

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Parcours et motivations de recours spontanés aux urgences pédiatriques au centre hospitalier de ROANNE

Thèse

présentée à l'Université Claude Bernard-Lyon 1 et soutenue publiquement le
20 mars 2015 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine par

AHLAM AHATTAB née

le 23 Septembre 1985 à Marrakech

Liste de jury : Pr COCHAT Pierre (Président)

Pr CLARIS Olivier

Pr JAVOUHEY Etienne

Dr CLAVEL Catherine (Directrice de thèse)

**U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES ME-
RIEUX**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation

MAGAUD Jean-Pierre
 PEYRON François
 PICAUD Jean-Charles
 PIRIOU Vincent
 POUTEIL-NOBLE Claire
 PRACROS J. Pierre
 RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
 SAURIN Jean-Christophe
 TEBIB Jacques
 THIVOLET Charles
 THOMAS Luc
 TRILLET-LENOIR Véronique

Hématologie ; Transfusion
 Parasitologie et Mycologie
 Pédiatrie
 Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
 Néphrologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Biochimie et Biologie moléculaire
 Hépatogastroentérologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies métaboliques
 Dermato - Vénérologie
 Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric
 BERARD Frédéric
 BOHE Julien
 BOULETTEAU Pierre
 CERUSE Philippe
 CHAPET Olivier
 CHOTEL Franck
 COTTE Eddy
 DAVID Jean Stéphane
 DEVOUASSOUX Gilles
 DORET Muriel
 DUPUIS Olivier
 FARHAT Fadi
 FEUGIER Patrick
 FRANCK Nicolas
 FRANCO Patricia
 JOUANNEAU Emmanuel
 KASSAI KOUPI Berhouz
 LANTELME Pierre
 LASSET Christine
 LEGER FALANDRY Claire
 LIFANTE Jean-Christophe
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 NANCEY Stéphane
 PAPAREL Philippe
 PIALAT Jean-Baptiste
 POULET Emmanuel
 REIX Philippe
 RIOUFFOL Gilles
 SALLE Bruno

Neurochirurgie
 Immunologie
 Réanimation urgence
 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 O.R.L.
 Cancérologie, radiothérapie
 Chirurgie Infantile
 Chirurgie générale
 Anesthésiologie et Réanimation urgence
 Pneumologie
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Chirurgie Vasculaire
 Psychiatrie Adultes
 Physiologie
 Neurochirurgie
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique
 Cardiologie
 Epidémiologie., éco. santé
 Médecine interne, gériatrie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique.,
 Gastro Entérologie
 Urologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Psychiatrie Adultes
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

tion

SANLAVILLE Damien
 SERVIEN Elvire
 SEVE Pascal
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 THOBOIS Stéphane
 TRAVERSE-GLEHEN Alexandra

Génétique
 Chirurgie Orthopédique
 Médecine Interne, Gériatrie
 Thérapeutique
 Physiologie
 Neurologie
 Anatomie et cytologie pathologiques

TRINGALI Stéphane
TRONC François

O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

tion	ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
	BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
	BOUVAGNET Patrice	Génétique
	CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
	DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
	LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduc-
	MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
	RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
	VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
	VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

tion	CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
	DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
	DIJOUR Frédéric	Anatomie et Cytologie pathologiques
	DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
	GISCARD D’ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduc-
	KOCHER Laurence	Physiologie
	METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
	MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
	PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
	PERROT Xavier	Physiologie
	PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BELOT Alexandre
BREVET Marie
BRUNEL SCHOLTES Caroline
COURAUD Sébastien
COURY LUCAS Fabienne
DESESTRET Virginie
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
RASIGADE Jean-Philippe

Pédiatrie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Pneumologie
Rhumatologie
Cytologie – Histologie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
GRANGE Jean-Daniel
GUERIN Jean-Claude
MOYEN Bernard
PERRIN Paul
PLAUCHU Henry
TRAN-MINH Van-André

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Ophtalmologie
Pneumologie
Chirurgie Orthopédique
Urologie
Génétique
Radiologie et Imagerie médicale

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

REMERCIEMENT

Au président du jury

Monsieur le Professeur COCHAT Pierre

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Je vous suis profondément reconnaissante pour votre confiance, et votre intérêt pour mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon sincère respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur JAVOUHEY Etienne vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et ma gratitude.

Monsieur le Professeur CLARIS Olivier

Vous compter parmi ce jury est un honneur. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Madame le Docteur CLAVEL Catherine

Merci pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant de diriger ce travail doctoral, pour tes multiples conseils et pour toutes les heures que tu a consacrées à encadrer ce travail. Sois assurée de ma plus sincère gratitude et de ma profonde reconnaissance pour ta disponibilité, tes conseils avisés, ta confiance, ta bonne humeur et pour les six mois d'internat formidables à tes côtés.

A l'équipe du service de pédiatrie du CH de Roanne, pour votre aide précieuse apportée à la réalisation de ce travail et pour les 6 mois inoubliables passés à vos côtés

J'adresse toute mon affection à ma famille, que leur confiance, leur soutien, et leur amour me portent et me guident tous les jours. Merci pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A ma sœur Jihane qui m'a toujours épaulé dans ce projet. Merci de m'avoir soutenu et encouragé pendant ces longs mois de rédaction. Je te dois beaucoup. Je t'aime.

Merci à tous mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble. Merci pour votre soutien aussi. Votre amitié m'est très précieuse.

Sommaire

REMERCIEMENT	7
LISTE DES FIGURES	10
LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION :	12
I. LA NOTION D'URGENCE	13
II. PROBLÈMES CAUSÉS PAR LE MÉSUSAGE DES URGENCES	15
III. LE PROFIL D'USAGER ABUSIF	15
IV. LE CADRE DE L'ETUDE:	16
1. Le pays roannais.....	16
2. La médecine libérale.....	17
3. Établissements de santé	18
4. Le centre hospitalier de Roanne.....	18
5. Le service de pédiatrie	18
V. OBJECTIF.....	14
VI. POPULATION ET METHODE	22
1. Type d'étude, lieu, durée	22
2. Elaboration du questionnaire, préparation de l'étude	23
3. Protocole	23
4. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
5. Données exploitées	24
6. Exploitation des données.....	25
VII. RESULTATS:	27
1. Analyse descriptive de l'échantillon	27
a. Sexe et âge des patients :.....	27
b. Jour et heure de la consultation :	28
c. Nombre de frères et sœurs:.....	29

d.	Lieu de consultation habituel de l'enfant :	29
e.	Nombre de consultation aux urgences pédiatriques les 12 derniers mois:	30
f.	Motifs de consultations:	31
g.	Le ressenti d'urgence:	32
h.	Durée d'évolution des symptômes avant la consultation aux urgences:	33
i.	Consultation d'un médecin en ville pour le même symptôme:	34
j.	Les motivations des consultations des patients ayant déjà consulté un médecin en ville:	34
k.	Les motivations des parents venus directement aux urgences:	35
l.	Devenir des patients :	36
2.	Analyse comparative	37
a.	Le nombre de consultation aux urgences pendant les 12 derniers mois :	38
b.	Le ressenti de l'urgence:	38
c.	la durée d'évolution des symptômes:	39
d.	Consultation d'un médecin en ville avant de se rendre aux urgences:	39
e.	Les motivations de consultation :	40
3.	Analyse statistique des motivations de consultation	42
a.	Indisponibilité du médecin traitant:	43
b.	Possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital :	46
c.	La persistance des symptômes:	49
d.	Consultation conseillée par le médecin :	52
VIII.	DISCUSSION	55
1.	Critique de l'étude	55
2.	Les principaux résultats	56
a.	Caractéristiques généraux :	56
3.	Les motivations de consultation	64
4.	Axes d'amélioration :	71
	CONCLUSION	73
	BIBLIOGRAPHIE	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte du pays Roannais avec ses espaces urbains et ruraux	17
Figure 2 : Nombre de consultation selon l'âge	28
Figure 3 : Fréquence de consultation par jour	28
Figure 4 : Nombre de consultation par jour	29
Figure 5 : Nombre de consultations en fonction du nombre de frères et sœurs	29
Figure 6: Lieu de consultation	30
Figure 7 : Nombre de consultations pendant les 12 derniers mois	31
Figure 8 : Motifs de consultations	32
Figure 9 : Ressenti de l'urgence	33
Figure 10 : Nombre de consultations en fonction de la durée d'évolution des symptômes	33
Figure 11 : Raisons de recours aux urgences après une première consultation en ville ...	35
Figure 12 : Raisons de consultation aux urgences en priorité	35
Figure 13 : Devenir des patients	36
Figure 14 : La durée d'évolution des symptômes	39
Figure 15 : Nombre de consultation d'un médecin en ville avant de se rendre aux urgences	40
Figure 16: Les motifs de consultation aux urgences selon les groupes	40
Figure 17 : Motivations de consultations après consultation en ville selon les groupes	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre de consultations aux urgences durant les 12 derniers mois	38
Tableau 2: Le ressenti d'urgence selon les groupes	38
Tableau 3 : Tableau de la corrélation statistique entre l'indisponibilité du médecin traitant et les autres motivations	43
Tableau 4 : Corrélation entre la possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital et les autres motivations	46
Tableau 5 : Corrélation entre persistance des symptômes et les autres motivations	49
Tableau 6 : Corrélation entre 'Consultation conseillée par le médecin et les autres motivations	52

LISTE DES ABREVIATIONS

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CODAMPUS	Comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires
SFMU	Société française de médecine d'urgence
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
IDE	Infermière diplômé d'état
IPDE	Infermière puéricultrice diplômé d'état
SAU	Service d'accueil des urgences
ETP	Equivalent temps plein
SAUV	Service d'accueil des urgences vitales
CRP	Protéine C réactive
ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
PL	Ponction lombaire
QCM	Questionnaire à choix multiples
PMI	Protection maternelle et infantile
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
UP	Urgences pédiatriques
RAD	Retour à domicile
EC	Examens complémentaires
DREES	Direction des la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
CHU	Centre hospitalier universitaire

INTRODUCTION :

Les services d'accueil des urgences hospitalières ont été créés depuis bientôt plus de cinquante ans. Leur rôle est d'accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale. (1)

Ainsi depuis leur création ces entités ont connu une croissance remarquable dans leurs activités. Cette augmentation concerne tous types d'urgence, en particulier les urgences pédiatriques qui représentent 30% des consultations. Dès lors, pour faire face à cette augmentation, plusieurs réformes ont été réalisées. Le « Plan Urgences » initié en septembre 2003 s'est traduit par des mesures globales pour l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences (amont, intra hospitalier, aval). A cet effet 500 millions d'euros ont été répartis en sous enveloppes de manière échelonnée sur la période 2004-2008.

Sur un plan plus large, ce plan a pour objectif la prise en compte et l'amélioration de l'accès aux soins non programmés pour la population, ce qui a suscité en conséquence la mise au point de mesures réglementaires structurelles comme les décrets sur la permanence de soins (Septembre 2003 et avril 2005) et sur les activités d'urgences (Mai 2006).

Enfin l'élaboration du Plan Urgences a initié une concertation large et assidue, avec les représentants professionnels au niveau national, particulièrement les médecins urgentistes hospitaliers mais également les médecins libéraux, de même qu'au niveau régional (comité régional des urgences auprès des ARH) ou départemental (création auprès des préfets de départements des comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins CODAMUPS). (2)

Toutes ces mesures ont permis un léger ralentissement après plusieurs années de hausse relativement soutenue. En 2010 il y a eu 1,5 millions de passages aux urgences pédiatriques soit moins 1,3% par rapport à 2009. (3)

Toutefois aucune politique de santé ne pourra stopper le flux des consultations non programmées aux urgences. Néanmoins il paraît essentiel de comprendre les raisons qui conduisent les familles à s'adresser aux urgences que ce soit les urgences adultes ou pédiatriques.

Notre étude s'inscrit dans ce sens ; son objet est d'étudier les motifs de consultations aux urgences pédiatriques, et de savoir si l'urgence ressentie par les parents était bien légitime.

I. LA NOTION D'URGENCE

Il existe plusieurs définitions de l'urgence :

- pour le Larousse (1): n.m: caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard ; nécessité d'agir vite ; situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.

- d'un point de vue médical (4), on peut distinguer deux niveaux d'urgence :

- l'urgence réelle correspondant à des urgences vitales (mettant en jeu le pronostic vital) ou vraies (nécessitant des soins rapides) ;
- l'urgence ressentie (patient pouvant légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave).

-Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), on entend par "urgence", toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement (5).

Devant cette multitude de définitions, on comprend bien que définir le « non urgent » est aussi compliqué, et que pour l'utilisateur, qui n'a pas de formation médicale, l'urgence est subjective. Cela tient compte de sa sensibilité personnelle, de sa tolérance à la douleur et de l'angoisse générée.

Classifications de l'urgence :

Les recommandations des sociétés savantes françaises ont retenu la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) pour le triage des patients à l'accueil des urgences, par le personnel paramédical (35).

Cette classification tient compte du pronostic vital et des examens réalisés, mais reste fondée sur un jugement médical subjectif.

- CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prises en charge ne comportant pas de manœuvre de réanimation immédiate.
- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prises en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

II. PROBLÈMES CAUSÉS PAR LE MÉSUSAGE DES URGENCES

Si l'on se base sur la CCMU on peut considérer que les deux premiers degrés CCMU 1 et CCMU 2 ne nécessitent pas forcément un passage aux urgences hospitalières. Cependant, 83 à 97 % des passages aux urgences répondent à ces critères (6).

Cela conduit alors à l'engorgement des urgences et les urgences pédiatriques ne font pas l'exception. Les conséquences sont multiples.

Ce mésusage des urgences pédiatriques induit la surcharge du staff médical et paramédical. Cela aboutit à la diminution de l'efficacité de la prise en charge des patients, et le cumul du travail médical et administratif.

Le temps médical ou paramédical et l'attention portée à chaque enfant sont ainsi diminués, et l'attente est allongée à tous les niveaux de la prise en charge.

Les urgences vitales sont alors noyées dans le flot des consultations non urgentes, avec des retards de prise en charge possiblement dramatiques (18).

Ces dysfonctionnements, et cet engouffrement aux urgences des patients, sont sources également d'épuisement professionnel, d'insatisfaction et parfois d'agressivité vis-à-vis des soignants et des usagers.

III. LE PROFIL D'USAGER ABUSIF

Nombreux sont les travaux qui ont été consacrés à l'étude de ces patients, consultants aux urgences qui auraient probablement pu être pris en charge en libéral, pour essayer de dresser un profil socio-économique.

Une étude qualitative réalisée dans des services d'urgences adultes a trouvé que la population concernée était jeune et bien instruite, 54% des patients avaient le niveau bac, et 82.8% avaient un médecin traitant déclaré. (7)

Une autre étude a évalué le profil social des patients admis soit aux urgences adultes, ou pédiatriques pour une simple consultation médicale. Cette dernière étude a dressé un profil d'usager abusif permettant ainsi d'atténuer certaines idées reçues qu'on en peut avoir.

En effet, 74% des usagers abusifs sont de nationalité française, 84% ont une compréhension correcte de la langue française, 63% ont le niveau bac ; 88% sont assurés sociaux, 70% sont venus par leur propres moyens, 73% ont un médecin traitant. L'usager abusif a donc le profil sociodémographique de Monsieur et Madame « tout le monde ». (8)

IV. LE CADRE DE L'ETUDE:

1. Le pays roannais

Un territoire vaste urbain et rural à la fois.

Il s'articule autour de la ville de Roanne, et regroupe 118 communes dont 47, à dominante urbaine, accueillent les deux tiers de la population.

Il compte 155 200 habitants en 2006. Il se situe à l'extrémité nord-ouest de la région Rhône-Alpes, limitrophe avec l'Auvergne à l'ouest et la Bourgogne au nord.

Les deux communes les plus peuplées sont Roanne et Riorges, regroupent 29 % de la population du pays roannais. (9)

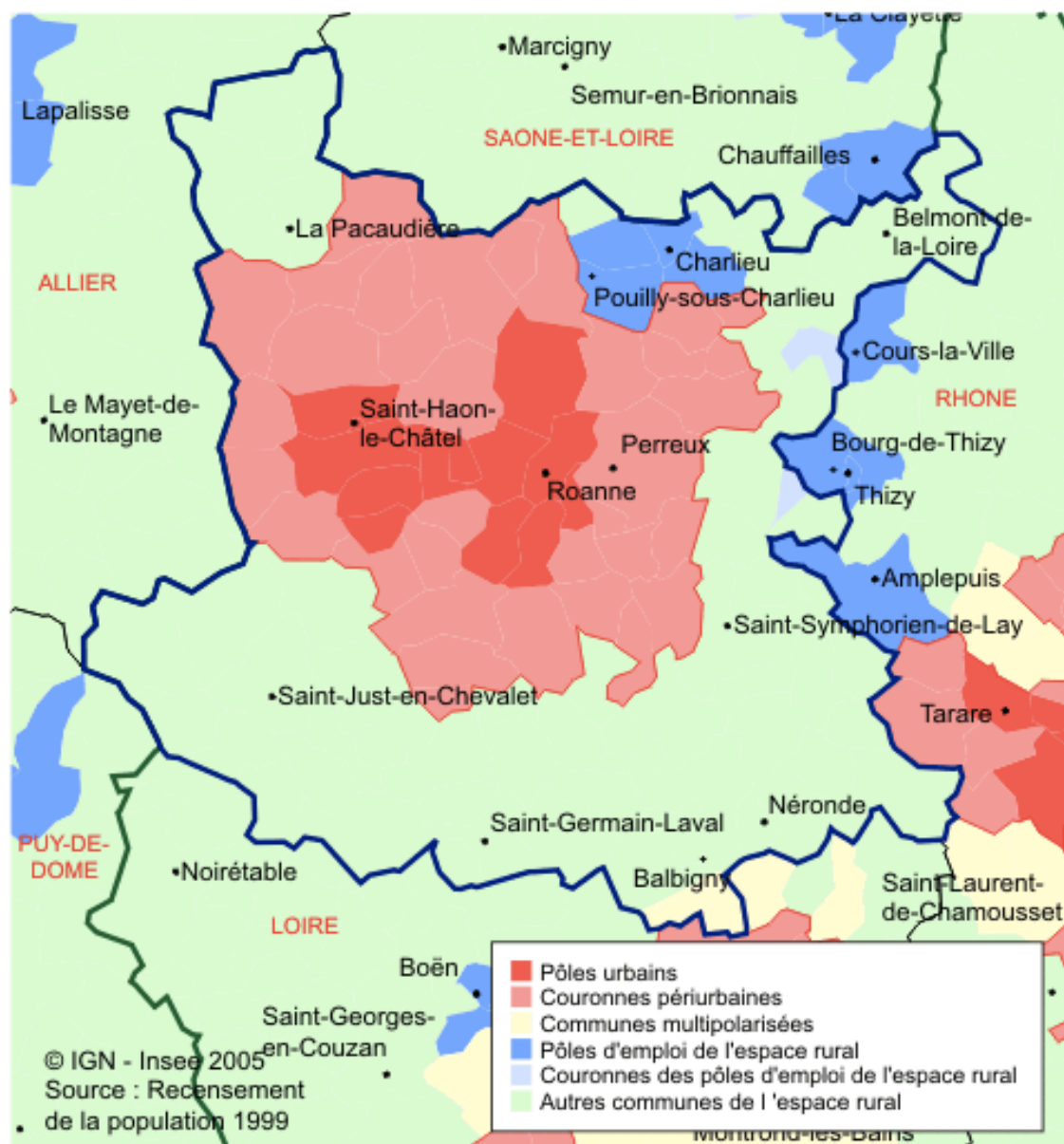


Figure 1 : Carte du pays Roannais avec ses espaces urbains et ruraux

2. La médecine libérale

En 2013 on compte 127 médecins généralistes dans le Roannais, soit 76 médecins pour 100 000 habitants. Le Roannais a un niveau inférieur à celui de la Loire (146 pour 100 000) et de la Région Rhône-Alpes (142 pour 100 000). (10)

4 pédiatres libéraux dans la région sont installés à Roanne.

3. Établissements de santé

On recense 1 seul établissement de santé dans le Roannais, autre que le centre hospitalier de Roanne recevant également les urgences pédiatriques, il s'agit de la clinique de Renaison.

Il existe également une maison médicale de garde, annexée au centre hospitalier de Roanne, ouverte de 20h à 00h.

Des consultations auprès de puéricultrices ou de médecins sont possibles en PMI dans les locaux du Conseil Général de la Loire à Roanne, et des puéricultrices de PMI peuvent se déplacer à domicile.

4. Le centre hospitalier de Roanne

Il constitue le centre hospitalier de référence du pays Roannais, son bassin de santé couvre l'ensemble des communes du nord du département de la Loire, ainsi que les communes de l'ouest du département du Rhône (Amplepuis, Bourg-de-Thizy, Cours-la-ville, Cublize, La-Chapelle-de-Mardore, Meaux, Pont-Trambouze, Ranchal, Ronno, Saint-Jean-la-Bussière, Saint Vincent de Reins, Thel et Thizy) et les communes du sud du département de la Saône et Loire.

5. Le service de pédiatrie

a. Description générale:

L'étude a été réalisée dans le service des urgences pédiatriques du centre hospitalier de Roanne.

Ce service fait partie du pôle «femme enfant» qui comprend la pédiatrie médicale, l'obstétrique et la gynécologie médico-chirurgicale.

L'unité des urgences pédiatriques accueille les enfants de la naissance à 18 ans.

Les unités d'hospitalisations sont la Néonatalogie avec 9 lits, dont 3 lits de soins intensifs, la Pédiatrie Générale avec 22 lits en moyenne selon les périodes saisonnières (hiver, été, période intermédiaires), et 4 lits de surveillance continue sont ouverts toute l'année.

La pédiatrie comporte également un service de consultation pédiatrique.

b. L'organisation du service des urgences pédiatriques

Le service est composé d'une zone d'accueil administratif, au rez-de-chaussée du bâtiment mère-enfant la journée et aux urgences adulte la soirée et la nuit. Le service d'urgences pédiatriques comporte 4 salles de soins, un poste infirmier, et dépend du secrétariat de pédiatrie.

L'équipe médicale totale est composée de 8 praticiens hospitaliers (7,3 ETP) et 6 internes.

En journée comme en garde un sénior et un interne interviennent aux urgences pédiatriques.

L'équipe paramédicale est composée d'une équipe comprenant un cadre de santé (commun avec la néonatalogie) et 5 infirmières (IDE) ou infirmières puéricultrices diplômées d'état (IPDE).

Une IDE ou IPDE est présente de 9 heures à 19 heures 30 et une seconde de 12h à 22h30, 7 jour/7.

La cadre de santé est présente de 9h à 17h30 en semaine.

Le service des urgences pédiatrique ferme à 22h30, et les urgences sont gérées ensuite dans le service où les patients sont vus dans 2 salles de consultation.

Les urgences traumatologiques sont prises en charge par le SAU adulte.

c. Accueil et orientation des patients

Tous les patients se présentant à l'accueil sont pris en charge par un agent administratif afin de créer le dossier administratif (sauf urgences vitales).

L'IDE ou l'IPDE des urgences pédiatriques recueille les premières informations sur le motif de consultation et réalise un interrogatoire court, si besoin les constantes sont prises si l'état clinique l'impose.

Selon leur degré de gravité, les enfants sont soit dirigés vers la salle d'attente, soit installés en salle de consultation où les données complémentaires sont prises.

Pour des enfants de même niveau de gravité, l'heure d'arrivée ainsi que les salles disponibles régissent l'ordre d'installation.

Si besoin, un traitement antalgique ou antipyrétique est administré sur avis médical.

Les patients présentant des signes de détresse vitale sont installés immédiatement en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) et sont gérés aux urgences adultes par un urgentiste en présence d'un pédiatre, le dossier est créé à posteriori.

L'examen médical est réalisé par l'interne ou par un sénior.

Les explorations biologiques possibles « au chevet du patient » lors de la consultation sont la bandelette urinaire et la CRP capillaire.

Les explorations complémentaires sont réalisées aux urgences ou à proximité (radiologie, biologie).

Pour les avis spécialisés (essentiellement chirurgicaux), soit le spécialiste se déplace aux urgences, soit le patient est accompagné par les parents.

Ensuite les enfants sont soit sortants, soit hospitalisés dans un des services mentionnés plus haut.

d. Le plateau technique à disposition

Les examens de biologie standard ainsi que les recherches bactériologiques courantes (examen direct des ECBU et des PL), sont assurés 24h sur 24 par le laboratoire.

Le service de radiologie se trouve à côté des urgences adultes. Il effectue tous les clichés de radiologie standard, les échographies. Il dispose d'un scanner et d'un service de radiologie interventionnelle, où peut être réalisée par exemple la réduction d'une invagination intestinale aigue.

Le service fonctionne 24h sur 24 et les comptes rendus sont effectués dans les suites de l'examen en journée.

Le radiologue n'est pas présent sur place la nuit mais en astreinte et peut se déplacer pour effectuer un examen urgent.

V. OBJECTIF

Toute personne ayant un jour travaillé aux urgences, et notamment pédiatriques, n'a pu qu'être frappée par le nombre important de patients consultant aux urgences pour des motifs, pouvant être gérés en ambulatoire, et n'ayant même pas essayé de joindre leur médecin généraliste auparavant.

Devant cette croissance du recours inapproprié aux urgences hospitalières, il devient primordial de comprendre le parcours de soins des usagers des urgences, et les raisons motivant leur passage aux urgences.

Les objectifs donc de cette étude sont les suivants:

- Identifier le parcours des familles, consultant au service d'accueil des urgences pédiatriques, en étudiant :

- * La trajectoire effectuée : recours direct, recours préalable en médecine de ville.

- * Les motivations ressenties du recours.

- Comparer les populations consultant pour des motifs justifiés ou non.

VI. POPULATION ET METHODE

1. Type d'étude, lieu, durée

Il s'agit d'une étude prospective, basée sur un questionnaire.

L'étude s'est déroulée aux Urgences Pédiatriques médicales de l'Hôpital de ROANNE, durant un mois, du 1er février au 28 février 2014.

Le questionnaire a été distribué aux accompagnateurs des enfants consultants aux urgences pédiatriques de 9h à 22h 30, 7 jours sur 7.

Le recueil nocturne des questionnaires n'a pas pu être réalisé, vu que les enfants sont pris en charge la nuit par le personnel paramédical du service

d'hospitalisation, et la surcharge de travail lié à la gestion du questionnaire était non intégrable à la charge de travail existante.

2. Elaboration du questionnaire, préparation de l'étude

Notre étude étant ciblée sur les motivations non médicales du recours aux Urgences, au cours de mon stage aux urgences pédiatriques, moi et mes co-internes, avons recensé les motivations spontanément exprimées par les familles pendant le stage que j'ai réalisé dans ce service avant cette étude.

Ces différentes motivations figurent dans le questionnaire comme choix de réponse possible à la question « pourquoi vous consultez aux urgences en priorité ? »

A la fin de l'élaboration du questionnaire, je l'ai soumis à Dr CLAVEL et au personnel paramédical de l'équipe des urgences, et j'ai tenu compte de leurs suggestions.

Une réunion d'information a été réalisée dans le service avant le début de l'enquête.

3. Protocole

Chaque parent se présentant aux urgences se voyait proposer un questionnaire par l'infirmière d'accueil.

Une notice explicative était jointe au questionnaire.

Le questionnaire se présentait sous forme de QCM, et était distribué de manière anonyme.

Il s'agissait d'un questionnaire avec un maximum de réponses fermées, présentées sous la forme de choix à cocher, les questions étaient à choix simple ou multiple. Dans certains cas des commentaires pouvaient être apportés.

Une fois le questionnaire rempli en salle d'attente, les patients le remettaient au médecin qui examinait l'enfant, qui identifiait alors le dossier par les nom

et prénom de l'enfant, puis remplissait la dernière question concernant le devenir de l'enfant.

Les médecins participant au recueil des données étaient les praticiens hospitaliers de pédiatrie, et internes intervenant aux urgences pédiatriques.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous nous sommes intéressés aux recours aux urgences spontanés.

Ont été exclus : les patients dont la gravité de l'état justifiait des mesures de réanimation immédiates.

Les patients adressés par leur médecins traitant, les patients amenés par les pompiers, ou encore les patients qui avaient été convoqués aux urgences après une première consultation pour réévaluation.

Les familles ne parlant pas français ont été exclus également.

5. Données exploitées

Pour chacun des patients étaient d'abord relevées la date du jour, l'heure d'arrivée, le jour de consultation était précisé (jour de la semaine, week-end, jour férié).

Les informations recueillies à l'aide du questionnaire et complétés par le dossier médical informatisé des patients ont permis d'étudier quatre grands thèmes:

⇒ Les caractéristiques sociodémographiques des patients.

- Nom et prénom de l'enfant, afin de retrouver les données sur informatique, cette information était ensuite supprimée pour assurer la confidentialité des réponses.
- Sexe de l'enfant, âge et nombre de frères et sœurs.
- Lieu habituel de consultation.
- Nombre de passages aux urgences durant les 12 derniers mois.

⇒ Le problème médical à l'origine de la consultation.

- Motif de consultation. Quand une pathologie était mentionnée dans « autre » et pouvait être classée dans un des choix proposés ceci a été rectifié.
- Ressenti de l'urgence par les parents.
- la durée d'évolution des symptômes conduisant à consulter.

⇒ Les motivations à l'origine du choix des urgences pédiatrique

- Recours à médecin en ville pour ce problème depuis le début des symptômes:
- En cas de réponse positive les parents devaient choisir parmi les propositions celle qui motivait la consultation actuelle aux urgences.
- En cas de réponse négative les parents avaient le choix entre d'autres motivations.

⇒ La prise en charge aux urgences

- Examens complémentaires réalisés et si oui lesquels. Le test rapide de détection du streptocoque et les bandelettes urinaires ne sont pas considérés comme faisant partie des examens complémentaires mais la CRP capillaire est considérée comme telle.
- Les traitements administrés aux urgences, à l'exclusion des antipyrétiques donnés par l'infirmière d'accueil.
- L'orientation des patients à la sortie des urgences.

6. Exploitation des données

L'analyse des résultats s'est faite sur informatique grâce au logiciel EXCEL® après anonymisation des dossiers.

Les données ont été analysées de façon descriptive dans un premier temps puis comparative. Les variables qualitatives ont été comparées par le test du χ^2 ou le test exact de Fischer en cas de petits effectifs.

Le seuil de significativité est fixé à 0.05.

VII. RESULTATS:

1. Analyse descriptive de l'échantillon

Le recueil des données s'est fait entre le 1er et le 28 février 2014.

Durant cette période, il y a eu 549 passages aux urgences pédiatriques entre 9 heures et 22h30.

Ont été exclus : 5 patients dont la gravité de l'état justifiait des mesures de réanimation immédiates, 35 patients adressés par leurs médecins traitant, 10 patients amenés par les pompiers, et 42 patients qui ont été convoqués aux urgences après une première consultation pour réévaluation ou d'autres soins, soit 16,7 % des passages.

Les patients non francophones et certains patients n'ayant pas pu remplir le questionnaire à cause de débordement de l'équipe médicale et paramédicale aux urgences ont représenté 53% des patients sondés.

161 questionnaires ont ainsi été collectés. Ils étaient correctement remplis à 100%.

a. Sexe et âge des patients :

On observe autant de filles que de garçons. (81 filles et 80 garçons)

Les patients étudiés sont très jeunes : le tiers d'entre eux ont moins de 2 ans, et environ les trois quarts ont **moins de 6 ans**.

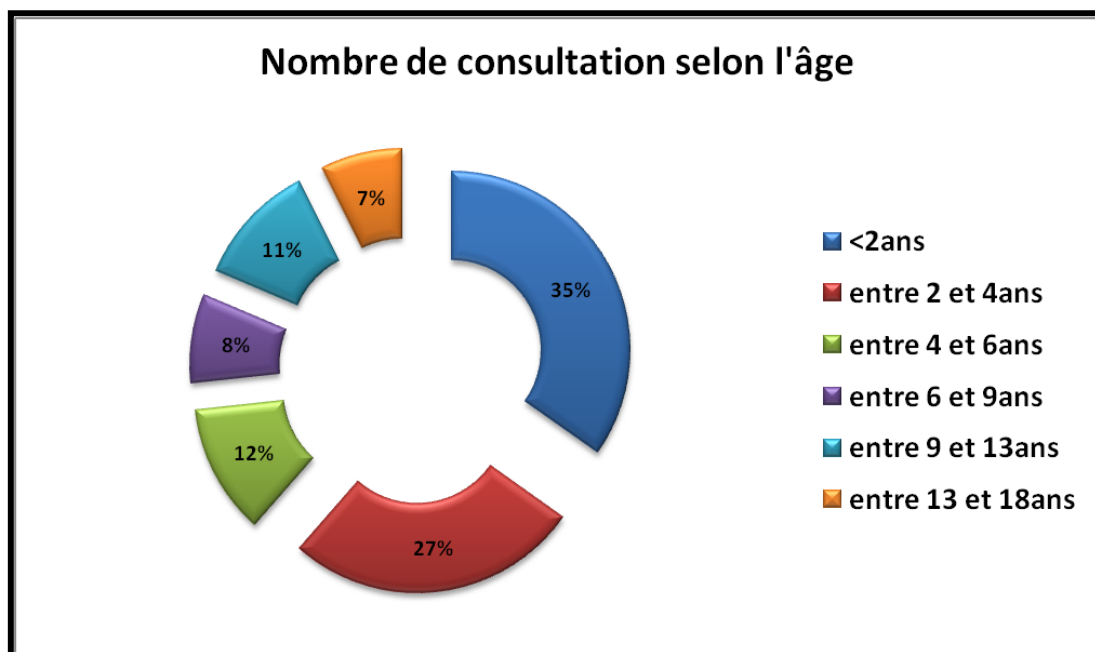


Figure 2 : Nombre de consultation selon l'âge

b. Jour et heure de la consultation :

Les deux tiers des consultations ont eu lieu **en semaine (74%)**, et **trois quart aux heures ouvrables (68%)**, soit de 9h-18h.

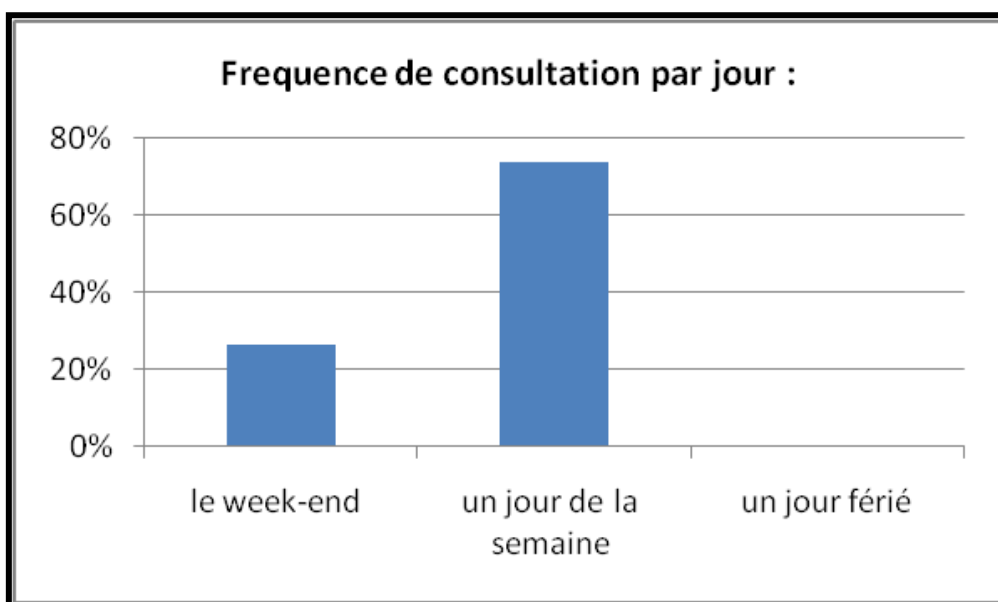


Figure 3 : Fréquence de consultation par jour

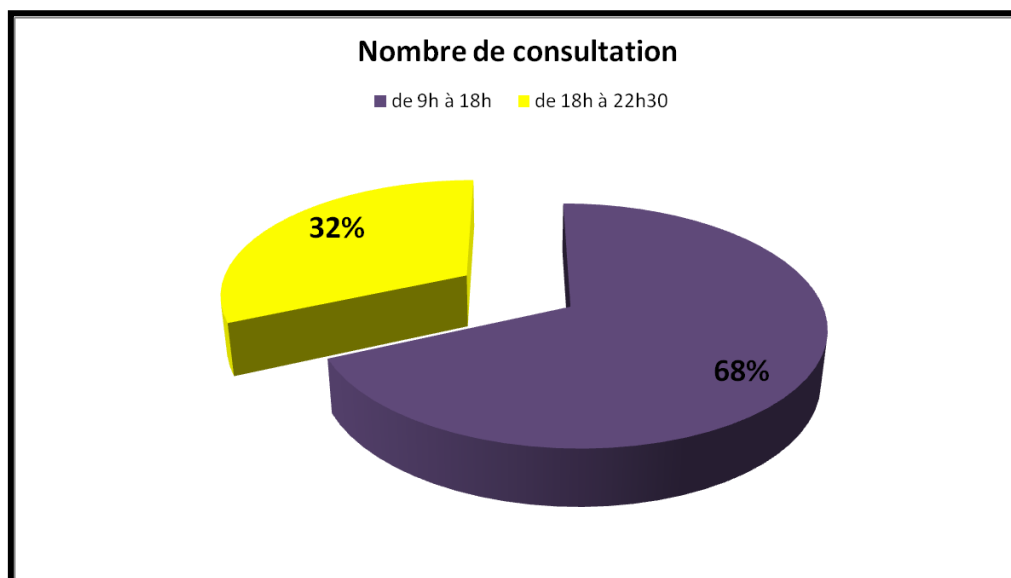


Figure 4 : Nombre de consultation par jour

c. Nombre de frères et sœurs:

Le nombre de frères et sœurs **est limité à 2 pour près des trois quarts** de l'échantillon.

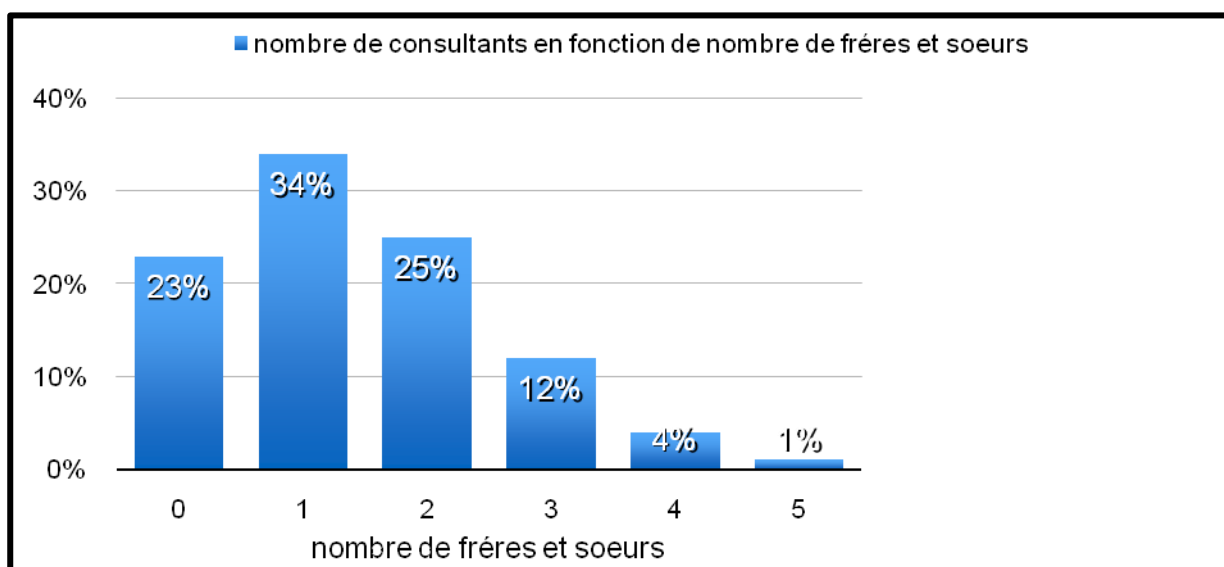


Figure 5 : Nombre de consultations en fonction du nombre de frères et sœurs

d. Lieu de consultation habituel de l'enfant :

La majorité des consultants s'adressait en priorité au médecin généraliste (70%).

14% consultaient le pédiatre en priorité et 12% aux urgences pédiatriques. Un nombre très réduit des parents s'adressait à la PMI : 6 au total, soit 4%. Aucun consultant n'a déclaré s'orienter vers la maison médicale en priorité.

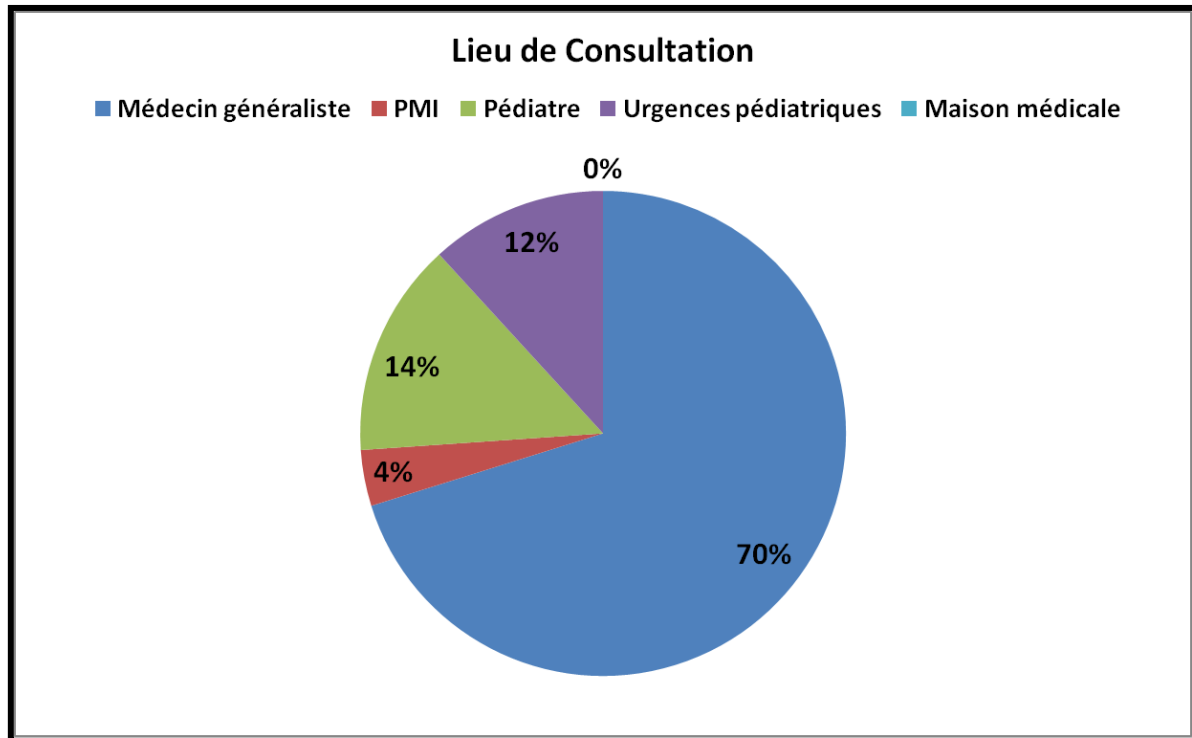


Figure 6: Lieu de consultation

e. Nombre de consultation aux urgences pédiatriques les 12 derniers mois:

Dans 45% des cas, les parents disent **n'avoir jamais eu recours aux urgences pendant cette période.**

40% estiment avoir eu **recours aux urgences de 1 à 3 reprises ces 12 derniers mois.**

Par contre, les consultants itératifs (plus de 3 consultations aux urgences), représentent 14%.

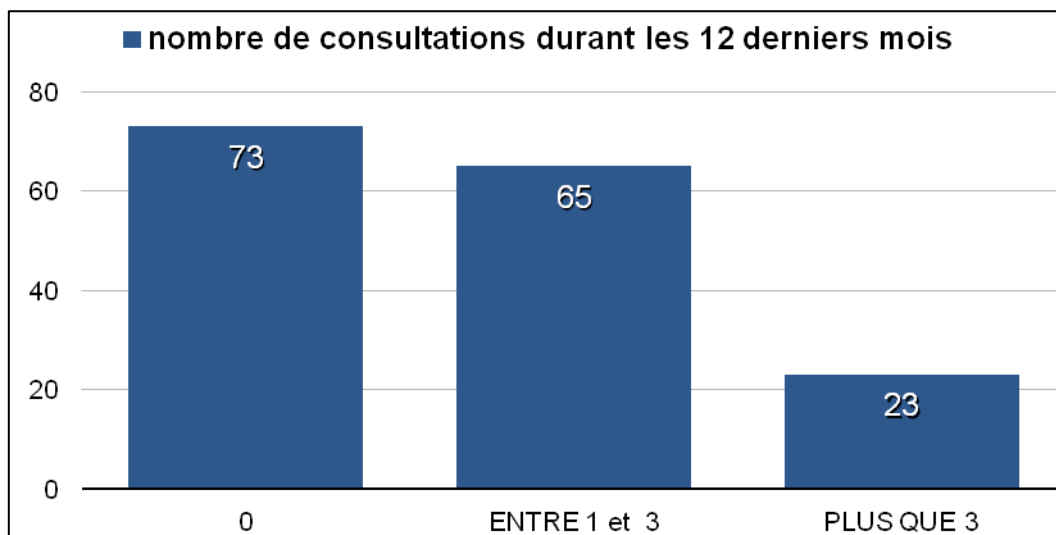


Figure 7 : Nombre de consultations pendant les 12 derniers mois

f. Motifs de consultations:

Les symptômes les plus souvent invoqués étaient, par ordre décroissant :

- 1) La fièvre: 38 cas
- 2) Troubles digestifs : 27 cas
- 3) ORL : 21 cas
- 4) Trouble respiratoire : 20 cas
- 5) Troubles uro-génitaux: 12 cas
- 6) Pleurs : 10 cas
- 7) Maux de tête: 10 cas
- 8) Autre: 10 cas dont 8 cas d'éruption cutanée et 2 malaises
- 9) Traumatisme: 9 cas
- 10) Trouble psychiatrique et comportemental: 4 cas

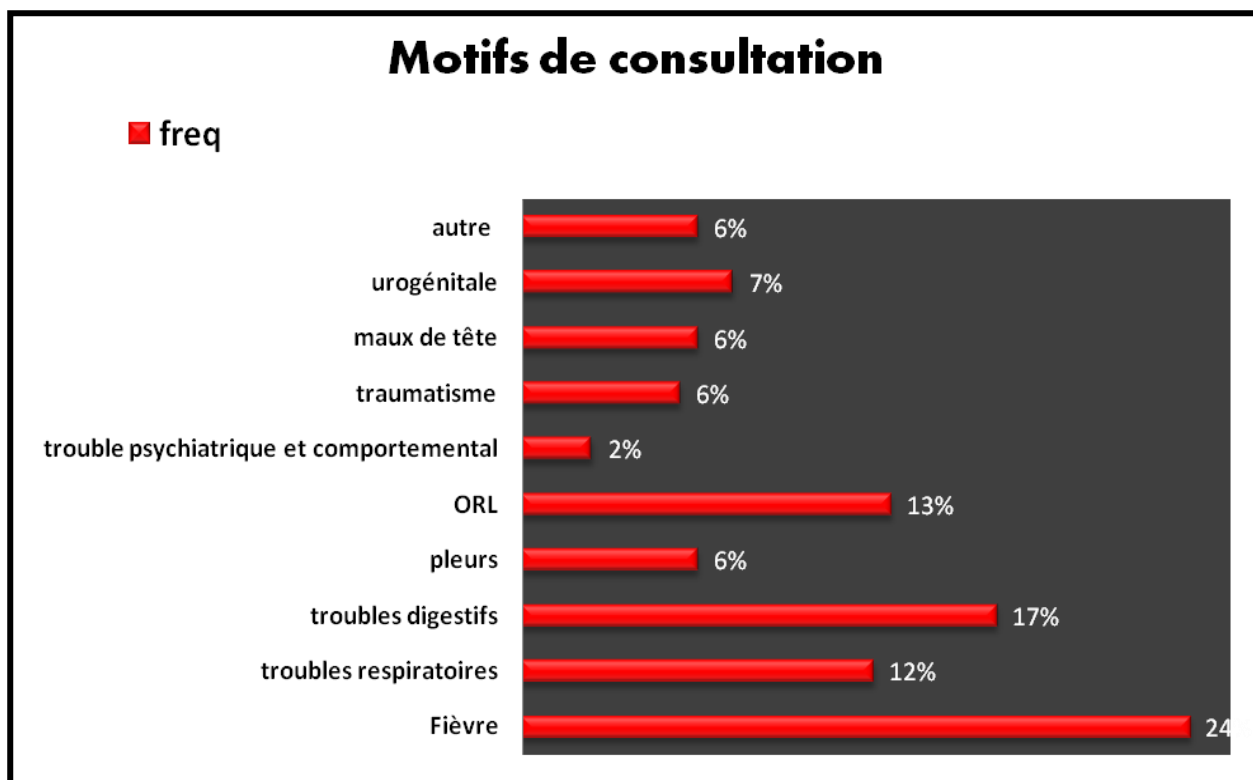


Figure 8 : Motifs de consultations

g. Le ressenti d'urgence:

Un certain degré d'urgence est ressenti par la plupart des parents interrogés.

Seuls 10% estiment que l'état de leur enfant est non urgent.

En revanche, deux tiers soit 58% des parents considèrent l'état de leur enfant moyennement urgent, et 32% l'estiment très urgent.

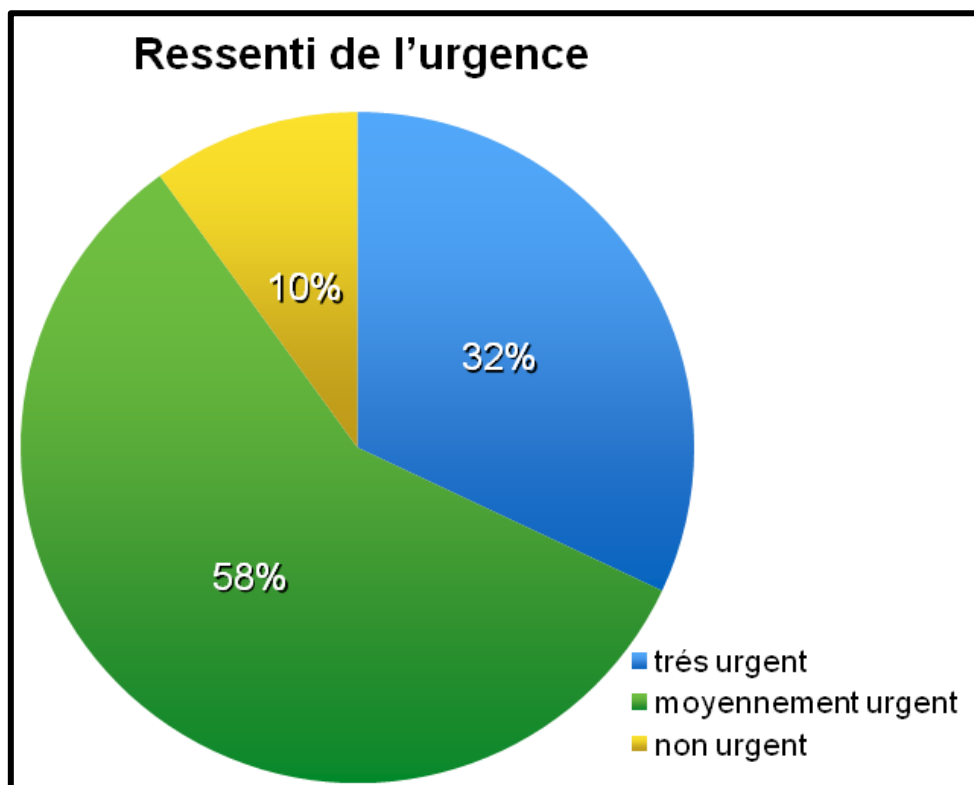


Figure 9 : Ressenti de l'urgence

h. Durée d'évolution des symptômes avant la consultation aux urgences:

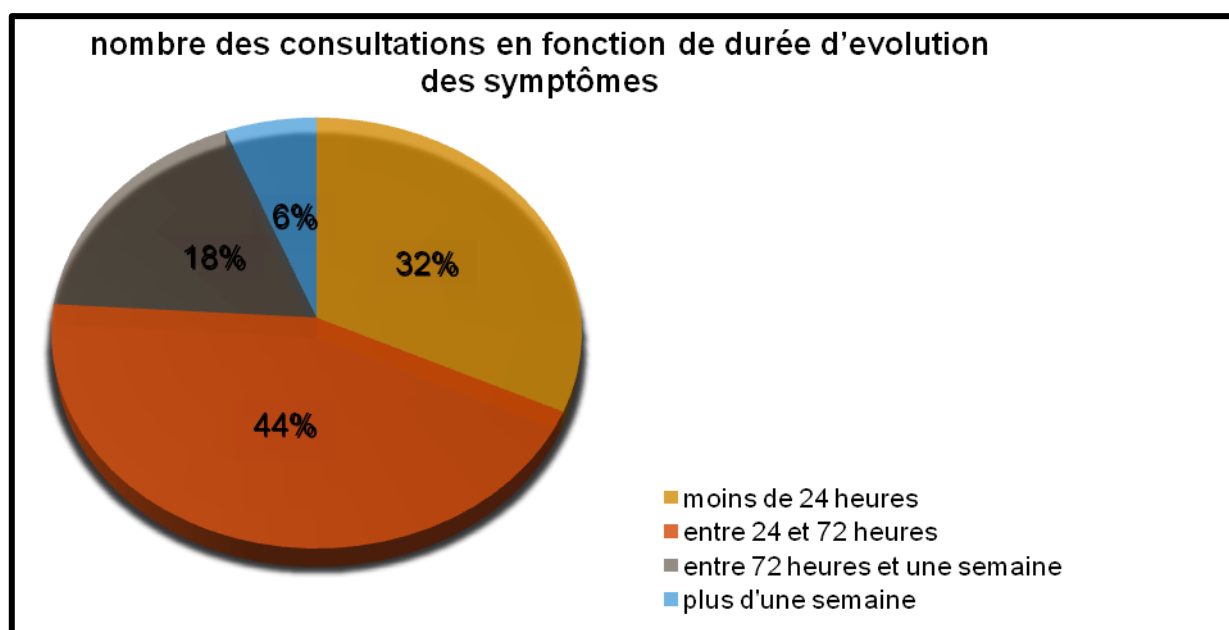


Figure 10 : Nombre de consultations en fonction de la durée d'évolution des symptômes

Le délai entre l'apparition du symptôme et l'arrivée aux urgences peut varier de 24 à 72heures dans 44% des cas.

La durée était inférieure à 24 heures dans 32 % des cas.

18% des cas consultaient après une évolution comprise entre 72 heures et une semaine

Et seulement 6% après une durée supérieure à une semaine.

i. Consultation d'un médecin en ville pour le même symptôme:

Seuls 36% des parents ont déclaré avoir consulté un médecin avant de venir aux urgences (soit 57 cas).

j. Les motivations des consultations des patients ayant déjà consulté un médecin en ville:

Les patients qui ont déjà vu un médecin en ville pour le même problème, consultent à nouveau aux urgences car les symptômes persistent dans 33% des cas. Ils consultent car ils pensent que l'état de leur enfant s'aggrave dans 21% des cas

Ils consultent dans 37% des cas car leur médecin leur a conseillé de se rendre aux urgences.

Seulement 9% consultent à nouveau car ils considèrent que la prise en charge de leur médecin est inadaptée.

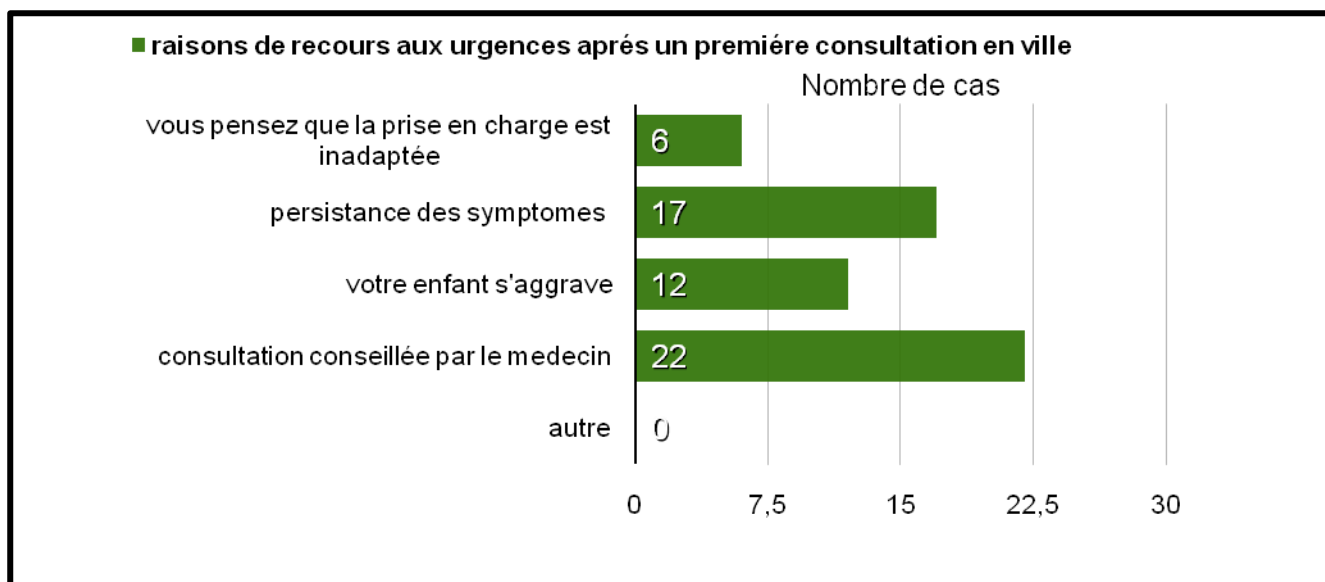


Figure 11 : Raisons de recours aux urgences après une première consultation en ville

k. Les motivations des parents venus directement aux urgences:

Les motivations citées sont par ordre de fréquence:

- 1) possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital 32%
- 2) indisponibilité du médecin habituel 20%
- 3) situation trop grave pour attendre 19%
- 4) meilleure prise en charge à l'hôpital 17%
- 5) pas d'avance de frais 8%
- 6) pas de médecin traitant 5%.

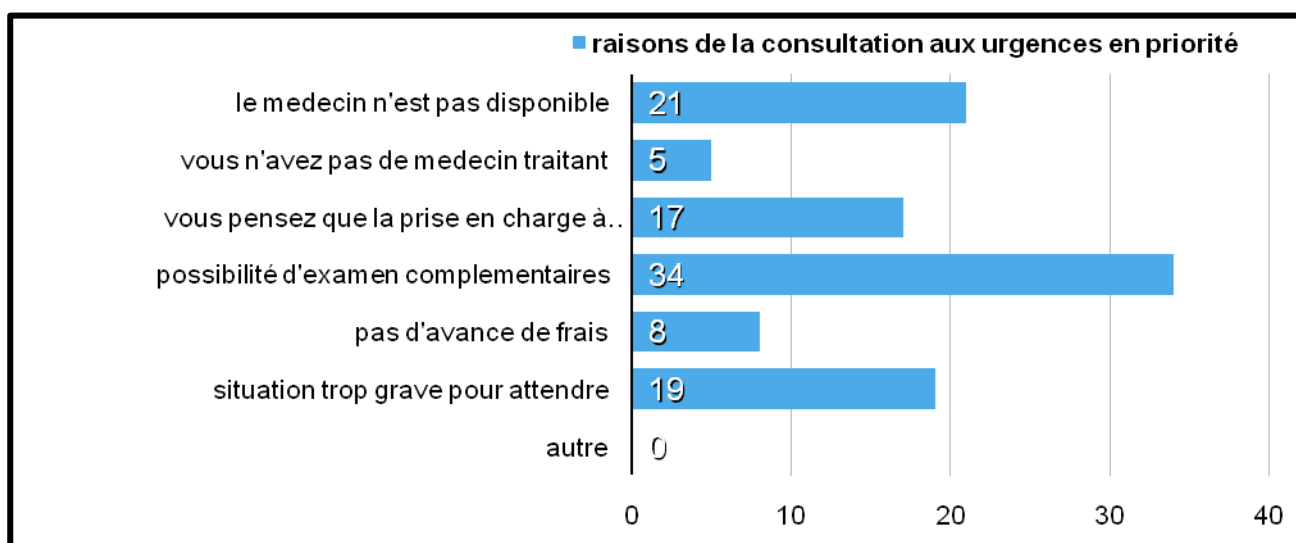


Figure 12 : Raisons de consultation aux urgences en priorité

I. Devenir des patients :

Parmi les 161 patients admis, 131 ne sont pas hospitalisés. Ces derniers pour 60% d'entre eux soit 96 patients rentrent à domicile sans réalisation d'aucun examen complémentaire.

35 patients soit 22% rentrent à domicile après surveillance et/ou administration d'un traitement ou réalisation d'examens complémentaires.

Seulement 18 % soit 30 cas sont hospitalisés.

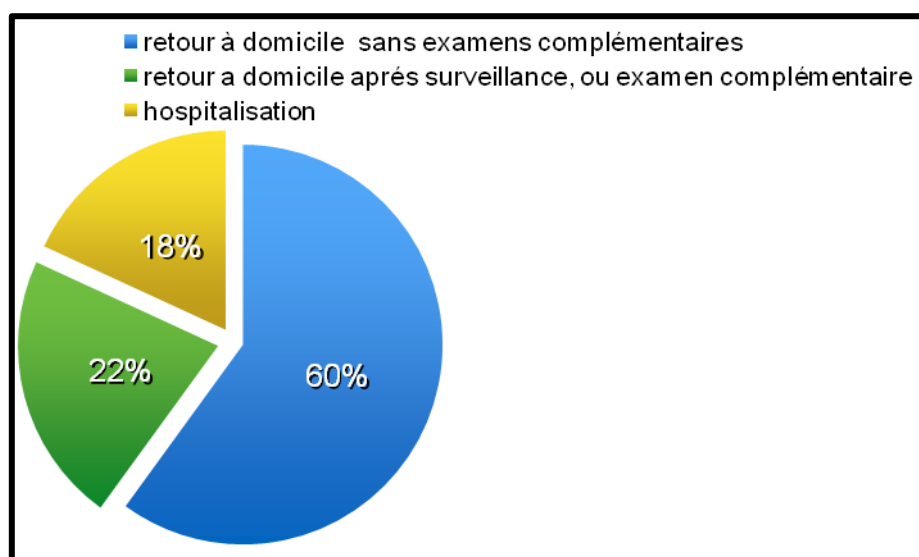


Figure 13 : Devenir des patients

2. Analyse comparative

Afin de comparer la population venant pour des motifs justifiés et celle venant pour des motifs non justifiés nous avons considéré 2 groupes :

- Le groupe 1 comprenant les patients sortis à domicile sans réalisation d'examens complémentaires, est considéré comme venant pour motifs non justifiés.
- Le groupe 2 comprenant les patients ayant nécessité une surveillance et/ou la réalisation d'examens complémentaires, ou ayant bénéficié de l'administration d'un traitement, groupés avec les patients hospitalisés. Ce groupe est considéré comme venant pour motifs justifiés.

Nous avons considéré les situations potentiellement graves comme des consultations justifiées. Cependant, beaucoup de ces situations auraient parfaitement pu être gérées en médecine de ville

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le groupe « consultation justifiée » et le groupe « consultation non justifiée », si l'on considère le sexe, l'âge, le lieu de consultation habituel, le motif de consultation, l'heure et le jour de consultation.

En revanche, on constate que les deux groupes se distinguent par les points suivants :

a. Le nombre de consultation aux urgences pendant les 12 derniers mois :

Tableau 1 : Nombre de consultations aux urgences durant les 12 derniers mois

nombre de consultation aux urgences ces 12 derniers mois	groupe consultation non justifiée	groupe consultation justifié	P value
0	33	40	0,2
entre 1 et 3	45	20	0,001
plus de 3	18	5	0,001

Les familles appartenant au groupe consultation injustifiée font appel plus souvent aux urgences, avec un plus grand nombre de consultations durant les 12 derniers mois.

b. Le ressenti de l'urgence:

Tableau 2: Le ressenti d'urgence selon les groupes

ressenti de l'urgence	groupe consultation justifié	groupe consultation non justifié	P value
très urgent	29	22	0,05
moyennement urgent	36	58	0,2
non urgent	0	16	0,001

Les parents qui viennent pour un motif justifié, considèrent plus souvent l'état de leur enfant très urgent, de façon statistiquement significative ($P=0,05$).

En revanche, les parents venant pour une consultation non justifiée, sont plus nombreux à considérer l'état de leur enfant non urgent. ($p=0,001$)

c. la durée d'évolution des symptômes:

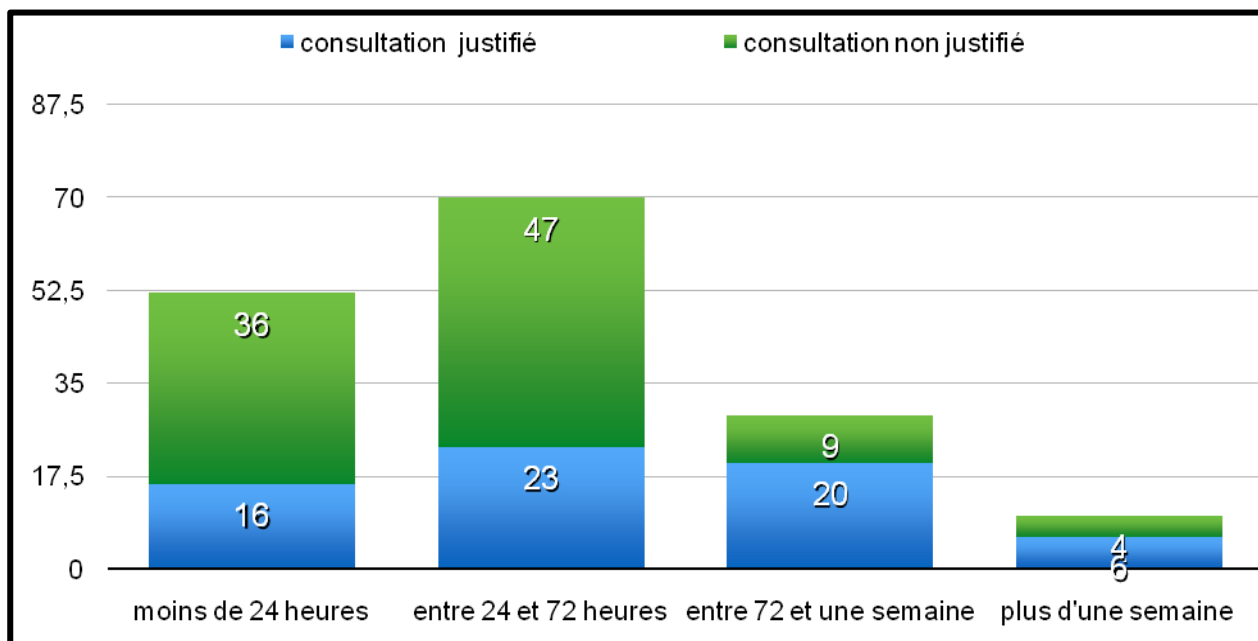


Figure 14 : La durée d'évolution des symptômes

Les familles consultant pour un motif non justifié se présentent significativement plus souvent quand leurs enfants présentent des pathologies évoluant depuis moins de 72h ($p=0,005$).

Par contre les parents se présentant pour un motif justifié consultent significativement plus souvent quand les symptômes évoluent depuis plus de 72h ($p<0,005$).

d. Consultation d'un médecin en ville avant de se rendre aux urgences:

Les familles appartenant au groupe consultation non justifiée, sont significativement plus souvent amenés à se rendre aux urgences sans passer par un médecin en ville ($p=0,05$).

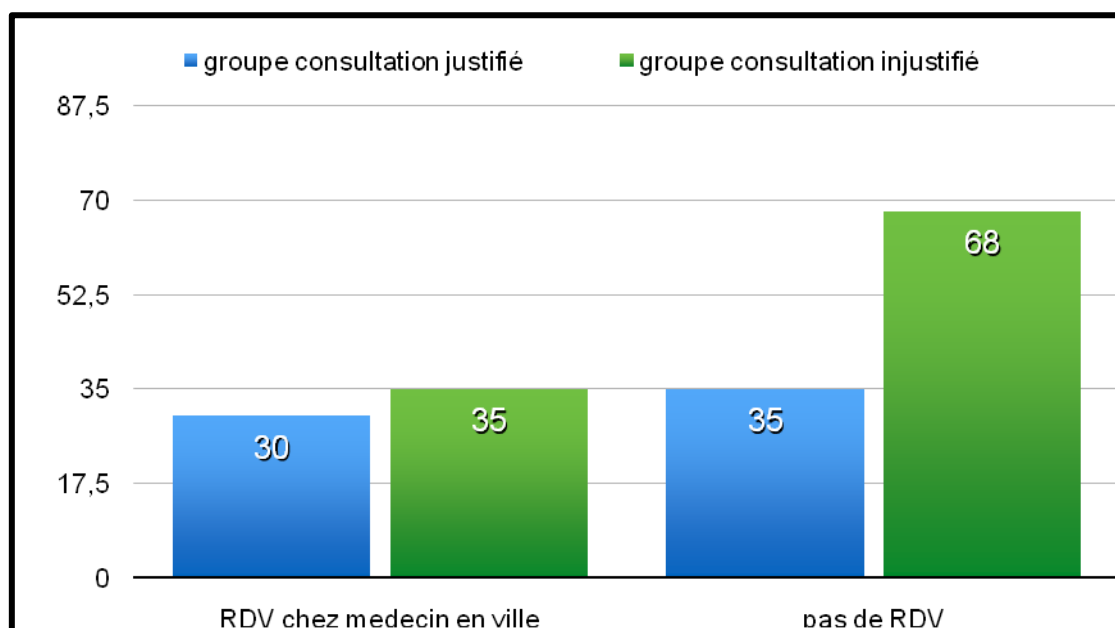


Figure 15 : consultation d'un médecin en ville avant de se rendre aux urgences

e. Les motivations de consultation :

a). Aux urgences en priorité :

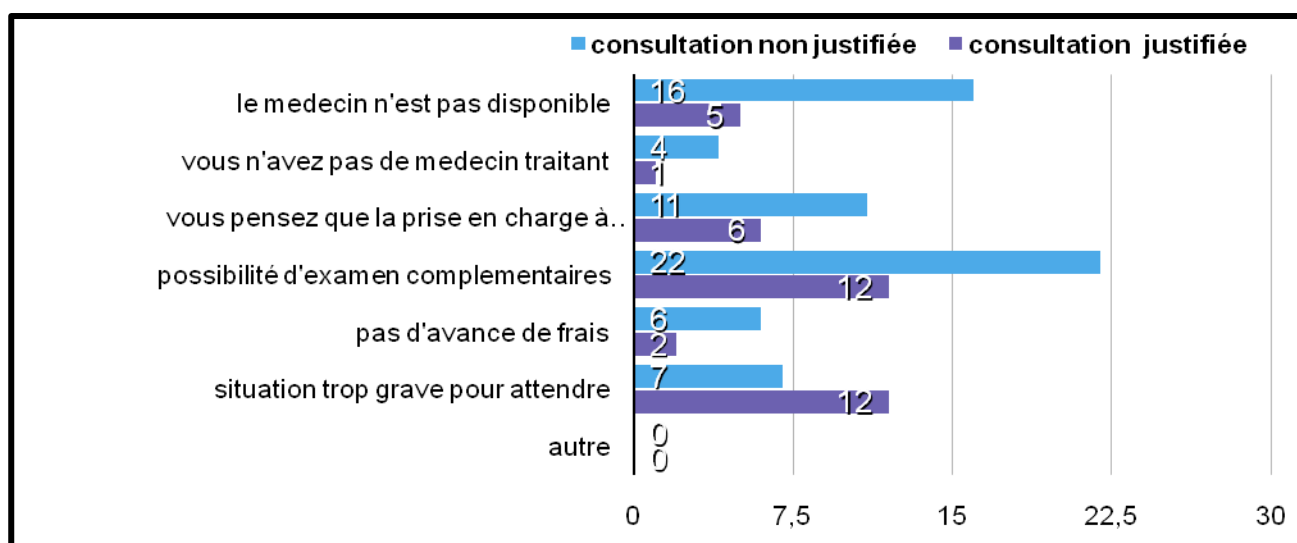


Figure 16: Les motifs de consultation aux urgences selon les groupes

L'indisponibilité du médecin habituel, la meilleure prise en charge à l'hôpital, et la possibilité d'examens complémentaires apparaissent nettement **plus souvent citée par le groupe consultant pour motif injustifié (P value= 0,02)**.

En revanche le groupe consultant pour un motif justifié, semble citer plus souvent le caractère grave de la situation comme motivation. (p value= 0,05)

Par contre, pour les deux autres motivations « pas de médecin traitant », et « pas d'avance de frais », il n'y a pas de différence statistiquement significative, entre les deux groupes, même s'ils sont plus souvent cités par les familles venant pour un motif non justifié (p value=0,2).

b). Après consultation en ville :

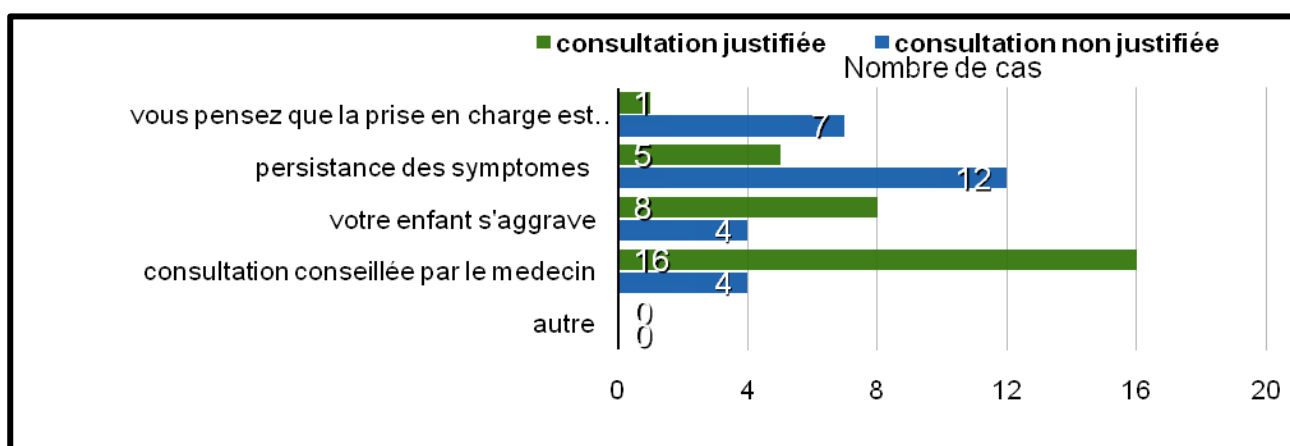


Figure 17 : Motivations de consultations après consultation en ville selon les groupes

Les motivations « prise en charge du médecin traitant inadaptée », et « persistance des symptômes », sont significativement plus souvent cités par le groupe consultant pour un motif non justifié (p value=0,005).

Tandis que le recours du groupe consultant pour motif justifié, est plus souvent motivé par la motivation « consultation conseillé par le médecin » (p value=0,005)

Par contre, Il n'y a pas de différence statistiquement significative, entre les deux groupes, en ce qui concerne la motivation « votre enfant s'aggrave » même si elle est citée plus souvent par le groupe consultant pour un motif justifié.

3. Analyse statistique des motivations de consultation

Notre étude s'est focalisée sur les quatre motivations de consultation les plus souvent citées :

- **l'indisponibilité du médecin traitant.**
- **la persistance des symptômes.**
- **la possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital**
- **la consultation conseillée par le médecin**

Nous avons cherché à mettre en évidence des liens statistiquement significatifs entre l'incidence de ces motivations, et les facteurs suivants :

- L'âge ;
- Le nombre de frères et sœur ;
- Le jour et l'horaire de la consultation ;
- Le ressenti de l'urgence ;
- Les habitudes de la consultation ;
- Les symptômes ;
- L'histoire de la maladie ;
- Le résultat de la consultation.

a. Indisponibilité du médecin traitant

Tableau 3 : Tableau de la corrélation statistique entre l'indisponibilité du médecin traitant et les autres motivations

	indisponibilité du médecin habituel (n=21)		les autres motiva- tions (n=140)		p value
horaire et jour :					
WE et semaine de 18h à 22h30	17	80%	53	37%	< 0,001
semaine de 9h à 18h	4	20%	87	63%	
âge					NS
0-2	4	21%	52	37%	
2-6	5	25%	57	40%	
6-18	12	55%	31	23%	
nombre de frères et sœurs:					NS
0	4	22%	33	23%	
1	7	32%	49	35%	
2	6	28%	34	25%	
3	3	13%	16	12%	
4	1	5%	6	4%	
5 et plus	0	0%	2	1%	
fréquentation des UP					0,05
0	13	61%	60	40,5%	
entre 1 et 3	6	29%	59	39,5%	
plus de 3	2	10%	21	20%	
habitude de consultation:					NS
MG	18	85%	95	67%	
pédiatre	2	10%	21	14%	
PMI	0	0%	6	4%	
UP	1	5%	18	12%	
maison médicale	0	0%	0	0%	

	indisponibilité du médecin habituel (n=21)		les autres motiva- tions (n=140)		p value
ressenti parental de l'urgence					
très urgent	1	5%	50	35%	NS
moyennement urgent	15	75%	79	56%	
non urgent	5	20%	11	9%	
motif de consultation:					
fièvre	2	10%	36	25%	NS
trouble respiratoire	3	15%	17	13%	
trouble digestif	7	30%	20	15%	
pleurs	1	5%	9	6,5%	
ORL	3	15%	18	12%	
trouble psychologique	0	0%	4	2%	
traumatisme	1	5%	8	6%	
maux de tête	2	10%	8	6%	
troubles uro-génitaux	1	5%	11	8%	
autre	1	5%	9	6,5%	
Durée d'évolution des symptômes:					
moins de 24h					0,05
entre 24 et 72h	12	55%	40	28%	
entre 72h et 1 semaine	6	30%	64	46%	
plus d'une semaine	2	10%	27	19%	
	1	5	9	7%	
résultat de la consultation:					
RAD	16	73%	80	58%	NS
RAD après EC	3	17%	32	22%	
hospitalisation	2	10%	28	20%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le groupe « indisponibilité du médecin habituel » et les autres consultants, si l'on considère

l'âge, le nombre de frères et sœurs, lieu de consultation habituel, le ressenti de l'urgence et le résultat de la consultation.

On relève quatre symptômes, pour lesquels le groupe « indisponibilité du médecin habituel » surpasse l'ensemble des autres motivations : il s'agit des troubles respiratoires, digestifs, ORL et maux de tête mais sans signification statistique.

« L'indisponibilité du médecin habituel » apparaît nettement **plus souvent citée par les familles consultant le WE et après 18 heures.**

60% des consultations du groupe « indisponibilité du médecin habituel », ont lieu **moins de 24 heures après le début des signes.** Autrement dit, la décision de consulter est souvent prise rapidement après l'apparition des signes.

61% de ces familles déclarent **n'avoir jamais eu recours aux urgences durant les 12 derniers mois.**

b. Possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital :

Tableau 4 : Corrélation entre la possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital et les autres motivations

	possibilité des examens complémentaires (n=34)		les autres motivations (n=127)		p value
horaire et jour :					
WE et semaine de 18h à 22h30	7	25%	40	31%	NS
semaine de 9h à 18h	27	75%	87	68%	
âge					
0-2	4	13%	52	41%	0,02
2-6	14	40%	48	37%	
6-18	16	47%	27	22%	
nombre de frères et sœurs:					
0	14	42%	23	18%	0,05
1	8	24%	48	37%	
2	7	20,5 %	33	26%	
3	3	8,5%	16	13,5%	
4	2	5%	5	4%	
5 et plus	0	0%	2	1,5%	
fréquentation des UP					
0	10	32%	60	50%	0,02
entre 1 et 3	19	56%	59	35%	
plus de 3	5	12%	21	15%	
habitude de consultation:					
MG	21	64%	92	73%	NS
pédiatre	6	16%	17	13%	
PMI	1	4%	5	4%	
UP	6	16%	13	10%	
maison médicale	0	0%	0	0%	

	possibilité des examens complémentaires (n=34)		les autres motivations (n=127)		p value
ressenti parental de l'urgence :					
très urgent	14	40%	37	29%	NS
moyennement urgent	16	48%	78	61%	
non urgent	4	12%	12	10%	
motif de consultation:					
fièvre	6	16%	32	25%	NS
trouble respiratoire	1	4%	19	15%	
trouble digestif	6	16%	21	17%	
pleurs	2	8%	8	6,5%	
ORL	1	4%	20	15%	
trouble psychologique	0	0%	4	3%	
traumatisme	6	16%	2	3%	
maux de tête	2	8%	8	6,5%	
troubles uro-génitaux	9	24%	3	2%	
Autre	1	4%	9	8%	
durée d'évolution des symptômes:					
moins de 24h	9	28%	43	34%	NS
entre 24 et 72h	18	52%	52	41%	
entre 72h et 1 semaine	7	20%	20	17%	
plus d'une semaine	0	0%	10	8%	
résultat de la consultation:					
RAD	25	72%	71	56%	NS
RAD après EC	8	24%	27	21%	
hospitalisation	1	4%	29	23%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre ceux citant « possibilité des examens complémentaires » comme motivation, et les

autres consultants, si l'on considère: l'horaire et le jour de consultation, le lieu de consultation habituel, le ressenti de l'urgence, la durée d'évolution des symptômes et le résultat de la consultation.

Le recours aux urgences apparaît plus souvent motivé par la possibilité des examens complémentaires lorsque **l'âge de l'enfant dépasse 6 ans**.

La moitié des consultants citant « la possibilité des examens complémentaires », **ont déjà consulté entre 1 et 3 reprises** durant les 12 derniers mois.

On constate que « la possibilité des examens complémentaires », est plus souvent citée par **les familles ayant un seul enfant**.

On relève trois symptômes, qui sont souvent associé à cette motivation : troubles uro-génitaux, traumatisme et maux de tête.

c. La persistance des symptômes:

Tableau 5 : Corrélations entre persistance des symptômes et les autres motivations

	persistance des symptômes (n=17)		les autres motiva- tions (n=144)		p value
horaire et jour :					
WE et semaine de 18h à 22h30	8	48%	34	34%	NS
semaine de 9h à 18h	9	52%	110	76%	
âge					
0-2	5	29%	51	36%	NS
2-6	6	35,5%	59	41%	
6-18	6	35,5%	32	23%	
nombre de frères et sœurs:					
0	7	41%	30	20%	0,05
1	6	35%	50	34%	
2	2	12 %	38	27%	
3	2	12%	17	12%	
4	0	0%	7	6%	
5 et plus	0	0%	2	0%	
fréquentation des UP					
0	7	41%	66	46%	0,02
entre 1 et 3	10	59%	55	38%	
plus de 3	0	0%	23	16%	
habitude de consultation:					
MG	16	94%	97	67%	<0,001
pédiatre	1	6%	6	5%	
PMI	0	0%	22	15%	
UP	0	0%	19	13%	
maison médicale	0	0%	0	0%	

	persistance des symptômes (n=17)		les autres motivations (n=144)		p value
ressenti parental de l'urgence :					
très urgent	4	24%	47	32%	NS
moyennement urgent	11	65%	83	58%	
non urgent	2	12%	14	10%	
motif de consultation:					
fièvre	2	12%	36	25%	NS
trouble respiratoire	3	18%	17	12%	
trouble digestif	4	24%	23	16%	
pleurs	0	0%	10	7%	
ORL	3	18%	18	12%	
trouble psychologique	1	6%	3	2%	
traumatisme	0	0%	9	6,5%	
maux de tête	0	0%	10	7%	
troubles uro-génitaux	2	12%	10	7%	
Autre	2	12%	8	5,5%	
durée d'évolution des symptômes:					
moins de 24h	1	6%	51	36%	<0,001
entre 24 et 72h	4	24%	66	45%	
entre 72h et 1 semaine	10	59%	19	13%	
plus d'une semaine	2	12%	8	6%	
résultat de la consultation:					
RAD	12	71%	84	59%	NS
RAD après EC	4	24%	31	21%	
hospitalisation	1	6%	29	23%	

La majorité des familles consultant pour « persistance des signes » (environ les 2/3), ont **déjà eu recours aux urgences pédiatriques entre 1 et 3 reprises durant les 12 derniers mois.**

On constate également que, **le lieu de consultation prioritaire** pour les familles citant ce motif, est majoritairement le **médecin généraliste. Les familles comportant souvent un seul enfant.**

Le délai qui précède le recours aux urgences, est manifestement **plus long** pour le groupe « persistance des signes » que pour les autres consultants. En effet, environ plus de 2/3 des consultations pour « persistance des signes » ont lieu **après une évolution de 72h**, alors que près des 3/4 des consultations pour les autres motivations ont lieu avant.

En dehors de ces quatre facteurs, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les patients consultant du fait de la persistance des symptômes et le reste de la population.

Les symptômes qui se trouvent le plus souvent associés au groupe « persistance des symptômes » sont: les troubles digestifs, les troubles respiratoires et ORL.

d. Consultation conseillée par le médecin :

Tableau 6 : Corrélation entre 'Consultation conseillée par le médecin et les autres motivations

	consultation conseillée par le médecin (n=22)		les autres motiva- tions (n=139)		p value
horaire et jour :					
WE et semaine de 18h à 22h30	8	37%	29	21%	NS
semaine de 9h à 18h	14	63%	110	79%	
âge					
0-2	4	19%	52	37%	<0,001
2-6	5	23%	57	41%	
6-18	13	58%	30	22%	
nombre de frères et sœurs:					
0	1	4,5%	36	25%	NS
1	8	36%	48	34%	
2	7	32 %	33	25%	
3	4	18,5%	15	11%	
4	2	9%	5	3,5%	
5 et plus	0	0%	2	1,5%	
fréquentation des UP					
0	19	85%	54	39%	< 0,001
entre 1 et 3	3	15%	62	44%	
plus de 3	0	0%	23	17%	
habitude de consultation:					
MG	21	95%	92	66%	<0,001
pédiatre	1	0%	6	4%	
PMI	0	5%	22	16%	
UP	0	0%	19	14%	
maison médicale	0	0%	0	0%	

	consultation conseillée par le médecin (n=22)		les autres motiva- tions (n=139)		p value
ressenti parental de l'urgence :					
très urgent	9	40%	42	30%	NS
moyennement urgent	13	60%	81	59%	
non urgent	0	0%	16	11%	
motif de consultation:					
fièvre	13	55%	25	18%	NS
trouble respiratoire	3	15%	17	12%	
trouble digestif	1	24%	26	19%	
pleurs	0	0%	10	7%	
ORL	0	0%	21	15%	
trouble psychologique	1	5%	3	2%	
traumatisme	0	0%	9	6,5%	
maux de tête	2	10%	8	7%	
troubles uro-génitaux	1	5%	11	7%	
Autre	1	5%	9	6,5%	
durée d'évolution des symp- tômes:					
moins de 24h	2	10%	50	36%	NS
entre 24 et 72h	9	40%	61	45%	
entre 72h et 1 semaine	8	35%	21	15%	
plus d'une semaine	3	15%	7	5%	
résultat de la consultation:					
RAD	4	20%	92	66%	< 0,001
RAD après EC	8	35%	27	20%	
hospitalisation	10	45%	20	14%	

« Consultation conseillée par le médecin » apparaît nettement **plus souvent citée par les familles ayant déclarés n'avoir jamais eu recours aux urgences durant les 12 derniers mois (environ 85%).**

Par ailleurs, les **familles qui consultent en priorité leur médecin traitant citent** plus souvent cette motivation.

45% des cas des recours aux urgences pour « consultation conseillée par le médecin » **sont hospitalisés**, contre 14% pour les autres consultants.

Il n'apparaît pas en revanche une association entre le groupe citant cette motivation et l'âge, ou l'horaire, ou jour de consultation, ou le nombre de frères et sœurs, ou le ressenti de l'urgence, ou la durée d'évolution des symptômes.

Les symptômes qui se trouvent plus souvent associés au motif « consultation conseillée par le médecin » sont : la fièvre, les troubles respiratoires et les troubles digestifs.

VIII. DISCUSSION

1. Critique de l'étude

L'étude a été réalisée durant le mois de février 2014 en période épidémique hivernale (bronchiolites, rhino-pharyngites, gastroentérites...), ce qui a induit un biais de recrutement.

Le questionnaire a été proposé puis distribué aux accompagnants par les infirmières ce qui a posé deux problèmes principaux:

Le premier : lors des horaires de grande affluence, la gestion du problème médical est logiquement passée avant l'enquête. La remise des questionnaires n'était pas prioritaire et donc certains parents n'ont pas reçu le questionnaire.

Le deuxième : en fin de période, l'équipe paramédicale a montré une lassitude vis-à-vis de la distribution du questionnaire.

Nous avons exclu les personnes maîtrisant mal le français, nous nous privons ainsi des données concernant cette population. Ceci concerne une partie non négligeable des usagers des urgences.

Malheureusement nous n'avons pas pu inclure les familles consultant après 22h30. La prise en charge des urgences s'effectue la nuit dans le service de pédiatrie, le personnel paramédical de ce service ajoute aux soins des enfants hospitalisés l'accueil des consultants. Cela nous a privé de l'étude d'une part intéressante des consultations.

Le travail a été effectué sur un échantillon, doté de ses propres caractéristiques socio-économiques. Ces résultats sont ainsi à extrapoler avec prudence.

2. Les principaux résultats

a. Caractéristiques générales :

Dans notre étude menée du 1^{er} février au 28 février 2014, nous avons retenu 161 recours spontanés aux Urgences Pédiatriques médicales de ROANNE.

Les deux tiers des consultations ont eu lieu en semaine (74%), et les trois quart aux heures ouvrables (68%), soit de 8h30-18h en ville.

Cela correspond aux résultats retrouvés par la DREES qui montre 28 % de passages le week-end et 79% aux heures ouvrables. (11)

Autant de filles que de garçons ont été recensés. Ils étaient très jeunes, la moitié d'entre eux avait moins de 2 ans, et environ les trois quarts avaient moins de 6 ans.

Notre étude est représentative de la population globale. En effet le recensement 2011 retrouvait 51.1% de garçons et 48.9% de filles dans la population des 0-14 ans, et ceci est également retrouvé dans de nombreuses études (12-13).

Ainsi selon une enquête réalisée par la DREES, évaluant la prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale, la proportion des garçons (53,1 %) est légèrement supérieure à celle des filles. La moyenne d'âge des enfants est de 6,6 ans dans une fourchette de prise en charge entre 0 à 15 ans: 56,4 % d'entre eux ont moins de 6 ans et 43,6 % ont entre 6 et 15 ans. (14)

On peut expliquer ce taux élevé de très jeunes enfants, par leur plus grande vulnérabilité face à certaines affections, les rendant plus susceptibles à la maladie, et plus sujets aux complications.

Les messages véhiculés par les professionnels de santé, et les médias insistent sur la fragilité des nourrissons, et incitent les parents à être plus vigilants. Ils consultent donc plus souvent pour un enfant en bas âge.

De ce fait, le médecin habituel doit mener un travail en amont auprès des parents d'enfants en bas âge. Il doit prodiguer des explications approfondies et conseiller les parents. Il doit leur enseigner la conduite la plus appropriée qu'ils pourront adopter lors de la surveillance de leur enfant malade. Cet enseignement du médecin à la famille a pour but de prévenir un recours parfois inutile aux urgences.

On peut aussi justifier le nombre réduit d'enfants âgés de 6 à 18 ans, dans notre étude, par leur recours aux urgences pour des motifs plus souvent traumatologiques. A Roanne, la traumatologie est gérée par le SAU adulte.

Le nombre de frères et sœurs par famille était limité à 2 pour près des trois quarts de l'échantillon. Ce qui est similaire à ce qu'on retrouve dans la littérature française (15,16).

70% des familles consultaient en priorité chez le médecin généraliste, 14% consultaient le pédiatre et seulement 12% s'adressaient aux urgences pédiatriques en priorité. Une telle différence peut s'expliquer par le nombre limité de pédiatre dans la région, les rendant moins disponibles en urgence que les généralistes.

Cela rejoint l'étude de BERTHIER, M. et AL, qui montre que 5% des enfants étaient suivis par un pédiatre, 62 % par un médecin généraliste et, 31% étaient suivis alternativement par un pédiatre et un médecin généraliste (16).

Dans à peu près la moitié des cas, les parents déclarent n'avoir jamais eu recours aux urgences ces 12 derniers mois, 40% estiment avoir eu recours aux urgences entre 1 et 3 reprises ces 12 derniers mois, et seulement 14% peuvent être considéré comme des consultants itératifs.

Les chiffres cités dans d'autres études sont du même ordre, en effet, l'hôpital est considéré comme un lieu de consultations régulier pour 35 à 36% des patients (17, 18).

Les études réalisées à l'étranger font le même constat. En effet, selon une étude américaine rétrospective, 64% des patients n'ont pas recouru aux urgences, 32% ont eu recours aux urgences entre 1 et 3 reprises, et 4% sont des consultants itératifs. (19)

Le premier symptôme amenant les familles à consulter était la fièvre (24%), suivi par les troubles digestifs (17%), puis par les symptômes ORL (13%). Les résultats sont similaires à ceux d'une étude réalisée aux hôpitaux pédiatriques de Nice. La fièvre représentait 25,5 % des consultations et les troubles digestifs 20% (20). Ces motifs peuvent s'expliquer par le contexte hivernal de cette étude.

Dans notre étude, les consultations survenaient entre 24 et 72 heures dans 44% des cas après le début des signes, et dans 32 % des cas moins de 24 heures. Peu de données dans la littérature traitent la durée d'évolution des symptômes avant une consultation pédiatrique. Les études consultées, sont effectuées sur des populations venant aux urgences pédiatriques pour des motifs médicochirurgicaux à tout âge. Elles mettent en évidence un taux de consultations très précoces plus élevé, 64% des consultations ont lieu dans la demi journée et 87% dans les 24h suivant le début des symptômes (11, 21).

Un certain degré d'urgence est ressenti par la plupart des parents interrogés. En effet, 58% des parents considèrent l'état de leur enfant moyennement urgente, et 32% l'estime très urgente. Ces données sont retrouvées dans la littérature avec 30% des consultants venus aux urgences pédiatriques pour un motif ressenti comme vital (21).

C'est probablement cette surestimation de la gravité de l'état de leur enfant, qui conduit les parents, à consulter aux urgences car une consultation en médecine de ville ne leur paraît pas adaptée à l'urgence ressentie.

Seulement un tiers des familles, consultaient aux urgences après avoir vu un médecin en ville au préalable. Cela correspond aux 27% retrouvés dans l'étude de la DRESS (11). Dans d'autres études on trouve un taux de recours spontané entre 60 et 70% (16, 22), avec quelques modulations en fonction du caractère traumatologique ou médicale de la pathologie (71% de recours spontanés pour la traumatologie et 51% pour les pathologies médicales) (22).

Ce chiffre paraît faible, mais il est peut-être encore plus bas en réalité. En effet, nos résultats étaient déclaratifs, sans vérification secondaire, on peut supposer que certains parents n'ont pas osé avouer qu'ils sont venus aux urgences en première intention, sachant que la situation ne relevait pas des urgences, donc plus par confort que par nécessité (18). Mais ça reste qu'une hypothèse émit non vérifiable.

Parmi les motivations citées par ces familles pour justifier le recours aux urgences, deux viennent se placer en tête de la liste, il s'agit de la persistance des symptômes et le fait que cette consultation soit conseillée par un médecin de ville.

Concernant les familles s'adressant aux urgences sans consultation préalable en ville, les deux motivations les plus invoquées par les parents pour justifier leur venue, sont la possibilité des examens complémentaires à l'hôpital et l'indisponibilité du médecin traitant.

En parcourant la littérature, les motivations souvent invoquées par les familles consultants aux urgences sont similaires à celles retrouvées dans notre travail (24, 23, 22, 18,11), Ces motivations peuvent être résumées en quatre thèmes : l'inquiétude des parents et leur angoisse par rapport à la persistance ou l'aggravation des symptômes, l'impossibilité d'être vu par un mé-

decin le jour même, la technicité de l'hôpital et la volonté d'accéder au plateau technique et l'aspect financier.

Ce dernier ne semble pas avoir beaucoup d'impact sur la décision de se rendre aux urgences. En effet, dans notre étude les familles citant ce motif étaient minoritaires (8%), les autres études confirment ce résultat (15,18).

Trois enfants sur cinq rentrent à domicile sans réalisation d'aucuns examens complémentaires. Le taux d'hospitalisation est faible, soit un enfant hospitalisé sur cinq (18%). Ce taux est comparable aux données de la littérature qui fait état d'un taux d'hospitalisation de 10 à 20% (23-17).

Ceci montre bien des perceptions différentes du rôle des urgences par les soignants et les consultants. Le taux élevé de retour à domicile confirme la vision actuelle des urgences par les usagers. Il s'agit pour eux d'une recherche de soins rapides et techniques, dans des situations médicale aiguës. L'urgence pour eux se situe dans la disponibilité immédiate à diagnostiquer et traiter leur plainte. La notion de gravité intervient peu dans leur démarche.

b. Comparaison des populations venant consulter pour des motifs justifiés ou injustifiés:

Comme nous l'avons cité dans la partie des résultats, nous avons distingué deux groupes, afin de comparer la population venant pour des motifs justifiés, et celle venant pour des motifs non justifiés.

Le premier groupe comprend les patients sortis à domicile sans réalisation d'examens complémentaires, en le considérant comme venant pour motifs non justifiés (60%).

Le deuxième groupe comprend les patients ayant nécessité une surveillance, la réalisation d'examens complémentaires, ou/et ayant bénéficié de l'administration d'un traitement. A ces derniers on ajoute les enfants hospitalisés (40%).

Il est très compliqué de comparer ces chiffres aux données de la littérature, car la définition des recours justifiés et les critères d'inclusion diffèrent d'une étude à l'autre. Une thèse réalisée en région parisienne, ayant étudié les caractéristiques des patients consultant aux urgences pédiatriques, a considéré 50% des consultations comme justifiées (18).

D'après STAGNARA, J. et al, l'état de l'enfant était considéré grave par les parents dans 40% des cas alors que selon les soignants, la consultation en urgence n'était jugée comme justifiée que dans 13% des cas (23).

Notre étude ne montre pas que l'âge de l'enfant, le sexe, le nombre de frères et sœurs soient des facteurs influençant le caractère justifié ou non d'une consultation aux urgences pédiatriques. Même si la plupart des études va dans le même sens que notre travail, une étude belge réalisée en 2012 a montré qu'un âge inférieur à 2 ans est souvent lié au caractère justifié d'un recours aux urgences pédiatriques (25).

Nos résultats montrent que les familles, appartenant au groupe consultation injustifiée font appel plus souvent aux urgences, même s'ils sont plus nombreux à considérer l'état de leur enfant non urgent. Tandis que les parents qui viennent pour un motif justifié, considèrent plus souvent l'état de leur enfant très urgent. Ces résultats sont concordants avec ce l'on peut trouver dans la littérature (25).

Cela montre que les parents même s'ils ont tendance à surestimer, la gravité de l'état de santé de leur enfant, ils sont pour la plupart capables de l'évaluer. Les résultats retrouvés indiquent bien que les situations ressenties très urgentes, étaient plus fréquemment considérées comme telles, par les soignants.

On constate également que le groupe consultation non justifiée, comporte des enfants présentant des pathologies, évoluant depuis moins de 72h. Par contre, le groupe consultation justifiée consulte d'avantage quand les symptômes évoluent depuis plus de 72h. Les familles consultant pour des motifs justifiés semblent faire preuve de plus de tolérance et de calme devant les symptômes de leurs enfants. Elles sont peut-être plus informées sur la durée habituelle d'évolution des maladies.

Les familles appartenant au groupe consultation non justifiée, sont plus souvent amenées à se rendre aux urgences, sans passer par un médecin de ville. Ce résultat est retrouvé dans de nombreuses études aussi bien françaises qu'internationales (26, 17,27).

Cela suggère que les consultants se rendant aux urgences pour des motifs injustifiés, utilisent le service des urgences comme un substitut permanent de leur médecin libéral. Dès l'apparition des symptômes, ils ne se rendent pas en premier lieu chez leur médecin référent, mais consultent aux urgences pour une demande de soins, même si le motif de consultation ne relève pas des urgences.

Les motivations les plus souvent invoquées par ce groupe, pour justifier le recours aux urgences pédiatriques sont l'indisponibilité du médecin habituel, la meilleure prise en charge à l'hôpital, la possibilité d'examens complémentaires, une prise en charge du médecin traitant inadaptée, et la persistance des symptômes.

Une étude qualitative américaine réalisée en 2008, trouvait les mêmes raisons citées par les familles ayant un recours aux urgences pédiatriques non justifié. À savoir, la difficulté d'accès aux soins primaires (l'impossibilité à avoir un rendez-vous ou un avis médical), les prestations offertes par l'hôpital (rapidité, plateau technique, compétence médicale), et certains citaient même un certain nombre de difficultés relationnelles ou de communication avec le médecin référent (29). Dans notre étude, les compétences du médecin traitant étaient rarement remises en question.

En revanche, le groupe consultant pour un motif justifié, semble citer comme motivation plus souvent le caractère grave de la situation et le fait que la consultation soit conseillée par leur médecin. Ces motivations sont considérés plus légitimes aux yeux des soignants.

Cette tendance à citer ces motivations peut s'expliquer probablement par le fait que ces familles, comme démontré plus haut, consultent plus souvent leur médecin en ville en priorité. On peut proposer l'hypothèse qu'elles ont reçu une éducation de sa part, leur permettant ainsi de mieux évaluer l'état de leur enfant.

3. Les motivations de consultation

Parmi les motivations de consultation exprimées par les familles pour justifier le recours aux urgences, quatre viennent se placer en tête de la liste :

- **L'indisponibilité du médecin traitant,**
- **La persistance des symptômes,**
- **La possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital,**
- **La consultation conseillée par le médecin.**

Nous avons recherché ensuite des relations statistiquement significatives entre l'incidence de ces motivations et les autres facteurs étudiés.

L'indisponibilité du médecin traitant:

La recherche de facteurs liés de manière significative à l'incidence de ce motif, a permis de mettre en évidence qu'il était cité par les familles consultant le weekend et après 18 heures.

Cela souligne bien que le recours de ce groupe de famille, est probablement lié à la pénurie des structures de soins de garde. Les urgences pédiatriques, plus facilement accessibles deviennent alors un lieu de consultation de première intention. Ajoutons à cela, l'ignorance des familles quant à la possibilité de disposer d'autres solutions de soins. Une étude de la DRESS a montré que, 20% des patients ne savaient pas s'il existait un médecin de garde sur leur secteur, 25 % ne savaient pas s'il existait à proximité de leur domicile un centre de soins ou un dispensaire, et que 9% ne savaient pas comment faire pour avoir le numéro du médecin de garde (15).

Le rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, paru en 2007 signale qu'une grande partie la population, ignore que le numéro 15 permet d'accéder à une demande de soins non programmées, que la médecine générale peut assurer. Pour eux, ce numéro est réservé uniquement aux urgences vitales, et ils n'osent donc pas y faire appel de peur de s'adresser au mauvais endroit (28).

Quand ils savent comment faire pour prendre contact avec le médecin de garde, ils sont confrontés à la saturation de la régulation du 15. En effet, une évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins montre 5% d'abandon des appels au 15. (29)

Aussi, 60% des consultations de ces familles ont lieu moins de 24 heures après le début des signes. Ce résultat illustre deux problèmes :

- Premièrement la difficulté des familles à gérer leur inquiétude, et leurs incertitudes autour de l'enfant malade. Elles doutent également de leurs compétences à évaluer la situation ; cela les rend incapables de juger si la situation nécessite vraiment une consultation en urgence, ou si une consultation différée auprès du médecin référent est envisageable.
- Deuxièmement, le manque d'informations sur la durée habituelle d'évolution des certaines pathologies communes.

L'étude des habitudes de consultations, a permis d'établir un lien statistiquement significatif, avec le caractère modeste du recours aux urgences. En effet, 61% des familles citant ce motif déclarent n'avoir jamais eu recours aux urgences ces 12 derniers mois.

On constate donc que ce groupe de famille, n'utilise pas le service des urgences comme un substitut permanent de médecin libéral, mais un recours et une recherche de soins en l'absence de leur médecin référent. Ce recours aux urgences, provient d'un manque d'alternative autre que les urgences.

Possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital :

Ce motif apparaît comme une raison pour un recours aux urgences dans 32%, soit un peu moins que le résultat de 44% retrouvé par la DREES. (11)

En se rendant aux urgences, en proie à une certaine angoisse et inquiétude, les parents placent les examens complémentaires comme une étape primordiale, à l'obtention d'une explication aux symptômes de leurs enfants. Ils cherchent ainsi à être rassurés, l'examen clinique à lui seul ne suffisant pas.

En effet, Il est commun de penser que se rendre à l'hôpital rime avec examens complémentaires et certaines familles considère que la prise en charge est insuffisante s'ils n'en ont pas bénéficié.

Le corps médical en ville ou à l'hôpital cède malheureusement à cette pression, et entretient donc cette démarche.

Mais on ne peut pas rendre les parents seuls responsables de ce phénomène. Une autre raison les pousse à se rendre aux urgences, pour avoir des examens : le nombre parfois insuffisant de laboratoires de radiologie, ou de biologie en ville. Ces derniers réalisent parfois rarement des bilans en urgence et l'utilisation de ces circuits est également parfois impossible en fonction de l'heure de la journée (pratiquer un ECBU à 18h30 à l'heure de la fermeture du laboratoire) ou du jour de la semaine (obtenir une imagerie un samedi midi).

On peut aussi ajouter qu'en pédiatrie, un personnel spécifiquement formés est requis, devant la difficulté technique d'effectuer des examens complémentaires aux enfants, surtout les plus jeunes.

Le recours aux urgences apparaît plus souvent motivé par la possibilité des examens complémentaires, lorsque l'âge de l'enfant dépasse 6 ans. Cette

tendance est retrouvé également du côté des soignants. En effet, l'étude de DRESS montre un taux d'examens complémentaires réalisés de 20% pour les enfants de 0 à 2 ans et de 59% pour les plus de 6 ans (13).

On retrouve que la moitié des consultants, citant ce motif pour justifier leur venue aux urgences, sont des utilisateurs occasionnels des urgences (entre 1 et 3 reprises ces 12 derniers mois).

On constate également que « la possibilité des examens complémentaires », est plus souvent invoquée par les familles ayant un seul enfant. On peut probablement expliquer cela, par le fait que ces parents sont plus vulnérables face à leur enfant malade, ils se sentent moins expérimentés pour juger le degré de l'urgence et sont plus intolérants à la maladie. Demandant davantage de preuves (examen clinique et paraclinique) pour être rassurer. Ils pensent que les résultats de ces examens objectivent un diagnostic bien défini. D'ailleurs, certaines études retrouvaient une part d'inquiétude prédominante chez les femmes ayant un seul enfant, mais cela était spécifique aux nouveaux nés et non aux autres tranches d'âges (30-31).

Les symptômes invoqués dans ce cas semblent revêtir un caractère moins urgent (moins de détresses respiratoires, en faveur de troubles uro-génitaux, traumatisme...).

La persistance des symptômes:

Cette raison a été invoquée par 33% des familles ayant déjà consulté leur médecin référent, pour les mêmes symptômes, contre 23% des parents dans l'étude de DRESS. (11)

On constate que le lieu de consultation prioritaire, pour les familles citant ce motif, est majoritairement le médecin généraliste, et ces familles comportent souvent un seul enfant.

Le délai qui précède le recours aux urgences, est manifestement plus long pour ces familles, par rapport aux autres consultants. En effet, environ plus des 2/3 des consultations ont lieu après une évolution de 72h, alors que près des 3/4 des consultations ont lieu après une évolution inférieure à 72h. Cette démarche est rationnelle de la part de ces familles et non le reflet d'une intolérance à la maladie.

Ce constat corrobore le rôle du médecin généraliste, dans la délivrance des informations, concernant la durée d'évolution de certaines pathologies, les signes de gravité à rechercher par les parents. C'est ainsi que le médecin peut les rassurer, sur leur capacité à évaluer l'état de santé de leur enfant, en les rendant acteurs actifs, et en leur enseignant les moyens d'y parvenir.

Cette éducation ne sera efficiente, que si le médecin référent s'implique dans sa diffusion écrite et orale, en la répétant à chaque consultation. Ces actions semblent chronophages, mais cela permettraient peut-être une meilleure utilisation du système de soins.

Invoquer la persistance des symptômes, pour justifier leurs recours aux urgences, au lieu de se rendre une deuxième fois chez leur médecin référent, signifie que ces familles voient l'intervention de leur médecin nécessaire, mais dans un champ d'action bien défini.

En d'autres termes, les parents cherchent à soumettre aux urgences, un problème qui semble dépasser les compétences, et les moyens de leur médecin référent. Ils perçoivent cette persistance des symptômes comme un problème plus complexe, nécessitant un avis spécialisé et des explorations complémentaires.

Notre étude montre que deux tiers de ces familles déclarent déjà avoir eu recours aux urgences pédiatriques entre 1 à 3 reprises ces 12 derniers mois.

Consultation conseillée par le médecin :

Cette motivation a été citée par 37% des familles consultant aux urgences en deuxième intention. Cela dépasse les chiffres de l'étude de la DRESS (23%) (11). Une étude américaine retrouvaient un chiffre encore plus haut, 52% des parents interrogés venaient sur conseil de leur médecin (32).

Devant ce taux élevé on peut donc se demander, si une partie des parents déclarant venir sur le conseil du médecin l'était vraiment, et s'ils ont donné cette réponse juste, parce que c'est une raison plus légitime aux yeux des soignants.

On peut peut-être expliquer ce taux élevé par la recommandation de praticiens aux parents de reconsulter en cas d'aggravation, mais sans préciser sur quels critères de gravité. Ajoutant à cela, que le médecin contacté à nouveau par les parents en raison, préconise de se rendre aux urgences, sans examiner à nouveau l'enfant.

Ce motif apparaît nettement plus souvent invoqué par les familles (environ 85%) qui ne s'adressent que rarement aux urgences (0 fois ces 12 derniers mois).

Parallèlement, les familles qui consultant en priorité leur médecin traitant citent plus souvent ce motif.

Par ailleurs, la prise en charge aux urgences de ces enfants nécessitait un plus grand nombre d'actes diagnostiques ou thérapeutiques, et débouchait plus souvent sur une hospitalisation (45%).

Ces résultats sont surprenants, car cela implique que ces parents sont capables, de distinguer les signes de gravité chez leur enfant. Cette compétence est acquise, au travers des ouvrages ou des articles de vulgarisation, notamment auprès du médecin référent ou lors des campagnes d'information. Il émerge alors un nouveau concept dans ce groupe : « s'inquiéter à juste titre » et prendre une décision adaptée à la situation.

Les symptômes les plus souvent associés à ce motif, décrivent plus volontiers des situations qui peuvent potentiellement être graves (la fièvre, les troubles respiratoires..).

4. Axes d'amélioration :

L'éducation des patients et des parents:

Notre étude et tous les auteurs, ont mis en évidence la nécessité d'éduquer ces familles, consultant encore trop souvent de manière injustifiée aux urgences pédiatriques.

Cette éducation passe principalement par le médecin référent : il faut que chaque consultation soit l'occasion d'expliquer aux parents l'évolution de la maladie et les signes de gravité à surveiller.

Il faut les informer sur l'organisation de la permanence des soins, et les sensibiliser sur la possibilité du recours aux appels téléphoniques en cas de besoin, que ce soit vers le cabinet médical, ou le centre 15, et ne pas banaliser le recours aux urgences pédiatriques.

Si le médecin référent a un rôle primordial dans cette éducation, les pouvoirs publics ont également la responsabilité d'informer la population. Effectivement, depuis 2011, l'assurance maladie a créé le site internet: «www.ameli-sante.fr», qui constitue une source d'aide aux parents, il regroupe des rubriques dédiées à la prévention et à l'information médicale, qui sont classées par ordre alphabétique ou par symptômes. Mais malheureusement peu de personnes ont connaissance de l'existence de ce site.

On peut mettre en place une plateforme téléphonique pour conseiller les parents et les accompagner devant des maladies qu'ils jugent urgentes mais qui ne nécessitent pas dans la majorité des cas une consultation aux urgences. En effet une étude a été réalisée à Lyon en 2010. Elle évalue la faisabilité d'une telle approche et conclue positivement. (33)

Le but de toutes ces mesures est de rendre les parents acteurs dans les soins de leurs enfants. Cette participation paraît indispensable pour construire une relation médicale de qualité.

On insistera sur le fait que les médecins de ville représentent les acteurs principaux responsables de l'éducation des familles. Ces familles sont souvent confrontées en ville à une pluralité des pratiques médicales. Il apparaît donc primordial que les médecins adoptent un discours clair et homogène bien standardisé. On peut même imaginer la création concertée de protocoles applicables en ville comme aux urgences hospitalières.

Autres alternatives que les services d'urgence :

- les plannings de consultations des médecins en ville doivent être réorganisés afin de laisser plus de place aux consultations non programmées. Il faut prévoir des créneaux de consultation pour le jour même, pour pouvoir recevoir des consultations dites « urgentes ». Il faut également encourager l'exercice regroupé des professionnels pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence.
- Des maisons médicales de garde existent déjà, pour la permanence des soins, mais uniquement en horaire de garde, et souvent ne proposent pas de plateau technique. Nous pourrions proposer des maisons médicales y compris en journée, avec un plateau technique accessible, et un accès téléphonique facile aux spécialistes.

Un tel dispositif serait associé à une information du public afin de le faire connaître.

- Créer une filière de prise en charge rapide aux urgences, pour des soins dédiés à la prise en charge des pathologies dites « bénignes ». Certains hôpitaux en sont déjà dotés, c'est l'exemple des urgences du CHU de Poitiers, ou de l'hôpital de Nancy. Mais pour la plupart cela ne concerne que les urgences adultes. Ça serait intéressant de tester ce modèle aux urgences pédiatriques.

CONCLUSION

Il est difficile de définir ce qui est urgent, mais cette difficulté ne peut pas expliquer le recours accru aux urgences, notamment pédiatriques, qui devient de plus en plus fréquent et s'avère inadapté dans la majorité des cas.

Notre étude prospective menée du 1 février au 28 février 2014 aux Urgences Pédiatriques de CH de ROANNE à l'aide d'un questionnaire nous a permis de recenser 161 recours aux urgences pédiatriques. L'objectif de notre étude était de comparer les familles consultants pour un motif justifié et celles venant pour un motif non justifié, puis d'examiner les motivations à l'origine de ces recours, afin de mieux comprendre la logique amenant les familles aux urgences pédiatriques.

Les familles consultant aux UP sont surreprésentées par des enfants de moins de 6 ans, consultant souvent spontanément aux UP sans passer par leur médecin référent, dans la majorité des cas en semaine et aux heures ouvrables. Un certain degré d'urgence est ressenti par la plupart des parents consultants, pour des pathologies qui n'ont pas nécessité forcément ni soins ni hospitalisation.

L'étude menée dans cette thèse a comparé deux populations, celle venant pour motif justifié (groupe hospitalisé ou ayant bénéficié de soins ou d'examens complémentaires), et celle consultant pour motif injustifié. Nos résultats montrent que ce dernier fait appel plus fréquemment aux urgences, le plus souvent sans passer par un médecin en ville. Leur tolérance devant la maladie est moindre ; en effet ils consultent moins de 72h après le début des symptômes. Les motivations de ces familles relèvent plus fréquemment de préoccupations pratiques (disponibilité et continuité des soins, accès au plateau technique..). Le sentiment de gravité n'est cité que rarement.

En résumé ces familles considèrent les UP comme un substitut permanent de leur médecin libéral. Il semble donc nécessaire de mener une réflexion sur l'implication des médecins traitants, et des campagnes d'éducation dans l'information et la sensibilisation des parents sur les missions réelles des UP.

Parmi les motivations de consultation exprimées par les familles, pour justifier le recours aux urgences, quatre apparaissent majoritairement citées. Il s'agit de l'indisponibilité du médecin traitant, la persistance des symptômes, la possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital et enfin la consultation conseillée par le médecin.

En étudiant ces motivations, nous avons essayé d'expliquer que la démarche de recours aux UP, était plutôt fondée sur la façon dont les parents appréhendaient la maladie, leur vision du système de santé, et leurs différents degrés d'implication dans la prise en charge de la santé de leurs enfants.

Ainsi, afin de réduire l'affluence aux urgences pédiatriques, il paraît essentiel de s'investir dans l'éducation parentale, et dans la sensibilisation sur les autres structures de soins disponibles ainsi qu'à leur accès. Il semble également nécessaire d'améliorer la prise en charge en consultation de médecine générale en augmentant l'offre de consultation rapide, et en renforçant la continuité des soins médicale et paramédicale en ville.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse en ligne. Consultable sur www.larousse.fr. Consulté en avril 2014.
2. GRALL Docteur Jean Yves EVALUATION DU PLAN URGENCES 2004-2008 [Rapport]. - [s.l.] : Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, Janvier 2007.
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2012). *Le panorama des établissements de santé*. Paris: COLLECTION ÉTUDES ET STATISTIQUES.
4. URML - URCAM Bretagne. Etude sur la permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes. 2001.
5. SFMU. Référentiel. Critères d'évaluation des services d'urgences.p20.2006.
6. Martinot, A., Hue, V., Leteurtre, S., & Leclerc, F. (1999). Evaluation des soins aux urgences pédiatriques. John Libby Eurotext , 2 (5).
7. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I et al.Les consultants des service-surgencerelevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé.JEUR2007;20(1)(suppl):138.
8. Lafay, V.; Kone-Paut, I.; Tonolli, I.; Bel, C.; Truze, P. Profil de l'"usager abusif" du sau. Reanimation Urgences vol. 7 issue 2 March, 1998. p. 143.
9. « Insee - Commune de Roanne (42187) - POP1B - Population totale par sexe et âge ». Consulté le 4 mai 2014.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?pref_id=POP1B&millesime=2010&niveau=1&typgeo=COM&codgeo=42187.

10. http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/filesAtlas__national_2013.pdf consulté le 4 mai 2014
11. BAUBEAU.D, CARRASCO.V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES, N°215, janv 2003
12. INSEE. Résultats du recensement de la population 2011. Département du Finistère, tableaux POP T3, POP G2, FOR T1, FOR2, FAM T4. Dernière consultation le 31/10/14 au [www. recensement.insee.fr](http://www.recensement.insee.fr)
13. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, N°212, janvier 2003.
14. Franc C, Leveillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N La prise en charge des enfants de moins de seize ans en médecine générale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques [revue sur internet]. Septembre 2007;69:[pages 13- 20]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud69.htm>
15. Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. Arch Pédiatrie. mars 2001;8(3):259-267
16. BERTHIER, M. and C. MARTIN-ROBIN, Les consultations aux urgences pédiatriques : étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Archives de pédiatrie, 2003. 10(suppl 1): p. 61-63.
17. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H et al. Le faux débat des fausses urgences. Arch Pédiatr 1999;6(suppl2):S464-6.
18. Gauthier A. Motivations et parcours des parents consultant aux urgences pédiatriques - résultats d'une enquête à l'hôpital Louis Mourier en 2007. Thèse D Med, Paris 12, 2008.

19. Recurrent and High-frequency Use of the Emergency Department by Pediatric Patients. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*
20. Diane Demonchy. Impact des consultations délocalisées aux urgences des hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval. *Human health and pathology*. 2013.dumas-01022693
21. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J et al. Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé publique* 2004;16:63-74.
22. Martinot A, Boscher C, Roustit C et al. Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? *Arch Pédiatr* 1999;6(suppl2):S461-3.
23. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A et al. Urgences pédiatriques et consultations non programmées - enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Arch Pédiatr* 2004;11(2):108-14.
24. Sturm JJ, Hirsh DA, Lee EK, Massey R, Weselman B, Simon HK. Practice Characteristics That Influence Nonurgent Pediatric Emergency Department Utilization. *Acad Pediatr*. janv 2010;10(1):70-74.
25. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, Cohen L, Verhaeghe N, Trybou J, et al. The (in-)appropriateness of emergency department use among paediatric patients in 12 Belgian hospitals. 40e Congrès annuel de la Société Belge de Pédiatrie: Nouvelles (in) certitudes en pédiatrie. 2012.
26. Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J, Weiss G, Lu Y, Kipke MD. A profile of nonurgent emergency department use in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(10):977–984.

27. Cabeza JM, Quintero BD, Sánchez JM, Álvarez BG, Romero ST, del Río Morales E, et al. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *emergencias*. 2007;19:70-6
28. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambulatory Pediatrics*. 2008;8:360–367.
29. Grall JY. Rapport de mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. août 2007.
30. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Rapport de l'IGAS n°2006 029 et de l'IGA n°06-007-02, mars 2006.
31. Claudet I, De montis P, Debuisson C et al. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. *Arch Pediatr*. 2012;19:900–6.
32. Maestracci M, Santaella E, Guyon G et al. Problématique de la fréquentation croissante des nouveau-nés aux urgences. *Arch Pediatr*. 2008;15(5):933.
33. Haltiwanger KA, Pines JM, Martin ML The pediatric emergency department: a substitute for primary care? *Cal J Emerg Med*. 2006; 7(2):26-30.
34. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *Press Med*. 2010 Nov ;39(11):258–63.
35. La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. consultable sur www.orumip.fr/docs/ccmu.pdf. consulté en avril 2014.

ANNEXE :

MOTIFS DE CONSULTATION A L'ACCUEIL des URGENCES PEDIA- TRIQUE AU CH DE ROANNE

QUESTIONNAIRE :

1. jour de consultation :

- un jour de la semaine
- le week-end
- un jour férié

2. l'heure d'arrivée :

a. de 9h à 18h

A) de 18h à 22h30

3. le sexe de l'enfant:

a. Féminin

b. Masculin

4. l'âge:

5. Nombre de frères et sœurs:

6. Où consultez-vous en priorité quand votre enfant est malade?

a. Médecin généraliste

b. Pédiatre

c. PMI

- Urgences pédiatriques

e. Maison médicale

7. Nombre de consultation aux urgences ces 12 derniers mois :

a. 0

b. Entre 1 et 3

c. Plus de 3

8. Motif de consultation:

- | | |
|-----------------------|--|
| a. Fièvre | b. troubles respiratoires |
| c. troubles digestifs | d. pleurs |
| e. ORL | f. trouble psychiatrique et comportemental |
| g. traumatisme | i. urogénitale |
| h. maux de tête | |
| j .autre : | |

9. Comment évaluez-vous le degré d'urgence du problème:

- très urgent
- moyennement urgent
- non urgent

10.Durée d'évolution des symptômes:

- a. moins de 24 heures
- b. entre 24 et 72 heures
- c. entre 72 heures et une semaine
- d. plus d'une semaine

11.Avez-vous rendu chez un médecin avant de venir aux urgences ?

- | | |
|--------|--------|
| a. Oui | b. Non |
|--------|--------|

Si oui :

12.Pourquoi vous consultez à nouveau ?

- a. vous pensez que la prise en charge par le médecin est inadaptée
- b. persistance des symptômes malgré le traitement
- c. votre enfant s'aggrave
- d. consultation conseillée par le médecin
- e. autre :

Si non:

13.vous consultez aux urgences en priorité car :

- a. le médecin n'est pas disponible
- b. vous n'avez pas de médecin traitant
- c. vous pensez qu'il y a une meilleure prise en charge à l'hôpital
- d. possibilité d'examen complémentaires à l'hôpital
- e. pas d'avance de frais
- f. situation trop grave pour attendre
- g. autre :

14.résultat de la consultation:

- a. retour à domicile sans examen complémentaire
- b. retour à domicile après examens complémentaires, surveillance ou traitement administré
- c. hospitalisation

Merci pour votre coopération

AHATTAB Ahlam – PARCOURS ET MOTIVATIONS DE RECOURS SPONTANÉS AUX URGENCES PÉDIATRIQUES AU CENTRE HOSPITALIER DE ROANNE

81 pages

Thèse de Médecine. Lyon 2015 ; n°44

C'est une étude prospective menée du 1^{er} février au 28 février 2014 aux Urgences Pédiatriques du CH de ROANNE à l'aide d'un questionnaire. L'objectif de notre étude était de comparer les familles consultant pour un motif non justifié, puis d'examiner les motivations à l'origine de ces recours.

Nous avons recensé 161 questionnaires. Les familles consultant aux UP sont surreprésentées par des enfants de moins de 6 ans, consultant souvent spontanément aux UP sans passer par leur médecin référent, dans la majorité des cas en semaine et aux heures ouvrables. Un certain degré d'urgence est ressenti par la plupart des parents consultant pour des pathologies qui n'ont pas nécessité forcément ni soins ni hospitalisation.

L'étude menée dans cette thèse a comparé deux populations, celle venant pour motif justifié (groupe hospitalisé ou ayant bénéficié de soins ou d'examens complémentaires), et celle consultant pour motif injustifié. Nos résultats montrent que ce dernier fait appel plus fréquemment aux urgences, le plus souvent sans passer par un médecin en ville. Leur tolérance devant la maladie est moindre ; en effet ils consultent moins de 72h après le début des symptômes. Les motivations de ces familles relèvent plus fréquemment de préoccupations pratiques (disponibilité et continuité des soins, accès au plateau technique...).

Parmi les motivations de consultation exprimées par les familles, pour justifier le recours aux urgences, quatre apparaissent majoritairement citées. Il s'agit de l'indisponibilité du médecin traitant, la persistance des symptômes, la possibilité d'examens complémentaires à l'hôpital et enfin la consultation conseillée par le médecin.

En conclusion, dans cette étude nous avons essayé d'expliquer que la démarche de recours aux UP était plutôt fondée sur la façon dont les parents appréhendaient la maladie, leur vision du système de santé, et leurs différents degrés d'implication dans la prise en charge de la santé de leurs enfants. Et nous avons proposé des mesures afin d'adapter l'offre de soins aux attentes des familles.

MOTS CLÉS :

Urgences pédiatriques – Motifs de consultation – Étude prospective – Soins primaires

JURY :

Président :	Monsieur le professeur Pierre COCHAT
Membres :	Monsieur le professeur Olivier CLARIS
	Monsieur le professeur Étienne JAVOUHEY
	Madame le docteur Catherine CLAVEL

DATE DE SOUTENANCE : 20 mars 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR : dreamsah@hotmail.fr