et tantes Isabelle, Sophie, Richard et Christian, pour notre complicité de toujours.

À ma marraine, pour son soutien précieux à Martres pendant mes périodes de révision.

À Raph, mon beauf et à jamais le premier.

À Margaux, tu es la plus belle chose qui me soit arrivée. Quelques années de nous et le meilleur reste à venir. Avec tout mon amour.

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
SITUATION DES URGENCES PÉDIATRIQUES D’AIX-EN-PROVENCE	5
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	6
1. Objectif.....	6
2. Méthode.....	6
3. Population étudiée	6
3.1. Recrutement	6
3.2. Critères d’inclusions	7
4. Les entretiens.....	8
4.1. Le guide d’entretien	8
4.2. Conditions des entretiens	8
4.3. Enregistrement des entretiens	9
4.4. Retranscription des entretiens	9
4.5. Analyse des entretiens.....	9
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	10
RÉSULTATS	11
1. Présentation de l’échantillon	11
2. Analyse thématique descriptive.....	13
2.1. Symptomatologie observée chez l’enfant	13
2.1.1. Symptomatologie en lien avec une pathologie éventuelle	13
2.1.1.1. Fièvre isolée persistante	13
2.1.1.2. Aggravation d’un symptôme isolé.....	13
2.1.1.3. Symptômes multiples.....	14
2.1.1.4. Symptômes inconnus	14
2.1.1.5. Symptômes en lien avec une fragilité de l’enfant	14
2.1.1.6. Comportement inhabituel.....	14
2.1.2. Cas particulier des traumatismes crâniens	15
2.2. Interprétation subjective des symptômes	16
2.2.1. Anticipation d’une pathologie.....	16
2.2.2. Peur de l’aggravation	16
2.2.3. Absence d’interprétation des symptômes	16
2.3. Gestion parentale de la situation	17
2.3.1. Temporisation.....	17
2.3.2. Automédication.....	18
2.3.3. Inquiétude.....	18
2.4. Démarches préalables au recours aux urgences.....	19
2.4.1. Aucune démarche préalable	19
2.4.2. Médecin généraliste ou pédiatre	19
2.4.2.1. Médecin indisponible.....	19
2.4.2.2. Lenteur de réponse et/ou délai de consultation	20
2.4.2.3. Absence de réponse.....	20
2.4.2.4. Consultation préalable.....	20
2.4.3. Permanence médicale.....	20
2.4.4. SOS médecin.....	21
2.4.5. Samu/ centre 15.....	21
2.5. Vision anticipée des urgences en lien avec l’épisode médical.....	21
2.5.1. Pour une prise en charge spécialisée.....	21
2.5.1.1. La certitude d’une consultation pédiatrique.....	21
2.5.1.2. Anticipation du plateau technique.....	22
2.5.2. Pour une consultation simple	23
2.5.2.1. Un avis médical garanti.....	23
2.5.2.2. Une solution de facilité	24
2.5.3. L’aspect financier	24

2.6. Evaluation parentale de la prise en charge aux urgences en lien avec l'épisode médical	25
2.6.1. Satisfaction de prise en charge	25
2.6.1.1. Rapidité de prise en charge	25
2.6.1.2. Symptômes diagnostiqués	25
2.6.2. Insatisfaction de la prise en charge	26
2.7. Confiance en la médecine ambulatoire	26
2.7.1. Médecin généraliste	27
2.7.1.1. Perceptions positives	27
2.7.1.2. Perceptions négatives	28
2.7.2. Le pédiatre	29
2.7.2.1. Perceptions positives	29
2.7.2.2. Perceptions négatives	31
2.7.3. Les permanences médicales	32
2.7.3.1. Connaissance du réseau de permanence médicale autour d'Aix-en-Provence	32
2.7.3.2. Perceptions positives des permanences médicales	33
2.7.3.3. Perceptions négatives des permanences médicales	34
2.8. Appréciation générale des urgences pédiatriques d'Aix-en-Provence	36
2.8.1. Les urgences pédiatriques comme prise en charge idéale	36
2.8.1.1. L'accueil	36
2.8.1.2. Une prise en charge totale	36
2.8.1.3. Une prise en charge efficace	37
2.8.2. Les urgences pédiatriques comme réponse à l'impuissance parentale	37
2.8.3. Les urgences pédiatriques comme réponse au stress parental	37
2.8.3.1. La sécurité	38
2.8.3.2. La réassurance parentale	38
2.8.4. Les urgences pédiatriques : une alternative de consultation ambulatoire	39
2.8.5. Autocritique parentale du recours aux urgences pédiatriques	39
3. Modélisation des résultats	41
DISCUSSION	47
1. Les limites et les forces de l'étude	47
1.1. Recrutement de l'échantillon	47
1.2. La saturation des données	47
1.3. Inexpérience de l'investigateur dans la technique des entretiens semi-dirigés	47
1.4. Conditions des entretiens	48
1.5. L'information délivrée par les parents	48
1.6. La triangulation	49
1.7. L'originalité de l'étude	49
2. Principaux résultats	49
2.1. La médecine ambulatoire, pierre angulaire du recours aux urgences pédiatriques	50
2.2. Analyse des comportements parentaux	54
CONCLUSION	60
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
LISTE DES ABRÉVIATIONS	66
ANNEXES	67
Annexe 1 : Questionnaire de recrutement	67
Annexe 2 : Guide d'entretien	69
SERMENT D'HIPPOCRATE	70

Introduction

Dans son ouvrage *Les malades des urgences une forme de consommation médicale*, le sociologue français Jean Peneff déclarait : « *Pourquoi donc une population s'est emparée de ces lieux de soins (les urgences) pour y faire traiter ce qui, dans l'échelle médicale, relève de la routine, du banal, de l'anodin ?* » (1). Ces consultations de routine endossées par les services des urgences témoignent de l'inflation des soins non programmés et de leur difficulté de prise en charge.

Les soins non programmés sont définis comme ceux devant répondre à une urgence ressentie mais ne nécessitant pas une prise en charge par les services des urgences (2) (3). Pourtant de nombreux recours aux urgences concernent des situations médicales simples pouvant être prises en charge en médecine de ville. Les études avancent un chiffre de 43 % toutes consultations aux urgences confondues et 30 % des consultations pédiatriques. (2) (4)

Ces considérations générales soulèvent la question de la notion d'urgence qui, dans le domaine des soins non programmés, doit être clarifiée. Marc Giroud, ancien président de l'association Samu-Urgences de France, évoque une « *introuvable définition* » de la médecine d'urgence (5). En effet la notion d'urgence, communément définie par « ce que l'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante » diffère si l'on se place du point de vue du médecin généraliste, du médecin spécialiste de l'urgence ou du patient (6). Le collège national des généralistes enseignants définit l'urgence ressentie de la façon suivante : Le patient pense nécessiter des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave (7).

Cette urgence ressentie est à l'origine d'un afflux des soins non programmés dans les services d'urgence. Des solutions ont été mises en place par les pouvoirs publics pour tenter de répondre à ces nouveaux besoins. La création de la permanence des soins en 2003 a notamment permis une meilleure coopération entre la médecine libérale et la médecine hospitalière (8). La loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) promulguée en 2009 a permis d'améliorer ces mesures en facilitant l'accès non programmé à un médecin libéral, en particulier par le développement des maisons médicales de garde (9). Parallèlement on observe une réelle dynamique du développement de cabinets médicaux sans rendez-vous et de maisons de santé pluri disciplinaires (10).

Pourtant en 2018, dans son rapport sur les soins non programmés le député Thomas Mesnier, explique la hausse ininterrompue depuis vingt ans de 3,5 % en moyenne annuelle de la fréquentation des services d'urgence par « le décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre de soins ambulatoires en voie de raréfaction ». (2)

Lorsque l'on s'intéresse de plus près à cette sollicitation des services d'urgence, le constat est fait que le taux de recours concernant la population pédiatrique est beaucoup plus élevé que les autres groupes d'âge (à l'exception des 85 ans ou plus) comme en atteste en 2013, la dernière enquête de la DREES sur la situation des services d'urgence. Plus précisément, 27 % des passages concernaient les enfants de moins de 15 ans. Une nouvelle enquête sur la situation des urgences se déroulera le 13 juin 2023 (11) (12) . Par ailleurs, les motifs de consultation aux urgences pédiatriques sont souvent jugés non urgents par les professionnels de santé avec une gravité moindre que la moyenne des patients, tout âge confondu (13). Ce constat révèle que la problématique de la gestion des soins non programmés concerne particulièrement la médecine pédiatrique.

En pédiatrie, la relation avec le médecin devient triangulaire, le parent devenant le patient par procuration. L'évaluation de l'urgence ressentie est alors biaisée, impliquant la subjectivité parentale. En outre, des bouleversements sociologiques ont modifié les comportements parentaux. La réalité de « l'état providence » dans le domaine de la santé entre autres, a modifié l'implication des parents qui ont pris l'habitude de déléguer (14). L'évolution sociologique se conjugue donc avec des facteurs subjectifs pour inciter ces nouveaux comportements parentaux.

D'un point de vue personnel et empirique l'observation, et tant qu'interne et médecin remplaçant, d'une similarité des motifs de consultations pédiatriques, aux urgences, en cabinet sans rendez-vous ou sur consultations programmées illustre le rôle déterminant de l'attitude parentale.

Ce constat permet d'émettre l'hypothèse suivante : La difficulté d'accès à la médecine de ville n'explique pas à elle seule le recours aux urgences pédiatriques par les parents. Ce choix est également la conséquence de comportements parentaux complexes.

La venue aux urgences pédiatriques pour la prise en charge de soins non programmés constitue une décision parentale dont il s'agit d'essayer de comprendre les causes et les raisons.

Situation des urgences pédiatriques d'Aix-en-Provence

Les derniers chiffres officiels concernant la situation des urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Aix-en-Provence sont ceux publiés dans le panorama d'activité des services d'urgences de la région PACA de 2019, rapport effectué à la demande de l'agence française du numérique, antenne du ministère de la santé et des solidarités. (15) (16)

Les urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Aix-en-Provence en 2019 :

- 16 089 passages (+ 2,9 % par rapport à l'année précédente)
- Age moyen : 4 ans
- 52 % des passages pendant les horaires d'ouverture des cabinets de ville
- 89,8 % des admissions par moyen de transport personnel
- Seulement 13,4 % d'hospitalisation post urgence contre 86,6 % de retour à domicile
- Durée de passage moyenne de 2h15 minutes dont 86,2 % des passages en moins de 4h
- Diagnostic retenu par ordre de fréquence les plus élevées : rhinopharyngite, fièvre, gastro entérite, inquiétude sur la santé (sans diagnostic) et douleurs abdominales.
- À l'exception des traumatismes crâniens, l'ensemble de la traumatologie pédiatrique est pris en charge par le service des urgences adultes.

Matériels et méthodes

1. Objectif

L'objectif de l'étude est de comprendre les origines des démarches parentales influençant le recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences.

2. Méthode

Étude qualitative par entretiens semi dirigés réalisés entre Novembre 2022 et Février 2023 auprès des parents des urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Aix-en-Provence.

3. Population étudiée

La population cible de notre étude est représentée par les parents consultants aux urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Aix-en-Provence.

3.1. Recrutement

Le recrutement de l'échantillon de parents s'est déroulé du mois de novembre 2022 au mois de Février 2023 sur le site des urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Aix-en-Provence.

Ce recrutement s'est déroulé en 2 temps.

La première phase consistait à faire remplir un questionnaire simple lors de l'arrivée des parents aux urgences pédiatriques. Il était systématiquement proposé par l'agent d'accueil et était rempli sur la base du volontariat.

Le questionnaire (annexe 1) se présentait de la manière suivante :

- Une introduction informait de manière succincte le thème de l'étude et ses modalités.
- La première partie du questionnaire était composée de questions simples à choix multiples et permettait une première sélection selon les critères d'inclusion de l'étude.
- La deuxième partie du questionnaire permettait de recueillir le consentement des parents en vue d'un possible entretien ainsi que leurs coordonnées téléphoniques afin de les recontacter.

Les questionnaires des urgences étaient relevés 1 fois par semaine. Seuls les questionnaires respectant les critères d'inclusion et mentionnant les coordonnées téléphoniques et l'autorisation parentale étaient conservés.

La deuxième phase de recrutement consistait à recontacter les parents. Ce bref entretien téléphonique permettait de savoir si le passage aux urgences respectait les critères d'inclusion de l'étude. Si tel était le cas, un second rendez-vous téléphonique était programmé en vue de l'entretien.

Les entretiens téléphoniques quant à eux étaient réalisés au plus tard 15 jours après le passage aux urgences afin de limiter la perte d'informations liée à l'oubli de certains éléments par les parents.

3.2. Critères d'inclusions

Les critères d'inclusion de la population cible sont les suivants :

- Enfants entre 3 mois et 15 ans
- Suivi par un médecin/pédiatre traitant
- Accompagné par au moins un de ses parents
- Consultant aux urgences pédiatriques aux horaires habituels d'ouverture des cabinets de ville : du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à midi.
- N'ayant pas nécessité l'utilisation du plateau technique des urgences (prise de sang, imagerie, aérosols ...)

C'est-à-dire des recours aux urgences pédiatriques répondant à la définition des soins non programmés et pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire. Le critère d'inclusion présence d'un médecin/pédiatre traitant étendait le champ d'une possible consultation ambulatoire.

4. Les entretiens

4.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 2) a été réalisé de manière à tenter de répondre le plus efficacement à l'objectif de l'étude.

Les origines des démarches parentales influençant le recours aux urgences pédiatriques ne peuvent pas s'appréhender selon le seul angle de la justification parentale. Le guide d'entretien, grâce à plusieurs questions ouvertes tentait donc de couvrir 2 axes principaux :

- Le motif de consultation, l'attitude devant le besoin de consulter rapidement un médecin et le ressenti de prise en charge permettaient d'explorer l'épisode médical.
- Le rapport entretenu avec le médecin traitant, la considération des urgences pédiatriques et celle des permanences médicales permettaient d'explorer l'appréciation générale de l'offre de soins disponible.

L'épisode médical confronté à l'appréciation générale de l'offre de soins pouvaient en effet permettre d'essayer de comprendre les origines des démarches parentales influençant le recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences.

Si les thématiques souhaitées n'apparaissaient pas spontanément lors de l'entretien ou si les interviewés éprouvaient des difficultés de réponses, des techniques de relance étaient utilisées pour enrichir ou réorienter le discours.

4.2. Conditions des entretiens

Par souci de commodité, le choix a été fait de réaliser les entretiens par téléphone. C'est la première prise de contact qui, en cas de situation conforme aux critères d'inclusion a permis de fixer le second rendez-vous téléphonique, synonyme d'entretien. Seul un créneau libre de 45 min était imposé. Les conditions, la date et l'horaire de l'entretien étaient libre selon les disponibilités de l'interviewé.

Avant de démarrer chaque entretien, l'investigateur se présentait comme jeune médecin interne réalisant sa thèse, leur expliquait brièvement le thème de l'étude et les informait du caractère anonyme de l'entretien. Avant de débiter, il était demandé à chaque interviewé l'autorisation d'enregistrer l'entretien.

4.3. Enregistrement des entretiens

Chaque entretien a été réalisé par téléphone et enregistré simultanément sur ce même téléphone via l'application mobile RecMycalls.

4.4. Retranscription des entretiens

Le logiciel de retranscription utilisé est la version 2021 de Microsoft Word. Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot en respectant scrupuleusement le récit spontané des interviewés sans aucune correction ou suppression. L'investigateur a respecté les interjections (euh, hum..) et les éventuelles communications non verbales (rire).

La retranscription de ces entretiens constitue le verbatim.

4.5. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens s'est déroulée en 2 temps :

Premièrement l'analyse consistait en une lecture verticale de chaque entretien. Un codage ouvert puis axial de l'ensemble du verbatim a permis de dégager les catégories d'idées principales de chaque entretien. Deuxièmement un codage sélectif et transversal des entretiens a permis de construire une grille thématique.

Cette grille thématique a été analysée selon la méthode qualitative phénoménologique IPA (interprétative phenomenological analysis) issue du champ de la psychologie de la santé.

Cette méthode est utilisée pour comprendre une expérience donnée et comment les personnes lui donnent du sens. Elle repose sur une double herméneutique où le chercheur enquête et tente de donner un sens au sens que le sujet donne à son expérience. (17)

5. Aspects éthiques et réglementaires

Les patients ont donné leur consentement libre et éclairé par écrit, après avoir pris connaissance de la fiche d'information présente au verso du questionnaire de recrutement.

L'étude repose sur des entretiens auprès de parents consultant aux urgences pédiatriques. Elle porte sur leurs démarches et leurs comportements influençant le recours aux urgences pédiatriques pour la prise en charge des soins non programmés. Elle est donc considérée hors-champ de la « loi-Jardé » relative aux recherches impliquant la personne humaine(18). Notre étude ne nécessite donc pas d'avis auprès du Comité de Protection de personnes (CPP).

Devant la conservation stricte de l'anonymat, l'étude ne relève pas du RGPD (règlement général sur la protection des données) et ne nécessite aucune démarche particulière auprès du CNIL (Commission Nationale Informatique Liberté).

Résultats

1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon final comportait 14 parents. Les entretiens sont désignés par la lettre E suivie du numéro représentant la chronologie de leur réalisation.

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau 1 :

- Les parents étaient représentés par la maman dans 9 entretiens et par le papa dans 5 entretiens. Lors d'un seul entretien les 2 parents étaient présents mais un seul répondait principalement
- L'âge des enfants se situait entre 3 mois et 13 ans pour un âge moyen de 4 an et 1 mois
- Les enfants étaient suivis par un pédiatre pour 11 d'entre eux et par un médecin généraliste pour 5 d'entre eux (2 enfants étaient simultanément suivis par un pédiatre et un médecin généraliste)

Les entretiens se sont déroulés du mois de décembre 2022 au mois de février 2023. Le plus court a duré 16 min et le plus long 28 minutes pour une durée moyenne de 21 min.

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques de la population

	Age de l'enfant	Sexe	Parent interrogé	Heure de consultation	Suivi médical	Motif de consultation
E1	4 mois	♀	Maman	10h	Pédiatre	Fièvre
E2	5 ans	♂	Maman	17h15	Généraliste	Traumatisme crânien
E3	1 an	♀	Maman	15h	Pédiatre + médecin généraliste	Inquiétude sur la santé
E4	9 mois	♀	Maman	17h35	Pédiatre	Inquiétude sur la santé
E5	5 mois	♂	Maman	11h15	Pédiatre +Médecin généraliste	Toux
E6	3 mois	♀	Maman	17h15	Pédiatre	Bronchiolite
E7	6 ans	♀	Maman	14h45	Pédiatre	Traumatisme crânien
E8	3 ans	♂	Maman	12h20	Pédiatre	Douleurs abdominales/vomissements
E9	2 ans	♀	Maman	14h	Pédiatre	Éruption cutanée
E10	9 ans	♀	Papa	11h	Pédiatre	Fièvre
E11	3 ans	♀	Papa	17h30	Pédiatre	Adénopathie
E12	3 ans	♀	Papa	18h	Pédiatre	Traumatisme crânien
E13	18 mois	♂	Papa	14h	Généraliste	Fièvre
E14	3 ans	♂	Papa	18h	Généraliste	Fièvre

2. Analyse thématique descriptive

2.1. Symptomatologie observée chez l'enfant

2.1.1. Symptomatologie en lien avec une pathologie éventuelle

Les symptômes décrits par les parents dans les entretiens ne comportent aucun élément évoquant une prise en charge immédiate par le service des urgences. C'est le contexte d'apparition des symptômes ou leur évolution qui déstabilise les parents et constitue l'élément initial de leur démarche.

2.1.1.1. Fièvre isolée persistante

Un état fébrile persistant chez l'enfant est plusieurs fois évoqué dans les entretiens :

- **E1** : *« en fait la veille elle a fait une poussée de fièvre à 38,2 mais c'est vrai qu'elle fait aussi le dédoublement des gencives, on s'est dit que c'était peut-être ça (...) après le truc c'est que le lendemain matin elle avait à nouveau 38 »*

- **E14** : *« Mon fils avait de la fièvre. (...) au début on a hésité à voir si ça passait tout seul puis le lundi je crois il a eu une nouvelle poussée (...) »*

- **E13** : *« la veille il a fait de la fièvre (...) le matin ça avait l'air d'aller un peu mieux (...) la crèche nous a appelés en disant que ça n'allait pas »*

2.1.1.2. Aggravation d'un symptôme isolé

L'observation par les parents, d'un symptôme isolé et bénin s'aggravant secondairement est également plusieurs fois évoqué :

L'érythème :

- **E9** : *« c'était des boutons sous peau à la base, et puis ça a rougi »*

La toux :

- **E5** : *“ la toux n'était pas belle ”*

La Fièvre :

- **E10** : *« Alors, ça a commencé avec un début de fièvre (...) ça a persisté la nuit (...) le lendemain elle avait 40 de fièvre »*

2.1.1.3. Symptômes multiples

Dans l'entretien **E8**, de nouveaux symptômes viennent complexifier le tableau observé par les parents :

- « *Au début il avait que de la fièvre (...) on s'est posé la question de consulter le lundi matin quand il a commencé à avoir autre chose, mal à la gorge, le nez pris* »
- « *Il s'est réveillé avec des vomissements et des douleurs au ventre* »

2.1.1.4. Symptômes inconnus

Le papa de l'entretien **E11** observe un symptôme encore jamais rencontré chez son enfant :

- « *Ma fille avait une petite grosseur douloureuse sous l'oreille* », avant de reprendre plus tard dans l'entretien : « *je n'avais jamais vu ce genre de symptôme* »

2.1.1.5. Symptômes en lien avec une fragilité de l'enfant

Les facteurs de fragilité évoqués par certains parents dans les entretiens sont : un antécédent de prématurité, un antécédent médical récent et la fragilité liée à l'âge. Cette fragilité reconnue s'ajoute à l'observation des symptômes pour constituer un motif de consultation.

- **E1** : « *Alors donc nous, déjà c'est que en étant prématuré (...) On a décidé de consulter aux urgences car on nous avait dit que même après 3 mois si la fièvre dure plus de 2 jours on devait aller aux urgences* » avant de reprendre plus tard « *Elle est plus fragile* »
- **E6** : « *Comme elle est petite et qu'elle a eu le covid il est préférable qu'elle soit vue plus longuement* »

2.1.1.6. Comportement inhabituel

L'observation d'un comportement inhabituel chez leur enfant est évoquée plusieurs fois par les parents au cours des entretiens.

Les pleurs :

Les pleurs du nourrisson peuvent constituer l'unique symptôme, notamment dans un contexte précis ou s'ils persistent de manière inhabituelle :

- **E4** : « *elle a uriné devant moi et à ce moment-là elle a beaucoup pleuré* »
- **E3** : « *Elle pleurait vraiment beaucoup et elle se touchait l'oreille* »
- **E3** : « *Elle pleurait vraiment sans s'arrêter et ma fille c'est pas un bébé qui pleure beaucoup (...) d'habitude elle est très bien calmée par le sein* »

Ces pleurs peuvent être doublés d'un changement d'humeur :

- **E3** : « *la nuit avait été compliquée, elle avait eu beaucoup de réveil* »
- **E4** : « *Son comportement n'était pas du tout le même sur l'ensemble de la journée, très grognon* »

Comportement inquiétant :

Dans **E8**, l'observation d'une perturbation du comportement alimentaire vient s'ajouter aux symptômes :

- « *Mon enfant il ne mangeait pas depuis 3 jours, on nous dit l'alimentation c'est le plus important quand un enfant est malade* »

2.1.2. Cas particulier des traumatismes crâniens

Dans les entretiens évoquant un traumatisme crânien, l'observation d'une réaction ou d'un comportement inhabituel, implique automatiquement chez les parents, un besoin de consultation :

- **E7** : « *Elle n'aurait pas reconnu ses amis, elle était somnolente* »
- **E12** : « *elle a perdu connaissance quelques secondes et puis après pendant quelques minutes elle était tout molle et elle parlait plus* »

2.2. Interprétation subjective des symptômes

L'analyse des entretiens montre que dans certains cas c'est l'interprétation parentale des symptômes observés qui définit l'épisode médical. L'anticipation d'une pathologie ou l'aggravation envisagée des symptômes par les parents, a été plusieurs fois mise en évidence au cours des entretiens.

Cependant, une interprétation parentale des symptômes observés n'est pas systématiquement retrouvée. Le recours aux urgences ne répond pas toujours à une anticipation interprétative de la situation mais à un simple besoin d'explication.

2.2.1. Anticipation d'une pathologie

Pour certains parents, l'apparition de symptômes chez leur enfant les conduit à envisager une potentielle pathologie :

- **E3** : « *un truc comme une otite ou quelque chose comme ça* »
- **E4** : « *j'ai eu peur de brûlures mictionnelles et donc d'une infection* »

2.2.2. Peur de l'aggravation

L'interprétation des symptômes se réduit parfois à une peur de leur aggravation :

- **E5** : « *personne n'a vu si jamais ça s'aggravait, si ça tombait sur les bronches* »
- **E12** : « *Dans l'optique où son état s'aggravait on était au bon endroit* »
- **E13** : « *on veut éviter que ça monte trop à 40, qu'il risque les convulsions (...) on ne sait jamais la source du mal...* »

2.2.3. Absence d'interprétation des symptômes

L'absence d'interprétation des symptômes constitue un motif de consultation par le besoin d'explication qu'elle suscite :

- **E10** « *On consulte avant tout pour savoir quel est le diagnostic et donc pour savoir quoi faire ensuite* »
- **E14** « *C'était surtout pour avoir des explications (...) C'était tout simplement pour avoir un examen un diagnostic et surtout un traitement adapté s'il y a besoin* »

2.3. Gestion parentale de la situation

2.3.1. Temporisation

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence une capacité de gestion de la situation par les parents souvent limitée à une simple temporisation.

A partir du moment où les symptômes observés par les parents deviennent source d'interrogation, la temporisation ne dépasse pas 24h heures pour tous les nourrissons de moins de 2 ans de l'échantillon étudié (**E1, E3, E4, E5, E6, E13**), à titre d'exemple :

- **E3** : « *La nuit avait été compliquée (...) et puis bon sur la suite de la journée j'ai vu qu'elle se calmait pas* »
- **E5** : « *J'ai senti que la toux n'était pas belle. (...) Du coup j'ai anticipé en me disant que le lendemain on serait dimanche.* »
- **E13** : « *Etant donné que ça faisait quand même 24h qu'il était dans cet état-là, j'ai préféré ne pas attendre* »

Dans les entretiens évoquant un cas de traumatisme crânien (**E2, E7 et E12**), on note aucune temporisation parentale, y compris l'entretien **E2** dans lequel la maman évoque un simple « *coup à l'œil* »

Dans les autres entretiens, la temporisation parentale varie entre 48h et une semaine selon les symptômes. Cela ne concerne que les enfants de plus de 2 ans de notre échantillon (**E8, E9, E10, E14**), à titre d'exemple :

- **E8** : « *Il est tombé malade depuis vendredi dernier donc 3 jours avant la consultation* »
- **E9** : « *J'avais attendu une semaine pour voir si ça allait partir ou pas* »
- **E14** : « *Il avait eu de la fièvre pendant plusieurs jours, et on voulait être sûr qu'il n'avait rien de grave* »

2.3.2. Automédication

L'analyse des entretiens met en évidence l'utilisation du paracétamol par certains parents comme unique forme d'automédication :

- **E1** : « *On lui a donné du doliprane* »
- **E11** : « *on s'est dit il faut donner du doliprane* »
- **E16** : « *on a donné du doliprane le soir et dans la nuit* »

2.3.3. Inquiétude

La gestion de la situation se traduit également dans les entretiens par l'évocation du degré d'inquiétude parentale en lien avec l'épisode médical.

Un degré d'inquiétude manifeste est évoqué par les parents dans seulement 2 entretiens :

- **E5** : « *Il y a une réelle inquiétude sur l'état de santé de mon enfant* »
- **E12** : L'entretien ne contient pas de citation exprimant clairement une inquiétude manifeste, mais l'on peut considérer que le traumatisme crânien de sa fille génère une part importante d'inquiétude chez le papa pour qui « *ça a été directement un appel au centre 15* »

Plusieurs parents évoquent un degré d'inquiétude moindre ou une absence d'inquiétude :

- **E7** : « *Bon après je n'étais pas vraiment inquiète* »
- **E10** : « *Je n'avais pas d'inquiétude sur l'état de santé de mon enfant, sur un état potentiellement grave* »
- **E14** : « *Je pense qu'on a dû y aller 3 fois et heureusement il n'y a pas eu de cas ou vraiment on était inquiet pour sa santé* »

L'analyse des entretiens permet également de mettre en évidence une évocation contradictoire du sentiment d'inquiétude par certains parents :

- **E4** : « *Je suis arrivée un peu inquiète* », avant de reprendre plus tard au cours de l'entretien « *Alors là c'est vrai que j'étais inquiète pour elle* »
- **E8** : « *Je n'étais pas trop inquiète* » avant de reprendre plus tard dans l'entretien « *Alors hier c'était vraiment une inquiétude sur l'état de santé* »

2.4. Démarches préalables au recours aux urgences

2.4.1. Aucune démarche préalable

Deux parents se rendent aux urgences sans aucune démarche préalable :

- La maman de **E1** dont la pédiatre ne travaillait pas le mercredi, jour de la consultation aux urgences.
- Le papa de **E13** car il sait que son médecin traitant ne prend pas d'urgences.

2.4.2. Médecin généraliste ou pédiatre

2.4.2.1. Médecin indisponible

Certains parents contactent le médecin, qui n'est pas disponible pour les recevoir :

- **E4** : « *j'ai appelé mon médecin traitant qui ne pouvait absolument pas me prendre* »
- **E8** « *On a dit on va voir si notre pédiatre est disponible, il ne l'était pas, puis je suis allé chez le généraliste à côté de chez nous, non plus indisponible* »

Parfois l'indisponibilité du médecin est directement constatée sur les plates formes de prise de rendez-vous :

- **E9** « *A priori elle ne travaillait pas (...) en fait j'avais vu que mon médecin traitant était pas disponible le lendemain* »
- **E2** : « *J'ai tenté de joindre le médecin généraliste (...) mais j'ai vu prendre rendez-vous sur Doctolib et moi je ne m'en sors pas* »

2.4.2.2. Lenteur de réponse et/ou délai de consultation

- **E10** : « nous avons tenté de joindre la pédiatre tôt (...) Mais on a vu que les créneaux d'urgence tardaient à être mis en ligne »
- **E14** : « On a essayé notre cabinet qui était en grève, puis on a essayé un autre qui pouvait nous prendre mais 48 heures plus tard donc on est allé aux urgences »
- **E11** : « Elle pouvait nous voir à 19h30 le soir même et ma femme n'a pas vu le message »

2.4.2.3. Absence de réponse

- **E3** : « j'ai d'abord essayé le médecin qui n'était pas disponible, le secrétariat n'a pas répondu »

2.4.2.4. Consultation préalable

- La maman de **E6** a recours aux urgences à la suite d'une consultation auprès de sa pédiatre : « je suis d'abord allée voir la pédiatre »

2.4.3. Permanence médicale

Dans 3 entretiens, les parents tentent de consulter en permanence médicale avant de se rendre aux urgences :

- **E3** : « j'ai aussi regardé le pôle médical à côté de chez moi je n'ai pas eu de réponse »
- **E5** : « je suis d'abord allée à ultra Med au Tholonet sauf qu'ils ne le prennent pas il a 5 mois »
- **E10** : « On a réfléchi à aller à la maison médicale (...) On a appelé on nous a dit qu'il y avait déjà 20 personnes devant nous »

2.4.4. SOS médecin

Une maman tente de consulter SOS médecin :

- **E8** « *On nous a conseillé d'appeler SOS médecin, ça nous renvoie sur une boîte vocale saturée avec 3h d'attente* »

2.4.5. Samu/centre 15

Deux parents font appel au centre 15 avant le recours aux urgences :

- **E4** : « *Je me suis rapproché du Samu, (...) ils m'ont conseillé de contacter mon médecin traitant ou mon pédiatre* »
- **E12** : « *ça a été directement un appel au 15* »

2.5. Vision anticipée des urgences en lien avec l'épisode médical

2.5.1. Pour une prise en charge spécialisée

L'analyse des entretiens nous montre que plusieurs parents ont recours aux urgences pédiatriques car ils ont la certitude que leur enfant verra un pédiatre.

Par ailleurs, l'évocation du plateau technique par certains parents prouve la connaissance du fonctionnement des urgences

2.5.1.1. La certitude d'une consultation pédiatrique

- **E3** : « *J'avoue être quand même assez rassurée quand mon enfant est examiné par un spécialiste de l'enfant (...) Je me suis dit je préfère avoir affaire à un pédiatre* »
- **E10** : « *c'est pas le seul moyen de voir un pédiatre mais c'est le moyen par défaut* »
- **E13** : « *C'est sûr que mon enfant verra un pédiatre* »

2.5.1.2. Anticipation du plateau technique

Plusieurs parents anticipent l'utilisation du plateau technique car ils savent comment fonctionne le service des urgences pédiatriques. Cette connaissance est souvent en lien avec de précédentes venues, les urgences pédiatriques représentant un lieu plus ou moins familier.

Cette anticipation du plateau technique est envisagée au conditionnel et de façon générale sans lien direct avec les symptômes observés.

- **E1** : « *Les urgences pédiatriques commencent à bien la connaître* » avant de reprendre plus tard au cours de l'entretien « *on sait que s'il faut elle est directement transférée à la Timone* »
- **E2** : « *On m'a expliqué le chemin mais je le connaissais déjà par cœur* » avant de reprendre plus tard au cours de l'entretien « *Je me suis dit qu'aux urgences sans doute ils seraient mieux équipés, ils vont avoir les produits, plus de matériel, ils pourront mieux m'orienter aussi* »
- **E5** : « *Je vais être honnête, je vais que las bas aux urgences pédiatriques d'Aix* » avant de reprendre plus tard au cours de l'entretien « *Je sais qu'aux urgences mon enfant est vu, s'il doit être hospitalisé il l'est* »
- **E7** : « *A chaque fois que je suis venue* » avant de reprendre plus tard au cours de l'entretien « *les urgences ça aura été le mieux car s'il doit y avoir des examens on est déjà sur place* »

La maman de l'entretien **E3** est dans la pure anticipation du plateau technique indépendamment de la connaissance du fonctionnement des urgences pédiatriques :

- « *Le simple fait de savoir qu'aux urgences au cas où il y a tout ce qu'il faut...oui c'est un avantage* »

Seul le papa de **E12**, anticipe l'utilisation potentielle du plateau technique en lien direct avec les symptômes de sa fille, victime d'un traumatisme crânien :

- « *Quand un enfant de 3 ans tombe de 1 mètre sur la tête, on se dit peut-être il va falloir un scanner ou quelque chose comme ça* »

2.5.2. Pour une consultation simple

Plusieurs parents anticipent les urgences comme réponse à une simple consultation, seul endroit garantissant un avis médical pour certains, ou gain de temps pour d'autres.

Il est intéressant de remarquer que 11 des 14 entretiens indiquent que la prise en charge de l'enfant aurait été équivalente ou meilleure en cabinet médical de ville.

Le recours aux urgences pédiatriques est également parfois anticipé par certains parents comme démarche facilitante, évitant une désorganisation du quotidien.

2.5.2.1. Un avis médical garanti

L'anticipation des urgences comme un lieu permettant d'accéder à un avis médical garanti est observé dans plusieurs entretiens :

- **E5** : « *Besoin d'être rassurée par la notion de consulter un médecin (...) mon pédiatre a dit c'est viral puis c'est le covid il n'y a rien à faire (...) donc finalement qui peut voir mon bébé quand je suis inquiète : il y a que les urgences* »
- **E8** : « *On vous prend quoi qu'il arrive* »
- **E14** : « *On est sûr qu'on verra un médecin* »

Certains parents anticipent les urgences comme simple gain de temps, en plus d'être la garantie d'une consultation médicale :

- **E11** : « *Je ne voulais pas que ça traîne en fait. Je voulais gagner du temps. En allant aux urgences j'allais gagner un peu plus de temps par contre* »
- **E14** : « *On souhaitait vraiment avoir un rendez-vous médical (...) on s'est replié sur les urgences qu'on a vu comme seule solution d'avoir un avis médical dans la soirée* »

2.5.2.2. Une solution de facilité

La recours aux urgences permet à certains parents de faciliter leur quotidien, d'anticiper une potentielle désorganisation à venir :

- **E9** : « *J'étais en congés c'est plus simple pour moi de consulter après j'allais reprendre le boulot (...) consulter la semaine prochaine ce sera plus compliquée* »
- **E10** : « *Il fallait qu'on sache, qu'on s'organise car c'était la veille de la rentrée scolaire, rapport à l'éventuelle nécessité de caler des jours enfant malade* »
- **E5** : « *j'ai anticipé en disant que le lendemain on serait dimanche, les urgences seraient pleines* »

2.5.3. L'aspect financier

Aucun parent n'affirme avoir consulté aux urgences pédiatriques par facilité financière.

2.6. Évaluation parentale de la prise en charge aux urgences en lien avec l'épisode médical.

Le degré et les motifs de satisfaction concernant la prise en charge de leur enfant, nous renseigne à postériori, sur les attentes à priori de la démarche parentale de recours aux urgences pédiatriques.

2.6.1. Satisfaction de prise en charge

2.6.1.1. Rapidité de prise en charge

L'analyse des entretiens montre que la rapidité de prise en charge est particulièrement évoquée comme motif premier de satisfaction. A titre d'exemple :

- **E2** : « *Alors mon ressenti (...) c'est une bonne prise en charge car quand on arrive on est orienté (...) Mon enfant a été pris en charge en 15 minutes, il n'y avait pas grand monde ce jour-là, c'était parfait* »
- **E12** : « *Très bien, et puis aussi très rapide, bon après c'est peut-être qu'on est bien tombé mais vraiment satisfait* »
- **E7** « *Un très bon ressenti (...) à chaque fois je trouve que c'est assez fluide (...) on est vite accueillis, installés là où il faut* »

2.6.1.2. Symptômes diagnostiqués

L'analyse de entretiens montre également l'importance de l'attente d'un diagnostic pour les parents :

- **E4** : « *je suis ressortie satisfaite parce que même si ce n'était pas une infection urinaire, on a trouvé que c'était une irritation au niveau du siège et des parties intimes* »
- **E3** : « *Très bon (...) je suis sorti j'ai vraiment eu l'impression qu'on a été écouté et que le problème a été réglé rapidement* »
- **E10** « *On a consulté sans savoir ce qu'elle avait notre fille et puis on a eu un diagnostic donc satisfait* »
- **E14** : « *Oui ça va, rassuré de savoir ce qu'avait mon enfant et d'avoir un diagnostic* »

2.6.2. Insatisfaction de la prise en charge

L'absence d'une prescription médicamenteuse spécifique permettant la résolution de l'épisode médical est le seul motif d'insatisfaction parentale retrouvé dans l'analyse des entretiens :

- **E8** : « *Ils n'ont pas trop poussé, on nous a dit c'est viral, vu que c'était un peu tout...et sur les ordonnances c'était que du doliprane (...) pas trop satisfait non plus on nous a rien donné d'autre* »
- **E9** « *Pas vraiment satisfaite (...) j'ai attendu 3h et quand la pédiatre l'a vu elle m'a juste dit c'est une irritation, il y a rien à faire voilà* »

Certains parents, insatisfaits, ont eu recours à un nouvel avis médical rapidement après le passage aux urgences :

- **E9** : « *Comme je n'étais pas satisfaite suite au passage aux urgences (...) 4 jours plus tard je suis allée la voir (la pédiatre)* »
- **E13** : « *j'ai dû l'amener chez un autre médecin quelque jours plus tard parce que ça s'était empiré et finalement il a fini sous antibiotique* »

2.7. Confiance en la médecine ambulatoire

Afin d'essayer de cerner au plus près la genèse des démarches qui conduisent les parents à se rendre aux urgences pédiatriques, il convient d'analyser dans les entretiens, le degré de confiance accordé à leur médecin généraliste ou leur pédiatre.

Cette analyse permet de comprendre les attentes parentales concernant le soin de leur enfant et comment les urgences pédiatriques peuvent représenter parfois la seule alternative.

De même l'analyse des considérations sur les permanences médicales est indispensable afin de comprendre pourquoi cette alternative n'a pas été envisagée par les parents de l'échantillon étudié.

2.7.1. Médecin généraliste

Cette partie de l'analyse thématique concerne uniquement les entretiens mentionnant un suivi de l'enfant par un médecin généraliste.

2.7.1.1. Perceptions positives

Disponibilité du médecin :

- **E2** « *Elle m'a toujours rappelé et elle m'a soit reçu rapidement soit orienté* »
- **E3** « *oui pour ça c'est top, globalement on est vu le jour même, grand maximum le lendemain* »

Relationnel de qualité :

Plusieurs parents décrivent un relationnel de qualité avec le médecin généraliste de leur enfant :

- **E2** « *J'ai un très bon rapport avec elle* »
- **E3** « *humainement le rapport est super (...) un côté beaucoup plus humain, beaucoup plus accueillant, plus compréhensif* »
- **E5** « *j'ai un très bon rapport avec lui c'est un vrai médecin de famille* »

Rapport de Confiance :

Le rapport de confiance envers le médecin généraliste de l'enfant s'exprime de façon différente selon les parents.

Pour la maman de **E3**, la confiance est synonyme de familiarité avec le médecin :

- « *Il y a aussi un côté rassurant à voir quelqu'un qu'on connaît* »

Pour la maman de **E2**, c'est la compétence professionnelle du médecin qui inspire un sentiment de confiance :

- « *Elle les examine bien et elle s'en occupe bien* »

2.7.1.2. Perceptions négatives

Indisponibilité du médecin généraliste :

Pour la maman de **E2**, la difficultés des nouvelles modalités de prise de rendez-vous, rend son médecin moins disponible qu'auparavant :

- « *Par contre depuis l en ce qui se passe c'est qu'on doit prendre rendez-vous sur Doctolib (...) c'est assez le bordel (...) C'est un répondeur et elle rappelle, je ne m'en sors pas* »

Dans les entretiens **E7** et **E13** en revanche, les parents décrivent une réelle indisponibilité du médecin généraliste à recevoir rapidement leur enfant :

- **E7** : « *C'est pareil pour mon médecin traitant à moi, quand je lui demande pour les enfants ce n'est pas possible non plus*
- **E13** : « *Ce n'est pas toujours facile d'avoir un rendez-vous aussi rapidement qu'on le voudrait... parfois il faut attendre quelques jours* »

Compétences limitées :

Au cours de l'analyse des entretiens, aucun parent n'évoque un manque de compétence médicale au sens large concernant le médecin généraliste de leur enfant. Néanmoins les limites dans le domaine de la pédiatrie sont plusieurs fois exprimées au cours des entretiens :

- **E3** : « *Pour les enfants j'ai pu penser à certain moment que sur le plan technique il était un peu limite ça reste un médecin généraliste ce n'est pas sa spécialité les enfants* »
- **E13** : « *il n'a pas la capacité de gérer certains problèmes qui concernent vraiment la pédiatrie (...) Je lui fais beaucoup moins confiance qu'à un pédiatre* »

2.7.2. Le pédiatre

Cette partie de l'analyse thématique concerne uniquement les entretiens mentionnant un suivi pédiatrique de l'enfant.

2.7.2.1. Perceptions positives

Disponibilité du pédiatre :

La disponibilité est une qualité du pédiatre assez fréquemment retrouvée au cours des entretiens. Plus que la disponibilité elle-même, c'est la définition donnée par les parents d'un « pédiatre disponible » qui interroge :

La maman de l'entretien **E6** est la seule à définir son pédiatre comme étant systématiquement disponible le jour même et à n'éprouver aucune difficulté à le consulter :

- *« Disponible toujours à l'heure, elle nous prend systématiquement le jour même »*

Les parents des entretiens **E9** et **E11** décrivent également un pédiatre dans l'ensemble disponible, mais sont plus mesurés :

- **E9** : *« Oui oui en général je peux la voir »*
- **E11** : *« quand elle est malade elle essaye au moins le jour même où le lendemain (...) elle fait tout pour en tout cas »*

Pour d'autres parents, un pédiatre disponible l'est avant tout dans sa démarche à se rendre disponible aux besoins de consultation urgent, à défaut de pouvoir profiter ou non de cette disponibilité. La mise en place de créneaux d'urgence est plusieurs fois évoquée :

- **E1** : *« Elle nous cale sur des créneaux d'urgences (...) Soit elle nous aurait pris, soit elle nous aurait conseillé quoi faire »*
- **E4** : *« Je peux la voir sur des créneaux d'urgences qu'elle se garde au cas où, je n'ai jamais eu de soucis pour ça »*
- **E12** : *« C'est un pédiatre qui arrive à se libérer (...) il y a des créneaux d'urgences qu'il faut attraper dès le matin à 8h30 »*

Bon relationnel :

Plusieurs parents décrivent la qualité du relationnel partagée avec le pédiatre de leur enfant :

- **E1** : « *C'est une pédiatre, on a un très bon rapport...* »
- **E4** : « *Mon pédiatre traitant est très très bien* »
- **E14** : « *très très bien on la voit surtout pour les consultations de suivi* »

Rapport de confiance :

Un rapport de confiance envers le pédiatre est évoqué par plusieurs parents :

- **E1** : « *On est en confiance quand on va chez elle* »
- **E10** : « *C'est un rapport de confiance, un rapport qui est très bon* »

Dans l'entretien **E4**, le rapport de confiance se traduit en termes affectueux à l'encontre du pédiatre :

- « *J'ai même tendance à trop vouloir la voir elle, Je l'aime trop je me fis qu'à elle* »

Un suivi médical :

La qualité du suivi pédiatrique de leur enfant est plusieurs fois évoquée par les parents au cours des entretiens. Une individualisation de la prise en charge, la consultation du carnet de santé et le suivi familial sont notamment décrits :

- **E1** : « *C'est vrai qu'elle connaît très bien les particularités de notre fille* »
- **E8** : « *Ils posent beaucoup plus de questions sur l'enfant, sur la chronologie, ils consultent le carnet de santé* »
- **E12** : « *cela fait 3 ans qu'elle suit notre enfant et puis le deuxième aussi qui a quelques mois* »
- **E13** : « *Dans un cabinet de pédiatre il y a vraiment un meilleur suivi* »

Compétences médicales :

La compétence médicale du pédiatre se définit différemment selon les parents. Prise en charge globale, technicité et ancienneté d'exercice sont évoquées :

- **E9** : « *Je la trouve très technique* »
- **E8** : « *il y a toujours un check up complet, il pose toujours beaucoup de question sur les habitudes...c'est très complet* »
- **E12** : « *Notre pédiatre ça fait 30 ans qu'elle exerce* »

Temps accordé :

Dans 2 entretiens, les parents apprécient le temps de consultation offert par leur pédiatre. Ce constat fait écho au manque de considération rencontré par ces mêmes parents lors de leur passage aux urgences.

- **E8** « *Chez le pédiatre ils prennent plus le temps (...) il passe au moins 20/25 minutes en consultation même des fois plus* »
- **E9** « *j'ai l'impression que le pédiatre il prend plus le temps* »

2.7.2.2. Perceptions négatives

Indisponibilité du pédiatre :

Pour le papa de l'entretien **E10**, l'évocation de créneaux d'urgences traduit l'indisponibilité du pédiatre tant ces consultations sont difficiles à obtenir :

- *Le seul souci ça va être la disponibilité et la possibilité d'obtenir un créneau d'urgence sur la journée (...) tous les jours le matin à 8h30 il met des créneaux d'urgences mais à 8h32 il y en a plus* »

Dans l'entretien **E13**, l'indisponibilité est celle de la profession :

- « *C'est très problématique, c'est que je n'ai pas de pédiatre qui suit mon enfant* »

Dans l'entretien **E7**, l'indisponibilité concerne les consultations non programmées :

- « *Alors ma fille a un pédiatre qu'elle voit une fois par an juste pour un contrôle comme ça (...) après quand ils sont malades c'est difficile* »

Mauvais relationnel :

Les critiques concernant le pédiatre sont rares et semblent concerner davantage une absence de proximité qu'un doute sur les compétences :

- **E3** : « *il est très bon comme médecin hein mais bon le côté humain c'est pas trop ça* »
- **E5** : « *Il a un pédiatre à Aix avec qui je n'ai pas spécialement de bons rapport (...) lui il est bon pour faire des vaccins et les visites programmées et c'est tout quoi (...) pour moi le pédiatre c 'n'est pas le médecin de famille de confiance* »

2.7.3. Les permanences médicales

2.7.3.1. Connaissance du réseau de permanence médicale autour d'Aix-en-Provence

La maman de l'entretien **E1** est le seul parent de l'échantillon étudié à ignorer totalement l'existence et le fonctionnement des structures de type permanences médicales :

- « *On n'y a jamais eu affaire (...) je ne sais même pas ce que c'est (...) On vit à la campagne donc je crois pas qu'il y en ait autour de chez nous* »

Dans 3 entretiens, le fonctionnement de ces structures est connu mais les parents ignorent le réseau présent autour d'Aix-en-Provence :

- **E8** : « *Non pas du tout, je n'y ai pas pensé et je sais même pas si à Aix il y en a* »
- **E11** : « *Je crois qu'il y en a une à côté de mon pédiatre justement* »
- **E14** : « *J'en connais une, enfin ma compagne la connaît, je ne me souviens plus où elle est en plus* »

Par ailleurs, l'analyse des entretiens permet de mettre en évidence un réseau de permanence médicale connu, au moins en partie, par la majorité des parents :

Permanences médicales citées par les parents	Entretien correspondant
Permanence médicale Ultra Med Tholonet	E2, E4, E5, E12, E13
Permanence médicale de Vitrolles	E7
Permanence médicale de Peyrolles	E2, E3, E9
Permanence médicale à d'Aix-en-Provence	E2, E3, E4
Permanence médicale de l'Estaque	E7
Permanence médicale de Gardanne	E7, E9
Permanence médicale de Saint Canat	E4
Permanence médicale du Pont de l'Arc	E13

Il est important de noter que dans les entretiens **E6** et **E10**, les parents mentionnent la connaissance de permanences médicales sans les citer géographiquement :

- **E6** : « *Pour la grande on a consulté en permanence médicale* »
- **E10** : « *On a réfléchi à aller à la permanence médicale* »

2.7.3.2. Perceptions positives des permanences médicales

L'analyse thématique des entretiens souligne une appréciation au moins partiellement positive des permanences médicales chez **10 des 14 parents interrogés**.

Néanmoins il est intéressant de remarquer que cette image positive concerne la vision globale des permanences médicales.

Le désengorgement des services d'urgences et l'offre d'une solution alternative en cas de besoin sont les 2 principales qualités décrites par les parents.

En revanche, aucun parent (à l'exception de l'entretien **E4**) n'émet un avis positif de ces structures en lien avec leur expérience personnelle concernant le soin de leur enfant.

Alternative au médecin traitant :

- **E6** : « *C'est une bonne alternative pour quand le pédiatre n'est pas disponible et qu'on a quand même besoin de voir un médecin* »
- **E10** : « *j'ai l'impression que c'est une très bonne alternative* »
- **E13** « *Ils dépannent énormément (...) par rapport à la difficulté d'avoir un pédiatre ou même de consulter rapidement un médecin, c'est sûr que c'est très bien* »

Désengorgement des services d'urgence :

- **E3** : « *Je trouve que c'est bien, ça permet de désengorger les urgences, ça offre une possibilité en plus* »
- **E2** : « *Ça soulage bien les urgences* »
- **E14** : « *Avoir une garanti d'être vu et surtout éviter l'engorgement des urgences* »

Cas particulier de l'entretien E4 :

La maman de l'entretien E4 est le seul parent interrogé ayant une vision entièrement positive des structures de type permanence médicale. Elle avoue y avoir recours pour sa fille et en être satisfaite, elle a juste « zappé » ce jour-là :

- « *Franchement je trouve ça super (...) ma fille a déjà consulté là-bas* »

Elle est par ailleurs le seul parent à évoquer des qualités comme les horaires d'ouverture élargis et la possibilité d'accès à un plateau technique dans certaines permanences médicales :

- « *Je sais qu'il y en a qui peuvent faire des choses en plus, radio, sutures même prise de sang je crois* »
- « *Elles ouvrent à des heures correctes, ça ferme plus tard qu'un cabinet classique* »

2.7.3.3. Perceptions négatives des permanences médicales

L'analyse thématique des entretiens nous montre une perception plus négative des structures de type permanences médicale de la part des parents lorsqu'il s'agit d'une utilisation pour le soin de leur enfant.

Ils décrivent des structures avec un temps d'attente souvent interminable et une prise en charge pédiatrique peu adaptée.

Le temps d'attente :

L'attente décourage de nombreux parents à consulter ce genre de structure :

- **E2** : « *Il y a beaucoup d'attente, quand j'y suis allé il y avait 4h d'attente* »
- **E9** : « *Le problème c'est que c'est trop engorgé* »
- **E11** : « *il y a des heures et des heures d'attente (...) c'est comme à la boucherie on prend un ticket et on attend* »

Pour certains parents ce temps d'attente est particulièrement difficile à vivre avec un enfant en bas âge :

- **E14** : « *Faire attendre un enfant de 2 ans ou 3 ans pendant 2 ou 3 heures vraiment même si ce n'est pas grave c'est impossible quoi* »
- **E5** : « *Franchement attendre en salle d'attente des heures avec un bébé ou un enfant en bas âge ce n'est pas facile* »
- **E8** : « *Pour les enfants en bas âge j'ai un doute j'ai l'impression que ce n'est pas adapté (...) l'enfant il tient pas en place* »

Les urgences pédiatriques représentent parfois une alternative plus rapide :

- **E8** : « *C'est très très long, même plus long que les urgences* »
- **E13** : « *j'ai peur que l'attente soit au final plus longue qu'aux urgences* »
- **E11** : « *Il y a des heures et des heures d'attente et au final on finit toujours aux urgences* »

Une prise en charge pédiatrique inadaptée :

La maman de l'entretien **E5** souligne une inadaptation pédiatrique de ces structures puisqu'une d'entre elle n'a pas pris en charge son nourrisson de 5 mois :

- « *Ils ne le prennent pas à 5 mois, ils m'ont dit on les prend à partir de 6 mois* »

Dans l'entretien **E8**, la maman confie qu'une permanence médicale lui a déconseillé de venir :

- « *J'ai l'impression que les enfants ils n'ont pas trop envie de les voir aussi (...) on m'a dit vous savez les médecins ce n'est pas des pédiatres les bébés et les enfants ils savent pas trop faire...si vous pouvez éviter de venir* »

La qualité de la prise en charge pédiatrique est également soulignée par certains parents :

- **E10** : « *Je trouve que chez l'enfant l'adaptation à l'historique de l'enfant est fondamentale (...) ça on ne l'a pas du tout dans ces structures* »
- **E12** : « *je n'ai pas eu un bon ressenti, les médecins sont pas trop adaptés aux enfants j'ai l'impression* »
- **E3** : « *Je dois avouer je n'ai pas été satisfaite de la prise en charge* »

2.8. Appréciation générale des urgences pédiatriques d'Aix-en-Provence

Cette partie de l'analyse thématique étudie les considérations générales des urgences pédiatriques par les parents sans lien avec l'épisode médical en question.

En effet, il ne s'agit plus ici de décrire l'anticipation des urgences par les parents ou les motifs de satisfaction de prise en charge.

Cette vision générale des urgences pédiatriques confrontée notamment à celle des permanences médicales sus décrites apporte des éléments essentiels pour comprendre l'alternative choisie.

En effet, si les considérations générales des permanences médicales sont mitigées, celles sur les urgences pédiatriques sont quasi unanimes. Seul l'entretien **E9** parle du « *désavantage majeur de l'attente* »

2.8.1. Les urgences pédiatriques comme prise en charge idéale

2.8.1.1. L'accueil

Les entretiens montrent que la qualité de l'accueil reçu aux urgences pédiatriques fait partie des critères d'évaluation des parents. Le personnel chaleureux d'Aix-en-Provence est plusieurs fois mentionné :

- **E2** : « *C'est bien organisé* »
- **E5** : « *C'est tout ce côté familial, cocooning qu'on a nulle part ailleurs qu'aux urgences* » »
- **E10** : « *on est sûr qu'on est en face des médecins bienveillants* »

2.8.1.2. Une prise en charge totale

La notion de prise en charge totale ou « *globale à 100%* » comme le décrit l'entretien **E5** par exemple, pour qui les urgences pédiatriques représentent « *le must* », est décrite plusieurs fois au cours des entretiens. Cette vision de complétude de soins dans un lieu unique est un critère d'appréciation essentiel des parents. A titre d'exemple :

- **E1** : « *C'est vrai qu'on a tout ce dont on a besoin et toutes les spécialités à portée de main* »
- **E6** : « *ils ont tout ce qu'il faut* »
- **E10** : « *il y a tout le matériel pour prendre le relai* »

2.8.1.3. Une prise en charge efficace

Plus que l'accessibilité au plateau technique, c'est la rapidité des potentiels résultats obtenus qui traduit l'idéalisation de la prise en charge aux urgences pédiatriques :

- **E1** « *les analyses sont instantanées* »
- **E2** : « *Ils ont des résultats vites c'est mieux* »
- **E3** : « *de manière générale, le principal avantage des urgences (...) cette possibilité d'avoir tout sur place rapidement* »

2.8.2. Les urgences pédiatriques comme réponse à l'impuissance parentale

Dans certains entretiens, les parents décrivent les urgences pédiatriques comme la meilleure réponse à une forme d'impuissance. Le manque d'expérience, les difficultés liées à l'âge ou encore la prématurité conduisent les parents à consulter plus facilement aux urgences pédiatriques :

- La maman de l'entretien **E1**, concernant son enfant prématuré : « *C'est vrai que dès qu'il y a quoi que ce soit, on est quand même plus à même de consulter aux urgences* »
- **E5** : « *Un bébé c'est vrai qu'il ne parle pas, il s'exprime pas donc pour les tout petits c'est vrai qu'on a tendance à plus tendance à consulter aux urgences* » « *en tant que parents on n'est pas médecin* »
- **E3** : « *Pour mon premier (...) en tant que jeune maman pas expérimentée je suis allée aux urgences.* »
- **E8** : « *On était démuni* »

2.8.3. Les urgences pédiatriques comme réponse au stress parental

L'inquiétude parentale générée par les symptômes de leur enfant a été thématifiée précédemment, lors de la gestion de l'épisode médical motivant le recours aux urgences.

Il s'agit donc ici de décrire les certitudes, évoquées par les parents en demande de réassurance, de trouver les réponses attendues aux urgences pédiatriques.

Cette thématique est la conséquence de la précédente : La prise en charge idéale aux urgences pédiatrique devient la meilleure réponse au stress parental.

2.8.3.1. La sécurité

Plusieurs parents décrivent également un sentiment de sécurité lié à leur seule présence aux urgences pédiatriques, La surveillance de leur enfant et la présence bienveillante du personnel infirmier sont notamment évoquées :

Le personnel infirmier :

- **E5** : « *Même s'il y a de l'attente pour voir un médecin, on se sent en sécurité, les infirmiers s'en occupent* »
- **E2** : « *Un infirmier prend en charge l'enfant tout de suite, il nous pose des questions, notre enfant est pesé, mesuré* »

La surveillance médicale :

- **E1** : « *Pour nous c'est plus sécuritaire* »
- **E6** : « *je sais que dans tous les cas (...) ils vont le garder 2/3 heures juste pour surveiller si elle mange* »

2.8.3.2. La réassurance parentale

Le champ lexical de la réassurance est largement retrouvé au cours de l'analyse thématique des entretiens, témoin direct de la considération générale des urgences pédiatrique comme réponse au stress parental. A titre d'exemple :

- **E7** : « *On nous rassure* »
- **E9** : « *être rassurée* »
- **E11** : « *On est rassuré plus vite* »

Il est intéressant de remarquer que pour certains parents, cette notion de réassurance est la raison essentielle du recours aux urgences. Plusieurs parents disent venir essentiellement chercher une réponse à leur stress :

- **E1** : « *alors nous ça a pu nous arriver de nous déplacer aux urgences alors que notre fille allait très bien ou pas quelque chose qui nécessitait une consultation aux urgences mais à cause du stress (...) et bien on est allé aux urgences* »
- **E8** : « *La pédiatrie c'est particulier, c'est-à-dire que oui on stresse, oui des fois les consultations sont parfois inutiles, oui on est demandeur de soin...* »

Les parents des entretiens **E3** et **E5** évoquent le recours aux urgences pédiatriques comme une forme de « consultation parentale par procuration » :

- **E5** : « *Quand on vient aux urgences on nous prend en charge nous aussi en tant que parents* »
- **E3** « *si c'est quelque chose qui ne m'impacte pas qui ne me stresse pas je vais aller en permanence mais dès que j'entre dans un sentiment d'inquiétude personnelle il y a que les urgentes qui peuvent me rassurer* »

2.8.4. Les urgences pédiatriques : une alternative de consultation ambulatoire

La maman de l'entretien **E6**, décrit cette « *impression d'être dans une salle d'attente de cabinet classique* » lorsqu'elle patiente aux urgences pédiatriques.

En marge de la prise en charge idéale, de la réponse à l'impuissance ou au stress, les urgences pédiatriques revêtent également une fonction beaucoup moins spécifique : celle d'une simple alternative plus ou moins assumée à la médecine ambulatoire :

- **E10** : « *Je considère les urgences pédiatriques tout simplement comme un relai de la pédiatre* »
- **E11** : « *normalement c'est les urgences et uniquement les urgences maintenant je dirai que de plus en plus c'est plutôt un bon complément du médecin traitant* »
- **E14** : « *Je vois ça (les urgences pédiatriques) (...) quand les médecins ou les pédiatres ne sont pas disponible* »

2.8.5. Autocritique parentale du recours aux urgences pédiatriques

Cette thématique est délicate à traiter. La conscience de demande de soins non appropriés aux urgences peut-elle freiner la démarche parentale ou est-elle balayée au nom de la responsabilité parentale ?

L'analyse des entretiens montre que certains parents légitiment leur venue lorsqu'il parle de « *leur* » enfant, indépendamment des symptômes :

- **E8** : « *Je ne me sentirai jamais illégitime ou avoir un comportement inapproprié d'avoir voulu montrer mon enfant à un médecin ...les urgences restent une solution et j'ai aucune culpabilité à venir* »

- **E13** : « *je ne me sentais pas du tout illégitime d'avoir besoin d'une consultation pédiatrique pour mon fils* »

D'autres parents ont conscience d'un recours inapproprié lorsqu'ils évoquent le motif de consultation :

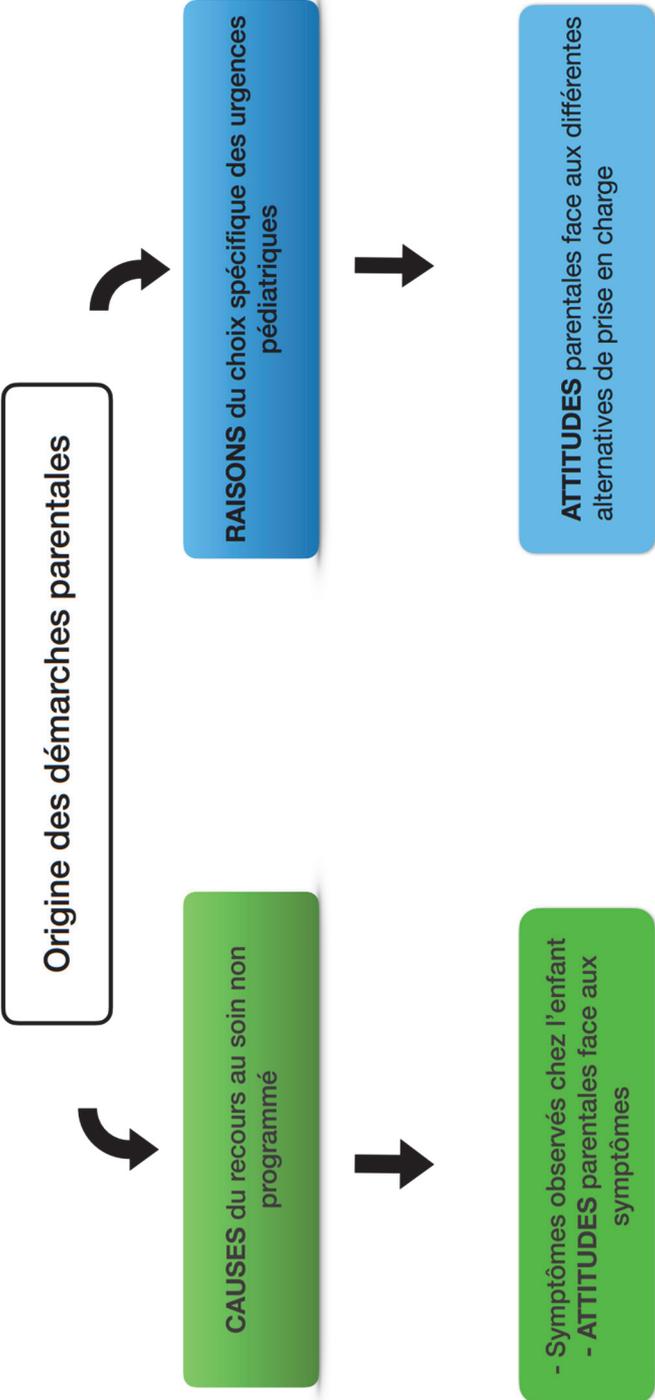
- **E4** « *C'est vrai que quand je suis arrivée je me suis excusée et j'ai dit que je pensais pas ce motif de consultation là nécessitait une prise en charge aux urgences* »

- **E14** : « *on s'est dit c'est dommage parce que juste pour une petite otite on est allé aux urgences alors qu'un médecin généraliste aurait très bien pu le voir aussi. Donc pas illégitime ou mal à l'aise mais vraiment se dire dommage d'en arriver là* »

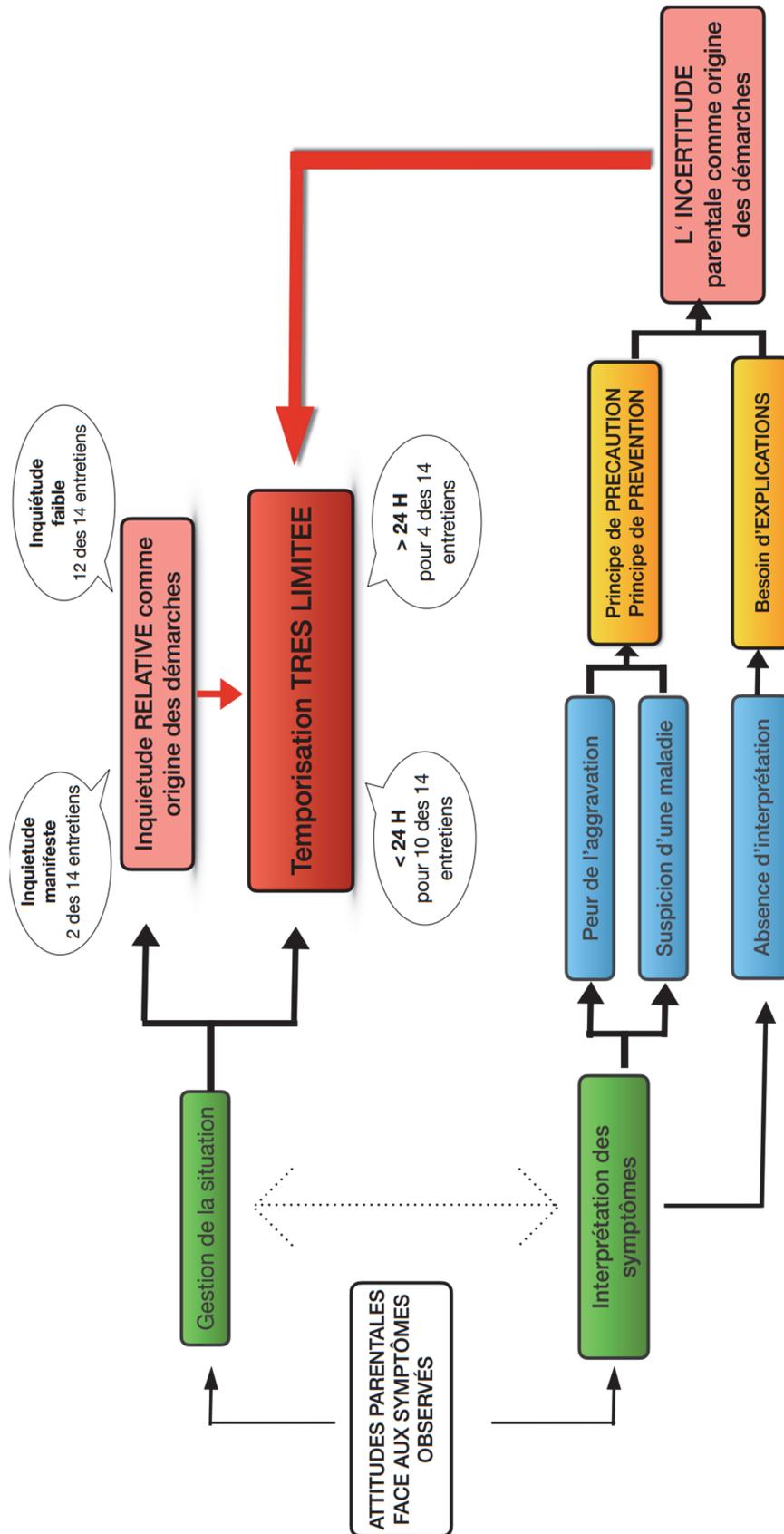
- **E9** : « *Oui oui bien sûr quand je vois dans quel état des petits ou des bébés arrivent, je me dis que venir pour des boutons ça sert à rien* »

3. Modélisation des résultats

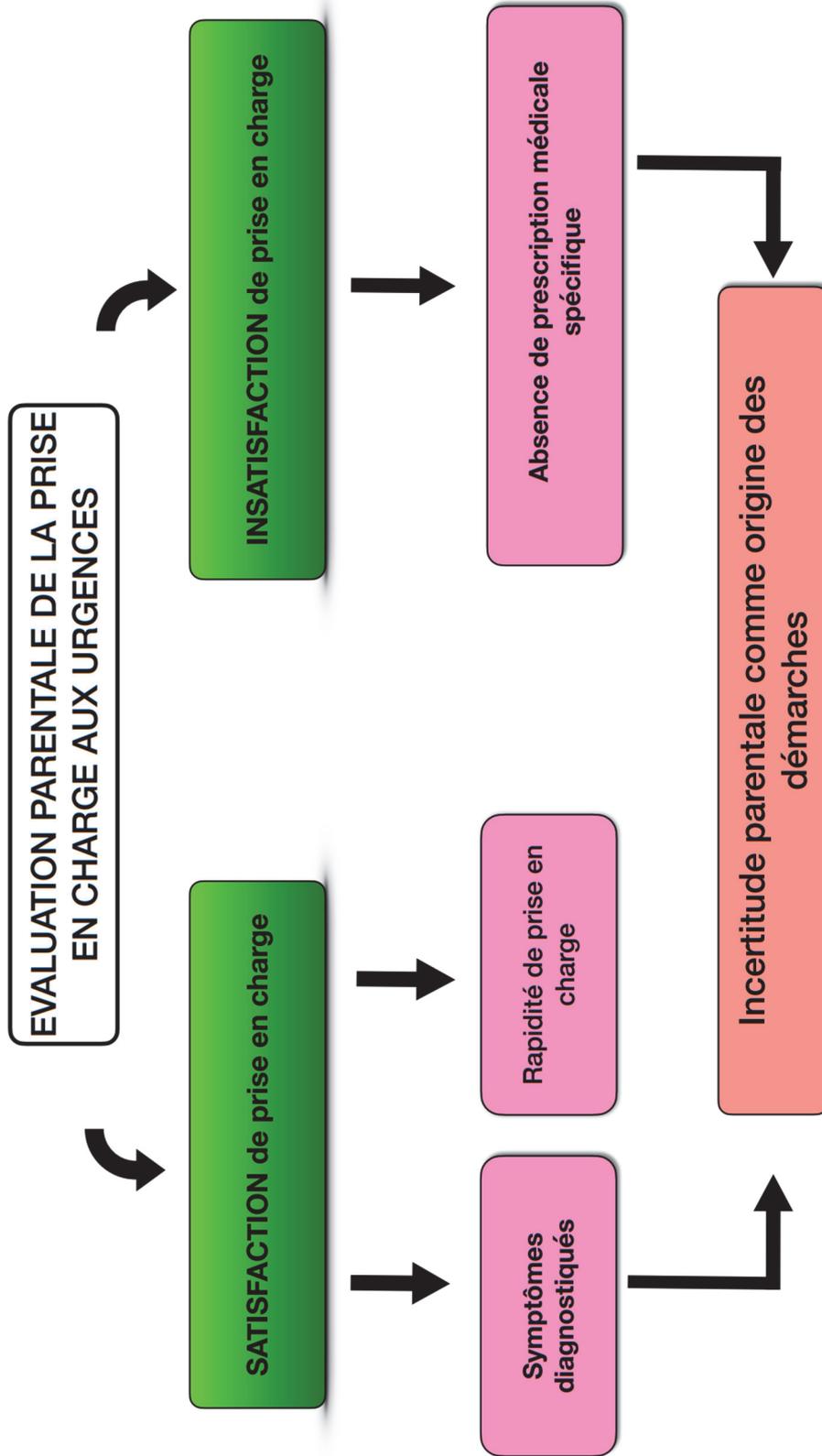
Carte mentale 1



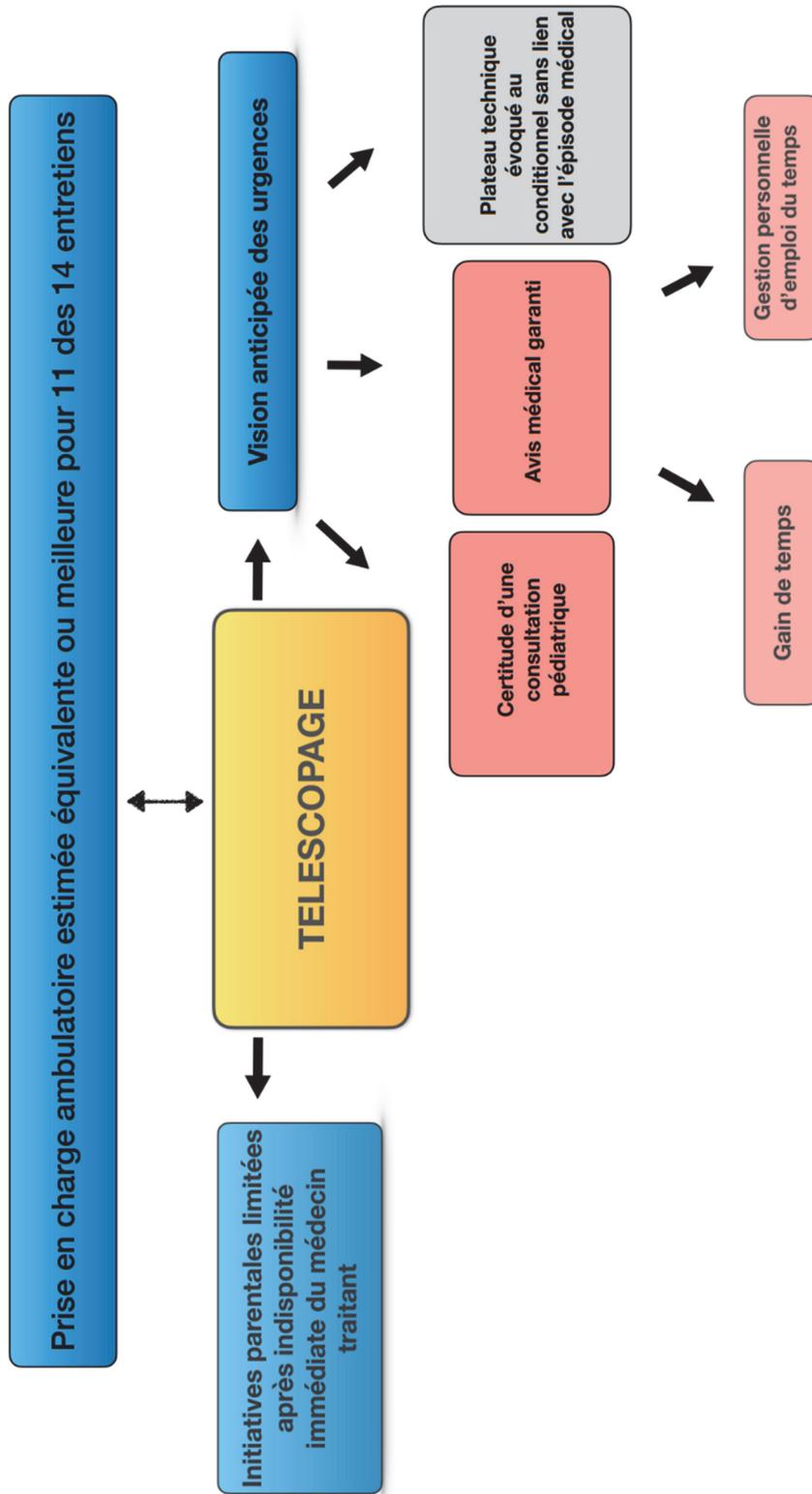
Carte mentale 2



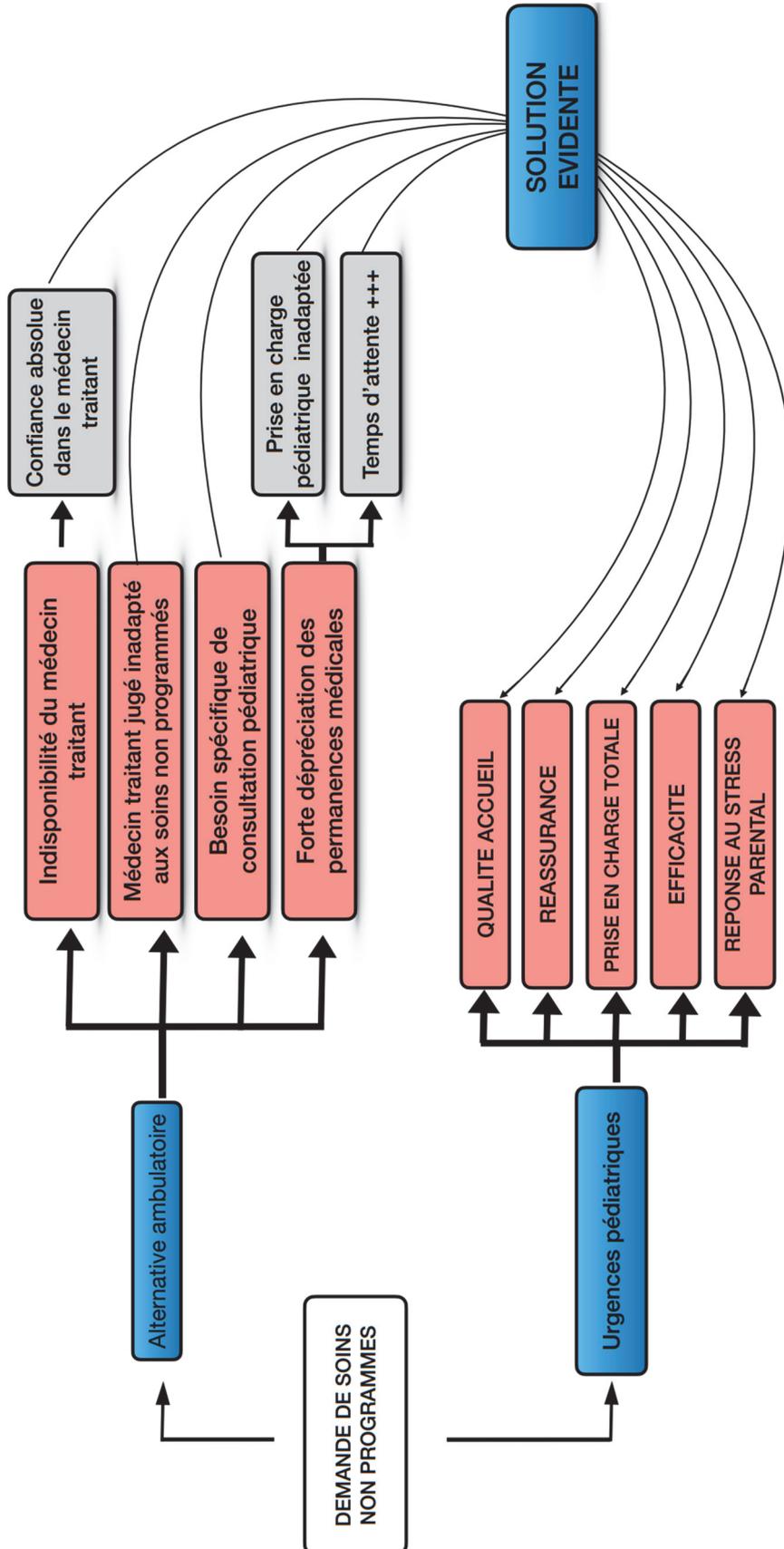
Carte mentale 3



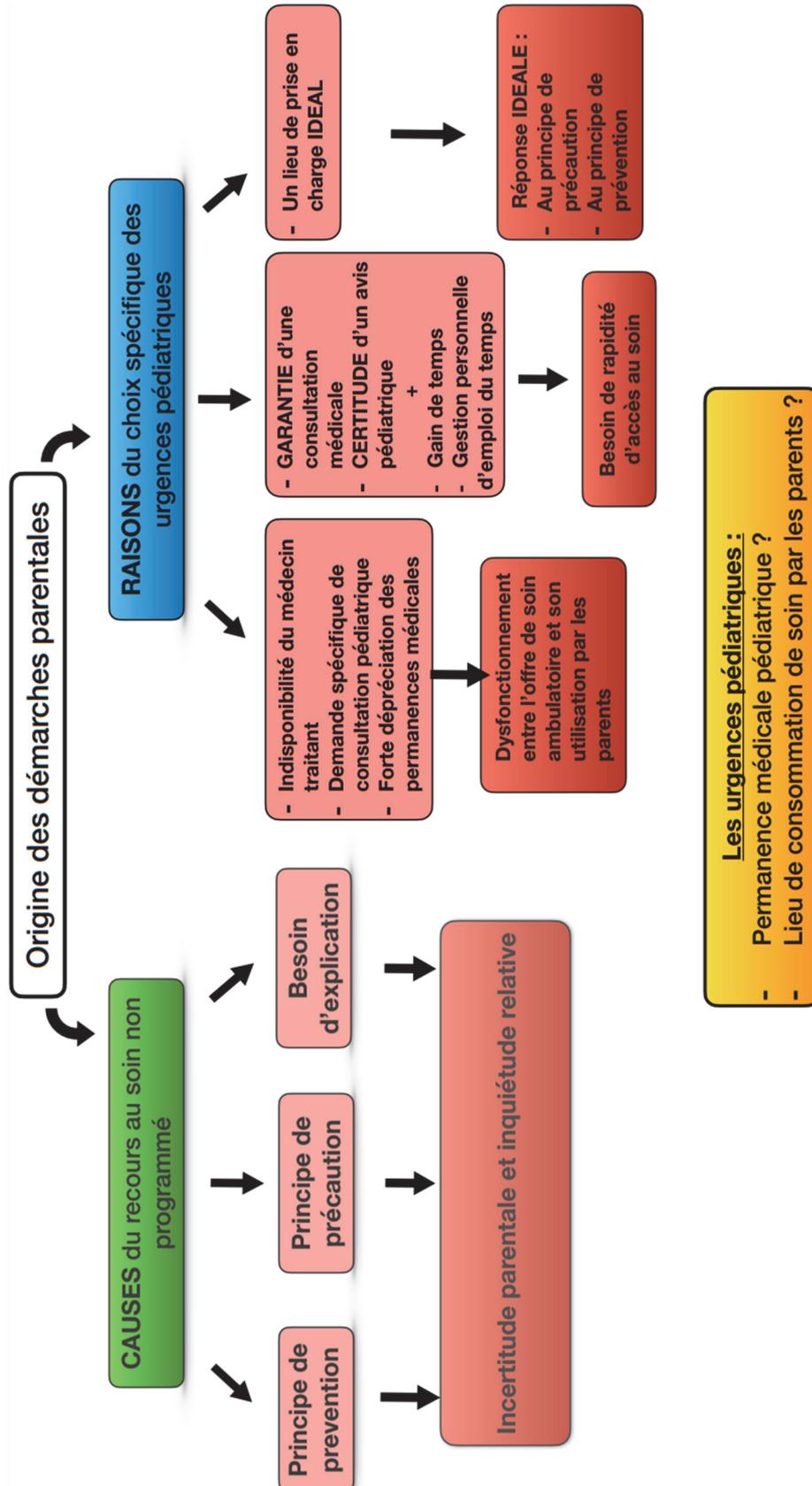
Carte mentale 4



Carte mentale 5



Carte mentale 6



Discussion

1. Les limites et les forces de l'étude

1.1. Recrutement de l'échantillon

Un biais propre aux études qualitatives est le faible effectif de l'échantillon qui a pu entraîner un biais de recrutement :

- La participation à l'étude était basée sur le volontariat, illustrant le biais d'auto-sélection des participants.
- Les difficultés de recrutement en milieu médical, où la population cible, préoccupée par le soin immédiat, laisse légitimement au second plan les préoccupations de recherche.
- La prise de contact téléphonique avec la population cible a également entraîné un biais de recrutement (numéro de téléphone non attribué, absence de réponse, absence de créneaux disponibles pour la réalisation de l'entretien, parents ayant changé d'avis et ne désirant plus participer à l'étude...)
- Le recrutement de la population cible sur un seul et même site, les urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Aix-en-Provence.

1.2. La saturation des données

Cet échantillon a permis d'atteindre la saturation des données limitant ainsi le biais de recrutement. Cette saturation des données, bien qu'elle soit une notion subjective, renforce la validité externe de l'étude.

1.3. Inexpérience de l'investigateur dans la technique des entretiens semi-dirigés

La réalisation d'entretiens semi-dirigés était une première expérience pour le chercheur ce qui a pu entraîner un biais d'investigation.

Il est difficile de savoir si les questions et les relances de l'investigateur sont de qualité ou non car elles sont toutes subjectives.

Lors de la réalisation des entretiens, le défaut du temps de silence laissé aux interviewés, comblé par des relances inadaptées ou trop directives a pu appauvrir ou influencer le discours spontané des parents. À l'opposée, l'absence de relance à certains moments clé de l'interview a pu causer une perte d'information.

Cependant les compétences de l'investigateur ont pu évoluer au cours des entretiens afin de limiter ce biais. Le guide d'entretien a légèrement évolué au cours de l'étude constituant une preuve de réflexivité pour améliorer la richesse des entretiens.

1.4. Conditions des entretiens

La réalisation des entretiens par téléphone a entraîné plusieurs biais dans la collecte des données. Si certaines interjections ou hésitations ont pu être relevées lors des conversations téléphoniques, les mimiques et les comportements physiques des interviewés n'ont pas pu être étudiés. L'absence de contact visuel avec l'investigateur a également pu créer une certaine distance, freinant les interviewés dans la qualité des informations délivrées.

La réalisation des entretiens plusieurs jours après le passage aux urgences a pu engendrer un biais de mémorisation par les parents. Néanmoins, la réalisation des entretiens dans les 15 jours suivant le passage aux urgences a permis de limiter ce biais.

Les entretiens ont été enregistrés. Cette information délivrée aux interviewés a pu en gêner certains et modifier certaines réponses malgré l'assurance de l'anonymat.

1.5. L'information délivrée par les parents

Les interviewés savaient que l'enquêteur était un médecin généraliste, ce qui a pu influencer les réponses et les informations délivrées. En effet les interviewés ont pu supposer certaines attentes de la part du médecin et donc modifier leur discours afin d'y correspondre.

Cela correspond au biais de désirabilité où le risque est que l'investigateur fasse dire à l'interviewé ce que ce dernier n'aurait peut-être pas tout seul affirmé.

Le questionnaire de recrutement aux urgences introduisait brièvement le sujet de l'étude. Les interviewés savaient donc que l'étude s'intéressait aux motifs de consultation aux urgences pédiatriques gérables en médecine ambulatoire. Cela a pu amener les parents à déformer intentionnellement ou non leur discours en faveur d'une justification de leur venue aux urgences pédiatriques.

Cependant il a bien été précisé à chaque début d'entretien que tout pouvait être dit et que le ressenti de chacun était important à recueillir. Au cours de chaque entretien, l'investigateur a veillé à adopter une attitude compréhensive et dénuée de jugement afin que les interviewés se sentent libres d'exprimer leur point de vue.

Ces biais d'informations sont inhérents aux études qualitatives où la subjectivité donnée au discours, révélatrices d'informations singulières, présente toutefois des limites.

1.6. La triangulation

L'interprétation des données a été réalisée par un seul investigateur. Aucune triangulation supplémentaire n'a été réalisée, diminuant ainsi la validité des résultats.

Cette absence de triangulation de données qualitatives, uniquement verbales et non quantifiables, implique une certaine subjectivité de l'investigateur qui a pu fausser les résultats par biais d'interprétation.

1.7. L'originalité de l'étude

La principale force de l'étude réside dans le choix de la méthode qualitative qui semblait la plus adaptée à notre étude. En effet, elle est particulièrement adaptée à l'étude des émotions, des opinions, des comportements ou des pratiques des individus.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés et l'utilisation de questions ouvertes ont permis d'éviter d'influencer ou d'orienter les enquêtés, renforçant la validité interne de l'étude.

2. Principaux résultats

Cette étude consistait à analyser et comprendre les origines des démarches parentales influençant le recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences.

Pour cela nous nous sommes intéressés aux sciences du comportement issues du *béhaviorisme* appelé également comportementalisme, qui synthétise l'étude du comportement par la fonction suivante : $R = f(I \cdot M)$ qui peut se traduire ainsi : un comportement est le résultat de la fonction de l'interaction d'un Individu avec son environnement ou son Milieu (19) (20). Il s'agissait donc dans notre étude de comprendre le comportement de l'individu « parent » en interaction avec le milieu que constitue l'offre de recours aux soins non programmés.

Le comportement se définit comme l'action qui traduit concrètement l'attitude de la personne. Le concept d'attitude est la clé de voûte de toute analyse relevant de la psychologie de l'individu. L'attitude est une disposition à évaluer négativement ou positivement, favorablement ou défavorablement une classe d'objet. (21) (22)

La modélisation des résultats a permis de dégager 2 formes d'attitudes parentales : l'attitude face aux symptômes, qui permet de comprendre les causes du recours aux soins non programmés et l'attitude face aux différentes alternatives de prise en charge qui permet de comprendre les raisons du choix spécifique des urgences pédiatriques.

Les principaux résultats font l'objet d'une discussion en 2 parties : la pierre angulaire représentée par la médecine ambulatoire dans le recours aux urgences pédiatriques, puis l'analyse des comportements parentaux.

2.1. La médecine ambulatoire, pierre angulaire du recours aux urgences pédiatriques.

Les résultats de notre étude illustrent qu'un dysfonctionnement, entre l'offre de soin ambulatoire et son utilisation par les parents, est à l'origine du recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences. On peut distinguer 4 axes majeurs :

- Le manque de disponibilité immédiate du médecin traitant.
- La demande de consultations spécifiquement pédiatriques.
- L'incidence du degré de confiance envers le médecin traitant.
- La répercussion de l'appréciation des permanences médicales.

L'indisponibilité du médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre) à recevoir l'enfant dans le délai souhaité est une situation majoritairement retrouvée dans notre étude puisqu'elle concerne **9 des 14 entretiens**.

Il est important de noter que la temporisation est très limitée après l'échec de rendez-vous immédiat avec le médecin traitant. L'ensemble des parents consulte aux urgences pédiatriques le jour même, dans les heures qui suivent l'échec de consultation ambulatoire. Un seul parent (**E11**) consulte 24 heures après mais ne renouvelle pas la demande de consultation auprès du médecin traitant.

Par ailleurs, seulement 4 des parents interrogés (**E3, E8, E10 et E14**) cherchent une alternative ambulatoire après l'échec auprès du médecin traitant (2 parents tentent de contacter une permanence médicale et 2 parents tentent d'obtenir une consultation dans un autre cabinet médical)

La littérature met en avant le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des soins non programmés de l'enfant. En effet, 85 % des consultations pédiatriques de ville se font chez un médecin généraliste souligne un rapport établi en 2021 à la demande du ministère de la santé. Mais selon un rapport de la DRESS en janvier 2020, la majorité des médecins généralistes (55 %) ne pouvait répondre qu'à moins de la moitié des demandes de soins non programmés tout âge confondu. (23) (3)

Ces données bibliographiques sont à nuancer avec les résultats de notre étude puisque le suivi des enfants par un médecin généraliste était minoritaire.

11 des 14 enfants de notre échantillon étaient suivis exclusivement ou en partie, par un pédiatre. La moitié des parents de notre étude (**7 des 14 entretiens**) ont dû faire face à l'indisponibilité de leur pédiatre.

Cette indisponibilité des pédiatres se vérifie à l'échelle nationale. Une enquête réalisée en 2015 sur la prise en charge des soins non programmés, mettait en évidence que 59,9 % des pédiatres interrogés avaient refusé au moins un enfant en demande de soin non programmés par manque de place, soit 2,2 enfants par pédiatre et par jour. (24)

Il apparaît dans notre étude que plusieurs parents (**E6, E10, E13**) continuent de privilégier le recours exclusif à un pédiatre lorsque leur enfant est malade alors même que parfois l'enfant ne peut être suivi par un pédiatre faute de disponibilité de la profession comme le déplore **E13**. Les urgences pédiatriques représentent alors la seule alternative envisagée, c'est la compétence du spécialiste de l'enfant qui est demandée.

Ce constat est à mettre en perspective avec une baisse de l'activité pédiatrique ambulatoire. En 2020, la France compte environ 8500 pédiatres libéraux dont seulement 25 % ont une activité libérale exclusive. Sur les 20 dernières années, la quantité de pédiatres exerçant à titre exclusivement libéral a chuté de 15%. (4)

Les résultats de notre étude révèlent également la difficulté pour les parents de bénéficier de créneaux d'urgence mis en place par les pédiatres quotidiennement et saturés en quelques minutes. La pratique quotidienne des pédiatres libéraux a effectivement subi une forte évolution. Une étude du début des années 2000 révélait une implication dans l'urgence à hauteur de 21 consultations réalisées avec un rendez-vous pris le jour même. Aujourd'hui l'activité des pédiatres libéraux est essentiellement préventive et laisse peu de place à l'urgence. En 2022, une étude du syndicat national des pédiatres avance un chiffre diminué de moitié avec une dizaine de soins non programmés par jour et par pédiatre, soit environ un tiers de l'activité quotidienne. (25) (26)

L'indisponibilité des médecins généralistes et des pédiatres est donc indéniablement un élément déclencheur qui précipite de nombreux soins non programmés pédiatriques aux urgences.

Notre étude permet également d'interroger l'incidence du degré de confiance envers le médecin traitant comme influence sur les démarches parentales dans le choix de recours aux urgences pédiatriques.

12 des 14 parents interrogés ont exprimé un sentiment général de confiance envers le médecin traitant.

Ces données sont confirmées par les résultats d'une étude quantitative réalisée en 2014, étudiant la confiance des parents envers le médecin traitant de leur enfant. Dans cette étude, où la population cible concernait des parents consultant dans un service d'urgences pédiatriques, 91 % des interrogés déclaraient avoir confiance envers le médecin traitant de leur enfant pour les situations d'urgences et 75 % étaient très content de la prise en charge de leur enfant par le médecin traitant.(27)

La venue aux urgences pédiatriques n'est donc pas conditionnée par un manque de confiance envers le médecin traitant de leur enfant ou un degré de confiance plus élevé envers les services d'urgence : **11 des 14 parents interrogés** estimant en outre, que la prise en charge de leur enfant aurait été équivalente ou meilleure en médecine de ville.

Il apparaît même que dans 3 entretiens de notre étude (**E1, E4 et E10**), c'est la confiance absolue envers le médecin traitant qui précipite ipso facto les parents aux urgences en cas d'indisponibilité immédiate de celui-ci. Comme si la confiance accordée au médecin traitant n'avait d'équivalent que celle accordée au service d'urgences pédiatriques. Il n'a pas été trouvé de données bibliographiques pour étayer ces résultats.

Néanmoins, il est intéressant de remarquer que dans deux entretiens de notre étude (**E5 et E13**), la tentative de recours au médecin traitant est court-circuitée par un manque évident de confiance envers le médecin traitant pour les situations d'urgence. Dans ces deux entretiens, le rôle du médecin traitant est réduit par les parents à celui de suivi de l'enfant. Ces résultats peuvent être mis en perspective avec ceux retrouvés dans travail de thèse quantitative d'Emmanuelle Tirot sur les motifs de recours aux urgences pédiatriques où seulement 38 parents sur les 1872 interrogés indiquaient le manque de confiance envers le médecin traitant comme cause de recours aux urgences. (13)

La pierre angulaire que représente la médecine ambulatoire dans le recours des soins non programmés aux urgences pédiatriques réside également dans la place qu'occupe les permanences médicales, principales alternatives en cas de difficulté de recours au médecin traitant.

Dans notre étude, l'appréciation des permanences médicales était contrastée, car si elles étaient jugées utiles en général, elles étaient considérées inadaptées pour les soins non programmés de l'enfant.

Plus des 2/3 des parents ont affirmé que les permanences médicales étaient des structures utiles pour le système de soin. L'alternative en cas d'indisponibilité du médecin traitant, la facilité d'accès à un avis médical ou encore le désengorgement des services d'urgence ont été mis en avant pour justifier cette utilité.

Cependant pour la majorité des parents interrogés, il semblait que les permanences médicales n'étaient pas adaptées pour soigner leur enfant. Les deux inconvénients majeurs relevés étaient ceux du temps d'attente, décrit souvent comme interminable par de nombreux parents et le caractère inadapté de ces structures à la médecine pédiatrique.

Plusieurs parents de notre étude, ont évoqué un mauvais souvenir de la prise en charge de leur enfant dans ces structures, notamment en lien avec le manque de compétences pédiatriques des médecins consultés.

Dans une étude réalisée en 2018 sur le recours aux urgences pédiatriques pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire, la non connaissance des permanences médicales impliquait un recours aux urgences.(28)

Les résultats de notre étude mettent en évidence une bonne connaissance du réseau de permanences médicales. Nous émettons donc l'hypothèse que la dépréciation de ces structures autour d'Aix-en-Provence participe également aux démarches parentales de consulter aux urgences pédiatriques pour les soins non programmés.

Cette hypothèse est celle avancée par la revue *Spirale* en 2013 dont un des articles étudie l'évolution de la demande de soin aux urgences pédiatriques, et affirme que le caractère optionnel des permanences libérales de soins, maisons présentées comme remède à tous les maux, n'ont rien réglé des problèmes des services d'urgence pédiatriques. (29)

L'indisponibilité des médecins, le besoin de consultations spécifiques pédiatriques, le degré de confiance envers le médecin traitant, et l'appréciation des permanences médicales accompagnent le parcours de soin des parents. Notre étude permet donc de constater que la médecine ambulatoire représente une pierre angulaire de la prise en charge des soins non programmés, indissociable des démarches parentales de recours aux urgences pédiatrique.

Des perspectives sont en œuvre afin d'aider la médecine de ville à assumer cette responsabilité.

La mission « flash sur les urgences et les soins non programmés » annoncée par le président Emmanuel Macron au printemps 2022 vise à identifier les dysfonctionnements du système de santé et à évaluer les difficultés rencontrées aux urgences.(30)

Dans le cadre cette mission, les organisations pédiatriques se sont notamment auto-saisies de la problématique des urgences pédiatriques. Une des dix propositions prioritaires vise à soutenir et aider les pédiatres ambulatoires et les médecins généralistes à assumer une activité de soins non programmés comme alternative au passage par les urgences.(31)

D'un point de vue plus local et particulièrement en lien avec notre étude, il faut mentionner l'ouverture d'un nouveau centre médical dédié aux soins non programmés depuis le 03/01/2023 au cœur même du centre hospitalier d'Aix-en-Provence. Cette structure est le fruit d'un partenariat entre le Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis et *Urgencemed*, un réseau de centre médicaux de soins non programmés. Ce centre, soutenu par l'ARS Paca et la Mairie d'Aix-en-Provence, prendra en charge les patients, adultes et enfants, se rendant habituellement aux services d'urgence du centre hospitalier pour des soins de médecine générale ou de la petite traumatologie.(32)

Mais ce dysfonctionnement entre l'offre de soin ambulatoire et son utilisation par les parents n'explique pas à lui seul l'afflux des soins non programmés pédiatriques aux urgences. Comme le souligne un article paru en 2013 dans la revue scientifique *spirale*, la demande de soins non programmés pédiatriques a vu son nombre multiplié par 10 en 30 ans. Cette demande accrue traduit également une évolution des comportements parentaux. (33)

2.2. Analyse des comportements parentaux

Les comportements parentaux sont complexes. Si l'on doit les fragmenter pour les thématiser, seule une approche systémique permet d'essayer de les comprendre(34). Ils sont les conséquences de la conjugaison des attitudes face aux symptômes avec celles face au choix de recours spécifiques aux urgences pédiatriques.

Dans notre étude, les pathologies traumatiques (**E2**, **E7** et **E12**) ne sont pas considérées comme relevant d'une prise en charge ambulatoire. Ce constat est vérifié par la littérature.(35)

Le principe de précaution, qui est celui qui consiste à gérer une incertitude quant à l'existence de risques qui pourraient être graves (36) est ici à l'origine des démarches parentales de recours aux urgences pédiatriques.

On peut également conceptualiser par ce principe, l'attitude parentale retrouvée dans plusieurs entretiens concernant un recours aux urgences pédiatriques pour une pathologie médicale.

L'apparition de symptômes encore jamais rencontrés, l'inquiétude face à une éventuelle aggravation (**E5**, **E11**, **E13**), suscitent aussi chez les parents une attitude relevant du principe de précaution. L'incertitude générée les conduit à mal évaluer l'éventualité qu'un événement potentiellement grave se produise. « *On ne sait jamais la source du mal* » comme le souligne le papa de **E13**. C'est le potentiel risque encouru bien plus que l'inquiétude immédiate qui amène les parents au besoin de consulter.

La peur de l'aggravation comme cause de recours aux urgences pédiatriques est également retrouvée dans la littérature (37) (13) mais nous n'avons pas retrouvé une interprétation conceptuelle en principe de précaution. Si la maman de **E5** a dit avoir été inquiète les parents de **E11** et **E13** ne l'ont pas été.

C'est ce qui nous permet d'émettre l'hypothèse que l'origine de ces démarches parentales relève plus de la précaution par principe que de la réelle peur immédiate d'une aggravation.

L'interprétation de symptômes par une pathologie connue, évoquée dans **E3** et **E4** conduit les parents à envisager des risques connus qu'ils peuvent réduire par une consultation médicale qui confirmera ou réfutera cette interprétation parentale. Dans ces contextes, on émet l'hypothèse que les parents adoptent un principe de prévention qui est celui qui vise à réduire des risques potentiellement connus. (36)

Dans la littérature, la seule donnée que nous ayons trouvée concernant la suspicion d'une pathologie connue comme cause de recours aux urgences pédiatriques concerne le travail de thèse de Claire Bourgogne et Béatrice Querbes qui évoquaient un « diagnostic parental profane » dans les recours aux urgences pédiatrique par confrontation d'expertise (37).

En dehors de toute interprétation des symptômes, y compris face à une symptomatologie bénigne, c'est aussi une attitude préventive qui amène les parents de **E10** et **E14** au besoin de consulter : « *C'était surtout pour avoir des explications, C'était tout simplement pour avoir un examen un diagnostic et un traitement adapté s'il y a besoin* ». Ici le besoin d'explications, l'incertitude est à l'origine de cette démarche préventive.

Dans aucun des entretiens la notion de gravité des symptômes n'est au premier plan et l'inquiétude parentale était manifeste dans seulement **2 des 14 entretiens**.

Le principe de précaution, celui de prévention et le besoin d'explication comme origines des démarches parentales peuvent se conceptualiser par la notion d'incertitude parentale face aux symptômes. Cette incertitude conduit les parents à consulter aux urgences pédiatriques par principe car ils ne veulent prendre aucun risque. Cette revendication du risque zéro se retrouve dans l'article « urgences pédiatriques débordées, que faire des fausses urgences » paru en 2013 dans la revue *spirale*.(33)

Cette prudence extrême des parents face aux symptômes de leur enfant peut s'expliquer par la médicalisation de la vie, en particulier pendant la grossesse et les actes de puériculture dont le but initial était de favoriser l'autonomie des parents mais qui a entraîné l'effet inattendu de diminuer les compétences parentales face au soin. Le recours aux professionnels de santé devient systématique au moindre symptôme. (38)

Ce manque d'autonomie conduit la plupart des parents de l'étude à une temporisation qui n'excède pas 24 heures à la suite de l'apparition des symptômes (**10 entretiens sur 14**) ainsi qu'une absence totale de temporisation après échec de tentative de recours en ambulatoire quand elle a lieu.

La littérature retrouve des données quantitatives en accord avec notre étude : Emmanuelle Tiroit dans son travail de thèse sur les motifs de recours aux urgences pédiatrique avance que 55 % des parents consultent aux urgences devant des symptômes de leur enfant évoluant depuis moins de 24 heures. Le travail de thèse d'Aurélie Binacchi avance également que la durée d'évolution des symptômes avant le passage aux urgences est bref : 44 % des parents consultent pour des troubles évoluant depuis moins de 24 heures (13) (39). Ces résultats sont à pondérer car ils concernaient l'ensemble des consultations pédiatriques aux urgences indépendamment des soins non programmés pédiatriques gérables en ambulatoire.

Notre étude montre également l'évocation par les parents du plateau technique des urgences mais systématiquement au conditionnel, sans lien direct avec les symptômes observés (**E1, E2, E3, E5, E7**).

La présence du plateau technique comme cause ou facteur déterminant du recours aux urgences est une donnée largement retrouvée dans la littérature. Dans un travail de thèse de 2012 réalisé à Angers, 31 % des patients qui consultaient aux urgences souhaitaient bénéficier de l'accès au plateau technique(40). Dans un autre travail de thèse en 2013 à Nanterre, 52 % des patients évoquaient la disponibilité du plateau technique comme cause de recours aux urgences. (41)

Même si ces études ne concernaient pas la pédiatrie, elles mettent en évidence la connaissance par les usagers de l'existence du plateau technique et permettent donc d'avancer que cette connaissance participe également à la mise en place des principes de précaution et/ou de prévention évoqués, puisqu'une réponse idéale est disponible.

En lien direct avec la pédiatrie, un article publié en 2018 issu d'un travail de thèse sur les recours non inappropriés aux urgences pédiatriques, témoignait que le plateau technique des urgences était souvent évoqué par les parents non comme une nécessité, mais comme une éventualité (28). Ce qui rejoint les résultats de notre étude.

Cet accès permanent à un plateau technique polyvalent pour quelque motif que ce soit témoigne d'exigences parentales nouvelles comme en témoigne l'article « le quiproquo des urgences pédiatriques » paru dans la revue scientifique *enfance et psy* (42)

Cet article soulève également une évolution des comportements parentaux qui tendent vers l'exigence d'une réponse immédiate au soin.

Cette exigence est largement retrouvée dans nos entretiens comme en témoigne l'évocation garantie d'une consultation immédiate pour **E5**, **E8** et **E14**, le gain de temps pour **E11** et **E14** ou la simple gestion d'un emploi du temps personnel pour **E5**, **E9** et **E10**. Ce besoin rapide d'accès au soin participe largement au choix spécifique du recours aux urgences pédiatriques par les parents.

Cette convenance personnelle à choisir les urgences pédiatriques comme recours pour les soins non programmés est retrouvée pour ¼ des consultations dans une enquête Lyonnaise publiée en 2004. La convenance familiale arrive également en deuxième position dans les raisons permettant d'expliquer l'augmentation des consultations aux urgences entre 14 et 21 heures dans une étude réalisée dans un hôpital madrilène. Enfin, dans son travail de thèse intitulé « le recours aux urgences pédiatriques est-il toujours justifié ? » Anaïs Hahusseau déclarait : *Les urgences pédiatriques sont alors utilisées pour raison pratique et non pas pour l'urgence de la situation.* (43) (42) (44)

Ces exigences nouvelles sont pour certains parents le mode d'expression de ce qu'ils estiment être le rôle parental. La venue aux urgences devient ainsi une demande implicite d'étayage de la parentalité. L'impuissance parentale est évoquée dans **E1**, **E3**, **E5** et **E8**. Ce sentiment

d'impuissance considérée comme une mise à l'épreuve de la responsabilité parentale est évoqué dans un article de 2018 sur les recours non appropriés aux urgences pédiatriques. (28)

Pour d'autres il s'agit d'une réelle demande explicite de soins, comme évidence d'une responsabilité qui les incombe. Conformément à ce raisonnement, les urgences deviennent une simple alternative assumée à la médecine ambulatoire pour **E10**, **E11** et **E14**. Le papa de **E8** assume que même si les « *consultation sont parfois inutiles* », « *les urgences restent une solution* ». Vu sous cet angle, et corrélé à la dépréciation des permanences médicales précédemment discutée, la question se pose, dans notre étude, de la considération des urgences pédiatriques comme première permanence médicale pédiatrique.

Le choix de recours aux urgences pédiatriques par les parents peut finalement s'expliquer par le succès dont sont victimes, malgré eux les services d'urgences : Seule lumière allumée en permanence et une qualité unanimement reconnue des soins administrés (33)

Les qualités ne manquent pas pour qualifier le service des urgences pédiatriques dans la majorité des entretiens de notre étude : Prise en charge idéale, réponse au stress parental et réponse à l'impuissance parentale sont les principales thématiques évoquées par les parents quand ils ont été interrogés sur l'appréciation générale des urgences, indépendamment de l'épisode médical en question.

La littérature est en accord avec ces résultats : Une étude qualitative réalisée en 2017, s'intéressait spécifiquement à l'expérience, la satisfaction et les besoins de familles consultants aux urgences pédiatriques. Ses résultats montrent notamment une expérience très satisfaisante sur la prise en charge médicale, la relation soignant enfant et l'attitude générale des soignants. À noter que l'attente et l'accueil concernaient des points critiques de cette l'étude, seuls contrastes avec les résultats de notre travail. (45)

Ainsi les qualités des urgences pédiatriques mentionnées par l'ensemble des parents de nos entretiens fournissent souvent la réponse idéale aux exigences nouvelles et aux nouveaux comportements parentaux que nous venons de décrire.

Nous avançons donc l'hypothèse suivante : l'offre que représente les urgences pédiatriques par rapport aux demandes parentales de soin peut aussi s'interpréter d'une façon bijective. C'est l'offre de soin existante proposée par les services d'urgence, qui favorise la demande et modifie les comportements parentaux.

Face à cette bijection, certains n'hésitent pas à parler d'usagers consommateurs de soins devant cette surenchère actuelle, où les services d'urgences deviennent le lieu d'une réponse à tout pour des parents qui peinent à appréhender les besoins de leurs enfants. (42)

Des perspectives sont en œuvre afin d'essayer de limiter cet afflux croissant de soins non programmés pédiatriques relevant de la médecine ambulatoire. L'éducation parentale est notamment au cœur de ces démarches.

La contribution des organisations pédiatriques à la mission « flash sur les urgences et les soins non programmés » déjà évoquée précédemment, s'est également autosaisie de la problématique des soins non programmés pédiatriques aux urgences. Une des propositions prioritaire des sociétés de pédiatrie vise à développer une régulation adaptée et spécifique à la pédiatrie pour mieux orienter les familles et limiter les passages ne relevant pas de l'urgence. (31)

Un conseil aux familles inquiètes par des personnels non-médecins (puéricultrices, IPA) permettrait de limiter le nombre des consultations non justifiées. En ce sens, l'association Courlygonnes, composée de professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, kinésithérapeutes, sage-femmes, infirmiers, ostéopathes...) et d'usagers issus du secteur libéral et hospitalier a développé plusieurs campagnes d'informations : rédaction de fiches conseils destinées aux parents, interventions dans les crèches, projection de message vidéo, création d'une site internet. (46)

Plus récemment, dans la région Rhône Alpes, une plateforme téléphonique a été créée en dérivation du système utilisé pour la régulation des appels au SAMU 69, pour permettre la délivrance de conseils pédiatriques standardisés par une répondante du réseau Courlygonnes. Son évaluation a fait l'objet d'un travail de thèse en 2017 : la mise en place de ce dispositif modifie significativement le comportement des parents et permet une prise en charge à domicile ou favorise une consultation régulée avec un médecin de ville pour certaines consultations médicalement justifiées. (47)

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'essayer de comprendre les origines des démarches parentales qui influencent la venue des soins non programmés pédiatriques aux urgences.

Ce recours aux urgences est un processus complexe et multidimensionnel. Une étude qualitative par entretiens semi dirigés semblait donc la méthode la plus adaptée à notre objectif.

En effet, pour comprendre les logiques internes et la genèse de ces démarches, une approche holistique des comportements parentaux était nécessaire. Afin d'éviter d'aborder l'objectif uniquement sous l'angle de la justification de recours aux urgences pédiatriques, le choix a été fait d'étudier la confrontation d'un épisode médical à l'appréciation générale par les parents de l'offre de soin disponible pour la prise en charge des soins non programmés pédiatriques.

Les résultats de notre étude ont montré que l'offre de soin ambulatoire : médecins généralistes, pédiatres libéraux et permanences médicales, représente une pierre angulaire des démarches parentales.

Plus qu'une réelle difficulté d'accès au soin ambulatoire, c'est un dysfonctionnement entre l'offre de soin disponible et son utilisation par les parents que nous avons mis en évidence : la dépréciation des structures de type permanence médicale, la demande de consultations spécifiquement pédiatriques ou encore la nature des relations avec le médecin traitant se sont heurtées à une offre ambulatoire rapidement saturée. La mutation de l'exercice libéral, en faveur du suivi de pathologie chronique pour les généralistes ou l'activité essentiellement préventive de pédiatres libéraux de moins en moins nombreux, laissent peu de place à l'urgence.

Une approche plus comportementaliste des situations étudiées, a permis de mettre en évidence que le recours aux urgences pédiatriques est également un choix, guidé par des attitudes parentales, point d'ancrage de tout comportement et de toute démarche. Face aux symptômes, les parents de notre étude semblent revendiquer le risque zéro, le « au cas où », que nous avons notamment conceptualisé sous la forme d'une attitude relevant du principe de précaution et/ou de prévention. L'incertitude est apparue comme pouvant à elle seule provoquer une absence de temporisation parentale.

Médicalisation de la puériculture, étayage de la parentalité ou sens de la responsabilité permettent notamment de comprendre l'origine de ces attitudes, adoptées par des parents relativement peu inquiets face à une symptomatologie dont la gravité n'est jamais au premier plan. Pourquoi choisir les urgences pédiatriques dans ce cas ? Convenance personnelle pour

certain usagers ou consommation médicale pour les sociologues, les urgences pédiatriques représentent souvent la solution idéale à ces nouveaux comportements parentaux, devenant une forme d'alternative à la médecine ambulatoire. Réponse idéale ou déterminant majeur de ces nouvelles attitudes parentales, le rôle des services d'urgences pédiatriques est aujourd'hui difficile à appréhender. Mais la facilité d'accès et le service rendu semblent inciter les parents à en faire une option de prise en charge plus ou moins assumée pour les soins non programmés de leur enfant.

Il semblerait pertinent de confronter les résultats et les hypothèses apportées par notre étude qualitative à de futurs travaux similaires suivant une méthode d'analyse cette fois ci quantitative, explorant notamment l'appréciation du système de permanence médicale ou l'application de principe de prévention et/ou de précaution devant le choix de recours aux urgences pédiatriques.

En outre, une étude qualitative explorant la place occupée par les différentes alternatives de prise en charge des soins non programmés pédiatriques, avec un site de recrutement indépendant du soin tel que les crèches ou les écoles permettrait peut-être aussi de mieux appréhender la place des services d'urgences pédiatrique. S'affranchir d'un épisode médical et d'un recours spécifique, en l'occurrence les services urgences dans notre étude, apporterait une vision peut être plus objective de la question.

Références bibliographiques

1. Peneff J. Les malades des urgences une forme de consommation médicale. Paris: Metallé; 2000.
2. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
3. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. *Études Résultats Drees*. 2020;1138.
4. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB, Chabrol B. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>
5. Cohen L, Genisson C. les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
6. Gentile I S, Amadei I E, Bouvenot I J, Durand I AC, Bongiovanni I I, Haro I J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;(1):063-74.
7. Guerry M. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins. Etude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgences du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d' Agen [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.
8. Cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/media/495>
9. Drees, Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières [Internet]. Dossiers de solidarité et santé N°63. 2015. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
10. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Rev Fr Adm Publique*. 2017;164(4): 887-902.
11. Boisguérin B. Urgences: plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. *Etudes Résultats Dir Rech Études L'évaluation Stat*. 2019;1128:1-5.
12. Enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
13. Tirot E. Motif de recours aux urgences pédiatriques et mesures préventives associées [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2017.

14. Martin C. De la parentalité à la condition parentale. In: Les nouvelles formes de parentalité. 2004.
15. innovation e-Santé sud. Panorama 2019. Activité des services d'urgence. Région Provence Alpes Côte d'Azur [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://ies-sud.fr/activite-des-urgences/>
16. Agence du numérique en santé. Le e-santé en Provence Alpes Côte d'azur [Internet]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/la-e-sante-en-provence-alpes-cote-dazur>
17. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé: Guide méthodologique [Internet]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/21658.pdf>
18. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine - APHP DAJDP [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/decret-n-2016-1537-du-16-novembre-2016-relatif-aux-recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
19. Van Rillaer J. Chapitre 6. Des clés pour analyser les comportements. In: Psychologie de la vie quotidienne [Internet]. Odile Jacob; 2003. p. 107-48. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-vie-quotidienne--9782738113450-p-107.htm>
20. Nicolas S, Ferrand L. Chapitre 3. Les grands systèmes et écoles de psychologie au XXe siècle. In: Histoire de la psychologie scientifique [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008. p. 71-130. (Ouvertures psychologiques). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-de-la-psychologie-scientifique--9782804156657-p-71.htm>
21. Girandola F, Fointiat V. Chapitre 1. Le concept d'attitude. In: Attitudes et comportements : comprendre et changer [Internet]. FONTAINE: Presses universitaires de Grenoble; 2016. p. 7-30. (Psycho en +). Disponible sur: <https://www.cairn.info/attitudes-et-comportements-comprendre-et-changer--9782706125812-p-7.htm>
22. Girandola F, Demarque C, Lo Monaco G. Chapitre 5. Attitudes et comportements. In: Psychologie sociale [Internet]. Paris: Armand Colin; 2019. p. 126-65. (Portail). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-sociale--9782200620387-p-126.htm>
23. Pédiatrie et soins de santé des enfants: une situation préoccupante [Internet]. vie-publique.fr. 2021. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/280485-pediatrie-et-soins-de-sante-des-enfants-une-situation-preoccupante>
24. Kouche C, Stagnara J, Assathiany R, Chappuy H, Guedj R. Enquête nationale sur les consultations non programmées en pédiatrie de ville. Arch Pédiatrie. 2015;22(5):480-4.
25. Hue V, Walter-Nicolet E, Martinot A. Implication des pédiatres dans l'accueil des urgences. Enquête « un jour donné » auprès des centres hospitaliers et des pédiatres libéraux de la région Nord – Pas de Calais. Arch Pédiatrie. 1 oct 2004;11(10):1191-6.
26. Place de la pédiatrie ambulatoire dans les soins aux enfants - AFPA [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. 2022. Disponible sur: <https://afpa.org/2022/11/02/place-de-la-pediatrie-ambulatoire-dans-les-soins-aux-enfants/>

27. Benet X. La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant. Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen. [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2014.
28. Canévet JP, Bourgogne C, Querbès B, Jourdain M, Vrignaud B, Gras-Leguen C. Recours inappropriés aux urgences pédiatriques par les parents : approche qualitative d'un comportement multidimensionnel. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 oct 2018;8(5):295-300.
29. Cheron G. Urgences pédiatriques: évolution de la demande de soins. *Spirale- Gd Aventure Monsieur Bébé*. 2013;1:146-8.
30. Crise des urgences : les recommandations de la mission « flash » pour les hôpitaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15795>
31. Mission Flash Urgences : Contribution des organisations pédiatriques [Internet]. Société Française de Pédiatrie. Disponible sur: <https://www.sfpediatrie.com/actualites/mission-flash-urgences-contribution-organisations-pediatriques>
32. L'Hôpital d'Aix-en-Provence annonce l'ouverture sur son site d'un centre de soins non programmés opéré par Urgencemed : une coopération innovante pour le territoire - Urgencemed [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://urgencemed.fr/actualites/parteneriat-hopital-daix/>
33. Hernandorena X. Urgences pédiatriques débordées : que faire des fausses urgences ? *Spirale*. 2013;65(1):158-62.
34. Gendron S, Richard L. La modélisation systémique en analyse qualitative: un potentiel de pensée innovante. *Rech Qual*. 2015;(17):78-97.
35. Tobie Gueguen MJ. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest: Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. *Axe d'amélioration* [Thèse d'exercice]. Université de Brest-Bretagne; 2012.
36. Turri S. Principe de précaution et principe de prévention: quelle est la différence? - [Internet]. CQDE - Ensemble, pour un droit au service de l'environnement. 2022. Disponible sur: <https://www.cqde.org/fr/sinformer-nouvelle/les-bases-du-droit-de-lenvironnement/principe-precaution-principe-prevention-difference/>
37. Bourgogne C, Querbès B. Comprendre le parcours de soins des parents consultants aux urgences pédiatriques pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire. Enquête qualitative auprès des parents des urgences pédiatriques du CHU de Nantes et du CHD de La Roche-sur-Yon [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2017.
38. Dubos J, Condaccioni X. L'éducation pour la santé en maternité. *Arch Pédiatrie*. 2000;7(sup 2):299-301.
39. Binacchi A. Motivations parentales et trajectoires de recours aux urgences pédiatriques. Enquête réalisée au sein du centre hospitalier régional de Thionville [Thèse d'exercice]. Université de Nancy; 2013.
40. De Mas Latrie T, Gaisne-Joly M. Recours spontané aux urgences [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2012.

41. Kasproski A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultants sans avis médical préalable [Thèse d'exercice]. [Université de Nantes]; 2013.
42. Armengaud D. Le quiproquo des urgences pédiatriques. *Enfances Psy.* 2002;18(2):10-6.
43. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Arch Pédiatrie.* 1 févr 2004;11(2):108-14.
44. Hahusseau A. Le recours aux urgences est-il toujours justifié ? [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2015.
45. Perret S, Gehri M, Pluies J, Rossi I, Akre C. Familles fréquentant un service d'accueil des urgences pédiatriques : expérience, satisfaction et besoins. *Arch Pédiatrie.* 1 oct 2017;24(10):960-8.
46. Courlygonnes - Site réservé aux professionnels de santé [Internet]. Courlygonnes. Disponible sur: <https://courlygonnes.net/>
47. Sole L. Mise en place d'une plateforme téléphonique dispensant des conseils standardisés dans le cadre de l'urgence pédiatrique. Enquête de suivi auprès de 1967 enfants et harmonisation des pratiques dans la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.

Liste des abréviations

IPA : Interpretative phenomenological analysis

CPP : Comité de protection des personnes

RGPD : Règlement général sur la protection des données

CNIL : Commission nationale information liberté

ARS : Agence régionale de santé

5) De façon totalement anonyme, accepteriez-vous de laisser vos coordonnées téléphoniques afin d'être recontacté(e) pour finaliser le questionnaire à la suite de votre passage aux urgences puis dans un second temps organiser l'entretien téléphonique ?

OUI

NON

Contact téléphonique :

Informations et consentement pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale portant sur la consultation de l'enfant aux urgences.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle j'ai besoin de vous recontacter.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat.
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que les données recueillies seront traitées de façon confidentielle et que, si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment, vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil de données effectué
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux.

Fait à

Le.....

Signature

Annexe 2 : Guide d'entretien

Thèmes abordés	Relances possibles
<i>Pourriez-vous me rappeler le motif de consultation de votre enfant aux urgences ?</i>	
<p><i>Pourriez-vous me décrire votre ressenti concernant la prise en charge de votre enfant aux urgences ?</i></p> <p><i>Si votre enfant avait été pris en charge dans un cabinet de médecine générale classique pensez-vous que cette prise en charge aurait été équivalente, meilleure ou moins bonne qu'aux urgences ?</i></p>	<p><i>Satisfaction ? / insatisfaction ? Rassuré ? / inquiet ?</i></p> <p><i>Qu'attendiez-vous de cette consultation ?</i></p> <p><i>Si a déjà consulté aux urgences, ressentis différents/ identiques les fois précédentes ?</i></p>
<p><i>Pourriez-vous me parler du rapport avec le médecin traitant de votre enfant ?</i></p>	<p><i>A quelle fréquence le consultez-vous ?</i></p> <p><i>Pour quel motif ?</i></p> <p><i>En urgence ? Sur rendez-vous ?</i></p> <p><i>Est-il disponible ?</i></p> <p><i>Possède-t-il un secrétariat ? Facilement joignable ?</i></p> <p><i>Ressenti plus subjectif, médecin apprécié ? médecin à l'aise avec les enfants ?</i></p>
<p><i>Concernant cette consultation, comment avez-vous réagi et quelle a été votre démarche lorsque vous avez ressenti le besoin de consulter rapidement un médecin ?</i></p>	<p><i>Les urgences de l'hôpital constituent pour vous plutôt un premier recours ou au contraire un dernier recours ?</i></p> <p><i>=> Avez-vous tenté de joindre votre médecin traitant avant de consulter aux urgences ?</i></p> <p><i>=> Avez-vous tenté de consulter ailleurs avant de vous rendre aux urgences ?</i></p> <p><i>=> Relancer la question en demandant la démarche adoptée de manière générale face à un besoin de consulter, Auriez-vous réagi différemment en fonction du contexte</i></p> <p><i>=> Lorsque vous consultez aux urgences pour votre enfant, le sentiment qui prédomine chez vous c'est un besoin d'être rassuré ou une réelle inquiétude sur l'état de santé de votre enfant ?</i></p> <p><i>=> Pour vous à quoi servent les urgences pédiatriques ?</i></p>
<p><i>Selon vous quels avantages apportent les urgences de l'hôpital par rapport aux cabinets de médecine générale ou pédiatriques ?</i></p>	<p><i>Type de relance, interroger les parents sur les différents aspects du soin aux urgences, sur leur caractère avantageux ou désavantageux par rapport aux cabinets de médecine de ville.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Offre de soin garanti et immédiate</i> <i>- Stress parental</i> <i>- Âge de l'enfant ?</i> <i>- Attente en salle d'attente</i> <i>- Aspect économique /Avance de frais</i> <i>- Qualité/confiance des médecins hospitaliers</i> <i>- Examen complémentaire</i> <i>- Quelle est la fonction des urgences pédiatriques ?</i>
<p><i>Que pensez-vous des structures type permanence médicale ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>- avez-vous déjà eu recours à ces structures de soin ?</i> <i>- Avantages/ Inconvénient de ces structures</i> <i>- Quelles structures connaissez-vous autour d'Aix-en-Provence ?</i> <i>- objectivement pensez-vous ces structures utiles (indépendamment de votre ressenti personnel)</i>

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé :

Introduction : Une inflation du recours aux urgences pédiatriques est observée depuis plusieurs années en France, en particulier pour des soins non programmés relevant prioritairement de la médecine ambulatoire. Cette étude qualitative a pour objectif de comprendre les origines des démarches parentales influençant le recours des soins non programmés pédiatriques aux urgences.

Méthodes : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de parents ayant consulté aux urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Aix en Provence pour la prise en charge de soins non programmés. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique du contenu.

Résultats : 14 entretiens ont été recueillis. Leur analyse montre que face aux symptômes de l'enfant, l'urgence à consulter pour les parents n'est pas proportionnelle à l'urgence de la situation médicale observée. Ce sont les attitudes adoptées par les parents qui permettent de comprendre leurs comportements et par conséquent les origines de leurs démarches. Ces attitudes ont été conceptualisées par les principes de précaution et de prévention ou par le simple besoin d'explication. C'est le sentiment d'incertitude plus que celui de gravité ou d'inquiétude qui conduit les parents à consulter. Face aux différentes alternatives de prise en charge, le besoin de la part des parents d'un accès rapide et garanti au soin se heurte à une offre ambulatoire qui, concernant la prise en charge des soins non programmés pédiatriques semblent être plus inadaptée qu'indisponible. L'idéalisation du service des urgences pédiatriques et sa facilité d'accès incitent les parents de notre étude à en faire l'option de prise en charge souvent la plus adaptée à leurs attentes.

Conclusion : Le choix de recours aux urgences pédiatriques est un processus complexe et multidimensionnel, indissociable de l'offre de soin ambulatoire et fortement influencé par les comportements parentaux dont l'origine essentiellement préventive trouve aussi sa source dans la disponibilité tenue pour acquise du service des urgences pédiatriques.

MOTS-CLES : soins non programmés, comportements des parents, urgences pédiatriques, médecine ambulatoire.