



HAL
open science

Étude des consultations répétées aux urgences pédiatriques

Julie Chang

► **To cite this version:**

Julie Chang. Étude des consultations répétées aux urgences pédiatriques. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04619013

HAL Id: dumas-04619013

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04619013>

Submitted on 20 Jun 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Julie CHANG

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 18 avril 2024

**ETUDE DES CONSULTATIONS REPETEES AUX URGENCES
PEDIATRIQUES**

Présidente : Madame la Professeur Dr GRAS-LE GUEN Christèle

Directrice de thèse : Dr SANTY Coline

Remerciements

À Madame la Professeur Christèle GRAS-LE GUEN, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Je souhaite vous témoigner ma reconnaissance pour l'attention que vous portez à ce travail.

À Madame le Docteur Coline SANTY, présente à mes côtés à chaque étape de ce projet depuis maintenant plus d'un an. Merci pour ton aide, ta disponibilité sans faille et ta bienveillance qui ont rendu ce travail des plus agréables. Grâce à tes conseils éclairés et à ta positivité à toute épreuve, ce travail a été une expérience très enrichissante. Encore merci pour tout !

À Madame le Docteur Maëlle GUIDOUX et Madame Adeline BOUCHERON, pour leur précieuse contribution en tant que membre du jury. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail.

À mes parents, vous avez toujours placé notre bonheur au sommet de vos priorités, et aujourd'hui, je crois bien que nous sommes trois enfants comblés. Merci pour cette enfance à la cool, merci d'avoir toujours stimulé notre curiosité et créativité. Vous avez su créer un foyer où la joie et la bonne humeur étaient toujours au rendez-vous. J'espère que vous allez vite nous rejoindre sur la côte, les compétitions de kitesurf senior n'attendent que toi JP.

À Ivan, ma moitié, ma force, mon Amour. Merci pour ton soutien inconditionnel. Ta droiture et ta détermination sont des sources d'inspiration qui me guident au quotidien. Merci d'être toujours là pour rire à mes blagues, même les plus douteuses, simplement pour me voir sourire. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés dans tous les défis et dans les joies de la vie. Plein de projets, de rêves et d'aventures nous attendent.

A Audrey, ma confidente. Merci pour toutes ces discussions, ces rires et ces moments de complicité. Ta présence est un vrai réconfort et malgré les quelques kilomètres qui nous séparent, tu auras toujours cette place de choix dans ma vie.

Aux Girlz, Manon, Blanche, Fanny, Pauline, Mareva et Nour, je n'aurais pu rêver d'une plus belle rencontre en arrivant dans la région, surtout en débarquant à La Roche-sur-Yon en plein confinement. Déjà trois ans se sont écoulés, riches en souvenirs inoubliables. Que cette belle histoire continue encore et toujours à s'écrire !

À mes futurs pornichétins, Cécilia, Louis, Marie, Nico', sans oublier notre adorable César. Une très belle amitié qui se dessine un peu plus chaque jour. Je suis impatiente de partager avec vous la dolce vita qui nous attend.

Aux bébés, Margaux, Anna, Timothée, Céline, Mathilde, Sophie, Capu', Alexandra, Camille, Clément, Arthur, Samia, Gabriel, Hélène, Jérémie, Louis, Quentin et tous les +1. Voilà une belle famille qui s'est forgée aux fils des années. Que de week-end, de vacances au ski passées ensemble à rire et s'amuser. J'ai hâte de vous retrouver pour les prochains heureux événements que l'avenir nous réserve.

À Mathilde, merci pour ces années d'amitié et de rires. Une enfance heureuse grâce à ta participation malicieuse et maladroite.

À Sévan, pour ton amitié, ta sincérité et ton humour aiguisé irremplaçable. J'attends ton retour en Europe avec impatience !

A Jérémie, un génie des statistiques, un grand merci pour ton aide. Tu feras un formidable médecin/enseignant/chercheur, il n'y a pas de doute. En plus d'une future ceinture noire, ce n'est pas mal.

Parce qu'on ne l'oublie pas, une pensée pour Toutou.

Liste des abréviations

AINS : anti-inflammatoire non-stéroïdien

BU : bandelette urinaire

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

CHU : centre hospitalier universitaire

CS1 : 1^{ère} consultation

CS2 : 2^e consultation

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECBU : examen cytobactériologique des urines

ECG : électrocardiogramme

EEG : électroencéphalogramme

FEDORU : Fédération des observatoires régionaux des urgences

GEA : gastroentérite aiguë

GEMSA : Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil

IAO : infirmier d'accueil et d'orientation

IMV : intoxication médicamenteuse volontaire

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

IRM : imagerie par résonance magnétique

IV : intraveineux

PCR : réaction en chaîne par polymérase

PO : per os

SAS : service d'accès aux soins

SNG : sonde nasogastrique

UP : urgences pédiatriques

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques de la population	17
Tableau 2. Examens complémentaires réalisés lors des passages 1 et 2 aux urgences.....	20
Tableau 3. Traitements administrés lors des passages 1 et 2 aux urgences	21
Tableau 4. Catégories diagnostiques lors des passages 1 et 2 aux urgences.....	22
Tableau 5. Prescriptions de sortie au décours des passages 1 et 2 aux urgences	23
Tableau 6. Triage IAO et classification GEMSA et CCMU lors des consultations 1 et 2	37
Tableau 7. Analyse comparative des consultations 1 et 2 en sous-groupe (asthme, bronchiolite, motif psychiatrique)	38
Tableau 8. Analyse comparative des consultations 1 et 2 en sous-groupe (patients sans examen complémentaire, patients atteints de maladie chronique, patients hospitalisés).....	39
Tableau 9. Analyse comparative des consultations 1 et 2 en sous-groupe (GEA)	40
Tableau 10. Analyse comparative des patients avec le diagnostic de bronchiolite lors du 1 ^{er} passage	41
Tableau 11. Analyse comparative des patients avec le diagnostic de GEA lors du 1 ^{er} passage	42
Tableau 12. Analyse comparative des patients consultants pour un motif psychiatrique lors du 1 ^{er} passage	43
Tableau 13. Analyse comparative des patients avec le diagnostic d'asthme lors du 1 ^{er} passage	44
Tableau 14. Analyse comparative des patients consultants en lien avec leur maladie chronique lors du 1 ^{er} passage	45
Tableau 15. Analyse comparative des patients hospitalisés au décours du 2 ^e passage aux urgences.....	46
Tableau 16. Analyse comparative des patients qui n'ont nécessité ni examen complémentaire ni avis spécialisé au cours de leurs 2 consultations aux urgences.....	47

Liste des Figures

Figure 1. Flow Chart	16
Figure 2. Répartition par classes d'âge de la population	18
Figure 3. Intervalle de temps entre les deux consultations aux urgences.....	18
Figure 4. Répartition du triage IAO lors des consultations 1 et 2.....	19
Figure 5. Répartition de la GEMSA lors des consultations 1 et 2.....	19
Figure 6. Répartition de la CCMU lors des consultations 1 et 2.....	20

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	4
Liste des tableaux	5
Liste des Figures	6
Table des matières	7
Introduction	8
Matériel et méthode	11
A. Design de l'étude.....	11
B. Population étudiée	11
C. Recueil des données	11
D. Définitions	13
E. Éthique.....	15
F. Analyse statistique.....	15
Résultats	16
A. Description de la population.....	16
B. Analyses en sous-groupe	24
Discussion	28
A. Résultats principaux	28
B. Comparaison à la littérature	28
C. Forces et limites.....	32
D. Implications cliniques.....	33
E. Perspectives cliniques.....	34
Conclusion	36
Annexes	37
Bibliographie	48
Serment Médical	50

Introduction

Le nombre de passages dans les services d'urgence connaît une augmentation moyenne d'environ 2,5 % par an en France, malgré une stabilité démographique (1). Entre 2009 et 2017, le nombre de visites aux urgences à l'échelle nationale est passé de 16,9 millions à 20,7 millions. La progression annuelle de +2,5 % en moyenne est cinq fois plus élevée que la croissance de la population résidant en France (1). Cette tendance à la hausse du recours aux soins d'urgence contribue à l'engorgement des services d'urgence, et ses origines sont multifactorielles (2).

En ce qui concerne la pédiatrie, les données de suivi révèlent une prévalence importante du recours aux services d'urgence chez les enfants de moins de deux ans. Ils représenteraient 6 % des passages, soit trois fois plus que leur part dans la population générale (3).

Dans la région Loire-Atlantique, le nombre de passage aux urgences pédiatriques (UP) est de 54 000 par an. Pour ce qui est UP du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, on estime qu'elles enregistrent environ 34000 passages par an. Dans la région des Pays de la Loire, les enfants de moins de 5 ans constituent 10 % des passages aux urgences et les enfants de moins d'un an représentent près de 3 % (4). Comme à l'échelle nationale, cette classe d'âge est ainsi très nettement surreprésentée dans les services d'urgence de la région par rapport à son poids dans la population ligérienne.

On estime que près de 5 % des consultations aux urgences sont des reconsultations après un premier passage (5). Les raisons de ces nouvelles visites sont diverses. Certaines d'entre elles sont des consultations de contrôle programmées par les services d'urgence mais en majorité, il s'agit d'une nouvelle visite non-programmée. L'aggravation des symptômes ou l'absence d'amélioration clinique semblent être le motif principal justifiant un nouveau passage aux urgences (5). D'autre part, en pédiatrie, l'inquiétude parentale est également en cause avec parfois des parents qui ont le sentiment de ne pas avoir été correctement écoutés ou que les consignes de surveillance n'ont pas été suffisamment expliquées (6) (7) (8). Enfin, la difficulté d'accéder aux soins primaires en semi-urgence en consultation de ville peut également contribuer à favoriser ces reconsultations aux urgences. Les soins primaires sont souvent le premier recours avant les soins hospitaliers.

Cependant, la démographie médicale actuelle étant à la baisse, cela a des répercussions sur le système hospitalier notamment sur les services d'urgence. Au 1er janvier 2023, 82 858 médecins généralistes étaient en activité régulière en France, soit une baisse de 10,4 % depuis 2010. Il existe des disparités régionales importantes comme en Loire-Atlantique qui a connu, entre 2010 et 2023, une augmentation de +26,6% de ses effectifs de médecins avec une augmentation toutefois plus rapide chez les spécialistes que chez les médecins généralistes (9). Bien que la densité médicale ait augmenté de 17,7 % davantage que celle de la population, la consommation de soins médicaux n'a cessé d'augmenter depuis 2010 (10).

En raison du manque d'accessibilité aux soins primaires et notamment aux médecins généralistes, il existe un report d'un certain nombre de consultations vers les services d'urgence. Une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) met en avant qu'un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste est obtenu en moins de deux jours (11). Malgré tout, ce délai est très variable selon les praticiens et cette attente peut pousser le patient à rechercher une assistance immédiate pour ses préoccupations médicales. Pour atténuer ces effets, le service d'accès aux soins (SAS) est expérimenté en Loire-Atlantique depuis mai 2021. L'objectif est d'apporter une réponse aux demandes de soins vitaux, urgents et non-programmés en passant par la régulation du 15 et la mise en place d'une plateforme permettant à tout professionnel de la région de recevoir des patients pour des soins non-programmés.

Plusieurs études ont identifié certains groupes de patients à risque plus élevé de reconsultations aux UP. Parmi eux, les jeunes enfants de moins de 2 ans ont été identifiés comme étant plus susceptibles de revenir aux urgences pour des soins médicaux supplémentaires. De plus, des motifs tels que l'insuffisance respiratoire aiguë et les gastro-entérites aiguës (GEA) ont été associés à un risque accru de reconsultations (5) (12).

Dans ce contexte, les consultations itératives des patients dans les services d'UP, déjà fortement sollicités, entraînent une augmentation de la fréquentation globale de ces services. Ces consultations peuvent être spontanées ou programmées par les services. Elles peuvent être motivées par la dégradation de l'état de santé de l'enfant ou l'apparition de nouveaux symptômes, mais également par l'inquiétude parentale ou être en lien avec les consignes de surveillance données lors du premier passage. Une visite répétée aux urgences questionne

notamment le changement de prise en charge et la réévaluation du traitement. Ces consultations deviennent souvent chronophages en raison de la réalisation d'examens complémentaires, de la nécessité d'une surveillance médicale parfois prolongée, mais aussi du besoin de réassurance parentale, impliquant la délivrance de conseils en puériculture.

Nous nous intéressons ici aux patients ayant consulté de manière spontanée aux urgences à plusieurs reprises au cours d'un même épisode médical. Dans la littérature, l'intervalle de reconsultation le plus largement utilisé est de 72 heures. Néanmoins, cette période de 72 heures est arbitraire. Une étude menée par Rising et al. en 2014 a révélé que cet intervalle pouvait potentiellement négliger jusqu'à 70 % des reconsultations non-programmées au sein d'une population adulte. Ils suggéraient un délai de 9 jours. Ultérieurement, Claire L. Hutchinson a étayé ces résultats en démontrant que 75 % des retours se produisent dans les 9 jours, et 83 % dans les 14 jours (13). Il est important de souligner que les définitions et méthodes utilisées pour identifier les visites index et les visites de reconsultation dans la littérature sont diverses, ce qui peut expliquer la grande variabilité des résultats. En pédiatrie, il semble légitime de retenir un intervalle de 15 jours puisqu'il s'agit de la durée classiquement utilisée pour définir un événement aigu d'un événement chronique, en infectiologie notamment.

L'objectif principal de notre étude était de décrire les consultations répétées non-programmées dans les 15 jours suivant un premier passage aux UP du CHU de Nantes. Par l'analyse des consultations, nous avons cherché à identifier les éléments permettant de prévenir ces consultations itératives, comme une meilleure éducation thérapeutique des patients, une facilité d'accès à la médecine de ville ou les difficultés en lien avec les tensions des lits d'hospitalisations.

Matériel et méthode

A. Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, monocentrique, rétrospective.

B. Population étudiée

1. Critères d'inclusions

Nous avons inclus tous les patients :

- Âgés de 0 à 15 ans et 3 mois
- Ayant consulté spontanément à deux reprises ou plus en l'espace de quinze jours aux UP du CHU de Nantes
- Durant la période du 1^{er} septembre 2022 au 31 décembre 2022 inclus.
- Pour un même épisode médical

2. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas inclus :

- Les enregistrements informatiques de passage aux urgences n'ayant pas mené à une consultation aux urgences. Cela englobe les patients qui ont réalisé une admission administrative, mais qui ont quitté l'établissement avant d'être admis aux urgences. Cela comprend également les patients pris en charge directement par les services d'hospitalisation, mais qui ont été enregistrés aux urgences en vue de leur admission à l'hôpital.
- Les patients dont la deuxième consultation n'avait pas de lien avec la 1^{ère} consultation.
- Les patients qui étaient reconvoqués par un médecin des UP et donc qui ne venaient pas de leur propre initiative.

C. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir du logiciel MILLENNIUM®, utilisé au CHU de Nantes. Le service informatique nous a fourni la liste des passages aux UP des patients ayant été enregistrés à deux reprises ou plus aux UP dans un intervalle de 15 jours entre le 1er septembre 2022 et le 31 décembre 2022.

Nous avons recueilli les données suivantes :

- Les données démographiques : âge, sexe
- La date des consultations aux urgences. Pour les patients ayant consulté à plus de deux reprises pour le même motif, nous avons décidé de traiter la reconsultation jugée la plus pertinente sur le plan médical.
- Présence d'un médecin traitant notifié dans le dossier. Si cette information était absente, nous l'avons considérée comme donnée manquante.
- L'antécédent de prématurité et la présence d'une maladie chronique
- L'existence d'une consultation en ville au préalable d'un des passages aux urgences
- Motif de reconsultation aux UP en lien avec les consignes de surveillance données lors du premier passage aux urgences. Cette évaluation a été réalisée par l'investigateur clinique après lecture des dossiers.
- La priorité donnée par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)
- Les prescriptions thérapeutiques et d'examen complémentaires réalisés aux urgences ainsi que les avis spécialisés demandés
- Le diagnostic principal retenu
- La classification Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil (GEMSA) et la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)
- Les ordonnances de sortie
- La raison de la reconsultation selon qu'il s'agissait d'une aggravation des symptômes, de leur persistance ou de l'apparition de nouveaux symptômes. Cette catégorisation a été réalisée par l'investigateur clinique sur lecture des dossiers.

Les traitements administrés aux urgences ont été classés selon les catégories suivantes : antalgique de palier 1, 2 et 3, anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS), antispasmodique, antiémétique, antiépileptique, anxiolytique et antipsychotique, anti-infectieux (comprenant antibiotique, antiviral, antipaludéen), remplissage vasculaire intraveineux (IV), oxygénothérapie, aérosol ou nébulisation, corticoïdes per os (PO), réalisation de plâtre ou attelle, réalisation de suture, pose de sonde-nasogastrique (SNG), inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), laxatif, anticoagulant, vitamine K, desmopressine, exacyl.

Les examens complémentaires réalisés ont été classés en : bilan biologique sanguin, imageries incluant la radiographie, l'échographie, le scanner, l'imagerie par résonance magnétique

(IRM), réaction en chaîne par polymérase (PCR) et test de diagnostic rapide ORL, électrocardiogramme (ECG), bandelette urinaire (BU), examen cytbactériologique des urines (ECBU), coproculture, prélèvement cutané, avis spécialisé. Concernant les résultats de multiplex, il s'agissait de PCR ou de test antigéniques. Durant cette période avait lieu l'étude « OURSYN » qui étudiait la fiabilité du test antigénique par rapport à la PCR avec comme objectif d'évaluer son intérêt dans la prise en charge.

Les ordonnances de sortie ont été classées de la façon suivante : antalgique de palier 1 et 2, anti-infectieux, anti-inflammatoire non-stéroïdien, antispasmodique, corticoïdes per os, aérosols, anxiolytique et antipsychotique, laxatif, anticoagulant, IPP, anti-histaminique, antiépileptique, corticoïdes cutanés, vitamine K, collyre antiseptique, exacyl. Nous avons également répertorié les ordonnances d'électroencéphalogramme (EEG), d'IRM, d'échographie, de prélèvement biologique et de coproculture.

Les consultations préalables en ville comprenaient les rendez-vous au cours du même épisode médical chez un médecin généraliste, SOS-médecin, une sage-femme ou en PMI. Ces consultations en ville n'impliquaient pas forcément l'adressage aux urgences par le soignant. Les visites réalisées dans un autre hôpital n'étaient pas incluses dans ce décompte.

D. Définitions

Le triage réalisé par l'IAO permet de dispenser les soins par ordre de priorité médicale selon les paramètres de sévérité et d'urgence. Ce triage est classé selon quatre niveaux : de la priorité 1 nécessitant une prise en charge médicale immédiate à la priorité 4 requérant une prise en charge dans les deux heures. Ce système de classification facilite l'organisation et l'efficacité des soins d'urgence en orientant les patients vers les niveaux de prise en charge appropriés.

La classification GEMSA classe les patients en six groupes selon leur mode d'admission et de sortie.

- GEMSA 1 : patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
- GEMSA 2 : patient non convoqué, sortant après consultation ou soins
- GEMSA 3 : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale
- GEMSA 4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences.

- GEMSA 5 : patient attendu dans un service, ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation
- GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée

La CCMU échelonne les niveaux de gravité des patients selon leur état clinique, la nécessité d'interventions médicales et les risques potentiels pour sa santé.

- CCMU 1 : patient dont l'état clinique est jugé stable et n'ayant pas nécessité d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique
- CCMU 2 : patient dont l'état clinique est jugé stable, ayant nécessité la réalisation d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques
- CCMU 3 : Patient dont l'état clinique est susceptible de s'aggraver aux urgences, mais dont le pronostic vital n'est pas engagé
- CCMU 4 : patient dont le pronostic vital est engagé, sans indication de gestes de réanimation immédiats
- CCMU 5 : patient dont le pronostic vital est engagé, avec indication de gestes de réanimation immédiats.

Les diagnostics principaux ont été codés selon la Cim-10 qui comprend vingt-deux catégories. Nous avons modifié cette classification pour une meilleure pertinence clinique. Nous avons en particulier reclassé la catégorie XVIII « symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires, non classés ailleurs » selon les appareils concernés.

Nous avons reclassé les maladies infectieuses en fonction de l'organe affecté. Quand le point d'appel n'était pas retrouvé ou lorsque les symptômes étaient multiples, nous les avons classés « certaines maladies infectieuses ».

Nous avons également divisé la catégorie XIX « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » en faisant la distinction entre les problématiques traumatologiques et les intoxications. Les intoxications médicamenteuses volontaires ont été regroupées avec les pathologies psychiatriques.

Concernant la présence ou non d'une maladie chronique, nous avons considéré l'asthme et le syndrome dépressif comme des maladies chroniques si un traitement de fond était en place.

E. Éthique

Ce travail de thèse entre dans le cadre d'une étude hors Loi Jardé. La récolte des données est conforme au protocole MR004 du CHU de Nantes.

Ces données servent uniquement à cette étude et sont conservées sur un support confidentiel non partagé. Les données recueillies ont été anonymisées en attribuant un numéro à chaque patient. Nous n'avons pas conservé la base de données nominative. Il n'y a notamment pas de table de correspondance permettant de retrouver les patients anonymisés.

F. Analyse statistique

Nous avons réalisé une analyse descriptive. Pour les variables quantitatives de distribution normale, nous avons calculé des moyennes et des écarts-types. Pour les variables continues non-gaussiennes, nous avons calculé des médianes et intervalles interquartiles. Les variables non-gaussiennes ont été déterminées grâce à un test de Shapiro. Les comptes de fréquence et les pourcentages sont donnés pour les variables discrètes. Pour la comparaison de variables deux à deux, nous avons utilisé des tests de chi² ou Fisher pour les variables binaires et des tests de rangs (Wilcoxon ou Kruskal Wallis) pour les variables catégorielles ordinales. Le risque alpha est fixé à 5 %.

Les calculs ont été réalisés dans Excel v.11.8 et sur le logiciel R studio v 4.2.0.

Résultats

A. Description de la population

Nous avons inclus 390 patients sur la période du 1er septembre 2022 au 31 décembre 2022. La liste fournie par le service informatique comprenait 1830 passages aux urgences pour les patients ayant fait l'objet de plusieurs entrées administratives au cours de la période considérée. Parmi eux, 99 patients ont été exclus, car la deuxième consultation était programmée par le service des urgences. Les autres entrées concernaient des patients admis mais non pris en charge aux urgences pédiatriques.

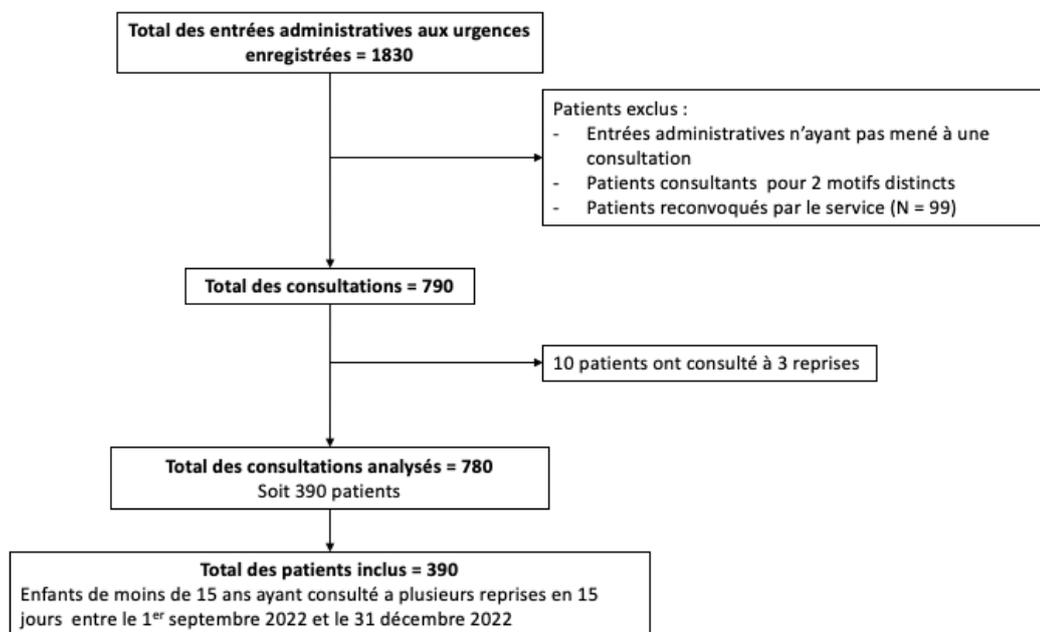


Figure 1. Flow Chart

Les caractéristiques des patients et des motifs de consultation sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen était de 4,7 mois pour un âge médian de 2 ans, la répartition par âge des patients est présentée dans la figure 2. Le sex-ratio était de 1,3. En moyenne, le délai entre deux consultations était de 3,9 jours, avec une médiane de 3 jours. Cinq pour cent (n=20) des enfants avaient un antécédent de prématurité. Onze pour cent des patients (n=44) étaient atteints d'une maladie chronique dont 21, soit près de la moitié, ont consulté pour un motif en lien avec cette maladie.

Quatre-vingt-quinze pour cent (n=371) des patients avaient un médecin traitant. Quarante pour cent (n=155) des patients avaient consulté en ville en amont de la première ou deuxième consultation aux urgences.

Quatre-vingt-sept pour cent (n=340) des reconstructions étaient en lien avec les consignes de surveillance classiquement données lors de la première consultation.

Durant la première consultation, 30 avis spécialisés ont été demandés dont 14 pour la pédopsychiatrie et 8 pour la chirurgie. Lors de la deuxième consultation, 42 avis spécialisés ont été pris dont 14 pour la pédopsychiatrie et 13 pour la chirurgie.

Tableau 1. Caractéristiques de la population

Variables	N=390
Age médian (années)	2.0 (0.0, 8.0)
Age médian (mois)	30.0 (5.0, 105)
Sexe masculin	218 (56%)
Délai de reconsultation (jours)	3.0 (1.3, 5.0)
Médecin traitant *	371 (97%)
Consultation en ville au préalable	155 (40%)
Prématurité	20 (5.1%)
Maladie chronique	44 (11%)
Consultation en lien avec maladie chronique	21(5.4%)
Consultation en lien avec consignes surveillance	340 (87%)
Motif de reconsultation	
- Symptôme persistant	159 (41%)
- Nouveau symptôme	97 (25%)
- Aggravation symptôme	134 34%)
Patient ayant eu \geq 1 examen complémentaire	
Consultation 1	191 (49%)
Consultation 2	217 (56%)
Avis spécialisés demandés	
Consultation 1	30 (8%)
Consultation 2	42 (11%)

* N=371

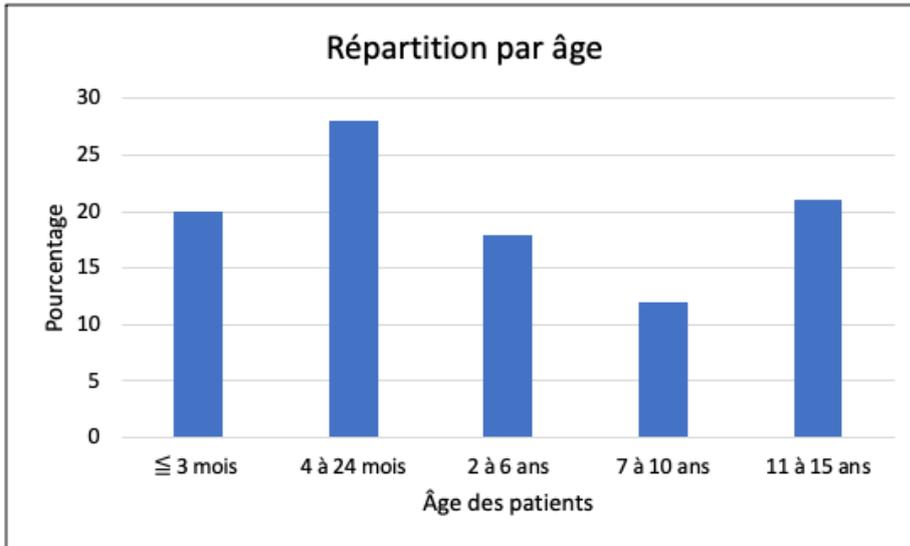


Figure 2. Répartition par classes d'âge de la population

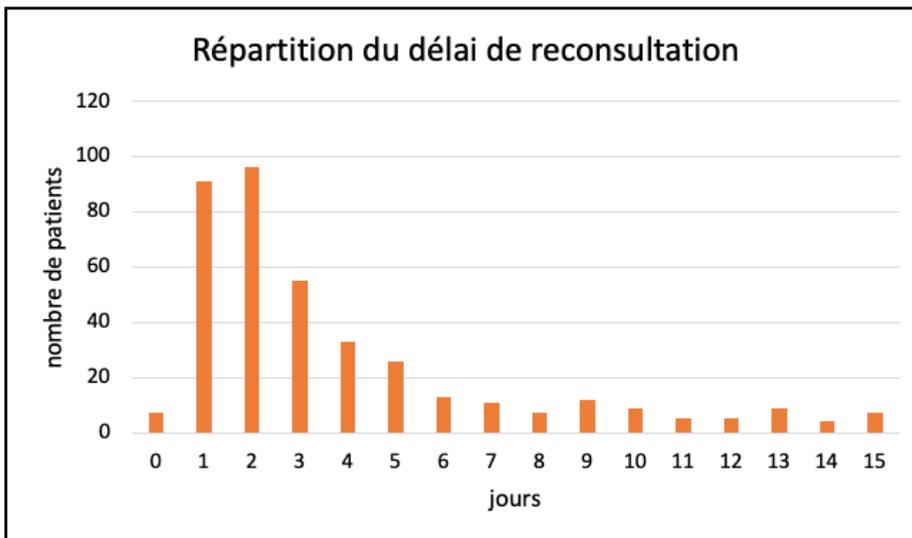


Figure 3. Intervalle de temps entre les deux consultations aux urgences

La répartition des patients selon le triage IAO, la CCMU et les GEMSA est illustrée dans les figures 3 à 5. En comparaison avec la première visite, les patients étaient plus graves lors de leur 2^e admission selon l'IAO. Durant ce deuxième passage, un nombre accru de patients a nécessité la réalisation d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques. Nous avons observé une augmentation significative du nombre de patients classés CCMU 3 lors du second passage. Il existait une hausse significative des hospitalisations à la suite du second passage. Trente-quatre patients étaient hospitalisés au décours du premier passage, contre 126 lors du 2^e passage.

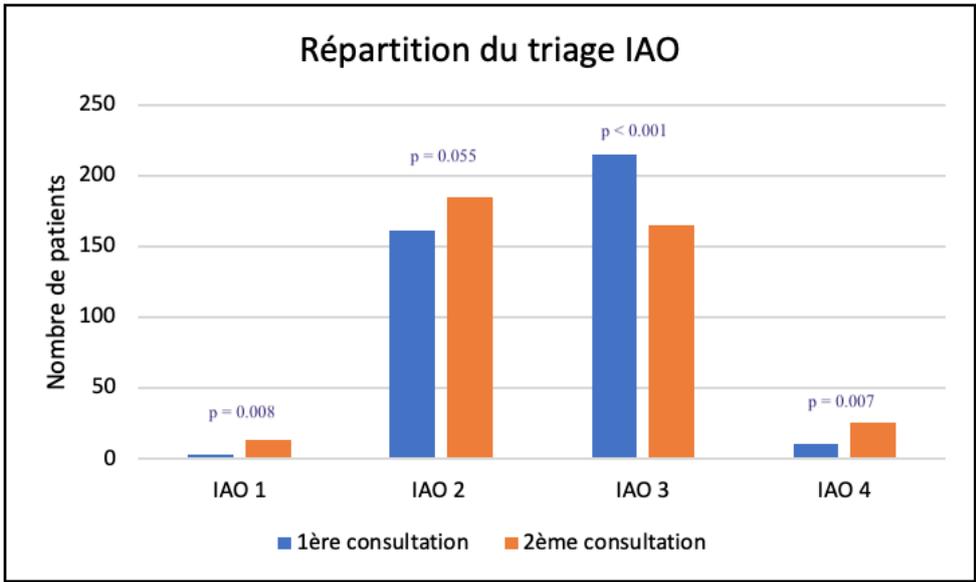


Figure 4. Répartition du triage IAO lors des consultations 1 et 2

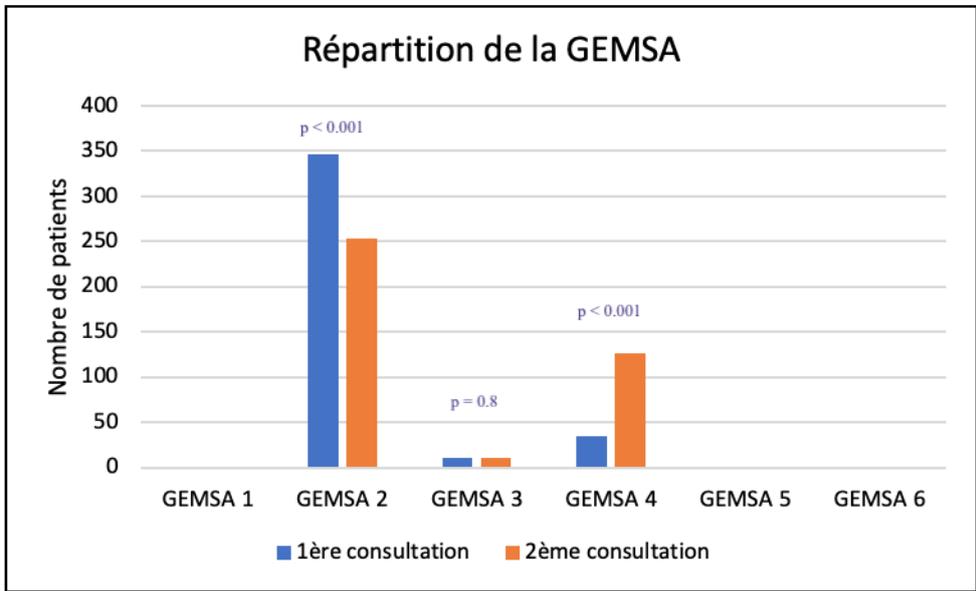


Figure 5. Répartition de la GEMSA lors des consultations 1 et 2

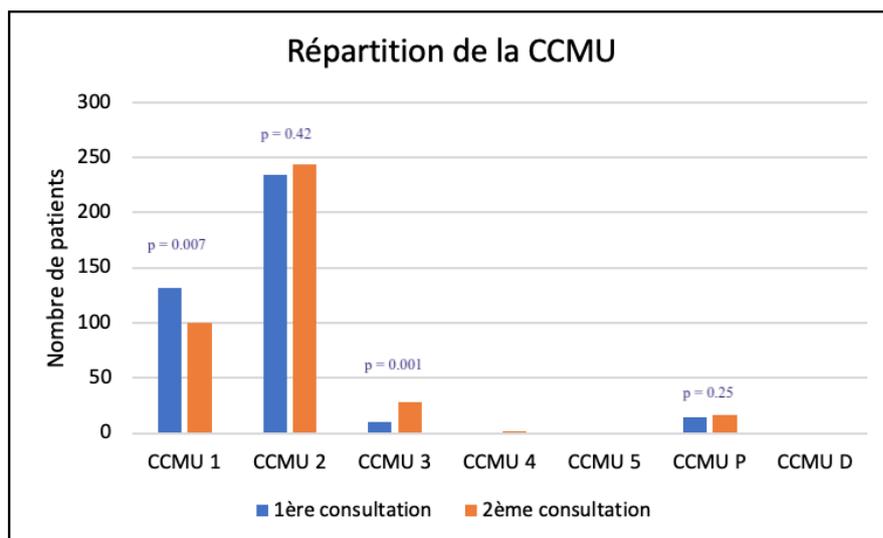


Figure 6. Répartition de la CCMU lors des consultations 1 et 2

En moyenne, il a été réalisé 0,9 examen complémentaire par patient au cours du premier passage et 1 examen complémentaire par patient pendant le second passage. Une augmentation significative du nombre de prélèvements biologiques et de scanners réalisés a été observée durant la deuxième consultation (Tableau 2). En revanche, 47 % (n=182) des patients n'ont nécessité aucun examen complémentaire ni avis spécialisé lors de leur premier passage et 44 % (n=173) lors du second passage.

Tableau 2. Examens complémentaires réalisés lors des passages 1 et 2 aux urgences

Variables	Consultation 1 N=390 ¹	Consultation 2 N=390 ¹	p-value ²
Patients ayant eu ≥ 1 examen complémentaire	208	217	
Prélèvement biologique	63 (16%)	104 (27%)	<0.001
Radiographie	98 (25%)	93 (24%)	0.68
Échographie	28 (7%)	37 (9%)	0.24
Scanner	4 (1%)	12 (3%)	0.043
PCR ou TROD	33 (8%)	33 (8%)	>0.99
ECG	10 (3%)	6 (2%)	0.31
BU	50 (13%)	41 (11%)	0.32
ECBU	13 (3%)	18 (5%)	0.36
Coproculture	5 (1%)	1 (0%)	0.22
Prélèvement cutané	1 (0%)	1 (0%)	>0.99
Avis spécialiste	30 (7.7%)	42 (11%)	0.14

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi² de Pearson

Le tableau 3 recense les thérapeutiques prescrites aux urgences. Il y a eu davantage de traitements administrés lors du second passage avec une augmentation significative du nombre de prescriptions d'anti-infectieux, d'oxygénothérapies, de remplissages vasculaires et de SNG.

Tableau 3. Traitements administrés lors des passages 1 et 2 aux urgences

Variables	Consultation 1 N = 390 ¹	Consultation 2 N = 390 ¹	p-value ²
Antalgique pallier 1	136 (35%)	123 (32%)	0.32
Antalgique pallier 2	4 (1.0%)	10 (2.6%)	0.11
Antalgique pallier 2 antispasmodique	15 (3.8%)	6 (1.5%)	0.046
AINS	4 (1.0%)	3 (0.8%)	>0.99
MEOPA	8 (2.1%)	1 (0.3%)	0.038
Anti-infectieux	11 (2.8%)	41 (11%)	<0.001
Anxiolytique, antipsychotique	8 (2.1%)	8 (2.1%)	>0.99
Remplissage vasculaire	15 (3.8%)	38 (9.7%)	0.001
Oxygénothérapie	8 (2.1%)	46 (11.8%)	<0.001
Aérosol	21 (5.4%)	24 (6.2%)	0.65
Plâtre ou attelle	41 (11%)	31 (7.9%)	0.22
Corticoïdes PO	16 (4.1%)	14 (3.6%)	0.71
Antiémétique	4 (1.0%)	1 (0.3%)	0.37
SNG	2 (0.5%)	35 (9.0%)	<0.001
Suture	9 (2.3%)	5 (1.3%)	0.28
antiépileptique	1 (0.03%)	2 (0.05%)	>0.99
Vitamine K	1 (0.03%)	0 (0.0%)	>0.99
IPP	0 (0.0%)	1 (0.03%)	>0.99
Exacyl	1 (0.03%)	0 (0.0%)	>0.99
anticoagulant	0 (0.0%)	1 (0.03%)	>0.99
Desmopressine	0 (0.0%)	1 (0.03%)	>0.99

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi² de Pearson

Le tableau 4 répertorie les catégories diagnostiques lors des deux consultations. Les motifs de consultation prépondérants comprenaient les pathologies respiratoires et la traumatologie. Une augmentation des consultations pour des pathologies respiratoires a été constatée lors de la deuxième visite, tandis qu'une diminution a été observée pour les motifs traumatologiques. La répartition concernant les autres catégories diagnostiques restait relativement semblable entre les deux passages.

Néanmoins, nous avons remarqué que parmi les 10 patients avec un diagnostic de lésion traumatique lors du premier passage et non retrouvé au second, 3 ont été classés dans pathologies ostéo-articulaires, dont une ostéomyélite de hanche et une arthrite inflammatoire. En ce qui concerne les pathologies urinaires, 9 patients ont reçu un diagnostic de pathologie urinaire lors de leur deuxième consultation alors qu'un diagnostic différent était posé lors de leur première visite. Lors de cette première visite, les diagnostics comprenaient 4 cas de fièvre, 2 pathologies digestives, 1 pathologie respiratoire et 2 pathologies ORL.

Tableau 4. Catégories diagnostiques lors des passages 1 et 2 aux urgences

Catégories diagnostiques	Consultation 1 N=390¹	Consultation 2 N=390¹	p- value²
Pathologies de l'appareil respiratoire	107 (27%)	120 (31%)	0,019
Lésions traumatiques et soins orthopédiques	81 (21%)	71(18%)	0,0015
Pathologies de l'appareil digestif	55 (14%)	63 (16%)	0,073
Pathologies des voies ORL, de l'oreille et des sinus	53 (14%)	41 (11%)	0,089
Certaines maladies infectieuses	27 (7%)	20 (5%)	0,19
Troubles mentaux et du comportement	18 (5%)	19 (5%)	1
Pathologies dermatologiques	13 (3%)	16 (4%)	0,37
Pathologies du système nerveux	12 (3%)	9 (2%)	0,50
Pathologies de l'appareil génito-urinaire	10 (3%)	17 (4%)	0,070
Pathologies du système ostéo-articulaire	4 (1%)	7 (2%)	0,24
Pathologies de l'appareil cardiovasculaire et circulatoire	3 (<1%)	2 (<1%)	1
Pathologies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	3 (<1%)	2 (<1%)	1
Pathologies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2 (<1%)	2 (<1%)	1
Pathologies de l'œil et de ses annexes	1 (<1%)	1 (<1%)	
Tumeurs	1 (<1%)	0 (<1%)	

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi² de Pearson

Concernant les ordonnances de sortie des urgences, les résultats sont présentés dans le tableau 5, les traitements les plus prescrits étaient les antalgiques de pallier 1. Quarante-six pour cent des patients sont sortis avec une ordonnance de paracétamol lors du premier passage. Suivent

ensuite les prescriptions d'anti-inflammatoires puis les anti-infectieux. Au décours du second passage, il a été prescrit moins de médicaments avec une diminution significative de la prescription d'antalgique de pallier 1, d'AINS, de corticoïdes PO et de bronchodilatateurs. Il a été observé une augmentation non-significative de la prescription d'anti-infectieux. Nous n'avons retrouvé aucune prescription de sortie d'antalgique de pallier 3.

Tableau 5. Prescriptions de sortie au décours des passages 1 et 2 aux urgences

Variables	Consultation 1 N = 390 ¹	Consultation 2 N = 390 ¹	p-value ²
Antalgique pallier 1	181 (46%)	77 (20%)	<0.001
Antalgique pallier 2	19 (4.9%)	14 (3.6%)	0.37
Anti-infectieux	30 (7.7%)	37 (9.5%)	0.37
AINS	37 (9.5%)	12 (3.1%)	<0.001
Antispasmodique	9 (2.3%)	7 (1.8%)	0.61
Corticoïde PO	17 (4.4%)	6 (1.0%)	0.020
Bronchodilatateur	13 (3.3%)	4 (1.0%)	0.027
Anxiolytique, antipsychotique	9 (2.3%)	4 (1.0%)	0.16
Laxatif	3 (0.8%)	3 (0.8%)	>0.99
Anticoagulant	1 (0.3%)	2 (0.5%)	>0.99
IPP	1 (0.3%)	1 (0.3%)	>0.99
Antihistaminique	2 (0.5%)	1 (0.3%)	>0.99
antiépileptique	0 (0%)	1 (0.3%)	>0.99
Crème corticoïde	1 (0.3%)	0 (0%)	>0.99
Vitamine K	1 (0.3%)	1 (0.3%)	>0.99
Collyre antiseptique	1 (0.3%)	1 (0.3%)	>0.99
Exacyl	1 (0.3%)	0 (0%)	>0.99
EEG	1 (0.3%)	0 (0%)	>0.99
IRM	2 (0.5%)	0 (0%)	>0.99
Échographie	3 (0.8%)	3 (0.8%)	0.50
Prélèvement biologique	1 (0.3%)	2 (0.5%)	>0.99
Coproculture	1 (0.3%)	0 (0%)	>0.99

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi² de Pearson

B. Analyses en sous-groupe

Les données des analyses en sous-groupe sont présentées en annexe.

1. Patients avec diagnostic de bronchiolite lors de la première consultation

Il a été posé le diagnostic de bronchiolite pour 78 (20 %) patients lors de la première consultation aux urgences. L'âge médian était de 2,5 mois. Parmi eux, 38 patients (49%) avaient consulté un médecin de ville au préalable, et les reconsultations étaient davantage en lien avec les consignes de surveillance. Le délai médian de reconsultation était de 2 jours. À l'arrivée aux urgences, leur niveau de gravité était estimé plus élevé selon l'IAO ($p=0,005$) et la 2^e consultation était en lien avec les consignes de surveillance dans 97% des cas, dont 60% pour aggravation ou apparition de nouveaux symptômes. Pour ces patients, peu d'exams complémentaires ont été prescrits, avec en moyenne 0,3 et 0,4 examen complémentaire par patient lors du 1^{er} et du second passage, respectivement. Le taux d'hospitalisation était significativement plus élevé lors de la 2^e consultation avec 65% d'hospitalisation vs 15% lors du premier passage.

Parmi les 78 patients avec le diagnostic de bronchiolite lors du premier passage, 8 ont eu un diagnostic différent lors de la seconde consultation, dont 2 otites moyennes aiguës, 1 pyélonéphrite et 1 pneumopathie, 1 asthme.

2. Patients avec diagnostic de lésions traumatiques et soins orthopédiques lors de la première consultation

Quatre-vingt-un patients ont consulté pour de la traumatologie lors de la première consultation aux urgences. Les diagnostics au cours du premier passage comprenaient 36 fractures, 35 contusions ou entorses, 9 plaies et 1 soin de contrôle orthopédique. Durant le premier passage, 60 % des patients ont nécessité la réalisation de soins (8 sutures et 41 plâtres ou attelles) et 44 % durant de la seconde consultation (5 sutures ou retrait de point, 31 réfections de plâtres ou attelles).

3. Patients avec diagnostic de GEA lors de la première consultation

Il a été posé le diagnostic de GEA pour 23 (6 %) patients lors de la première consultation aux urgences. L'âge médian était de 3 ans. L'intervalle de reconsultation était plus court que pour

le reste de la population étudiée avec une médiane de 2 jours. Cinquante-deux pour cent d'entre eux avaient consulté en ville au préalable. Leur niveau de gravité au moment de leurs admissions aux urgences n'était pas significativement différent du reste de la population étudiée. Cependant, lors de leur second passage, leur triage IAO était de plus grande gravité. Concernant les traitements administrés aux urgences, un nombre significativement plus élevé de patients a nécessité une hydratation intraveineuse au cours de leur second passage. Aucune SNG n'a été posée lors de la première consultation, et deux ont été posés au cours de la deuxième consultation (9 %). Près de la moitié des patients (52 %) n'ont nécessité aucun traitement pendant leur première consultation contre 39 % pendant la seconde consultation. Vingt-deux pour cent des patients n'ont eu aucun traitement au cours des deux passages. Au cours du second passage, 57% (vs 30 % à la première consultation) des patients ont eu un bilan biologique, 30% (vs 35 %) une BU et aucun (vs 22 %) une coproculture. Le taux d'hospitalisation n'était pas différent de celui du reste de la population.

4. Patients consultants pour des troubles mentaux et du comportement lors de la première consultation

Dix-huit (5 %) patients ont consulté pour un motif psychiatrique lors de la première consultation aux urgences. L'âge médian était de 13 ans et une prédominance féminine était observée avec un sex-ratio à 0,38. L'intervalle entre les deux consultations était plus long avec une médiane de 5 jours, contre 2 jours pour le reste de la population étudiée. Ces patients avaient moins consulté en ville avant de se rendre aux urgences (17 %).

L'équipe de pédopsychiatrie a donné son avis pour 78 % des patients (n=14) pour chacun des deux passages. Vingt-deux pour cent des patients ont reçu un traitement aux urgences au premier passage et 40 % lors du second passage (p=0.016).

Le taux d'hospitalisation était de 28 % au décours de la première consultation, et 44 % au décours de la seconde. Au total 12 des 18 enfants, soit 67 % des patients, ont été hospitalisés à la suite de l'un ou l'autre des passages aux urgences.

Un patient avait consulté à deux reprises pour une intoxication médicamenteuse et a été hospitalisé au décours de ses deux passages. Un autre patient avait consulté pour des symptômes de dépression lors de la première visite, puis était revenu pour une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV).

5. Patients consultant pour une crise d'asthme lors de la première consultation

Il a été posé le diagnostic d'asthme pour 12 (3 %) patients à la première consultation aux urgences. L'âge médian était de 18 mois et l'âge moyen de 45 mois. Le nombre de patients ayant consulté en ville au préalable était semblable au reste de la population, mais ils étaient significativement plus graves au moment de leur 1^{ère} admission aux urgences.

Concernant les thérapeutiques au cours du premier passage : 9 (75 %) patients ont reçu un traitement par corticoïde PO, 11 (92 %) par bronchodilatateur de courte durée d'action en aérosol sur chambre d'inhalation ou en nébulisation, 2 (17 %) une oxygénothérapie. Un patient a reçu un traitement anti-infectieux et 1 patient a nécessité un remplissage vasculaire. Au cours du second passage : 6 (50 %) patients ont reçu une corticothérapie PO, 9 (75 %) un bronchodilatateur de courte durée d'action en aérosol sur chambre d'inhalation ou en nébulisation, 5 (42 %) une oxygénothérapie, 4 (33 %) un traitement anti-infectieux et 3 (25 %) un remplissage vasculaire.

Pour ces 12 patients, les diagnostics posés lors du second passage aux urgences étaient les suivants : 5 asthmes, 3 pneumopathies, 2 bronchiolites, 1 bronchite aiguë, 1 otite moyenne aiguë.

6. Patients atteint d'une maladie chronique dont les passages aux urgences sont en lien avec cette maladie

Ils représentaient 21 patients, soit 5 % de notre population. Les pathologies chroniques comprenaient : 8 asthmes, 3 syndromes dépressifs, 2 infirmités motrices cérébrales, 1 drépanocytose, 1 duplication grêlique, 1 gliome de haut grade, 1 malformation lymphatique, 1 maladie inflammatoire chronique de l'intestin, 1 syndrome de kartagener, 1 syndrome de Di-George, 1 urétérohydronéphrose.

Quarante-trois pour cent des patients avaient consulté en ville au préalable. L'ensemble des reconsultations était en lien avec les consignes de surveillance. D'avantages d'examen complémentaires ont été réalisés pour ces patients avec une médiane de 1 examen complémentaire par patient durant le premier passage et de 2 lors du second passage.

7. Patients ayant été hospitalisé au décours du second passage aux urgences

Cela concernait 126 patients. Il s'agissait de patients jeunes avec un âge médian de 6 mois. Le triage IAO montre qu'ils étaient classés de gravité plus élevée lors du premier passage par

rapport au reste de la population étudiée. En revanche, il n'y avait pas de différence significative en termes de nombre d'examen complémentaires réalisés durant cette première consultation. Parmi les thérapeutiques réalisées lors du deuxième passage aux urgences, 59 (47 %) patients ont eu un antalgique de pallier 1, 43 (34 %) une oxygénothérapie, 31 (25 %) un remplissage vasculaire, 21 (17 %) un anti-infectieux, 5 (4 %) un antalgique de pallier 3, 1 (1 %) un antalgique de pallier 2.

Il est à noter que 16 de ces patients avaient déjà été hospitalisés à la suite de leur premier passage aux urgences, pour ceux-là l'intervalle médian de reconsultation était 4 jours.

Parmi les diagnostics principaux des patients hospitalisés suite au second passage aux urgences : 57 patients ont été hospitalisés pour bronchiolite (47 %), 11 pour pneumopathie (9 %), 9 pour GEA (7 %), 5 pour syndrome dépressif ou IMV (4 %), 4 pour asthme (3 %).

8. Patients n'ayant eu aucun examen complémentaire ni avis spécialisé au cours de leurs deux passages

Quatre-vingt-dix-sept (25 %) patients n'ont nécessité la réalisation ni d'examen complémentaire ni d'avis spécialisé durant leurs 2 passages aux urgences. Il s'agissait de patients jeunes, avec un âge médian de 6 mois. Ils n'avaient pas moins consulté en ville au préalable. Leur niveau de gravité établi par l'IAO n'était pas différent de celui du reste de la population étudiée. Une majorité consultait pour une pathologie de l'appareil respiratoire ou des voies ORL (71 %).

Le taux d'hospitalisation à la suite de chacun des deux passages n'était pas significativement différent au reste de la population. A noter que parmi les 6 enfants hospitalisés à la suite du premier passage, 3 d'entre eux ont été à nouveau hospitalisés après le second passage aux urgences. Ces 6 patients consultaient pour une bronchiolite.

Soixante-et-un (63 %) patients ont été classés CCMU 1 après la 1^{ère} consultation et 43 (44%) à la 2^e consultation, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas nécessité de thérapeutique aux urgences.

Discussion

A. Résultats principaux

Au cours de notre étude, 390 patients ont consulté à 2 reprises au cours du même épisode médical, représentant ainsi 5,8 % des passages aux UP sur cette période. Le profil de ces patients correspond à une population jeune avec une prédominance marquée pour les patients de moins de 2 ans. Ils consultaient principalement pour des pathologies respiratoires, traumatologiques, digestives et des voies ORL. La majorité d'entre eux n'avait pas consulté en ville avant de se rendre aux urgences. Mais pour 87 % d'entre eux, la 2^e consultation était en lien avec les consignes de surveillance.

B. Comparaison à la littérature

Selon les données de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) 2022 qui décrit l'activité des urgences grâce aux résumés de passage aux urgences transmis quotidiennement par les services des urgences, les patients de moins de 4 ans comptent pour 52 % des passages aux UP contre 60 % dans notre population. Cela est concordant avec la littérature où un des facteurs de risque principaux de reconsultation est l'âge inférieur à 2 ans (14).

Les données épidémiologiques FEDORU disponibles concernant les classifications CCMU aux UP sont partielles, ce qui les rend difficiles à comparer à notre population étudiée. Mais nous pouvons remarquer que le taux de patients classés CCMU 4 et 5 n'est pas plus important dans notre étude.

En comparant les diagnostics principaux de la population générale des UP, notre population comprenait davantage de consultations pour des pathologies respiratoires et psychiatriques (15). Les patients avec un motif respiratoire ou psychiatrique seraient plus enclins à reconsulter. En revanche, il y avait moins de traumatologie, mais ils représentaient malgré tout une proportion non négligeable des consultations.

Classiquement, après un passage aux urgences, le retour à domicile a lieu dans 90 % des cas (15). Dans notre étude, ce taux est identique au décours du premier passage aux urgences, mais baisse à 68 % au décours du second passage. Cette seconde consultation est donc justifiée pour une proportion non négligeable des patients. D'où l'importance des consignes de surveillance expliquées aux parents des patients.

La bronchiolite

Dans notre étude, la bronchiolite représentait 20 % des reconsultations sur la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2022. Pour ces patients, nous avons observé un taux d'hospitalisation de 15 % après le premier passage aux urgences et de 62 % après le second passage, soit un taux moyen d'hospitalisation de 39%. Ces résultats sont en accord avec les données d'épidémiologie de la région Pays de la Loire qui a dénombré un total de 3300 passages soit 23 % de l'activité des UP sur la période du 19 septembre 2022, début de l'épidémie, au 31 décembre 2022. Sur cette période, il y a eu 1350 hospitalisations pour bronchiolite dans la région, soit un taux d'hospitalisation de 40 % environ (16).

Nous pouvons souligner que peu d'examen complémentaires ont été effectués lors des consultations pour bronchiolite. Lorsqu'ils sont pratiqués, il s'agit principalement de radiographies thoraciques et de tests PCR multiplex. Les pratiques dans le service semblent donc être en accord avec les recommandations des sociétés savantes sur la prise en charge des bronchiolites.

Par ailleurs, l'épidémiologie de la bronchiolite devrait être largement modifiée au cours des prochaines années avec la généralisation de la vaccination par Nirsevimab. Ces changements potentiels dans la prise en charge et la prévention de la bronchiolite pourraient se répercuter sur l'épidémiologie des patients consultants aux urgences pour ce motif, et donc sur le nombre des consultations itératives.

Patients n'ayant eu aucun examen complémentaire

Dans notre étude, lors du premier passage, 47 % de patients ne nécessitaient pas d'examen complémentaire. Selon un rapport de la DRESS de 2019, environ 50 % des consultations aux UP n'ont pas nécessité d'examen complémentaire (17). Ainsi, en pédiatrie, l'absence de recours aux examens complémentaires ne permet pas de présager d'une seconde consultation, en particulier lorsqu'il s'agit de pathologies respiratoires.

Un quart des patients n'a nécessité aucun examen complémentaire durant leurs 2 passages aux urgences, et parmi eux, 62 % ne requéraient aucun traitement. Il s'agit de patients qui auraient justifié une évaluation médicale en ambulatoire et non en milieu hospitalier. Une étude approfondie du profil de ces patients pourrait être intéressante pour leur permettre un meilleur accès à des consultations de médecine de ville.

La traumatologie

On constate que la traumatologie représente une part importante des motifs de reconsultations, avec notamment un grand nombre de réfections de plâtres. Ce qui représentent une activité non négligeable pour le service d'urgences. La réalisation de soins au cours de la 2^e consultation témoigne bien de la justification de ces motifs de reconsultation, mais questionne les modalités d'accueil des patients aux urgences.

Nous avons pu remarquer que peu d'avis spécialisés ont été demandés pour ces patients. Cela peut être expliqué par le fait qu'il s'agit de prises en charge simples, mais également par le fait que les consultations durant les gardes étaient réalisées par les internes de chirurgie. Lors des 2^e consultations, les avis sont généralement pris pour discuter de la durée d'immobilisation et la possibilité de retirer les plâtres plus précocement.

La GEA

Lors de la première consultation pour GEA aux urgences, la moitié des patients n'a nécessité aucun traitement et 40 % n'ont eu ni traitement ni examen complémentaire. Peu de patients ont nécessité une hydratation IV. Il est donc légitime de penser qu'une proportion importante de ces consultations ne relève pas des urgences, mais d'une prise en charge ambulatoire. Cependant, près de la moitié d'entre eux ont également consulté en ville. Il est possible que la difficulté d'accès aux médecins en ville ainsi que l'inquiétude parentale soient des raisons de ces consultations aux urgences. On retient ainsi l'importance de l'information de la population et l'utilité de transmettre largement les messages de surveillance à domicile afin que les consultations aux urgences ne concernent autant que possible que les patients avec une indication de réhydratation intraveineuse ou l'élimination d'un diagnostic différentiel. Par ailleurs, il s'agit de prises en charge souvent longues aux UP, car nécessitant la réévaluation de la tolérance de la réhydratation orale. On augmente ainsi le risque d'une co-infection lors de l'attente en salle d'attente, l'inconfort des patients et la surcharge de travail des cliniciens.

Nous avons pu observer une faible prescription d'antiémétique, ce qui va dans le sens des recommandations des sociétés savantes pour la prise en charge de la GEA.

Par ailleurs, la vaccination contre le rotavirus est un levier pour diminuer les formes graves de GEA dues au rotavirus et par conséquent les hospitalisations et passages aux urgences. Dans les pays disposant de programmes de vaccination, comme dans certaines régions du Canada, il

a été observé une diminution des hospitalisations de 73 % associée à une diminution de la fréquentation des services d'urgence (18).

Patients consultants pour des troubles mentaux et du comportement

Moins de 20 % des patients, qui avaient consulté à 2 reprises pour des troubles psychiatriques aux urgences, avaient consulté un médecin en ville au préalable. Le manque d'offre de soins actuels avec des délais de consultation allongés dans le secteur de la pédopsychiatrie en est la raison la plus évidente (19). Le nombre élevé d'hospitalisations à l'issue du 2^e séjour aux urgences semble témoigner de l'échec de prise en charge en ambulatoire proposée faute de disponibilité de lit d'hospitalisation notamment.

Il s'agit de consultations longues avec la nécessité d'un entretien adapté avec les équipes de psychiatrie. Par ailleurs, il existe très souvent des difficultés de gestion de lits lorsqu'une hospitalisation est retenue comme le souligne le rapport de la Cours des comptes sur la pédopsychiatrie en France (19). La reconsultation aux urgences souligne la gravité de ces patients.

L'asthme

L'asthme est une affection fréquemment rencontrée aux UP (20). Malgré cela, les patients consultants de manière répétée au cours d'un même épisode d'exacerbation ne représentaient que 3 % de notre population. Une explication possible est la bonne connaissance des patients et de leur entourage à la prise en charge de leur maladie.

Patients atteints d'une maladie chronique

Les patients atteints d'une maladie chronique qui consultaient en rapport avec leur pathologie étaient plus graves à leur admission aux urgences. Davantage d'examen complémentaires étaient effectués, et ces patients nécessitaient plus fréquemment un traitement aux urgences. Il s'agit d'une population mieux éduquée pour laquelle les consultations aux urgences sont le plus souvent justifiées.

Patients ayant été hospitalisés au décours de leur second passage aux urgences

Quinze pour cent des patients hospitalisés à la suite de leur 2^e passage aux urgences l'avaient déjà été après la première consultation. Ce chiffre relativement important peut refléter les tensions exercées sur les lits d'hospitalisation et la nécessité de sorties précoces

d'hospitalisation avec une durée moyenne de séjour très brève en pédiatrie, de 3 jours au CHU de Nantes et dans les centres français équivalents (21).

C. Forces et limites

Il s'agissait d'une étude descriptive non comparative, ce qui ne nous permet pas de mettre en évidence de manière formelle les facteurs de risque de reconsultation. Cependant, grâce à une analyse exhaustive des dossiers des patients, nous avons inclus tous les patients remplissant nos critères d'inclusion sans exception sur la période concernée, ce qui représente un échantillon de taille conséquent. Grâce à un délai de reconsultation de 15 jours, nous avons pu restreindre au maximum le nombre de patients négligés.

Nous avons pu fournir des informations détaillées pour décrire au mieux notre population, chaque dossier ayant été examiné par l'investigateur. C'est une raison pour laquelle nous avons très peu de données manquantes et des données fiables. Malgré tout, les données concernant le triage IAO et la CCMU doivent être interprétées avec prudence en raison d'une part du caractère partiellement subjectif de cette classification, et d'autre part d'une connaissance hétérogène des conditions et critères de classement. En revanche, nous avons reclassé les diagnostics à partir de la CIM10 en fonction de leur pertinence clinique, évitant ainsi d'avoir des catégories fourre-tout non-spécifiques.

Il aurait été intéressant de savoir si les patients ayant un médecin traitant avaient tenté de le contacter avant de consulter, mais ces informations n'étaient pas disponibles dans les dossiers médicaux.

Nous n'avons pas pris en compte les reconsultations dans un autre service d'urgence ce qui peut sous-estimer le nombre réel de reconsultation aux urgences, néanmoins cela semble limité au vu du faible nombre de services d'UP dans la région.

La période choisie comprenait le début de l'épidémie de bronchiolite, créant un biais de sélection. Il est possible que la population de moins de 2 ans soit surreprésentée. Mais l'étude ayant été réalisée récemment et notamment en période post-covid, elle reste représentative de la période actuelle.

D. Implications cliniques

La prédominance de patients âgés de moins de 2 ans suggère la nécessité d'accorder une attention particulière aux besoins médicaux spécifiques de cette tranche d'âge. La communication avec les parents tient une place particulièrement importante dans cette population.

L'intervalle de reconsultation relativement court suggère l'importance des consignes de surveillance et de rediriger les patients vers leur médecin traitant pour une réévaluation rapide si le praticien le juge nécessaire.

Dans cette étude, nous n'avons pas eu la possibilité de préciser si la consultation en ville a eu lieu avant la première ou la deuxième visite aux urgences, mais une majorité des patients, 60 %, ont consulté directement aux urgences. Ce recours direct aux services d'urgences peut s'expliquer par le manque d'accessibilité aux services de soins primaires. Plusieurs études soulignent cela. Trois études rapportent qu'environ 50 % des patients ont tenté de contacter leur médecin généraliste après leur visite de référence, mais que seule la moitié a pu obtenir un rendez-vous (22–24). Dans une de ces études, seulement la moitié avait contacté son médecin traitant avant la 2^e visite aux urgences. Parmi eux, 14 (28 %) ne pouvaient pas obtenir de rendez-vous et 32 (64 %) se sont vu indiquer de retourner aux urgences (23) (25). Par ailleurs, les patients qui consultaient le week-end ou pendant les vacances et entre minuit et 8 H auraient une plus grande probabilité de reconsulter dans les 72 H (26). Une des raisons possibles est la difficulté à consulter un médecin de ville durant le week-end. Cette observation mériterait d'être étudiée à l'échelle locale. Dans notre étude, nous ne disposons pas de l'heure d'arrivée aux urgences.

La coordination des soins et notamment l'articulation entre les soins hospitaliers et ambulatoires est un point clé pour limiter le nombre de reconsultations aux urgences. La mise en place de consultations sans rendez-vous hospitalières ou péri-hospitalières peut constituer une option. L'hôpital Robert Debré a été le premier établissement à avoir mis en place à Paris ce type de consultation libérale sans rendez-vous *in situ*, après un tri effectué à l'accueil de ses urgences. Cette mesure a permis de « dérouter » près de 12 000 consultations en 2012, soit 15 % des enfants venus consulter aux urgences (27). Si les données objectives sont malheureusement insuffisantes pour chiffrer précisément les effets des SAS, leur mise en œuvre

est reconnue comme positive, voire très positive, par les urgentistes et les généralistes libéraux (28). C'est dans cette optique qu'un dispositif de consultation pour les urgences relatives a été mis en place en septembre 2024 aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes, l'analyse de cette expérience est en cours.

Par ailleurs, il existe déjà un certain nombre de dispositifs de permanence de soins donnant un accès rapide à des consultations médicales. Cependant, ils ne sont pas toujours connus des patients ou peuvent également être surchargés. En Pays de la Loire notamment, il existe 10 maisons médicales de garde réparties sur le territoire et 5 médecins mobiles. En parallèle SOS médecin participe à la permanence des soins dans l'agglomération de Nantes et de Saint-Nazaire. Ce maillage permet un meilleur accès aux soins, mais n'évite pas l'engorgement des services d'urgence.

E. Perspectives cliniques

La question de savoir si une visite aux urgences est médicalement nécessaire comporte une part de subjectivité. Une étude menée durant les périodes de confinement dues au COVID-19 définissait une visite injustifiée sur la base des diagnostics de sortie qui ne justifient généralement pas de procédures diagnostiques ou thérapeutiques ou de conseils spécialisés (29). Néanmoins, cette méthode présente une limite évidente, car pour une même pathologie il peut exister un éventail de niveaux de gravité, allant du patient ne nécessitant pas de consultation médicale à celui nécessitant une évaluation en médecine ambulatoire, voire des soins diagnostiques et thérapeutiques en milieu hospitalier. L'établissement de critères standardisés pour évaluer de la nécessité d'une visite aux urgences pourrait contribuer à une meilleure orientation des patients, tout en tenant compte de la complexité des situations médicales .

Peu d'études s'intéressent au point de vue des parents, alors que celui-ci est essentiel pour comprendre les facteurs qui influent sur leur perception de soins reçus et le risque de revenir aux urgences. E.P. Logue a mis en avant l'anxiété parentale comme facteur de risque de reconsultation (6). K.L. Rising s'est intéressé à cette question dans une population adulte en menant des entretiens qualitatifs semi-dirigés. La principale raison de leur nouvelle visite aux urgences était l'incertitude concernant leur état de santé, avec notamment l'absence d'explication sur la cause de leurs symptômes. Les autres raisons de leur reconsultation

étaient la difficulté à avoir un rendez-vous dans des délais rapides, l'absence de mutuelle de santé, mais également la plus grande commodité à consulter directement aux urgences avec la possibilité d'avoir des résultats rapidement (24). Pour mieux appréhender les motivations des nouvelles visites aux UP, il serait intéressant d'orienter les recherches du point de vue des parents. Cette approche faciliterait la mise en place d'interventions appropriées visant à réduire le nombre de ces visites récurrentes.

D'autre part, la précarité socio-économique est souvent identifiée comme un facteur de risque conduisant à la fréquentation des services d'urgence, principalement en raison des coûts élevés associés aux soins (30,31). Nous n'avons pas eu la possibilité d'accéder à ces données dans notre étude. Mais il est certain qu'une meilleure compréhension de ces éléments pourrait permettre d'améliorer leur prise en charge avec des réponses plus adaptées.

Conclusion

Cette étude a permis de mieux caractériser le profil des patients qui ont consulté de façon répétée aux UP au cours d'un même événement médical. Les visites aux urgences de ces patients représentaient 5,8 % des passages du service. Il s'agissait de patients jeunes avec une prédominance des patients de moins de 2 ans. La majorité d'entre eux n'avaient pas consulté de médecin en ville avant de se rendre aux urgences. L'intervalle médian entre les deux consultations était de 3 jours. Ils consultaient principalement pour des pathologies respiratoires, traumatologiques, digestives et des voies ORL.

La deuxième consultation était souvent en lien avec les consignes de surveillance classiquement données par les professionnels de santé. Malgré cela, un nombre non négligeable de patients n'ont nécessité aucune procédure diagnostique ou thérapeutique aux urgences, ce qui suggère qu'ils relèveraient d'une réévaluation médicale en ambulatoire et non-hospitalière. Les consignes de surveillance et l'éducation des patients et de leur famille tiennent un rôle crucial dans la prise en charge des patients. L'instauration systématique de fiches d'informations aux parents et la mise en place d'interventions de suivi après la sortie des urgences pourraient contribuer à garantir des soins de qualité pour les enfants.

Annexes

Tableau 6. Triage IAO et classification GEMSA et CCMU lors des consultations 1 et 2

Variables	Consultation 1 N = 390 ¹	Consultation 2 N=390 ¹	p-value ²
Triage IAO			<0.001
1	3 (1%)	13 (3%)	
2	161 (41%)	185 (47%)	
3	215 (55%)	165 (42%)	
4	11 (3%)	26 (7%)	
GEMSA			<0.001
1	0	0	
2	346 (89%)	253 (65%)	
3	10 (3%)	11 (3%)	
4	34 (9%)	126 (32%)	
5	0	0	
6	0	0	
CCMU			<0.001
1	132 (34%)	100 (26%)	
2	234 (60%)	244 (63%)	
3	10 (3%)	28 (7%)	
4	0	2 (1%)	
5	0	0	
P	14 (4%)	16 (4%)	
D	0	0	

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi² de Pearson

Tableau 7. Analyse comparative des consultations 1 et 2 en sous-groupe (asthme, bronchiolite, motif psychiatrique)

Variables	Patients avec le diagnostic d'asthme au 1 ^{er} passage			Patients avec diagnostic de bronchiolite lors du 1 ^{er} passage			Patients consultants pour un motif psychiatrique lors du 1 ^{er} passage		
	CS1 N = 12 ¹	CS2 N=12 ¹	p- value ²	CS1 N = 78 ¹	CS2 N=78 ¹	p-value ²	CS1 N = 18 ¹	CS2 N=18 ¹	p-value ²
Triage IAO			0.46			0.015			0.23
1	0 (0%)	2 (17%)		0 (0%)	4 (5.1%)		0 (0%)	1 (5.6%)	
2	10 (83%)	7 (58%)		45 (58%)	54 (69%)		8 (44%)	7 (39%)	
3	2 (17%)	3 (25%)		33 (42%)	20 (26%)		10 (56%)	10 (56%)	
4	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
GEMSA			0.089			<0.001			0.058
1	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
2	10 (83%)	5 (42%)		66 (85%)	27 (35%)		13 (72%)	10 (56%)	
3	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)		1 (5.6%)	0 (0%)	
4	2 (17%)	7 (58%)		12 (15%)	51 (65%)		4 (22%)	8 (44%)	
Examens complémentaires	2.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.48	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.14	1.0 (1.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)	0.46
Aucun traitement	0 (0%)	1 (8.3%)		47 (60%)	25 (32%)	<0.001	14 (78%)	11 (61%)	0.28

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 8. Analyse comparative des consultations 1 et 2 en sous-groupe (patients sans examen complémentaire, patients atteints de maladie chronique, patients hospitalisés)

Variables	Patients ayant eu 0 examen complémentaire ou avis spécialisé			Patients consultants pour un motif en lien avec leur maladie chronique			Patients ayant été hospitalisés au décours du 2 ^e passage		
	CS1 N = 97 ¹	CS2 N=97 ¹	p-value ²	CS1 N = 21 ¹	CS2 N=21 ¹	p-value ²	CS 1 N = 126 ¹	CS2 N=126 ¹	p-value ²
Triage IAO			0.11			0.23			<0.001
1	0 (0%)	4 (4.1%)		0 (0%)	3 (14%)		1 (0.8%)	12 (9.5%)	
2	40 (41%)	46 (47%)		16 (76%)	12 (57%)		70 (56%)	87 (69%)	
3	54 (56%)	41 (42%)		5 (24%)	6 (29%)		55 (44%)	27 (21%)	
4	3 (3.1%)	6 (6.2%)		0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
GEMSA			<0.001			0.058			<0.001
1	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
2	91 (94%)	64 (66%)		15 (71%)	9 (43%)		110(87%)	0 (0%)	
3	0 (0%)	1 (1.0%)		1 (4.8%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
4	6 (6.2%)	32 (33%)		5 (24%)	12 (57%)		16 (13%)	126(100%)	
Examens complémentaires	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 0.0)		1.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.039	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	<0.001
Aucun traitement	57 (59%)	39 (40%)	0.010	6 (29%)	6 (29%)	>0.99	65 (52%)	21 (17%)	<0.001

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 9. Analyse comparative des consultations 1 et 2 en sous-groupe (GEA)

Variables	Patients avec diagnostic de GEA lors du 1 ^{er} passage		p-value ²
	CS1 N = 23 ¹	CS2 N=23 ¹	
Triage IAO			0.043
1	0 (0%)	1 (4.3%)	
2	5 (22%)	11 (48%)	
3	18 (78%)	10 (43%)	
4	0 (0%)	1 (4.3%)	
GEMSA			0.13
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	21 (91%)	16 (70%)	
3	0 (0%)	0 (0%)	
4	2 (8.7%)	7 (30%)	
Examens complémentaires	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (0.5, 2.0)	0.23
Aucun traitement	12 (52%)	9 (39%)	0.37
Antiémétique	3 (13%)	1 (4.3%)	0.61
SNG	0 (0%)	2 (8.7%)	0.49
Hydratation IV	3 (13%)	9 (39%)	0.044

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 10. Analyse comparative des patients avec le diagnostic de bronchiolite lors du 1er passage

Variables	Patients avec le diagnostic de bronchiolite à la CS1		p-value ²
	NON, N=312 ¹	OUI, N=78 ¹	
Age (années)	4.0 (1.0, 10.0)	0.0 (0.0, 0.0)	<0.001
Age (mois)	49.0 (14.8, 128.3)	2.5 (2.0, 4.0)	<0.001
Sexe masculin	177 (57%)	41 (53%)	0.51
Prématurité	13 (4.2%)	7 (9%)	0.091
Délais de reconsultation	3.0 (2.0, 5.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.005
Médecin traitant	295 (97%)	76 (99%)	0.70
Reconsultation en lien avec les consignes de surveillance	264 (85%)	76 (97%)	0.002
Consultation en ville au préalable	117 (38%)	38 (49%)	0.073
Motif de reconsultation			0.65
Aggravation des symptômes	104 (33%)	30 (38%)	
Nouveaux symptômes	80 (26%)	17 (22%)	
Symptômes persistants	128 (41%)	31 (40%)	
Triage IAO CS1			0.005
1	3 (1.0%)	0 (0%)	
2	116 (37%)	45 (58%)	
3	182 (58%)	33 (42%)	
4	11 (3.5%)	0 (0%)	
GEMSA CS1			0.027
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	280 (90%)	66 (85%)	
3	10 (3.2%)	0 (0%)	
4	22 (7.1%)	12 (15%)	
Examens complémentaires CS1	1.0 (0.0, 1.3)	0.0 (0.0, 0.0)	<0.001
Aucun traitement CS1	148 (47%)	47 (60%)	0.043
Triage IAO CS2			<0.001
1	10 (3.2%)	4 (5.1%)	
2	131 (42%)	54 (69%)	
3	145 (46%)	20 (26%)	
4	26 (8.3%)	0 (0%)	
GEMSA CS2			<0.001
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	226 (72%)	27 (35%)	
3	11 (3.5%)	0 (0%)	
4	75 (24%)	51 (65%)	
Examens complémentaires CS2	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001
Aucun traitement CS2	133 (43%)	25 (32%)	0.089

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 11. Analyse comparative des patients avec le diagnostic de GEA lors du 1^{er} passage

Variables	Patients avec le diagnostic de GEA à la CS1		p-value ²
	NON, N=367 ¹	OUI, N=23 ¹	
Age (années)	2.0 (0.0, 8.0)	3.0 (1.0, 8.0)	0.43
Age (mois)	30.0 (4.0, 105.0)	36.0 (18.0, 104.5)	0.24
Sexe masculin	203 (55%)	15 (65%)	0.35
Prématurité	20 (5.4%)	0 (0%)	0.62
Délais de reconsultation	3.0 (2.0, 5.0)	2.0 (1.0, 3.0)	0.033
Médecin traitant	351 (98%)	20 (91%)	0.13
Reconsultation en lien avec les consignes de surveillance	318 (87%)	22 (96%)	0.34
Consultation en ville au préalable	143 (39%)	12 (52%)	0.21
Motif de reconsultation			0.65
Aggravation des symptômes	124 (34%)	10 (43%)	
Nouveaux symptômes	93 (25%)	4 (17%)	
Symptômes persistants	150 (41%)	9 (39%)	
Triage IAO CS1			0.16
1	3 (0.8%)	0 (0%)	
2	156 (43%)	5 (22%)	
3	197 (54%)	18 (78%)	
4	11 (3.0%)	0 (0%)	
GEMSA CS1			>0.99
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	325 (89%)	21 (91%)	
3	10 (2.7%)	0 (0%)	
4	32 (8.7%)	2 (8.7%)	
Examens complémentaires CS1	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	0.87
Aucun traitement CS1	183 (50%)	12 (52%)	0.83
Triage IAO CS2			0.95
1	13 (3.6%)	1 (4.3%)	
2	174 (47%)	11 (48%)	
3	155 (42%)	10 (43%)	
4	25 (6.8%)	1 (4.3%)	
GEMSA CS2			>0.99
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	237 (65%)	16 (70%)	
3	11 (3.0%)	0 (0%)	
4	119 (32%)	7 (30%)	
Examens complémentaires CS2	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (0.5, 2.0)	0.12
Aucun traitement CS2	149 (41%)	9 (39%)	0.89

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 12. Analyse comparative des patients consultants pour un motif psychiatrique lors du 1^{er} passage

Variables	Patients consultations pour un motif psychiatrique à la CS1		p-value ²
	NON, N=372 ¹	OUI, N=18 ¹	
Age (années)	1.5 (0.0, 7.0)	13.0 (11.0, 13.8)	<0.001
Age (mois)	23.5 (4.8, 92.3)	158.0 (137.8, 168.0)	<0.001
Sexe masculin	213 (57%)	5 (28%)	0.014
Prématurité	19 (5.1%)	1 (5.6%)	>0,99
Délais de reconsultation	2.0 (1.0, 5.0)	5.0 (3.3, 9.8)	<0.001
Médecin traitant	353 (97%)	18 (100%)	>0.99
Reconsultation en lien avec les consignes de surveillance	327 (88%)	13 (72%)	0.066
Consultation en ville au préalable	152 (41%)	3 (17%)	0.040
Motif de reconsultation			0.53
Aggravation des symptômes	130 (35%)	4 (22%)	
Nouveaux symptômes	91 (24%)	6 (33%)	
Symptômes persistants	151 (41%)	8 (44%)	
Triage IAO CS1			>0.99
1	3 (0.8%)	0 (0%)	
2	153 (41%)	8 (44%)	
3	205 (55%)	10 (56%)	
4	11 (3.0%)	0 (0%)	
GEMSA CS1			0.045
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	333 (90%)	13 (72%)	
3	9 (2.4%)	1 (5.6%)	
4	30 (8.1%)	4 (22%)	
Examens complémentaires CS1	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)	0.039
Aucun traitement CS1	181 (49%)	14 (78%)	0.016
Triage IAO CS2			0.42
1	13 (3.6%)	1 (5.6%)	
2	178 (48%)	7 (39%)	
3	155 (42%)	10 (56%)	
4	26 (7.0%)	0 (0%)	
GEMSA CS2			0.59
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	243 (65%)	10 (56%)	
3	11 (3.0%)	0 (0%)	
4	118 (32%)	8 (44%)	
Examens complémentaires CS2	1.0 (0.0, 2.0)	1.0 (1.0, 1.0)	0.53
Aucun traitement CS2	147 (40%)	11 (61%)	0.068

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 13. Analyse comparative des patients avec le diagnostic d'asthme lors du 1^{er} passage

Variables	Patients avec le diagnostic d'asthme à la CS1		p-value ²
	NON, N=378 ¹	OUI, N=12 ¹	
Age (années)	2.0 (0.0, 8.0)	1.0 (1.0, 2.5)	0.85
Age (mois)	31 (5.0, 106.5)	18(12.0, 37.0)	0.90
Sexe masculin	210 (56%)	8 (67%)	0.45
Prématurité	19 (5.0%)	1 (8.3%)	0.47
Délais de reconsultation	3.0 (1.0, 5.0)	2.0 (2.0, 6.3)	0.90
Médecin traitant	359 (97%)	12 (100%)	>0.99
Consultation en ville au préalable	150 (40%)	5 (42%)	>0.99
Reconsultation en lien avec les consignes de surveillance	329 (87%)	11 (92%)	>0.99
Motif de reconsultation			0.29
Aggravation des symptômes	130 (34%)	4 (33%)	
Nouveaux symptômes	92 (24%)	5 (42%)	
Symptômes persistants	156 (41%)	3 (25%)	
Triage IAO CS1			0.026
1	3 (0.8%)	0 (0%)	
2	151 (40%)	10 (83%)	
3	213 (56%)	2 (17%)	
4	11 (2.9%)	0 (0%)	
GEMSA CS1			0.48
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	336 (89%)	10 (83%)	
3	10 (2.6%)	0 (0%)	
4	32 (8.5%)	2 (17%)	
Examens complémentaires CS1	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 2.0)	<0.001
Aucun traitement CS1	195 (52%)	0 (0%)	<0.001
Triage IAO CS2			0.11
1	12 (3.2%)	2 (17%)	
2	178 (47%)	7 (58%)	
3	162 (43%)	3 (25%)	
4	26 (6.9%)	0 (0%)	
GEMSA CS2			0.17
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	248 (66%)	5 (42%)	
3	11 (2.9%)	0 (0%)	
4	119 (31%)	7 (58%)	
Examens complémentaires CS2	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	<0.001
Aucun traitement CS2	157 (42%)	1 (8.3%)	0.032

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 14. Analyse comparative des patients consultants en lien avec leur maladie chronique lors du 1^{er} passage

Variables	Patients consultants pour un motif en lien avec leur maladie chronique à la CS1		p-value ²
	NON, N=369 ¹	OUI, N=21 ¹	
Age (années)	2.0 (0.0, 8.0)	8.0 (2.0, 13.0)	0.001
Age (mois)	25.0 (4.0, 100.0)	99.0 (33.0, 165.0)	<0.001
Sexe masculin	208 (56%)	10 (48%)	0.43
Prématurité	18 (4.9%)	2 (9.5%)	0.29
Délais de reconsultation	3.0 (1.0, 5.0)	3.0 (2.0, 5.0)	0.37
Médecin traitant	350 (97%)	21 (100%)	>0.99
Reconsultation en lien avec les consignes de surveillance	319 (86%)	21 (100%)	0.091
Consultation en ville au préalable	146 (40%)	9 (43%)	0.77
Motif de reconsultation			0.79
Aggravation des symptômes	128 (35%)	6 (29%)	
Nouveaux symptômes	92 (25%)	5 (24%)	
Symptômes persistants	149 (40%)	10 (48%)	
Triage IAO CS1			0.015
1	3 (0.8%)	0 (0%)	
2	145 (39%)	16 (76%)	
3	210 (57%)	5 (24%)	
4	11 (3.0%)	0 (0%)	
GEMSA CS1			0.031
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	331 (90%)	15 (71%)	
3	9 (2.4%)	1 (4.8%)	
4	29 (7.9%)	5 (24%)	
Examens complémentaires CS1	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 2.0)	0.012
Aucun traitement CS1	189 (51%)	6 (29%)	0.043
Triage IAO CS2			0.053
1	11 (3.0%)	3 (14%)	
2	173 (47%)	12 (57%)	
3	159 (43%)	6 (29%)	
4	26 (7.0%)	0 (0%)	
GEMSA CS2			0.055
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	244 (66%)	9 (43%)	
3	11 (3.0%)	0 (0%)	
4	114 (31%)	12 (57%)	
Examens complémentaires CS2	1.0 (0.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	<0.001
Aucun traitement CS2	152 (41%)	6 (29%)	0.25

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 15. Analyse comparative des patients hospitalisés au décours du 2^e passage aux urgences

Variables	Patients hospitalisés au décours du 2 ^e passage		p-value ²
	NON, N=264 ¹	OUI, N=126 ¹	
Age (années)	3.0 (1.0, 10.0)	0.0 (0.0, 2.8)	<0.001
Age (mois)	46.5 (12.0, 122.0)	6.0 (2.0, 35.5)	<0.001
Sexe masculin	157 (59%)	61 (48%)	0.040
Prématurité	11 (4.2%)	9 (7.1%)	0.21
Délais de reconsultation	3.0 (2.0, 5.0)	2.0 (1.0, 4.0)	0.004
Médecin traitant	246 (96%)	125 (99%)	0.11
Reconsultation en lien avec les consignes de surveillance	222 (84%)	118 (94%)	0.008
Consultation en ville au préalable	93 (35%)	62 (49%)	0.009
Motif de reconsultation			0.31
Aggravation des symptômes	93 (35%)	41 (33%)	
Nouveaux symptômes	70 (27%)	27 (21%)	
Symptômes persistants	101 (38%)	58 (46%)	
Triage IAO CS1			<0.001
1	2 (0.8%)	1 (0.8%)	
2	91 (34%)	70 (56%)	
3	160 (61%)	55 (44%)	
4	11 (4.2%)	0 (0%)	
GEMSA CS1			0.012
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	236 (89%)	110 (87%)	
3	10 (3.8%)	0 (0%)	
4	18 (6.8%)	16 (13%)	
Examens complémentaires CS1	1.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.23
Aucun traitement CS1	130 (49%)	65 (52%)	0.66
Triage IAO CS2			<0.001
1	2 (0.8%)	12 (9.5%)	
2	98 (37%)	87 (69%)	
3	138 (52%)	27 (21%)	
4	26 (9.8%)	0 (0%)	
GEMSA CS2			<0.001
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	253 (96%)	0 (0%)	
3	11 (4.2%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	126 (100%)	
Examens complémentaires CS2	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 2.0)	<0.001
Aucun traitement CS2	137 (52%)	21 (17%)	<0.001

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Tableau 16. Analyse comparative des patients qui n'ont nécessité ni examen complémentaire ni avis spécialisé au cours de leurs 2 consultations aux urgences

Variables	Patients n'ayant eu aucun examen complémentaire ni avis spécialisé		p-value ²
	NON, N=293 ¹	OUI, N=97 ¹	
Age (années)	4.0 (0.0, 10.0)	0.0 (0.0, 1.0)	<0.001
Age (mois)	48.0 (10.0, 130.0)	6.0 (2.0, 20.0)	<0.001
Sexe masculin	158 (54%)	60 (62%)	0.17
Prématurité	13 (4.3%)	7 (7.2%)	0.29
Délais de reconsultation	3.0 (2.0, 5.0)	2.0 (1.0, 4.0)	0.21
Médecin traitant	279 (97%)	92 (98%)	>0.99
Reconsultation en lien avec les consignes de surveillance	252 (86%)	88 (90%)	0.23
Consultation en ville au préalable	112 (38%)	43 (44%)	0.30
Motif de reconsultation			0.38
Aggravation des symptômes	98 (33%)	36 (37%)	
Nouveaux symptômes	78 (27%)	19 (20%)	
Symptômes persistants	117 (40%)	42 (43%)	
Triage IAO CS1			>0.99
1	3 (1.0%)	0 (0%)	
2	125 (41%)	40 (41%)	
3	161 (55%)	54 (56%)	
4	8 (2.7%)	3 (3.1%)	
GEMSA CS1			0.10
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	255 (87%)	91 (94%)	
3	10 (3.4%)	0 (0%)	
4	28 (9.6%)	6 (6.2%)	
Examens complémentaires CS1	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 0.0)	<0.001
Aucun traitement CS1	141 (47%)	54 (62%)	0.011
Triage IAO CS2			0.64
1	10 (3.4%)	4 (4.1%)	
2	139 (47%)	46 (47%)	
3	124 (42%)	41 (42%)	
4	20 (6.8%)	6 (6.2%)	
GEMSA CS2			0.57
1	0 (0%)	0 (0%)	
2	189 (65%)	64 (66%)	
3	10 (3.4%)	1 (1.0%)	
4	94 (32%)	32 (33%)	
Examens complémentaires CS2	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 0.0)	<0.001
Aucun traitement CS2	119 (41%)	39 (40%)	0.94

¹ Fréquence (%)

² Test de Fisher; test Chi2 de Pearson; test de Wilcoxon

Bibliographie

1. DRESS. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. Étude & Résultats. août 2020. numéro 1157.
2. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Rapport d'information sénat. 26 juillet 2017. numéro 685.
3. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. mai 2021.
4. Buyck et al. Groupe technique ORU Pays de la Loire. décembre 2020.
5. Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. *Australas Emerg Care*. mars 2019;22(1):47-68.
6. Ali S, Logue, Spiers, Newton, Lander. Characteristics of patients and families who make early return visits to the pediatric emergency department. *Open Access Emerg Med*. juin 2013;9.
7. Litwin SP, Diallo M, Ostrow O. The Parent Perspective on Return Visits to the Pediatric Emergency Department: A Missing Piece of the Puzzle. *Pediatr Emerg Care*. 1 décembre 2021;37(12):e1321-5.
8. Augustine EM, Bekker TD, Goel A, Breslin KA, Chamberlain JM. A Survey of Return Visits to the Pediatric Emergency Department: The Caretakers' Perspective. *Pediatr Emerg Care*. 1 janv 2018;34(1):27-32.
9. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. janvier 2023.
10. DRESS. La consommation de soins et de biens médicaux. Les dépenses de santé en 2022. édition 2023.
11. DRESS. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste. Étude & Résultats. octobre 2018. numéro 1085.
12. Akenroye AT, Thurm CW, Neuman MI, Alpern ER, Srivastava G, Spencer SP, et al. Prevalence and predictors of return visits to pediatric emergency departments. *J Hosp Med*. décembre 2014;9(12):779-87.
13. Hutchinson CL, Curtis K, McCloughen A, Qian S, Yu P, Fethney J. Identifying return visits to the Emergency Department: A multi-centre study. *Australas Emerg Care*. mars 2021;24(1):34-42.
14. de Vos-Kerkhof E, Geurts DHF, Steyerberg EW, Lakhanpaul M, Moll HA, Oostenbrink R. Characteristics of revisits of children at risk for serious infections in pediatric emergency care. *Eur J Pediatr*. 1 avr 2018;177(4):617-24.
15. Activité des services d'urgence chiffres clés 2022. [cité 28 janvier 2024]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022>
16. King L. Surveillance épidémiologique dans les Pays de la Loire. Santé publique France. novembre 2022. numéro 45.
17. DRESS. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. Étude & Résultats. octobre 2019. numéro 1128.
18. Le Saux N. Recommandations sur l'utilisation du vaccin antirotavirus chez les nourrissons. *Paediatr Child Health*. août 2017;22(5):295-9.
19. Cour des Comptes. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. mars 2023.
20. Bouhajja B, Souissi S, Balma A, Borsali N, Karoui N, Margheli S, et al. Épidémiologie de la maladie asthmatique aux urgences. 2010.

21. Guen CGL. CHU de Nantes. [cité 4 mars 2024]. Médecine pédiatrique - pédiatrie. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/medecine-pediatrique>.
22. Augustine EM, Kreling BA, Chamberlain JM. Caretakers' Perspectives on Return Pediatric Emergency Department Visits: A Qualitative Analysis of Focus Groups. *Pediatr Emerg Care*. septembre 2016;32(9):594-8.
23. Early Pediatric Emergency Department Return Visits: A Prospective Patient-Centric Assessment - Alliyia B. Ali, Rick Place, John Howell, Sienna M. Malubay, 2012.
24. Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return visits to the emergency department: the patient perspective. *Ann Emerg Med*. avr 2015;65(4):377-386.e3.
25. Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. *Australas Emerg Care*. mars 2019;22(1):47-68.
26. Sung SF, Liu KE, Chen SCC, Lo CL, Lin KC, Hu YH. Predicting Factors and Risk Stratification for Return Visits to the Emergency Department Within 72 Hours in Pediatric Patients: *Pediatr Emerg Care*. déc 2015;31(12):819-24.
27. Grimpel E, Bégué P. Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants. *Bull Académie Natl Médecine*. juin 2013;197(6):1127-41.
28. Braun F. mission flash sur les urgences et soins non programmés. juin 2022.
29. De Jorna C, Liber M, Khalifi SE, Neggia G, Martinot A, Dubos F. Changes in pediatric emergency department visits during a COVID-19 lockdown period: an exhaustive single-center analysis: Impact of the 2020 lockdown on admissions to a pediatric emergency department. *Arch Pédiatrie*. 15 août 2022
30. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V, et al. Frequent users in paediatric emergency departments. Who are they? Why do they consult?. *An Pediatr Barc Spain* 2003. février 2017;86(2):67-75.
31. Seguin J, Osmanliu E, Zhang X, Clavel V, Eisman H, Rodrigues R, et al. Frequent users of the pediatric emergency department. *CJEM*. mai 2018;20(3):401-8.

Serment Médical

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Étude des consultations répétées aux urgences pédiatriques

RÉSUMÉ

Introduction : Les consultations répétées aux urgences pédiatriques représentent 5 % des passages. Les raisons de ces reconsultations aux urgences sont diverses : l'aggravation de l'état de santé de l'enfant, l'inquiétude parentale ou encore l'impossibilité de trouver un rendez-vous rapidement en ville. Notre objectif était d'étudier la fréquence des reconsultations et de décrire les caractéristiques de ces patients consultant de façon répétée au cours d'un même épisode médical.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive, monocentrique, rétrospective chez les enfants de 0 à 15 ans ayant consulté à plusieurs reprises au cours d'un unique épisode médical dans le service d'urgences pédiatriques de Nantes entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2022. Nous avons recueilli les données à partir du dossier médical informatisé des patients. Nous avons relevé la fréquence et le délai des reconsultations, les motifs, les niveaux de gravité, les prises en charge cliniques et paracliniques et le devenir des patients.

Résultats : 390 patients ont consulté à 2 reprises au cours du même épisode médical, représentant ainsi 5,8 % des passages aux urgences pédiatrique sur cette période. L'âge médian était de 30 mois avec un sex-ratio de 1,3. Ils consultaient principalement pour des pathologies respiratoires, traumatologiques, digestives et des voies ORL. La majorité d'entre eux n'avaient pas consulté en ville avant de se rendre aux urgences. Pour 87 % d'entre eux, la 2^e consultation était en lien avec les consignes de surveillance et ils étaient plus graves à leur arrivée aux urgences. Le taux d'hospitalisation était significativement plus élevé après la 2^e consultation.

Discussion : La prédominance de patients âgés de moins de 2 ans souligne la nécessité d'accorder une attention particulière aux besoins spécifiques de cette tranche d'âge. De même, l'intervalle de reconsultation relativement court suggère l'importance des consignes de surveillance et la nécessité d'améliorer la coordination des soins notamment entre l'hôpital et la médecine ambulatoire afin de réduire le nombre de reconsultations aux urgences.

MOTS-CLÉS

Reconsultation, réadmission, pédiatrie, enfant, urgence