

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 18 février 2014 à Poitiers
par **Monsieur Charles Bourras**

**Pourquoi les familles consultent-elles aux urgences pédiatriques du C.H de La
Rochelle pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux :**
Etude prospective sur un échantillon de 359 enfants

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Denis Oriot

Membres : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel
Monsieur le Professeur Guillaume Levard

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie Troller



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie2. ALLAL Joseph, thérapeutique3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie5. BRIDOUX Frank, néphrologie6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie7. CARRETIER Michel, chirurgie générale8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)15. DROUOT Xavier, physiologie16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)18. FAURE Jean-Pierre, anatomie19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie22. GILBERT Brigitte, génétique23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion26. GUILLET Gérard, dermatologie27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire30. HERPIN Daniel, cardiologie31. HOUETO Jean-Luc, neurologie32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale33. IRANI Jacques, urologie34. JABER Mohamed, cytologie et histologie35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)38. KITZIS Alain, biologie cellulaire39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques45. MACCHI Laurent, hématologie46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)47. MARECHAUD Richard, médecine interne48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie | <ol style="list-style-type: none">51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie53. NEAU Jean-Philippe, neurologie54. ORLOT Denis, pédiatrie55. PACCALIN Marc, gériatrie56. PAQUEREAU Joël, physiologie57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique60. POURRAT Olivier, médecine interne61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire63. RICHER Jean-Pierre, anatomie64. ROBERT René, réanimation65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales66. ROBLOT Pascal, médecine interne67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale72. TOUCHARD Guy, néphrologie73. TOURANI Jean-Marc, oncologie74. WAGER Michel, neurochirurgie |
|---|--|

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Denis ORIOT,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,

Vous avez accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Au Docteur Sophie TROLLER,

Tu as accepté si gentiment et avec spontanéité de diriger ce travail. Pour ta disponibilité malgré tes nouvelles responsabilités, tes conseils avisés, ta confiance et pour les 6 mois de stage si précieux pour moi passés à tes côtés sois assuré de ma sincère gratitude et de mon respect le plus profond.

À Delphine RAYRAT, Nicolas LANDRY et à tout le service Direction des usagers des risques et de la qualité du CH de La Rochelle,

Sans vous cette thèse n'aurait pas existé. Alors que nous ne nous connaissions pas, vous m'avez tout de suite écouté, conseillé et supervisé pendant ces nombreux mois prenant sur vos heures de travail. Je ne pouvais pas espérer mieux. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Emmanuelle BERGEAL,

Vous m'avez accordé de votre temps afin de m'aider à réaliser mes statistiques en me délivrant des conseils avertis. Je vous en remercie énormément.

À tout le service de pédiatrie du CH de La Rochelle,

Pour le travail accompli ensemble, la bonne humeur et la gentillesse de tout le monde sans qui cette thèse n'aurait pas été possible. Merci aux internes, aux médecins et aux infirmières d'avoir aussi bien contribué à mon enquête.

À tout les parents et enfants ayant participé aux questionnaires,

Sans vous rien n'aurait pu être réalisé. Je me devais de vous remercier.

À Marie,

Pour ton amour quotidien depuis 10 ans, je ne peux que te remercier d'être présente à mes cotés que ce soit pour les bons ou les moins bons moments. Il ne nous reste « plus qu'à » continuer de si bien voyager ensemble dans la vie...En oubliant Bali !

À mes parents,

Pour tout votre amour, votre force et vos valeurs que vous m'avez si bien transmises malgré les tempêtes, je ne pourrai jamais vous en remercier assez. Je n'aurais jamais pu être ce que je suis maintenant sans vous.

À ma sœur Alix, mon beau-frère Chann, mes 2 neveux Maël et Timothé,

Vous avez fondé une famille « digne » de ce nom, la TMAC family ! Je ne peux que me souhaiter d'en avoir une comme la vôtre. Vous êtes et serez tous présents à jamais dans mon cœur.

À mon oncle Jean-Charles, ma tante Nanette, mes cousins Paul, Charles et Quentin,

Vous êtes une vraie seconde famille pour moi « les Bourras juniors ». Vous savez les cousins que vous êtes comme des frères pour moi ! Vous avez toujours été là avec une bienveillance sans faille à mon égard. Je suis si fier et si heureux de faire partie de votre famille.

À mes grand parents,

Il ne reste plus que toi malheureusement Mamie. Je ne serai jamais assez reconnaissant de tout ce que vous avez fait pour moi. Je « perpétue la lignée » comme tu aimes si bien le dire en souriant, sache que j'en suis bien conscient et que chaque jour j'essaye d'y faire honneur.

À tout le reste de ma famille,

Je ne peux pas tous vous citer mais vous êtes tous très chers à mes yeux.

À tout mes copains limougeauds,

Tellement de bons souvenirs avec vous tous, je vous remercie d'avoir été et d'être là même si désormais les kilomètres nous séparent les uns des autres.

À Nicolas mon niki, malheureusement trop de choses entre nous pour les résumer en une seule phrase. En revenant sur Toulouse, tu te rapproches de La Rochelle et cela suffit pour me redonner le sourire !

À Matthieu mon matou, tu es sur cette liste même si tu es aveyronnais et fier de l'être ! Beaucoup de souvenirs également ensemble et de fous rires, je ne peux que te remercier d'être mon ami.

À François mon franky, que de belles choses (ou pas) aussi ensemble. J'espère de tout cœur que Monsieur Dano finira par te rendre tout l'investissement qu'il te doit...

À Benoit mon beny et Arnaud mon rous, même loin les uns des autres j'ai toujours autant plaisir à vous retrouver à chaque fois, vous ne changez pas et c'est tant mieux !

Mais également à toute la bande de joyeux lurons : Paul, Jean-Grégoire, Edouard, Bertrand B, Jérôme, Charles, Marc, Thomas, Vincent, Timothé, Aurélien, Aymeric sans oublier les filles...Marion, Margaux, Julie... !

À tout mes autres amis poitevins, rochelais, bordelais, tourangeaux,

Hélène, Adrien, Antoine, Louise, Arnaud, Yann, Clémence, Sylvain, Paul, Perrine, Romain, Jérémy, Fifou, Julien, Pauline, Rémi, Camille, Charles, Béti, Valou, Aurél, Philippe, Simon, Jane...et tout ceux que j'ai pu oublier.

TABLE DES MATIÈRES :

Table des figures et tableaux.....	p8
1. INTRODUCTION.....	p9
2. METHODES.....	p12
2.1. Cadre de l'étude.....	p12
2.2. Méthodes et échantillons.....	p14
2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	p16
2.4. Recueil et traitement des données.....	p17
2.5. Réalisation de la bibliographie.....	p20
3. RESULTATS.....	p21
3.1. Données générales.....	p21
3.2. Caractéristiques de la population étudiée.....	p22
3.2.1. L'enfant.....	p22
3.2.1.1. Âge de l'enfant	
3.2.1.2. Sexe de l'enfant	
3.2.1.3. Ordre dans la fratrie	
3.2.2. Les parents.....	p23
3.2.2.1. Âge des parents à la naissance de l'enfant	
3.2.2.2. Situation conjugale des parents	
3.2.2.3. Lien de parenté de l'accompagnateur avec l'enfant	
3.2.2.4. Statut professionnel des parents	
3.2.2.5. Niveau d'études des parents	
3.2.2.6. Distance domicile-hôpital	
3.3. Fréquentation.....	p26
3.3.1. Horaires des consultations.....	p26
3.3.2. Jours des consultations.....	p26
3.3.3. Mois des consultations.....	p27
3.4. Comparatif entre les parents consultant spontanément ou non aux urgences pédiatriques.....	p27
3.4.1. Habitudes de consultation.....	p28
3.4.1.1. Suivi habituel	
3.4.1.2. Suivi maladie	
3.4.1.3. Confiance envers le médecin généraliste	
3.4.1.4. Venue antérieure aux urgences pédiatriques	
3.4.2. Protection sociale.....	p30
3.4.3. Motifs de consultation et histoire de la maladie.....	p31
3.4.3.1. Motivations de consultation	
3.4.3.2. Motifs de consultation	
3.4.3.3. Urgence ressentie	
3.4.3.4. Temps de réaction des parents	
3.4.3.5. Démarches antérieures effectuées	
3.4.3.6. Prise en charge proposée par les cabinets médicaux	
3.4.3.7. Adressage par courrier médical	

3.4.4. Prise en charge aux urgences pédiatriques.....	p36
3.4.4.1. <u>Diagnostic</u>	
3.4.4.2. <u>Examens complémentaires</u>	
3.4.4.3. <u>Traitements</u>	
3.4.4.4. <u>Hospitalisations</u>	
3.4.4.5. <u>Etat de gravité</u>	
3.5. Synthèse.....	p39
3.5.1. Facteurs influençant l'habitude de fréquentation des urgences pédiatriques.....	p39
3.5.1.1. <u>Habitude des UP selon le statut professionnel des parents</u>	
3.5.1.2. <u>Habitude des UP selon le niveau d'études des parents</u>	
3.5.1.3. <u>Habitude des UP selon la distance domicile-hôpital</u>	
3.5.1.4. <u>Habitude des UP selon la protection sociale des parents</u>	
3.5.2. Facteurs influençant l'urgence ressentie.....	p42
3.5.2.1. <u>Urgence ressentie selon l'âge de l'enfant</u>	
3.5.2.2. <u>Urgence ressentie selon l'ordre dans la fratrie</u>	
3.5.2.3. <u>Urgence ressentie selon la situation conjugale des parents</u>	
3.5.2.4. <u>Urgence ressentie selon le temps de réaction des parents</u>	
3.5.2.5. <u>Urgence ressentie selon la protection sociale des parents</u>	
3.5.2.6. <u>Etat de gravité selon l'urgence ressentie des parents</u>	
3.5.3. Facteurs influençant le temps de réaction.....	p46
3.5.4. Facteurs influençant l'hospitalisation.....	p47
3.5.5. Facteurs influençant la protection sociale.....	p47
4. DISCUSSION.....	p48
4.1. Biais et forces de l'étude.....	p48
4.1.1. Biais.....	p48
4.1.2. Forces.....	p49
4.2. Caractéristiques socio-économiques de la population étudiée.....	p49
4.2.1. Caractéristiques de l'enfant.....	p49
4.2.2. Caractéristiques des parents.....	p51
4.3. Caractéristiques des fréquentations.....	p56
4.4. Caractéristiques du parcours de soins.....	p57
4.4.1. Consultations spontanées ou non.....	p57
4.4.2. Suivi habituel.....	p58
4.4.3. Motivations et motifs de consultation.....	p59
4.4.4. Urgence ressentie et réaction des parents.....	p63
4.5. Caractéristiques de la prise en charge.....	p66
4.6. Caractéristiques des consultants itératifs aux UP.....	p70
4.7. Axe d'amélioration.....	p71
5. CONCLUSION.....	p76
6. ANNEXES.....	p77
7. GLOSSAIRE.....	p80
8. BIBLIOGRAPHIE.....	p81
Résumé.....	p86
Serment.....	p87

Table des figures :

Figure 1 : Répartition des enfants par tranche d'âge.....	p22
Figure 2 : Répartition âge des parents à la naissance de l'enfant par tranche d'âge.....	p23
Figure 3 : Répartition de la situation conjugale des parents.....	p23
Figure 4 : Répartition du lien de parenté de l'accompagnateur avec l'enfant.....	p24
Figure 5 : Répartition des statuts professionnels des parents.....	p24
Figure 6 : Répartition niveau d'études des parents.....	p25
Figure 7 : Répartition distance entre le domicile des parents et l'hôpital de La Rochelle.....	p25
Figure 8 : Répartition des consultations en effectif par tranches horaires.....	p26
Figure 9 : Répartition des consultations en effectif par jour de la semaine.....	p26
Figure 10 : Répartition entre les parents consultant spontanément ou non.....	p27
Figure 11 : Répartition des motivations de consultation des parents aux UP.....	p31
Figure 12 : Répartition du taux de consultations en fonction du délai entre le début des symptômes et la consultation aux UP.....	p33
Figure 13 : Diagnostic final.....	p36

Table des tableaux :

Tableau I : Mode de recours aux UP selon le suivi habituel.....	p28
Tableau II : Mode de recours aux UP selon la confiance envers le médecin généraliste.....	p29
Tableau III : Mode de recours aux UP selon la protection sociale.....	p30
Tableau IV : Mode de recours aux UP selon l'urgence ressentie par les parents.....	p32
Tableau V : Mode de recours aux UP selon le temps de réaction des parents.....	p33
Tableau VI : Mode recours aux UP selon l'adressage par courrier médical.....	p35
Tableau VII : Examens complémentaires selon le mode de recours aux UP.....	p37
Tableau VIII : Traitements selon le mode de recours aux UP.....	p38
Tableau IX : Hospitalisations selon le mode de recours aux UP.....	p38
Tableau X : Etat de gravité de l'enfant selon son mode de recours aux UP.....	p39
Tableau XI : Habitude de fréquentation des UP selon le statut professionnel de la mère.....	p40
Tableau XII : Habitude de fréquentation des UP selon le niveau d'études de la mère.....	p40
Tableau XIII : Habitude de fréquentation des UP selon le niveau d'études du père.....	p41
Tableau XIV : Habitude de fréquentation des UP selon la distance domicile-hôpital.....	p41
Tableau XV : Habitude de fréquentation des UP selon la protection sociale des parents.....	p42
Tableau XVI : Urgence ressentie des parents selon l'âge de l'enfant.....	p42
Tableau XVII : Urgence ressentie des parents selon l'ordre dans la fratrie de l'enfant.....	p43
Tableau XVIII : Urgence ressentie des parents selon leur situation conjugale.....	p43
Tableau XIX : Urgence ressentie des parents selon leurs temps de réaction.....	p44
Tableau XX : Urgence ressentie des parents selon leur protection sociale.....	p44
Tableau XXI : Etat de gravité de l'enfant selon l'urgence ressentie des parents.....	p45
Tableau XXII : Temps de réaction des parents selon les symptômes de l'enfant.....	p46
Tableau XXIII : Taux d'hospitalisation selon l'âge de l'enfant.....	p47
Tableau XXIV : Protection sociale des parents selon leur situation conjugale.....	p47

1. INTRODUCTION

En France, entre 1996 et 2009, le nombre annuel de passages aux urgences est passé de 10,1 à 17 millions. Ceci représente une augmentation de 68%, à raison de 4 % en moyenne chaque année (1).

Cette affluence a un retentissement important sur les services des urgences : saturation avec délai d'attente important, retard de la prise en charge des urgences vitales, prise en charge de moins bonne qualité du fait d'un manque de temps (2), coût pour la société important de 3,1 milliards d'euros estimé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en 2004 soit un coût moyen par passage de 262,86 euros (3).

Les urgences pédiatriques (UP) n'échappent pas à cette tendance. Les enfants représentent 30 % des admissions aux urgences et leur nombre augmente de 3 à 5 % par an (4). Ce phénomène est en fait général, tant en Europe (5), qu'aux Etats-Unis (6) ou qu'en Australie (7).

Selon l'enquête nationale réalisée en 2003 par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), 65% des usagers des urgences pédiatriques se présentent directement sans contact médical préalable et 79% d'entre eux consultent pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux. Ils ont un état clinique jugé stable et regagnent leur domicile après une simple consultation dans 80% des cas (8)(9).

Le département de Charente-Maritime et notamment la ville de La Rochelle, présentent une densité médicale libérale plus importante que la moyenne régionale et nationale. En 2008, la Charente-Maritime comptait 97 médecins libéraux pour 100 000 habitants, alors que le Poitou-Charentes en comptait 85,5 et la France 91,5 (10).

On pourrait donc penser qu'une ville comme La Rochelle fortement pourvue en médecins libéraux serait épargnée. Au contraire, on note de 2007 à 2011, aux urgences pédiatriques de La Rochelle, une augmentation du nombre de passage de 21% (soit une augmentation de 5,6 % en moyenne chaque année) donc plus importante que la moyenne nationale. En 2007, ils étaient 6130 enfants à être passés aux UP puis 7771 en 2011 (11).

La question se pose de la pertinence de ces admissions. En 2003, l'étude nationale de la DRESS évoquait comme principaux motifs de consultation aux urgences : la proximité de l'hôpital, la nécessité d'examens complémentaires et le sentiment de gravité (9). En 2005, une étude au Centre Hospitalier (CH) de La Rochelle évoquait, quant à elle, l'attrait de l'hôpital et paradoxalement la non disponibilité du médecin de ville (12).

Ces études, datant de presque 10 ans désormais, n'analysaient pas spécifiquement la population se rendant aux urgences pédiatriques lors des heures ouvrables des nombreux cabinets médicaux libéraux.

L'urgence a un caractère relatif qui a évolué au fil du temps en fonction de la tolérance des individus et de la société aux souffrances et aux tensions. Actuellement la tolérance n'a jamais été aussi faible (13). Du fait de l'éclatement géographique, les « sages », c'est à dire les grands parents, les membres de la famille ne sont plus

disponibles pour rassurer, agir avec bon sens et discernement, freiner les comportements précipités (14).

Depuis les pouvoirs publics ont entamé une réorganisation de système de soins primaires par la création du plan « urgences » 2003-2008. La circulaire du 16 avril 2003 a établi notamment une amélioration de la prise en charge en amont des urgences par une régulation téléphonique du « centre 15 » assurée par les urgentistes et les médecins généralistes (15). Ces récentes décisions politiques ont-t-elles amélioré le problème de l'afflux aux urgences pédiatriques ?

L'objectif principal de cette étude est d'étudier les caractéristiques socio-économiques des enfants et de leurs parents consultant aux urgences pédiatriques pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux. Les objectifs secondaires sont d'analyser leurs parcours de soins, leurs facteurs d'inquiétudes, de venues spontanées et itératives aux urgences pédiatriques.

2. METHODES

2.1. Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée dans le service des UP du CH de La Rochelle situé dans l'enceinte de l'hôpital Saint-Louis, établissement hospitalier public au centre ville de La Rochelle. En 2010, son agglomération comptait 203 579 habitants selon le recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Le service de pédiatrie dénommé Clinique de l'Enfant fait partie du pôle femme-enfant de l'hôpital comprenant :

- la pédiatrie médicale et chirurgicale,
- la gynécologie,
- l'obstétrique/maternité (niveau IIB),
- la néonatalogie, soins intensifs néonataux (niveau IIB)

Le service de pédiatrie comprend :

- une unité d'hospitalisation de pédiatrie médicale et chirurgicale « petits et grands enfants » de 28 lits,
- une unité d'hospitalisation de jour de 5 lits,
- une unité de néonatalogie de 12 lits dont 4 lits de soins intensifs, et 4 lits « kangourou »,
- une unité de consultations programmées,

- une unité de consultations non programmées (correspondant aux UP) composée d'une salle de consultation, de 2 brancards de soins et de 2 salles d'attentes.

L'équipe médicale est composée de :

- 10 Praticiens hospitaliers :

- Docteur Sophie TROLLER, chef de service
- Docteur Katia BARSOTTI
- Docteur Denis GRABER
- Docteur Aude HILFIGER
- Docteur Armelle HUBERT
- Docteur Delphine LAPEYRE
- Docteur Laëtitia LEMARCHAND
- Docteur Marie HALBWACHS, assistante
- Docteur Jean GAUDIN, chirurgien viscéral pédiatrique, à 20% d'équivalent temps plein
- Docteur Jean-François SAM-WING, chirurgien orthopédique pédiatrique

- 2 médecins vacataires :

- Docteur Marie ALPHONSE
- Docteur Sylvain DUCHENE

- 7 internes dont 5 de spécialité Médecine générale et 2 de spécialité Pédiatrie.

L'équipe paramédicale est composée de 2 cadres infirmiers, de 41 infirmières dont 24 puéricultrices, 24 auxiliaires de puériculture, 7,5 agents des services hospitaliers, une psychologue, une diététicienne, un kinésithérapeute, une assistante sociale et une institutrice.

Le service des UP accueille 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, les enfants âgés de moins de 15 ans et 3 mois. Il reçoit les urgences médico-chirurgicales en dehors des plaies et des traumatismes orthopédiques.

Une infirmière est présente spécifiquement à l'accueil et au service d'UP la journée de 8h30 à 23h30 (avec un changement d'équipe à 16h). La nuit les infirmières du service d'hospitalisation de Pédiatrie assurent également les UP.

Un interne de spécialité ou de médecine générale est présent spécifiquement aux UP de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi. L'interne de garde assure les UP de 18h30 à 8h30 en plus du service de Pédiatrie, de Néonatalogie et de Maternité. Il est présent au sein de l'hôpital. Les week-ends l'interne de garde est présent de 8h30 à 8h30 le lendemain matin.

Un pédiatre sénior est joignable à tout moment par bip et est présent au sein de l'hôpital. Ces horaires de garde sont identiques à ceux de l'interne.

2.2. Méthodes et échantillons

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive prospective basée sur l'analyse d'un questionnaire (annexe 1) distribué par l'infirmière des urgences pédiatriques aux accompagnateurs des enfants.

Elle a été réalisée du 7 janvier au 5 avril 2013 inclus, en période épidémique hivernale donc de forte affluence aux urgences, afin de limiter le risque d'inclure les gens de passage à La Rochelle, ville très touristique du printemps à l'automne.

La distribution a été effectuée du lundi au vendredi, sans inclure le samedi matin en raison du faible taux d'ouverture des cabinets médicaux libéraux, de 9 heures à 19

heures. Afin de limiter les biais nous avons choisi une fourchette horaire plus restreinte que les horaires théoriques d'ouvertures des cabinets libéraux (8 heures à 20 heures).

Le questionnaire a été établi suite à une recherche bibliographique puis validé par l'équipe médicale du service de pédiatrie et l'ingénieur qualité responsable des enquêtes du CH de La Rochelle. Il était anonyme et comportait des questions fermées afin d'optimiser le taux de participation et de faciliter le recueil de données en minimisant les risques d'erreurs. Afin de mettre en confiance le questionné, les caractéristiques socio-économiques ont été demandées à la fin du questionnaire. Une note explicative permettait d'aider l'accompagnateur à remplir la première partie du questionnaire en salle d'attente. Il remettait ensuite le questionnaire à l'interne et/ou médecin de garde qui complétait à son tour la deuxième partie du questionnaire après la consultation.

Une phase de test a été réalisée pendant une semaine du 3 au 7 décembre 2012 afin d'en vérifier la validité et le bon fonctionnement.

La taille de l'échantillon a été déterminée selon la formule suivante :

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{et} \quad n_0 = \frac{z^2 p(1-p)}{e^2}$$

n est la taille de l'échantillon avec correction.

n_0 est la taille de l'échantillon sans correction soit 385 patients.

N est la taille de la population basée sur le nombre de passages aux urgences pédiatriques de La Rochelle en 2011 soit 7771.

z est le seuil de confiance à 95 % soit une valeur type de 1,96.

p est le pourcentage de gens qui présente le caractère observé soit une prévalence de 50%.

e est la marge d'erreur d'échantillonnage choisie soit 5%.

Le nombre de questionnaire à inclure dans l'enquête était de 367.

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans l'enquête :

- Les accompagnateurs des patients de 0 à 15 ans et 3 mois se présentant aux urgences pédiatriques de façon spontanée ou non, en journée de 9 heures à 19 heures du lundi au vendredi hors vacances scolaires de la zone B et jours fériés sur motif médical, psychiatrique, chirurgical et traumatique (sauf plaie et traumatisme orthopédique).

Ont été exclus de l'enquête :

- Les patients nécessitant une prise en charge médicale immédiate du fait d'une urgence vitale.
- Les patients arrivant via le SMUR, l'ambulance et les pompiers.
- Les patients adressés aux urgences pour bilan sanguin suite à une consultation auprès d'un pédiatre et/ou d'un chirurgien du service.
- Les patients convoqués pour les pansements, les soins ou l'administration de médicaments.
- Les patients dont les accompagnants n'étaient pas les parents.

- Les patients dont les accompagnants ne comprenaient pas le français (illettrés ou étrangers).
- Les patients dont les accompagnateurs ont refusé de répondre aux questionnaires.

2.4. Recueil et traitement des données

Le questionnaire de l'accompagnateur précisait :

- Les habitudes de consultation :
 - ✓ *Le suivi médical habituel* de l'enfant malade ou non. Une seule réponse était possible parmi tous les professionnels de santé en pédiatrie.
 - ✓ *La confiance envers le médecin généraliste* pour le problème de santé actuel de l'enfant.
 - ✓ *La fréquentation antérieure* aux urgences pédiatriques de La Rochelle dans les 12 derniers mois.
 - ✓ *Le motif de consultation* de la dernière venue aux urgences pédiatriques classé par symptômes cliniques. Deux réponses maximales non hiérarchisées étaient possibles parmi les symptômes proposés.
- L'histoire de la maladie et le parcours de soins :
 - ✓ *La motivation de consultation* aux urgences pédiatriques. Deux réponses maximales non hiérarchisées étaient possibles parmi les réponses proposées. Une catégorie autre permettait d'avoir l'ensemble des

motivations possibles et d'éventuellement la reclasser dans les réponses proposées.

- ✓ *Le motif de consultation* du problème de santé actuel. Les réponses étaient identiques à l'item des habitudes de consultation.
- ✓ *L'inquiétude ou non* de l'accompagnant vis à vis du problème de santé actuel. Elle était cotée de manière subjective en non grave, peu grave, grave ou très grave.
- ✓ *Le temps de réaction de venue* aux urgences pédiatriques suite au début des symptômes de la pathologie actuelle (en heures).
- ✓ *Les démarches antérieures effectuées ou non avant la venue* aux urgences pédiatriques. Seule la principale démarche était retenue.
- ✓ *La prise en charge proposée par le cabinet de ville joint.*

➤ Les caractéristiques socio-économiques et familiales :

- ✓ *Les deux premières lettres du nom et du prénom de l'enfant* afin de conserver l'anonymat mais de récupérer ultérieurement les données en cas de besoin.
- ✓ *La date et l'heure d'arrivée* aux urgences pédiatriques.
- ✓ *L'âge, le sexe et l'ordre dans la fratrie* de l'enfant.
- ✓ *Le lien entre l'accompagnant et l'enfant.*
- ✓ *L'âge des parents à la naissance de l'enfant.*
- ✓ *La situation familiale des parents* à charge de l'enfant. En couple, seul(e) ou autre (parents en instance de divorce, polygames, etc.)
- ✓ *Le statut professionnel des parents* établi selon les catégories habituelles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

- ✓ *Le niveau d'études des parents* établi selon les catégories habituelles de l'INSEE.
- ✓ *La protection sociale de l'accompagnant.*
- ✓ *La distance entre l'hôpital et le domicile de l'accompagnant.* Les réponses proposées étaient en kilomètres et choisies de manière arbitraire.

Le questionnaire de l'interne et/ou du médecin de garde précisait :

- ✓ *Patient adressé ou non* par un médecin. Seul les patients munis de lettres rédigées par un médecin étaient comptés comme adressés.
- ✓ *Le diagnostic final* retenu : liste non exhaustive des pathologies les plus fréquentes en pédiatrie basée sur les études similaires effectués aux UP.
- ✓ *Les examens complémentaires* réalisés aux urgences. Liste non exhaustive mais représentant les examens les plus courants en pédiatrie. Nous avons choisi de ne pas inclure le test de diagnostic rapide pouvant être réalisé facilement en cabinet de ville. En revanche le Virus Respiratoire Syncytial (VRS) par prélèvement nasal, l'électrocardiogramme et la Bandelette Urinaire (BU) difficile à réaliser surtout pour les enfants en bas âges ont été inclus.
- ✓ *Les traitements* réalisés aux urgences. Les antipyrétiques ne rentraient pas dans la catégorie de médicament d'urgence à l'inverse de la désobstruction rhino-pharyngée pouvant améliorer la saturation chez un nouveau né.
- ✓ *L'orientation* à la fin de la consultation de l'enfant. Retour à domicile ou non.

- ✓ *L'état de gravité* de l'enfant classé selon la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) car il n'en existe pas de spécifique à la pédiatrie : - CCMU1 : Etat clinique jugé stable. Examen clinique simple.
- CCMU2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable.
 - CCMU3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel pouvant s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital.
 - CCMU4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de réanimation.
 - CCMU5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de réanimation.

Les questionnaires complétés étaient ensuite déposés par l'interne et/ou le médecin de garde dans une boîte prévue à cet effet et récupérés une fois par semaine pour analyse tout au long de l'étude.

En cas d'item partiellement rempli, les réponses pouvaient être complétées ultérieurement grâce au dossier clinique papier contenant les deux premières lettres du prénom et du nom de l'enfant. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Sphinx plus².

2.5. Réalisation de la bibliographie

La recherche bibliographique a été effectuée à l'aide de la banque de donnée Pubmed, ScienceDirect et Google en utilisant les mots clés « child » et « emergency unit ».

3. RESULTATS

3.1. Données générales

L'enquête a été réalisée sur 54 jours du 7 janvier au 5 avril 2013. Les nuits, les week-ends, la période du 16 février au 3 mars 2013 (vacances scolaires de la zone B) et le lundi 1^{er} avril 2013 (jour férié) n'ont pas été étudiés.

Durant ces 3 mois, 2071 enfants ont été vus et examinés aux UP 24h/24, 7jours/7 et 665 personnes correspondaient à la population ciblée.

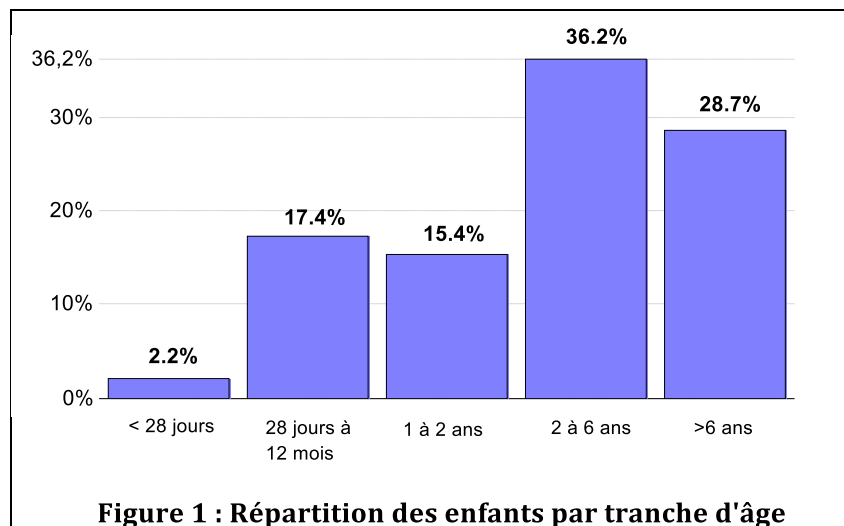
Au total, 400 questionnaires ont été distribués, 376 ont été collectés et 24 ont été perdus. 17 dossiers ont dû être exclus : 6 patients n'étaient pas amenés aux UP par les parents, 5 étaient trop incomplets, 3 avaient été effectués des dimanches, 3 avaient été effectués entre 8 heures et 9 heures du matin. Ainsi 359 questionnaires ont pu être inclus dans l'étude. Le taux de participation des familles était de 56,5%.

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1 L'enfant

3.2.1.1 Âge de l'enfant

- Les nouveaux nés et les nourrissons (enfants âgés de moins de 2 ans) représentaient 35% de l'échantillon (n=125/356).
- Les enfants âgés de moins de 6 ans représentaient 71,2 % de l'échantillon (n=254/356).



3.2.1.2 Sexe de l'enfant

- L'échantillon était constitué de 184 garçons et de 172 filles sur 356 enfants soit respectivement 51.7% et 48.3%. Le sex ratio était de 1,06.

3.2.1.3 Ordre dans la fratrie

- Le premier enfant de la fratrie représentait près de la moitié de la population totale, soit 49,4% (n=171/346).
- Le second et les suivants représentaient 50,6% de la population totale (n=175/346).

3.2.2. Les parents

3.2.2.1. Âge des parents à la naissance de l'enfant

- 61,1% des parents avaient entre 25 et 34 ans soit près des 2/3 de l'échantillon total (n=424/694).
- 82,6% des parents avaient 25 ans ou plus, représentés majoritairement par les pères à 88,2% (n=306/347) contre 76,9% pour les mères (n=267/347).
- 17,4% des parents avaient moins de 25 ans, représentés par les mères à 23,1% (n=80/347) contre 11,8% pour les pères (n=41/347).

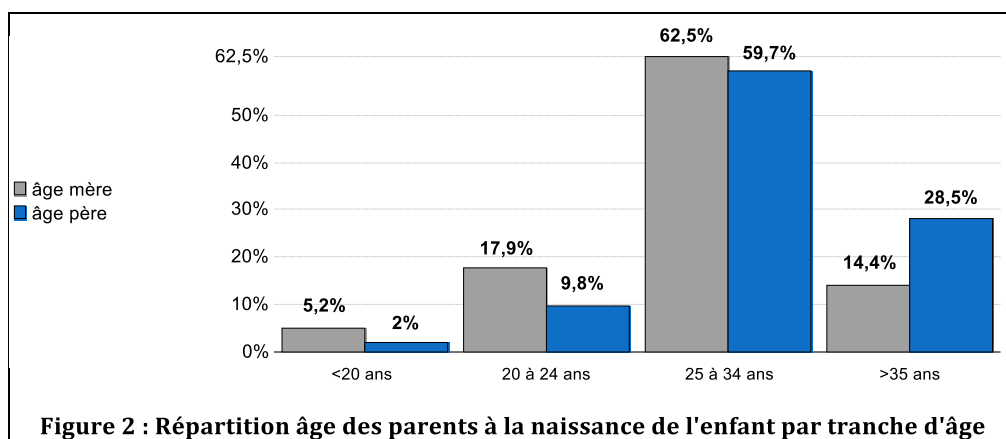


Figure 2 : Répartition âge des parents à la naissance de l'enfant par tranche d'âge

3.2.2.2. Situation conjugale des parents

- Près de $\frac{3}{4}$ des parents étaient en couple (n=260/352).
- Les parents élevant leurs enfants seuls et autres représentaient 26,1% de la population totale (n=92/352).

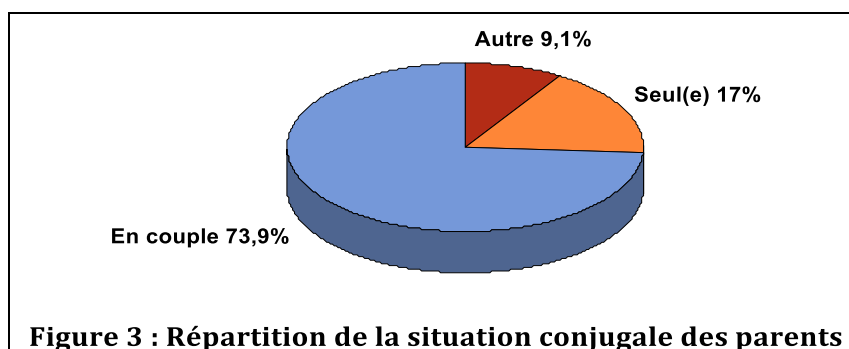
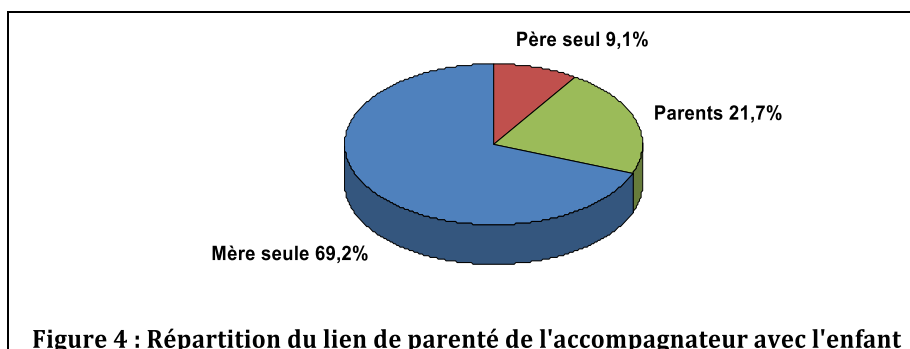


Figure 3 : Répartition de la situation conjugale des parents

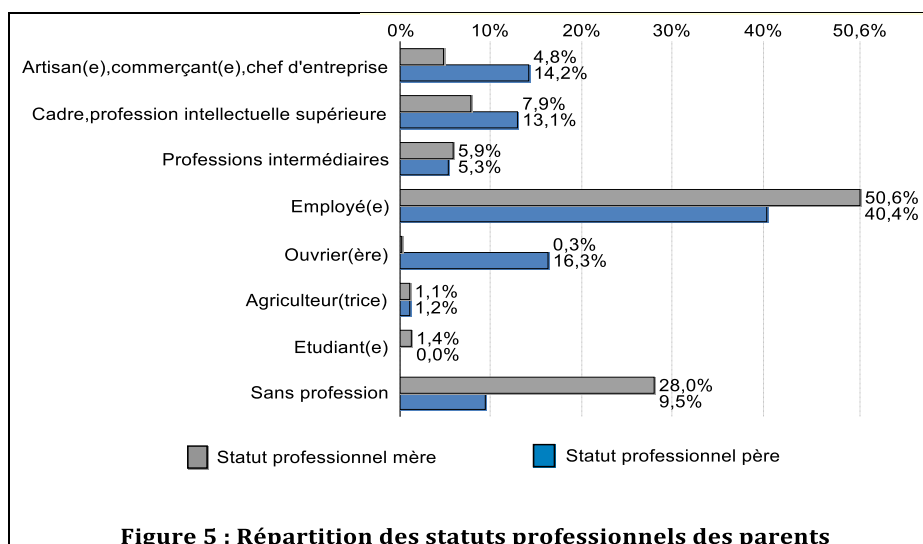
3.2.2.3. Lien de parenté de l'accompagnateur avec l'enfant

- Plus de 2/3 des accompagnateurs de l'enfant étaient des mères se présentant seules aux urgences pédiatriques (n=243/351).
- Tandis que dans moins d'un cas sur 10 l'accompagnateur était un père seul (n=32/351).



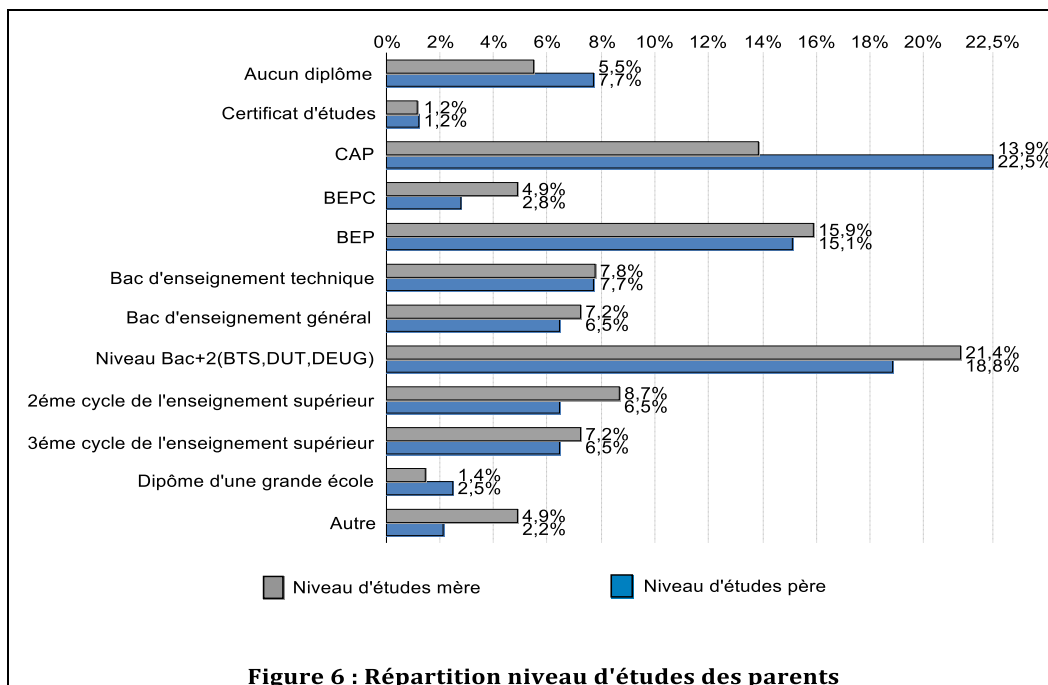
3.2.2.4. Statut professionnel des parents

- 45,6% des parents étaient des employés (n=315/691). 19% des parents étaient sans profession (n=131/691).
- Ces 2 statuts représentaient 78,6% des statuts professionnels des mères (n=278/354).
- Les mères sans profession étaient 3 fois plus représentées que les pères (n=99/354 vs n=32/337).



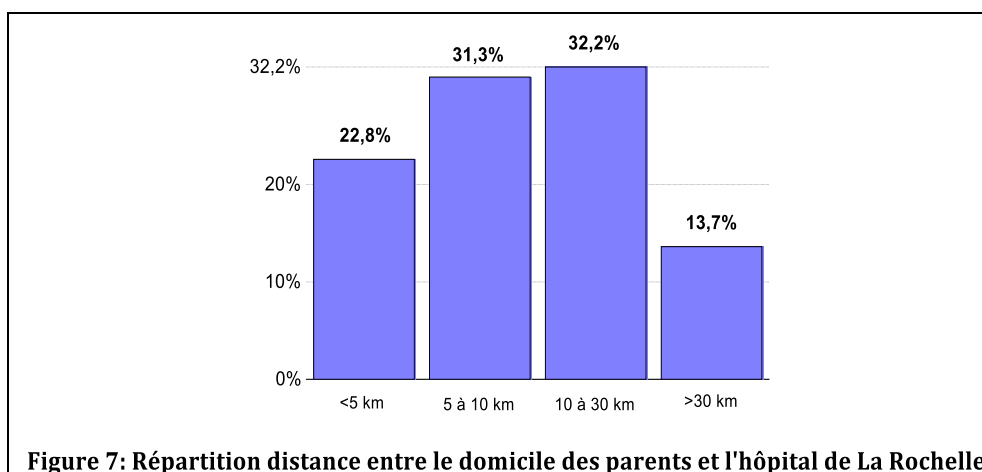
3.2.2.5. Niveau d'études des parents

- 41,3% des mères (n=143/346) et 49,3% des pères (n=160/324) n'avaient pas le niveau baccalauréat soit 45,35% des parents.



3.2.2.6. Distance domicile-hôpital

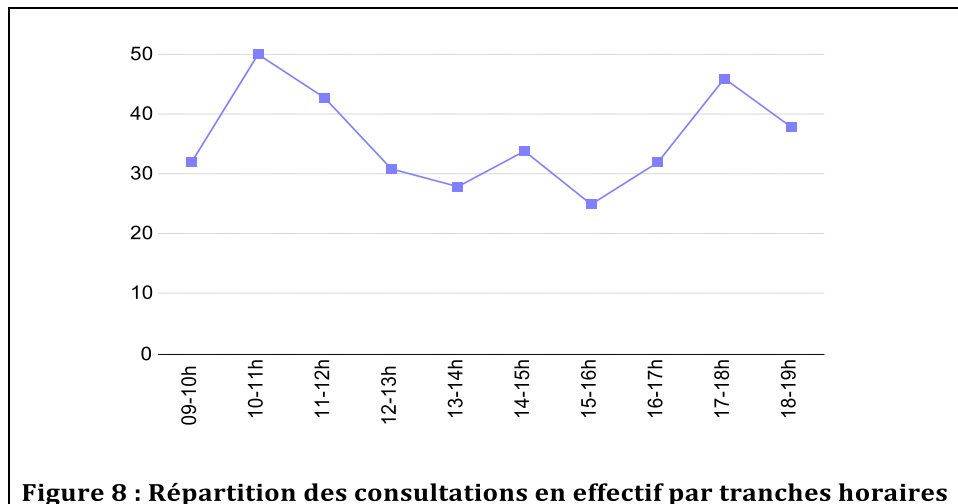
- 54,1% des parents habitaient à moins de 10 km de l'hôpital de La Rochelle (n=185/342).
- Près de 2/3 des parents habitaient entre 5 et 30 km de l'hôpital de La Rochelle (n=217/342).



3.3. Fréquentation

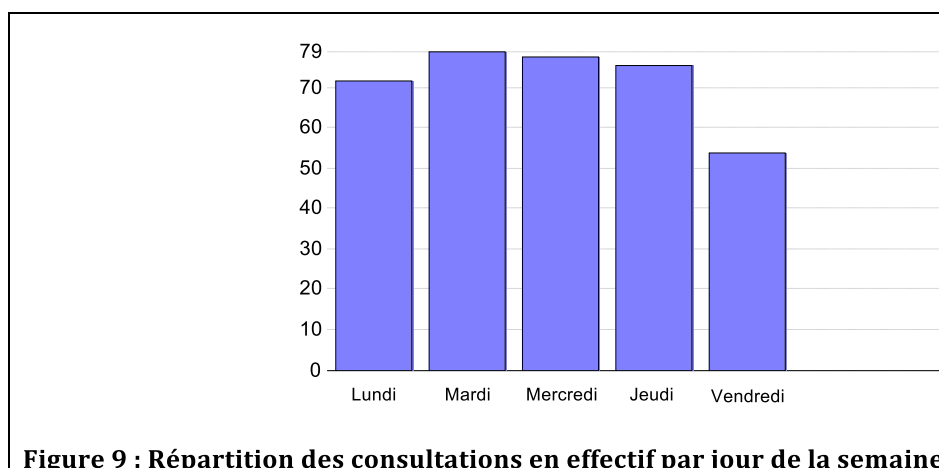
3.3.1 Horaires des consultations

- Il existait deux pics journaliers de fréquentation : le premier entre 10h et 12h représentant 25,9% (n=93/359) et le second entre 17h et 19h représentant 23,4% de la population totale (n=84/359).



3.3.2 Jours des consultations

- Le vendredi était le jour de la semaine le moins chargé soit 15% des consultations (n=53/359).
- Les autres jours de la semaine s'équilibraient avec une moyenne de 21,25% des consultations.



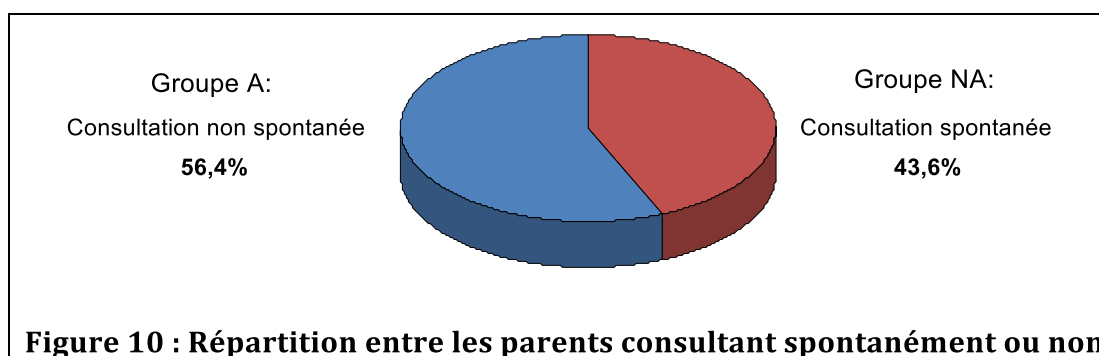
3.3.3 Mois des consultations

- Le mois de mars (20 jours) représentait 41,5% des consultations (n=148/359).
- Le mois de janvier (19 jours) représentait 34,8% des consultations (n=124/359).
- Le mois de février (11 jours) et avril (4 jours) représentaient respectivement 20,1% et 3,6% des consultations.

3.4. Comparatif entre les parents consultant spontanément ou non aux urgences pédiatriques

Afin de comparer ces 2 populations, nous avons réalisé 2 sous groupes à partir de la question 7 de notre questionnaire :

- Groupe adressé (A) : regroupant les parents se disant adressés par un médecin aux urgences pédiatriques, soit des patients consultant de façon non spontanée (56,4%, n=173/307).
- Groupe non adressé (NA) : regroupant tous les autres parents n'appartenant pas au groupe A sauf ceux dont le médecin était indisponible, soit des patients consultant de façon spontanée (43,6%, n=134/307).



3.4.1 Habitudes de consultation

3.4.1.1 Suivi habituel

- Les enfants étaient suivis habituellement en exclusivité par un médecin généraliste dans 60,7% des cas (n=202/333), par un pédiatre dans 27,6% des cas (n=92/333), par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans 10,8% des cas (n=36/333) et dans 0,9% des cas par les urgences pédiatriques (n=3/333).
- Les enfants non suivis par un médecin généraliste consultaient plus spontanément aux UP que ceux suivis par un médecin généraliste (52,9% vs 39,1%). La différence était significative (p=0,045).

Tableau I : Mode de recours aux UP selon le suivi habituel

	Groupe A		Groupe NA		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Médecin généraliste	81	60,9%	52	39,1%	133	100,0%
Pédiatre,PMI,SOS,Urgence Ped	40	47,1%	45	52,9%	85	100,0%
Total	121	55,5%	97	44,5%	218	

(p=0.045,Chi²=4.02, n=218)

Abréviations : N= effectif ; % cit=pourcentage cité

3.4.1.2 Suivi maladie

- Les enfants souffrant d'une pathologie aigüe étaient vus par un médecin généraliste dans 77,2% des cas (n=267/346), par un pédiatre dans 17,6% des cas (n=61/346), par les urgences pédiatriques dans 3,8% des cas (n=13/346), par la PMI dans 1,2% des cas (n=4/346) et par SOS médecin dans 0,3% des cas (n=1/346).
- Les enfants souffrant d'une pathologie aigüe non suivis par un médecin généraliste consultaient plus spontanément aux UP que ceux suivis par un médecin généraliste (49% vs 44,8%). La différence n'était pas significative.

3.4.1.3 Confiance envers le médecin généraliste

- Les parents pensaient à 40,9% le médecin généraliste apte à résoudre le problème actuel de leur enfant (n=140/342). 33,3% des parents le pensaient inapte (n=114/342) et 25,7% ne savaient pas (n=88/342).
- Les parents n'ayant pas confiance envers leur médecin généraliste consultaient plus spontanément aux UP que ceux ayant confiance (48,6% vs 41,6%). La différence n'était pas significative.

Tableau II : Mode de recours aux UP selon la confiance envers le médecin généraliste

	Groupe A		Groupe NA		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Oui	52	58,4%	37	41,6%	89	100,0%
Non ou ne sais pas	72	51,4%	68	48,6%	140	100,0%
Total	124	54,1%	105	45,9%	229	

(p=0.3, Chi2=1.07, n=229)

3.4.1.4 Venue antérieure aux urgences pédiatriques

- Les parents étaient déjà venus consulter aux urgences pédiatriques dans 75,4% des cas (n=263/349).
- Parmi ces parents 46,2% étaient venus une seule fois (n=110/238), 22,3% deux fois (n=53/238) et 31,5% trois fois ou plus (n=75/238).
- Les parents étant déjà venus aux UP consultaient plus spontanément que ceux n'étant jamais venus (45,7% vs 37,8%). La différence n'était pas significative.

3.4.2 Protection sociale

- 18,4% des parents bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base ou complémentaire (n=64/347).
- Les parents bénéficiant de la CMU consultaient plus spontanément aux UP que les parents ne bénéficiant pas de la CMU (55,4% vs 40,7%). La différence était significative (p=0,045).

Tableau III : Mode de recours aux UP selon la protection sociale

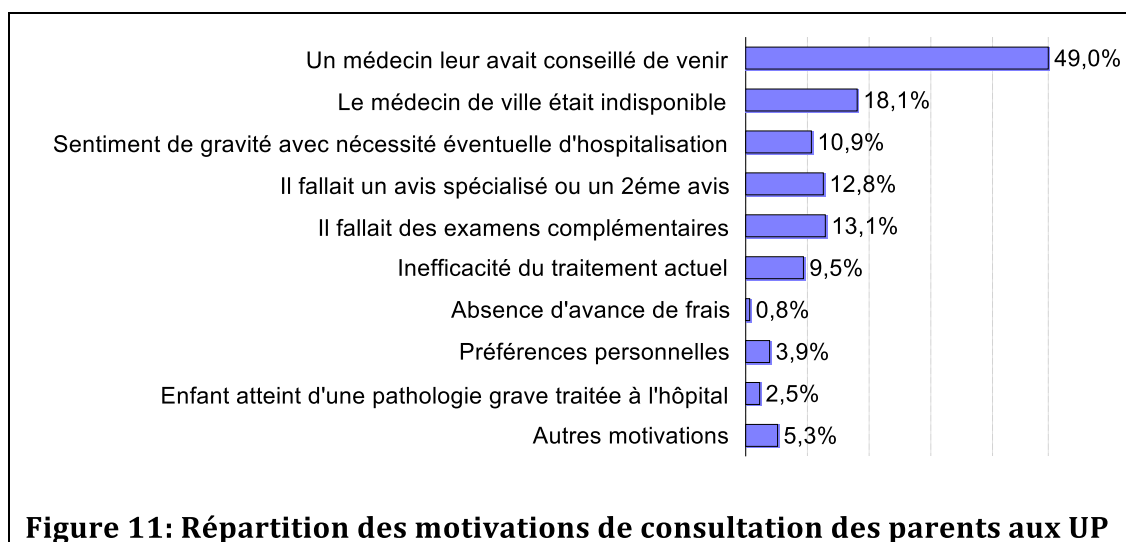
	Groupe A		Groupe NA		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
CMU	25	44,6%	31	55,4%	56	100,0%
Non CMU	146	59,3%	100	40,7%	246	100,0%
Total	171	56,6%	131	43,4%	302	

(p=0.045, Chi2=4.02, n=302)

3.4.3 Motifs de consultation et histoire de la maladie

3.4.3.1 Motivations de consultation

- Le conseil médical de venue aux UP représentait 49% des motivations de consultation des parents (n=176/359).
- Près d'1 parent sur 5 consultaient aux urgences pédiatriques en raison de l'indisponibilité du médecin de ville (n=65/359).
- La nécessité d'examens complémentaires représentait 13,1% des motivations de consultation des parents aux UP (n=47/359).
- La nécessité d'un 2ème avis ou d'un avis spécialisé représentait 12,8% des motivations de consultation des parents aux UP (n=46/359).
- L'absence d'avance de frais nécessaire représentait moins de 1% des motivations de consultation des parents (n=3/359).



3.4.3.2 Motifs de consultation

- Les 3 symptômes les plus cités par les parents par ordre décroissant étaient : la fièvre à 28,4% (n=102/359), la douleur à 26,5% (n=95/359) et les troubles digestifs à 20,1% (n=72/359).
- Pour la fièvre, 58,3 % (n=49/84) des parents se disaient adressés par un médecin contre 41,7% (n=35/84) qui consultaient spontanément.
- Pour la douleur, il n'avait pas de différence entre les parents qui se disaient adressés par un médecin ou non (n=41/82).
- Pour les troubles digestifs, 59,4% (n=41/69) des parents se disaient adressés par un médecin contre 40,6% (n=28/69) qui consultaient spontanément.

3.4.3.3 Urgence ressentie

- Les parents considéraient à 62,6% (n=201/321), l'état de leur enfant comme peu ou non grave et à 37,4% comme grave ou très grave (n=120/321).
- Les parents considérant la situation de santé de leur enfant comme peu ou non grave consultaient plus spontanément aux UP que ceux la considérant comme grave (50,4% vs 40,8%). La différence n'était pas significative.

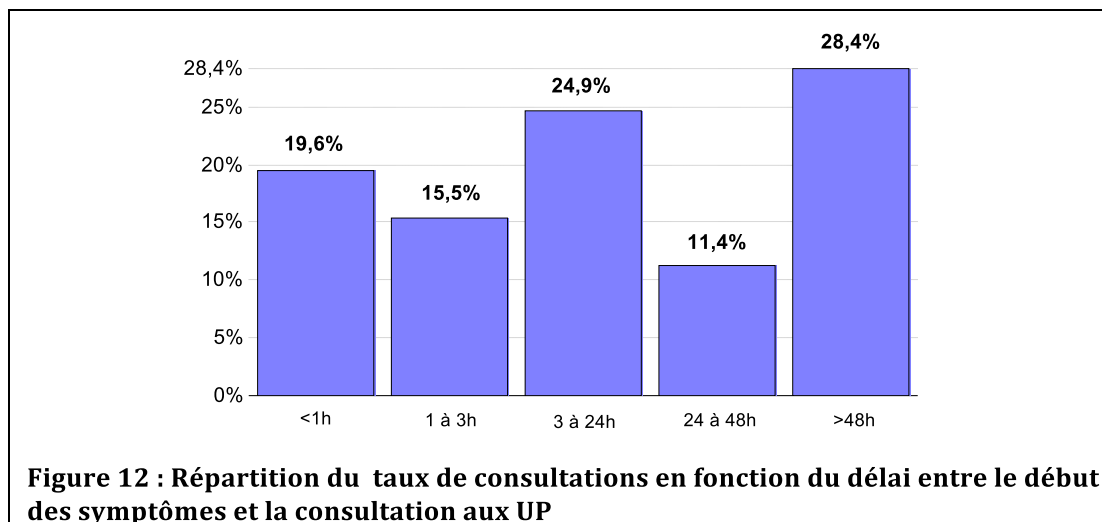
Tableau IV : Mode de recours aux UP selon l'urgence ressentie par les parents

	Groupe A		Groupe NA		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu grave ou non grave	67	49,6%	68	50,4%	135	100,0%
Très grave ou grave	45	59,2%	31	40,8%	76	100,0%
Total	112	53,1%	99	46,9%	211	

(p=0.18, $\chi^2=1.79$, n=211)

3.4.3.4 Temps de réaction des parents

- Plus de 6 parents sur 10 consultaient dans les 24 premières heures suivant le début des symptômes (n=205/341).



- 45,8% des parents consultant dans les moins de 24 heures suivant le début des symptômes recouraient spontanément aux UP. 38,3% des parents consultant plus de 24 heures suivant le début des symptômes recouraient spontanément aux UP. La différence n'était pas significative.

Tableau V : Mode de recours aux UP selon le temps de réaction des parents

	Groupe A		Groupe NA		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
moins de 24h	97	54,2%	82	45,8%	179	100,0%
égal ou plus de 24h	74	61,7%	46	38,3%	120	100,0%
Total	171	57,2%	128	42,8%	299	

(p=0.2, Chi2=1.64, n=299)

3.4.3.5 Démarches antérieures effectuées

- Les parents avaient effectué des démarches pour régler le problème de santé de leur enfant, avant de venir aux urgences pédiatriques dans 76,1% des cas (n=265/348).
- Parmi ces parents 77,7% (n=206/265) déclaraient avoir contacté un médecin par téléphone ou en consultation, 12,1% (n=32/265) expliquaient avoir essayé de soigner seul leur enfant, 4,5% (n=12/265) n'étaient pas arrivés à joindre un médecin et 1,9% (n=5/265) avaient demandé conseil à un proche de son entourage.

3.4.3.6 Prise en charge proposée par les cabinets médicaux

- Dans 51,2% des cas une consultation avec un médecin de ville dans les 24 heures était proposée aux parents (n=124/242).
- Dans 20,7% des cas une orientation directement aux urgences pédiatriques leur était proposée (n=50/242).
- Dans 11,2% des cas une consultation avec un médecin de ville dans plus de 24 heures leur était proposée (n=27/242).
- Dans 9,5% des cas aucune prise en charge ne leur était proposée (n=23/242).
- Dans 4,5% des cas des conseils de surveillance leur étaient expliqués (n=11/242).
- Dans 2,9% des cas une orientation vers le médecin de garde, SOS médecin ou le « 15 » leur était proposée (n=7/242).

3.4.3.7 Adressage par courrier médical

- 28,5% des enfants étaient adressés par un médecin aux UP munis d'un courrier médical (n=102/358).
- 11,6% des parents considéraient être venus aux urgences sans avis médical au préalable alors qu'ils possédaient un courrier médical. La différence était significative (p<0.001).

Tableau VI : Mode de recours aux UP selon l'adressage par courrier médical

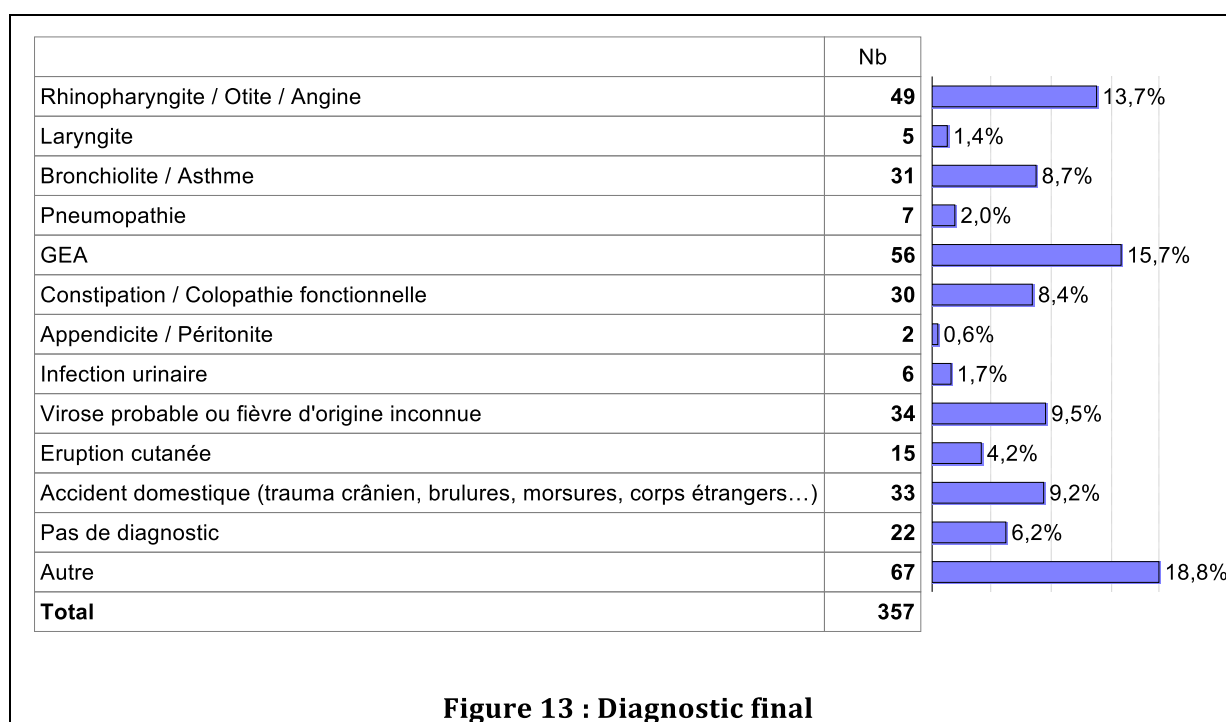
	Groupe A		Groupe NA		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Oui	61	88,4%	8	11,6%	69	100,0%
Non	65	39,9%	98	60,1%	163	100,0%
Total	126	54,3%	106	45,7%	232	

(p<0.001, Chi2=46.01, n=232)

3.4.4 Prise en charge aux urgences pédiatriques

3.4.4.1 Diagnostic

- Parmi les diagnostics cités, les 4 plus fréquents étaient par ordre décroissant : la gastro entérite aigue (n=56/357), les pathologies courantes ORL (n=49/357), les viroses ou les fièvres d'origines inconnues (n=34/357) et les accidents domestiques (n=33/357).
- Les diagnostics ne faisant pas partie des propositions représentaient 18,8% des enfants (n=67/357).



3.4.4.2 Examens complémentaires

- 44% des enfants n'avaient aucun examen complémentaire (n=158/359).
- 30,4% des enfants avaient une prise de sang au moins dans leur bilan (n=109/359).
- 12,5% des enfants avaient une BU et/ou ECBU (n=45/359).
- 12,3% des enfants avaient une radiographie standard seule (n=44/359).

- 9,2% des enfants avaient des examens complémentaires ne faisant pas partie des propositions (n=33/359).
- 3,1% des enfants avaient un VRS (n=11/359).
- Les enfants consultant spontanément aux urgences bénéficiaient de moins d'examens complémentaires que ceux adressés par un médecin. La différence était significative (p=0,018).

Tableau VII : Examens complémentaires selon mode de recours aux UP

	Aucun ou VRS		BU,ECBU,Bio, Radio,Autres		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Groupe A	46	32,4%	96	67,6%	142	100,0%
Groupe NA	56	46,7%	64	53,3%	120	100,0%
Total	102	38,9%	160	61,1%	262	

(p=0.018,5.57,n=262)

3.4.4.3 Traitements

- 58,8% des enfants ne bénéficiaient d'aucun traitement (n=211/359).
- 13,1% des enfants bénéficiaient de réhydratation orale (n=47/359).
- 7,8% des enfants bénéficiaient d'une surveillance aux urgences (n=28/359).
- 7,5% des enfants bénéficiaient d'aérosol (n=27/359).
- 4,7% des enfants bénéficiaient d'autres traitements (n=17/359).
- 4,2% des enfants bénéficiaient d'une désinfection rhinopharyngée DRP (n=15/359).
- 2,2% des enfants bénéficiaient de traitement intra veineux IV (n=8/359).
- 1,7% des enfants bénéficiaient de lavement rectal évacuateur (6/359).

- Les enfants consultant spontanément aux UP recevaient moins de traitement que ceux adressés par un médecin. La différence n'était pas significative.

Tableau VIII : Traitements selon mode de recours aux UP

	Aucun		DRP,Aérosol,IV, Lavement,autres		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Groupe A	95	53,1%	84	46,9%	179	100,0%
Groupe NA	75	54,7%	62	45,3%	137	100,0%
Total	170	53,8%	146	46,2%	316	

(p=0.76,Chi2=0.09,n=316)

3.4.4.4 Hospitalisations

- 86,3% des enfants après s'être présentés aux urgences pédiatriques rentraient à domicile (n=309/358).
- Les enfants consultant spontanément aux UP étaient moins hospitalisés que ceux adressés par un médecin. La différence était significative (p=0,001).

Tableau IX : Hospitalisations selon mode de recours aux UP

	Non hospitalisé		Hospitalisé		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Groupe A	102	81,0%	24	19,0%	126	100,0%
Groupe NA	98	92,5%	8	7,5%	106	100,0%
Total	200	86,2%	32	13,8%	232	

(p=0.001,Chi2=6.40,n=232)

3.4.4.5 État de gravité

- 34,6% des enfants étaient considérés en stade CCMU1 (n=121/350).
- 56% des enfants étaient considérés en stade CCMU2 (n=196/350).
- 9,4% des enfants étaient considérés en stade CCMU3 (n=33/350).
- Aucun des enfants n'était considéré en stade CCMU4 ou CCMU5.

- Les enfants consultant spontanément aux UP étaient d'un état de gravité moindre que les enfants adressés. La différence était significative ($p < 0,001$).

Tableau X : Etat de gravité de l'enfant selon son mode de recours aux UP

	CCMU1		CCMU2,CCMU3 ,CCMU4,CCMU5		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Groupe A	28	22,6%	96	77,4%	124	100,0%
Groupe NA	45	43,7%	58	56,3%	103	100,0%
Total	73	32,2%	154	67,8%	227	

($p < 0.001$, Chi2=11.49, n=227)

3.5. Synthèse

Suite à l'analyse des questionnaires nous avons décidé de nous intéresser à certains résultats en croisant des données afin d'en étudier les facteurs.

3.5.1 Facteurs influençant l'habitude de fréquentation des urgences pédiatriques

- Les parents étaient considérés comme habitués des urgences pédiatriques s'ils s'y étaient rendus au moins deux fois depuis un an.
- Les mères ayant moins de 24 ans à la naissance de leur enfant étaient plus habituées des UP que les mères ayant plus de 24 ans (45% vs 36,4%). La différence n'était pas significative.
- Les pères ayant moins de 24 ans à la naissance de leur enfant étaient plus habitués des UP que les pères ayant plus de 24 ans (54,4% vs 45,5%). La différence n'était pas significative.
- Les familles monoparentales étaient plus habituées des UP que les familles non monoparentales (39% vs 36,6%). La différence n'était pas significative.

3.5.1.1 Habitude des UP selon le statut professionnel des parents

- Les mères non actives étaient plus habituées des UP que les mères actives (59,8% vs 44,4%). La différence était significative ($p=0,017$).

Tableau XI : Habitude de fréquentation des UP selon le statut professionnel de la mère

	Habitués des UP		Non habitués des UP		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Actif	79	44,4%	99	55,6%	178	100,0%
Non actif	49	59,8%	33	40,2%	82	100,0%
Total	128	49,2%	132	50,8%	260	

($p=0.017$, Chi2=5.67, n=260)

- Les pères inactifs étaient plus habitués des UP que les pères actifs (50% vs 35,4%). La différence n'était pas significative.

3.5.1.2 Habitude des UP selon le niveau d'études des parents

- Les mères sans le niveau baccalauréat étaient plus habituées des UP que les mères l'ayant obtenu (47,1% vs 30,6%). La différence était significative ($p=0,002$).

Tableau XII : Habitude de fréquentation des UP selon le niveau d'études de la mère

	Habitués des UP		Non habitués des UP		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Baccalauréat	56	30,6%	127	69,4%	183	100,0%
Non baccalauréat	74	47,1%	83	52,9%	157	100,0%
Total	130	38,2%	210	61,8%	340	

($p=0.002$, Chi2=9,68, n=340)

- Les pères sans le niveau baccalauréat étaient plus habitués des UP que les pères l'ayant obtenu (42,9% vs 31,6%). La différence était significative ($p=0,03$).

Tableau XIII : Habitude de fréquentation des UP selon le niveau d'études du père

	Habitués des UP		Non habitués des UP		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Baccalauréat	49	31,6%	106	68,4%	155	100,0%
Non baccalauréat	70	42,9%	93	57,1%	163	100,0%
Total	119	37,4%	199	62,6%	318	

($p=0.03$, Chi2=4.36, n=318)

3.5.1.3 Habitude des UP selon la distance domicile-hôpital

- Les parents habitant à 30 km ou moins de l'hôpital étaient plus habitués des UP que les parents habitant à plus de 30 km de l'hôpital (52% vs 36,7%). La différence n'était pas significative.

Tableau XIV : Habitude de fréquentation des UP selon la distance domicile-hôpital

	Habitués des UP		Non habitués des UP		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Egale ou moins de 30 km	117	52,0%	108	48,0%	225	100,0%
Plus de 30 km	11	36,7%	19	63,3%	30	100,0%
Total	128	50,2%	127	49,8%	255	

($p=0.11$, Chi2=2.49, n=255)

3.5.1.4 Habitude des UP selon la protection sociale des parents

- Les parents bénéficiant de la CMU étaient plus habitués des UP que les parents n'en bénéficiant pas (50% vs 35%). La différence était significative ($p=0,027$).

Tableau XV : Habitude de fréquentation des UP selon la protection sociale des parents

	Habitués des UP		Non habitués des UP		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
CMU	31	50,0%	31	50,0%	62	100,0%
Non CMU	98	35,0%	182	65,0%	280	100,0%
Total	129	37,7%	213	62,3%	342	

($p=0.027$, Chi2=4.86, n=342)

3.5.2 Facteurs influençant l'urgence ressentie

3.5.2.1 Urgence ressentie selon l'âge de l'enfant

- Les parents considéraient la situation de santé actuelle plus grave pour les enfants ayant plus de 6 ans que pour les moins de 6 ans (43,3% vs 35,1%). La différence n'était pas significative.

Tableau XVI : Urgence ressentie des parents selon l'âge de l'enfant

	Peu grave ou non grave		Très grave ou grave		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Egale ou moins de 6 ans	148	64,9%	80	35,1%	228	100,0%
Plus de 6 ans	51	56,7%	39	43,3%	90	100,0%
Total	199	62,6%	119	37,4%	318	

($p=0.17$, Chi2=1.87, n=318)

3.5.2.2 Urgence ressentie selon l'ordre dans la fratrie

- Les parents considéraient la situation de santé actuelle de leur enfant plus grave pour leur premier enfant que pour les suivants (40,4% vs 34,6%). La différence n'était pas significative.

Tableau XVII : Urgence ressentie des parents selon l'ordre dans la fratrie de l'enfant

	Peu grave ou non grave		Très grave ou grave		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Premier	93	59,6%	63	40,4%	156	100,0%
Second ou suivant	100	65,4%	53	34,6%	153	100,0%
Total	193	62,5%	116	37,5%	309	

(p=0.29, Chi2=1.09, n=309)

3.5.2.3 Urgence ressentie selon la situation conjugale des parents

- Les familles monoparentales considéraient la situation de santé actuelle de leur enfant selon le même degré de gravité que les familles non monoparentales.

Tableau XVIII : Urgence ressentie des parents selon leur situation conjugale

	Peu grave ou non grave		Très grave ou grave		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
En couple ou autre	164	62,4%	99	37,6%	263	100,0%
Seul(e)	33	62,3%	20	37,7%	53	100,0%
Total	197	62,3%	119	37,7%	316	

(p=0.99, Chi2<0.01, n=316)

3.5.2.4 Urgence ressentie selon le temps de réaction

- Les parents consultant aux UP dans les 24 heures suivant le début des symptômes considéraient la situation de santé de leur enfant moins grave que les parents consultant après plus de 24 heures (65,6% vs 58,6%). La différence n'était pas significative.

Tableau XIX : Urgence ressentie des parents selon leurs temps de réaction

	Peu grave ou non grave		Très grave ou grave		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
moins de 24h	122	65,6%	64	34,4%	186	100,0%
égal ou plus de 24h	75	58,6%	53	41,4%	128	100,0%
Total	197	62,7%	117	37,3%	314	

(p=0.2, Chi2=1.59, n=314)

3.5.2.5 Urgence ressentie selon la protection sociale des parents

- Les parents bénéficiant de la CMU considéraient la situation de leur enfant plus grave que les parents ne bénéficiant pas de la CMU (41,8% vs 37,1%). La différence n'était pas significative.

Tableau XX : Urgence ressentie des parents selon leur protection sociale

	Peu grave ou non grave		Très grave ou grave		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
CMU	32	58,2%	23	41,8%	55	100,0%
Non CMU	163	62,9%	96	37,1%	259	100,0%
Total	195	62,1%	119	37,9%	314	

(p=0.50, Chi2=0.44, n=314)

3.5.2.6 Etat de gravité selon l'urgence ressentie des parents

- Les parents considérant la situation de santé de leur enfant comme peu ou non grave étaient plus classés en CCMU1 que les parents la considérant comme grave. La différence n'était pas significative.

Tableau XXI : Etat de gravité de l'enfant selon l'urgence ressentie des parents

	CCMU1		CCMU2,3,4,5		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Peu grave ou non grave	71	36,0%	126	64,0%	197	100,0%
Très grave ou grave	37	31,9%	79	68,1%	116	100,0%
Total	108	34,5%	205	65,5%	313	

(p=0.45, Chi2=0.55, n=313)

3.5.3 Facteurs influençant le temps de réaction

- 81,3% des enfants venant pour accident consultaient aux UP dans les moins de 24 heures suivant le début des symptômes (n=26/32).
- 62,6% des enfants venant pour fièvre consultaient aux UP dans les moins de 24 heures suivant le début des symptômes (n=62/99).

Tableau XXII : Temps de réaction des parents selon les symptômes de l'enfant

	moins de 24h		égal ou plus de 24h		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Fièvre	62	62,6%	37	37,4%	99	100,0%
Vomissements/diarrhées	37	52,1%	34	47,9%	71	100,0%
Douleur	53	56,4%	41	43,6%	94	100,0%
Malaise	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
Pleurs	2	28,6%	5	71,4%	7	100,0%
Gêne respiratoire	29	67,4%	14	32,6%	43	100,0%
Toux-rhinorrhée	11	39,3%	17	60,7%	28	100,0%
Eruption cutanée	14	77,8%	4	22,2%	18	100,0%
Saignements	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
Accident (traumatisme crânien, brûlure, morsure, corps étrangers)	26	81,3%	6	18,8%	32	100,0%
Violence/Agression	0		0		0	100,0%
Troubles du comportement/Angoisie	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
Autres (précisez) :	25	62,5%	15	37,5%	40	100,0%
Total	270	60,5%	176	39,5%	446	

3.5.4 Facteurs influençant l'hospitalisation

- Les nouveaux nés et nourrissons étaient plus hospitalisés que les enfants de plus de 2 ans (16,9% vs 12,1%). La différence n'était pas significative.

Tableau XXIII : Taux d'hospitalisation selon l'âge de l'enfant

	Non hospitalisé		Hospitalisé		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Egale ou moins de 2 ans	103	83,1%	21	16,9%	124	100,0%
Plus de 2 ans	203	87,9%	28	12,1%	231	100,0%
Total	306	86,2%	49	13,8%	355	

(p=0.21, Chi2=1.57, n=355)

3.5.5 Facteurs influençant la protection sociale

- Les familles monoparentales bénéficiaient plus de la CMU que les familles non monoparentales (51,7% vs 11,2%). La différence était significative (p<0,001).

Tableau XXIV : Protection sociale des parents selon leur situation conjugale

	CMU		Non CMU		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
En couple ou autre	32	11,2%	253	88,8%	285	100,0%
Seul(e)	30	51,7%	28	48,3%	58	100,0%
Total	62	18,1%	281	81,9%	343	

(p<0.001, Chi2=53.37, n=343)

4. DISCUSSION

4.1 Biais et forces de l'étude

4.1.1 Biais

Cette enquête a été réalisée à l'échelle locale avec ses propres caractéristiques socio-économiques. Ces résultats sont ainsi à interpréter avec prudence et ne peuvent être que difficilement généralisables.

Le questionnaire utilisé a été élaboré à partir d'une revue de la littérature personnelle et ne constitue pas un outil valide pour interpréter de manière précise les résultats.

Les réponses fermées ont constitué une base de données non exhaustives ne permettant pas d'intégrer tous les résultats possibles. La question 28 (diagnostic final) a été particulièrement concernée par ce biais, puisque 18,8% des réponses ne correspondaient pas aux diagnostics proposés. En effet les pathologies psychiatriques, neurologiques et endocriniennes entre autres n'ont pu être analysées.

Les réponses fermées basées sur des choix arbitraires de tranches d'âges afin de faciliter le taux de réponse au questionnaire n'ont pas permis de calculer les moyennes et écarts types des populations étudiées.

Les résultats des tableaux croisés ont été souvent peu significatifs. En effet ils n'intégraient que les parents ayant répondu aux 2 questions analysées. C'est pour cela que l'effectif de ces tableaux était moins important que notre population totale.

Les sous groupes des parents consultant spontanément ou non aux urgences pédiatriques ont été réalisés à partir de la question 7 du questionnaire. Il existait un biais d'analyse du fait de l'incompréhension des questions par certains parents. En effet une partie des parents considéraient être venus aux urgences sans avis médical au préalable alors qu'ils étaient adressés par un courrier médical (*tableau VI, p. 35*).

4.1.2 Forces

Le questionnaire à réponses fermées nous a permis d'inclure un grand nombre de personnes en peu de temps avec un taux de participation plus important que lors des études antérieures du même type.

4.2 Caractéristiques socio-économiques de la population étudiée

4.2.1 Caractéristiques de l'enfant

La tranche d'âge des moins de 6 ans était surreprésentée dans notre étude (*figure 1, p.22*), de plus du double par rapport à la population générale des enfants de moins de 15 ans aussi bien en France, qu'en Poitou-Charentes et qu'en Charente-Maritime. Ils représentent normalement en moyenne le 1/3 de cette population selon l'INSEE en 2012 (16). De plus la Charente-Maritime fait partie des départements français, où la proportion des moins de 6 ans dans la population totale est la plus faible selon l'observatoire national de la petite enfance (17). Ce taux de recours aux urgences plus important chez ces jeunes enfants se retrouve également dans une étude nationale de la DRESS (8), une étude réalisée au Havre (18) et une autre dans la région Midi-Pyrénées (19).

La part non majoritaire des nourrissons peut s'expliquer en raison de la non incorporation dans notre étude des périodes de garde faisant diminuer la moyenne d'âge. Dans un travail portant sur les consultations pédiatriques non programmées à Lyon en 2002, les nourrissons représentaient 35% des consultants sur 24 heures contre 26,25% de 8 heures à 20 heures (20). À Poitiers en 2003, les nourrissons représentaient 46% des consultants aux UP sur 24 heures (21). L'acquisition du système immunitaire de l'enfant se fait principalement avant 6 ans, atteignant un nombre maximal

d'infections annuelles au cours de la deuxième année, ainsi il semble normal que cette tranche d'âge plus vulnérable soit plus en demande de soins médicaux (9)(22). Le sentiment de gravité pour cette catégorie d'âge ne semblait pas favoriser le recours aux UP. Bien que nos résultats ne soient pas significatifs, étonnamment l'urgence ressentie des parents était plus importante pour un enfant de plus de 6 ans que pour un enfant de moins de 6 ans (*tableau XVI, p.42*) .

Le sex ratio de notre enquête en faveur des garçons se retrouve également dans la population totale infantile départementale, régionale et nationale (16). D'autres études ont également montré une part légèrement plus importante de garçons sans explication particulière (12)(20)(21).

Les parents de notre population consultaient les urgences pédiatriques de manière équivalente que ce soit le premier enfant ou non. Cette équité entre le premier enfant de la fratrie et les autres se retrouve dans d'autres études (20)(21)(23).

Selon une étude réalisée au Québec en 2002, le stress parental serait le même chez les familles ayant un ou plusieurs enfants. Ceci s'expliquerait en raison de l'implication accrue des pères lors de l'arrivée d'un premier enfant (24).

Dans notre étude l'urgence ressentie des parents était similaire que ce soit pour le premier enfant ou pour les suivants (*tableau XVII, p.43*). En revanche certaines études retrouvaient une part d'inquiétude prédominante chez les femmes ayant un seul enfant, mais cela était spécifique aux nouveaux nés et pas aux autres tranches d'âges (25)(26).

4.2.2 Caractéristiques des parents

Dans notre étude, à la naissance de leur enfant, les mères étaient en moyenne plus jeunes que les pères et la majorité d'entre elles avaient entre 25 et 34 ans. 23,1% des mères avaient moins de 25 ans et seulement 14,4% avaient plus de 35 ans (*figure 2, p.23*). L'âge moyen à l'accouchement en France, quelque soit le rang de l'enfant était de 27,3 ans en 1967, 25,9 ans en 1977 puis a atteint 30 ans en 2010 (27). Il était de 29,1 ans en 2009 en Charente-Maritime car ce département comptait moins d'actifs et d'étudiants que la moyenne nationale (28). En France, 22% des enfants nés en 2010 ont une mère âgée de 35 ans ou plus, alors qu'ils étaient 19% en 2004 et 17% il y a dix ans (17). Les autres études sur les urgences pédiatriques retrouvaient une part moins importante des parents de moins de 20 ans et de moins de 25 ans (7)(21)(29) mais plus importante des parents de plus de 35 ans (30). En revanche elles prenaient en compte l'âge actuel des parents et pas l'âge à la naissance de leurs enfants comme dans notre étude, ce qui rend la comparaison limitée bien que cette différence soit logique.

Entre 1990 et 2009 en France, le nombre de familles monoparentales dans la population totale était multiplié par 1,7 (31). La monoparentalité n'était pas surreprésentée dans notre étude (*figure 3, p.23*) par rapport à la part nationale de famille monoparentale avec enfants qui était de 14,3% en 2009 (32). En revanche par rapport aux familles consultant les urgences pédiatriques, elle était plus importante que dans les autres études (2)(21)(25)(29). La commune de La Rochelle comprend encore plus que la tendance actuelle nationale une part très importante de familles monoparentales. Elles représentaient 42% des familles rochelaises avec enfant en 2009 (33). Dans notre étude l'urgence ressentie par les familles était similaire qu'elles soient monoparentales ou non (*tableau XVIII, p.43*). Les niveaux de vie des ménages

monoparentaux sont plus faibles que ceux des autres ménages (17)(33)(34). D'ailleurs dans notre enquête les familles monoparentales étaient plus nombreuses à bénéficier de la CMU que les familles non monoparentales (*tableau XXIV, p.47*). Cela peut également influencer la venue aux urgences ne nécessitant pas d'avance de frais. Cette hypothèse n'a pas pu être vérifiée car nos chiffres étaient difficilement interprétables.

Nos résultats montraient que dans la grande majorité des cas, c'est la mère seule qui accompagnait l'enfant aux urgences pédiatriques (*figure 4, p.24*). L'importance de la monoparentalité locale évoquée précédemment peut expliquer cette tendance. De plus cette proportion féminine plus importante pour les soins de l'enfant se retrouve dans d'autres études portant sur les recours urgents en pédiatrie (2)(7)(35). Selon la DRESS en 2010, les femmes passaient 2,1 fois plus de temps que les pères à s'occuper de leurs enfants. Pour les soins les jours de semaine, les mères passaient en moyenne 53 minutes par jour contre 20 minutes pour les pères (36).

La répartition selon le statut professionnel des parents est comparable aux données de l'INSEE en 2010 sur la population totale des ménages sans les retraités, tant sur le plan national, que régional, que départemental (16). Dans notre étude en revanche, près de la moitié des parents étaient des employés soit 2 fois plus que la moyenne (*figure 5, p.24*). Les parents inactifs paraissaient fortement représentés, notamment les mères mais ces taux étaient comparables à ceux de l'INSEE. À l'inverse les professions intermédiaires, les pères ouvriers étaient 2 fois moins représentés que la moyenne. La faible activité industrielle de l'agglomération rochelaise peut en partie expliquer ces chiffres. D'autres études similaires effectuées à La Rochelle et Brest en 2011 avaient retrouvé ces différentes variations socio-professionnelles au sein des UP (30)(37). Ceci peut s'expliquer en raison d'une part, des caractéristiques propres à ces deux villes. Ce

sont des villes portuaires faisant partie de la nouvelle « sun belt » à la française et attirant une certaine population. La Rochelle présente ainsi un grand nombre d'employés travaillant de plus dans ou à côté de l'hôpital. Les trois principaux employeurs de la ville (représentant plus de 90% des employés) sont le centre hospitalier de La Rochelle, Alstom transport SA et le conseil général. Ils se situent tous dans un périmètre de moins de 5 km des urgences pédiatriques (38). Ainsi il existe une concentration importante de parents employés dans ce périmètre proche. Probablement la plupart des parents habitent en périphérie de La Rochelle du fait du prix de l'immobilier actuel, et préfèrent consulter juste après avoir récupéré leurs enfants plutôt que de rentrer chez eux voir leurs médecins traitants susceptibles en fin de journée d'être indisponibles. Mais la validité de cette hypothèse dépend du lieu où est « gardé » ou « scolarisé » l'enfant : soit à proximité du travail des parents, soit à proximité du domicile. D'autre part les parents inactifs ont peut être un emploi du temps plus malléable, leur permettant de se rendre plus facilement aux urgences. Selon une enquête de la DRESS en 2010, les parents inactifs consacraient quasiment deux fois plus de temps à leurs enfants que les parents actifs (36). Mais être en inactivité professionnelle oblige souvent les parents à garder leurs enfants car ils sont non prioritaires sur les listes d'attentes des crèches par rapport aux parents actifs et les systèmes de gardes coûtent chers. Ces difficultés de garde les entraînent dans un cercle vicieux rendant également difficile le temps disponible pour la recherche d'un emploi (39). Enfin un biais de compréhension de la part des parents remplissant le questionnaire pour la catégorie « professions intermédiaires » a pu sous estimer cette classe et de ce fait par erreur se reporter sur la catégorie des employés. Quant à la part importante qu'occupent les parents inactifs et en particulier les mères, elle était similaire aux chiffres de l'INSEE en 2010 sur la population totale des ménages sans les

retraités mais également dans les autres études portant sur les services d'urgences (9)(16)(21)(30)(37).

La proportion dans notre enquête de parents sans diplôme ou ayant le niveau certificat d'étude seul était deux fois moins importante qu'en France et qu'à La Rochelle (*figure 6, p.25*). Ainsi notre population apparaît plus diplômée que la population générale locorégionale et nationale mais avec une part plus importante de diplôme d'enseignement supérieur court (40). Les parents niveau Bac+2 étaient deux fois plus nombreux dans notre étude. Les études de la DRESS au niveau national, mais également à Brest et à Paris avaient retrouvé les mêmes proportions rapportant cela à l'attrait d'avis spécialisé et au fait que les parents des enfants étaient plus jeunes et ainsi plus diplômés que les « vieilles générations » (9)(29)(37). Cela peut également s'expliquer comme pour les parents inactifs par le fait que les parents de cette catégorie consacrent plus de temps à leurs enfants. Selon une enquête nationale en 2010, lorsque le parent était diplômé dans l'enseignement supérieur, le temps parental de soins à l'enfant augmentait de 10 minutes en moyenne par jour (36). La part plus importante de parents avec un niveau d'enseignement court peut également s'expliquer par le fait que La Rochelle est une ville étudiante mais que beaucoup quittent celle ci au profit d'universités plus grandes comme Poitiers, Nantes ou Bordeaux afin de poursuivre leurs études (41).

Les parents bénéficiant de la CMU de base ou complémentaire représentaient 18,4% de notre population. Ce chiffre est surreprésenté par rapport aux taux nationaux, régionaux et locaux. En 2003 en France, 7,8 % de la population était couverte par la CMU (42). En revanche en 2005, 11% de la population de zone urbaine de La Rochelle était couverte par la CMU (43). De plus ils sont composés pour la moitié de couples avec

enfant ou de familles monoparentales (44). Ainsi on peut estimer à 13% le taux de couverture CMU des parents avec enfant vivant dans l'aire urbaine de La Rochelle. Ce chiffre paraît donc plus réaliste et se rapproche des autres études qui retrouvaient des taux de 19,6% en 1998 à Montpellier (45), 14% à Poitiers en 2003 (21) et 20% à La Rochelle en 2005 (12). Cette part importante de parents, bénéficiant de la CMU aux UP peut être expliquée. En effet selon une étude nationale de la DRESS portant de 2006 à 2008, les bénéficiaires de la CMU se déclaraient plus souvent malades que le reste de la population. Ceci s'observe notamment pour les maladies contagieuses et allergiques type GEA, otite, rhinopharyngite et asthme, qui étaient en moyenne 1,5 fois plus fréquentes par rapport à la population totale. De plus ils étaient 1,6 fois plus nombreux à fumer, le tabagisme passif étant vecteur de nombreuses pathologies infantiles (46). Les mauvaises conditions sanitaires probables peuvent également expliquer cette part plus importante de maladie chez ces patients. D'autre part notre travail a montré que les parents bénéficiant de la CMU consultaient plus spontanément aux UP que les parents sans la CMU (*tableau III, p.30*). En 2000, ils étaient 23% à déclarer que lorsque leur enfant avait un problème de santé urgent, ils s'adressaient à l'hôpital contre 61% chez leur généraliste (47). En 2003, cette situation a empiré puis qu'ils étaient 33% à l'adresser à l'hôpital contre 36% chez leur généraliste habituel (48). Pourtant la raison financière ne semblait pas être en cause comme nous le verrons ultérieurement.

La majorité des enfants de l'étude habitait entre 5 et 30 km du CH de La Rochelle correspondant à l'agglomération rochelaise (*figure 7, p.25*). En revanche peu d'enfants provenaient de la ville même. Les autres études retrouvaient un phénomène d'attirance de la population de proximité pour les urgences (9)(12)(20)(21). L'hypothèse la plus probable expliquant cette différence est le développement de la périurbanisation que

connaissent les grandes villes françaises, notamment ici à La Rochelle. Le coût des logements incite les familles à s'éloigner des villes. La conséquence est la migration importante des enfants vers les communes périphériques de La Rochelle (38)(40).

4.3 Caractéristiques des fréquentations

Dans notre étude plus de la moitié des consultations avaient lieu en fin de matinée et en fin d'après midi (*figure 8, p.26*). Ces 2 pics se retrouvaient dans la plupart des autres études correspondant aux heures de sortie d'école des enfants et aux heures de fin d'activité professionnelle des parents (8)(12)(19)(20)(21). Il était également suggéré qu'en fin de journée les parents préféraient consulter les urgences pédiatriques devant l'impossibilité du médecin de ville à voir l'enfant faute de créneaux d'urgences suffisants. Or notre pic principal avait lieu à 11h ne confortant pas cette hypothèse. On pourrait penser qu'il correspond à la demande rapide des crèches ou assistantes maternelles, devant des symptômes débutant chez l'enfant déposé le matin même par les parents. De peur d'être « tenu responsable » en cas de problèmes, mais également par souci de transmission des maladies, ces personnes préféraient probablement ne pas prendre de risque et renvoyaient l'enfant rapidement vers leurs parents. Volontairement nous n'avions pas pris en compte les horaires de garde car ils ne représentaient selon les études que de 17 à 35% des consultations aux urgences pédiatriques (21)(29)(37).

Le vendredi était la journée la moins chargée avec une répartition égale des jours du reste de la semaine (*figure 9, p.26*). Les autres études ne retrouvaient pas cette différence avec un nombre de consultation quasiment identique quelque soit le jour de la semaine (19)(37). Ce phénomène peut être en parti expliqué par le fait que certaines familles de l'agglomération rochelaise regagnent leurs départements d'origines à partir

du vendredi après-midi pour le week-end. Cette population est importante car elle est estimée à 24% selon l'étude de l'INSEE sur les migrations résidentielles des couples avec enfant entre 2003 et 2008 (41). De plus selon l'étude réalisée en 2005 aux urgences pédiatriques de la Rochelle, 73,3 % des consultations avaient lieu la semaine (12). À l'inverse les résultats des autres enquêtes retrouvaient une proportion plus importante de consultation les week-ends et moindre la semaine permettant de consolider ainsi notre hypothèse (12)(19)(37).

4.4 Caractéristiques du parcours de soins

4.4.1 Consultations spontanées ou non

Plus de la moitié des parents se disaient adressés par un médecin aux urgences pédiatriques (*figure 10, p.27*). Le taux de la population se présentant spontanément aux urgences, soit 43,6%, apparaît donc légèrement inférieur par rapport aux autres études. Ce chiffre cependant est très variable dans la littérature allant de 34 à 74% (7)(9)(21)(45)(49). Il dépend de nombreux facteurs comme la définition même de l'enfant adressé, qui varie d'un auteur à l'autre. Tout d'abord la traumatologie orthopédique peut surestimer ce chiffre ; elle n'est pas prise en compte aux UP de La Rochelle. Egalement la plupart de ces études intégrait les périodes de gardes, ce qui majorait inexorablement le taux de parents consultant spontanément aux UP. Ainsi dans l'enquête de 2005 sur les UP de La Rochelle, lors des heures ouvrables des cabinets médicaux de ville ce chiffre augmentait de 10% par rapport aux heures de garde (12). Le système de recours aux UP par le médecin de ville était majoritairement fait par courrier médical. En revanche 39,9% des parents qui se disaient adressés par un médecin, n'avaient pas de lettre rédigée. Ce chiffre est à prendre avec prudence car il est d'une part basé sur la sincérité des réponses des parents. D'autre part, il inclut des patients

non vus directement en rendez-vous et qui pouvaient être adressés par téléphone. Une étude en 1999 d' A.MARTINOT a comparé deux enquêtes sur les UP à Nantes et à Lille, retrouvant respectivement 53% et 76% d'enfants adressés médicalement par une lettre d'information écrite (49). Un travail récent au Havre montrait que 49,4% des médecins généralistes adressaient les enfants aux UP munis d'une lettre associée à un appel téléphonique au service (50). Ceci nous prouve l'importance que prend la régulation téléphonique des médecins de ville mais malheureusement les informations non manuscrites sont « éphémères » et peuvent être oubliées, déformées contrairement aux courriers médicaux. De plus ils laissent une trace dans le dossier médical en cas d'interrogations ou de litiges.

Nous n'avons pas exposé les résultats comparatifs des caractéristiques socio-économiques des familles consultant de manière spontanée ou non car ils ne permettaient pas une interprétation exploitable.

4.4.2 Suivi habituel

Dans notre population, 60,4% des enfants étaient suivis habituellement par un médecin généraliste, ce qui paraît faible mais il s'agit d'un suivi exclusif et ce chiffre est similaire à d'autres travaux allant de 43 à 62% (21)(29)(51). Il apparaissait moins risqué aux parents de consulter les UP de manière spontanée si l'enfant était suivi habituellement par un médecin généraliste (*tableau I, p.28*). Ceci peut être expliqué par le fait que les parents respectent plus le parcours de soin suite à une certaine « éducation » reçue par le médecin généraliste, mais également par une disponibilité moindre du pédiatre ou PMI lorsqu'ils en ont besoin. Notre étude confirme en partie cette hypothèse puisque 77,2% des parents ayant un enfant avec une pathologie aigüe consultaient leur médecin généraliste et 17,6% leur pédiatre. Selon une enquête

nationale de la DRESS effectuée en 2007, les médecins généralistes auraient reçu le plus d'enfants en urgence qu'elle soit ressentie ou réelle, avec 5,8 millions de recours annuels urgents contre 3,4 millions pour le pédiatre et « seulement » 800 000 aux UP. En revanche il faut noter que les recours urgents représentent en moyenne 34% des consultations des pédiatres libéraux et que leur effectif est beaucoup moins important que celui des médecins généralistes (52). En effet la densité médicale de pédiatres libéraux au sein de l'agglomération rochelaise était équivalente à la moyenne nationale en 2008 de 4,4 pour 100 000 habitants alors que celle des médecins généralistes était à plus de 100 (53).

Nous avons montré que pour notre population la confiance envers le médecin généraliste n'influait pas les parents dans le recours direct aux UP (*tableau II, p.29*). Près de la moitié des parents pensaient leur médecin généraliste capable de résoudre le problème actuel de leur enfant. Cela paraissait concordant puisque l'on jugeait l'aptitude du médecin généraliste à traiter le problème actuel de l'enfant amené aux UP. Malheureusement très peu d'études ont analysé la confiance envers le médecin traitant. Selon une thèse portant sur les motivations de recours aux urgences pédiatriques, réalisée en 2007 à Paris , ils étaient 45% à faire confiance à leur médecin généraliste et de même à leur pédiatre, chiffre comparable à notre étude (51).

4.4.3 Motivations et motifs de consultation

La première motivation de consultation aux UP des parents était basée sur le conseil médical (*figure 11, p.31*). Puis dans 25,6% des cas, les parents justifiaient leurs venues par la nécessité d'examens complémentaires, d'un avis spécialisé ou d'un 2^{ème} avis. Dans les autres études ce chiffre est plus élevé et il représente entre 27 et 50% des motifs de consultation (9)(12)(20)(37). Cette image de l'hôpital suréquipé et surspécialisé a

évolué ces dernières années auprès de la population. Depuis la loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière, le service public se doit d'accueillir toutes les urgences 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La circulaire DH.DGS-90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences introduit la notion d'urgence ressentie dans les missions d'accueil du service public hospitalier, avec une obligation de moyens à chaque passage. Ce lieu se transforme petit à petit en unités de soins non programmés et en réceptacle de toutes les détresses (13). Comme le précise JL. DUCASSE et al. dans une étude de 2002 réalisée en Midi-Pyrénées, l'enfant vu aux urgences va pouvoir bénéficier en quelques heures d'un avis spécialisé, d'examens radiologiques ou biologiques et d'un traitement adéquat. Ceci aurait pris une demi-journée dans le meilleur des cas pour les parents, avec des va-et-vient entre différentes structures, contraignants et non remboursés par la sécurité sociale (54). Les parents de notre étude venaient également chercher un avis spécialisé ou un deuxième avis tout en ignorant la plupart du temps que leur enfant serait pris en charge par un interne de pédiatrie ou de médecine générale. Leurs comportements de consultation seraient-ils le même s'ils avaient su à l'avance quelle personne allait prendre en charge leur enfant ?

La troisième motivation la plus fréquemment citée dans notre population était l'indisponibilité du médecin de ville. Il semble être dans la moyenne comparé aux autres enquêtes, qui retrouvaient 14 à 22% des parents évoquant ce motif (7)(9)(12)(20)(37). En revanche elles prenaient en compte les périodes de garde ce qui logiquement majore ces chiffres. Ainsi ce taux de 20% peut paraître important car il correspond à une période où les cabinets libéraux sont censés pouvoir accueillir cette demande. Il montre ainsi la difficulté d'accès aux soins que peuvent rencontrer les parents pour les consultations non programmées. Pour de nombreux auteurs cela est en partie dû à deux

raisons principales liées entre elles. En premier lieu, l'exigence croissante de la population se traduit par un consumérisme, un refus d'attente et une soif d'un service rendu quasi immédiat. En deuxième lieu, on note une insuffisance d'offres de soins dans le secteur libéral (4)(29)(55). D'après une étude sur la disponibilité des pédiatres libéraux et des centres PMI à Paris en 2004, le délai d'attente pour un rendez-vous après une sortie précoce de maternité était respectivement 4,4 et 18,7 jours (56). De plus 84% d'entre eux consultaient uniquement sur rendez vous sans créneaux d'urgences, selon une analyse des pratiques des pédiatres libéraux du département du nord de la France (57). Plus récemment en 2011 selon une enquête réalisée en île de France sur 1339 médecins libéraux, 42% des pédiatres ne pouvait pas disposer d'une consultation avant un délai de 48h alors qu'ils se situaient dans une zone de densité médicale importante (58). Or selon une étude réalisée dans l'agglomération lyonnaise en 2002, 93 % des consultations pédiatriques non programmées en semaine sont prises en charge par la médecine de ville (20).

Les parents, au sein de notre population, consultant pour l'inefficacité du traitement en place étaient peu nombreux, moins de 1 sur 10. Ces chiffres varient énormément d'une étude à l'autre allant de 5 à 64% (2)(12)(30). L'absence d'avance de frais n'était que très faiblement citée par les parents comme motif principal de recours aux UP. D'ailleurs d'après une enquête sur les bénéficiaires de la CMU en 2003, les parents en situation précaire ayant renoncés à une consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste ne représentaient que respectivement 1 à 4 % (48). Il faut cependant analyser nos résultats avec précaution. En effet un biais d'analyse existe probablement lié à la difficulté d'admettre des problèmes financiers concernant la santé de son enfant. D'autant plus que notre questionnaire demandait de citer les 2 raisons principales de

venues aux UP.

Le symptôme principal évoqué par les parents de notre enquête était la fièvre comme dans de nombreuses études (9)(30)(37)(55). Toutefois cela a été peut être légèrement surreprésenté par rapport aux autres motifs de consultations, d'une part car les UP de La Rochelle excluent la traumatologie (en dehors des traumatismes crâniens et des brûlures) et d'autre part car notre recueil a été réalisé en période épidémique hivernale. Dans notre étude la part de parents consultant spontanément aux UP pour le motif de fièvre était moins importante que celle adressée par un médecin. Un travail réalisé en 2003 à Lyon sur l'attitude de 202 familles face au dernier épisode de fièvre de leurs enfants, montrait que la moitié des parents avaient appelé un médecin. Dans 61% des cas, l'épisode de fièvre avait amené à une consultation de ville et dans seulement 13% à une consultation hospitalière (35). Une thèse effectuée à Limoges en 2011 retrouvait des chiffres différents avec 43% d'enfants adressés contre 57% de consultations spontanées (23). En revanche elle comprenait uniquement des enfants vus en consultation par les médecins et non les conseils téléphoniques pour se rendre aux UP contrairement à notre étude. Dans la plupart des cas, la fièvre est un mécanisme de défense face à des maladies infectieuses, qui évoluent spontanément de manière favorable (35). Cependant elle est souvent génératrice d'angoisse comme le rappelle A.ZOMORRODI et al. chez les parents et est ainsi probablement transmise en partie aux médecins de villes (59). Ces derniers, pour répondre à ce stress, ne disposent souvent que d'arguments cliniques et adressent peut être ainsi plus facilement l'enfant aux UP pour d'éventuels bilans sous la pression parentale souvent inconsciente. Ce phénomène a été étudié dans 2 enquêtes récentes à Lyon et au Havre. Elles ont retrouvé que l'anxiété parentale influençait la décision du médecin dans 24 à 40% des cas (20)(50).

Dans notre travail, les parents d'enfants douloureux étaient de manière équitable adressés ou non par un médecin. Cela semble cohérent car la souffrance d'un enfant fait certainement réagir plus vite les parents et ainsi majore leurs venues spontanées aux UP.

Nous n'avons volontairement pas analysé les résultats des symptômes antérieurs à la précédente venue aux UP car leurs comparaisons avec les symptômes actuels de l'enfant paraissaient inexploitable.

4.4.4 Urgence ressentie et réaction des parents

Notre enquête révélait que plus de la moitié des parents considéraient le problème de leur enfant comme non grave ou peu grave. Les parents conseillés par un médecin de se rendre aux UP étaient plus inquiets que ceux s'y rendant spontanément (*tableau IV, p.32*). Mais cette différence n'était pas significative. Or de nombreuses études attribuaient l'inflation des urgences pédiatriques et le recours spontanée aux sentiments de gravité ressenties par les parents (7)(49). Dans une enquête menée à Marseille en 2004, face à une urgence ressentie, 73% des usagers déclaraient se rendre aux urgences sans contact médical au préalable (60). Ce hiatus peut être expliqué par la faible proportion de traumatologie dans notre population comparée aux autres études pour lesquels elle était d'ailleurs le premier motif de consultation aux UP (7)(19)(60). Notre enquête confirme cette tendance à la consultation rapide puisque 81,3% des parents consultant aux UP pour des accidents domestiques le faisaient dans les moins de 24 heures mais sans valeur significative (*tableau XXII, p.46*). En effet des travaux australiens réalisés en 2005, ont aussi démontré que les parents consultaient plus rapidement les UP en cas de traumatologie qu'en cas de pathologie médicale. Ils étaient 54 % à consulter dans les 4 heures suivant le début des symptômes pour une blessure contre 9% pour une pathologie médicale (7).

Notre hypothèse peut en partie se vérifier car dans seulement 35,5% des cas, le délai de réaction des parents pour se rendre aux UP suivant le début des symptômes était inférieur à 3 heures (*figure 12, p.33*). Mais, comparée aux autres études sur les urgences pédiatriques en excluant la traumatologie, notre population consultait tout de même plus rapidement (7)(37)(29). En effet la majorité consultait dans les 24 premières heures mais étonnamment sans rapport avec une certaine inquiétude (*tableau XIX, p.44*). Bien que nos résultats ne soient pas significatifs, la proportion de parents consultant dans les moins de 24 heures semblait être plus importante pour des situations leurs semblant peu graves que pour des situations graves. Ces chiffres surprennent car plus de la moitié des parents consultant dans les moins de 24 heures était en fait adressés par un médecin, mais également sans valeur significative (*tableau V, p.33*). Nous n'avons pas su trouver d'explications à ces résultats.

Le parcours de soin des parents de notre étude semblait correspondre à une logique de recours aux soins non programmés lors des heures ouvrables des cabinets médicaux de ville. En effet dans la grande majorité des cas, ils avaient contacté par téléphone ou en rendez-vous un médecin avant de se présenter aux UP. On retrouve dans la littérature des proportions légèrement inférieures allant de 58,5 à 65% (7)(20). Ceci est probablement dû au fait qu'elles intégraient les horaires de garde contrairement à notre enquête. En revanche près d'un parent sur 4 déclarait ne rien avoir fait pour le problème de santé actuel de leur enfant avant la venue aux UP. Ce chiffre reflète une population plutôt passive vis à vis de la santé de leurs enfants. I.CLAUDET et L.JOLY-PEDESPAN estimaient au même chiffre ces types de parents en expliquant qu'ils opéraient par transfert de responsabilité, n'essayant pas de prendre en charge les symptômes et continuant d'aller voir leur médecin sans apprendre de leurs expériences passées (13).

Des caractéristiques socio-économiques leurs sont peut-être propres mais nous n'avons pas pu les étudier.

La prise en charge proposée par les cabinets libéraux était dans plus de la moitié des cas, un rendez vous avec un médecin dans les 24 heures et dans seulement 11,2% des cas dans plus de 24 heures. Cela traduit finalement, une disponibilité « correcte » des médecins aux soins non programmés. Il existe cependant une différence entre ce que le patient déclarait et la réalité. En effet une enquête IFOP/CISS réalisée par téléphone en 2011 sur 1001 personnes et 606 médecins montrait cet écart de chiffre d'accès aux soins selon qu'on soit patient ou médecin. Le délai moyen d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste était de 35 jours selon les patients tandis qu'il était de 15 jours selon les médecins. Ces chiffres étaient cependant moins importants pour les généralistes passant de 4 jours selon les patients à 3 jours selon les médecins (61). Dans une étude menée par la DRESS en 2004 le délai d'attente pour les soins non programmés en médecine générale était pourtant jugé satisfaisant pour 85% des patients (62).

Dans 20,7% des cas, nos familles étaient directement dirigées par téléphone vers les urgences pédiatriques et 4,5% avaient eu des consignes de surveillance via les cabinets de villes qu'ils avaient joints. Cette part de parents « guidés » par téléphone tend à se majorer compte tenu de l'évolution de la société et aux demandes relatives à la santé de leurs enfants. Selon B.CHEVALLIER, le développement des moyens de communications, le désir d'une réponse rapide à un problème posé et la notion de contrainte horaire encouragent les familles à recourir au téléphone pour solliciter de leur médecin des informations et/ou conseils, surtout pour la pédiatrie (63).

4.5 Caractéristiques de la prise en charge

La pathologie la plus représentée dans notre étude était la gastro-entérite aigue (*figure 13, p.36*). De nombreuses études retrouvaient ce diagnostic médical au premier rang des pathologies présentes aux UP (19)(37)(55). En France, le rotavirus serait responsable chaque année de 300 000 épisodes de diarrhée aigüe chez les enfants de moins de 5 ans, de 138 000 consultations médicales et de 18 000 hospitalisations. L'impact économique était évalué à 28 millions d'euros en 2005 (64). Pourtant la vaccination contre le rotavirus, recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé, se développe peu en France. Selon une étude menée auprès de 641 pédiatres libéraux en juin 2012, seulement 65% pensaient vacciner plus de la moitié des enfants ayant eu la prescription. Ceci est expliqué par le coût élevé et l'absence de remboursement par la sécurité sociale du vaccin. Pourtant la vaccination de masse dans les autres pays européens, aux Etats-Unis et en Afrique semble diminuer significativement l'incidence des GEA et ainsi indirectement leurs recours aux UP, les pédiatres libéraux français sont d'ailleurs de plus en plus nombreux à le prescrire (65). La part des infections transmissibles dû aux rotavirus aurait également pu être étudiée dans notre enquête. En effet la promiscuité de la salle d'attente du service des UP de La Rochelle augmente peut être ces chiffres. Une étude en 2000 effectuée dans six services de pédiatrie générale de la région parisienne retrouvait un taux d'infection « nosocomiale » à rotavirus comparable aux autres données de la littérature de près de 20% (66). La période épidémique pendant laquelle notre étude a été effectuée, a très certainement augmenté cette proportion de GEA ou de virose arrivant en 3ème motif le plus fréquent, par rapport au reste de l'année.

Nos résultats ont montré que près de la moitié des enfants admis aux UP ne bénéficiaient d'aucun examen complémentaire ou simplement d'un VRS. D'autres études ont retrouvé des proportions similaires entre 44,5% à 54,3% (37)(55). Ces chiffres nous démontrent ainsi qu'une consultation dite ambulatoire simple « suffirait » pour un enfant sur deux consultant aux UP. On constate d'après certains auteurs que leurs intérêts ne sont pas toujours démontrés. De plus ils sont source de surcharges de travail, de surcoûts, de douleurs et d'erreurs potentielles. En effet une étude réalisée en 2002 au sein d'une unité d'urgences pédiatriques à Lille, montrait que seulement 3 à 11% des examens sanguins pouvaient modifier la prise en charge de l'enfant (67). Nos chiffres sont également à analyser avec précaution car d'une part, la proportion de VRS réalisée aux UP a dû être sous-estimée en raison d'une erreur d'incorporation des données par l'interne. D'autre part, les indications des examens complémentaires aux UP n'étaient probablement pas toujours justifiées. D'ailleurs une autre étude à l'hôpital Robert Debré à Paris a prouvé qu'il était possible de diminuer le volume d'examens complémentaires prescrits inutilement en modifiant le formulaire de prescription et en incorporant des recommandations pour les pathologies les plus courantes, sans affecter la qualité des soins (68). Les enfants de notre population ayant bénéficié de plus d'examens complémentaires étaient ceux dont les parents avaient été conseillés par un médecin de consulter aux UP (*tableau VII, p.37*). La différence avec les enfants consultant de manière spontanée était significative. Cela paraît logique qu'un enfant « adressé » par un médecin bénéficie plus d'examens d'investigations qu'un enfant consultant sans contact médical au préalable. Il faut être vigilant quant à cette population qui, sous prétexte d'orientation par un médecin, légitimise des examens complémentaires pouvant être non indiqués ou inutiles. Comme nous le rappelle A.MARTINOT, une confiance aveugle en des résultats chiffrés conduit à sous estimer l'intérêt de l'interrogatoire et de l'examen clinique (69).

Dans notre travail, plus de 6 enfants sur 10 ne bénéficiaient d'aucun traitement aux UP sauf d'antipyrétique ou d'une simple DRP. Ce chiffre est similaire aux autres études qui retrouvaient entre 69,3 % et 80,24 % d'enfants sans aucun traitement aux urgences pédiatriques (8)(29)(70). Comme pour les examens complémentaires, ce taux important d'abstention thérapeutique permet de renforcer l'idée que ces consultations auraient pu être réalisées en ambulatoire. Cependant il existait un biais d'analyse car les enfants en urgence vitale n'étaient pas inclus dans notre étude, écartant ainsi ces chiffres de la réalité. De plus notre faible taux de DRP paraît être sous estimé, montrant le probable oubli de certaines données dans notre enquête par l'interne ou le médecin des urgences. Une petite proportion d'enfants vus en consultation aux UP étaient surveillés en salle d'attente. La création d'une unité d'hospitalisation de courte durée permettrait peut-être d'éviter un cumul et un mélange entre ces enfants malades dans une salle d'attente trop souvent saturée et vectrice de maladies contagieuses. A.MARTINOT a réalisé une étude en 2002 permettant de prouver que la création d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée aux UP était génératrice de forte économie, d'intérêt pour la prise en charge de l'enfant et des familles mais également pour le personnel des urgences et la collaboration avec les médecins libéraux (71).

Plus de 8 enfants sur 10 rentraient à domicile suite à une consultation aux UP. Cette forte proportion de retour à domicile se retrouve dans de nombreuses autres enquêtes allant de 65,6% à 88,3% (8)(12)(20). La proportion d'enfants de moins de 2 ans hospitalisés était plus importante que les enfants de plus de 2 ans (*tableau XXIII, p.47*) mais la différence n'était pas significative dans notre étude contrairement à d'autres retrouvant ce facteur d'influence d'hospitalisation (8)(19). De nouveau la plus grande part de ces consultations entrent bien dans un cadre ambulatoire. Dans notre population

les enfants « conseillés » par un médecin de se rendre aux UP étaient deux fois plus hospitalisés que les enfants consultant spontanément (*tableau IX, p.38*). Ceci apparaît donc comme un facteur d'influence important d'hospitalisation. En revanche on peut se poser la question de la pertinence de ces admissions aux UP par les médecins. En effet dans cette population « conseillée » de recourir aux UP, ils étaient 81% à retourner à domicile, 32,4% à n'avoir aucun examen complémentaire ou uniquement un VRS (*tableau VII, p.37*) et 50,4% à n'avoir aucun traitement aux UP (*tableau VIII, p.38*). Ils correspondent peut être plus à des « demandes d'avis spécialisés ou socialement masqués » qu'à des patients graves sur le plan médical.

D'ailleurs dans notre étude plus de 9 enfants sur 10 étaient considérés en état stable non susceptible de s'aggraver (CCMU1 ou 2). D'autres études sur les UP montrent les mêmes chiffres allant de 86,7% à 99,6% (19)(20)(37)(55). Cette proportion apparaît importante d'autant plus qu'elle ne concerne quasiment que les pathologies médicales et non traumatologiques à l'inverse des études citées précédemment. Cependant la nôtre excluait les enfants en détresse vitale rendant difficile l'interprétation de ces chiffres. La proportion d'enfants consultant spontanément aux UP en état clinique stable était près de deux fois moins importante que les enfants adressés par un médecin (*tableau X, p.39*). Cette différence était significative et nous prouve tout l'intérêt du tri de ces patients en amont des UP par un médecin. Étonnamment plus de la moitié des enfants consultant spontanément était classée au moins en CCMU 2. Il existe une différence de définition de gravité entre les parents et les professionnels de santé expliquant toute l'incompréhension qu'il peut y avoir entre eux. Notre étude montre ce hiatus puisqu'il y avait des différences importantes, bien que non significatives entre le sentiment de gravité des parents et celui des médecins (*tableau XXI, p.45*). La classification CCMU était

faite le plus souvent par l'interne des urgences pédiatriques peu habitué à ce type de codification. De plus certaines urgences vitales pouvaient être directement hospitalisées dans le service sans passer par les urgences pédiatriques. Cela a pu créer un biais de mesure et majorer ces chiffres difficilement exploitables. Il existe un affrontement paradoxal entre d'un côté des parents non forcément inquiets de l'état de santé de leur enfant et de l'autre une unité surspécialisée, suréquipée, prête à recevoir une urgence vitale (13). Ces professionnels et experts opposent au vécu des profanes une définition qui correspond à d'autres critères.

4.6 Caractéristiques des consultants itératifs aux UP

Notre étude a montré qu'il existait trois facteurs socio-économiques principaux pouvant favoriser la consultation itérative aux UP :

- Les mères inactives (*tableau XI, p.40*)
- Le faible niveau d'études des parents (*tableau XII et XIII, p.40 et p. 41*)
- La CMU (*tableau XV, p.42*)

Dans la littérature, les habitués des UP relèvent régulièrement d'un contexte socio-économique défavorisé (13)(72). Pour ces auteurs ceci est expliqué par une inquiétude parentale plus importante dans ces populations également mise en évidence dans notre étude mais de manière non significative (*tableau XX, p.44*). En effet selon une étude de N.BIGRAS et al. portant sur 1245 enfants et familles de Montréal de 2000 à 2004, les mères cumulant les facteurs de risques sociaux (faible scolarité, pauvreté et monoparentalité) se disaient être les plus stressées vis à vis de leurs enfants. Ainsi les parents qui subissent des pressions économiques en raison de revenus trop faibles risquent de présenter une santé émotionnelle et physique plus fragile, d'être irritables

ou dépressifs et, par voie de conséquence, de se montrer moins attentifs à leur enfant, moins aptes à interagir de façon appropriée avec lui (73). Cette population à risque a une image des urgences pédiatriques s'apparentant au dispensaire, ils ne recherchent pas la qualité du service mais sa nature (13)(21). Etonnamment dans notre étude la proximité (moins de 30km) de l'hôpital n'influçait pas de manière significative, les parents à consulter plus fréquemment aux UP (*tableau XIV, p.41*).

Il existait un biais d'analyse car en l'absence de définition consensuelle de la récurrence aux urgences, nous avons choisi le chiffre arbitraire de 2 consultations dans l'année qui nous paraissait être significatif.

4.7 Axe d'amélioration

Dans un premier temps, notre enquête et tous les auteurs sont unanimes sur l'importance de l'éducation de ces familles consultant trop souvent encore de manière injustifiée aux urgences pédiatriques. Les deux acteurs ont leurs rôles à jouer.

Il ne s'agit pas pour le médecin, surtout de ville de faire simplement un diagnostic et une ordonnance. Il paraît indispensable d'expliquer aux parents l'évolution de la maladie, les signes de gravités à surveiller, l'organisation de la permanence des soins et le recours aux appels téléphoniques en cas de besoin que ce soit vers le cabinet médical ou le centre 15. Mais il faut également les sensibiliser sur le bon usage des urgences pédiatriques et l'engorgement de ces services pour des problèmes pouvant attendre une consultation auprès de leurs médecins habituels. Le but est qu'ils deviennent acteurs des soins et plus autonomes pour la santé de leurs enfants. L'intégration du parent comme « co-acteur » du médecin dans la prise en charge de la santé de leur enfant paraît capitale. Ce temps d'information chronophage pour le médecin est pourtant essentiel à

la compréhension ainsi qu'à la réassurance des parents face aux symptômes de leur enfant. Comme l'a montré notre étude, la précarité des parents est à prendre en compte par le médecin afin d'éviter des recours itératifs aux UP. Les consultations dédiées à la prévention permettent d'expliquer toutes ces informations. Elles sont obligatoires, aux nombres de 20, de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans et remboursées à 100% par la sécurité sociale. Malheureusement elles sont encore trop peu réalisées en pratique ou si elles le sont, ces messages ne sont pas suffisamment délivrés. « Pourquoi aller voir le médecin puisque mon enfant n'est pas malade ? ».

Les pouvoirs publics ont également un rôle d'information médicale envers la population. En France, on en retrouve trop peu dans le carnet de santé même si depuis 2006 les premiers soins à réaliser lors de maladies infantiles comme la fièvre et la diarrhée ont été rajoutés. Une étude à Lyon en 2009 a montré malheureusement le faible impact qu'avaient ces explications sur l'inquiétude des parents vis à vis de la fièvre de leur enfant (74). Depuis 1998, dans l'état de Californie aux Etats-Unis, un livre éducatif intitulé « What to do when your child gets sick » de G.MAYER et A.KUKLIERUS, puéricultrices, avec de nombreux schémas explicatifs simples est offert à tous les parents sortant de maternité et en téléchargement gratuit sur internet (75). Il résume et explique les principales pathologies ainsi que les conduites à tenir pour les parents face aux différents symptômes exprimés par leurs enfants. À Lyon, le réseau ville-hôpital « Les Courlygonnes » a mis à disposition des parents, en téléchargement gratuit via leur site internet, 11 plaquettes d'information médicale sur les symptômes pédiatriques les plus fréquents ainsi que les soins pouvant être réalisés (76). Depuis 2011, l'assurance maladie a créé le site internet : « www.ameli-sante.fr », dédié à la prévention et à l'information médicale. Les rubriques concernent aussi bien les adultes que les enfants

et sont classées par ordre alphabétique, par partie du corps ou par symptômes. Il constitue une source d'aide aux parents plutôt complète mais forcément non exhaustive. L'accès en est limité aux personnes ayant internet et habituées à utiliser les moteurs de recherche. De plus, peu de personnes y compris les professionnels de santé ont eu connaissance de la création de ce site. Depuis 2010, l'institut national de prévention et d'éducation de la santé a réalisé 2 dépliants à usage des parents concernant la bronchiolite et la diarrhée (annexe 2). Ils sont disponibles en téléchargement gratuit sur internet ou directement dans les cabinets médicaux, les centres de PMI, les crèches, etc. Ces modèles seraient intéressants à développer pour les autres grandes pathologies infantiles. L'impact sur les UP de ces mesures récentes du gouvernement n'a pas été encore étudié.

La télémédecine comprenant la régulation téléphonique commence à prendre une part importante en France notamment avec le développement du SAMU-Centre 15. Leurs recours ont d'ailleurs explosé ces dernières années suite à une campagne d'information dans les différents lieux de soins médicaux (cabinets médicaux, hôpitaux, PMI, etc.). En revanche, les appels pour les cas jugés « non urgents » par le régulateur qui sont d'ailleurs les plus fréquents, ne donnent actuellement pas lieu à un traitement particulier. Une étude réalisée à Lyon en 2009 a étudié la faisabilité d'une plateforme téléphonique auprès des patients et des accompagnants d'enfants pour des maladies ressenties comme urgentes mais habituellement bénignes afin de connaître son effet sur le nombre de consultations non programmées et non médicalement justifiées. Les résultats ont permis de conclure à la possible mise en place de cette plateforme ainsi qu'à leurs impacts positifs sur la réduction d'affluence aux services d'urgences (77). Un essai randomisé au niveau national pourrait être effectué afin d'en démontrer leurs

bénéfices sur l'affluence aux UP. Des plateformes spécialement dédiées à la pédiatrie, régulées par des infirmières existent déjà depuis de nombreuses années aux Etats-Unis et en Angleterre. Pour le moment la loi française interdit le développement de ces plateformes puisque, comme le stipule l'article 23 du décret no 90-839 du 21 septembre 1990, la régulation d'aide médicale se fait systématiquement sous responsabilité d'un médecin (78).

Dans un deuxième temps, la part de responsabilité du corps médical dans l'engorgement des UP est malheureusement indéniable pour l'ensemble des auteurs (12)(14)(20). Notre étude a permis de montrer le nombre important de parents orientés par un médecin aux UP que ce soit par téléphone ou suite à un rendez-vous, alors que la prise en charge de leurs enfants aurait probablement pu être réalisée « en ville ». La disponibilité et la compétence du médecin semblent être mises en jeu. Ainsi il faudrait d'une part inciter les médecins libéraux à modifier leur planning de consultation en réservant systématiquement et surtout lors des périodes épidémiques hivernales des créneaux d'urgences en fin de journée. D'autre part, depuis 2004 les internes de médecine générale doivent valider pour leur maquette un stage de 6 mois en pédiatrie et/ou en gynécologie. La formation reçue pendant ce stage paraît indispensable à l'exercice pédiatrique au quotidien pour tout médecin généraliste. Il serait intéressant d'en étudier son impact sur la baisse éventuelle de fréquentation des urgences pédiatriques mais également le rendre obligatoire pour l'intérêt de tous. Enfin depuis 2009 le Développement Professionnel Continu est une obligation pour tout professionnel de santé ayant pour principal objectif d'améliorer la qualité des soins et permettre ainsi une meilleure prise en charge des patients.

Une meilleure coordination des acteurs de l'urgence est à développer. Comme le

rappelle le rapport public annuel 2013 de la cour des comptes, elle est encore perfectible : « elle est le plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une démarche construite, entérinant ainsi paradoxalement une lacune du système de soins à laquelle la loi de 2004 avait précisément entendu remédier. L'adressage et le retour d'information, principales modalités de la relation entre les médecins traitant et correspondants, n'ont été de fait ni rigoureusement organisés ni méthodiquement outillés. Plus généralement, la coordination du médecin traitant avec les autres professionnels de santé libéraux ou les établissements de soins n'a pas été précisément établie » (79). Pourtant la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 avait pour principal objectif entre autres un renforcement des liens entre l'hôpital et la médecine de ville. Afin d'éviter le recours systématiques aux urgences, cette loi a permis l'organisation d'une permanence des soins ambulatoires par les médecins généralistes de ville (maison médicale de garde) ainsi que le développement d'un exercice regroupé des professionnels. Les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé, les pôles de santé et les réseaux de santé sont en charge de coordonner ces soins et les acteurs qui les dispensent (80).

L'amélioration de l'état des centres d'urgences passe par des solutions nouvelles au delà du cadre strict des urgences, par des évolutions plus importantes du système de santé, voire de la société.

5. CONCLUSION

Notre étude permet d'établir désormais un profil socio-économique des familles consultant aux urgences pédiatriques de La Rochelle pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux.

Les familles consultant aux UP sont surreprésentées par des enfants de moins de 6 ans ayant des parents diplômés et employés. La première raison de recours aux UP des familles est l'adressage par un médecin, suivie par l'image d'hyperspécialité renvoyée par un hôpital suréquipé, puis, par l'indisponibilité du médecin de ville. Les parents sont toujours près de la moitié à consulter spontanément aux UP même lors des heures ouvrables des cabinets libéraux. Le seul facteur significatif de recours spontané est l'absence de suivi habituel par un médecin généraliste. Ils consultent de manière rapide après le début des symptômes mais peu sont guidés par l'inquiétude. Le milieu défavorisé est un facteur indéniable de consultations récurrentes aux UP.

Le faible taux d'examens complémentaires, de traitements reçus et d'hospitalisations conforte encore le fait que ces soins non programmés sont inadaptés à ce service.

Le temps écoulé entre les enquêtes similaires et notre étude fait de nouveau ressortir les mêmes problématiques et, ceci, malgré les différentes actions et plans du gouvernement.

Bien que le phénomène semble d'ordre sociétal, les 2 axes d'amélioration n'ont pas changé : l'éducation parentale et la coordination entre les professionnels de santé sont plus que toujours d'actualité. Le développement de la télémédecine entre autres, pourrait apporter de nombreuses possibilités de soins et ainsi éventuellement réduire l'affluence aux urgences pédiatriques.

6. ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de l'étude (en format livret)

PARTIE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN DES URGENCES PEDIATRIQUES		 GROUPE HOSPITALIER LA ROCHELLE - RE - AUNIS Parcours de soins et motifs de consultations aux Urgences Pédiatriques		Janvier 2013
27) * Patient adressé aux urgences par un médecin (Généraliste, Pédiatre, ...) ? ☐ Oui ☐ Non		Madame, Monsieur,		
28) * Diagnostic final retenu : une seule réponse possible ☐ Rhinopharyngite / Orite / Angine ☐ Infection urinaire ☐ Laryngite ☐ Virose probable ou fièvre d'origine inconnue ☐ Bronchiolite / Asthme ☐ Eruption cutanée ☐ Pneumopathie ☐ Accident domestique (trauma crânien, brûlures, morsures, corps étrangers) ☐ GEA ☐ Pas de diagnostic ☐ Constipation / Colopathie fonctionnelle ☐ Autre ☐ Appendicite / Péritonite		Nous réalisons une étude, dans le cadre d'un travail de thèse en médecine, portant sur les motifs et le parcours de soins au sein des urgences pédiatriques de La Rochelle sur l'année 2012-2013. A cet effet, vous venez de recevoir un questionnaire anonyme permettant de recueillir les différentes informations nécessaires à ce travail, qui ne vous prendra que 10 minutes à remplir. Toutes ces données resteront confidentielles, n'apparaîtront pas dans le dossier médical. Elles n'interviendront aucunement dans le délai de votre prise en charge. Malgré le contexte stressant actuel pour vous et votre enfant, je vous remercie pour le temps que vous accorderez à ce document. Notre objectif est d'améliorer la prise en charge globale de vos enfants.		
29) * Examens complémentaires : ☐ AUCUN ☐ Radiographie standard seule ☐ VRS ☐ Bilan comprenant une prise de sang ☐ BU et/ou ECBU ☐ Autres		Merci de remettre le questionnaire complété au médecin des urgences pédiatriques qui vous recevra dans quelques instants. BOURRAS Charles Interne en médecine		
30) * Traitements reçus aux urgences (antipyrétiques non compris) ? ☐ AUCUN ☐ DRP ☐ Aérosol ☐ Réhydratation orale ☐ Traitement IV ☐ Lavement ☐ Surveillance aux urgences ☐ Autres		HABITUDES DE CONSULTATION Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo de la manière suivante : 		
31) * Retour à domicile ? ☐ Oui ☐ Non		1) Qui suit habituellement votre enfant (vaccinations, visites régulières) ? Une seule réponse possible ☐ Médecin généraliste ☐ Pédiatre ☐ PMI ☐ SOS Médecins ☐ Les urgences pédiatriques ☐ AUCUN ☐ Autre :		
32) * Etat de gravité de l'enfant ? Une seule réponse possible ☐ Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service d'urgence ☐ Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service d'urgence ☐ Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital ☐ Pronostic vital engagé sans manœuvres de réanimation immédiate ☐ Pronostic vital engagé avec manœuvres de réanimation immédiate		2) Qui consultez-vous en priorité quand votre enfant est malade ? Une seule réponse possible ☐ Médecin généraliste ☐ Pédiatre ☐ PMI ☐ SOS Médecins ☐ Les urgences pédiatriques ☐ AUCUN ☐ Autre :		
3) Pensez-vous votre médecin généraliste apte à prendre en charge le problème actuel de votre enfant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas		25) Quelle est votre couverture sociale ? Une ou plusieurs réponses possibles ☐ Régime général de la sécurité sociale ☐ Mutuelle ☐ CMU ☐ Aucune		
4) Etes-vous venus aux urgences pédiatriques de La Rochelle auparavant ? ☐ Oui ☐ Non  <i>si Non, passez directement à la question 7</i>		26) Quelle est la distance entre votre logement actuel et l'hôpital de La Rochelle ? Une seule réponse possible ☐ Moins de 5 km ☐ Entre 5 et 10 km ☐ Entre 10 et 30 km ☐ Plus de 30 km		
5) Si oui, combien de fois depuis 1 an ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 fois ou plus				
6) Pour quels problèmes de santé aviez-vous alors consulté ? Une ou deux réponses possibles ☐ Fièvre ☐ Vomissements/diarrhées ☐ Douleur ☐ Malaise ☐ Pleurs ☐ Gêne respiratoire ☐ Toux-écoulement nasal ☐ Eruption cutanée ☐ Saignements ☐ Accident (traumatisme crânien, brûlure, morsure, corps étrangers) ☐ Violence/Aggression ☐ Troubles du comportement/Angosse ☐ Autres :				
HISTOIRE DE LA MALADIE ET MOTIF DE CONSULTATION				
7) Pour quelles raisons êtes-vous venus ce jour aux urgences pédiatriques ? deux réponses possibles maximum ☐ Un médecin vous l'a conseillé (médecin traitant, pédiatre, PMI, SOS médecin, conseil téléphonique, etc.) ☐ Votre médecin habituel ou un autre médecin (remplaçant, collègue) était indisponible ☐ Vous pensez que l'état de santé de votre enfant est grave et nécessite peut-être une hospitalisation ☐ Vous pensez qu'il faut un avis spécialisé ou un 2ème avis ☐ Vous pensez qu'il faut des examens complémentaires (prise de sang, radiologie, etc.) ☐ Un traitement a été mis en place mais il est inefficace ☐ Pour absence d'avance de frais nécessaire ☐ Pour raisons personnelles (proximité de l'hôpital, consultation possible 24h/24, temps d'attente moins long) ☐ Votre enfant est atteint d'une maladie chronique grave traitée à l'hôpital ☐ Autres (précisez) :				
FIN DU QUESTIONNAIRE <i>Je vous remercie du temps consacré au remplissage de ce questionnaire qui est à remettre à l'interne et/ou au médecin des urgences pédiatriques qui vous recevra dans quelques instants. Il remplira à son tour la partie du questionnaire le concernant.</i> BOURRAS Charles Interne en médecine 				

23) Quel est le niveau d'études de la mère de l'enfant (dernier diplôme obtenu) ? Une seule réponse possible

- ☐ Aucun diplôme
☐ Certificat d'études (primaire)
☐ CAP
☐ Brevet des collèges BEPC
☐ BEP
☐ Bac d'enseignement technique
☐ Bac d'enseignement général
☐ Niveau Bac+2 (BTS DUT DEUG)
☐ Diplôme du 2ème cycle de l'enseignement supérieur
☐ Diplôme du 3ème cycle de l'enseignement supérieur
☐ Diplôme d'une grande école
☐ Autre (précisez) :

24) Quel est le niveau d'études du père de l'enfant ? Une seule réponse possible

- ☐ Aucun diplôme
☐ Certificat d'études (primaire)
☐ CAP
☐ Brevet des collèges BEPC
☐ BEP
☐ Bac d'enseignement technique
☐ Bac d'enseignement général
☐ Niveau Bac+2 (BTS DUT DEUG)
☐ Diplôme du 2ème cycle de l'enseignement supérieur
☐ Diplôme du 3ème cycle de l'enseignement supérieur
☐ Diplôme d'une grande école
☐ Autre (précisez) :

8) Pour quels problèmes de santé consultez vous ce jour ? Une ou deux réponses possibles

- ☐ Fièvre ☐ Vomissements/diarrhées ☐ Douleur
☐ Malaise ☐ Pleurs ☐ Gène respiratoire
☐ Toux-rhinothorax ☐ Eruption cutanée ☐ Saignements
☐ Accident (traumatisme crânien, brûlure, morsure, corps étrangers) ☐ Violence/Aggression ☐ Troubles du comportement/Angosse
☐ Autres (précisez) :

9) Comment considérez-vous le problème de santé actuel de votre enfant ? Une seule réponse possible

- ☐ Très Grave ☐ Grave
☐ Peu grave (pouvant attendre quelques heures) ☐ Non grave (pouvant attendre quelques jours)

10) Combien de temps s'est-il écoulé entre le début du problème de santé actuel de votre enfant et la décision de vous rendre aux urgences ? Une seule réponse possible

- ☐ Moins d'une heure ☐ Entre 3 et 24 heures ☐ Plus de 48 heures
☐ Entre 1 et 3 heures ☐ Entre 24 et 48 heures

11) Avez-vous fait des démarches pour régler ce problème le ou les jours précédents votre venue aux urgences pédiatriques ?

- ☐ Oui ☐ Non

12) Si oui quel type de démarche avez-vous faites ? Une seule réponse possible

- ☐ Vous avez contacté un médecin (par téléphone ou directement en rendez-vous)
☐ Vous avez essayé de joindre un médecin mais vous n'y êtes pas arrivé
☐ Vous avez consulté une personne de votre entourage proche (familles, amis, voisins...)
☐ Vous avez essayé de soigner votre enfant tout seul
☐ Autre (précisez) :

13) Si vous avez contacté un cabinet de médecine en ville, quelle prise en charge vous a-t-on proposé ? Une seule réponse possible

- ☐ Une consultation ou une visite avec lui dans un délai de moins de 24 heures
☐ Une consultation ou une visite avec lui dans un délai de plus de 24 heures
☐ Une orientation vers médecin de garde, SOS médecin ou le numéro de téléphone d'urgence " 15 "
☐ Une orientation directement aux urgences pédiatriques
☐ Des explications pour surveiller l'apparition d'éventuel signe de gravité ou d'aggravation nécessitant de faire le " 15 " ou de consulter les urgences pédiatriques rapidement
☐ Aucune

CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES ET FAMILIALES

DEUX PREMIERES LETTRES DU NOM DE L'ENFANT :

DEUX PREMIERES LETTRES DU PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DU JOUR :

HEURE D'ARRIVEE AUX URGENCES :

14) Quel est l'âge de votre enfant ?

- ☐ Moins de 28 jours ☐ Entre 1 et 2 ans ☐ Plus de 6 ans
☐ Entre 28 jours et 12 mois ☐ Entre 2 et 6 ans

15) Quel est son sexe ? ☐ Masculin ☐ Féminin

16) Quel est l'ordre de votre enfant dans la fratrie ?

- ☐ Premier ☐ Second ou suivant

17) Quel est le lien de parenté entre vous et l'enfant ? Une seule réponse possible

- ☐ Mère (vous consultez toute seule) ☐ Grands parents
☐ Père (vous consultez tout seul) ☐ Famille d'accueil ou autres
☐ Parents (vous consultez à deux)

18) Quel était l'âge de la mère de l'enfant à sa naissance ?

- ☐ Moins de 20 ans ☐ Entre 25 et 34 ans
☐ Entre 20 et 24 ans ☐ Plus de 35 ans

19) Quel était l'âge du père de l'enfant à sa naissance ?

- ☐ Moins de 20 ans ☐ Entre 25 et 34 ans
☐ Entre 20 et 24 ans ☐ Plus de 35 ans

20) Quelle est la situation familiale actuelle des parents ? Une seule réponse possible

- ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ Autre

21) Quel est le statut professionnel actuel ou passé de la mère de l'enfant ? Une seule réponse possible

- ☐ Artisan, commerçante, chef d'entreprise
☐ Cadre, profession intellectuelle supérieure
☐ Professions intermédiaires
☐ Employée
☐ Ouvrière
☐ Agricultrice
☐ Etudiante
☐ Sans profession ou autre

22) Quel est le statut professionnel actuel ou passé du père de l'enfant ? Une seule réponse possible

- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
☐ Cadre, profession intellectuelle supérieure
☐ Professions intermédiaires
☐ Employé
☐ Ouvrier
☐ Agriculteur
☐ Etudiant
☐ Sans profession ou autre

ANNEXE 2 : Dépliant diarrhée

Diarrhée du jeune enfant, évitez la déshydratation !



On parle de diarrhée si les selles sont plus liquides et plus fréquentes que d'habitude.

Le principal danger de la diarrhée, c'est la déshydratation, c'est-à-dire un manque d'eau dans le corps.

Le meilleur moyen d'éviter ou de traiter une déshydratation est de donner à boire à votre enfant une solution de réhydratation orale (SRO).

Que faire si votre enfant a la diarrhée ?

1

Proposez à boire une solution de réhydratation orale (SRO) à votre enfant, quel que soit son âge

- Donnez souvent la SRO à boire à votre enfant, au début plusieurs fois par heure.

- Si votre enfant vomit, donnez-lui la solution bien fraîche, au début toutes les 5 à 10 min, par petites gorgées ou même à la cuillère.

- Ensuite, laissez votre enfant boire la SRO à volonté, selon sa soif, le temps que dure la diarrhée.

- Pensez à vous laver les mains avant et après vous être occupé de votre bébé.



2

Proposez régulièrement à votre enfant de manger

- N'hésitez pas à lui proposer des aliments qu'il aime.

- Si vous allaitez, poursuivez comme d'habitude et proposez de la SRO à votre enfant entre les tétés.



3

Surveillez votre enfant jusqu'à la fin de la diarrhée

- Prenez sa température.

- Comptez le nombre de selles et de vomissements et le nombre de biberons bus.

- Notez le comportement de l'enfant.



Demandez l'avis de votre médecin dès l'apparition de la diarrhée

Rappelez votre médecin :

- si votre enfant vomit ;
- si le nombre de selles ne diminue pas ;
- s'il refuse de boire et de manger ;
- s'il a une température supérieure à 38,5°C ;
- s'il est très fatigué, qu'il a les yeux cernés, creusés, s'il n'est pas comme d'habitude ;
- s'il y a du sang dans les selles.

Le saviez-vous ?

- Un nourrisson peut boire plusieurs biberons de SRO par jour !
- Si le nourrisson refuse de boire la SRO, c'est souvent parce qu'il n'a pas soif et qu'il n'est pas déshydraté. Il faut continuer à lui en proposer régulièrement car il risque à tout moment une déshydratation.
- La SRO n'arrête pas la diarrhée mais elle prévient la déshydratation.
- La SRO est disponible en pharmacie, même sans ordonnance. Si elle a été prescrite par un médecin, elle est remboursée par l'Assurance Maladie.
- Aucune autre boisson (eau, eau sucrée, sodas, etc.) que la SRO ne permet de lutter efficacement contre la déshydratation. Si votre petit enfant a la diarrhée, que vous n'avez pas de SRO avec vous et que vous ne pouvez pas vous en procurer rapidement, appelez sans tarder votre médecin ou le 15.



Attention! Il faut toujours avoir chez soi quelques sachets de solution de réhydratation orale pour pouvoir agir vite en cas de diarrhée. L'état de santé du jeune enfant peut s'aggraver en quelques heures. Pensez aussi à en mettre dans les affaires de votre enfant s'il voyage.

Comment préparer une solution de réhydratation orale ?

Lavez-vous les mains à l'eau et au savon



Préparez un biberon de 200 ml d'eau (la même que celle que vous utilisez pour les biberons)



Versez dedans le contenu du sachet de soluté de réhydratation sans rien ajouter puis secouez



Vous pouvez conserver la solution 24 h au réfrigérateur



Contacts utiles

Samu : 15

Sapeurs-pompiers : 18

Numéro unique d'urgence européen : 112



313-0464-DE

7. GLOSSAIRE

BU : Bandelette Urinaire

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CH : Centre Hospitalier

CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

DRP : Désobstruction Rhino-Pharyngée

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

GEA : Gastro-Entérite Aigue

IFOP : Institut Français d’Opinion Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IV : Intraveineuse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UP : Urgences Pédiatriques

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

8. BIBLIOGRAPHIES

1. Exertier A, Minodier C. Le panorama des établissements de santé 2011. La médecine d'urgence. DRESS; p. 106.
2. Vercruysse A. Recours aux urgences pédiatriques après consultation de soin primaire [Thèse de médecine]. Nantes; 2011.
3. Rapport public annuel de la Cour des comptes. Les urgences médicales: constats et évolution récente. 2007. p. 313-40.
4. Aurel M, Diependaele JF, Martinot A. Les défis des urgences pédiatriques. Soins Pédiatrie/puériculture. 2010 Jan;31(252):18-19.
5. Andreola B, Dalt L, Zangardi T. La pédiatrie d'urgence en Europe. Mt pédiatrie. 2008 Nov;11(6):326-7.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine and American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. 2001 Apr;37:423-8.
7. O'Rourke P, Williams A, Keogh S. Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. Arch Dis Child. 2009 Apr;94:817-20.
8. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences: Premiers résultats d'une enquête nationale. DRESS. 2003 Jan; N°212.
9. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DRESS. 2003 Jan; N°215.
10. Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes. Panorama de la santé Poitou-Charentes. 2010 Mars. Disponibilité :< <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/Pano2010.pdf>>
11. Faugere L. Direction des finances et du contrôle de gestion du CH de La Rochelle. Activité du service de Pédiatrie de 2007 à 2011.
12. Soula A. Description d'une population d'enfants vus aux urgences pédiatriques selon son mode de recours: enquête prospective sur plusieurs jours données au C.H. de La Rochelle [Thèse de médecine]. Poitiers; 2005.
13. Claudet I, Joly-pedespan L. Consultations de routine aux urgences: faut-il gérer ou lutter? Arch Pediatr. 2008 Nov;15:1733-8.
14. Belhadi daouzli B. Les urgences pédiatriques en urgence ou dans l'urgence? Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2012;(24):67-71.
15. Légifrance. (page consultée le 12/01/13). Circulaire no 195/DHOS/01/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, [en ligne].www.legifrance.gouv.fr/
16. Insee . (page consultée le 6/11/13). Population selon le sexe et l'âge 2012, [en ligne]. <http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2>
17. Ben-Ali L, Blanpain N. L'accueil du jeune enfant en 2010. Observatoire national de la petite enfance;
18. Dufour D, Paon J. Les conseils téléphoniques aux urgences pédiatriques: expérience du centre hospitalier du Havre. Arch Pediatr. 2004;11:1036-40.
19. Azema O, Borderon M, Grolleau S et al. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées. Rapport d'activité annuel. La pédiatrie. ORU-MiP; 2011 p. 139-78.
20. Ferley J, Hedreville L, Da Silva E et al. Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire. Prise en charge des consultations pédiatriques non programmées dans l'agglomération Lyonnaise. 2002 Mai. Rapport N°337.

21. Berthier M, Martin-robin C. Les consultations aux urgences pédiatriques: étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Arch Pediatr. 2003;10(suppl.1):61s-63s.
22. Vigneron P, Begue P. Quel est l'âge d'acquisition de l'immunité contre les principaux agents pathogènes dans les premières années de vie ? Y a-t-il un âge idéal pour entrer en collectivité ? Arch Pediatr. 1999;6(Suppl.3):602-10.
23. Jouannetaud S. Fièvre de l'enfant âgé de trois mois à deux ans: inquiétudes des parents et motivations pour une consultation aux urgences pédiatriques de l'hôpital mère-enfant de Limoges plutôt qu'en médecine de ville [Thèse de médecine]. Limoges; 2011.
24. Chamberlain ML. Lien entre le niveau de stress parental et la qualité de l'alliance parentale chez les parents ayant un enfant âgé de 4 à 6 mois [Mémoire de maîtrise en psychologie]. Université du Québec à Trois-Rivières; 2002.
25. Claudet I, De montis P, Debuissou C et al. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. Arch Pediatr. 2012;19:900-6.
26. Maestracci M, Santaella E, Guyon G et al. Problématique de la fréquentation croissante des nouveau-nés aux urgences. Arch Pediatr. 2008;15(5):933.
27. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. Insee Première [en ligne]. Octobre 2012, N°1419. Disponibilité : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419>
28. Insee. (page consultée le 23/10/13). En Poitou-Charentes, la fécondité remonte depuis le milieu des années 90-e.décim@l N°27-2013 janv, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=19432
29. Veyre A. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques: Etude prospective menée pendant l'hiver 2006 au CHU du Kremlin-Bicêtre [Thèse de médecine]. PARIS VII; 2009.
30. Laforet C. Motivations du recours aux Urgences pédiatriques dans les quarante-huit heures suivant la consultation d'un médecin généraliste pour le même problème [Thèse de médecine]. Poitiers; 2011.
31. Insee. (page consultée le 10/06/13). France, portrait social-Edition 2012. Dossier de presse, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/ppp/comm_presse/comm/dossier_presse_web.pdf
32. Insee. (page consultée le 10/06/13). FAM T3-Composition des familles en France 2009, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=FAM&millesime=2009&nivgeo=FE&codgeo=1
33. Insee. (page consultée le 11/06/13). FAM T1-Ménages selon leur composition La Rochelle 2009, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=FAM&millesime=2009&nivgeo=COM&codgeo=17300
34. Berthier M, Oriot D. L'enfant de mère seule. Arch Pediatr. 1998;5:71-8.
35. Stagnara J, Vermont J, Dürr F et al. L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants. Press Med. 2005;34(16):1129-36.
36. De Saint Pol T, Bouchardon M. Le temps consacré aux activités parentales. Études et Résultats. DRESS; 2013 Mai. N°841.
37. Tobie MJ. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest: analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration [Thèse de médecine]. Brest; 2012.
38. Agence Régional de Santé. Contrat local de santé territoire de La Rochelle. Éléments de diagnostic. Juin 2012.

39. Galtier B. Enfants de familles en difficulté: quelles modalités d'accueil? Solidarité et santé. DRESS; 2012. N°35.
40. Insee. (page consultée le 7/07/13). FOR T2-Diplômes-Formation 2010, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=7&sous_theme=2
41. Insee Poitou-Charentes. (page consultée le 07/07/13). Maintenir le dynamisme rochelais face aux enjeux de la périurbanisation-décimal-n°319-2012 Juin, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/poitou-charentes/themes/decimal/dec2012319/dec2012319.pdf
42. Rapport d'activité CMU 2003. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [en ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000408/0000.pdf>
43. Insee. Atlas social du Poitou-Charentes. Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Les Cahiers de décimal de l'Insee [en ligne]. Oct 2006, n°49. Disponibilité : <http://www.insee.fr/fr/insee_regions/poitou-charentes/themes/cahiers/cahier49/c49p055.pdf>
44. Boisguérin B. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006? Études et résultats. DRESS; 2009. N°675.
45. Nicolas J, Bernard F, Vergnes C et al. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. Arch Pediatr. 2001;8:259-67.
46. Allonier C, Boisguérin B, Le Fur P. Les bénéficiaires de la CMUC déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Études et résultats. 793. DRESS; 2012.
47. Boisguérin B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (novembre 2000). Principaux résultats. DRESS; 2002. N°41.
48. Boisguérin B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003). Principaux résultats. DRESS; 2004. N°63.
49. Martinot A, Boscher C, Roustit C et al. Motifs de recours aux urgences pédiatriques: comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires? Arch Pediatr. 1999;6(Suppl 2):461-3.
50. Marguet C. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes [Thèse de médecine]. Rouen; 2013.
51. Gauthier A. Motivations et parcours des parents consultant aux urgences pédiatriques-Résultats d'une enquête à l'hôpital Louis Mourier en 2007 [Thèse de médecine]. Paris XXII; 2007.
52. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet: premiers résultats d'une enquête nationale. Études et résultats. DRESS; 2009. N°704.
53. Direction de l'Enfance, de la Famille et de l'Action sociale. Département de la Charente-Maritime. Le schéma départemental de la petite enfance 2013/2017. [en ligne]. Disponibilité: < http://charente-maritime.fr/CG17/upload/docs/application/pdf/2013-05/livre-blanc-petite-enfance_web.pdf>
54. Ducassé JL, Sagnes-Raffy C. Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que faire appel à la médecine de ville. ORU-MiP; 2003.
55. Sagnes-Raffy C, Claudet I, Grouteau E. Épidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans. ORU-MiP; 2001.
56. Assathiany R, Giacobbi V, Sznajder M. Disponibilité des pédiatres libéraux et communautaires en Île-de-France après une sortie précoce de maternité. Arch Pediatr. 2006;13:336-40.

57. Martinot A, Fassler C, Leclerc F. Quelle est l'implication du pédiatre libéral dans la prise en charge des urgences extrahospitalières. *Arch Pediatr*. 2000;7:591-3.
58. Assyag P, Renard P. Les médecins spécialistes médico-techniques de proximité en Ile-de-France. URPS; 2011. Disponibilité : < http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/Rapport_specialisteproximite_0.pdf>
59. Zomorrodi A, Attia M. Fever: Parental Concerns. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2008;9(4):238-43.
60. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63-74.
61. Institut français de l'opinion public. (page consultée le 03/05/13). L'observatoire de l'accès aux soins. Enquête auprès des Français et des professionnels de santé 2011 Octobre, [en ligne]. http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf
62. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville: satisfaction des patients et suites éventuelles. Études et résultats. DRESS; 2008. N°625.
63. Chevalier B, Sznajder M. La pédiatrie par téléphone: un exercice difficile. *Arch Pediatr*. 2004;11:1033-5.
64. Huet F, Allaert F, Trancart A. Évaluation du coût de la prise en charge pédiatrique des gastroentérites aiguës à rotavirus. *Arch Pediatr*. 2008;15:1159-66.
65. Assathiany R. Pratiques de prise en charge des gastro-entérites aiguës: enquête auprès de 641 pédiatres libéraux. *Arch Pediatr*. 2013;20:1113-9.
66. Sermet-Gaudelus I. Infection nosocomiale à rotavirus en pédiatrie générale. Enquête d'observation multicentrique. *Pathol Biol*. 2004;52:4-10.
67. Martinot A, Vernoux S, Chartier A et al. Utilisation rationnelle des examens sanguins en situation d'urgence: le point de vue hospitalier. *Arch Pediatr*. 2002;9(Suppl 2.):208-10.
68. Surcin L, Bloch J, Vitout-Brot C. Diminution de la prescription d'examens complémentaires dans un service d'urgences médicales pédiatriques. *Arch Pediatr*. 2001;8:481-8.
69. Martinot A, Dubos F, Hue V. Valeur des examens complémentaires aux urgences: interprétation des résultats. *Arch Pediatr*. 2005;12:700-2.
70. Massin M, Lepage P, Bauche P. Observations et réflexions sur la gestion des urgences pédiatriques en Belgique: résultats de l'enquête du G.B.P.F. 2002, [en ligne]. http://www.gbpf.be/files/pdfs/enquetes/gestion_urgences.pdf>
71. Martineau O. Utilité d'une unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques. *Arch Pediatr*. 2003;10:410-6.
72. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H et al. Le faux débat des fausses urgences. *Arch Pediatr*. 1999;6(Suppl 2.):464-6.
73. Bigras N. Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde. *Enfances, Familles, Générations*. 2009;(10):1-30.
74. Raymond F. Fièvre de l'enfant: Impact du carnet de santé sur les comportements des parents. [Thèse de médecine]. Lyon 1; 2009.
75. Mayer G, Kuklierus A. What to do when your child gets sick. Institute for Healthcare Advancement. 2011. Disponibilité: <<http://www.cfc.ca.gov/parents/service-plus-support/get-support.aspx#/a=kitfornewparents>>
76. Courlygonet.net. Réseau-Ville-Hôpital (page consultée le 10/08/13). Plaquettes [en ligne]. <http://courlygonet.net/fr/plaquettes.html>

77. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *Press Med.* 2010 Nov ;39(11):258–63.
78. Légifrance. (page consultée le 11/08/13). Article 23 du décret no 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière, [en ligne].
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000533319&fastPos=1&fastReqId=1154145351&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
79. Rapport public annuel de la Cours des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés: une réforme inaboutie. 2013. p. 187–218.
80. Légifrance. (page consultée le 12/10/13). Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, [en ligne].<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

ANNEE : 2014
AUTEUR : Charles BOURRAS
DIRECTEUR DE THESE : Docteur Sophie TROLLER
TITRE DE LA THESE : Pourquoi les familles consultent-elles aux urgences pédiatriques du C.H de La Rochelle pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux : Etude prospective sur un échantillon de 359 enfants
RESUME : Le nombre annuel de passages aux urgences pédiatriques en France ne cesse de croître d'année en année et ce, malgré les nombreux « plans » et lois instaurés récemment par les pouvoirs publics. La ville de La Rochelle, bien que fortement pourvue en médecins libéraux, n'échappe pas à cette tendance avec une augmentation de ce nombre de 5,6% par an depuis 2007. La grande partie de ces familles consultent lors des heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux pour des pathologies le plus souvent bénignes, saturant ainsi le service des urgences. Nous avons réalisé une enquête prospective sur cette population consultant aux urgences pédiatriques du C.H de La Rochelle de janvier à avril 2013 grâce à un questionnaire anonyme afin d'analyser leurs caractéristiques socio-économiques et les différents facteurs intervenant sur ces consultations non programmées. 359 enfants ont été inclus. Les familles étaient surreprésentées par des enfants de moins de 6 ans ayant des parents diplômés et employés. Le milieu défavorisé était un facteur de risque significatif de recours itératif aux urgences. Les parents se disaient adressés par un médecin aux urgences dans 49% des cas, correspondant à leur raison principale de consultation. Ils expliquaient ensuite leur venue par la nécessité d'examens complémentaires ou d'un autre avis médical dans 25,9% des cas, puis, par l'indisponibilité de leurs médecins dans 18,1% des cas. Le seul facteur de risque significatif de recours spontané était l'absence de suivi habituel de l'enfant par un médecin généraliste. Les parents considéraient dans 62,6% des cas la situation de santé actuelle de leur enfant comme peu ou non grave et, dans 40,9% des cas, ils pensaient leur médecin généraliste apte à la résoudre. Malgré cela, plus de 6 parents sur 10 consultaient les urgences dans les 24 heures suivant le début des symptômes de leur enfant. Dans 44% des cas aucun examen complémentaire n'était réalisé et 83,6% des enfants regagnaient leur domicile après la consultation. Face à l'évolution des familles actuelles dans notre société, les outils d'information médicale se modifient afin de favoriser l'éducation parentale. Les axes d'amélioration semblent se tourner vers de nouveaux moyens de communication comme la télémédecine et internet. Les médecins libéraux ont également un rôle important à jouer dans ce domaine en renforçant leurs disponibilités, leurs formations ainsi que leurs messages de prévention auprès notamment des parents de milieux défavorisés. Coordonner les professionnels de santé entre eux en favorisant le développement des réseaux, des pôles et des maisons de santé pourrait tendre à diminuer les consultations inadaptées aux urgences pédiatriques. MOTS CLES : Urgences pédiatriques, Médecine libérale, Recours spontané, Consultation itérative, Motifs de consultation, Education parentale, Urgence ressentie, Etude prospective.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

