HAL
open science

Motivations parentales et trajectoires de recours aux urgences pédiatriques. Enquête réalisée au sein du centre hospitalier de Thionville

Aurélie Binacchi

To cite this version:

Aurélie Binacchi. Motivations parentales et trajectoires de recours aux urgences pédiatriques. Enquête réalisée au sein du centre hospitalier de Thionville. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732042

HAL Id: hal-01732042

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732042v1

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE
2013

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
n°6502

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Aurélie BINACCHI

Le 17 septembre 2013

MOTIVATIONS PARENTALES ET TRAJECTOIRES DE RECOURS AUX URGENCES PEDIATRIQUES

Enquête réalisée au sein du centre hospitalier régional de Thionville

Examinateurs de la thèse :

M. le professeur Cyril SCHWEITZER	Président
M. le professeur Serge BRIANCON	Juge
M. le professeur Pierre Edouard BOLLAERT	Juge
M. le docteur Jean Marc SCHNEIDER	Juge et Directeur

UNIVERSITE DE LORRAINE
2013

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
n°6502

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Aurélie BINACCHI

Le 17 septembre 2013

MOTIVATIONS PARENTALES ET TRAJECTOIRES DE RECOURS AUX URGENCES PEDIATRIQUES

Enquête réalisée au sein du centre hospitalier régional de Thionville

Examinateurs de la thèse :

M. le professeur Cyril SCHWEITZER	Président
M. le professeur Serge BRIANCON	Juge
M. le professeur Pierre Edouard BOLLAERT	Juge
M. le docteur Jean Marc SCHNEIDER	Juge et Directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs :

- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- 2eme Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3eme Cycle : • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
• « *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Paolo DI PATRIZIO**
- Commission de Prospective Universitaire :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	**M. Christophe NEMOS**
- Vie Étudiante :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Vie Facultaire :	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Étudiants :	**M. Xavier LEMARIE**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL -Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET- Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE

4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteure Lina BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40ème Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

A notre Maitre et Juge

Monsieur le professeur Serge BRIANCON

Professeur d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé et Prévention

Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A notre Maitre et Juge

Monsieur le professeur Pierre- Edouard BOLLAERT

Professeur d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence

Vous nous honorez en acceptant d'évaluer ce travail.

Veuillez recevoir nos remerciements respectueux.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Jean-Marc SCHNEIDER

Pédiatre

Pour avoir accepté la direction de cette thèse et pour m'avoir épaulée et orientée durant toute la réalisation de ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A toute l'équipe médicale et paramédicale du service d'urgences pédiatriques de l'Hôpital Bel Air de Thionville, qui a permis la réalisation de ce projet. Sans leur participation, cette étude n'aurait jamais vue le jour.

A Monsieur Franck Gaüzere, Maitre de Conférences de Statistiques à l'Institut Universitaire Technologique de Metz, pour son aide si précieuse dans l'analyse statistique des données recueillies.

A tous les parents ayant accepté de répondre à ce questionnaire.

A mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble, espérons qu'ils soient encore nombreux, et que l'avenir ne nous éloigne pas.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue dans les moments de bonheur comme dans les moments de doute, et qui m'ont permis de réaliser mon rêve d'enfant.

A ma sœur Justine, j'essaierai d'être aussi présente pour toi que tu l'as été pour moi. Tu as enfin trouvé ta voie et je suis fière de toi.

A Gaël, pour tout.

A ma famille.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **9**

SERMENT D'HIPPOCRATE **23**

TABLE DES MATIERES **25**

LISTE DES FIGURES **31**

LISTE DES TABLEAUX **33**

LISTE DES CARTES **33**

ABREVIATIONS **35**

INTRODUCTION **37**

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX **39**

I. HISTOIRE DE LA MEDICALISATION DE LA PETITE ENFANCE **41**

A. LE MOYEN AGE 41

B. LE XVIE SIECLE 42

C. LE XVIIE SIECLE 42

D. LE XVIIIE SIECLE 43

E. LE XIXE SIECLE 44

F. LE XXE SIECLE 47

II. ETAT DES LIEUX DE NOS JOURS **49**

A. GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE 49

1. Principes généraux *49*

2. Organisation et régulation du système de santé français *50*

3. Offre de soins libérale *51*

4. Offre de soins hospitalière *52*

5. Le point de vue des Français *53*

B. OFFRE MEDICALE EN FRANCE 53

1. Permanence des soins *53*

2. Les urgences *54*

C. LE CAS DE LA PEDIATRIE 56

1. Cadre légal *56*

2. Organisation des urgences pédiatriques en France *56*

3. Difficultés des soignants *57*

III. PRESENTATION DE LA REGION LORRAINE 59

A. DEPARTEMENT DE LA MOSELLE 60

B. DEPARTEMENT DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE 61

C. PERMANENCE DES SOINS EN LORRAINE 63

1. Sectorisation de la garde libérale en Meurthe-et-Moselle (33) 64

2. Sectorisation de la garde libérale en Moselle (33) 65

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE 67

I. MATERIEL ET METHODES 69

A. OBJECTIFS 69

B. TYPE D'ETUDE 69

C. STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES DE THIONVILLE 69

D. POPULATION ETUDIEE 71

E. DEROULEMENT DE L'ENQUETE 72

F. METHODOLOGIE DE L'ETUDE 72

G. DONNEES EXPLOITEES 73

Les caractéristiques générales de la population 73

1. Les caractéristiques générales de la consultation 73

2. Finalité de la consultation 74

II. RESULTATS 75

A. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE 75

1. Sexe 75

2. Age 76

3. Protection sociale 77

4. Activité professionnelle paternelle et maternelle 77

5. Suivi médical habituel 78

6. Distance entre le domicile et l'hôpital 79

B. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA CONSULTATION 80

1. Motif de consultation 80

2. Horaire de consultation 81

a. Répartition semaine- weekend 81

b. Répartition horaire 81

c. Répartition horaire selon les jours ouvrés ou non 82

3. Durée des symptômes avant consultation 82

4. Existence d'une consultation préalable 83

5. Initiative 84

a. Motivations de la consultation sans adressage 84

b. Motivation dans le cas d'adressage 85
6. Recours aux services de garde 86
7. Sensation du degré d'urgence 87
C. FINALITE DE LA CONSULTATION 88
1. Examens complémentaires 88
2. Classification CCMU 88
3. Orientation au terme de la consultation 89
D. ANALYSE DES RESULTATS 90
1. La durée de l'évolution au moment de la consultation 90
a. Répartition de la durée de l'évolution selon la distance 90
b. Répartition de la durée de l'évolution selon l'âge 91
c. Répartition de la durée de l'évolution selon l'existence d'une consultation antérieure 92
d. Répartition de la durée de l'évolution selon l'horaire de consultation 93
e. Répartition de la durée de l'évolution selon l'initiative de venue 94
2. Le degré d'urgence ressentie 95
a. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon le motif de consultation 95
b. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'horaire de consultation 96
c. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'âge 98
d. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la distance 99
e. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la durée d'évolution 100
f. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'existence d'une consultation antérieure 101
g. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'initiative de venue 102
h. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la réalisation d'examens complémentaires 103
i. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la classification CCMU 104
j. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'orientation 105
3. La réalisation d'examens complémentaires 106
a. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'âge 106
b. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon le sexe 107
c. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la durée des symptômes 108
d. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon le motif de consultation 109
e. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'horaire de consultation 111
f. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'initiative de venue 112
4. L'orientation 113
a. Répartition de l'orientation selon l'âge 113
b. Répartition de l'orientation selon le sexe 114
c. Répartition de l'orientation selon la durée des symptômes 115
d. Répartition de l'orientation selon le motif de consultation 116
e. Répartition de l'orientation selon l'horaire de consultation 118
f. Répartition de l'orientation selon l'initiative de venue 119
5. Tableau récapitulatif 120

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION **121**

I. SUR LA METHODE **123**

A. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLONNAGE DE L'ETUDE 123

B. BIAIS 123

1. Biais de non réponse *123*

2. Biais de recrutement *123*

II. SUR LES RESULTATS OBTENUS **124**

A. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES 124

1. L'âge *124*

2. Le sexe *125*

3. La protection sociale et l'activité professionnelle *125*

4. Le suivi médical habituel *125*

5. La distance *126*

B. CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION 128

1. Motifs de consultation *128*

2. Horaire de consultation *128*

3. Durée des symptômes *129*

4. Initiative de venue *129*

5. Degré d'urgence ressentie *131*

6. Examens complémentaires *132*

7. Classification CCMU *133*

8. Orientation *133*

III. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE ETRANGERE **135**

A. L'EUROPE 135

B. LES ETATS-UNIS ET AILLEURS 136

IV. PISTES D'AMELIORATIONS **138**

CONCLUSION **141**

BIBLIOGRAPHIE **143**

ANNEXES **149**

ANNEXE 1 ..... **151**

ANNEXE 2 ..... **153**

ANNEXE 3 ..... **156**

ANNEXE 4 ..... **157**

RESUME DE LA THESE..... 164

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : *Répartition du sexe des enfants ayant participé à l'enquête* 75
Figure 2 : *Répartition des patients par tranche d'âge* 76
Figure 3 : *Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe* 76
Figure 4 : *Protection sociale des patients consultant aux urgences* 77
Figure 5 : *Activité professionnelle des parents* 77
Figure 6 : *Suivi médical habituel* 78
Figure 7 : *Distance entre le logement et l'hôpital* 79
Figure 8 : *Motifs de recours aux urgences pédiatriques* 80
Figure 9 : *Répartition des consultations selon la période de la semaine* 81
Figure 10 : *Répartition des consultations selon la tranche horaire* 81
Figure 11 : *Répartition horaire selon les jours ouvrés et non ouvrés* 82
Figure 12 : *Répartition de la durée des symptômes précédant la consultation* 83
Figure 13 : *Répartition des patients ayant consulté ou non avant leur passage au SAUP* 83
Figure 14 : *Initiative de venue au SAUP* 84
Figure 15 : *Motivation du recours au SAUP de sa propre initiative* 85
Figure 16 : *Trajectoire de recours au SAUP hors venue de sa propre initiative* 85
Figure 17 : *Recours aux services de garde en horaires non ouvrés* 86
Figure 18 : *Type de service de garde contacté* 86
Figure 19 : *Degré d'urgence ressentie à l'arrivée au SAUP* 87
Figure 20 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires* 88
Figure 21 : *classification CCMU des patients* 88
Figure 22 : *Orientation des patients en fin de consultation* 89
Figure 23 : *Répartition de la durée de l'évolution selon la distance* 90
Figure 24 : *Répartition de la durée de l'évolution selon l'âge* 91
Figure 25 : *Répartition de la durée de l'évolution selon l'âge pondérée* 92
Figure 26 : *Répartition de la durée de l'évolution selon l'existence d'une consultation antérieure* 92
Figure 27 : *Répartition de la durée de l'évolution selon l'horaire de consultation* 93
Figure 28 : *Répartition de la durée d'évolution selon l'initiative de venue* 94
Figure 29 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon le motif de consultation* 95
Figure 30 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'horaire* 96
Figure 31 : *Répartition du degré d'urgence ressentie selon l'horaire de consultation pondérée* 97

Figure 32 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'âge* 98
Figure 33 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la distance* 99
Figure 34 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la durée d'évolution* 100
Figure 35 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'existence d'une consultation antérieure* 101
Figure 36 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'initiative de venue* 102
Figure 37 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la réalisation d'examens complémentaires* 103
Figure 38 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la classification CCMU* 104
Figure 39 : *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'orientation* 105
Figure 40 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'âge* 106
Figure 41 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon le sexe* 107
Figure 42 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la durée des symptômes* 108
Figure 43 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la durée des symptômes pondérée* 108
Figure 44 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la pathologie* 109
Figure 45 : *Réalisation d'examens complémentaires selon le motif de consultation pondérée* 110
Figure 46 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'horaire de consultation* 111
Figure 47 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'initiative de venue* 112
Figure 48 : *Répartition de l'orientation selon l'âge* 113
Figure 49 : *Répartition de l'orientation selon le sexe* 114
Figure 50 : *Répartition de l'orientation selon la durée d'évolution* 115
Figure 51 : *Répartition de l'orientation selon le motif de consultation* 116
Figure 52 : *Orientation selon le motif de consultation pondérée* 117
Figure 53 : *Répartition de l'orientation selon l'horaire de consultation* 118
Figure 54 : *Répartition de l'orientation selon l'initiative de venue* 119
Figure 55 : *Orientation selon l'adressage pondérée* 119
Figure 56 : *Suivi médical selon l'âge* 126

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : *Tableau récapitulatif des caractéristiques de la Moselle et de la Meurthe et Moselle*..... 63

Tableau 2 : *Caractéristiques utilisées pour définir le profil des patients* 75

Tableau 3 : *Comparaison des caractéristiques socio démographiques* 127

LISTE DES CARTES

Carte 1 : *Région Lorraine*..... 59

Carte 2 : *Sectorisation de la permanence des soins en Meurthe et Moselle jusqu'à minuit (A) et au-delà de minuit (B)* 64

Carte 3 : *Sectorisation de la garde médicale en Moselle* 65

ABREVIATIONS

ARS : agence régionales de santé

C15 : centre de régulation 15

CCAM : classification commune des actes médicaux

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

c.e : corps étranger

CHG : centre hospitalier général

CHR : centre hospitalier régional

CHU : centre hospitalier universitaire

CMU : couverture maladie universelle

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

CSG : contribution sociale généralisée

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ETP : équivalent temps plein

ETS : établissements de santé

IAO : infirmière d'accueil et d'orientation

IRM : imagerie par résonnance magnétique

MG : médecin généraliste

MSA : mutuelle sociale agricole

MT: médecin traitant

NPP : Numéro permanent du patient

ORL : oto-rhino-laryngologie

PCP : primary care Physician

PDS : permanence des soins

PMI : protection maternelle et infantile

RAD : retour à domicile

RSI : régime social des indépendants

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAU : service d'accueil des urgences

SAUP : service d'accueil des urgences pédiatrique

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

UP : urgences pédiatriques

URPS : union régionale des professionnels de santé

USA : Etats-Unis

INTRODUCTION

L'hôpital était jadis un lieu d'accueil pour les pauvres, les vieillards, les infirmes et les enfants abandonnés. Au fil des siècles, il est devenu un lieu de soins actifs et diversifiés. Les services d'urgences, dont le développement est survenu durant le second tiers du XXe siècle, ont accueilli une demande de soins croissante entrainant l'abrogation de la loi du 31 décembre 1970 (1) qui oblige le service public à accueillir toutes les urgences 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. La circulaire DH.DGS-90.326 du 15 février 1990 introduit par la suite la notion d'urgence *ressentie* dans la mission des services d'urgences. Dès lors, L'hôpital devient un lieu de consommation de soins, accessible à tous, à toute heure, la nécessité de recours étant laissée au libre arbitre du consultant.

Les urgences sont maintenant considérées par deux tiers des français comme un lieu où ils peuvent se faire soigner 24 heures sur 24 par des personnes qualifiées en toute sécurité (2).

Le rapport de la cour des Comptes de 2007 rapportait un nombre de passage en services d'urgences ayant doublé entre 1990 et 2004 (de 7 à 14 millions de passage par an), alors que les urgences au sens médical du terme représentent moins de 3% des motifs d'intervention (2). Les services d'urgences de pédiatrie ne sont pas épargnés par ce phénomène, et comptabilisent un nombre de passage moyen de 17500 par an (3).Ce travail propose d'étudier les motivations parentales et les trajectoires de recours aux urgences pédiatriques de l'hôpital Bel Air de Thionville. Quelles sont leurs caractéristiques ? Quelles raisons les amènent à consulter aux urgences ?

Dans un premier temps, nous effectuerons un rappel sur l'histoire de la médicalisation de l'enfance puis un état des lieux sur le système de santé et l'offre de soins, notamment pédiatrique, en France et dans la région Lorraine.

Dans un second temps, nous présenterons les résultats de notre étude réalisée du 26 mars 2012 au 25 avril 2012 au sein du service d'accueil des urgences pédiatriques de l'hôpital Bel-Air de Thionville. Cette enquête a permis de faire le point sur les caractéristiques sociodémographiques des consultants aux urgences pédiatriques ainsi que sur leurs motivations et sur le parcours de soins réalisé. Une partie médicale permet d'évaluer la prise en charge de chaque patient.

Enfin, nous nous attacherons à comparer les résultats de notre enquête à ceux retrouvés dans la littérature avant de conclure.

Première partie : Etat des lieux

I. Histoire de la médicalisation de la petite enfance

De nos jours, les sociétés occidentales subissent une médicalisation extrême de la petite enfance, jusque dans la vie quotidienne. Le médecin s'est imposé comme tiers entre la mère et l'enfant, comme partenaire de la prime éducation (4). L'enfant est quant à lui surinvesti d'affection, d'espoir, et donc d'inquiétude. Il doit grandir dans un climat favorable à son développement, toute erreur devenant un risque de trouble (5).
Il n'en a pas toujours été ainsi, en effet, l'enfant fut pendant longtemps le parent pauvre de la médecine, au mieux considéré comme un adulte en miniature, au pire dénué de tout intérêt médical.

L'histoire de la pédiatrie et des institutions destinées aux enfants malades est à ses débuts étroitement liée à celle de l'enfance abandonnée, car c'est dans ses établissements que sont apparues les prémices de la médecine infantile, en observant et étudiant ces enfants.
La prise en charge de l'enfance abandonnée, à partir du Moyen Age, et ses mutations successives ont permis l'évolution de la médecine infantile pour arriver au résultat d'aujourd'hui.

A. Le Moyen Age

Durant cette période de l'Histoire, la montée en puissance de l'Eglise catholique et son dogme entraine une reconsidération de l'enfant qui devient un être humain à part entière. Auparavant, les enfants abandonnés (exposés selon le terme consacré), mouraient ou étaient victimes de trafics ou d'esclavage. Les premières mesures charitables ont été mises en place suite au Concile d'Arles de 452 : ces enfants sont des enfants de Dieu et doivent donc être confiés aux Hôtel-Dieu (6). Les enfants étaient alors pris en charge avec les adultes.

B. Le XVIe siècle

Malgré des rappels réguliers de l'Etat, dont l'arrêt de 1546 qui rappelle d'envoyer les enfants exposés aux Hôtel-Dieu et enjoint les maîtres des hôpitaux à trouver des nourrices et de l'alimentation, le sort des enfants abandonnés reste globalement lamentable. Du reste, les conditions des Hôtel-Dieu ne sont pas enviables : les lits infestés de vermine abritent plusieurs enfants à la fois, les araignées, rats et souris pullulent dans les salles, et la contagion fait des ravages (6).

Compte tenu des conditions d'accueil déplorables des enfants exposés à l'Hôtel-Dieu, François Ier recommande en 1515 la création d'un service spécialisé. En 1534, Marguerite d'Angoulême, sœur de François Ier, fait aménager une maison pour recevoir les enfants dont les parents étaient morts à l'Hôtel-Dieu, baptisée la Maison des Enfants Rouges en raison de leur costume. Par ailleurs, suite aux recommandations du Roi, un arrêt du parlement de 1552 ordonne la création d'un espace réservé aux enfants à l'Hôtel-Dieu : la Couche (6).

C. Le XVIIe siècle

Ce siècle reste marqué par les initiatives de Vincent de Paul.

En 1638, Vincent de Paul, prêtre ayant déjà fondé plusieurs œuvres charitables, visite la maison de la Couche et est effaré des conditions de vie infligées aux petits : « des nourrissons jetés sur des grabats fétides et entassés les uns contre les autres mêlés à des cadavres ». Cela le décide à créer une nouvelle institution : les Enfants Trouvés. Cette maison est gérée par Vincent de Paul aidé par son Ordre des filles de la charité. Anne d'Autriche, sensibilisée au dessein de cette institution, obtient de Louis XIII une allocation de 12 000 livres pour les Enfants Trouvés. Un second hospice des Enfants Trouvés est créé au faubourg Saint Antoine pour les plus grands, seuls les touts petits étant acceptés aux Enfants Trouvés de l'hôtel-Dieu (6).

A l'époque, trois éléments de la prise en charge des enfants dans ces institutions sont des déterminants de leur éducation: la santé surveillée par le médecin, l'instruction dispensée par les éducateurs, et la formation morale et religieuse dispensée par les religieux travaillant au sein de l'institution (6).

Vincent de Paul est donc le précurseur de l'assistance publique puisque à l'origine de la filière d'aide à l'enfance en détresse sociale, et la Couche de l'Hôtel-Dieu est à l'origine de la filière hospitalière pour les enfants touchés par la maladie.
D'autres initiatives voient le jour durant ce siècle telle l'ouverture de l'hospice sainte Reine en 1652 réservé aux enfants teigneux. La prise en charge consiste en des soins par de la toile avec onguent de poix résineuse à changer tous les trois jours et en un arrachage des cheveux (6).

D. Le XVIIIe siècle

Au XVIIIe siècle, et malgré des déménagements successifs, l'hospice des Enfants Trouvés est trop étroit pour accueillir tous les petits nécessiteux. La Couche est donc transférée dans de nouveaux locaux en 1750. La Couche de la rue neuve notre Dame préfigure un hôpital d'enfant : il y avait une chambre des pouparts munie de 82 berceaux, 2 dortoirs, et des locaux d'isolement pour les malades. Il y existe également une infirmerie de médecine, et une de chirurgie. La mortalité y est de 30% en 1772, notamment suite aux problèmes d'allaitement artificiel, de muguet, de maladies infectieuses. Les enfants sont donc placés en nourrice dès que possible (6).

En 1789, la révolution modifie le parc hospitalier. Suite au décret du 22 décembre 1789, les établissements sont désormais gérés par les autorités municipales et non plus par les autorités ecclésiastiques (6).
L'état des lieux est catastrophique. Les enfants sont disséminés sur plusieurs sites : la Pitié, Bicêtre et la Salpetrière. A l'hospice de Bicêtre, qui joue également le rôle d'asile et de prison d'état, plusieurs centaines d'enfants scrofuleux, teigneux, dartreux, mongoliens, épileptiques, imbéciles... cohabitent dans des situations précaires. De même à l'hospice de la Salpetrière, les filles galeuses, teigneuses ou atteintes d'écrouelles sont à 4 ou 5 dans le même lit, cohabitant avec des folles, délinquantes, impotentes et vénériennes. Différentes mesures sont donc instituées : les établissements sont regroupés, les enfants et les adultes séparés, l'enseignement devient pratique et non plus religieux, les enfants abandonnés ou en détresse sont regroupés loin de l'influence pernicieuse des villes, et une surveillance plus accrue des nourrices de province est mise en place. Une nouvelle politique générale de soins et d'aide aux citoyens malades, infirmes et en difficulté sociale voit le jour (6).

E. Le XIXe siècle

Les vrais débuts de la médecine des enfants datent du XIXe siècle.

Suite à la création du conseil des hospices en 1801, l'hôpital devient le lieu d'accueil des malades curables, et l'hospice le lieu d'accueil des vieillards, indigents et handicapés. Le premier hôpital réservé aux enfants est créé (6).

En France, ce n'est qu'à la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle que le souci des médecins dépasse les seules questions de l'alimentation et des soins corporels. Une première avancée médicale a lieu grâce à trois médecins des Enfants Trouvés : Jean-Abraham Auvity, Charles-Louis Andry, et François Chaussier. Auvity établit que si le poids de naissance est inférieur à 3 kilogrammes, le pronostic est sombre et il faut en conséquence préserver le nouveau-né des courants d'air, et le nourrir au lait de femme. Andry impose des normes strictes d'hygiène, et effectue un contrôle médical de l'alimentation jusque-là laissé aux matrones. Chaussier réalise des travaux sur le muguet qui permirent l'invention du tube insufflateur laryngé, précurseur d'une réanimation néonatale (6).

A la même période, Jean Louis Baudelocque, obstétricien met au point des techniques d'accouchement avec forceps, les techniques de pubiotomie, symphiséotomie, césarienne (6). Jusque-là, la pratique de l'accouchement est surtout effectuée par des matrones qui réalisent encore couramment l'embryotomie qui consiste à dépecer l'enfant dans une tentative pour sauver la mère si l'accouchement se passe mal. Madame de Coudray décrit à ce sujet : « En cas d'accouchement où l'enfant présente le bras ou le coude, […] à force de fatiguer le bras on le meurtrit si considérablement que la matrice irritée le serre au point de ne plus laisser de ressources, que celle de le couper pour terminer l'accouchement : malheur qui n'est que trop commun dans les campagnes. »(7)

La grande époque de la médecine des tout petits est inaugurée par Jean François Baron, médecin des Enfants Trouvés dès 1810 : il effectue la visite des malades des infirmeries puis l'examen médical des entrants et enfin l'autopsie des corps des décédés. En 1821, le personnel médical est constitué d'un médecin, un chirurgien-chef, un chirurgien adjoint et deux internes (6).

Les examens systématiques conduisent à de nombreuses études réalisés entre 1820 et 1850. Charles Billard publie en 1828 le « Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle, fondées sur de nouvelles observations cliniques et d'anatomie pathologique », premier recueil de médecine infantile. Dans ce livre, il établit les éléments ayant une valeur pronostique sur l'avenir du nouveau-né : le poids, la taille, le cri, l'attitude générale, les mouvements respiratoires, l'aspect des

téguments, la couleur des muqueuses et les réflexes. Frederik Berg et David Gruby effectuent des travaux permettant la découverte des agents mycotiques responsables de la teigne et du muguet (6).

En 1862 a lieu le premier cours officiel de médecine des enfants à la faculté de médecine de Paris, en parallèle avec la création de la Chaire de clinique des maladies de l'enfant (6).

En 1867, Etienne Tarnier, chirurgien de la Maternité, applique l'antisepsie, d'abord au formol, puis au phénol et sublimé corrosif au mercure. Il met également au point une couveuse rudimentaire pour les prématurés et les nouveau-nés dont le poids de naissance est inférieur à 2500 grammes. Arguant que le faible poids de naissance est consécutif au travail dans les derniers instants de la grossesse, il obtient une législation permettant de mettre au repos les femmes enceintes des quartiers pauvres (6).
Au même moment, Adolphe Pinard ouvre la première consultation prénatale à la maternité de l'hôpital Lariboisière. Il prouve que le poids de naissance dépend entre autre de la durée de mise au repos préalable de la mère, par une étude où il retrouve une différence moyenne de 345 grammes entre les nouveau-nés dont la mère s'est arrêtée de travailler à trois mois du terme et les nouveau-nés dont la mère a travaillé jusqu'au terme. Il crée donc une maison d'accueil des filles-mères ne pouvant subvenir à leurs besoins dans les derniers mois de grossesse (6).

Mais la contagion persiste. En 1870 une description de l'hospitalisation aux enfants assistés relate :
« *Les nourrissons étaient placés côte à côte, les plus légèrement atteints à côté des plus malades. La même cuiller à peine essuyée servait à examiner toutes les gorges. Le même thermomètre vaguement nettoyé à un coin de tablier passait d'un rectum dans un autre. La literie n'était jamais désinfectée. Si l'enfant criait, on lui préparait une sucette. La religieuse avait à cette intention du biscuit écrasé dans une de ses poches, elle y plongeait une main rarement lavée, en retirait une pincée de miettes qu'elle plaçait dans un chiffon de toile à cataplasme dont elle faisait un cornet. Ce cornet était trempé dans un pot à confiture à demi rempli d'un julep gommeux exposé à tous les germes. La sucette était introduite dans la bouche de l'enfant qui tétait avidement, mais qu'absorbait-il ? Bientôt le muguet apparaissait, virulent, tenace, puis des vomissements, de la diarrhée. Le drame de l'athrepsie se déroulait... »*(6)
Mais les découvertes de Pasteur changent la situation. Il découvre le streptocoque en 1879 et Parrot, un de ses disciples, découvre le pneumocoque en 1881. Ce dernier introduit par la suite l'antisepsie aux enfants assistés, par l'intermédiaire de la désinfection quotidienne des salles et le lavage systématique des mains. Adolphe Jalaguier, premier chirurgien à pratiquer l'appendicectomie chez

l'enfant en 1884 est également un des pionniers de l'antisepsie per opératoire en utilisant la désinfection et des gants en caoutchouc (non encore stérilisés) (6).

Les traitements utilisés à la fin du XIXe siècle restent cependant limités. Les galeux sont traités par des pommades grasses riches en soufre, les teigneux par un onguent de poix résine enduit sur des calottes à poser sur les crânes rasés, les scrofuleux par des savons, emplâtres, toniques, tisanes diaphorétiques ou diurétiques. La pharmacopée regroupe des emplâtres, des tisanes, du laudanum, de la caroube, du quinquina, de la belladone, de la rhubarbe, de l'ipéca, de l'arnica, du camphre, des potions d'iodure de fer, du phosphate de calcium, de la magnésie, de l'eau de chaux et de l'huile de foie de morue. Le vin de banyuls et le rhum sont utilisés pour traités les diphtériques, les infectés et les convalescents. Les ventouses et les sangsues complètent cet arsenal thérapeutique (6).

La fin du XIXe siècle marque également les débuts de la vaccination et de la sérothérapie. Jacques Joseph Grancher est le premier à administrer le vaccin antirabique de Pasteur en 1885 aux Enfants Malades. Emile Roux, qui succède à Pasteur à l'institut, met au point avec Fernand Widal la vaccination anti typhoïde et élabore un sérum antidiphtérique testé en 1893 (6).

Cette période marque également le début de la chirurgie orthopédique grâce à Odilon Lannelongue et ses travaux sur le pied bot, l'ostéomyélite et la tuberculose vertébrale. François Calot, met en place une technique de traitement des gibbosités du mal de Pott à la fin du XIXe siècle qui consiste à effectuer une traction maximale sur les quatre membres de l'enfant anesthésié, pendant que le chirurgien effectue une pression maximale sur le dos jusqu'à entendre un craquement qui signe le désengagement des os, suite auquel on plâtre le rachis de l'enfant pour une durée de un an (6).

L'hôpital commence également à prendre la forme qu'on lui connait actuellement. Grancher fait installer aux Enfants Malades des laboratoires d'histo-anatomopathologie, de bactériologie, de chimie et de photographie afin de compléter la clinique par des examens de biologie ; Odilon Lannelongue est le premier à faire installer un appareil de radiographie en 1895 (6).

L'état propose en parallèle une politique de santé publique autoritaire. En 1874, la loi Roussel, première loi de protection de l'enfance, décrète l'organisation de visites à domicile de médecins inspecteurs afin d'éduquer les nourrices à la nouvelle puériculture (4). En 1877 est institué le « carnet de nourrice » dans lequel la surveillance du nourrisson doit être consignée et surveillée par les médecins inspecteurs (8).

Parallèlement à ces initiatives, s'ouvrent les consultations de nourrissons et les « Goutte de lait » du Dr Dufour, qui se propose de « lutter contre la mortalité des enfants du premier âge ». Rappelons qu'en 1891, les entérites sont responsables de 58% de la mortalité infantile (9). Il fournit aux mères du lait de vache pasteurisé et stérilisé distribué en panier métallique contenant autant de biberons que de tétées. Dans ces structures, une consultation de nourrisson est à disposition et on incite les mères à y faire suivre leur enfant, qui bénéficie d'un livret individuel à l'usage du médecin (8,9).

F. Le XXe siècle

En 1900, les nourrissons surveillés meurent deux fois moins que les autres (4). La médecine pastorienne prouve toute son efficacité. Des campagnes nationales sont mises en route pour une meilleure hygiène ; on encourage la surveillance régulière du bébé.

L'hôpital continue parallèlement son évolution. Du point de vue chirurgical, dans les années 20, Victor Emmanuel Veau pose les débuts de la chirurgie réparatrice des malformations maxillo-faciales complexes. En 1946, la première chirurgie de tétralogie de Fallot est réalisée en France par l'américain Alfred Blalock ; et en 1955, Charles Dubost réalisa la première chirurgie à cœur ouvert avec circulation extra corporelle. La première chirurgie de communication inter auriculaire est effectuée en 1957 par Jean Mathey (6).

Les pathologies hématologiques connaissent également un développement considérable, avec la première rémission d'une leucémie aigüe de l'enfant en 1947 suite au procédé de l'exsanguino-transfusion mis au point par Jean Bernard et Marcel Bessis. En 1980, Jean Bernard réitère en effectuant la première greffe de moelle osseuse réussie avec Jean Dausset (6).

Une autre grande révolution de prise en charge des enfants eut lieu à la suite de la deuxième guerre mondiale avec l'arrivée des antibiotiques permettant d'éradiquer des pathologies jusqu'alors condamnant à une issue fatale. Robert Debré, créateur de la pédiatrie moderne, publie la première statistique française en 1948 sur le traitement de la méningite tuberculeuse et de la tuberculose miliaire pulmonaire par antibiotiques : 43 survivants pour 93 cas de méningite tuberculeuse, et 15 survivants pour 31 cas de miliaire pulmonaire (6).

Le dernier tournant de la prise en charge des enfants a lieu en 1993, lorsque la Commission nationale de restructuration des urgences publie un rapport reconnaissant la spécificité des urgences pédiatriques (10). Les enfants représentent à l'époque environ 30% du total des urgences, et 70 à 80% d'entre eux ont moins de 5 ans (10). Il est alors conseillé de créer un dispositif d'accueil des urgences pédiatriques à chaque fois qu'existe au sein de l'hôpital un service de pédiatrie.

II. Etat des lieux de nos jours

A. Généralités sur le système de santé

Le système de santé français est à vocation universelle. Depuis 1945 et la création du régime général de la sécurité sociale, des lois successives ont permis l'extension de la protection au plus grand nombre, particulièrement depuis la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 (11).

Le système français est issu d'une mixité entre le modèle corporatiste Bismarckien et le modèle universaliste Beveredgien. Ainsi, il prévoit à la fois des régimes sociaux liés à une activité professionnelle, et une couverture santé pour l'ensemble de la population (11).

1. Principes généraux

En France, il existe une organisation pluraliste de l'offre de soins. Des acteurs publics et privés coexistent, y compris dans le secteur hospitalier qui regroupe les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif, et les établissements privés à but lucratif.

Le patient bénéficie de la liberté de choix, qu'il s'agisse du médecin, de l'établissement de santé, et ce dans le secteur public comme privé (11).

La prise en charge des frais de santé est assurée par une part publique et par une part privée. La part publique relève de l'assurance maladie qui rembourse soit le patient, soit directement le prestataire de soins s'il applique le principe du « tiers payant » (11). Cette prise en charge par l'assurance maladie recouvre 70% du tarif de la prestation au régime général et jusqu'à 100% dans le cadre d'une prise en charge au titre d'une affection longue durée ou pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C). La part privée correspond aux 30% du tarif restants à la charge du patient. Cette part privée peut cependant être prise en charge par des organismes complémentaires, les

mutuelles, auxquels cotisent les patients afin de bénéficier du remboursement intégral de leurs soins.
Le financement du système de santé se fait avant tout par les cotisations sociales issues des salaires et par un impôt prélevé sur tous les revenus : la contribution sociale généralisée (CSG) (11).
Le système est solidaire car chacun cotise selon ses revenus et non selon sa consommation ou son profil de risque (11).

2. Organisation et régulation du système de santé français

Le système de santé français est principalement piloté par les pouvoirs publics: l'Etat reste garant de la cohérence des mécanismes de prise en charge et de redistribution. Il assure avec l'assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS) la régulation de l'offre de soins (11).

L'Etat intervient dans la planification et l'organisation de l'offre sanitaire. Il assure la définition des politiques générales de santé publique, l'organisation et la supervision de l'ensemble du système de santé, la formation des professionnels de santé, le soutien financier aux investissements des établissements de santé (ETS), l'encadrement et la tutelle des organismes d'assurance maladie (11).

L'assurance maladie repose sur trois principes : égalité d'accès aux soins, solidarité et qualité des soins. La couverture s'étend à toutes les catégories socio-professionnelles, et aux populations les plus démunies grâce à la CMU. Les ayants droit, conjoint et enfants bénéficient de la couverture de l'assuré social.
Il existe différents régimes d'assurés sociaux :

- Le régime général géré par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui couvre plus de 89% de la population
- La mutualité sociale agricole (MSA) qui couvre environ 5.4% de la population
- Le régime social des indépendants (RSI) qui couvre environ 5.4% de la population

L'assurance maladie représente 30% des dépenses de la protection sociale en France (11). Les actes médicaux remboursés sont basés sur une échelle unique régie par la classification commune des actes médicaux (CCAM). Elle fixe le taux de prise en charge de chaque prestation et la part laissée à l'assuré : le ticket modérateur. De même, le forfait journalier hospitalier correspond au reste à

charge pour le patient lors d'une hospitalisation. A cela s'est ajoutée ces dernières années la franchise médicale, forfaitaire, dont le plafond est fixé à 50 euros annuels (11).

Les agences régionales de santé (ARS) « rassemblent au niveau régional les ressources de l'Etat et de l'assurance maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé. » (12). Elles « ont pour mission d'assurer, à l'échelle régionale, le pilotage d'ensemble du système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population. » (13).

3. Offre de soins libérale

Le domaine de la santé libérale emploie 8% de la population active française, toutes disciplines confondues (11). Près de 60% des praticiens en activité inscrits au tableau de l'ordre exercent la médecine en ambulatoire. Ils sont rémunérés à l'acte dans le cadre de conventions conclues entre les syndicats et la caisse nationale d'assurance maladie.
Différents secteurs tarifaires cohabitent :

- Le secteur à honoraires opposables (secteur 1) : le médecin s'engage à respecter le tarif réglementé et s'interdit tout dépassement d'honoraires. Les caisses d'assurance maladie financent en contrepartie près des deux tiers de leurs cotisations sociales. Quatre-vingt-onze pour cent des généralistes et 62% des spécialistes sont en secteur 1
- Le secteur à honoraires différents (secteur 2) : le médecin conventionné pratique des tarifs libres. L'assurance maladie ne rembourse le patient que sur la base du tarif conventionnel. Ce secteur regroupe 38% des spécialistes
- Le secteur hors convention (secteur 3) : le médecin exerce hors convention

Le financement des soins de ville (honoraires, prescriptions, indemnisations d'arrêts de travail) représente 47% des dépenses d'assurance maladie (11).

4. Offre de soins hospitalière

Le secteur hospitalier se compose de 2877 ETS, et a une capacité d'environ 448 500 lits d'hospitalisation (11).

Les 1006 ETS publics regroupent 65% des lits des hôpitaux (291 483 lits). Ils assurent une mission d'intérêt général et sont rattachés à une collectivité territoriale. Ils bénéficient d'une autonomie de gestion juridique et financière, ils restent sous le contrôle de l'Etat. Parmi eux, on distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) des centres hospitaliers généraux (CHG) et hôpitaux locaux qui sont financés de la même façon mais dont le périmètre d'action diffère (11).
Les CHR regroupent 31 ETS ; ils disposent d'un plateau technique performant qui leur permet de dispenser des soins spécialisés. Ils assurent les soins courants de la population locale et font fonction de recours pour les autres ETS de la région. Les CHR représentent 35% de l'activité du secteur public hospitalier (80 000 lits, 200 sites hospitaliers). Parmi eux existent des CHR universitaires (CHU), au nombre de 29 sur la France, qui assurent en plus une mission d'enseignement et de recherche (11).
Les CHG regroupent 611 ETS. Ils représentent plus de la moitié des lits d'hospitalisation (160 000 lits). Ils sont les pivots d'un territoire, prenant en charge la population locale (11).
Les hôpitaux locaux regroupent 346 ETS. Ils représentent un tiers du parc hospitalier (21 600 lits) et dispensent des soins de proximité et les activités de moyens et de longs séjours (11).

Les ETS privés sont au nombre de 1871 établissements, regroupant 157 000 lits, et sont régis par deux statuts.
Les ETS privés à but lucratif regroupent 1067 structures. Ils comptent 94 000 lits. Les praticiens y exercent une activité libérale, mais ces ETS sont soumis au système d'autorisation préalable des pouvoirs publics puisqu'ils doivent répondre aux objectifs sanitaires d'un territoire (11).
Les ETS privés à but non lucratif regroupent 804 structures. Ils comptent 51 000 lits. Ils assurent une prise en charge globale des malades. Ils bénéficient d'une autonomie de gestion mais suivent un mode de financement semblable aux hôpitaux publics et obéissent aux mêmes obligations de prise en charge des patients (11).

5. Le point de vue des Français

Selon un sondage IPSOS d'avril 2011, 89% des Français interrogés pensent que le système de santé offre des soins de qualité, 75% d'entre eux pensent qu'il permet à chacun d'accéder facilement à un médecin ou un hôpital près de chez soi. Soixante-quatorze pour cent des répondants se disent proches d'une structure d'accueil des urgences, et 92% se disent proches de leur médecin traitant. Quatre-vingt-quinze pour cent d'entre eux pensent que l'hôpital est accessible à tous, et 84% pensent qu'il assure une bonne qualité de soins. Seulement 50% de l'échantillon pense que le système de santé offre des soins financièrement accessibles à tous, et 39% des personnes disent renoncer à des soins en raison de leur coût (14).

B. Offre médicale en France

1. Permanence des soins

Selon le rapport du sénateur Charles Descours du 22 janvier 2003, « la permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. »(15)

Elle concerne les médecins libéraux sur la base du volontariat et les centres de santé en coordination avec les hôpitaux (15) : « Les médecins d'un secteur établissent sur la base du volontariat une liste de médecins de garde. Cette liste est transmise au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, qui la valide et la transmet aux CODAMUPS, Centre 15, organismes d'assurance-maladie et autres instances concernées. »

La permanence des soins (PDS) est régulée par les comités départementaux de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins (CODAMUPS). « Le centre de régulation au sein duquel les régulateurs libéraux et hospitaliers travaillent ensemble est situé dans l'établissement de santé, siège du Centre 15. Les modalités de collaboration doivent faire l'objet

d'une convention garantissant aux praticiens hospitaliers et aux permanenciers hospitaliers le maintien de leur statut, aux praticiens libéraux le respect de leur autonomie et pour la structure des règles de fonctionnement clairement définies. » (15).

La circulaire 195 du 16 avril 2003 recommande une meilleure articulation entre l'offre de soins en ville et celle des urgences. Elle rappelle que la permanence des soins en médecine ambulatoire permet de répondre «par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. » (16). Les services d'urgences quant à eux « ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir» (16). La vocation des services d'accueil d'urgences est donc de dispenser des soins urgents et non pas d'assurer la prise en charge des consultations non programmées.

Dans les faits, d'après le rapport de la cour des Comptes de 2007 (2), la PDS est fondée sur la participation volontaire aux gardes des médecins libéraux qui exerceraient de 20h00 à 8h00 les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Le découpage en secteurs, dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques et de l'offre de soins, est arrêté par le préfet. L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable. Cependant, la participation des médecins libéraux est évaluée à 70%. La taille des secteurs et le nombre de médecins participant par secteur est variable et certaines zones se retrouvent sans couverture médicale après minuit, voire sans couverture médicale libérale quelle que soit l'heure.

2. Les urgences

D'après le rapport de la Cour des Comptes de 2007, le nombre de passage en service d'urgences a doublé entre 1990 et 2004, il est passé de 7 à 14 millions de passages par an. On note un ralentissement de la croissance de l'activité: elle était de 5.8% entre 1996 et 1999, 4.5% entre 1999 et 2002, 2.8% en 2003 et 0.4% en 2004 (2).

Du point de vue pédiatrique, le quart des patients consultant aux urgences a moins de 15 ans, le taux de recours le plus élevé étant pour les nourrissons de moins de 1 an, de l'ordre de 48% (2).
Les patients se présentant dans ces structures sont en général atteints de pathologie de faible gravité: l'urgence vraie représente moins de 3% des motifs d'interventions. Soixante-dix pour cent des usagers se présentent sans contact médical préalable, 20% des patients sont hospitalisés après leur passage, 16% des usagers bénéficient d'une consultation simple, et 65% bénéficient d'examens complémentaires (2). Les patients expliquent leur venue aux urgences à 47% pour des raisons de proximité de la structure, à 44% par le besoin d'examen ou d'avis spécialisé, à 38% par une exigence de rapidité, à 32% par une perspective d'hospitalisation (2).
En parallèle, le conseil national de l'ordre des médecins explique que cet accroissement de la demande de soins résulte de modifications du comportement de l'usager vers un consumérisme et une exigence grandissante : « les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toute heure pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence » (17).
Les deux hypothèses pour expliquer cet accroissement de recours aux services d'urgences sont donc l'évolution consumériste et l'insuffisance de l'offre libérale (17–19).

Avant toute chose, il est nécessaire de clarifier la notion d'urgence. Cette notion, définie dans le Larousse par « ce qui ne peut être différé», varie selon le point de vue. Le médecin urgentiste considère une urgence comme un problème avant tout vital, le médecin généraliste comme un soin non programmé interrompant son activité, et le patient comme un problème nécessitant une rapidité d'intervention. Dans son cas, la notion de gravité n'est pas forcément au premier plan et la préoccupation première reste le besoin d'une prise en charge rapide (17).
La notion *d'urgence ressentie* est apparue afin d'expliquer ce besoin de prise en charge rapide en l'absence d'urgence au sens médical du terme. L'urgence est alors l'expression d'une inquiétude liée à des incertitudes ou risques que l'on ne parvient pas à évaluer sereinement, générant une angoisse (19). La prise de décision est la plupart du temps effectuée de son propre chef, dans l'heure qui suit le problème ressenti comme très urgent (17).

C. Le cas de la pédiatrie

1. Cadre légal

La prise en charge des urgences pédiatriques est définie par le décret du 23 mai 2006. Celui-ci précise les modalités applicables.

Selon l'article R6123-1, « lorsqu'un établissement de santé est autorisé à prendre en charge des patients relevant de la médecine d'urgence, celle-ci peut s'effectuer dans la structure des urgences ou dans celle des urgences pédiatriques.(20)

Si la prise en charge des enfants n'a pas lieu dans une structure des urgences pédiatriques (article 6123-32-7), elle est organisée en collaboration avec une structure de pédiatrie située ou non dans l'établissement autorisé à la faire fonctionner, et lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés (21).

Lorsque la prise en charge des enfants s'effectue au sein d'urgences pédiatriques (article 6124-26), la permanence médicale peut être assurée par les médecins de la structure de pédiatrie. Cette prise en charge est placée sous la responsabilité d'un pédiatre ou d'un médecin urgentiste justifiant d'une expérience en pédiatrie. Les médecins exerçant au sein de la structure des urgences pédiatriques justifient d'un titre ou d'une qualification en pédiatrie ou en chirurgie infantile. Cependant, tout médecin justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins six mois en pédiatrie peut également participer au fonctionnement de la structure des urgences pédiatriques (22).

2. Organisation des urgences pédiatriques en France

La consultation pédiatrique représente 25 à 30% des urgences hospitalières. Le nombre moyen de passages est de 20 200 +/- 10 600 enfants par an (23). Le nombre annuel de passages est actuellement marqué par un léger ralentissement après plusieurs années de hausse soutenue ; l'augmentation moyenne actuelle est de 4% par an entre 1996 et 2010, même si le recours a diminué de 0.4% entre 2009 et 2010 (3). Pourtant, seulement 17% des structures des urgences et 8% des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont autorisés en pédiatrie (3).

La couverture médicale est en moyenne de 4 médecins équivalent temps plein (ETP) se répartissant en 75% de pédiatres, 9% d'urgentistes, 12% de généralistes et 4% de chirurgiens. Les praticiens hospitaliers sont 53%, les praticiens contractuels sont 12% et les praticiens attachés 22%. Vingt-quatre pour cent des services d'accueil d'urgences pédiatriques (SAUP) n'ont pas de médecin senior sur place après minuit dont 21% des CHU. Le nombre moyen de seniors participant à la garde est de douze ; 76% effectuent une garde complète, 11% une demi garde jusqu'à minuit suivie d'une astreinte, 6% une demi garde sans astreinte, 6% une astreinte seule. La liste de garde complète comprend à 98% au moins un pédiatre, à 39% au moins un généraliste et à 35% au moins un urgentiste. Les internes sont en moyenne au nombre de 4 ; 85% des SAUP ont au moins un interne, 60% au moins un interne de pédiatrie et 84% au moins un interne de médecine générale. La liste des internes de garde comprend à 88% au moins un interne de pédiatrie et à 94% au moins un interne de médecine générale (23).

Les locaux sont partagés avec d'autres services dans 47% des cas en centre hospitalier et 9% des cas en CHU. En cas de partage, 68% sont dans les locaux des services d'accueil des urgences adultes (SAU) et 21% dans des locaux conjoints avec l'hospitalisation de jour (23).

Il existe une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dans 48% des urgences pédiatriques (UP). Ces unités sont contiguës aux urgences dans 69% des cas, à proximité dans 28% des cas (23).

3. Difficultés des soignants

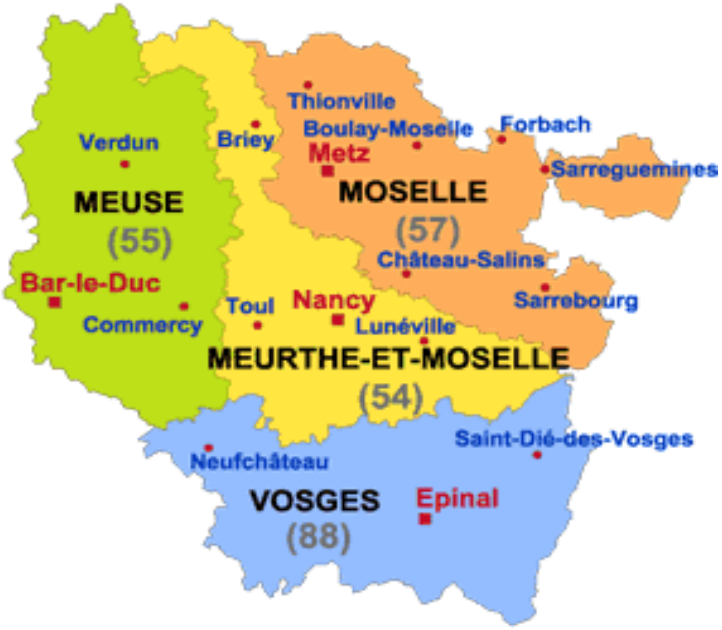
Aux urgences pédiatriques, le soignant est confronté à plusieurs difficultés.

En premier lieu, la charge de travail devient de plus en plus importante, au point que selon une étude américaine par auto questionnaire, seulement 22% des médecins interrogés croyaient pouvoir encore exercer l'urgence pédiatrique après 50 ans (24). L'association d'épidémies et de consumérisme médical entraine le surmenage des équipes, et donc augmente le risque d'erreurs médicales et de plaintes (25). Une étude française recensant les motifs de stress dans l'exercice en services d'urgences pédiatriques évoque le trop grand nombre de malades, les périodes de travail trop longues, la crainte de commettre des erreurs, majorée par les perturbations des efforts de concentration par des sollicitations multiples, et les difficultés relationnelles avec les patients et leurs familles (26).

Le soignant doit effectivement s'insérer dans un système de relation parent-enfant qui s'est développé avant lui, particulièrement avant 5 mois, période où le bébé est dans une forte symbiose avec la mère. Le cercle familial est régulé par un courant émotionnel, où les difficultés de l'enfant sont aussi celles des parents (27).

III. Présentation de la région lorraine

La Lorraine est une région du Nord-Est de la France d'une superficie de 23547km². Elle est limitrophe de l'Alsace, de la Champagne-Ardenne, de la Franche-Comté, de la Belgique et du Luxembourg. Elle est divisée en quatre départements : La Meurthe-et-Moselle, la Moselle, la Meuse et les Vosges.



Carte 1 : *Région Lorraine*

La région compte 2.348.384 habitants soit une densité de 100 habitants/km² (28), 33.6% des habitants étant concentrés dans les 3 plus grandes villes (Nancy, Metz et Thionville) (29). Il y a 38 zones urbaines considérées comme sensibles, ce qui représente 6,2% de la population (29).
En 2009, le revenu fiscal médian par unité de consommation est de 16742€, le taux de chômage est de 9,9%, le taux de pauvreté de 13,9% (29). Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont 129.763 soit 5,5% de la population (28).

Cette même année on a dénombré 26.692 naissances. Le taux de natalité est de 11.4‰, le taux de fécondité de 49.5‰, le taux de mortalité infantile de 4 ‰, et le taux de mortalité périnatale de 12.7‰ (28).

Les jeunes de moins de 20 ans représentent 561.017 habitants (23.89%). Parmi eux, les 0-4 ans sont au nombre de 134.490 (5.73%), les 5-9 ans sont 138.205 (5.88%) et les 10-14 ans sont 137.498 (5.85%) (28).

Les établissements de santé sont composés de 50 hôpitaux publics et 92 hôpitaux privés.
Parmi les hôpitaux publics, on dénombre 2 CHR-CHU, 23 CHG, 7 centres hospitaliers spécialisés, et 15 hôpitaux locaux (28).
Parmi les hôpitaux privés, on dénombre 34 établissements d'hospitalisation de courte durée, 3 établissements spécialisés dans les maladies mentales, 22 établissements de soins de suite et réadaptation et 11 unités de soins de longue durée (28).
Le taux de passage aux urgences est inférieur à 19,7 pour 100 habitants. Les urgences pédiatriques absorbent en moyenne 28.000 passages par an (30).

A. Département de la Moselle

La Moselle a une superficie de 6216 km². Sa population globale est de 1.043.581 habitants, et sa densité est de 168 habitants/km² en 2009, dont 60,1 habitants/km² vivent en pôle urbain en 2009 (28).
Cette même année on a dénombré 11.831 naissances. Le taux de natalité est de 11.3‰, le taux de fécondité de 48.6‰, le taux de mortalité infantile de 4‰ et le taux de mortalité périnatale de 12.3‰ (28).
Les jeunes de moins de 20 ans représentent 244.860 habitants (23.46%). Parmi eux, les 0-4 ans sont au nombre de 59.879 (5.74%), les 5-9 ans sont 59.842 (5.73%) et les 10-14 ans sont 60.326 (5.78%) (28). Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont 49.649 soit 4.8% de la population(28).

Les établissements de santé sont composés de 13 hôpitaux publics et 43 hôpitaux privés.
Parmi les hôpitaux publics, on dénombre 1 CHR, 7 CHG, 3 centres hospitaliers spécialisés, et 1 hôpital local (28).
Parmi les hôpitaux privés, on dénombre 19 établissements d'hospitalisation de courte durée, 3 établissements spécialisés dans les maladies mentales, 7 établissements de soins de suite et réadaptation et 7 unités de soins de longue durée (28).

Le nombre global de passages aux services d'accueil des urgences s'élève à 243.178 passages en 2010. Pour le CHR Metz-Thionville, le nombre de passages aux urgences adultes en 2011 est de 68.586 et de 24.974 aux urgences pédiatriques, les 2 sites confondus (31). En 2012, le nombre de passages aux urgences pédiatriques de Thionville était de 15185.
En 2010, on dénombre 1425 médecins généralistes dont 1007 médecins libéraux soit une densité de 96 médecins généralistes pour 100.000 habitants. Il est également recensé 39 pédiatres libéraux et 46 pédiatres salariés sur le département (28).

Le département de la Moselle bénéficie d'une spécificité de régime assurantiel. Le régime local de l'assurance maladie rembourse 90% des frais de santé engagés, ne laissant que 10% à la charge du malade, et 100% dans le cas de frais d'hospitalisation et de frais de transport. Pour bénéficier du régime local, il faut être salarié en Moselle quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, ou salarié d'une entreprise ayant son siège social en Moselle et exerçant une activité itinérante dans d'autres départements. Cependant, cette majoration du taux de remboursement se traduit également par une majoration des cotisations sociales de 1.5% (32).

B. Département de la Meurthe-et-Moselle

La Meurthe et Moselle a une superficie de 5246 km². Sa population globale est de 730.961 habitants, et sa densité est de 139 habitants/km² en 2009, dont 65,1 habitants/km² vivent en pôle urbain en 2009 (28).
Cette même année on a dénombré 8.487 naissances. Le taux de natalité est de 11.6‰, le taux de fécondité de 48.8‰, le taux de mortalité infantile de 3,9‰ et le taux de mortalité périnatale de 13.5‰ (28).
Les jeunes de moins de 20 ans représentent 179.193 habitants (24.5%). Parmi eux, les 0-4 ans sont au nombre de 42.138 (5.76%), les 5-9 ans sont 42.853 (5.86%) et les 10-14 ans sont 42.016 (5.75%) (28).
Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont 46.047 soit 6.3% de la population (28).

Les établissements de santé sont composés de 12 hôpitaux publics et 34 hôpitaux privés.

Parmi les hôpitaux publics, on dénombre 1 CHU, 5 CHG, 3 centres hospitaliers spécialisés, et 3 hôpitaux locaux (28).
Parmi les hôpitaux privés, on dénombre 11 établissements d'hospitalisation de courte durée, aucun établissements spécialisés dans les maladies mentales, 12 établissements de soins de suite et réadaptation et 4 unités de soins de longue durée (28).

En 2010, on dénombre 1271 médecins généralistes dont 870 médecins libéraux soit une densité de 119 médecins généralistes pour 100.000 habitants. Il est également recensé 43 pédiatres libéraux et 77 pédiatres salariés sur le département (28).

	Moselle	Meurthe et Moselle
population totale	1043581	730961
densité (habitants/km²)	168	139
taux de natalité	11,3‰	11,6‰
taux de fécondité	48,6‰	48,8‰
taux de mortalité infantile	4‰	3,9‰
taux de mortalité périnatale	12,3‰	13,5‰
population de moins de 20 ans	23,46%	24,50%
0-4 ans	5,74%	5,76%
5-9 ans	5,73%	5,86%
10-14 ans	5,78%	5,75%
CMU complémentaire	4,80%	6,30%
hôpitaux publics	13	12
hôpitaux privés	43	34
médecins généralistes libéraux	1007	870
densité médecins généralistes pour 100000 habitants	96	119
pédiatres libéraux	39	43
pédiatres salariés	46	77

Tableau 1 : *Tableau récapitulatif des caractéristiques de la Moselle et de la Meurthe et Moselle*

C. Permanence des soins en Lorraine

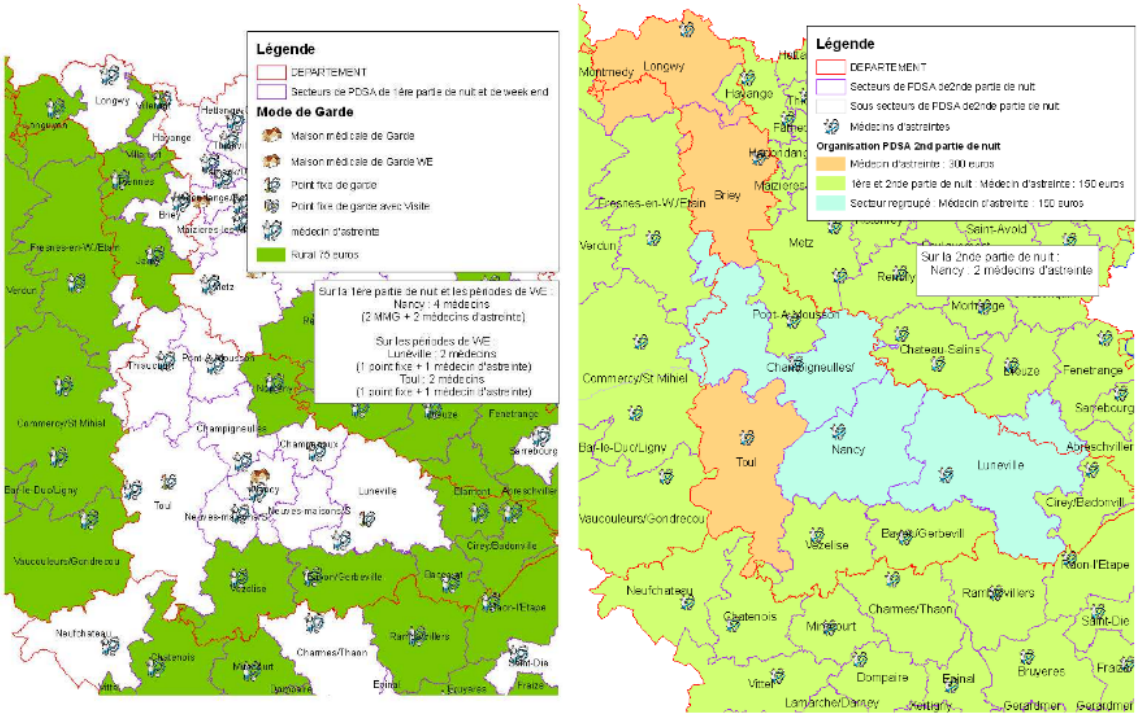
En Lorraine, la permanence des soins s'effectue selon deux modalités : la régulation libérale et la régulation du centre 15. Selon l'agence régionale de santé, la régulation libérale est active du lundi au vendredi à partir de 20h00, le samedi à partir de 12h00 et les dimanches et jours fériés. Il existe un numéro d'appel unique Médigarde, le 0820332020. Le médecin régulateur peut orienter vers le médecin de garde du secteur, vers une maison médicale de garde (3 sur la région), ou vers le centre 15 s'il faut déclencher des moyens plus lourds. En dehors des heures de permanence des soins en ambulatoire, l'appel est automatiquement basculé vers le centre 15 (33).

La régulation du centre 15 est en théorie réservée aux détresses vitales.

La pharmacie de garde est également accessible via un numéro unique, le 3237.

1. Sectorisation de la garde libérale en Meurthe-et-Moselle (33)

La garde libérale en Meurthe et Moselle est définie en secteurs différents selon que l'on soit avant ou après minuit. Des secteurs sont regroupés au-delà de minuit pour créer de plus grandes zones de garde. Tous les secteurs bénéficient d'une garde libérale.

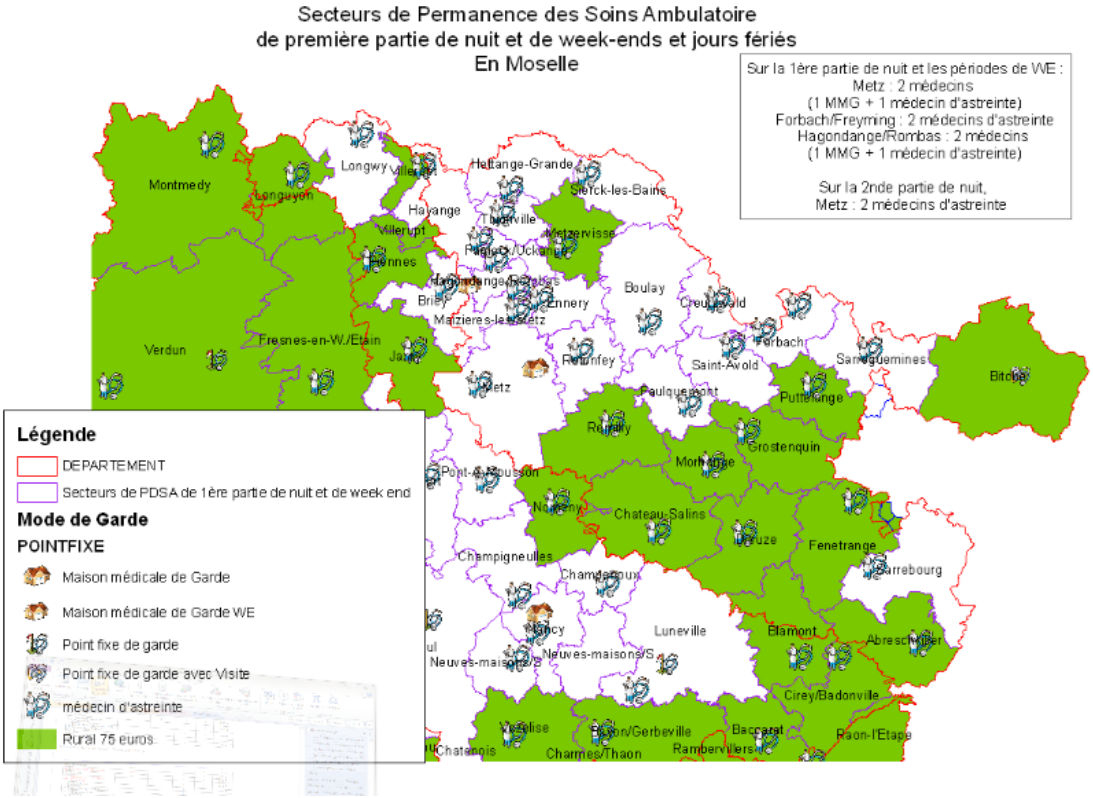


A *B*

Carte 2 : *Sectorisation de la permanence des soins en Meurthe et Moselle jusqu'à minuit (A) et au-delà de minuit (B)*

2. Sectorisation de la garde libérale en Moselle (33)

En Moselle, les secteurs de garde sont identiques avant ou après minuit. De même, tous les secteurs du département bénéficient d'une garde libérale.



Carte 3 : *Sectorisation de la garde médicale en Moselle*

Deuxième partie : Enquête

I. Matériel et Méthodes

A. Objectifs

L'enquête s'est intéressée aux motivations des parents à l'origine de leur recours aux urgences pédiatriques.

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective par questionnaire auto-administré réalisée au sein de la structure d'urgences pédiatriques (UP) du service d'accueil des urgences de l'hôpital Bel Air de Thionville, faisant partie du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville.

C. Structure des urgences pédiatriques de Thionville

Le CHR de Metz-Thionville est divisé en plusieurs structures dont l'hôpital Bel Air situé à Thionville. L'étude a été réalisée au sein des urgences pédiatriques de cette structure.

Elles font partie du pôle « urgences ». Il s'agit d'un établissement de niveau 2.

Les urgences pédiatriques prennent en charge les enfants de la sortie de maternité à 16 ans. La pathologie traumatologique est prise en charge par les urgentistes adultes, raison pour laquelle toute cette partie a été exclue de notre étude.

Les urgences pédiatriques de Thionville bénéficient d'un circuit pédiatrique individualisé ainsi que de locaux dédiés séparés des urgences adultes tout en étant côte à côte.

Elles sont constituées de 3 boxes d'examen de médecine, 1 box d'examen de traumatologie, 1 box de suture et 1 salle de soins intensifs. Il y a également 3 salles d'attente : 1 pour les patients non vus, 1 pour les patients vus en traumatologie, et 1 pour les patients vus en médecine en attente de résultats.
Conjointement à la structure des urgences, il existe une structure d'UHCD pédiatrique de 5 lits dans les mêmes locaux et dont le fonctionnement est assuré par la même équipe médicale et paramédicale que les urgences pédiatriques.

L'équipe médicale gérant l'UHCD et les urgences est constituée par deux internes de 9h00 à 23h00, puis un interne de 23h00 à 9h00 du matin. Un senior est présent sur site de 9h00 à 18h30, et joignable par téléphone selon un procédé d'astreinte le reste du temps en semaine. Le weekend, le senior est présent de 9h00 à 12h00 et de 16h00 à 18h00.
L'équipe paramédicale gérant l'UHCD et les urgences est composée de deux infirmières et d'une auxiliaire de puériculture de 6h30 à 13h30, de deux infirmières et deux auxiliaires de puériculture de 12h30 à 20h, et de deux infirmières et une auxiliaire de puériculture de 19h45 à 6h15. Les infirmières peuvent être puéricultrices ou non. Le personnel paramédical gère à la fois l'UHCD, les urgences médicales et les urgences traumatologiques.

A l'arrivée aux urgences, les patients passent en premier lieu par l'accueil administratif afin de créer le dossier. Ils sont ensuite accueillis à l'entrée des urgences pédiatriques par une auxiliaire de puériculture ou une infirmière qui recueille le motif de venue, les premiers éléments d'anamnèse, la température, la saturation et la fréquence cardiaque. Si un box est libre, le patient est directement installé, sinon il attend dans la salle d'attente principale. La personne effectuant l'accueil du patient est différente selon les disponibilités, chaque membre de l'équipe paramédicale peut s'acquitter de cette tâche et donc effectuer la priorisation du patient. Si besoin, un traitement antalgique ou antipyrétique peut être immédiatement administré par l'infirmière après accord médical selon les protocoles de dose en fonction du poids.
Les patients en salle d'attente sont installés selon l'ordre de priorisation effectué par le personnel paramédical qui les a accueillis.
Une fois le patient installé dans un box, il est tout d'abord pris en charge par l'équipe paramédicale qui recueille les constantes (pression artérielle, poids et taille). Ensuite, le patient est examiné par un interne ou par un médecin senior. Ce dernier décide de l'administration de thérapeutique, de la réalisation d'examens complémentaires ou du retour à domicile.

Si des examens complémentaires sont prescrits, les patients attendent les résultats en salle d'attente de médecine « vus » afin de libérer un box si besoin.
La décision de prise en charge, que ce soit au niveau des examens complémentaires, de la décision d'hospitalisation ou du retour à domicile, n'incombe pas obligatoirement à un médecin senior. L'interne peut prendre la décision par lui-même, notamment lors de l'absence de médecin senior sur site. Il dispose pour cela de référentiels sur les critères d'hospitalisation, et, en cas de doute, peut en référer au médecin d'astreinte.

Le patient bénéficie d'un dossier informatisé avec un numéro NPP unique qui permet de regrouper tous les anciens dossiers de passage aux urgences. Le logiciel utilisé est Résurgences.
Le service de radiologie se situe à l'étage supérieur et dispose d'appareils de radiologie standard, scanner, échographie et IRM. Les clichés sont numériques et directement intégrés au dossier patient informatique. Un radiologue est présent jusqu'à minuit sur place pour effectuer et interpréter après discussion les actes d'échographie, de scanner et d'IRM. La réalisation de radiologie standard ne nécessite pas l'accord préalable du radiologue d'astreinte, et ne bénéficie pas d'une interprétation immédiate.
Au-delà de minuit, il existe une astreinte téléphonique auprès d'un radiologue d'astreinte.
Les actes de biologies sont disponibles sur le site de Bel Air à toute heure. Les résultats sont comme les radiologies directement intégrés et consultables dans le dossier patient informatique.

D. Population étudiée

Le questionnaire a été distribué à tous les parents se présentant aux UP. Les critères d'exclusion comprenaient le refus de réponse des parents, toute la pathologie traumatologique, et l'incapacité à lire le français. En raison du fonctionnement local des urgences, les patients nécessitant une prise en charge médicale immédiate du fait d'une urgence vitale ont également été exclus puisqu'ils sont gérés par les urgences adultes, et de ce fait, ne se présentent pas aux urgences pédiatriques.

E. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée du 26 mars 2012 au 25 avril 2012. Cette période a inclus la période des vacances de Pâques (du 7 avril au 23 avril 2012). De plus, comme l'enquête s'est déroulée en Moselle, il est à noter un jour férié supplémentaire, le vendredi 6 avril 2012 (vendredi Saint).
Les patients étaient considérés comme consultant le week-end s'ils se présentaient entre le samedi à midi et le lundi à 8 heures.
Le questionnaire était distribué à l'accueil par l'infirmière ou l'auxiliaire de puériculture prenant en charge le patient, et récupéré par le médecin à la fin de la prise en charge. Il s'agissait d'un questionnaire à choix simple ou multiples. Il n'était pas prévu d'espace pour les commentaires libres (Annexe 4).

F. Méthodologie de l'étude

Les données ont été recueillies dans le logiciel Microsoft Excel. L'analyse statistique été effectuée par le logiciel Microsoft Excel et le logiciel R studio.

G. Données exploitées

Les informations fournies par le questionnaire ont permis d'étudier trois grands thèmes.

Les caractéristiques générales de la population

- *Date de naissance et sexe de l'enfant*
- *Code postal du lieu de résidence :* Ce code postal était entré dans www.viamichelin.fr afin de calculer la distance entre l'habitation et l'hôpital. Lorsque le même code postal était attribué à plusieurs communes, une moyenne des distances était effectuée.
- *Protection sociale*
- *Statut professionnel de chaque parent*
- *Suivi médical habituel*

1. Les caractéristiques générales de la consultation

- *Date et heure d'arrivée :* ces données ont permis de classer les consultants selon les heures ouvrées de médecine ambulatoire.
- *Motif de consultation :* Le motif recueilli était celui que les parents présentaient lors de leur accueil par l'équipe paramédicale
- *Durée des symptômes*
- *Existence d'une consultation antérieure :* il était demandé si les patients avaient déjà consulté pour le même motif. Les consultations téléphoniques n'étaient pas prises en compte.
- *Initiative :* Les parents devaient dire s'ils étaient venus par leur propre décision ou adressés par un médecin. Selon la réponse, ils pouvaient choisir plusieurs items expliquant pourquoi ils étaient venus de leur propre initiative ou, s'ils étaient adressés, qui les avaient envoyés aux urgences.

- *Recours aux services de garde :* Lors d'une consultation ayant lieu entre 18h30 et 8h00 du matin ou le weekend de 12h00 le samedi à 8h00 le lundi matin ou un jour férié, il était demandé si les parents avaient eu recours à un service de garde et selon quelles modalités.
- *Sensation du degré d'urgence :* Les parents devaient estimer si leur motif de recours relevait d'une urgence vitale, d'un problème très urgent, ou d'un problème dont la prise en charge pouvait attendre quelques heures

2. Finalité de la consultation

- *Examens complémentaires :* Le médecin ayant pris en charge l'enfant devait indiquer s'il avait eu recours à des examens complémentaires. Il n'a pas été fait de différenciation entre les examens biologiques et radiologiques, le but étant de savoir s'il y avait eu recours au plateau technique.
- *Classification CCMU :* La classification était réalisée par le médecin au final de la consultation. La cotation CCMU1 était réservée aux patients ayant bénéficié uniquement d'une consultation simple. La cotation CCMU2 était appliquée dès la réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques. La réalisation d'un aérosol ou la distribution de paracétamol ou de soluté de réhydratation entrainait donc une cotation CCMU2 (Annexe 3).
- *Orientation au terme de la consultation* : L'orientation pouvait être le retour à domicile, l'hospitalisation en secteur, l'hospitalisation en UHCD ou le transfert vers un autre service.

II. Résultats

A. Caractéristiques générales de la population étudiée

Le profil des patients ayant participé à l'enquête a été dressé à partir des caractéristiques présentées dans le tableau si dessous.

1	Sexe
2	Age
3	Protection sociale
4	Activité professionnelle paternelle et maternelle
5	Suivi médical habituel
6	Distance entre le domicile et l'hôpital

Tableau 2 : *Caractéristiques utilisées pour définir le profil des patients*

1. Sexe

La population étudiée est composée de 240 patients. On note une prépondérance des consultations pour garçons.

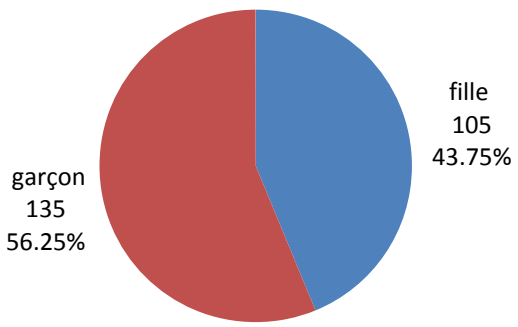


Figure 1 : *Répartition du sexe des enfants ayant participé à l'enquête*

2. Age

L'âge moyen des consultants est de 4,56 ans. La consultation de nourrissons (0-2ans) représente 39.5% de l'échantillon.

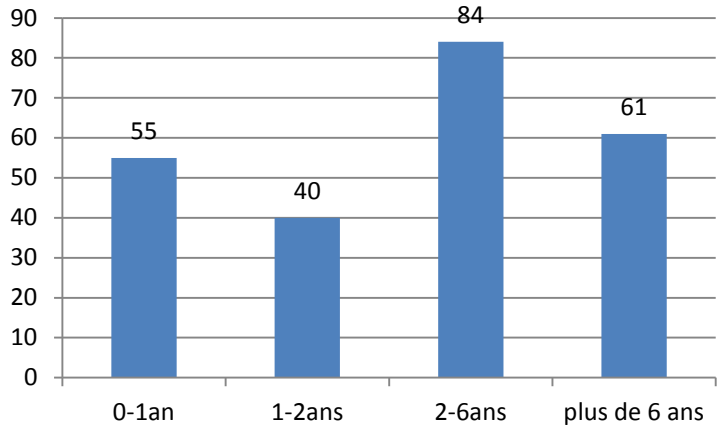


Figure 2 : *Répartition des patients par tranche d'âge*

La moyenne d'âge des filles est de 4,87 ans et la moyenne d'âge des garçons de 4,32 ans. Les nourrissons qui consultent le plus sont les garçons, alors que la tendance s'inverse au-delà de 2 ans.

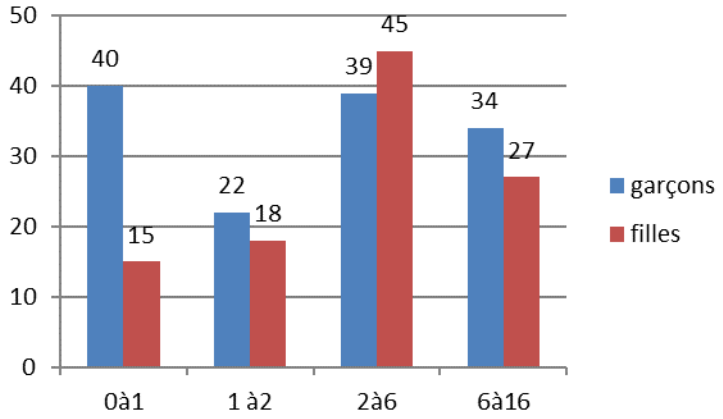


Figure 3 : *Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe*

Si l'on pondère le nombre de consultant pour chaque tranche d'âge par l'amplitude de cette tranche, nous remarquons que les nourrissons de moins de 2 ans sont ceux qui ont consulté le plus.

3. Protection sociale

Tous les consultants aux urgences bénéficient d'une protection sociale, et 75,42% d'entre eux bénéficient également d'une couverture complémentaire par une mutuelle.

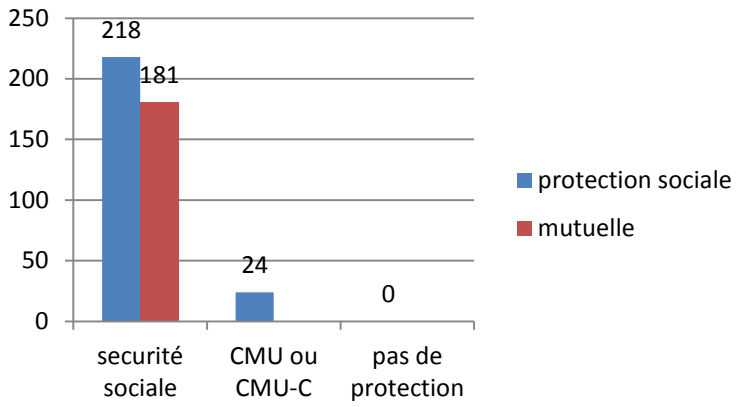


Figure 4 : *Protection sociale des patients consultant aux urgences*

4. Activité professionnelle paternelle et maternelle

Lors du recueil des données, toute la partie du questionnaire sur l'activité professionnelle maternelle était renseignée, mais ce n'était le cas pour l'activité professionnelle paternelle que dans 229 questionnaires sur 240. Dans notre étude, 88.2% des pères et 66.25% des mères exercent une profession.

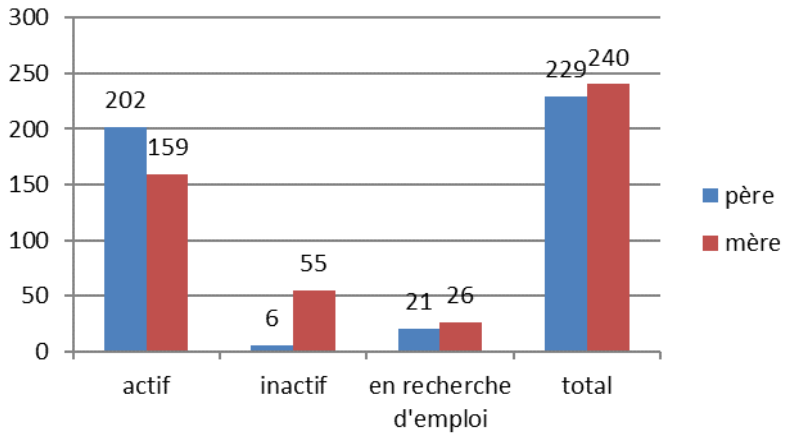


Figure 5 : *Activité professionnelle des parents*

5. Suivi médical habituel

Le suivi médical est principalement réalisé par des médecins généralistes : 147 patients sont suivis exclusivement par un médecin généraliste, 192 patients sont suivis conjointement par un médecin généraliste et un ou plusieurs autres médecins.

Aucun enfant n'est suivi exclusivement par la PMI.

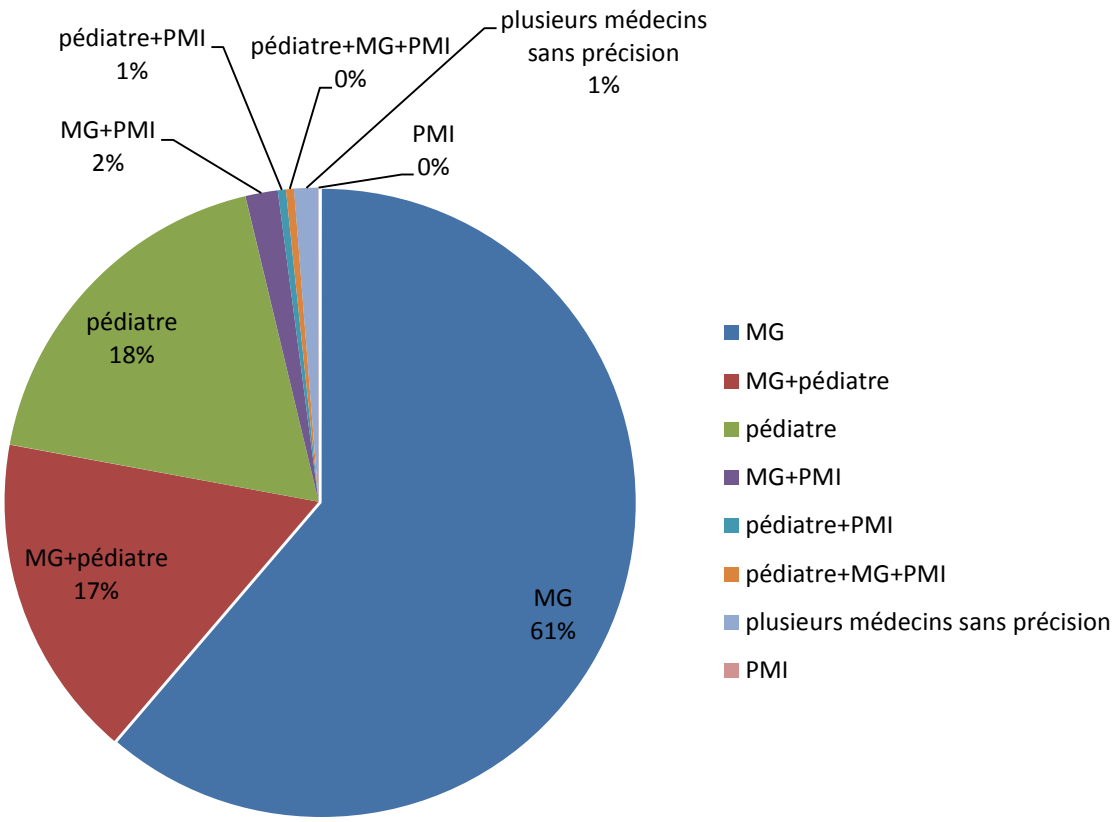


Figure 6 : *Suivi médical habituel*

6. Distance entre le domicile et l'hôpital

La majorité des consultants (55%) réside dans un rayon de 10 km de l'hôpital, et 82% résident dans un rayon de 20 km. Ils ne sont que 18% à résider au-delà de 20 km.

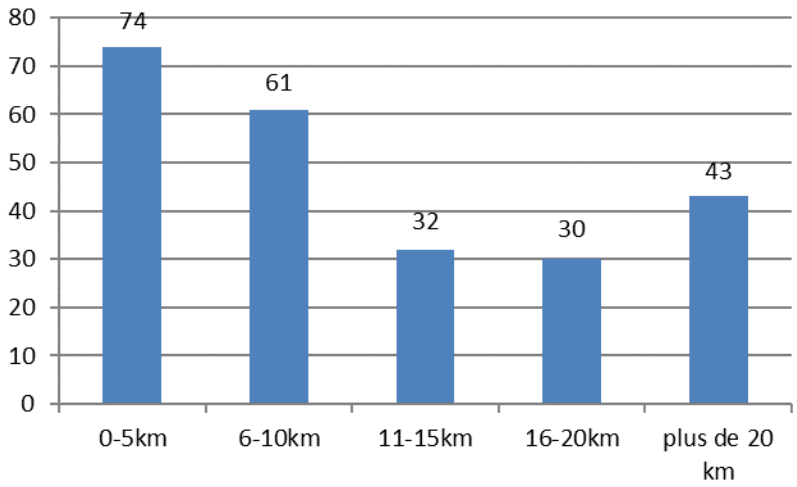


Figure 7 : *Distance entre le logement et l'hôpital*

B. Caractéristiques générales de la consultation

1. Motif de consultation

Les différents motifs de consultation ont été regroupés afin de clarifier les recours. La liste détaillée des motifs de consultation se trouve en annexe 1.

Nous remarquons que les symptômes digestifs sont majoritaires avec 33.75% des passages. Les motifs dermatologiques et les motifs ORL regroupent chacun 10.42% des recours, et la fièvre est évoquée par les consultants dans 10% des cas. Les causes pneumologiques représentent 7.92% des consultations.

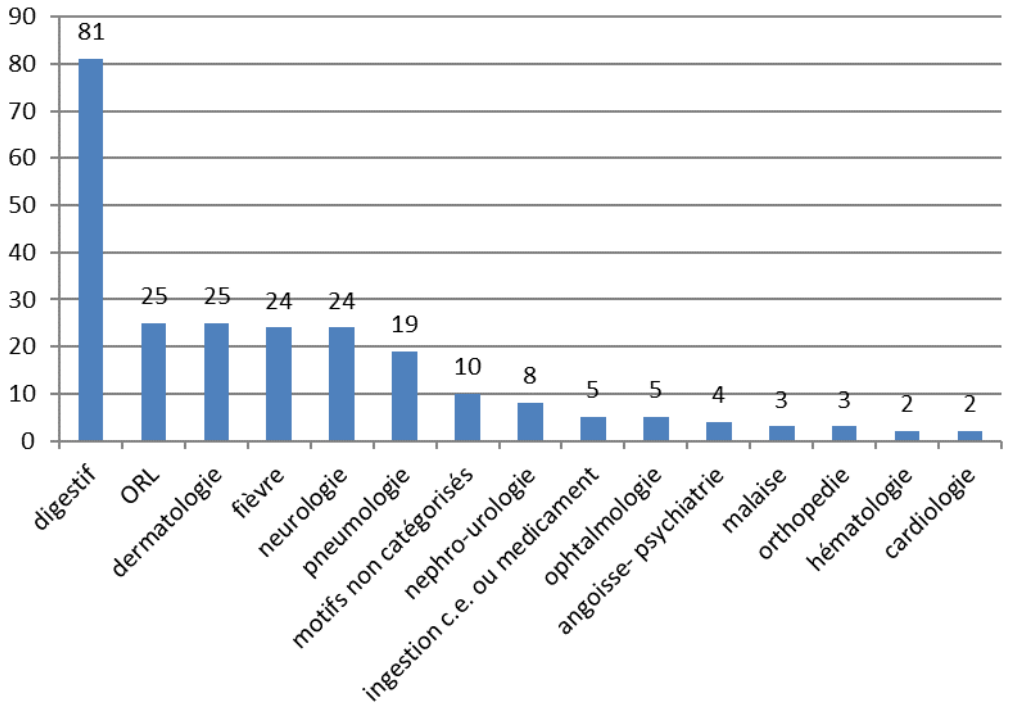


Figure 8 : *Motifs de recours aux urgences pédiatriques*

2. Horaire de consultation

a. Répartition semaine- weekend

Dans notre étude, les jours fériés (Vendredi Saint et lundi de Pâques) ont été comptabilisés avec les weekends. L'étude a comporté dix jours non ouvrés et vingt et un jours ouvrés. Dans notre étude, La moyenne de consultation est de 6.19 par jour les jours ouvrés et de 11 par jour en jour non ouvré (X1.77)

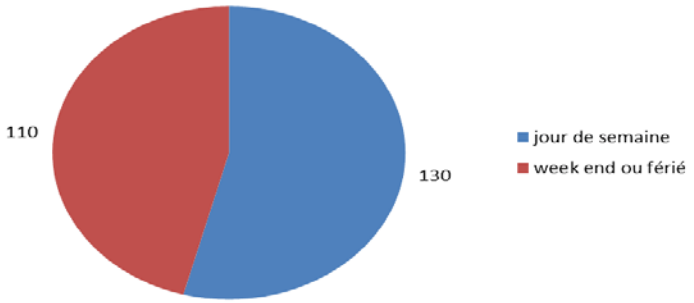


Figure 9 : *Répartition des consultations selon la période de la semaine*

b. Répartition horaire

Entre 0 et 4 heures, la fréquence de consultations est de 5%, puis de 4.2% entre 4 heures et 8 heures. Elle est ensuite de 27.1% entre 8 heures et 13 heures, de 26.7% entre 13 heures et 18 heures, et de 37.1% entre 18 heures et minuit.

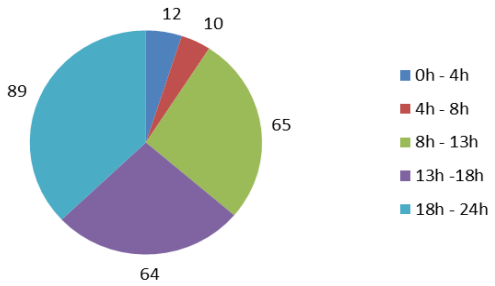


Figure 10 : *Répartition des consultations selon la tranche horaire*

c. *Répartition horaire selon les jours ouvrés ou non*

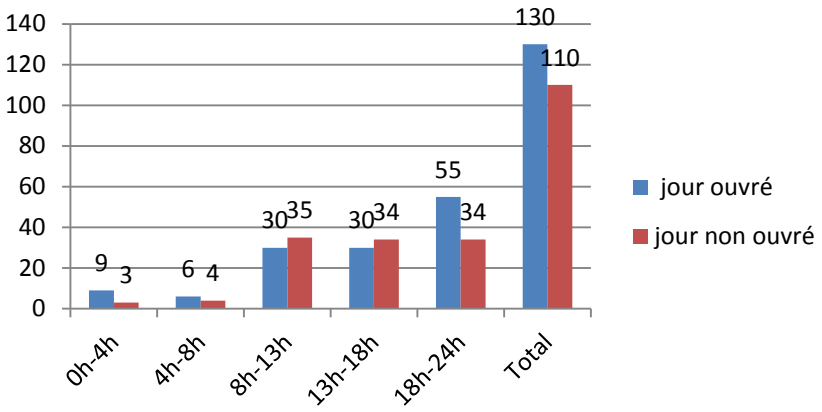


Figure 11 : *Répartition horaire selon les jours ouvrés et non ouvrés*

En jour non ouvré, la répartition des consultants reste stable quelle que soit la tranche horaire de 8 heures à minuit. En jour ouvré, la répartition est stable de 8 heures à 18 heures, puis augmente entre 18 heures et minuit. En jour ouvré, 7% des consultants se présentent de 0 à 4 heures, 4.7% de 4 à 8 heures, 23% de 8 à 13 heures, 23% de 13 à 18 heures, et 42.3% de 18 heures à minuit.

En jour non ouvré, 2.7% des consultants se présentent de 0 à 4 heures, 3.6% de 4 à 8 heures, 31.8% de 8 à 13 heures, 30.9% de 13 à 18 heures, et 30.9% de 18 heures à minuit.

3. Durée des symptômes avant consultation

La durée d'évolution des symptômes avant le passage au SAUP est généralement brève : 44% des patients consultent pour des troubles évoluant depuis moins de 1 jour, et 27% des patients consultent pour des symptômes évoluant depuis 1 à 2 jours.

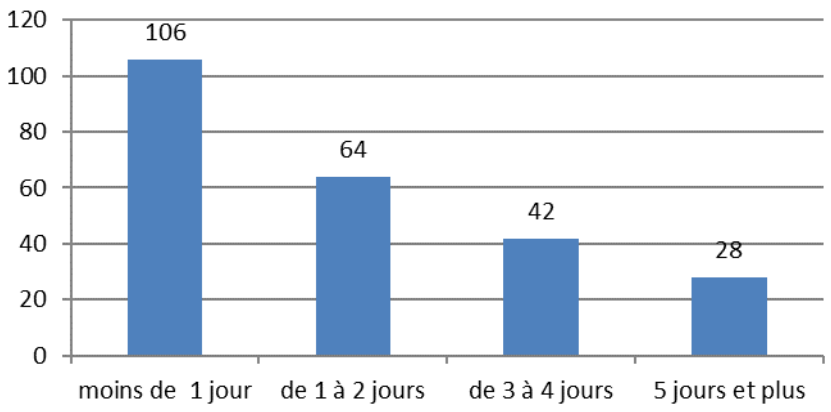


Figure 12 : *Répartition de la durée des symptômes précédant la consultation*

4. Existence d'une consultation préalable

La majorité des consultants (54%) ont recours au SAUP en première intention. Ils ne sont que 30% à avoir consulté leur médecin traitant avant de venir se présenter aux urgences.

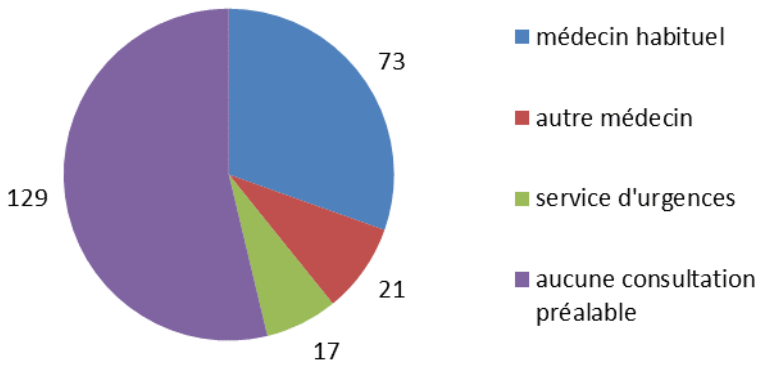


Figure 13 : *Répartition des patients ayant consulté ou non avant leur passage au SAUP*

5. Initiative

Plus de trois quart des patients (77%) se présentent au SAUP de leur propre initiative.

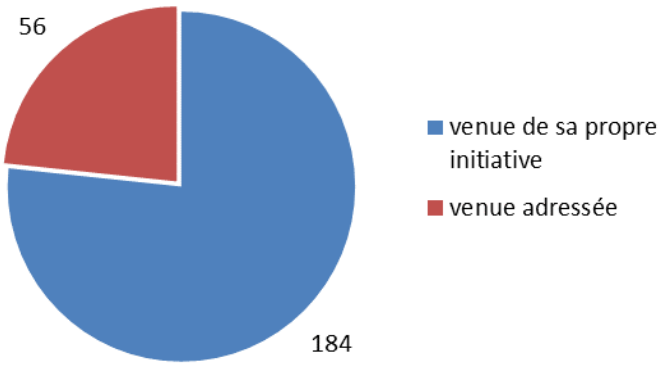


Figure 14 : *Initiative de venue au SAUP*

a. Motivations de la consultation sans adressage

Le premier motif de recours au SAUP de sa propre initiative est la sensation de gravité de la pathologie de l'enfant : 40% des parents estiment que l'état de leur enfant est grave. Le second motif est l'indisponibilité du médecin traitant, en l'absence de distinction entre les jours et les horaires ouvrés ou non. Le troisième motif est la meilleure prise en charge de leur enfant.

La gratuité n'est évoquée que par trois répondants.

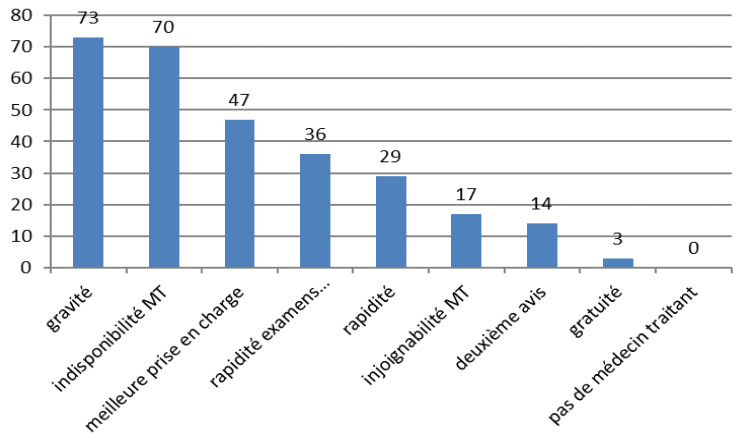


Figure 15 : *Motivation du recours au SAUP de sa propre initiative*

Pour les répondants ayant évoqué l'indisponibilité de leur médecin traitant, 53% ont consulté le weekend quel que soit l'horaire, 3% entre 0 et 4 heures, 3% entre 4 et 8 heures, et 37% entre 18 heures et minuit.

Pour les personnes évoquant l'impossibilité de joindre leur médecin traitant, 65% ont consulté le weekend quel que soit l'horaire, aucun entre 0 et 4 heures, 6% entre 4 et 8 heures et 41% entre 18 heures et minuit.

b. Motivation dans le cas d'adressage

Lorsque le consultant n'est pas venu de sa propre initiative, il est principalement envoyé par un médecin : 23% des patients sont adressés par le médecin habituel de l'enfant ou un autre médecin. Le centre 15 adresse 28.6% des patients.

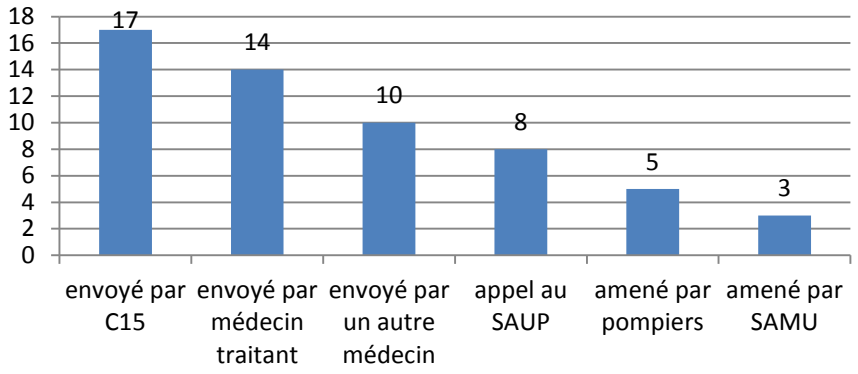


Figure 16 : *Trajectoire de recours au SAUP hors venue de sa propre initiative*

6. Recours aux services de garde

Chez les patients ayant consulté aux horaires de garde médicale (155), 83% n'y ont pas eu recours, dont 13% car ils pensaient qu'elle n'existait pas pour leur secteur, et 12.5% ont été adressés par le médecin de garde.

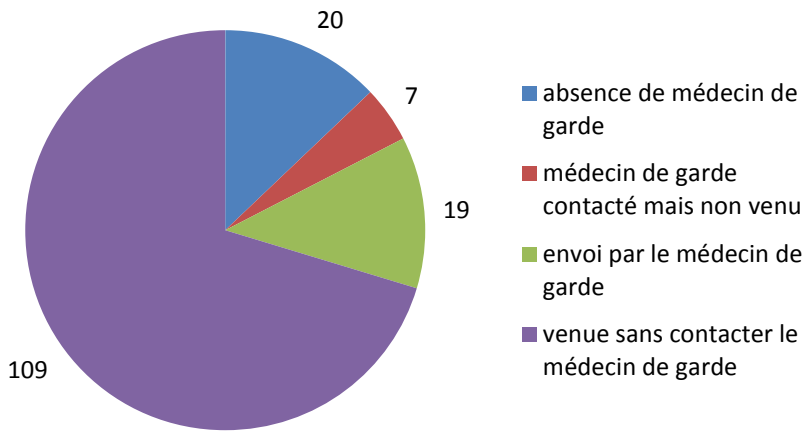


Figure 17 : *Recours aux services de garde en horaires non ouvrés*

Lorsque les consultants ont recours à un service de garde, en horaire ouvré ou non, la majorité ont recours au centre 15 (64%). Medigarde est contacté dans 24.5% des cas.

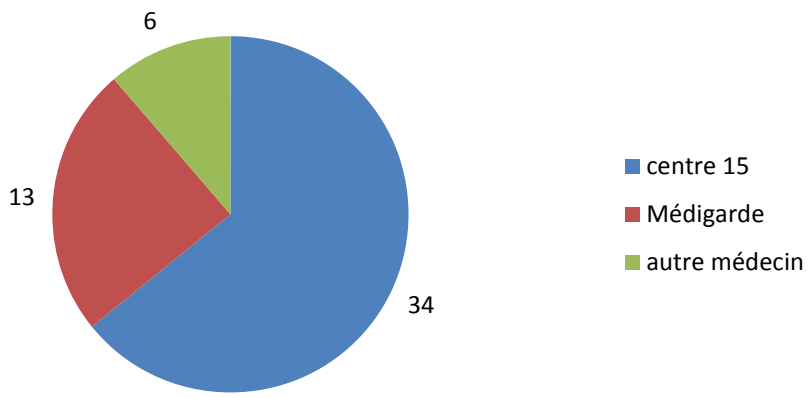


Figure 18 : *Type de service de garde contacté*

7. Sensation du degré d'urgence

Les parents ont été invités à répondre sur le niveau de gravité ressentie de la pathologie de leur enfant: 45.42% des parents estiment leur motif très urgent, et 14.17% des parents estiment que leur problème relève d'une urgence vitale. Pour 35.42% des parents, leur motif peut attendre quelques heures, et 5% des parents sont sans opinion.

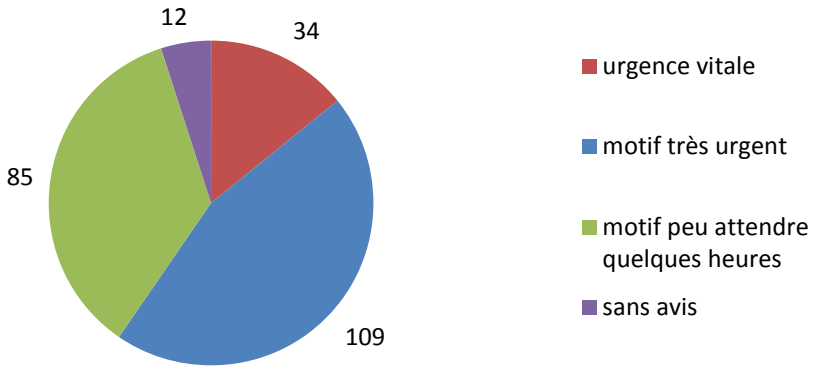


Figure 19 : *Degré d'urgence ressentie à l'arrivée au SAUP*

C. Finalité de la consultation

1. Examens complémentaires

Des examens complémentaires biologiques ou radiologiques ont été effectués pour 38% des patients.

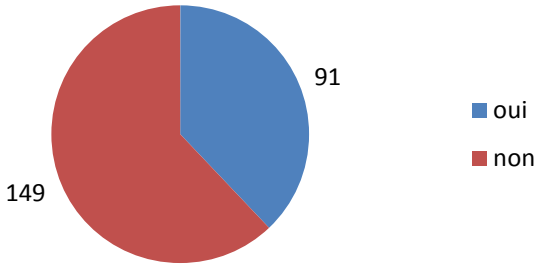


Figure 20 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires*

2. Classification CCMU

Au terme de la consultation au SAUP, 37.5% des patients sont classés en CCMU1, 59.2% des patients sont classés en CCMU2 et 3.3% des patients sont classés en CCMU3.

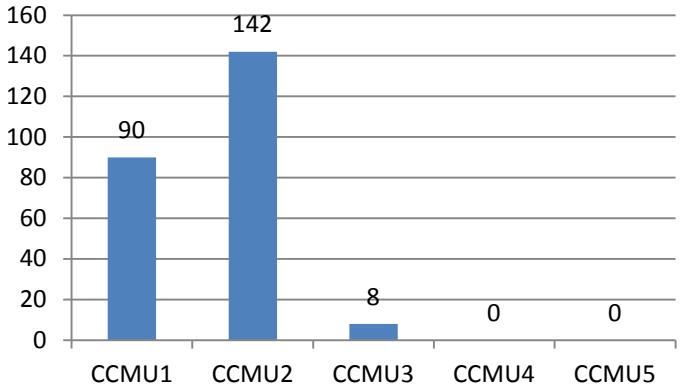


Figure 21 : *classification CCMU des patients*

3. Orientation au terme de la consultation

Au terme de la consultation, plus de trois quart des patients (77.1%) retournent à leur domicile, 12.9% sont hospitalisés en UHCD, et 9.6% des patients sont hospitalisés en secteur traditionnel. Un seul patient de notre étude (0.4%) a été transféré vers un autre service.

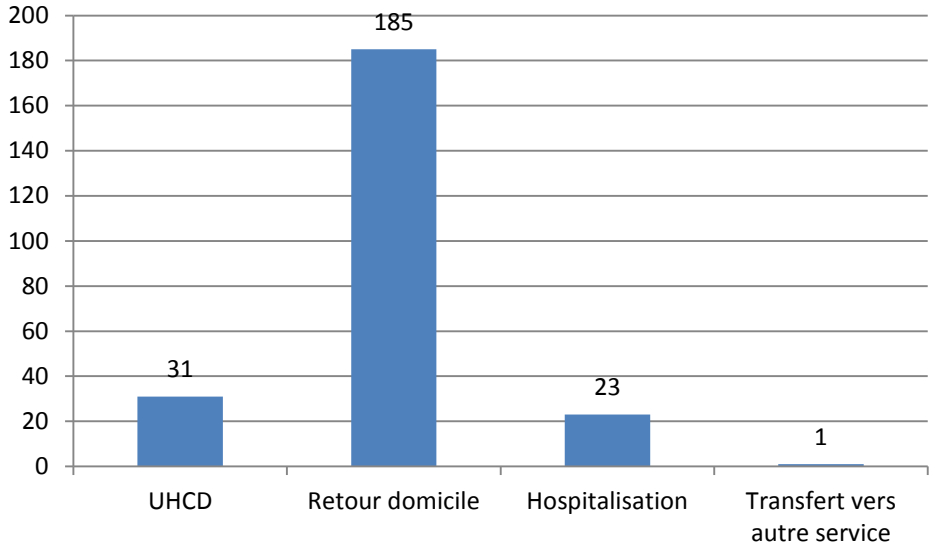


Figure 22 : *Orientation des patients en fin de consultation*

D. Analyse des résultats

Tous les tests ont été effectués pour un risque alpha à 5%.

1. La durée de l'évolution au moment de la consultation

a. Répartition de la durée de l'évolution selon la distance

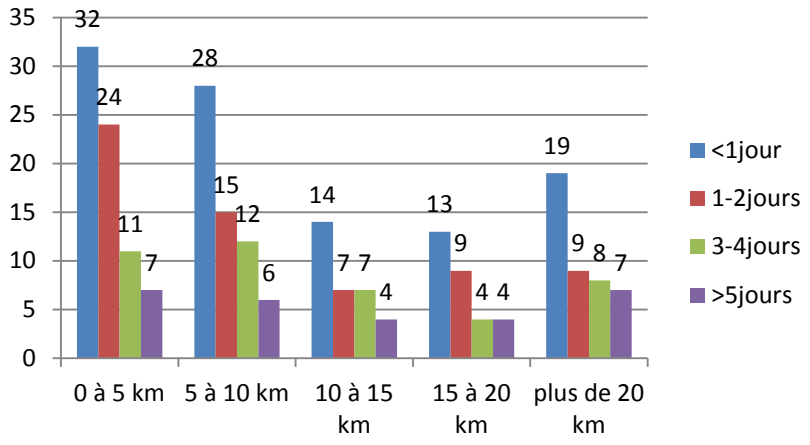


Figure 23: *Répartition de la durée de l'évolution selon la distance*

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 30% résident entre 0 et 5 km, 26% entre 5 et 10 km, 13% entre 10 et 15 km, 12% entre 15 et 20 km et 18% à plus de 20 km.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 1 et 2 jours, 38% résident entre 0 et 5 km, 23% entre 5 et 10 km, 11% entre 10 et 15 km, 14% entre 15 et 20 km et 14% à plus de 20 km.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 3 et 4 jours, 26% résident entre 0 et 5 km, 29% entre 5 et 10 km, 17% entre 10 et 15 km, 10% entre 15 et 20 km et 19% à plus de 20 km.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis 5 jours ou plus, 25% résident entre 0 et 5 km, 21% entre 5 et 10 km, 14% entre 10 et 15 km, 14% entre 15 et 20 km et 25% à plus de 20 km.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre la distance et la durée des symptômes avant consultation (p=0.972).

b. Répartition de la durée de l'évolution selon l'âge

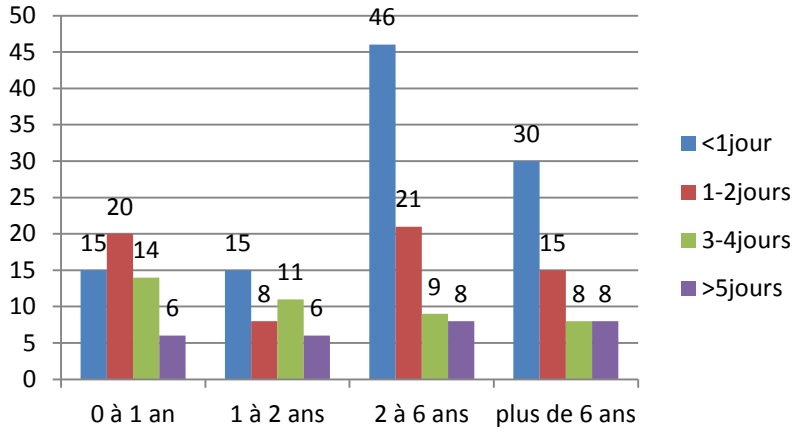


Figure 24:*Répartition de la durée de l'évolution selon l'âge*

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 14% ont moins de 1 an, 14% ont entre 1 et 2 ans, 43% ont entre 2 et 6 ans, et 28% ont plus de 6 ans.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 1 et 2 jours, 31% ont moins de 1 an, 12% ont entre 1 et 2 ans, 33% ont entre 2 et 6 ans, et 23% ont plus de 6 ans.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 3 et 4 jours, 33% ont moins de 1 an, 26% ont entre 1 et 2 ans, 21% ont entre 2 et 6 ans, et 19% ont plus de 6 ans.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis 5 jours ou plus, 21% ont moins de 1 an, 21% ont entre 1 et 2 ans, 29% ont entre 2 et 6 ans, et 29% ont plus de 6 ans.

Selon le test du Khi2, il n'y a pas indépendance entre la durée d'évolution et l'âge (p=0.045). Les parents consultent le plus rapidement pour les enfants dont l'âge est compris entre 2 et 6 ans.

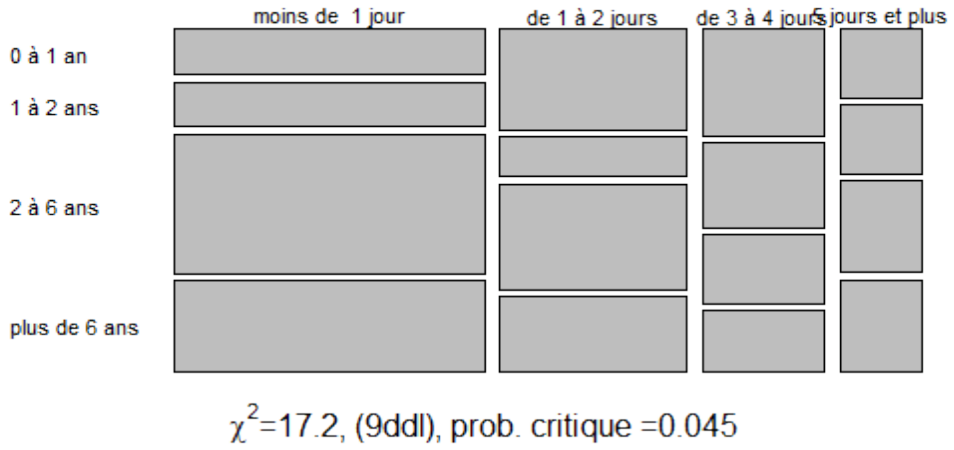


Figure 25 : *Répartition de la durée de l'évolution selon l'âge pondérée*

c. Répartition de la durée de l'évolution selon l'existence d'une consultation antérieure

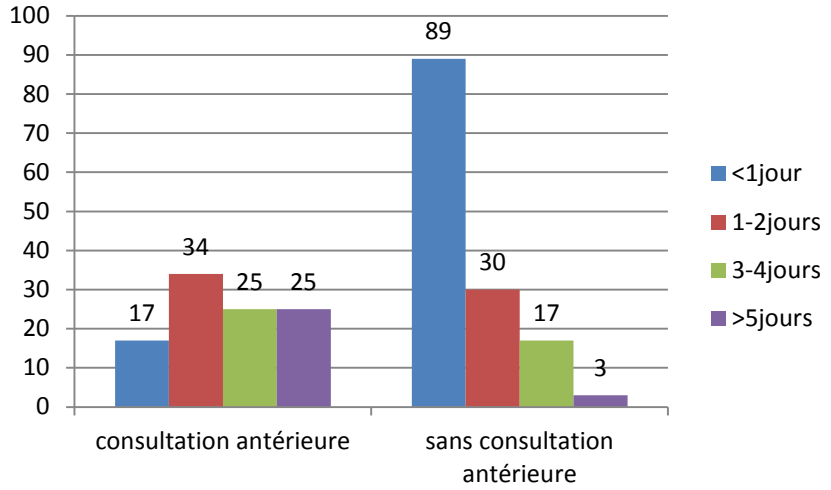


Figure 26*: Répartition de la durée de l'évolution selon l'existence d'une consultation antérieure*

Pour les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 84% n'avaient pas consulté auparavant.

Pour les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 1 et 2 jours, 47% n'avaient pas consulté auparavant.

Pour les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 3 et 4 jours, 40.5% n'avaient pas consulté auparavant.

Pour les personnes présentant des symptômes depuis 5 jours ou plus, 11% n'avaient pas consulté auparavant.

Selon le test du Khi2, il n'y a pas indépendance entre la durée d'évolution et l'existence d'une consultation antérieure ($p=1*10^{-13}$). Plus les symptômes évoluent depuis longtemps, plus les patients ont déjà consulté un médecin.

d. Répartition de la durée de l'évolution selon l'horaire de consultation

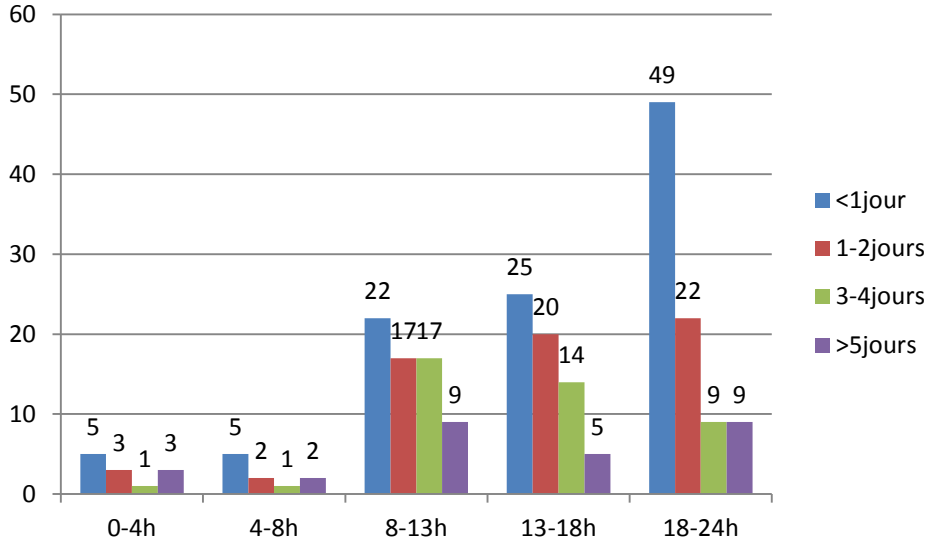


Figure 27: *Répartition de la durée de l'évolution selon l'horaire de consultation*

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 5% ont consulté entre 0 et 4 heures, 5% entre 4 et 8 heures, 21% entre 8 et 13 heures, 24% entre 13 et 18 heures et 46% entre 18 et 24 heures.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 1 et 2 jours, 5% ont consulté entre 0 et 4 heures, 3% entre 4 et 8 heures, 27% entre 8 et 13 heures, 31% entre 13 et 18 heures et 34% entre 18 et 24 heures.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 3 et 4 jours, 2% ont consulté entre 0 et 4 heures, 2% entre 4 et 8 heures, 40% entre 8 et 13 heures, 33% entre 13 et 18 heures et 21% entre 18 et 24 heures.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis 5 jours ou plus, 11% ont consulté entre 0 et 4 heures, 7% entre 4 et 8 heures, 32% entre 8 et 13 heures, 18% entre 13 et 18 heures et 32% entre 18 et 24 heures.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre la durée d'évolution et l'horaire de consultation (p=0.187).

e. Répartition de la durée de l'évolution selon l'initiative de venue

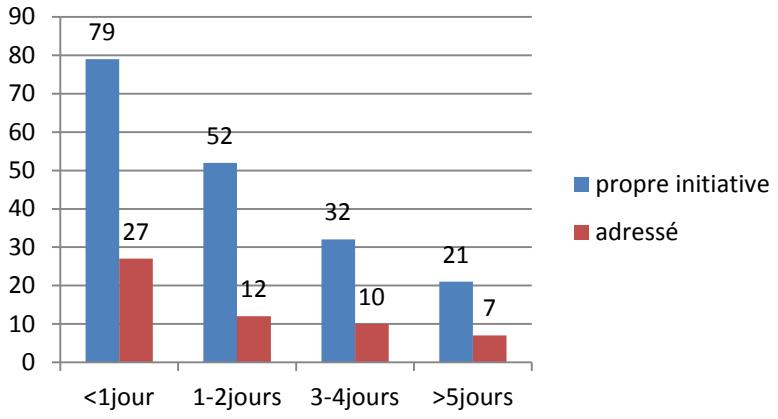


Figure 28: *Répartition de la durée d'évolution selon l'initiative de venue*

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 75% sont venus de leur propre initiative, et 25% sont venus adressés.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 1 et 2 jours, 81% sont venus de leur propre initiative, et 19% sont venus adressés.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant entre 3 et 4 jours, 76% sont venus de leur propre initiative, et 24% sont venus adressés.

Parmi les personnes consultant pour des symptômes évoluant depuis 5 jours ou plus, 75% sont venus de leur propre initiative, et 25% sont venus adressés.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre la durée d'évolution et l'initiative de venue (p=0.784).

2. Le degré d'urgence ressentie

Ces analyses ont été effectuées sur 228 réponses. Les personnes n'ayant pas exprimé leur opinion n'ont pas été comptabilisées.

a. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon le motif de consultation

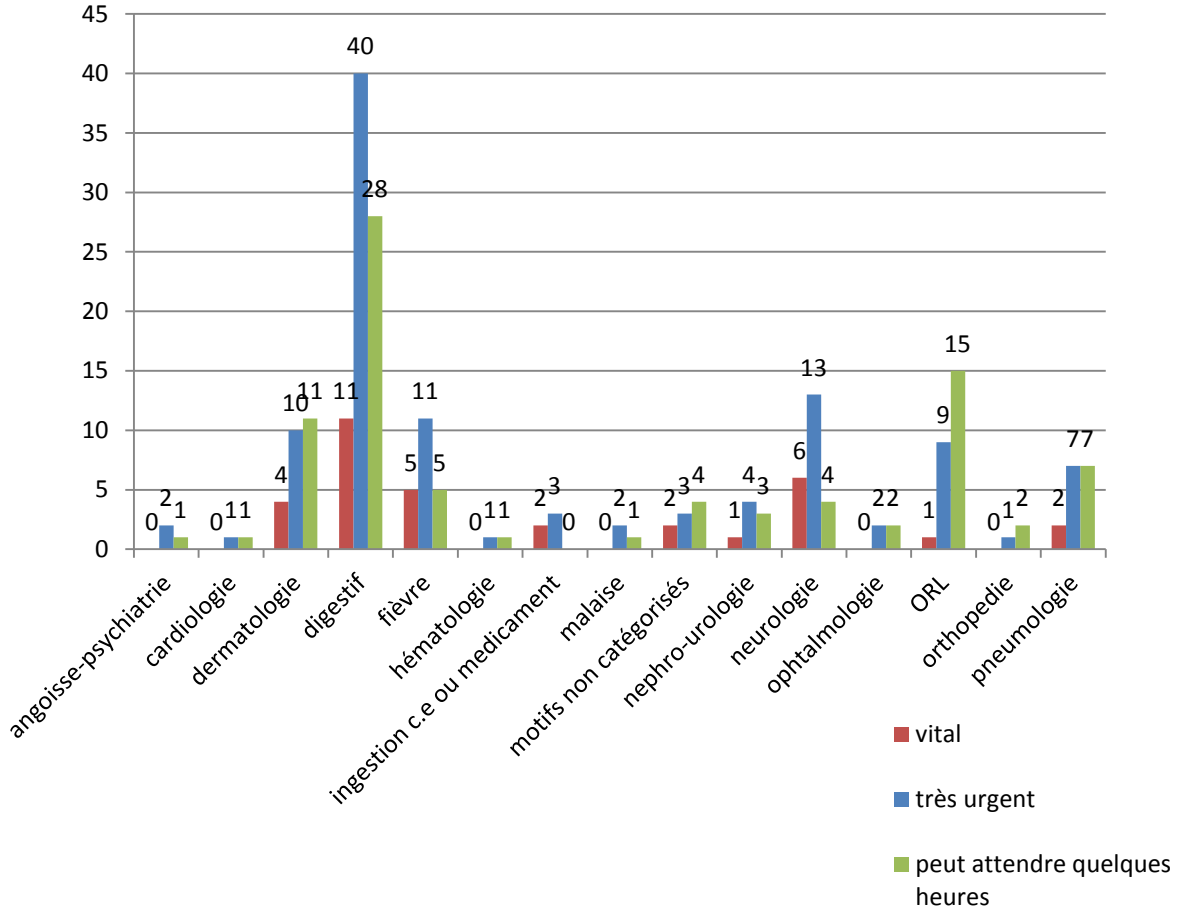


Figure 29: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon le motif de consultation*

Pour les pathologies digestives, premier motif de recours, 32% des consultants estiment leur motif vital, 37% pensent qu'il est très urgent et 33% estiment qu'il peut attendre quelques heures. Pour les pathologiques dermatologiques, 12% des consultants estiment leur motif vital, 9% pensent qu'il est très urgent et 13% estiment qu'il peut attendre quelques heures. Pour les pathologies ORL, 3% estiment leur motif vital, 8% pensent qu'il est très urgent et 18% estiment qu'il peut attendre quelques heures. Pour la fièvre, 15% des consultants estiment que leur motif est vital, 10% pensent qu'il est très urgent et 6% estiment qu'il peut attendre quelques heures.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre le type de pathologie présentée et la sensation d'urgence (p=0.705).

b. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'horaire de consultation

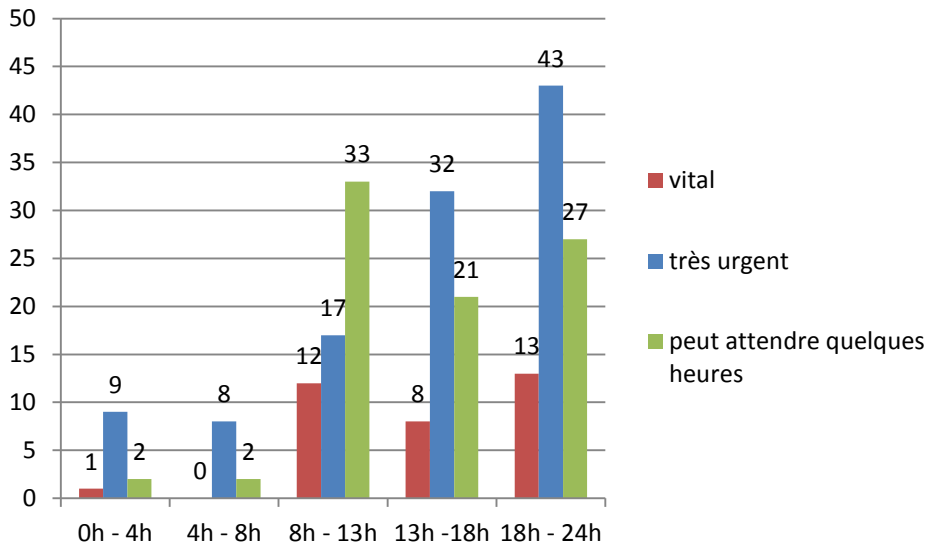


Figure 30: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'horaire*

Les personnes invoquant un motif de consultation vital consultent majoritairement en journée : seul 3% d'entre eux ont consulté en nuit profonde, 35% ont consulté le matin, 24% l'après midi et 38% le soir.

Les personnes invoquant un motif très urgent se répartissent plutôt le soir et en nuit profonde : 15% d'entre eux ont consulté en nuit profonde, 16% le matin, 29% l'après midi et 39% le soir.

Les personnes invoquant un motif de consultation pouvant attendre quelques heures consultent également majoritairement en journée : 4% d'entre eux ont cependant consulté en nuit profonde, 39% ont consulté le matin, 25% ont consulté l'après midi et 32% ont consulté en soirée.

Selon le test du Khi2, il n'y a pas indépendance entre le degré d'urgence ressentie et l'horaire de consultation (p=0.011). Les parents estiment que leur motif est plus urgent lorsqu'ils consultent en horaires nocturnes.

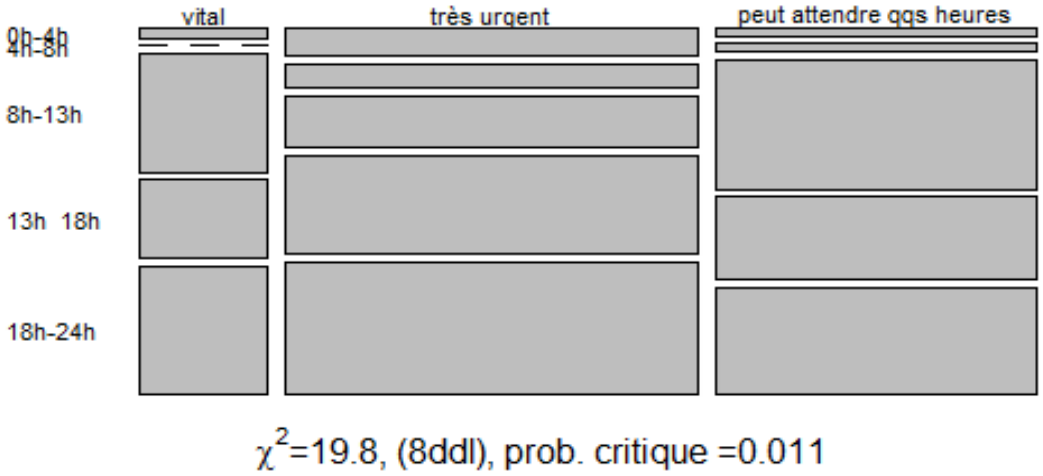


Figure 31 : *Répartition du degré d'urgence ressentie selon l'horaire de consultation pondérée*

c. *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'âge*

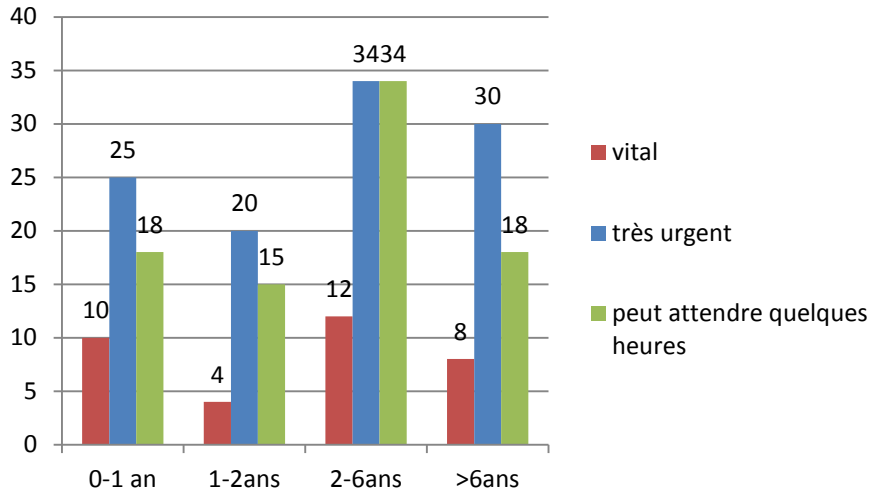


Figure 32: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'âge*

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation vital, 29% ont entre 0 et 1 an, 12% ont entre 1 et 2 ans, 35% ont entre 2 et 6 ans, et 24% ont plus de 6 ans.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation très urgent, 23% ont entre 0 et 1 an, 18% ont entre 1 et 2 ans, 31% ont entre 2 et 6 ans, et 28% ont plus de 6 ans.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation pouvant attendre quelques heures, 23% ont entre 0 et 1 an, 18% ont entre 1 et 2 ans, 40% ont entre 2 et 6 ans, et 21% ont plus de 6 ans.

Selon le test du Khi2, il a indépendance entre le degré d'urgence ressentie et l'âge (p=0.776).

d. *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la distance*

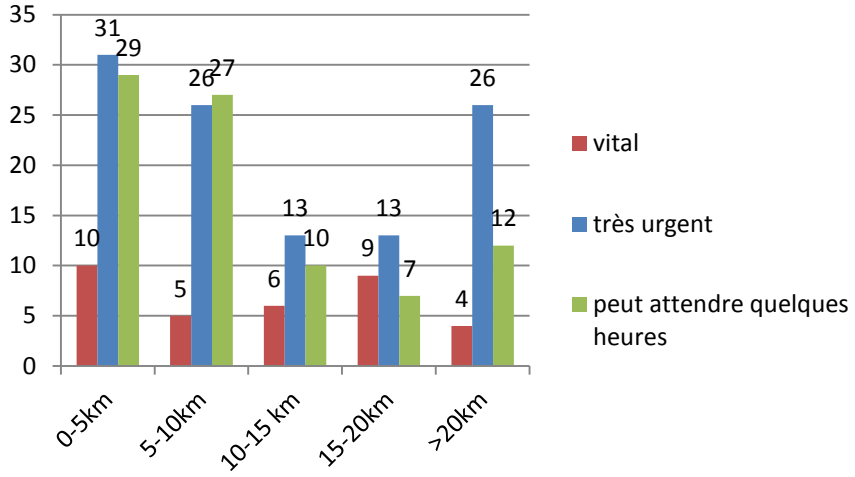


Figure 33: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la distance*

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation vital, 29% habitent à moins de 5 km de l'hôpital, 15% résident entre 5 et 10 km, 18% sont entre 10 et 15 km, 26% sont entre 15 et 20 km et 12% sont à plus de 20 km des UP.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation très urgent, 28% habitent à moins de 5 km de l'hôpital, 24% résident entre 5 et 10 km, 12% sont entre 10 et 15 km, 12% sont entre 15 et 20 km et 24% sont à plus de 20 km des UP.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation pouvant attendre quelques heures, 34% habitent à moins de 5 km de l'hôpital, 32% résident entre 5 et 10 km, 12% sont entre 10 et 15 km, 8% sont entre 15 et 20 km et 14% sont à plus de 20 km des UP.

Selon le Khi2, il y a indépendance entre le degré d'urgence ressentie et la distance (p=0.078).

e. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la durée d'évolution

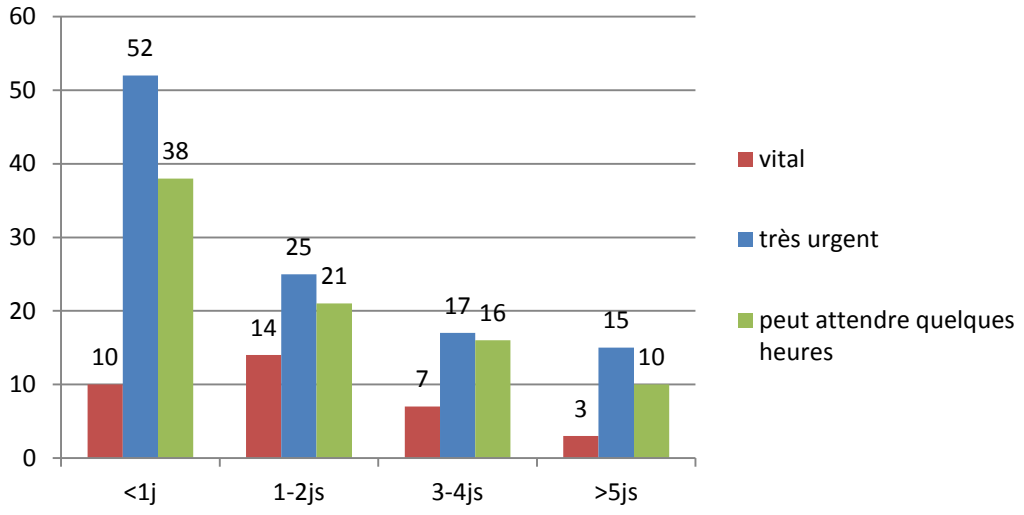


Figure 34: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la durée d'évolution*

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation vital, 29% ont des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 41% ont des symptômes depuis 1 à 2 jours, 21% sont malades depuis 3 à 4 jours et 9% ont une durée d'évolution de 5 jours ou plus.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation très urgent, 48% ont des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 23% ont des symptômes depuis 1 à 2 jours, 16% sont malades depuis 3 à 4 jours et 14% ont une durée d'évolution de 5 jours ou plus.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation pouvant attendre quelques heures, 45% ont des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 25% ont des symptômes depuis 1 à 2 jours, 19% sont malades depuis 3 à 4 jours et 12% ont une durée d'évolution de 5 jours ou plus.

Selon le test Khi2, il y a indépendance entre le degré d'urgence ressentie et la durée d'évolution (p=0.374).

f. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'existence d'une consultation antérieure

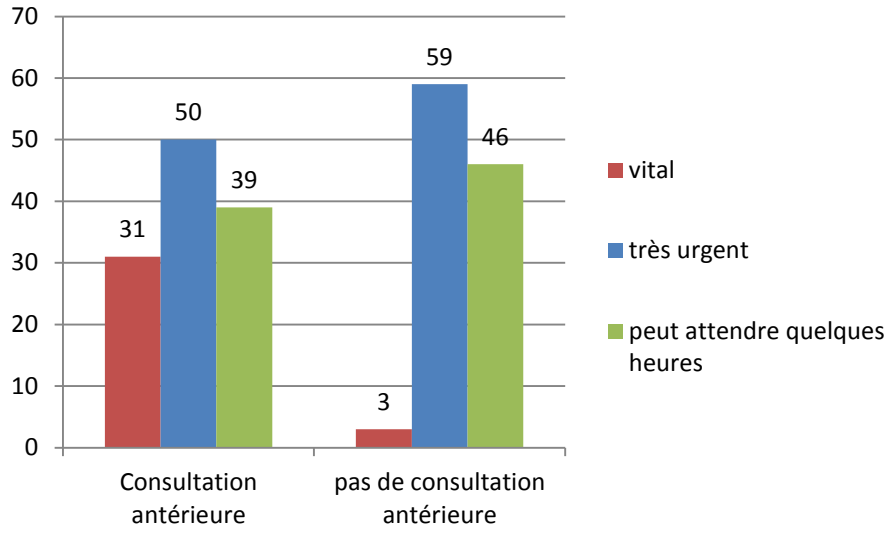


Figure 35: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'existence d'une consultation antérieure*

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation vital, 91% avaient déjà consulté. De même, 46% des personnes évoquant un motif très urgent avaient déjà vu un médecin, et 46% des personnes estimant que leur motif pouvait attendre quelques heures avaient consulté auparavant.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation vital ayant déjà consulté, 50% avaient vu leur médecin habituel, 31% avaient vu un autre médecin et 19% avaient consulté un service d'urgences.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation très urgent ayant déjà consulté, 67% avaient vu leur médecin habituel, 13% avaient vu un autre médecin et 20% avaient consulté un service d'urgences.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation pouvant attendre quelques heures ayant déjà consulté, 64% avaient vu leur médecin habituel, 19% avaient vu un autre médecin et 18% avaient consulté un service d'urgences.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre le degré d'urgence ressentie et le fait d'avoir déjà consulté (p=0.550).

g. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'initiative de venue

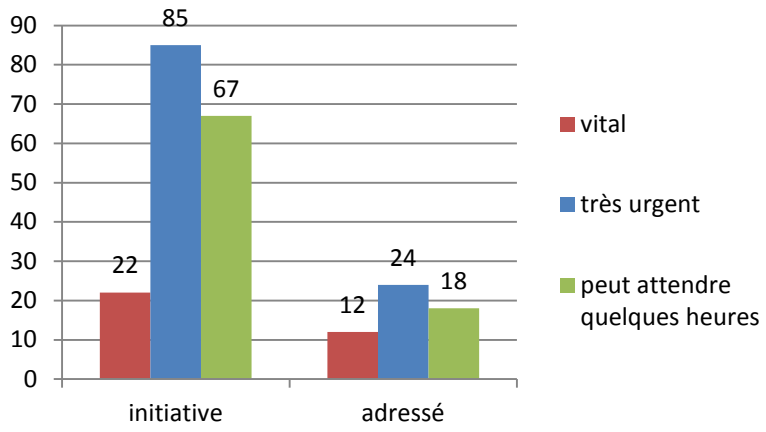


Figure 36: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'initiative de venue*

Parmi les personnes venues de leur propre initiative, 65% évoquent un motif de consultation vital, 78% évoquent un motif très urgent et 79% évoquent un motif pouvant attendre quelques heures. Parmi les personnes venues adressées, 35% évoquent un motif vital, 22% évoquent un motif très urgent, et 21% évoquent un motif pouvant attendre quelques heures.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre le degré d'urgence ressentie et l'initiative de venue (p=0.223).

h. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la réalisation d'examens complémentaires

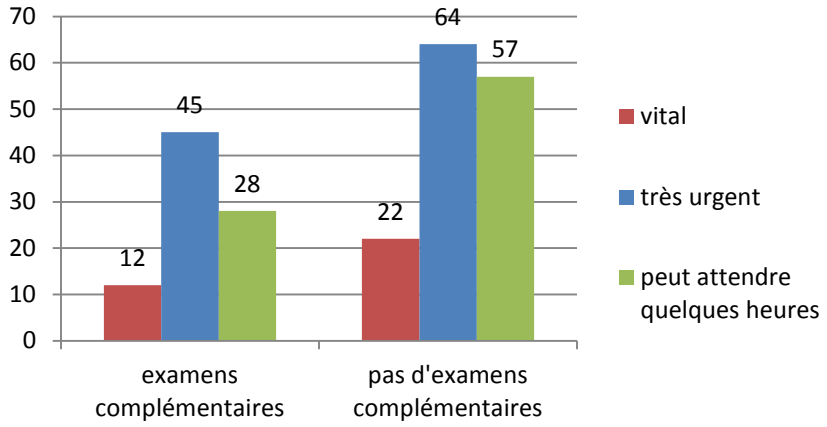


Figure 37: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la réalisation d'examens complémentaires*

Parmi les personnes évoquant un motif vital, seuls 35% ont bénéficié d'examens complémentaires.

De même les personnes évoquant un motif très urgent sont 40% à avoir bénéficié d'examens complémentaires, et celles évoquant un motif pouvant attendre quelques heures ont été 34% à utiliser le plateau technique.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre le degré d'urgence ressentie et la réalisation d'examens complémentaires (p=0.648).

i. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la classification CCMU

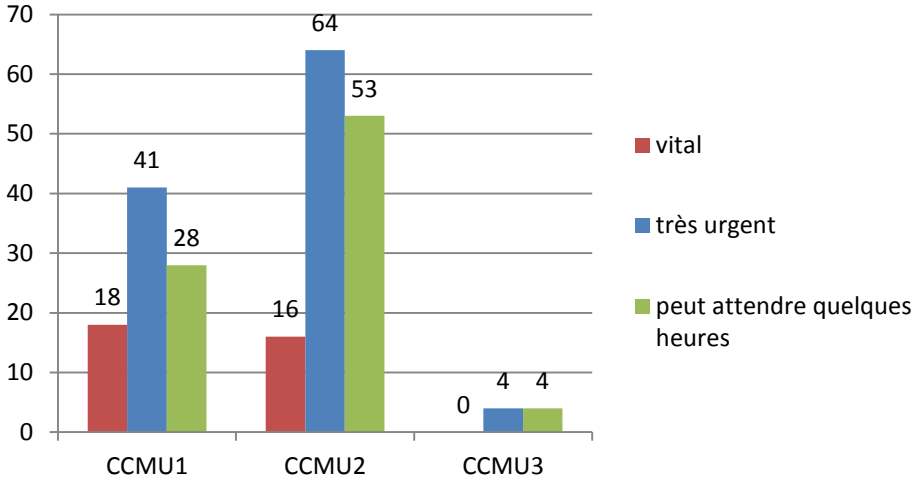


Figure 38: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon la classification CCMU*

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation vital, 53% étaient classés en CCMU1 et 47% étaient classés en CCMU2. Aucun n'était classé CCMU3 ou plus.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation très urgent, 38% étaient classés en CCMU1, 59% étaient CCMU2, et 4% étaient CCMU3. Aucun n'était CCMU4 ou plus.

Parmi les personnes évoquant un motif pouvant attendre quelques heures, 33% étaient classés CCMU1, 62% étaient CCMU2, et 5% étaient CCMU3. Aucun n'était CCMU4 ou plus.

Selon le test du Khi2, Il y a indépendance entre degré d'urgence ressentie et la classification CCMU (p=0.278).

j. Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'orientation

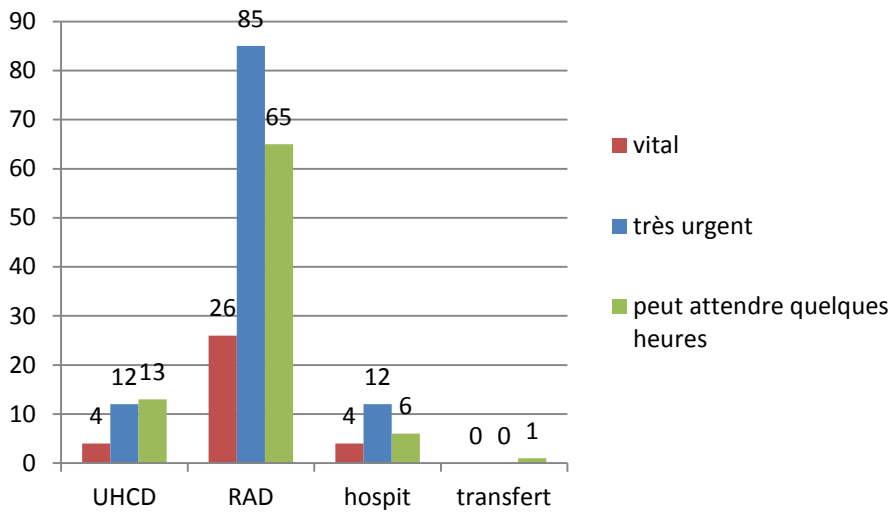


Figure 39: *Répartition de la sensation du degré d'urgence selon l'orientation*

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation vital, 12% ont été pris en charge en UHCD, 12% ont été hospitalisés, et 76% sont retournés à domicile. Aucun n'a été transféré.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation très urgent, 11% ont été pris en charge en UHCD, 11% ont été hospitalisés, et 78% sont retournés à domicile. Aucun n'a été transféré.

Parmi les personnes évoquant un motif de consultation pouvant attendre quelques heures, 15% ont été pris en charge en UHCD, 7% ont été hospitalisés, et 76% sont retournés à domicile. Un transfert a été effectué pour 1% des patients.

Selon le test du Khi2, effectué en regroupant le transfert vers un autre service et l'hospitalisation, il y a indépendance entre le degré d'urgence ressentie et l'orientation (p=0.876).

.

3. La réalisation d'examens complémentaires

a. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'âge

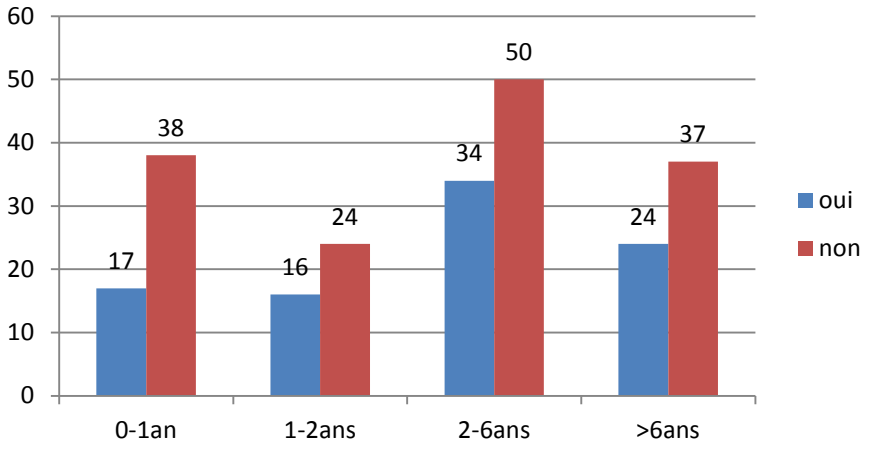


Figure 40 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'âge*

Parmi les patients ayant bénéficié d'examens complémentaires, 19% avaient moins de 1 an, 18% entre 1 et 2 ans, 37% entre 2 et 6 ans et 26% avaient plus de 6 ans.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre l'âge et la réalisation d'examens complémentaires (p=0.680).

b. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon le sexe

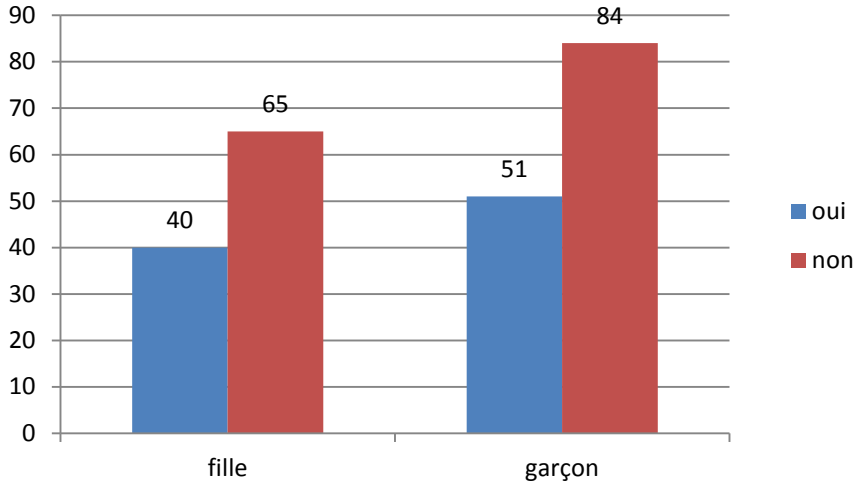


Figure 41 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon le sexe*

Parmi les filles, 37% ont bénéficié d'examens complémentaires. De même, 39% des garçons ont utilisé le plateau technique.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre le sexe de l'enfant et la réalisation d'examens complémentaires (p=0.933).

c. *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la durée des symptômes*

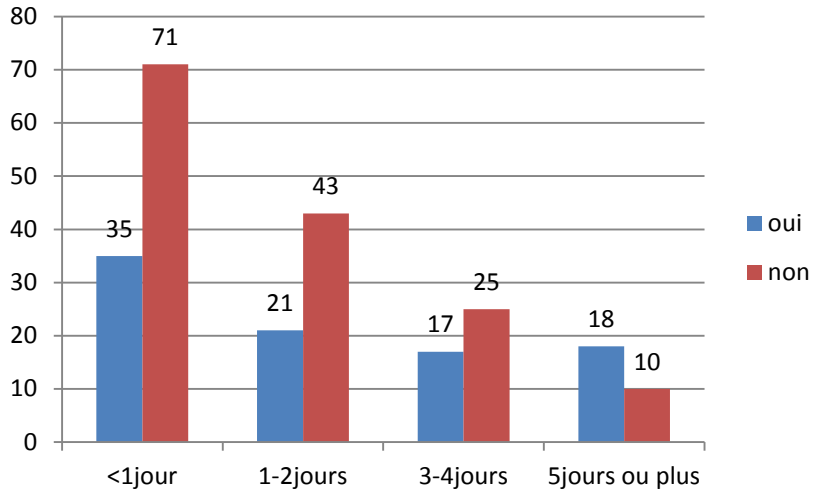


Figure 42 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la durée des symptômes*

Parmi les personnes ayant des symptômes depuis moins de 24 heures, 33% ont bénéficié d'examens complémentaires. De même, 33% de celles ayant des symptômes depuis 1 à 2 jours, 40% de celles étant malade depuis 3 à 4 jours et 64% des personnes atteintes depuis 5 jours ou plus ont bénéficié du plateau technique.

Selon le test du Khi2, il n'y a pas d'indépendance entre la durée des symptômes et la réalisation d'examens complémentaires (p=0.017).

Des examens complémentaires sont plus souvent effectués quand les symptômes évoluent depuis plus longtemps.

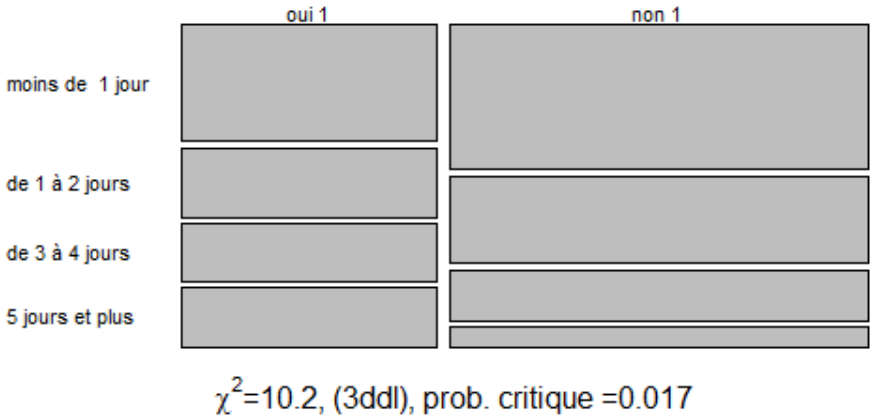


Figure 43 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la durée des symptômes pondérée*

d. *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon le motif de consultation*

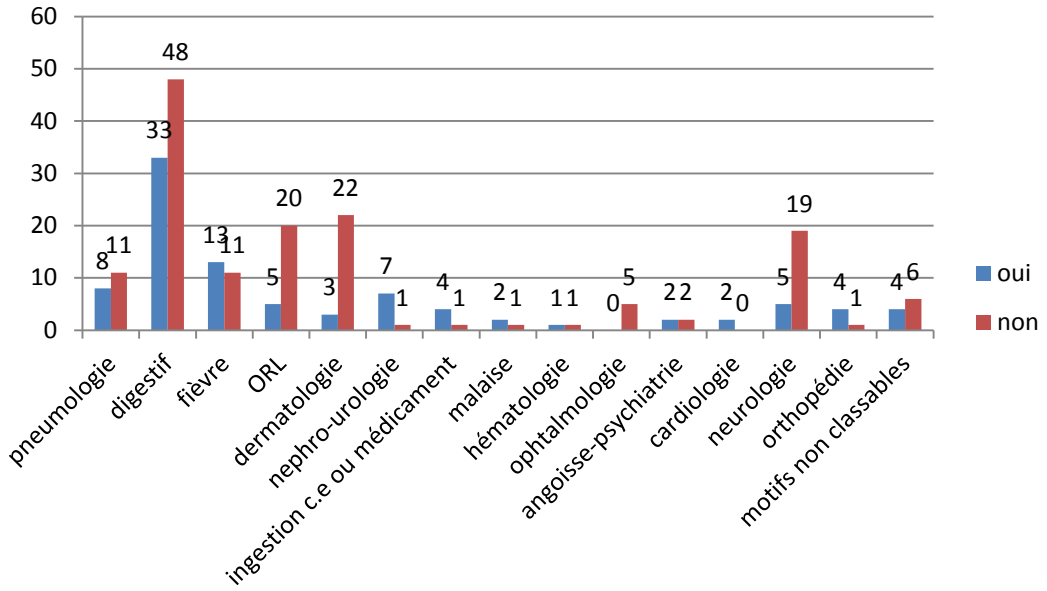


Figure 44 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon la pathologie*

Des examens complémentaires sont pratiqués dans 42% des motifs de consultation pneumologiques, 41% des motifs digestifs, 54% des cas de consultation pour fièvre, 20% des motifs ORL, 12% des motifs dermatologiques, 88% des motifs uro-néphrologiques, 80% des ingestions de corps étranger ou de médicament, 67% des malaises, 50% des motifs hématologiques, 0% des motifs ophtalmologiques, 50% des cas d'angoisse-psychiatrie, 100% des motifs cardiologiques, 21% des motifs neurologiques, 67% des motifs orthopédiques, et 40% des motifs non classables.

Selon le test du Khi2, il n'y a pas d'indépendance entre le motif de consultation et la réalisation d'examens complémentaires ($p<0.001$).

Des examens complémentaires sont plus souvent effectués lorsque les patients se présentent pour fièvre, un motif néphro-urologique, une ingestion de corps étranger ou de médicament, un malaise, un motif cardiologique ou un motif orthopédique.

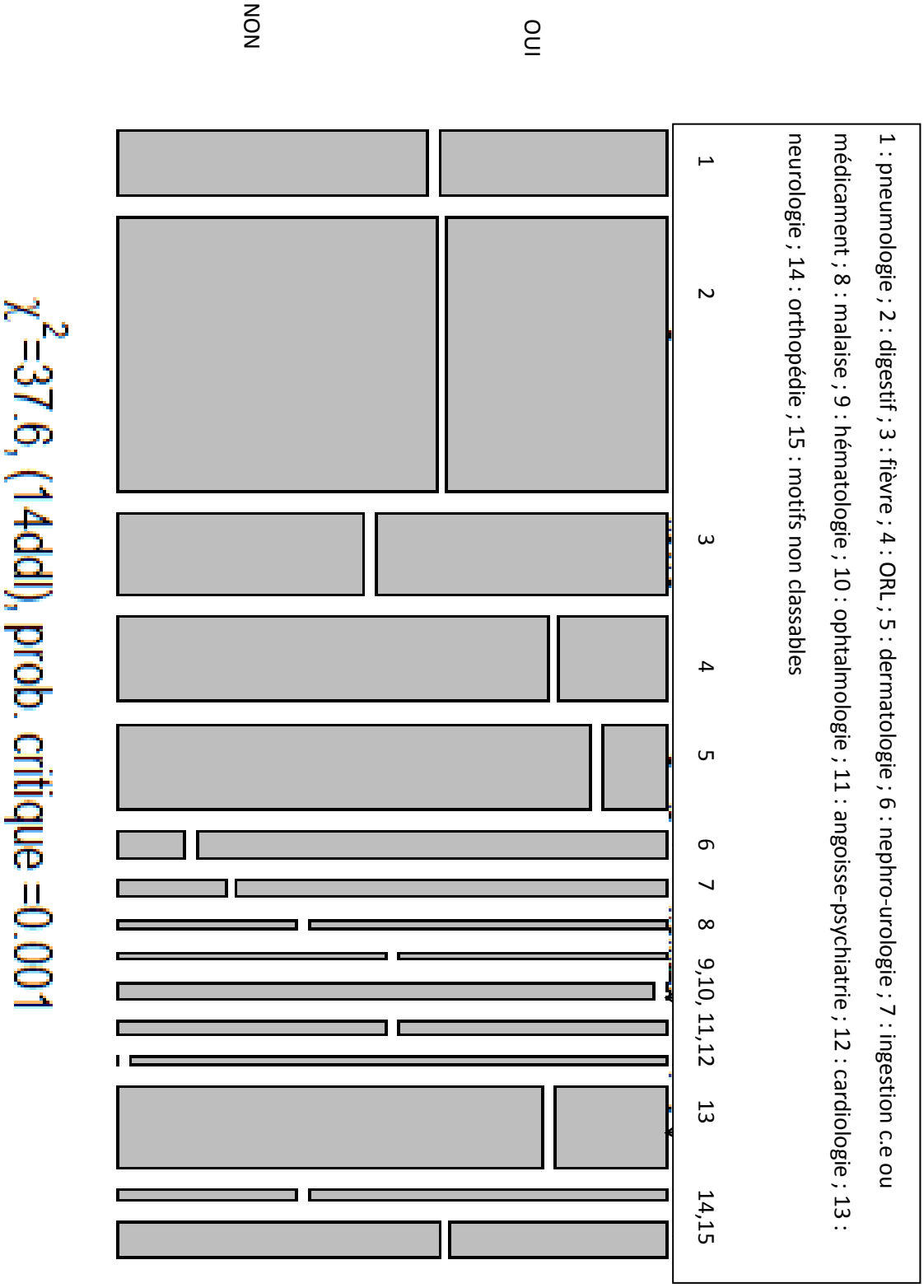


Figure 45 : *Réalisation d'examens complémentaires selon le motif de consultation pondérée*

e. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'horaire de consultation

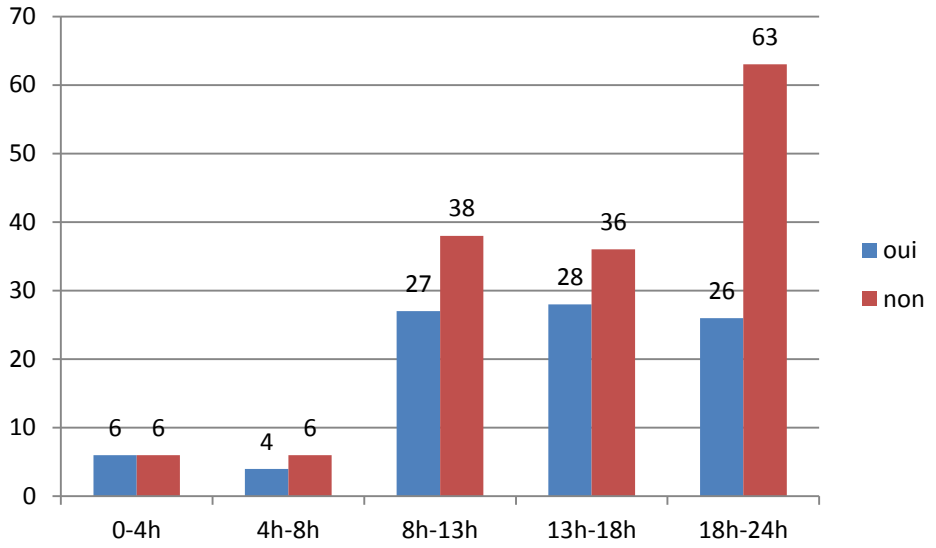


Figure 46 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'horaire de consultation*

Parmi les personnes consultant entre 0 et 4 heures, 50% ont bénéficié d'examens complémentaires. Quarante pour cent de celles consultant entre 4 heures et 8 heures, 42% de celles consultant entre 8 heures et 13 heures, 44% de celles consultant entre 13 heures et 18 heures et 29% de celles consultant entre 18 heures et minuit ont également bénéficié du plateau technique.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre l'horaire de consultation et la réalisation d'examens complémentaires (p=0.296).

f. Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'initiative de venue

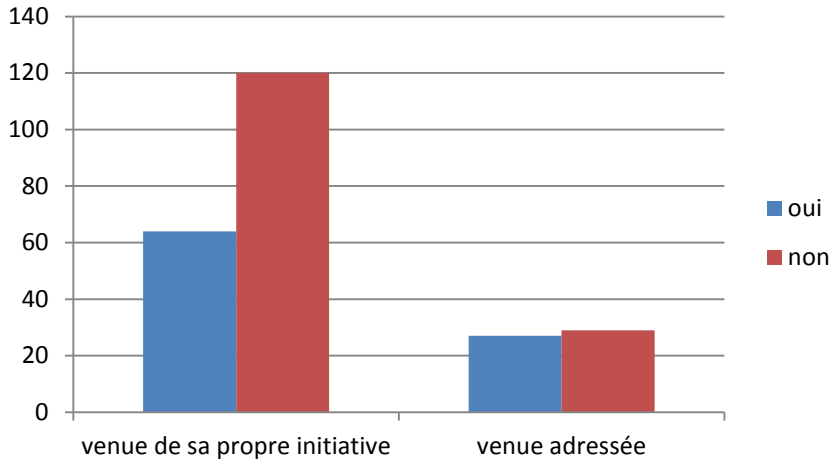


Figure 47 : *Répartition de la réalisation d'examens complémentaires selon l'initiative de venue*

Parmi les personnes venues de leur propre initiative, 35% ont bénéficié d'examens complémentaires.

Parmi les personnes venues adressées, 48% ont bénéficié d'examens complémentaires.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre le fait d'être venu de sa propre initiative et la réalisation d'examens complémentaires (p=0.097).

4. L'orientation

a. Répartition de l'orientation selon l'âge

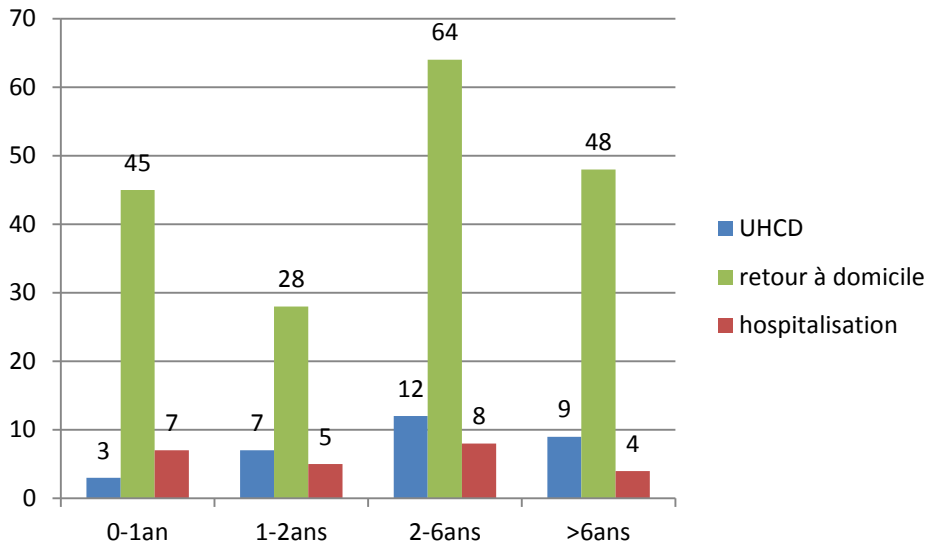


Figure 48 : *Répartition de l'orientation selon l'âge*

Parmi les patients pris en charge en UHCD, 10% avaient moins de 1 an, 23% de 1 à 2 ans, 39% de 2 à 6 ans et 29% plus de 6 ans.

Parmi les patients rentrés à domicile, 24% avaient moins de 1 an, 15% de 1 à 2 ans, 35% de 2 à 6 ans et 26% plus de 6 ans.

Parmi les patients hospitalisés, 29% avaient moins de 1 an, 21% de 1 à 2 ans, 33% de 2 à 6 ans et 17% plus de 6 ans.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre l'âge et l'orientation (p=0.524).

b. Répartition de l'orientation selon le sexe

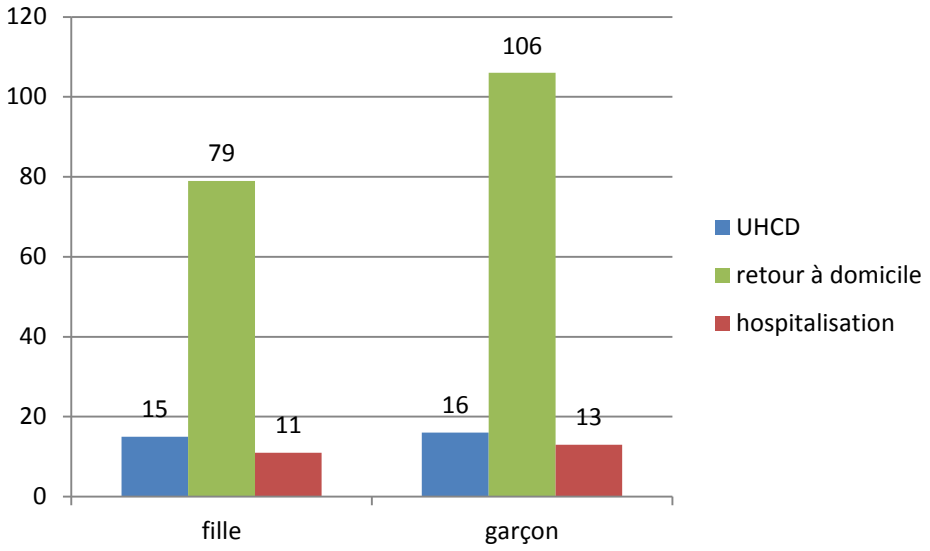


Figure 49 : *Répartition de l'orientation selon le sexe*

Parmi les patients pris en charge en UHCD, 48% étaient des filles et 52% des garçons. De même, 43% des patients rentrés à domicile étaient des filles (57% de garçons), et 46% des patients hospitalisés également (54% des garçons).

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre le sexe du patient et l'orientation (p=0.820).

c. *Répartition de l'orientation selon la durée des symptômes*

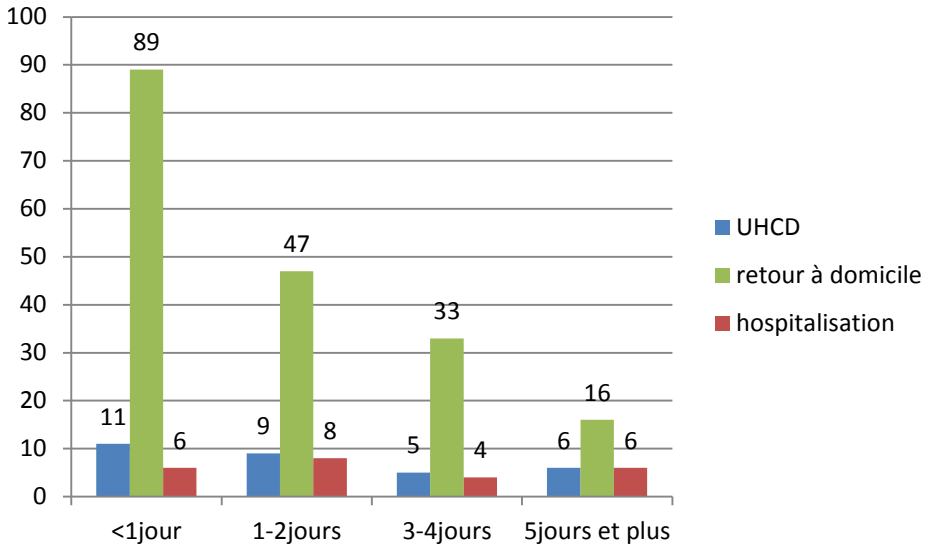


Figure 50 : *Répartition de l'orientation selon la durée d'évolution*

Parmi les patients pris en charge en UHCD, 35% présentaient des symptômes depuis moins de 24 heures, 29% depuis 1 à 2 jours, 16% depuis 3 à 4 jours et 19% depuis 5 jours ou plus.

Parmi les patients rentrés au domicile, 48% présentaient des symptômes depuis moins de 24 heures, 25% depuis 1 à 2 jours, 18% depuis 3 à 4 jours et 9% depuis 5 jours ou plus.

Parmi les patients hospitalisés, 25% présentaient des symptômes depuis moins de 24 heures, 33% depuis 1 à 2 jours, 17% depuis 3 à 4 jours et 25% depuis 5 jours ou plus.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre la durée de l'évolution et l'orientation (p=0.105).

d. Répartition de l'orientation selon le motif de consultation

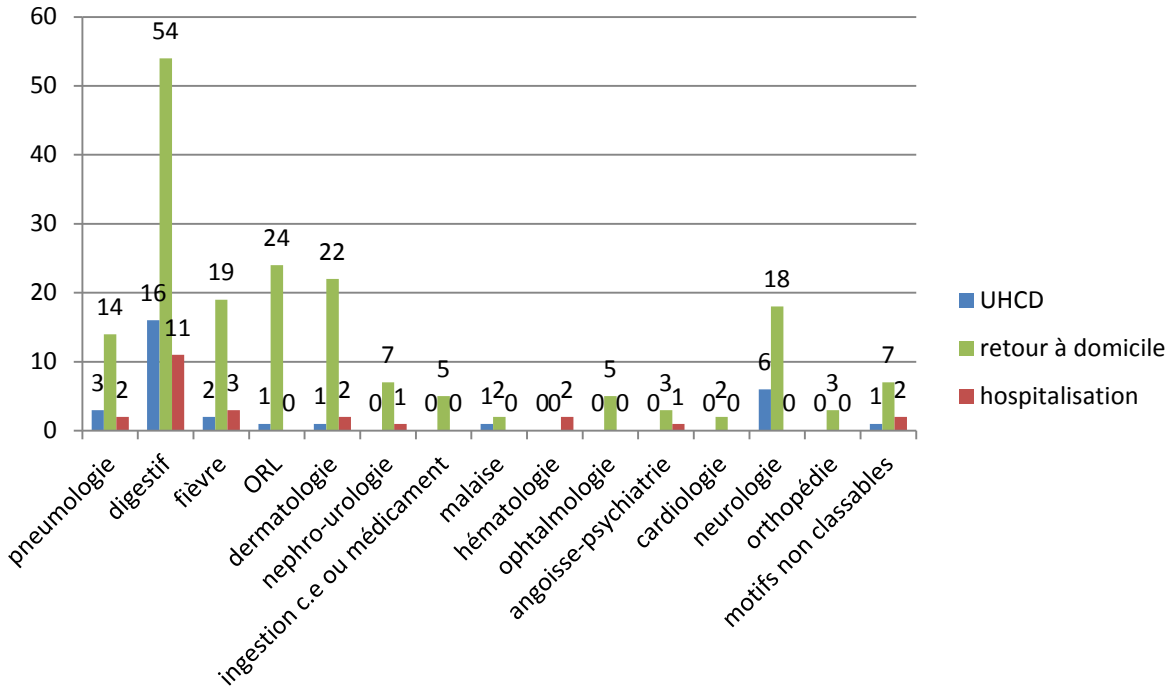


Figure 51 : *Répartition de l'orientation selon le motif de consultation*

Parmi les patients pris en charge en UHCD, 10% présentent des symptômes pneumologiques, 52% des symptômes digestifs, 6% de la fièvre, 3% des motifs ORL, 3% des symptômes dermatologiques, 3% un malaise, 19% des motifs neurologiques et 3% des motifs non classables. Le reste des motifs de consultation n'est pas représenté parmi les patients admis en UHCD.

Parmi les patients hospitalisés, 8% présentent des symptômes pneumologiques, 46% des symptômes digestifs, 12% de la fièvre, 8% des symptômes dermatologiques, 4% des motifs néphro-urologiques, 8% des symtômes hématologiques, et 8% des motifs non classables. Le reste des motifs de consultation n'est pas représenté parmi les patients hospitalisés.

Selon le test du Khi2, il n'y a pas d'indépendance entre le motif de consultation et l'orientation (p=0.018). En effet, les patients sont plus souvent hospitalisés pour des motifs digestifs, pneumologiques, de la fièvre, un malaise, ou des motifs neurologiques

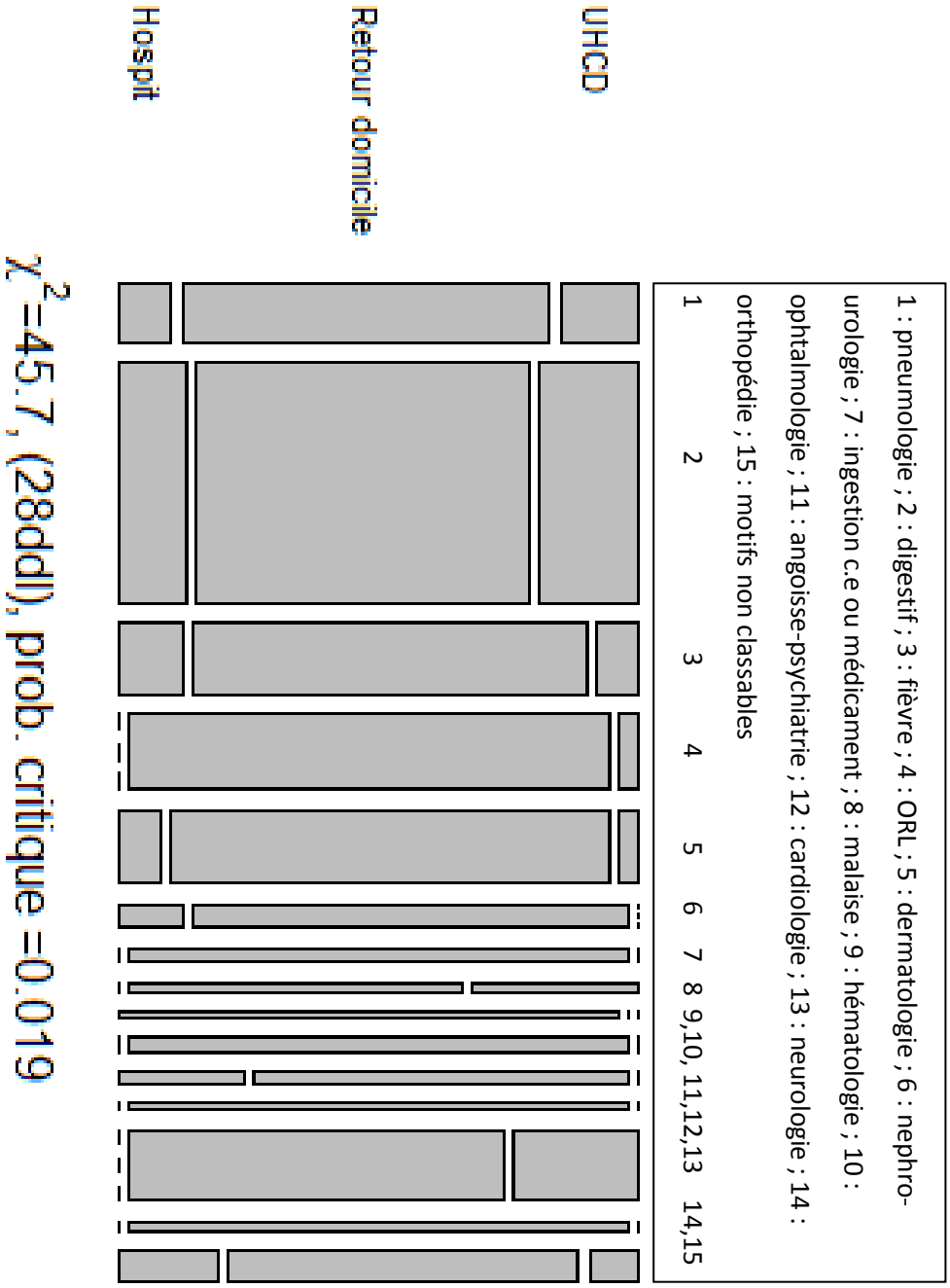


Figure 52 : *Orientation selon le motif de consultation pondérée*

e. Répartition de l'orientation selon l'horaire de consultation

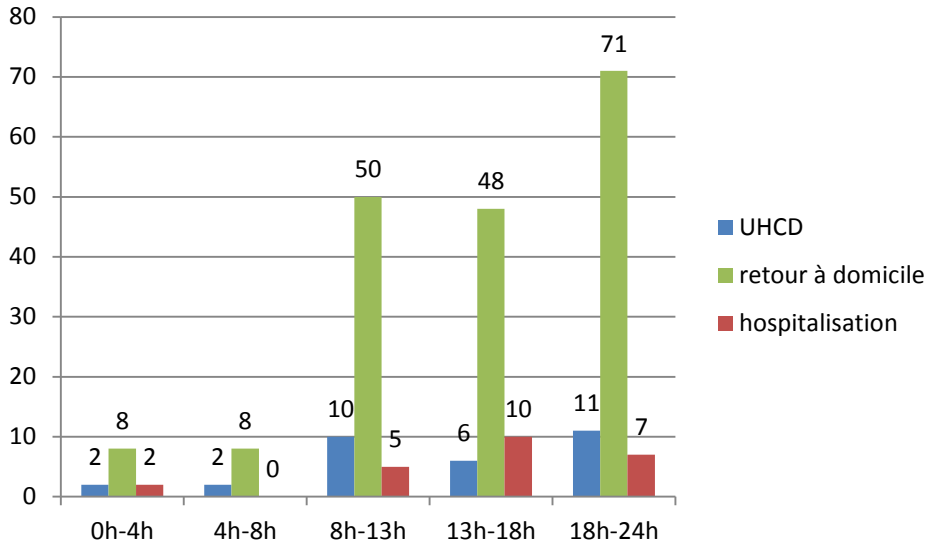


Figure 53 : *Répartition de l'orientation selon l'horaire de consultation*

Parmi les patients pris en charge en UHCD, 6% consultaient entre 0 et 4 heures, 6% entre 4 et 8 heures, 32% entre 8 et 13 heures, 19% entre 13 et 18 heures et 35% entre 18 heures et minuit.

Parmi les patients réadressés au domicile, 4% ont consulté entre 0 et 4 heures, 4% entre 4 et 8 heures, 27% entre 8 et 13 heures, 26% entre 13 et 18 heures et 38% entre 18 heures et minuit.

Parmi les patients hospitalisés, 8% ont consulté entre 0 et 4 heures, 0% entre 4 et 8 heures, 21% entre 8 et 13 heures, 42% entre 13 et 18 heures et 29% entre 18 heures et minuit.

Selon le test du Khi2, il y a indépendance entre l'horaire de consultation et l'orientation (p=0.638)

f. Répartition de l'orientation selon l'initiative de venue

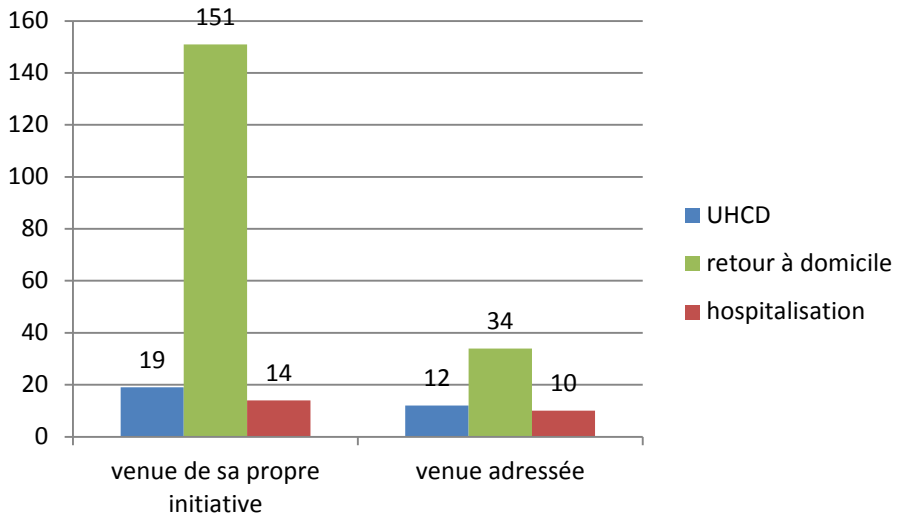


Figure 54 : *Répartition de l'orientation selon l'initiative de venue*

Parmi les patients pris en charge en UHCD, 61% étaient venus de leur propre initiative. De même, 82% des patients retournant au domicile et 58% des patients hospitalisés en secteur étaient venus non adressés.

Selon le test du Khi2, il n'y a pas indépendance entre le fait de venir de sa propre initiative et l'orientation (p=0.004).

Les patients adressés sont plus souvent pris en charge en hospitalisation traditionnelle ou de courte durée.

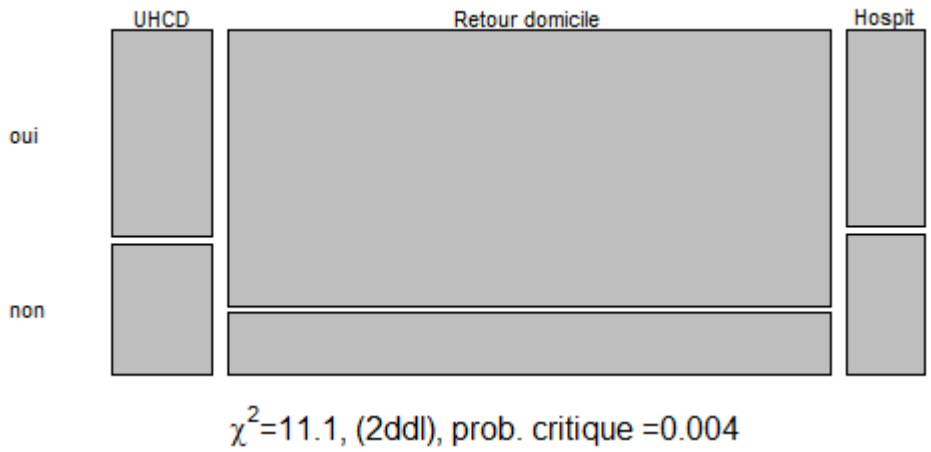


Figure 55 : *Orientation selon l'adressage pondérée*

5. Tableau récapitulatif

Variable	X^2	P	Interprétation
Durée d'évolution			
Selon la distance	4.5	0.972	Indépendance
Selon l'âge	17.2	0.045	**Dépendance**
Selon l'existence d'une consultation antérieure	16.9	0.009	**Dépendance**
Selon l'horaire de consultation	16.1	0.187	Indépendance
Selon l'initiative de venue	1.1	0.784	Indépendance
Degré d'urgence ressentie			
Selon le motif de consultation	23.5	0.705	Indépendance
Selon l'horaire de consultation	19.8	0.011	**Dépendance**
Selon l'âge	3.25	0.776	Indépendance
Selon la distance	14.1	0.078	Indépendance
Selon la durée d'évolution	6.44	0.374	Indépendance
Selon l'existence d'une consultation antérieure	3.04	0.551	Indépendance
Selon l'initiative de venue	2.99	0.223	Indépendance
Selon la réalisation d'examens complémentaires	0.86	0.648	Indépendance
Selon la classification CCMU		0.278	Indépendance
Selon l'orientation	1.21	0.876	Indépendance
Réalisation d'examens complémentaires			
Selon l'âge	1.50	0.680	Indépendance
Selon le sexe	0.007	0.933	Indépendance
Selon la durée des symptômes	10.2	0.017	**Dépendance**
Selon le motif de consultation	37.6	0.001	**Dépendance**
Selon l'horaire de consultation	4.91	0.296	Indépendance
Selon l'initiative de venue	2.74	0.097	Indépendance
Orientation			
Selon l'âge	5.15	0.524	Indépendance
Selon le sexe	0.39	0.820	Indépendance
Selon la durée des symptômes	10.5	0.106	Indépendance
Selon le motif de consultation	45.7	0.019	**Dépendance**
Selon l'horaire de consultation	6.07	0.638	Indépendance
Selon l'initiative de venue	11.1	0.004	**Dépendance**

Troisième partie : Discussion

I. Sur la méthode

A. Représentativité de l'échantillonnage de l'étude

En reprenant les statistiques totales du nombre de consultations sur la période, la moyenne des consultations était de 24 par jour les jours ouvrés et de 35.8 par jour les jours non ouvrés (X1.49). Dans notre étude, la moyenne de consultation était de 6.19 par jour les jours ouvrés et de 11 par jour en jour non ouvré (X1,77). Selon le test du Khi2 d'homogénéité, la population étudiée est homogène par rapport à la population ayant réellement consulté durant la période de notre étude.

B. Biais

1. Biais de non réponse

L'étude a été réalisée sur un total de 240 questionnaires. Dix questionnaires étaient inutilisables.

2. Biais de recrutement

- La zone géographique

Les consultants interrogés ne proviennent que d'un seul site, l'hôpital Bel Air de Thionville.

- La distribution des questionnaires

Les questionnaires ont été distribués au consultant lors de son installation par l'équipe paramédicale en salle d'examen. L'exclusion systématique des personnes comprenant mal le français entraine un

biais de recrutement notamment au détriment des familles les plus défavorisées. De même, le refus de certains consultants de répondre au questionnaire limite l'exhaustivité de l'étude.

II. Sur les résultats obtenus

A. Caractéristiques socio démographiques

1. L'âge

Dans cette enquête, l'âge moyen de consultation était de 4.56 ans, 23% avaient moins de 1 an, et les nourrissons représentaient 39.5% des consultants. Les moins de 6 ans représentent 75% des passages. Une étude réalisée en 1997 à l'hôpital de Bondy retrouvait un taux des moins de 2 ans dans les consultations de 47%. Soixante-dix-huit pour cent des consultants avaient moins de 6 ans (34). En 2003 au CHU de Poitiers, une autre étude retrouvait un taux de moins de 2 ans de 46%, et un âge moyen de consultation de 4 ans (35). Plus récemment, une étude menée au CHU de Bordeaux retrouvait un taux des moins de 1 an dans les consultations de 21%, et un taux de 34% pour les 1 à 3 ans (36). Dans une thèse réalisée à Brest en 2012, les enfants de moins de 1 an représentent 11.3% des consultants, les moins de 2 ans 21.2% et les moins de 6 ans 50.5% (37) . La consultation des tous petits est majoritaire par rapport à leur poids démographique (28). Cela peut s'expliquer par la forte proportion des maladies infantiles, notamment quand ceux-ci sont gardés en collectivité. Cela est peut être lié à une plus forte attractivité des UP pour les nourrissons car ceux-ci ne représentent que 25% des consultations libérales (39).

2. Le sexe

La répartition selon le sexe dans notre étude est en faveur des garçons qui représentent 56.25% des consultants. Dans l'étude de Poitiers, 55% des enfants sont des garçons (35), ce qui équivaut à nos résultats. Dans l'étude de Brest, 55.4% des enfants sont des garçons (37). Nous constatons une prépondérance des consultations masculines dans toutes les études, mais nous ne pouvons pas conclure sur l'origine de cette différence. Nous pouvons cependant supposer que cela puisse s'expliquer par une plus grande fragilité des garçons, ou par une inquiétude parentale plus importante.

3. La protection sociale et l'activité professionnelle

Dans notre étude, tous les patients bénéficient d'une protection sociale, 75.42% ont une mutuelle et 10% sont titulaires d'une couverture maladie universelle. Dans l'étude réalisée au CHU de Poitiers, 81% des patients bénéficient d'une couverture par la sécurité sociale, et 9% bénéficient de la CMU (35). Dans l'étude de Bordeaux, 61% des familles ont une mutuelle, et 14% sont couverts par la CMU (36). Notre étude retrouve un plus fort taux de couverture par une mutuelle.

Concernant l'activité professionnelle, 12% des pères et 34% des mères ne travaillent pas. Dans l'étude de Poitiers de 2003, 30% des mères et 8% des pères n'ont pas d'activité professionnelle (35). En 2009, le taux de chômage global dans la région était de 9.9% (29). La différence peut s'expliquer par un contexte économique plus tendu ces dernières années.

4. Le suivi médical habituel

Concernant le suivi médical habituel des enfants consultant aux UP, 61% sont suivis exclusivement par un généraliste, 18% exclusivement par un pédiatre et 17% sont suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. Les patients suivis par un généraliste et la PMI ou par un pédiatre et la

PMI représentent 2% des effectifs. Dans l'étude de Bondy, 31% des patients sont suivis par un généraliste, 16% par un pédiatre et 25% par la PMI(34). Dans l'étude de Poitiers, 5% ne sont suivis que par un pédiatre, 62% que par un généraliste et 31% par les deux praticiens (35). Dans l'étude de Brest, 84,5% des enfants sont suivis par un généraliste et 12.6% sont suivis par un pédiatre (37). La différence de suivi avec l'étude de Bondy peut s'expliquer par le fait que la population de cette zone d'île de France est plus défavorisée que la population Lorraine et que le réseau des PMI est nettement plus dense. Par ailleurs, le suivi exclusif par un pédiatre semble plus important dans notre région mais il diminue avec l'âge, possiblement en raison du faible taux de pédiatres libéraux. En effet, à partir de 2 ans, le suivi par le médecin généraliste tend à augmenter.

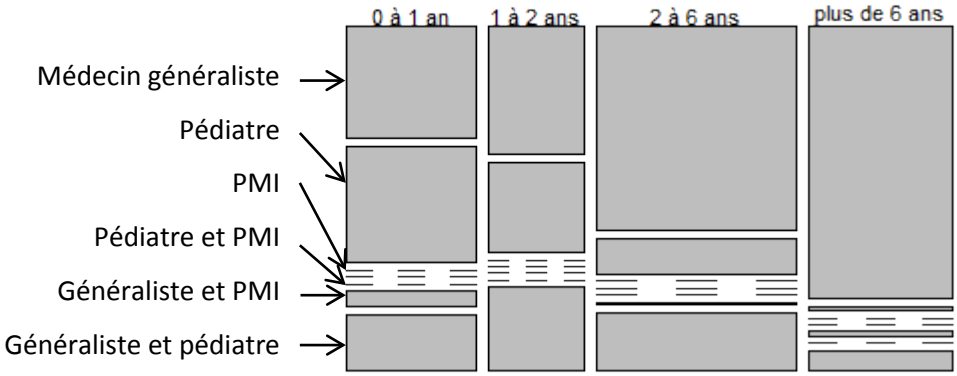


Figure 56 : *Suivi médical selon l'âge*

5. La distance

Dans notre étude, 31% des consultants résident dans un rayon de 5 km de l'hôpital, 55% dans un rayon de 10 km, 82% dans un rayon de 20 km. Dans l'étude de Poitiers, 23% résident dans un rayon de 5 km, et 55% dans un rayon de 20 km (35). Dans l'étude bordelaise, 56% des consultants résident dans un rayon de 10 km, et 74% dans un rayon de 30 km (36). Dans l'étude Brestoise, 46% des consultants résident dans un rayon de 10 km de l'hôpital (37). Dans tous les cas la majorité des patients demeurent dans un rayon de 20 km d'un service d'urgences.

	Sexe	Suivi médical	Age	Activité professionnelle	Protection sociale	Distance
Etude Brest	Garçons : 55.4% Filles : 44.6%	MG : 84.5% Pédiatre : 12.6%	Moins de 1 an : 11.3% Nourrissons : 21.2% Moins de 6 ans : 50.5%	_	_	Rayon 10 km : 46%
Etude Bordeaux	_	_	Mois de 1 an : 21%	_	Mutuelle : 61% CMU : 14%	Rayon 10 km : 56% Rayon 30 km : 74%
Etude Poitiers	Garçons : 55% Filles : 45%	MG exclusif : 62% Pédiatre exclusif : 5% MG+ pédiatre : 31%	Nourrissons : 46% Age moyen : 4 ans	Père sans activité : 8% Mère sans activité : 12%	Protection sociale : 81% CMU : 9%	Rayon 5 km : 23% Rayon 20 km : 55%
Etude Bondy	_	MG : 31% Pédiatre : 16% PMI : 25%	Nourrissons : 47% Moins de 6 ans : 78%	_	_	_
Etude Thionville	Garçons : 56.25% Filles : 43.75%	MG exclusif : 61% Pédiatre exclusif : 18% MG+ pédiatre : 17% PMI+ autre : 2%	Moins de 1 an : 23% Nourrissons : 39.5% Moins de 6 ans : 75% Age moyen : 4.56 ans	Père sans activité : 12% Mère sans activité : 34%	Protection sociale : 100% Mutuelle : 75.42% CMU : 10%	Rayon 5 km : 31% Rayon 10 km : 55% Rayon 20 km : 82%

Tableau 3: *Comparaison des caractéristiques socio démographiques*

B. Caractéristiques de la consultation

1. Motifs de consultation

Dans notre étude les motifs de consultation principaux étaient représentés à 33.75% par des plaintes digestives, à 10,42% par des plaintes ORL, à 10.42% par des plaintes dermatologiques, et à 10% par de la fièvre. Dans l'enquête Brestoise, la fièvre représentait 20.7% des motifs de recours, les troubles digestifs 10.6%, et les pathologies ORL 3.1% (37). Dans une enquête réalisée par la DREES en janvier 2002, la fièvre représentait 47% des motifs de recours, et les troubles digestifs 35% (40).
La fièvre semble moins représentée dans notre étude. Cela peut s'expliquer par le fait que notre étude ait eu lieu sur une courte période, et en dehors de la période hivernale où ont eu lieu les deux autres études. L'activité est en effet très variable et rythmée par les vacances scolaires et les épidémies (41).

2. Horaire de consultation

Concernant l'horaire de consultation, 5% des consultants venaient entre 0 et 4 heures, 4.2% entre 4 heures et 8 heures, 27.1% entre 8 heures et 13 heures, 26.7% entre 13 heures et 18 heures, et 37.1% entre 18 heures et minuit. Dans l'étude poitevine de 2003, 7% des patients consultaient entre 0 et 8 heures, 22% entre 8 heures et midi, 43% entre midi et 18 heures, et 28% entre 18 heures et minuit (35). Dans l'étude de Bondy, le pic de consultation se situait entre 10 heures et 23 heures (34).
Dans notre étude, la proportion de consultations reste stable durant les heures d'ouverture des cabinets médicaux (de 8 heures à 18 heures) puis augmente le soir et en début de nuit. Elle reste faible en nuit profonde. L'augmentation des consultations en soirée et début de nuit peut s'expliquer par le fait que les parents ayant une activité professionnelle consultent plus facilement le soir en rentrant du travail (41). Nous pouvons également évoquer « l'effet nuit », qui consiste en une présentation aux UP, surtout entre 22 heures et minuit, par exaspération ou angoisse disproportionnée. Cela est lié au seuil de tolérance des parents. Il existe donc une influence de facteurs extra médicaux sur le recours aux urgences (42).

3. Durée des symptômes

Concernant la durée des symptômes, 44% des patients se présentaient aux UP pour des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures, 27% pour des symptômes évoluant depuis 1 à 2 jours, 18% pour des symptômes durant depuis 3 à 4 jours, et 12% pour des symptômes présents depuis 5 jours ou plus. Dans la thèse Brestoise, 55.5% des patients étaient malades depuis moins de 24 heures, 21.1% depuis 1 à 2 jours, et 23.4% depuis plus de 2 jours (37). Il n'existe pas de différence notable avec la durée d'évolution de la pathologie lorsque les patients consultent en libéral (40% des consultants ont des symptômes depuis moins de 24 heures) (39).

La majorité des patients consultent donc très rapidement après l'apparition des premiers symptômes. Cela est souvent expliqué par le fait que les parents anticipent une éventuelle aggravation(36,39).

Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence le fait que les parents consultaient plus rapidement pour les enfants âgés de 2 à 6 ans. Nous pouvons avancer l'hypothèse qu'à cet âge, les enfants commencent à exprimer leurs plaintes plus clairement ce qui conduit à des consultations plus rapides.

De même, les parents consultent plus tard lorsqu'ils ont déjà vu un médecin pour le même problème. Leur besoin de revenir peut se justifier par l'inefficacité supposée du traitement, et le besoin d'un deuxième avis(40).

4. Initiative de venue

Dans notre enquête, 54% des patients n'ont consulté aucun médecin avant de venir aux UP ; ils sont 30% à avoir consulté leur médecin traitant auparavant. Cependant, 77% des patients se présentent aux UP de leur propre initiative. Dans l'étude poitevine, 54% des patients s'étaient présentés spontanément. (35). Dans la thèse Brestoise, 83.6% des patients venaient de leur propre initiative (37). D'autres études retrouvent un taux de consultation aux UP en premier recours de 80% (41,43).

Dans les justifications de venue aux UP de leur propre initiative, les consultants évoquent en premier lieu la gravité de la maladie (40%),puis l'indisponibilité du médecin traitant (38%), la meilleure prise en charge (25.5%), la rapidité des examens complémentaires (19.5%), la rapidité pour obtenir une consultation (16%), la difficulté à joindre le médecin traitant (9%), le recours à un deuxième avis

(7.6%), et la gratuité (2%). Dans la thèse Brestoise, 27% des répondants évoquaient une meilleure prise en charge, 22% l'impossibilité d'accéder à son médecin traitant, et 17% la gravité de la pathologie (37).

Nos résultats retrouvent des notions évoqués dans la littérature. La sensation de gravité semble en effet être la motivation première pour se rendre aux UP. Les parents l'expliquent par l'existence d'un risque immédiat de leur point de vue (36,38–40,43,44), ou au contraire le fait de « ne pas prendre de risque »(42). L'indisponibilité du médecin traitant est également évoquée dans les études, notamment lorsque la consultation s'effectue le samedi matin(39). L'hôpital est par ailleurs un lieu qui reste perçu comme une zone de soins d'excellence compte tenu de la présence de spécialistes et d'un plateau technique complet accessible à toute heure (17,38,39,43–45). Il est alors perçu comme « un pourvoyeur de soins capable de prendre en charge le patient tout entier, de réaliser un examen général ; et comme un lieu suffisamment équipé pour tirer immédiatement les conséquences de l'examen. Les urgences sont alors conçues comme le lieu de diagnostic général le plus fiable »(42).

Concernant la gratuité des soins, ce point n'est évoqué que par 2% des consultants de notre étude, alors qu'il est régulièrement évoqué dans la littérature (18,38,44,45). En effet, aux UP, la question du paiement est traitée à part de celle du soin. Tout ce qui est jugé nécessaire à la prise en charge est réalisé indépendamment du coût ou des revenus des familles(42). Cependant, cette réalité n'est pas retrouvée dans notre étude. Cela peut s'expliquer par le fait que le questionnaire, bien qu'anonyme, était récupéré en mains propres et que les familles pouvaient donc avoir la crainte d'être jugées par le personnel soignant.

Cette partie de l'étude permet de différencier les deux grands types de populations identifiés dans les études comme se présentant aux urgences : d'une part les populations défavorisées, où la représentation des UP est proche de celle du dispensaire, d'autre part les populations consuméristes, qui considèrent les UP comme un lieu de soins hyper réactif et hyper contemporain (18,34–36).

Dans notre étude, 23% des patients ont été adressés aux UP. Le centre 15 a adressé 28.6% d'entre eux, 25% ont été adressés par le médecin traitant, 17.9% par un autre médecin, 14.3% par les UP au téléphone, 8.9% ont été amenés par les pompiers, et 5.4% ont été amenés par le SAMU. Dans la thèse Brestoise, seulement 16.4% des patients étaient adressés, et majoritairement par un médecin libéral (37).Dans l'étude poitevine, 46% des patients étaient adressés(35). Le recours téléphonique (42.9%) semble être le principal pourvoyeur de consultations adressées. Cela peut s'expliquer d'une part par le fait qu'obtenir un renseignement médical pour le patient est plus facile par téléphone, et d'autre part qu'il est plus difficile de faire un diagnostic par téléphone pour le médecin. En effet, l'exercice de la pédiatrie par téléphone se heurte à plusieurs problèmes tels que le risque

d'omission de questions importantes, la mauvaise interprétation parentale des questions posées, et le défaut d'appréciation objective par les familles (46).

Concernant le recours au service de garde, les consultants se tournent principalement vers le centre 15 (64%), puis vers Médigarde (25%). Parmi les patients consultant en horaire de garde, 83% n'ont contacté aucun service de garde, et 13% pensent qu'ils ne sont pas couverts par un service de garde. Seulement 12.5% des consultants sont adressés par un médecin de garde. Cette notion est retrouvée dans une étude où 20% des patients ne savent pas s'il existait un médecin de garde sur leur secteur (40). Cela peut être dû aux difficultés à organiser les tableaux de garde des médecins généralistes, et à l'agrandissement progressif des secteurs de garde. En effet, la politique actuelle tend à privilégier le recours aux urgences surtout en nuit profonde, en raison d'un coût plus élevé de la permanence des soins sur ces horaires (2).

5. Degré d'urgence ressentie

Parmi les patients ayant exprimé leur opinion concernant le degré d'urgence ressentie, 15% évoquaient un motif vital, 48% un motif très urgent, et 37% un motif pouvant attendre quelques heures. Dans la thèse Brestoise, 27.3% considéraient leur problème comme très urgent, 65.5% considéraient leur motif comme moyennement urgent, et 7.2% estimaient leur problème comme non urgent (37).

Pourtant, le degré d'urgence ressentie n'est pas corrélé à l'urgence réelle. En effet, dans notre étude, l'urgence réelle est évaluée par la réalisation d'examens complémentaires (nécessité du plateau technique), la classification CCMU, et l'orientation au terme de la prise en charge. Dans les trois cas, le degré d'urgence ressentie était indépendant de ces facteurs. Ces recours inappropriés peuvent être expliqués tout d'abord par une attitude consumériste : les patients sont impatients et ont des difficultés à gérer leur stress ; la possibilité d'un recours à tout moment et l'existence d'un plateau technique calment leur angoisse(18,38,43,44,47,48). Cette notion d'angoisse est essentielle pour comprendre ce recours qui nous parait, en tant que professionnel de santé, inapproprié. Les familles surestiment la gravité de la pathologie présentée par leur enfant. Pour elles, la venue aux UP est estimée justifiée dans 95% des cas, alors que seulement 60% des médecins sont du même avis (34). Les parents expliquent leur venue par la sensation d'un risque immédiat, par l'anticipation d'une éventuelle aggravation, et par l'épuisement des ressources ou références médicales

habituelles(36,42). Les parents préfèrent « ne pas prendre de risque »(42). En effet, ce qui peut paraitre routinier pour le médecin est un événement unique et vécu comme dramatique par les familles(45). A cela s'ajoute « l'effet nuit » où l'angoisse parentale tend à augmenter, comme nous avons pu remarquer dans notre étude, puisque le degré d'urgence ressentie était dépendant de l'horaire de consultation.

Par ailleurs, nous pouvons remarquer que le degré d'urgence ressentie était indépendant de l'âge, du type de pathologie, de l'existence d'une consultation antérieure, de l'initiative de venue et du domicile. Ces résultats sont plus surprenants car nous aurions pu penser que le petit âge aurait conduit les parents à ressentir leur problème comme plus urgent, le nourrisson ne pouvant exprimer clairement ce qu'il ressent.

6. Examens complémentaires

Dans notre étude, des examens complémentaires, qu'ils soient biologiques ou radiologiques, n'ont été effectués que pour 38% des consultants. Dans l'étude brestoise, des examens complémentaires avaient été réalisé pour 55.5% des consultants(37). Dans celle de Poitiers, 48% des consultants ne bénéficiaient pas de bilan(35).Dans celle de Bondy, 27% des consultants avaient eu un examen d'imagerie, et 11.5% un bilan biologique(34).

Dans notre étude, nous avons mis en évidence le fait que la réalisation d'examens complémentaires est dépendant du motif de consultation : il y a plus d'examens complémentaires réalisés pour une fièvre, un motif nephro-urologique, une ingestion de corps étranger ou de médicament, un malaise, un motif cardiologique ou un motif orthopédique.

De même, l'utilisation du plateau technique est également liée à la durée des symptômes. Cela est dû au fait que les pathologies pédiatriques nécessitent des investigations lorsqu'elles durent. En effet, en l'absence de signes de gravité, aucun examen complémentaire ne sera pratiqué pour une fièvre venant d'apparaître. Cependant, si cette fièvre persiste au-delà de 72 heures et en l'absence de signes cliniques, il faudra rechercher une infection « occulte » telle qu'une pneumopathie ou une pyélonéphrite en réalisant des examens complémentaires.

De manière plus surprenante, l'utilisation du plateau technique est indépendante de l'initiative de venue. Nous aurions pourtant pu supposer que lorsque le patient était adressé, il nécessitait plus souvent des investigations. Ce résultat peut être dû au fait que 42.9 % des patients adressés le soient par téléphone.

De même, la réalisation d'examens complémentaires est indépendante de l'âge, du sexe, et de l'horaire de consultation. Ces paramètres n'influencent donc pas la prise de décision médicale.

7. Classification CCMU

Dans notre étude, 37.5% des patients étaient classés CCMU1, 59.2% étaient classés CCMU2, et 3.3% étaient classés CCMU3. Dans l'étude Brestoise, 20% des patients étaient cotés CCMU1, 79.6% étaient cotés CCMU2(37). Plus d'un tiers des consultants relèvent donc d'une simple consultation, sans qu'aucun geste thérapeutique ou diagnostique ne soit effectué.

8. Orientation

Dans notre étude, 77.1% des patients ont été renvoyés à domicile, 12.9% ont été pris en charge en UHCD, et 10% ont été pris en charge en hospitalisation traditionnelle. Dans l'étude Brestoise, 8.8% des patients ont été hospitalisés, et 90.7% d'entre eux ont pu rentrer à leur domicile(37). Dans l'étude de Bondy, 21% des patients étaient hospitalisés (34), dans celle de Poitiers, 22% des patients étaient hospitalisés en secteur, 19% étaient pris en charge en UHCD, et 59% rentraient à domicile(35). Dans l'étude Bordelaise, 93% des patients rentraient chez eux(36).

Nous avons pu mettre en évidence le fait que l'orientation soit dépendante du motif de consultation. L'hospitalisation est plus souvent décidée pour les pathologies digestives. Cela peut s'expliquer par la rapidité d'une possible déshydratation chez un petit, qui peut très vite s'avérer potentiellement létale.

De même l'hospitalisation est dépendante de l'initiative de venue. En effet, les patients sont plus souvent pris en charge en structure hospitalière lorsqu'ils sont adressés par une structure médicale. Cela a également été vérifié dans l'étude de Bondy dans laquelle 55% des patients adressés étaient hospitalisés, alors que seulement 14% des patients venus de leur propre initiative l'étaient également(34). Cela s'explique par le fait que lorsque l'enfant est adressé, le recours à la structure se

justifie d’un point de vue médical. Il n’est plus laissé à la simple appréciation parentale mais à des critères médicaux et à une expérience permettant de mieux juger de la pertinence de son recours.

III. Comparaison avec la littérature étrangère

A. L'Europe

En Belgique, les passages aux urgences ont augmenté de 22.6% entre 2004 et 2010. Cinquante pour cent de ces passages concernent des enfants(49). Là-bas comme en France, les parents justifient leur venue par leur inquiétude, et la disponibilité immédiate du service (49). Cela correspond aux résultats de notre étude. Les auteurs évoquaient comme le conseil national de l'ordre des médecins, une conception du bien être plus exigeante pouvant expliquer l'augmentation des recours (17,49).

En Italie, une étude réalisée au sein de l'hôpital Bambino Gesù de Rome déterminait que les visites non urgentes représentaient 15 à 60% des consultations(50). La majorité des consultants avaient moins de 6 ans, et le premier motif de recours était les troubles digestifs, devant la fièvre et les troubles pneumologiques. La plupart des patients, bien qu'ayant un médecin traitant, consultaient par eux-mêmes en raison de leur inquiétude. Dans une autre étude, réalisée dans la région de Crotone, la moitié des consultants de semaine se présentaient durant les heures d'ouverture des cabinets médicaux(51). Seulement 7.7% d'entre eux étaient adressés par un médecin. Cela correspond aux résultats que nous avons pu retrouver. De même, la majorité des patients ne bénéficiait pas d'examens complémentaires et n'étaient pas hospitalisés et cela était significativement associé à la classification des soins en tant que « non-urgent ». Par contre, dans leur étude, le petit âge était significativement lié au fait de consulter aux UP.
Globalement, le mode de recours aux UP en Italie est proche de celui que nous avons pu mettre en évidence en France, probablement pour des raisons culturelles et économiques.

B. Les Etats-Unis et ailleurs

Aux Etats-Unis, l'augmentation significative de la fréquentation des urgences avait déjà été évoquée en 1958. Dans les années soixante-dix, il avait été prouvé que les américains voyaient les urgences comme une source efficace de soins urgents et non urgents : presque un tiers des personnes interrogées choisissaient les urgences comme première source de soins par commodité(52). Dans les quarante-cinq dernières années, l'augmentation du passage aux urgences était de 600%(52). Aux USA comme en France, il est difficile de déterminer l'urgence. Pour les Américains, cela est défini par l'existence d'un problème médical requérant des soins médicaux en quelques heures(52). Selon les études, le pourcentage de recours non urgent varie de 5 à 89%(52,53). Le taux de consultation des enfants est de 35.1%(54). Les plaintes sont globalement les mêmes qu'en France. Les motifs les plus souvent évoqués sont la fièvre, les troubles ORL, les éruptions, et les troubles digestifs(53).

Concernant la couverture médicale ambulatoire, de 3 à 30% des enfants n'ont pas de médecin traitant (primary care physician : PCP) selon les études(53,55). Cela est en opposition avec les résultats de notre étude dans laquelle tous les patients avaient un médecin traitant. Cependant ce résultat est logique compte tenu de la différence de système de couverture sociale entre les USA et la France.

Les facteurs prédictifs de consultation non urgentes aux UP retrouvés dans les différentes études étaient : la couverture sociale par Medicaid, l'absence de PCP, la proximité de l'hôpital, le fait d'être un parent isolé, et l'origine noire (52,54–56). Cela est complètement différent de ce que l'on peut retrouver dans notre étude. En effet, les bénéficiaires de la CMU (que l'on peut rapprocher de Medicaid) ne consultent pas plus que les autres assurés sociaux. De même, tous les patients de notre étude avaient un médecin traitant. La proximité des UP semble par contre être dans les deux cas un facteur déterminant de visite au service.

Lors d'une étude qualitative réalisée chez des patients ayant un médecin traitant, les motivations majeures rapportées étaient l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous avec le PCP, l'envoi par l'équipe paramédicale du cabinet sans avoir consulté, et le gain de temps à venir aux UP (57). Cela peut s'expliquer par le fait qu'aux USA, le PCP s'occupe essentiellement de la prise en charge chronique et a des rendez-vous programmés longtemps à l'avance. Il n'existe pas ou peu de place réservée chaque jour pour la pathologie aigue, ce qui conduit à des attentes longues en cabinet, ou à des rendez-vous programmés à distance de l'épisode (57). Devant cette réalité, les infirmières des cabinets médicaux envoient facilement aux urgences, et les patients eux-mêmes ont le réflexe de s'y rendre(57,58). Cela

est beaucoup moins vrai en France, puisque beaucoup de médecins libéraux ont encore des plages de consultation sans rendez-vous, ou des créneaux réservés aux urgences.
Lorsque la question est posée aux parents sur leurs motivations de recours aux UP, ceux-ci évoquent en premier lieu le besoin d'être rassuré immédiatement sur l'état de santé de leur enfant, et le sentiment de besoin d'un plateau technique(52,58). Cela correspond aux résultats retrouvés dans notre étude, l'urgence ressentie restant l'aspect principal de la motivation de venue aux UP.

Dans une étude réalisée à Taiwan, il a été mis en évidence que les patients consultant aux urgences résident plutôt à moins de 15 minutes du service, et que leur choix se fait plutôt par commodité (59). Les patients consultaient plutôt en journée, de manière spontanée, et pour des motifs non urgents. Aucune préférence pour des questions financières n'a été mise en évidence, mais cela s'explique par le fait que plus de 94% de la population est couverte par le National Health Insurance. Ainsi, même si du point de vue de la couverture sociale la France est plus proche de Taiwan que des USA, elle est plus proche des USA que de Taiwan concernant les motivations personnelles de recours, puisque le principal aspect évoqué dans cette étude asiatique est la commodité(59).

IV. Pistes d'améliorations

Au cours de cette étude, nous avons pu mettre en évidence le fait que les parents consultent en majorité aux urgences pédiatriques pour des motifs non graves, pouvant être pris en charge en consultation. Cette réalité contraste avec le point de vue des parents qui considèrent souvent leur motif comme grave. Nous avons également mis en évidence le fait que le recours inapproprié aux urgences est souvent lié à une indisponibilité du médecin traitant, et à la méconnaissance des systèmes de garde. Les services d'urgences sont alors utilisés comme une porte d'entrée à une consultation de pédiatrie(60).

Dès lors, plusieurs pistes de réflexion s'offrent à nous.

Le rapport de la Cour des Comptes pointait du doigt en 2007 un système d'orientation du patient déficient. L'absence d'un numéro d'appel unique, et le déficit d'informations pratiques des patients sur les moyens mis en place en dehors de l'hôpital conduisait à un recours massif aux structures d'urgences (2). Dans notre région, afin d'améliorer la prise en charge libérale des patients, un numéro d'appel unique Médigarde a été mis en place afin de simplifier le recours au médecin de garde. Malgré une information dans les salles d'attentes des médecins traitants, une grande partie de la population de notre étude n'a pas un recours spontané à ce système. Il semble donc impératif de devoir communiquer les informations nécessaires aux patients de manière plus claire, et d'améliorer l'efficacité du maillage territorial actuel (2).

Par ailleurs, ce système pose le problème de l'existence d'un médecin de garde uniquement en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Pourtant, 53.8% des patients de notre étude ont consulté durant ces périodes. Une des pistes évoquées pour expliquer l'indisponibilité du médecin traitant lors des heures ouvrées est l'augmentation des systèmes de consultation sur rendez-vous(61). L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) a proposé au mois d'avril 2013 aux médecins libéraux de la région de s'inscrire à un nouveau service, GEOGARDE, afin de signaler leurs possibilités d'accueil de patients pendant les heures ouvrées. Cela permettrait aux services de régulations d'orienter les patients via une interface de géolocalisation vers une réponse ambulatoire(61).

Durant les horaires de fermeture des cabinets, la création de maison médicale semble permettre une diminution des consultations. Par exemple, l'ouverture de la maison médicale de Bellepierre a permis la diminution de 46.77% du nombre d'admissions aux UP(62). Dans notre région, il n'existe que 2

maisons médicales desservant notre zone d'étude. De plus, le recours à ce type de structure implique une connaissance du public, qu'il semble pour l'instant ne pas avoir.
Dans cette perspective, une autre solution serait la mise en place d'une consultation sans rendez-vous au sein de l'hôpital, comme celle mise en place au sein de l'hôpital Robert Debré durant l'année 2003(60). Cette consultation fonctionnait les weekends, et était assurée par des médecins généralistes après orientation par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) du SAUP. Cette expérimentation a permis de réorienter 30 à 40% des patients. Le tiers payant était possible, et le plateau technique hospitalier accessible. La réorientation était globalement bien acceptée par les consultants. Cette solution présente de nombreux atouts tels que la proximité géographique entre le SAUP et la consultation, l'adéquation entre la gravité et la prise en charge, avec la possibilité de réorienter facilement et rapidement en cas de nécessité d'un plateau technique, et la possibilité de tiers payant. En outre, ce système a permis de diminuer les délais d'attente au sein du SAUP et au sein de la consultation. Pourtant, il présente tout de même quelques faiblesses, à savoir la rémunération liée à l'activité, la nécessité de volontaires, et la formation impérative des IAO au tri pédiatrique.

Le triage est en effet défini comme « l'orientation vers le médecin le plus adapté, dans des délais appropriés »(63). La création d'un outil de triage permet d'aider les IAO à effectuer un tri sur des critères objectifs, afin d'identifier, d'évaluer et de classer par ordre de priorité les besoins en soins des patients (64). La mise en place d'une grille standardisée au SAUP a permis de mieux gérer les flux des patients. Les temps d'attente diminuent au fur et à mesure qu'augmente le degré d'urgence IAO (65). Cette grille semble par ailleurs bien refléter la réalité de l'urgence puisque le taux d'hospitalisation augmente avec le degré d'urgence(65). Au sein des UP de Bel Air, un tri est effectué par l'infirmière ou l'auxiliaire de puériculture qui accueille l'enfant. Cependant, ce triage ne repose sur aucun modèle standardisé mais plus sur l'expérience et l'intuition du personnel effectuant le tri. Nous pourrions donc proposer la mise en place d'une grille standardisée de tri afin d'uniformiser les degrés d'urgence évalués par le personnel paramédical, et de rassurer les parents en amont de la consultation.

Il semble également intéressant de développer une plateforme d'accueil téléphonique dédiée à la pédiatrie au sein des plateformes de régulation. En effet, le taux de consultations téléphoniques augmente depuis les années 70(46). De plus, il a été démontré que lorsque des parents contactent une plateforme médicale téléphonique, ils attendent un conseil simple dans 78.5% des cas(66).

La médecine étant un art physique, le risque du conseil téléphonique est d'effectuer des erreurs d'appréciation. La conversation brève peut entrainer l'omission de questions importantes, une mauvaise interprétation des questions posées et un défaut d'appréciation objective en raison de l'anxiété parentale(46). Pourtant son développement pourrait permettre de réguler en amont l'afflux des passages aux UP. En effet, lors d'une étude concernant la mise en place d'une plateforme téléphonique en dérivation du C15, le recours aux structures d'urgences a semblé être plus approprié(66). Il parait donc impératif de former des médecins au conseil téléphonique pédiatrique, et de mettre en place des outils standardisés.

Une autre piste pouvant être évoquée est l'éducation parentale. Beaucoup de parents reçoivent un message polyphonique des professionnels de santé. Dans ces conditions, certains ne savent plus quel est le bon comportement à adopter. De nombreuses enquêtes ont mis en évidence que le choix de la consultation aux urgences était souvent le fait d'une méconnaissance des modalités de prise en charge des enfants, associée à de fortes inquiétudes parentales(67). L'association Courlygone, agissant sur la communauté urbaine de Lyon, a réalisé une action d'information et d'éducation des parents afin qu'ils ne recourent à un avis médical que lorsque les circonstances le légitiment réellement(67). Elle a édité des séries de fiches conseils illustrées qui ont permis une uniformisation du discours et donc une facilité de compréhension pour les parents. Elle a également réalisé des campagnes d'informations via différents médias. Des études réalisées au travers de thèses et mémoires ont permis de démontrer que les informations délivrées étaient comprises et retenues. Mais des études plus anciennes semblaient mettre en évidence le fait que les connaissances médicales des parents influaient peu sur leur mode d'utilisation des UP(68). Des efforts doivent donc encore être effectués dans l'éducation des parents. Du point de vue national, des fiches conseils ont été insérées dans le carnet de santé de l'enfant, afin de permettre aux parents un accès simple aux informations (annexe 2).
Il peut également être intéressant d'éduquer d'autres professionnels de santé tels que les pharmaciens à la prise en charge de petits symptômes bénins(69).

Enfin, en l'absence d'efficacité de la régulation en amont, la nécessité d'augmenter les capacités d'accueil des urgences pédiatriques s'avérera nécessaire. Devant le manque de pédiatres formés par rapport aux besoins, et à la sur-spécialisation de ces derniers, il semble nécessaire de former d'autres médecins à la pris en charge en urgence pédiatrique(70,71).

CONCLUSION

Du Moyen Age jusqu'à nos jours, la prise en charge des enfants n'a cessé d'évoluer. Des débuts où la prise en charge était avant tout sociale, à nos jours où la technicité et la rapidité du soin sont primordiales, la vision des parents de la santé de leur enfant a considérablement changé. Les services d'urgences ont été créés afin de permettre à tous d'accéder à des soins de santé à n'importe quel moment. Cependant, l'accroissement de l'utilisation de ces services au-delà de toute prévision a conduit à l'engorgement des structures, la plupart du temps pour des motifs pour lesquels elles ne sont pas dédiées.

Notre étude a permis de mettre en évidence les motivations parentales et les trajectoires de recours aux urgences pédiatriques.

D'un point de vue socio démographique, nous avons constaté que le recours aux urgences était plutôt le fait des nourrissons, et concernait plus souvent des garçons. Tous les patients bénéficiaient d'une protection sociale et plus des trois quart bénéficiaient d'une mutuelle. La très grande majorité des parents étaient actifs professionnellement. Le suivi était effectué le plus souvent par un médecin généraliste. Plus de la moitié des patients résidaient dans un rayon de 10 kilomètres.

Bien que la majorité des consultations aient lieu durant les heures ouvrées, plus des trois quart des patients venaient aux urgences de leur propre initiative, et plus de la moitié s'y présentait en premier recours, pour des symptômes évoluant depuis moins de 48 heures.

Les motifs évoqués par les parents pour justifier ce recours comportent en premier lieu la sensation de gravité. Pourtant, le degré d'urgence ressentie par les parents est parfaitement indépendant de la prise en charge de l'enfant, tant au niveau des examens complémentaires que de l'orientation.

Le deuxième motif évoqué est l'indisponibilité du médecin traitant. Pourtant, lorsque la consultation a lieu en dehors des périodes d'ouverture du cabinet, le service de garde est rarement contacté, souvent parce que les patients ne connaissent pas son existence sur leur zone géographique.

Il semble donc essentiel de convaincre les parents de consulter leur médecin traitant avant toute chose, le taux d'hospitalisation étant significativement lié au fait d'avoir été adressé.

Afin de désengorger les urgences, phénomène se produisant dans de nombreux pays industrialisés, nous pouvons proposer quelques pistes d'amélioration.

Il faut tout d'abord améliorer la lisibilité de la permanence des soins à vocation pédiatrique pour les consultants. La mise en place d'un numéro d'appel unique pour les gardes libérales est un premier pas, mais il faut que les parents soient sensibilisés à son utilisation lors des visites au sein des cabinets médicaux. La permanence des soins lors des horaires d'ouverture de ville est également un point pouvant être amélioré, compte tenu de l'accroissement des consultations de cabinet sur rendez-vous.

Une possibilité de réorientation vers une consultation libérale ayant lieu au sein de l'hôpital suite au tri d'accueil est aussi une piste à explorer. Cela permettrait une réponse rapide, en un lieu unique, avec les moyens nécessaires selon la gravité réelle de la pathologie. Cela faciliterait le recours parental, dont l'anxiété déforme l'urgence réelle de la maladie de leur enfant. La réorientation se ferait avant la consultation aux urgences, mais après l'initiative parentale de venue.

Une autre piste est l'amélioration de l'éducation des parents. Des efforts ont déjà été faits en ce sens avec la parution des fiches explicatives dans les carnets de santé, et la sensibilisation des parents par l'intermédiaire des médias. Il parait également nécessaire que les médecins traitants, bénéficiant d'une relation de confiance privilégiée avec les parents, prennent le temps de les éduquer.

En définitive, le recours aux urgences pédiatriques, bien que stable ces dernières années, souffre encore d'un décalage entre l'évaluation de sa nécessité selon que l'on soit parent ou soignant. Et bien que des efforts structurels aient été mis en place afin de juguler ces recours, c'est toute une vision de la santé et de notre société qu'il reste à modifier.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. [Internet]. Disponible sur: http://admi.net/jo/loi70-1318.html

2. Cour des comptes. Rapport public annuel 2007 [Internet]. Disponible sur: http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2007

3. Le panorama des établissements de santé édition 2012 [Internet]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf

4. Morel MF. Le tout-petit, sa mère et le médecin: la médicalisation de la petite enfance (XVIIIe–XXe siècles). Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S444‑S447.

5. Parrat-Dayan S. La place du jeune enfant dans la société à travers l'évolution des pratiques de maternage. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1997;10(2):121‑125.

6. Martineaud J-P. De Vincent de Paul à Robert Debré: Des enfants abandonnés et des enfants malades à Paris. Editions L'Harmattan; 2007.

7. Loux F. Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle. Paris, France: Flammarion; 1978.

8. Rollet C. Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? Revue française des affaires sociales. 1 sept 2005;n° 3(3):129‑156.

9. Pédiatrie sociale : le créateur de la Goutte de lait et ses biberons : ~~Les Biberons du Docteur Dufour~~. pharm. 1997;85(315):348‑350.

10. Saint-Martin J, Beaufils F, Raynaud EJ, Gigonnet JM. Restructuration des urgences en pédiatrie. Archives de Pédiatrie. mars 1995;2(3):201‑203.

11. GIP SPSI livre systeme de sante en France.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.gipspsi.org/content/download/9366/217181/file/GIP%20SPSI%20livre%20systeme%20de%20sante%20en%20France.pdf

12. Présentation générale des ARS [Internet]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html

13. Les objectifs des ARS [Internet]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/Les-objectifs.89787.0.html

14. Les Français et le système de santé - Ipsos Public Affairs | Ipsos.fr [Internet]. Disponible sur: http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2011-07-12-francais-et-systeme-sante

15. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf

16. Circulaire DHOS sur la prise en charge des urgences - circ_urgences.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf

17. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63.

18. Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1):138.

19. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? Archives de Pédiatrie. déc 2008;15(12):1733‑1738.

20. Code de la santé publique - Article R6123-1. Code de la santé publique.

21. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.

22. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-577 mai 22, 2006.

23. Hue V, Dubos F, Pruvost I, Martinot A. Organisation et moyens de l'accueil des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008. Archives de Pédiatrie. févr 2011;18(2):142‑148.

24. Losek JD. Characteristics, workload, and job satisfaction of attending physicians from pediatric emergency medicine fellowship programs. Pediatric Emergency Medicine Collaborative Research Committee. Pediatr Emerg Care. oct 1994;10(5):256‑259.

25. Morin L, Smail A, Siriez J-Y, Angoulvant F, Titomanlio L, Ravuth E, et al. Fréquentation des urgences pédiatriques : jusqu'où ? Journal Européen des Urgences. juin 2009;22, Supplement 2(0):A92‑A93.

26. Bertrand F, Martinez P, Thiercelin D, Fournier J., Van Elslande L, Romankiewicz A, et al. Charge de travail des médecins des urgences : problème quantitatif ou qualitatif? De la sérénité du médecin des urgences. Réanimation Urgences. nov 2000;9(7):492‑497.

27. Siksou J. Le soignant devant les difficultés de la première enfance. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. déc 1989;2(8):484‑491.

28. ARS. STATISS 2011 [Internet]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/STATISS-2011.103654.0.html

29. Recueil d'indicateurs régionaux : offre de soins et état de santé - cpom_contexte_sociodemographique.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cpom_contexte_sociodemographique.pdf

30. L'activité des services d'urgences en 2004 [Internet]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er524.pdf

31. Chiffres clés du CHR Metz-Thionville [Internet]. Disponible sur: http://www.chr-metz-thionville.fr/articles/chiffres-cles

32. Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle [Internet]. Disponible sur: http://www.regime-local.fr/

33. ARS. Permanences des soins en Lorraine [Internet]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/Permanences.82740.0.html

34. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H, Paries J, Gaudelus J. Le faux débat des fausses urgences. Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S464‑S466.

35. Berthier M, Martin-Robin C. Les consultations aux urgences pediatriques étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Archives de Pédiatrie. mai 2003;10, Supplement 1(0):s61‑s63.

36. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie. févr 2011;18(2):128‑134.

37. TOBIE GUEGUEN M-J, =Université de Bretagne Occidentale. Brest. FRA / com. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. 2012.

38. Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. Archives de Pédiatrie. mars 2001;8(3):259‑267.

39. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Archives de Pédiatrie. févr 2004;11(2):108‑114.

40. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres,4734.html

41. Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales ≪ Un jour donné ≫. Archives de Pédiatrie. janv 1997;4(1):21‑26.

42. Chave F. La prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique -Rapport d'enquête [Internet]. 2002 déc. Disponible sur: http://i.ville.gouv.fr/reference/2145

43. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S454‑S456.

44. Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A. Motifs de recours aux urgences pédiatriques: comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S461‑S463.

45. Cresson G. Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant. Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S448‑S450.

46. Chevallier B, Sznajder M, Assathiany R. La pédiatrie par téléphone : un exercice difficile. Archives de Pédiatrie. sept 2004;11(9):1033‑1035.

47. Boulloche J, Guibert L, Godde F, Devos A, Amussini P, Julien J, et al. Les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre: analyse des modalités de recrutement. Archives de Pédiatrie. juin 1995;2(6):601‑602.

48. Fortier G, Lamoureux-Toth S, Cointin M. L'accueil Des Urgences Pediatriques: Fonctionnement Ou Dysfonctionnement? Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S526.

49. Belhadi Daouzli B. Les urgences pédiatriques en urgence ou dans l'urgence ? Journal Européen des Urgences et de Réanimation. août 2012;24(2):67‑71.

50. Gawronski O, Cerulli C. Non-urgent use of the Emergency Department of the Bambino Gesù Hospital: a cross sectional survey of parents' motivations. Paediatrics and Child Health. oct 2009;19, Supplement 1(0):S90‑S93.

51. Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. Paediatric utilization of an emergency department in Italy. Eur J Public Health. 10 janv 2006;16(5):565‑569.

52. Krug SE. Access and use of emergency services: Inappropriate use versus unmet need. Clinical Pediatric Emergency Medicine. déc 1999;1(1):35‑44.

53. 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. nov 2008;8(6):360‑367.

54. Sharma V, Simon SD, Bakewell JM, Ellerbeck EF, Fox MH, Wallace DD. Factors Influencing Infant Visits to Emergency Departments. Pediatrics. 11 janv 2000;106(5):1031‑1039.

55. Sturm JJ, Hirsh DA, Lee EK, Massey R, Weselman B, Simon HK. Practice Characteristics That Influence Nonurgent Pediatric Emergency Department Utilization. Academic Pediatrics. janv 2010;10(1):70‑74.

56. Phelps K. Factors Associated With Emergency Department Utilization for Nonurgent Pediatric Problems. Archives of Family Medicine. 1 nov 2000;9(10):1086‑1092.

57. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding. Journal of Emergency Nursing. oct 2005;31(5):429‑435.

58. Brousseau DC, Nimmer MR, Yunk NL, Nattinger AB, Greer A. Nonurgent Emergency-Department Care: Analysis of Parent and Primary Physician Perspectives. Pediatrics. 2 janv 2011;127(2):e375‑e381.

59. Tsai JC-H, Liang Y-W, Pearson WS. Utilization of Emergency Department in Patients With Non-urgent Medical Problems: Patient Preference and Emergency Department Convenience. Journal of the Formosan Medical Association. juill 2010;109(7):533‑542.

60. JOURDAIN-MENNINGER D, ABALLEA P, =Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Rapport d'évaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de l'hôpital

Robert Debré de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, et recommandations pour les réseaux d'urgence ville hôpital à Paris et en Seine-Saint-Denis. Paris: IGAS; 2004 p. 122p.

61. URPS / Adhésion Géogarde [Internet]. Disponible sur: http://www.urpsmedecinslorraine.fr/index.php?articleid=734

62. Duval C-M, Loire C, Montbrun A. Impact de l'ouverture de la maison médicale de Bellepierre sur le taux de fréquentation des urgences pédiatriques au CHD Felix-Guyon, Saint-Denis de la Réunion. Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1, Supplement):112.

63. Haas H. Outils de triage aux urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie. juin 2005;12(6):703‑705.

64. Portas M, Brémond V, Giraud P, Coste M-E, Jouve J-L. Mise en place d'une grille de critères de tri dans un service d'urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie. juin 2009;16(6):739‑741.

65. Portas M, Firoloni J-D, Brémond V, Giraud P, Coste M-E, Lescure P, et al. Impact d'une grille de tri à l'accueil d'un service d'urgence pédiatrique. Archives de Pédiatrie. déc 2006;13(12):1507‑1513.

66. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J, Bagou G, Masson S, Kassaï B, et al. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. La Presse Médicale. nov 2010;39(11):e258‑e263.

67. Stagnara J, Racle B, Vermont J, Kassaï B, Jacquel J, Duquesne A, et al. Information et éducation des familles des enfants en situation d'urgence : objectifs des messages de santé. Archives de Pédiatrie. juin 2010;17(6):850‑851.

68. Martinot A, Joriot S, Hue V, Roustit C, Dorkenoo A, Lestavel P, et al. Connaissances medicales des parents: impact sur le recours a une unite d'accueil des urgences pediatriques et comparaison aux donnees anglaises. Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S585.

69. Derbré S, Leclerc M-V. Comment soulager les petits « bobos » des enfants par les thérapeutiques alternatives (1re partie). Actualités Pharmaceutiques. oct 2011;50(509):41‑43.

70. Beaufils F. Démographie médicale pédiatrique et urgences. Archives de Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2(0):S469‑S470.

71. Floret D. Faut-il former les généralistes à l'accueil des urgences pédiatriques? Expérience du diplôme interuniversitaire d'accueil des urgences en service de pédiatrie de la région Rhône-Alpes. Archives de Pédiatrie. 1998;5, Supplement 2(0):214s‑215s.

ANNEXES

Annexe 1

Motifs de consultations détaillées par classe

- Pneumologie
  - Toux
  - Dyspnée
  - Encombrement
  - Gêne respiratoire
  - Asthme
- Digestif
  - Douleur abdominale
  - Diarrhées
  - Vomissements
  - Rectorragies
  - Suspicion d'appendicite
  - Reflux gastro-œsophagien
  - Constipation
- Fièvre
- ORL
  - Rhinopharyngite
  - Rhinite
  - Otalgie
  - Laryngite
  - Angine
  - Rhinorrhée
  - Otorrhée
  - Epistaxis
  - Douleur dentaire
- Dermatologie
  - Varicelle
  - Eruption cutanée
  - Pelade
  - Réaction cutanée secondaire à un vaccin
  - Abcès
  - Urticaire
  - Réaction allergique sans précision
- Néphrologie-urologie
  - Traumatisme testiculaire
  - Hématurie
  - Douleur testiculaire
  - Hydrocèle

    - Pollakiurie
    - Pyélonéphrite
    - Douleur mictionnelle
- Ingestion corps étranger, intoxication médicamenteuse
- Malaise
- Ophtalmologie
    - Conjonctivite
    - Irritation oculaire
- Hématologie
    - drépanocytose
- Angoisse/psychiatrie
    - Syndrome dépressif
    - Crise
- Cardiologie
    - Douleur thoracique
    - Palpitations
- Neurologie
    - Traumatisme crânien
    - Crise convulsive
    - Paralysie des extrémités
- Motifs non catégorisés
    - Altération de l'état général
    - Douleur diffuse
    - Anorexie
    - Pleurs
    - Difficultés alimentaires
    - Œdème
- Orthopédie
    - Boiterie
    - Cervicalgie
    - Douleur dorsale

Annexe 2

Plaquettes d'informations à destination des parents présentes dans le carnet de santé

Sa santé

Pour limiter la transmission des infections

- prenez soin de bien vous laver les mains avant de vous occuper de votre bébé,
- évitez qu'on l'embrasse sur le visage et les mains, surtout si la personne est malade ou enrhumée,
- évitez les lieux publics très fréquentés, par exemple centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite).

Avant 3 mois, si votre bébé

- a la diarrhée, (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes), il peut se déshydrater rapidement, surtout s'il vomit. Donnez-lui à boire une solution de réhydratation orale* tous les quarts d'heure par petites quantités à la fois.
- a de la fièvre (température rectale supérieure à 38°C), découvrez-le, donnez-lui à boire.
- est gêné pour respirer.
- a un comportement inhabituel.

Faites-le examiner rapidement par un médecin.
Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.

Sa sécurité

Ne laissez jamais votre bébé seul

- dans son bain, sur la table à langer,
- à la maison, dans la voiture,
- à la garde d'un autre enfant,
- dans une pièce avec un animal, même très familier.

Evitez les chaînes et les cordons autour du cou. Dans tous les cas, pensez à les retirer quand vous le couche

Ne le laissez pas boire son biberon seul.

Veillez à ce que le matériel utilisé (siège, lit, etc.) soit homologué.

En voiture, attachez votre bébé dans un dispositif adapté à son poids, homologué par la sécurité routiè

SPÉCIMEN

* Disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

A partir de trois mois*, que faire ?

Si votre enfant a de la fièvre

La fièvre, qu'est-ce que c'est ?
Une température supérieure à 38°.

Que faire ?

- Habillez-le très légèrement (ne lui mettez pas de turbulette ou de surpyjama pour dormir).
- Faites-le boire plus souvent que d'habitude.
- Ne chauffez pas trop sa chambre (entre 18 et 20°C).

Avant de donner un médicament pour faire baisser la fièvre (antipyrétique), vérifiez toujours si votre enfant n'a pas déjà reçu le même sous un autre nom ou une autre forme.

Ne donnez qu'un seul antipyrétique.

Respectez strictement les précautions d'emploi figurant sur la notice, les doses correspondant au poids de votre enfant et les délais entre les prises.

Si votre enfant se comporte comme d'habitude :
il joue, bouge, mange, il ne vomit pas.

- ce n'est pas indispensable de lui donner un médicament pour faire baisser la fièvre s'il la supporte bien.
- Si nécessaire, donnez-lui un médicament conseillé par votre médecin ou votre pharmacien.

Si, malgré ces mesures, votre enfant a toujours de la fièvre au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.

Si votre enfant :

- a un comportement inhabituel, est abattu ou moins réactif,
- si l'aspect de sa peau a changé, s'il rougit, pâlit, a des petits boutons.

Consultez immédiatement votre médecin.

Si votre enfant a une diarrhée

La diarrhée, qu'est-ce que c'est ? Une modification brutale du nombre et de la consistance des selles (plus nombreuses et plus liquides).

Que faire ?
Dans tous les cas, donnez-lui à boire un soluté de réhydratation orale** (SRO) au début tous les quarts d'heure et prenez sa température régulièrement.

Si votre enfant se comporte comme d'habitude :
il joue, bouge, mange, il ne vomit pas, surveillez-le pendant 48 heures.

Si votre enfant est toujours malade au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.

Si votre enfant :

- a des vomissements persistants,
- refuse toute alimentation,
- a une température supérieure à 38,5°C,
- est très fatigué,
- n'est pas comme d'habitude,
- a du sang dans les selles.

Consultez immédiatement votre médecin.

** SRO, disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

SPÉCIMEN

* Si votre enfant **a moins de trois mois** et a de la fièvre, une diarrhée,

Les antibiotiques sont souvent inutiles, parfois nocifs.
Les fièvres de l'enfant sont très souvent dues à une maladie virale.
Votre médecin vous prescrira un traitement si nécessaire.

Si votre enfant vomit et si :

- il n'a pas un comportement habituel,
- il a plus de 38,5°,
- il a plusieurs selles liquides,
- il refuse de téter, de boire ses biberons,
- les vomissements sont répétés,
- le vomissement est sanglant, vert.

Consultez immédiatement votre médecin.

Si votre enfant a du mal à respirer

Si le début de la gêne est brutal et/ou que votre enfant a avalé quelque chose de travers, appelez le 15 (SAMU).

Si votre enfant se comporte comme d'habitude
il joue, bouge, mange :

- débouchez son nez souvent : lavez le nez avec du sérum physiologique (dosette ou pulvérisateur) et mouchez-le,
- mettez-le en position demi-assise même la nuit,
- faites-le boire souvent.

Si votre enfant :

- tousse sans arrêt,
- siffle en respirant,
- est gêné pour manger ou boire,
- est très essoufflé,
- n'est pas comme d'habitude,
- a une température supérieure à 38,5°C,
- si sa voix est différente.

Consultez immédiatement votre médecin.

des vomissements ou du mal à respirer il faut consulter rapidement un médecin.

SPÉCIMEN

Annexe 3

Classification CCMU

CCMU1 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique

CCMU2 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences

CCMU3 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, il n'engage pas le pronostic vital et la décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences

CCMU4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manœuvres de réanimation aux urgences

CCMU5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manœuvres de réanimation

Annexe 4

Questionnaire

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Date : _____

Heure d'arrivée : M*atin :* *h*

Après-midi : *h*

Soir et nuit : *h*

Quel est le code postal de votre commune de résidence ? _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Sexe :

- ☐ Fille
- ☐ Garçon

1. Quel est le médecin habituel de votre enfant? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Pédiatre
- ☐ PMI
- ☐ Plusieurs médecins différents

2. Quelle est la profession du père ?

- ☐ Actif
- ☐ Inactif
- ☐ En recherche d'emploi

3. Quelle est la profession de la mère ?

- ☐ Actif
- ☐ Inactif
- ☐ En recherche d'emploi

4. Quelle est votre protection sociale ?

- ☐ Mutuelle
- ☐ Sécurité sociale « à jour des droits »
- ☐ CMU
- ☐ Pas de protection sociale

MALADIE

5. Pour cette consultation, Depuis quand votre enfant est-il malade ?

- ☐ Moins de 1 jour
- ☐ 1 à 2 jours
- ☐ 3 à 4 jours
- ☐ 5 jours ou plus

6. Avez-vous déjà consulté un médecin pour le problème actuel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui :

- ☐ Son médecin habituel
- ☐ Un autre médecin
- ☐ Un service d'urgences

7. Etes-vous venu de votre propre décision ?

- ☐ Oui : passez à la question 8
- ☐ Non : passez à la question 9

8. Si vous êtes venu de votre propre décision, vous êtes venu car ? (une ou plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Vous pensez que la maladie de votre enfant est grave
- ☐ C'est plus rapide de venir aux urgences
- ☐ On ne paye pas immédiatement la consultation
- ☐ Son médecin habituel ne pouvait pas le voir tout de suite
- ☐ Vous n'avez pas réussi à joindre un médecin de ville
- ☐ Vous n'avez pas de médecin traitant pour l'enfant
- ☐ Vous pensez que la prise en charge sera meilleure puisque ce sont des urgences spécialisées en pédiatrie
- ☐ Vous voulez un deuxième avis
- ☐ On a les examens complémentaires (prise de sang, radio..) tout de suite

9. Si vous n'êtes pas venu de votre propre décision, vous être venu :

- ☐ Vous êtes envoyé par le médecin qui suit votre enfant
- ☐ Vous êtes envoyé par un autre médecin
- ☐ Vous êtes envoyé par le SAMU par téléphone
- ☐ Vous êtes amené par le SAMU
- ☐ Vous êtes amené par les pompiers
- ☐ Vous avez appelé le service qui vous a dit de venir

10. Si vous consultez entre 18h30 et 8h du matin ou le samedi à partir de midi ou le dimanche :

- ☐ Vous êtes venu car il n'y a pas de médecin de garde là où vous habitez
- ☐ Vous avez contacté le médecin de garde, mais le médecin ne s'est pas déplacé
- ☐ Vous avez contacté le médecin de garde qui vous a conseillé de venir
- ☐ Vous êtes venu sans contacter le médecin de garde

11. Si vous avez contacté un service de garde, vous avez contacté :

- ☐ Centre 15
- ☐ Medigarde
- ☐ Autre ; précisez _____

12. Vous jugez que votre motif de consultation est :

- ☐ Vital
- ☐ Très urgent
- ☐ Peut attendre quelques heures

PARTIE MEDICALE

A remplir par le médecin

Motif initial de consultation

Examens complémentaires pratiqués

- ☐ Oui
- ☐ Non

Classification CCMU

- ☐ CCMU 1 : état clinique stable, pas d'acte complémentaire
- ☐ CCMU 2 : état clinique stable mais acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique nécessaire
- ☐ CCMU 3 : état susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital
- ☐ CCMU 4 : situation engageant le pronostic vital, prise en charge ne comprenant pas de manœuvre de réanimation immédiate
- ☐ CCMU 5 : situation engageant le pronostic vital, prise en charge comprenant la pratique immédiate de gestes de réanimation

Orientation :

- ☐ UHCD
- ☐ Retour à domicile
- ☐ Hospitalisation
- ☐ Transfert direct vers un autre service

VU

NANCY, le 3 juillet 2013
Le Président de Thèse

Professeur C. SCHWEITZER

NANCY, le 15 juillet 2013
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/*6502*

NANCY, le 19 juillet 2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Les consultations aux urgences pédiatriques sont en perpétuelle augmentation en France. L'évolution de la médecine des enfants au fil des siècles a transformé l'hôpital en un lieu de soins très réactif ouvert à tous à tout moment par l'intermédiaire des urgences pédiatriques. Pourtant, la majorité des recours ne concerne en réalité que de la simple consultation, sans nécessité d'utilisation des moyens hospitaliers.
L'étude s'est intéressée aux motivations et trajectoires de recours aux urgences pédiatriques de l'hôpital Bel-Air de Thionville à travers un auto-questionnaire remis à 240 familles. Une partie du questionnaire étudiait les caractéristiques socio démographiques des consultants, une autre leur motivations et utilisation du parcours de soins, et une dernière reprenait la prise en charge médicale effectuée.
Au total, 40% des familles consultaient pour un sentiment d'urgence de leur problème, et 38% pour l'indisponibilité de leur médecin traitant. Le motif principal de recours était les troubles digestifs, pour des symptômes évoluant à 44% depuis moins de 24 heures, et la venue avait lieu à 37,1% entre 18 heures et minuit. Le recours au service de garde n'avait lieu que dans 17% des cas. La grande majorité des patients n'étaient pas hospitalisés.
Bien que la croissance du nombre de consultations aux urgences pédiatriques soit moins forte depuis quelques années, il semble nécessaire de mieux informer les parents sur l'utilisation des filières de soins et la conduite à tenir devant des symptômes simples afin d'éviter la sursaturation des structures.

TITRE EN ANGLAIS

Demographic and medical characteristics of population in pediatric emergencies room.

A local survey in Thionville Hospital.

THÈSE
MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS

Urgences pédiatriques, enquête, recours, motivations

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex