



**Université Lille 2
Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Compréhension et acceptation d'une ordonnance de paracétamol au sortir
des urgences pédiatriques. Enquête menée aux urgences de Saint Vincent
de Paul à Lille et du centre hospitalier de Douai.**

**Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2012
Par *Pierre Pruvost***

Jury

Président : Monsieur le Professeur MARTINOT

**Assesseurs : Madame le Professeur MOUNIER-VEHIER
Monsieur le Professeur KALACH
Madame le Professeur CHARKALUK**

Directeur de Thèse : Madame le Professeur CHARKALUK

SOMMAIRE

<u>RESUME</u>	p9
<u>INTRODUCTION</u>	p10
1) <u>Généralité</u>	p10
2) <u>Objectif de l'étude</u>	p15
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	p17
1) <u>Caractéristique de l'étude</u>	p17
1.1 Critères d'inclusion	
1.2 Modalité	
1.3 Calcul du nombre d'enfants à inclure	
1.4 Analyse des résultats	
2) <u>Elaboration du questionnaire</u>	p20
2.1 La compréhension	p20
2.2 L'acceptation	p23
2.3 Les facteurs de variabilité	p24
2.3.1 Liés à l'enfant	
2.3.2 Liés aux parents	
2.3.3 Liés à l'examineur	
3) <u>Evolution du questionnaire</u>	p26
3.1 Evolution sur la forme	p27
3.2 Evolution sur le fond	p27
4) <u>Analyse statistique</u>	p29

<u>RESULTATS</u>	p30
1) <u>Présentation des résultats</u>	p30
<u>1.1 Caractéristique de la population</u>	p30
1.1.0 Caractéristique démographiques	
1.1.1 Mode d'arrivée aux urgences	
1.1.2 Mode de suivi	
1.1.3 Principale source d'inquiétude des parents motivant l'arrivée aux urgences	
1.1.4 Enonciation du diagnostique par les parents	
1.1.5 Enonciation de l'agent pathogène par les parents	
1.1.6 Réponse des parents lorsqu'on leurs demande si l'ordonnance leur a été expliquée.	
1.1.7 Réponse des parents lorsqu'on les interroge sur la nécessité d'une antibiothérapie	
1.1.8 Qu'en était-il de la co-prescription ?	
1.1.9 Habitus des parents et prescription en ville	
<u>1.2 Attente, ressenti et satisfaction des parents</u>	p42
<u>1.3 Statut de l'examineur selon les parents</u>	p43
2) <u>Evaluation de la compréhension</u>	p44
3) <u>Evaluation de l'acceptation</u>	p46
4) <u>Vue globale de la compréhension et de l'acceptation</u>	p47
5) <u>Evaluation des facteurs de variabilité/comparaison des deux groupes</u>	p48
5.1) Relation entre la compréhension de la prescription par les parents et les différents facteurs de variabilité	
5.2) Relation entre l'acceptation de la prescription par les parents et les différents facteurs de variabilité	

<u>DISCUSSION</u>	p53
<u>1) Résultats principaux</u>	p53
<u>2) Validité des résultats</u>	p54
2.1) Validité interne	
2.2) Validité externe	
2.3) Biais, limites et regrets	
<u>3) Discussion et comparaison des résultats</u>	p60
3.1) Discussion des résultats	p60
3.1.1) La compréhension des parents	
3.1.2) L'acceptation de la prescription par les parents	
3.1.3) discussion autour des facteurs de variabilité	
3.2) Comparaison des résultats	p64
<u>4) Education pour la santé</u>	p67
<u>CONCLUSION</u>	p70
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p72
<u>ANNEXES</u>	p74

RESUME

Contexte : Pour des raisons médicales et économiques, les prescriptions sont amenées à se réduire. Dans le contexte particulier des urgences pédiatriques, la compréhension et l'acceptation de l'ordonnance sont un réel problème.

Matériel et Méthode : L'objectif principal est de mesurer la compréhension et l'acceptation par les parents d'une ordonnance ne comportant que du Paracétamol pour leur enfant consultant aux urgences pédiatriques pour fièvre et/ou toux ou éruption cutanée.

L'étude était prospective, bi centrique (urgences pédiatriques de Douai et de Saint Vincent de Paul à Lille), sur 93 cas, de mai à juillet 2012, par un auto questionnaire remis aux parents en fin de prise en charge. Les facteurs liés à l'enfant, à ses parents et à l'examineur, possiblement associés à la compréhension ou l'acceptation de la prescription ont été recherchés.

Résultats : Les enfants étudiés avaient un âge médian de 22 mois. Quarante et un pourcents des parents n'avaient pas compris la prescription, (IC à 95% [31;51]) principalement car la notion d'absence d'efficacité des antibiotiques sur les virus n'était pas maîtrisée. Pourtant ils étaient 76 % à l'accepter (IC à 95% [67;86]). Ainsi ils étaient 71% à accepter l'ordonnance alors même qu'ils ne l'avaient pas comprise. On ne retrouvait pas de lien significatif entre la compréhension et l'acceptation ($p=0,24$).

Peu de parents (21 %) étaient en demande d'une autre prescription, et ils n'étaient que 13 % à avoir souhaité des antibiotiques.

La compréhension est significativement en lien avec la capacité des parents de reformuler le diagnostic ($p=0,009$), en revanche il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la compréhension et le mode de suivi, l'âge des parents, leur niveau d'étude, le mode d'arrivée aux urgences, la taille de la fratrie ou la place de l'enfant dans la fratrie, l'examineur tel que perçu par les parents. On remarquera juste une discrète tendance liant l'âge jeune de l'enfant et une mauvaise compréhension, sans que ce soit réellement statistiquement significatif ($p=0,06$). L'acceptation était moins bonne quand les parents auraient souhaité voir leur médecin traitant ($p=0,046$). Aucun autre facteur n'a été trouvé en lien avec l'acceptation.

Conclusion : L'amélioration du niveau de compréhension passe par une éducation pour la santé collective (messages de santé publique, affiches) et surtout individuelle, qui doit être adaptée à chaque famille et pour laquelle la reformulation du diagnostic est probablement un point clé.

INTRODUCTION

1) Généralités

De nombreuses raisons nous encouragent aujourd'hui à réduire nos ordonnances. Premièrement les résistances aux antibiotiques sont de plus en plus fréquentes, hors on sait que la résistance des bactéries est corrélée à une surconsommation d'antibiotiques. Ce rapport entre l'émergence de résistances et la consommation d'antibiotiques est par exemple illustrée dans la publication effectuée au décours des journées nationales d'infectiologie en 2010 (1) au sujet des fluoroquinolones . De 2001 à 2007, leurs consommations ont été multipliées presque par 10, et parallèlement l'émergence d'e.coli résistantes à ces quinolones a presque également été multipliée par 10...

Deuxièmement le contexte d'économie de santé et de son coût nous y incite également, et enfin troisièmement les grands scandales publics de iatrogénie nous engagent eux aussi à la prudence.

Pour réduire nos prescriptions, nous nous trouvons relativement aidés par des grandes campagnes nationales qui permettent de faire passer des messages simples au grand public.

Ces messages tels que « les antibiotiques c'est pas automatique » menée par la caisse nationale d'assurance maladie dès 2001 ou plus récemment « utilisés à tort ça les rend moins forts » (hiver 2011) (2) ont ainsi permis une franche diminution des prescriptions d'antibiotiques. En effet celle-ci a tout de même entre 2002 et 2005,

diminué de 16%. (3) (Bien que depuis peu (2005) on déplore une discrète reprise à la hausse de la consommation d'antibiotiques)

Par ailleurs, le durcissement des réglementations et les limitations officielles d'AMM nous aident également à réduire nos prescriptions. Ainsi la contre indication officielle des antitussifs (4) aux nourrissons de moins de deux ans a permis d'avoir une recommandation opposable aux parents, sur laquelle s'appuyer afin de diminuer cette prescription. De même, plus récemment encore (février 2012) avec la contre indication des antiémétiques types Métopropramide pour les moins de 18ans (5), qui également permet d'avoir une recommandation opposable aux parents pour en limiter la prescription.

Ceux ci doivent donc faire face pour eux même comme pour leurs enfants à une constante diminution de l'ordonnance (en termes de nombre de médicaments par ordonnance) par rapport à ce dont ils avaient l'habitude il y a quelques années.

Progressivement, « L'idée qu'une meilleure santé ne signifie pas toujours plus de médicaments fait son chemin dans l'opinion. » (6)

Malgré tout la France, conserve en comparaison de ses voisins européens une des consommations médicamenteuses les plus importantes. En effet dans l'étude IPSOS de 2005, La population interrogée en France déclarait avoir pris en moyenne, au cours des 7 derniers jours, près de deux médicaments (1,9), contre 1,6 en Allemagne, 1,4 en Espagne et 1,3 aux Pays-Bas. Lorsqu'on considère uniquement

les médicaments prescrits, l'écart se creuse encore : de 1,6 en France à 0,9 aux Pays-Bas... (6)

La voie de l'éducation des patients en ce qui concerne la réduction de prescription est donc certes en marche, avec des progrès indéniables mais le chemin est encore long... Malgré ces progrès, les praticiens relatent toujours une pression à la prescription omniprésente (7) et ce d'autant plus lorsqu'elle émane des parents pour leur enfant.

Cette pression ressentie en ville, transparaît également aux urgences ; en effet le lieu particulier que sont les urgences, le stress souvent intense que peuvent ressentir les parents, l'examineur, parfois jeune et encore en formation sont autant d'éléments qui peuvent amener à « prescrire plus ».

Ainsi, il est intéressant de se demander comment les parents perçoivent le fait de ne ressortir des urgences pédiatriques qu'avec une unique ordonnance de paracétamol, dans le cadre d'une consultation pour fièvre, accompagné ou non d'une toux, ou d'une éruption cutanée. Comprennent-ils réellement les enjeux et les fondements de cette prescription ? Acceptent ils cette prescription réduite, qui somme toute se trouve dans toutes les armoires à pharmacie; et ce alors même qu'ils jugeaient l'état de santé de leur enfant comme nécessitant une prise en charge urgente ?

La compréhension du diagnostic, de la prescription paraît être un objectif évident pour chacun d'entre nous, et selon les recommandations de la HAS, « le médecin doit s'assurer que les parents et que l'enfant, selon son degré de maturité, ont compris l'information donnée » (8)

Pourtant, la réalité est nettement moins reluisante, l'activité des urgences entrave une bonne information. La charge de travail est fluctuante, l'environnement stressant, et le temps consacré à chaque patient reste limité, alors même que les patients qui consultent peuvent être anxieux désorientés ou hostiles (8). Qui plus est, les rouages de l'éducation du patient ne sont pas toujours acquis ou ne sont pas forcément une priorité lorsque les examinateurs sont de jeunes médecins encore en formation.

Selon l'OMS, *l'éducation thérapeutique* a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. (9)

L'éducation thérapeutique est un vaste programme éducatif, pluridisciplinaire, s'inscrivant sur le long cours. Celle-ci n'est donc que fort peu adaptée au contexte de l'urgence. On parlera plutôt en revanche ici *d'éducation pour la santé*, moins spécifique, mieux adaptée au service d'urgence. On en trouve la définition dans le Plan national d'éducation pour la santé paru en février 2001 : « L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité » (10)

L'éducation thérapeutique qui est donc plutôt réservée aux pathologies chroniques (type asthme diabète ou hypertension), et l'éducation à la santé partagent donc la même finalité, à savoir transmettre aux patients les compétences nécessaires pour

se soigner, leur faire acquérir une meilleure compréhension de leurs pathologies et de leurs traitements tendant ainsi à vers une plus grande autonomie.

A la différence des adultes, peu d'études ont été menée sur la compréhension par les parents du diagnostic ou du traitement pour leur enfant admis aux urgences. Néanmoins une étude Israélienne dans un service d'urgence pédiatrique retrouvait une compréhension relativement correcte puisque 75% des patients avaient très bien compris le diagnostic ; et 84% le traitement, (toutes pathologies confondues) (11)

2) Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre travail est donc de savoir si les parents ont compris pourquoi le traitement de sortie était limité au paracétamol dans ces circonstances , (a savoir admission pour hyperthermie, accompagné ou non de toux, ou éruption cutanée) et d'en évaluer l'acceptation par les parents. (A noter que la fièvre est l'un des premiers motifs de recours aux urgences pédiatriques médicales, puisqu'elle représentait par exemple plus de 45% des motifs aux urgences pédiatriques médicales du Kremlin Bicêtre en 2006) (12)

L'objectif secondaire consiste à évaluer les facteurs pouvant influencer sur cette compréhension et cette acceptation, en cherchant un lien statistiquement significatif entre ces facteurs et la compréhension. Nous nous sommes alors intéressés à des facteurs d'ordre démographiques tels que l'âge des parents, leurs niveaux d'études, l'âge de l'enfant, son suivi médical habituel, ou encore sa place dans la fratrie.

La compréhension mérite ici d'être définie, ainsi comprendre dans le dictionnaire Larousse est défini par « *Saisir par l'esprit, l'intelligence ou le raisonnement quelque chose, le sens des paroles, des actes de quelqu'un* » (13)

Ici quand on parle de comprendre une prescription de paracétamol ; on s'attend à ce que les parents en saisissent le sens, c'est-à-dire pourquoi du paracétamol et pas autre chose. (Un antibiotique notamment)

Cela implique donc que la notion d'infection virale soit maîtrisée, et que la notion d'inefficacité des antibiotiques lorsque l'infection est virale soit acquise. On attend donc que le cheminement suivant de pensée soit fait par les parents : je n'ai reçu que du paracétamol parce que la pathologie de mon enfant était virale et donc il ne me fallait rien d'autre.

Ainsi c'est par l'acquisition de cette notion essentielle qu'on parlera de la compréhension d'une ordonnance de paracétamol.

Quand on parle maintenant d'acceptation, le verbe accepter est cette fois défini dans Le Larousse comme « Considérer quelque chose comme juste, fondé, exact, l'admettre, l'approuver » (14) on considérera dans l'étude accepter au sens d'approuver, qui sera donc lié à un certain niveau de satisfaction des parents.

Matériels et Méthodes.

1) Caractéristique de l'étude

L'étude était observationnelle, prospective, bicentrique menée aux urgences pédiatriques des hôpitaux de Saint Vincent de Paul à Lille (SV) et du centre Hospitalier de Douai.

Ces deux hôpitaux comportent des urgences pédiatriques bien distinctes des urgences adultes.

La population des urgences pédiatriques de Douai est mixte, avec un recrutement à la fois de ville comme de campagne, et totalise en moyenne (chiffre de 2011) 45 entrées par jour (16500/an). On y trouve en journée et en situation normale 1 médecin sénior ; 2 internes, 1 externe, 1 puéricultrice, et 1 auxiliaire de puériculture.

La population de SV est davantage urbaine, avec plus de 57 entrées par jour en moyenne en 2011 (21000 sur l'année). Généralement, sont en poste : 1 médecin sénior, 4 internes, 4 externes, 2 infirmières et 1 auxiliaire.

1.1) Critères d'inclusion

La population étudiée était donc pour les deux centres celle d'âge pédiatrique, soit de 0 à 15ans+3mois, consultant aux urgences, et ressortant avec une unique prescription de paracétamol.

Le motif d'entrée devait être parmi les suivants : hyperthermie, accompagné ou non de toux, ou éruption cutanée.

Toutes les pathologies orthopédiques étaient donc exclues.

1.2) Modalités

Un questionnaire est remis par le personnel soignant aux parents, en fin de prise en charge. Le questionnaire est soit rendu à l'accueil pour les urgences de Saint Vincent (car passage obligé), soit récupéré immédiatement après avoir été rempli à Douai, car pas de passage systématique à l'accueil.

Le recueil de données a eu lieu depuis début mai jusque fin juillet de manière à recueillir 93 cas au total. (49 à Saint Vincent et 44 à Douai)

1.3) Calcul du nombre d'enfants à inclure

Le nombre de sujet à inclure a été calculé en fonction de l'objectif principal, à savoir l'estimation de la fréquence de la compréhension de la prescription par les parents.

On estime que 25% ne comprennent pas la prescription, avec une marge d'erreur de 10%. Ce chiffre est basé sur notre expérience personnelle et sur une précédente étude menée aux urgences pédiatriques, indiquant que 25% des parents n'avaient pas compris le diagnostic et 16% n'avaient pas compris le traitement. (11)

Après calcul, 72 questionnaires à inclure auraient suffi pour une valeur cible de 25% de parents ne comprenant pas, avec une marge de 10% d'erreur. Nous avons choisi pour plus de puissance d'aller non pas à 72 questionnaires, mais de viser 100 inclusions. Au total pour des raisons de temps, nous nous sommes arrêtés à 93 inclusions.

1.4) Analyse des résultats

Les résultats ont été saisis grâce au logiciel Excel, en distinguant le lieu de recueil. Étaient ensuite évaluées la compréhension de l'ordonnance par les parents puis son acceptation.

Enfin différents facteurs potentiellement associés à la compréhension et à l'acceptation ont été étudiés liés aux parents, à l'enfant, à l'examineur, (détaillés dans le paragraphe 2.3) afin de chercher un éventuel lien statistiquement significatif entre ces facteurs et la compréhension et l'acceptation de l'ordonnance par les parents.

2) Elaboration du questionnaire

Ce questionnaire destiné aux parents se devait d'être le plus simple possible, dans ses termes comme dans sa forme afin qu'il soit compris par un plus grand nombre possible.

Systématiquement lorsque les choix proposés étaient multiples, nous avons décidé de proposer les réponses par nombre pairs, afin d'éviter l'écueil du choix trop fréquent de la réponse médiane.

Le questionnaire a été conçu en trois parties

- évaluation de la compréhension
- évaluation de l'acceptation
- recherche des facteurs de variabilité.

2.1) La compréhension

Comment évaluer une notion de compréhension, relevant d'une donnée plutôt qualitative par un questionnaire ? (Qui lui, recueille habituellement des valeurs plutôt quantitatives...)

Comprendre une ordonnance de paracétamol nécessite de saisir que la pathologie est virale, et donc qu'elle ne nécessite pas d'antibiotique.

Ainsi, la compréhension sera donc considérée comme acquise si les parents répondent correctement aux deux questions suivantes :

Q5) La pathologie dont souffre votre enfant est elle d'après vous :

- *Due à un virus*
- *Due à une bactérie*
- *Je ne sais pas.*

Q7) D'après vous, la maladie de votre enfant nécessitait elle un antibiotique

- *Oui*
- *Non*

Pour que la compréhension soit considérée comme acquise, les parents doivent donc répondre :

- « Virus » et « pas d'antibiotique »

En revanche, on considérera comme une mauvaise compréhension :

- l'association virus et antibiotique
- l'association bactérie et pas d'antibiotique
- la réponse « je ne sais pas » pour qualifier l'agent pathogène.

La réponse « Bactérie » et « antibiotique » est une réponse cohérente en soit, cela veut en revanche dire que les parents ne sont pas d'accord avec le diagnostic. Cette réponse sera donc exclue de l'analyse statistique.

C'est donc par la combinaison de ces deux questions qu'on évaluera la compréhension des parents.

Ensuite d'autres questions sont posées aux parents, pour parfaire l'évaluation de la compréhension telles que :

➤ *Q4) Vous a-t-on énoncé le diagnostic ?*

Oui, quel est il ?

Oui mais je ne m'en souviens plus

Non.

Il était intéressant de savoir combien de parents étaient capables de reformuler le diagnostic. Ceci en partant du principe qu'un diagnostic correctement reformulé sera en faveur d'une bonne compréhension, tant de la pathologie, que de l'ordonnance qui suivra.

2.2) L'acceptation

Comprendre est un élément, accepter en est un autre. On peut très bien comprendre sans accepter, c'est-à-dire ici, sans être d'accord avec l'ordonnance proposée ; mais aussi accepter sans comprendre.

C'est pourquoi nous avons choisi de distinguer compréhension et acceptation.

Plusieurs facteurs rentrent donc en jeu dans cette acceptation d'ordonnance : celle-ci répondait-elle à leurs attentes ? Satisfait-elle les parents ?

➤ **On évalue donc l'attente des parents.**

q8) *En plus du Paracétamol auriez-vous souhaité : (plusieurs réponses possibles)*

- *Un antibiotique*
- *Un sirop contre la toux*
- *Un traitement contre les vomissements*
- *Rien de plus que du paracétamol.*

Cette question permet d'évaluer plus précisément le type d'attente des parents en matière de co-prescription.

➤ **On évalue ensuite le niveau de satisfaction :**

13) Etes vous satisfait de la prescription qui a été faite pour votre enfant ?

- Non pas du tout
- Non Pas vraiment
- Oui à peu près satisfaits
- Oui tout à fait satisfaits

(Toujours en optant pour un nombre pair de réponses, et éviter trop de réponses médianes, comme dit plus haut)

Ainsi ; nous estimons que les parents « acceptent » l'ordonnance quand ils se disent « à peu près » ou « tout à fait » satisfaits, et qu'ils répondent « rien de plus que du paracétamol » lorsqu'on leur demande ce qu'ils auraient souhaité en sus de ce qui a été prescrit.

2.3) les facteurs de variabilité

Nous les estimons multiples :

- liés à l'enfant
- liés à l'examineur
- liés aux parents

2.3.1) liés à l'enfant :

- Son âge bien sûr, on peut supposer que si l'enfant est très jeune les parents ont plus de mal à accepter l'unique paracétamol (Q18)
- Son mode de suivi (pédiatre, PMI, médecin traitant), (Q2)
- Son mode d'arrivée (est-il adressé, les parents ramènent-ils leur enfant d'eux mêmes, ou encore le médecin habituel n'a pu les recevoir), (Q1)
- Le nombre de frères et sœurs, ainsi que sa place dans la fratrie. (On peut effectivement supposer que si un enfant est le cadet d'une grande fratrie, les parents ont plus l'habitude et que la situation a déjà pu se produire plusieurs fois pour les aînés.) (Q17 et Q17bis)
- ses antécédents. Si l'enfant a un terrain particulier les parents peuvent être plus revendicateurs d'une co-prescription. (Q19)

2.3.2) *liés aux parents.*

- On peut se demander si un niveau d'étude plus élevé peut favoriser l'acceptation et la compréhension.

Dans la plupart des études menées en pédiatrie, ce type de question est surtout adressé à la mère. En effet, au vu des multiples aléas de la vie (divorce/famille recomposée) elle est reconnue comme principal facteur de stabilité pour l'enfant.

On s'attachera donc à savoir quel est le plus haut diplôme obtenu par la maman.

(Q16)

- Quel est l'âge des parents. (Q15)

2.3.3) *liés à l'examineur.*

Selon l'examineur (médecin senior, interne, externe) la confiance des parents n'est peut être pas la même, et on peut se demander si cela a un retentissement sur l'acceptation/compréhension de l'ordonnance. (Q20) Il s'agit ici de la perception des parents, ne correspondant pas forcément à la réalité du statut de l'examineur.

3) Evolution du questionnaire

Le questionnaire a d'abord été testé au cours du mois de mai, aux urgences pédiatriques de St Vincent, ce qui permit d'apporter des modifications tant dans sa forme que dans le fond. 10 questionnaires tests furent remplis par les parents.

Les avis des internes remettant le questionnaire furent également pris en compte.

3.1) Evolution sur la forme

Il est ressorti de l'avis général des soignants testant le questionnaire que celui-ci était trop austère, avec une typographie trop classique, mal adaptée à la pédiatrie.

Par ailleurs, celui-ci semblait trop long, en effet, l'impression était uniquement sur le recto des feuilles, le questionnaire comportait donc 5 pages. Ceci a été évalué comme un frein pour les parents.

La forme a donc été retravaillée, avec au final une double page recto verso, format A5, permettant de ne totaliser que 2 feuilles.

3.2) Evolution sur le fond

Plusieurs questions par rapport aux questionnaires tests ont été modifiées, certaines supprimées, d'autres ajoutées. Notamment plutôt que de nous baser sur les catégories socio professionnelles telles que définies par l'INSEE, nous avons préféré nous baser sur un niveau d'étude. En effet catégorie socio professionnelle et niveau d'études ne sont pas nécessairement corrélés... La question a été centrée sur la mère, en effet comme déjà mentionné plus haut, dans le cadre d'étude pédiatrique, en raison des multiples aléas de la vie, c'est la mère qui est reconnue comme facteur de stabilité pour l'enfant.

En ce qui concerne l'examineur, nous avons modifié la question 20 et ainsi permettre aux parents de répondre « je ne sais pas ». Dans le questionnaire test il a en effet été mis en évidence que les gens avaient du mal à identifier qui les examinait vraiment.

S'est ensuite posé la question de savoir que faire si les parents se trompaient dans la réponse. Exemple dans les tests nous nous sommes rendus compte qu'ils avaient coché « externe » alors que c'était un interne qui les avait vus ; ou encore coché « médecin senior », alors que c'était toujours un interne.

Nous avons décidé néanmoins de maintenir la question telle quelle. En effet, ce qui joue sur le ressenti des parents, n'est pas qui est réellement l'examineur, mais ce que les parents pensent qu'il est. Par exemple si les parents prennent un externe pour un médecin senior, ils auront à priori beaucoup plus confiance en lui, qu'en un véritable médecin senior qu'ils perçoivent comme un externe...

4) Analyse statistique

Celle-ci s'est déroulée en deux temps, avec d'abord une analyse descriptive de la compréhension, et de l'acceptation. Ces deux variables qualitatives sont décrites par leurs fréquences avec un intervalle de confiance à 95 %.. Les facteurs associés sont eux aussi décrits par leur fréquence pour les variables qualitatives, leur moyenne et éventuellement leur médiane pour les variables quantitatives. Le lien entre compréhension puis acceptation et les facteurs de variabilité supposés a été analysé ensuite. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Chi2 ou le test exact de Fischer quand il était nécessaire. Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé le test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Dans tous les cas, une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

1) Présentation des résultats

1.1) Caractéristique de la population

1.1.0) Caractéristiques démographiques.

93 questionnaires ont été étudiés, 49 à Saint Vincent de Paul (SV) et 44 à Douai.

➤ **Age des enfants** (question 18) *figure1:*

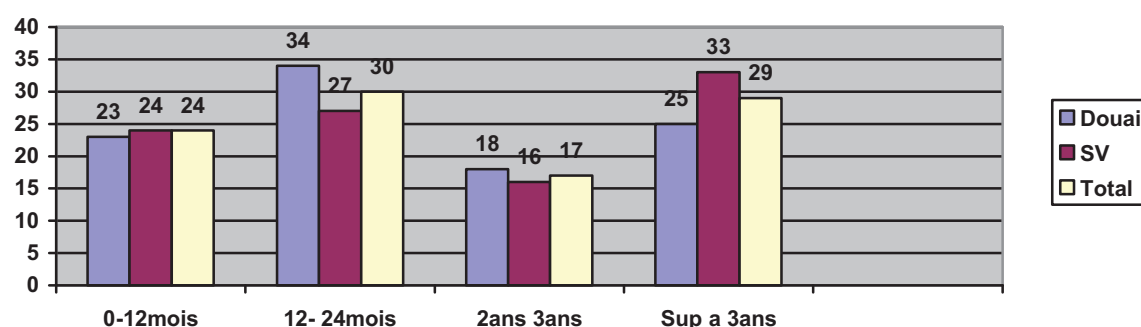


Figure 1: histogramme en barres représentant en pourcentage l'âge des enfants selon le secteur.

La moyenne d'âge globale des enfants est donc de 33mois ± 34mois (29 mois±31 à Douai, 36±36 à SV), pour une médiane de 22mois au total, (20 à Douai, 23 à SV) avec la répartition suivante :

- 24% de 0 à 12 mois ; (23% à douai 24% à SV)
- 30% de 12 à 24mois (34% à douai 27% à SV)
- 17% de 2ans à 3ans (18% à douai 16% à SV)
- 29% sup. à 3ans (25 % à douai 33% à SV)

➤ **Age des parents (q15) :**

L'âge moyen des parents était de: 32 ans \pm 7 (33 \pm 6 à SV et 31 \pm 8 à Douai)

➤ **Niveau d'études de la maman (q16) fig2**

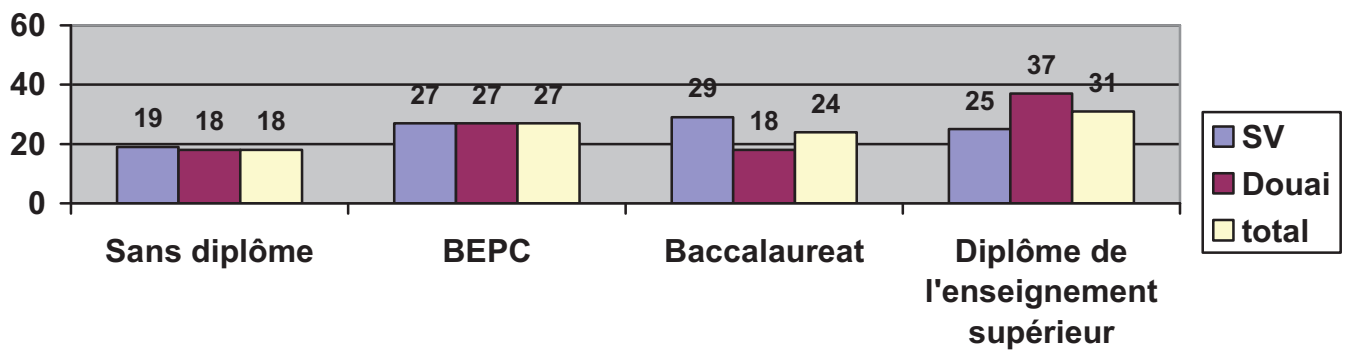


Figure 2: histogramme représentant le niveau d'études de la maman selon le site d'étude (en pourcentage selon le site)

Nous avons donc **31%** de notre population avec un diplôme de l'enseignement supérieur, **24%** avec un baccalauréat ; **27%** avec le brevet, et **18%** sans diplôme.

➤ **L'enfant et sa fratrie. (q17) fig 3 et 4**

Nous cherchions ici à connaître si l'enfant était enfant unique ou avait des frères et sœurs.

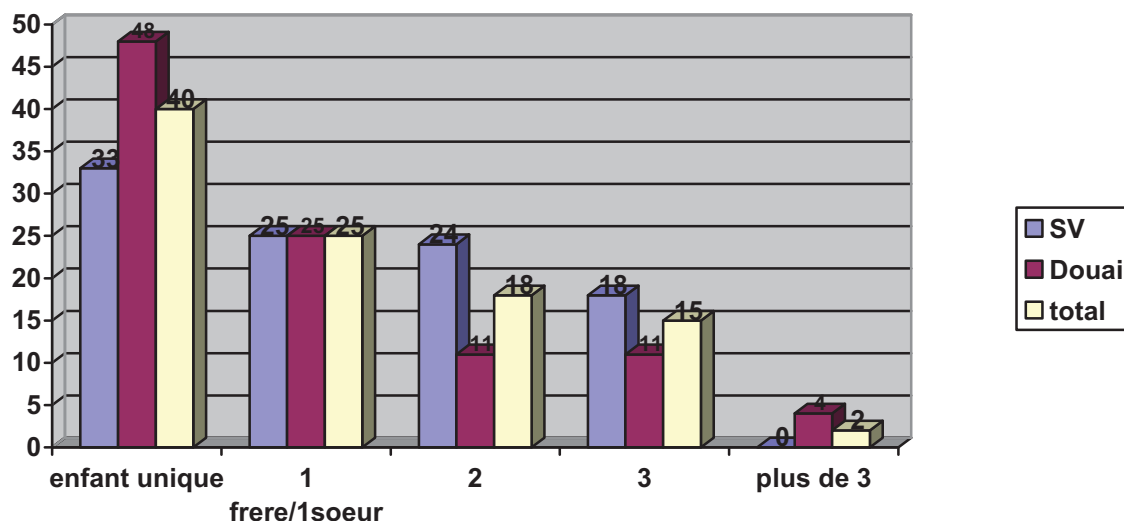


Figure 3: histogramme représentant en pourcentage le nombre de frères ou de sœurs de l'enfant selon le lieu.

En ce qui concerne la place à proprement parler de l'enfant au sein de sa fratrie (q17bis):

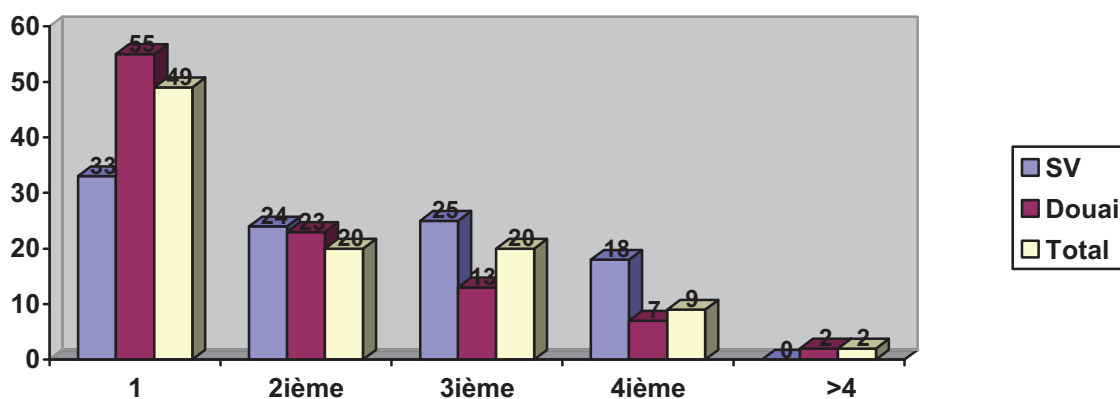


Figure 4: histogramme représentant la place de l'enfant au sein de la fratrie (en pourcentage selon le lieu)

Dans 49% des cas (55 à Douai et 33 à SV) l'enfant consultant est l'aîné de la fratrie

➤ **Antécédents des enfants (q20)**

Majoritairement les enfants n'avaient pas d'antécédents particuliers (**97%** de la population totale). Ce qui correspondait à un enfant à Douai et deux à SV (asthme et diabète)

1.1.1) Mode d'arrivée aux urgences (q1) fig.5

Nous cherchions ici à savoir par quel biais les enfants arrivaient aux urgences.

Étaient-ils adressés par leur médecin ? Sont-ils venus directement ?

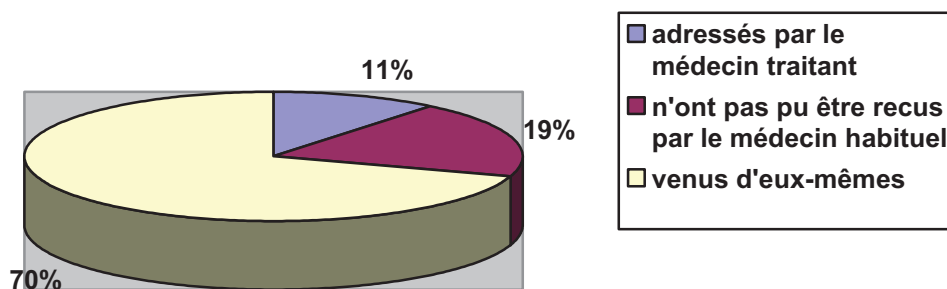


Figure 5: diagramme en secteur représentant le mode d'arrivée aux urgences (en pourcentage, sur les deux sites).

A Douai, **70%** sont venus directement aux urgences, **25%** ont souhaité voir leur médecin habituel mais n'y sont pas parvenus, et **5%** étaient adressés.

A SV, également **70%** d'admission directe, tandis que **14%** ont souhaité voir leur médecin sans y parvenir, et **16%** étaient adressés.

1.1.2) Mode de suivi (q2) : fig6

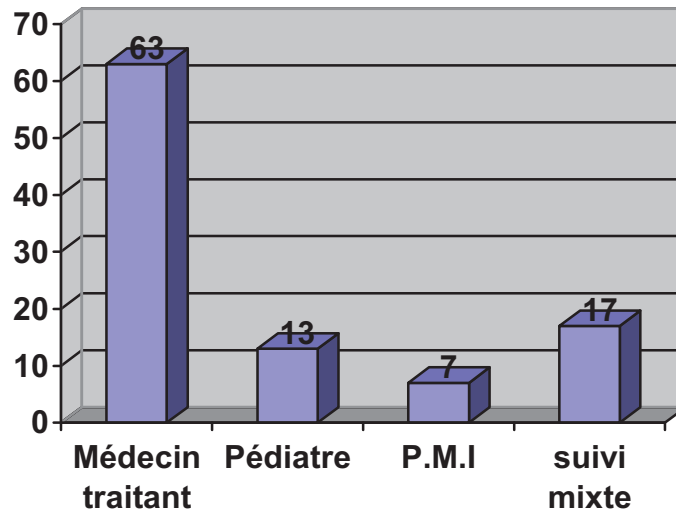


Figure 6 : histogramme représentant en pourcentage le suivi des enfants (pourcentage global)

Notre population était donc essentiellement suivie par le médecin traitant **63 %** au total (pourcentage identiques à Douai et à SV) ; le suivi exclusif par un pédiatre représentait **12%** (**11%** à douai et **14%** à SV). **7%** étaient suivis par un médecin de PMI (**7%** à douai et **6%** à SV)

Enfin les suivis mixtes étaient relativement fréquents, puisqu'ils représentent **17%** de la population (**18%** à douai ; et **16%** à SV). L'association la plus fréquente étant pédiatre plus médecin traitant (**7 %**)

1.1.3) Principale source d'inquiétude des parents motivant l'arrivée aux urgences. (q3)

La principale source d'inquiétude était la température **58%**, d'autant plus que pour les causes mixtes (plusieurs sources d'inquiétudes citées) celle-ci était quasiment toujours mentionnée. (Il était donc fait mention de la température dans au total **86%** des cas). La perte d'appétit était mentionnée en cause mixte, mais jamais en cause principale.

Notre population était donc composée d'enfants de 22 mois d'âge médian, globalement sans antécédent (97%), majoritairement venus aux urgences d'eux même (70%). Leur suivi est essentiellement assuré par le médecin traitant (63%).

Les parents avaient environ 32 ans avec un niveau d'étude très variable pour la maman. Leur principale source d'inquiétude était essentiellement la température (58%).

Les populations de SV et de Douai se sont avérées assez comparables, sans différences statistiquement significatives pour les caractéristiques présentées.

1.1.4) Enonciation du diagnostic par les parents. (q4) fig.8

On demande ici aux parents si l'équipe médicale leur a énoncé un diagnostic. Quand la réponse était oui, nous demandions aux parents de le reformuler.

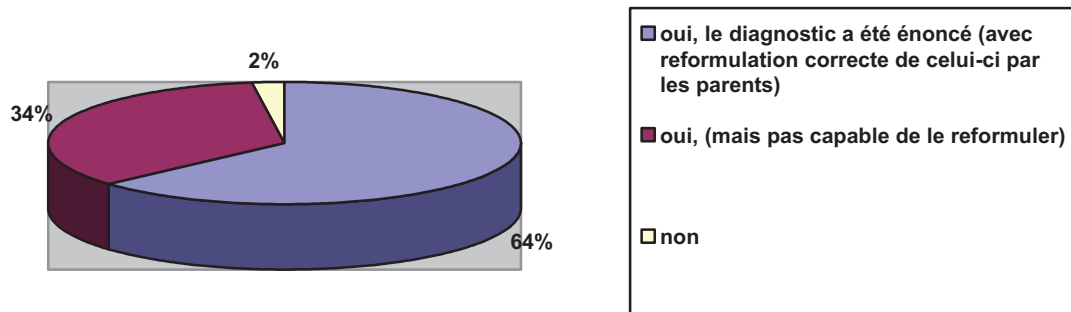


Figure 7: diagramme en secteur représentant la réponse des parents lorsqu'on leur demandait si le diagnostic avait été énoncé clairement. (population totale)

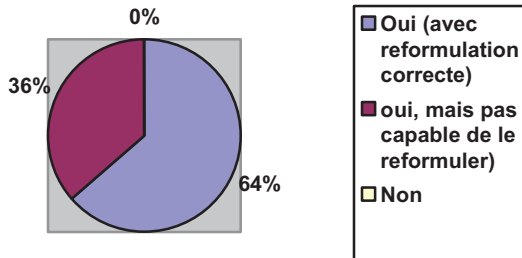


Figure 8: A Douai

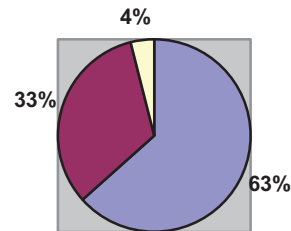


Figure 9: A SV

Dans une grande majorité les parents répondent donc « oui » **64%** (**64%** à Douai, et **63%** à SV) lorsqu'on leur demande si le diagnostic a été énoncé clairement. En revanche une grande partie n'était pas capable de le reformuler. (**36%** à Douai, et **33%** à SV)

1.1.5) Enonciation de l'agent pathogène par les parents. (q5) fig.11

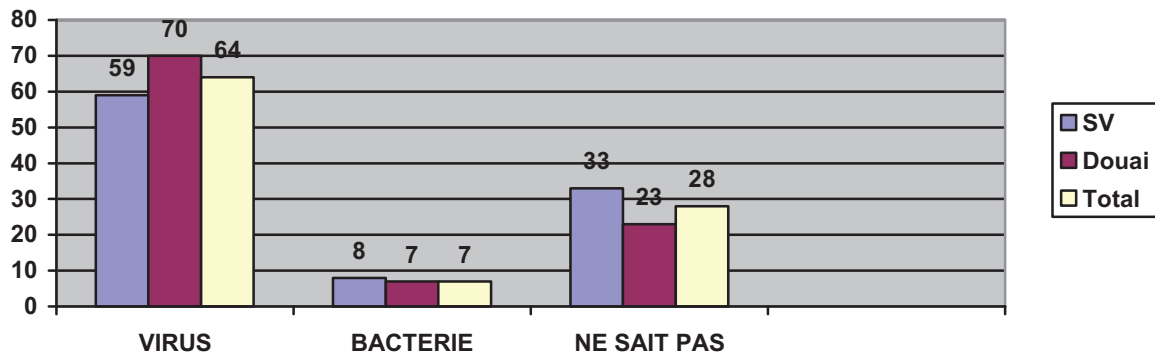


Figure 10: histogramme représentant l'agent pathogène causal selon les parents. (En pourcentage selon le site)

On voit donc que seul **64 %** des parents (pour les 2 sites) répondent « virus ». Assez peu au final (**7%**) répondent « bactérie ». La proportion des parents répondant « je ne sais pas » est assez importante puisqu'elle s'élève à **28%**. Cette répartition n'était pas significativement différente dans les 2 sites.

1.1.6) Réponse des parents lorsqu'on leur demande si l'ordonnance leur a été expliquée. (q6) fig12

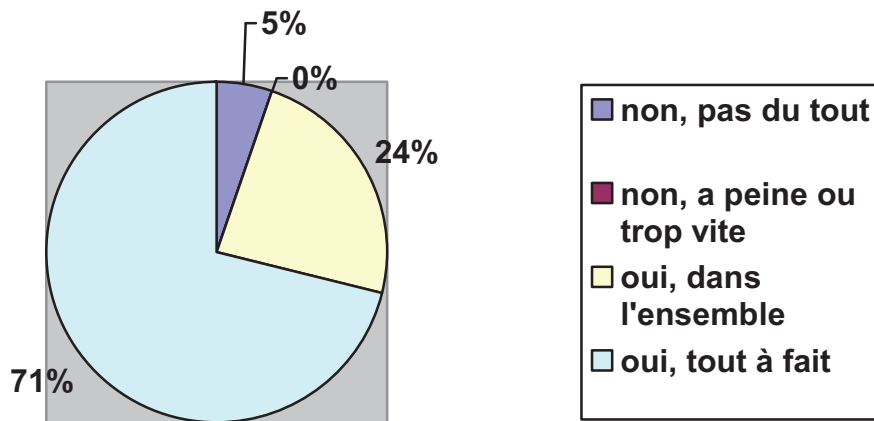


Figure 11: diagramme en secteur qualifiant les explication fournies sur l'ordonnance par le corps médical.
(Pourcentage global pour les deux sites)

On voit donc que majoritairement, quand on demande si on a expliqué aux parents les raisons d'une sortie sous paracétamol seul ; majoritairement ils répondent « *oui tout à fait* » (71%), avec 75% à douai et 67% à SV. 24% répondent « *oui à peu près* » (20% à douai ; et 27% à SV).

Seulement 5% ont répondu « non pas du tout ». (4% à Douai et 6% à SV)

1.1.7) Réponse des parents lorsqu'on les interroge sur la nécessité d'une antibiothérapie (Q7). Fig.13

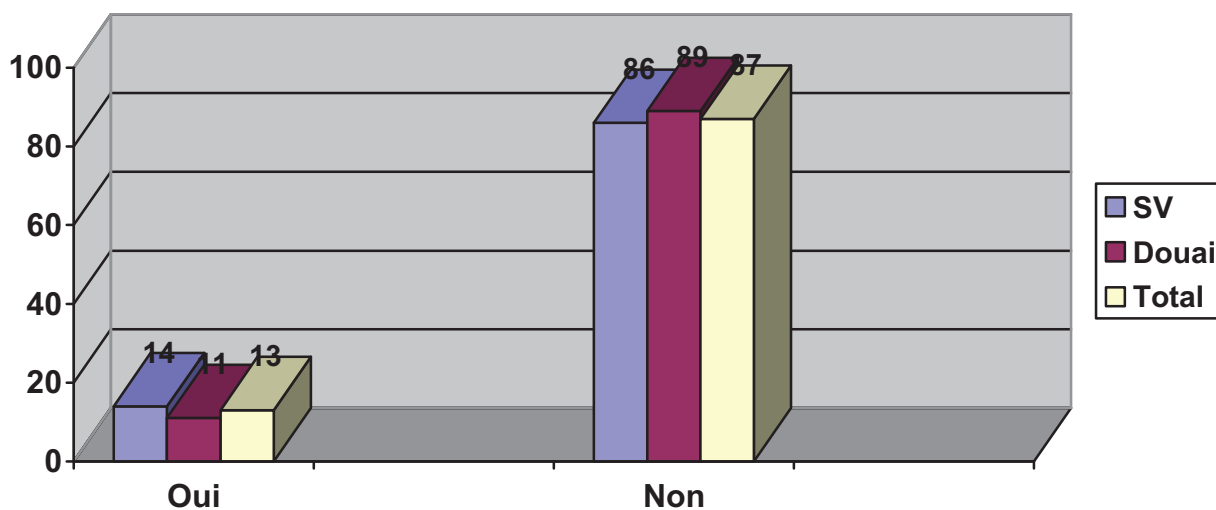


Figure 12: histogramme en barres représentant la réponse des parents lorsqu'on leur demande si selon eux une antibiothérapie était nécessaire. (En pourcentage selon le site)

Pour une grande majorité **87%** une antibiothérapie n'était donc pas nécessaire (**89%** à Douai et **86%** à SV).

1.1.8) Qu'en était-il de la co-prescription ? (Q8) fig14

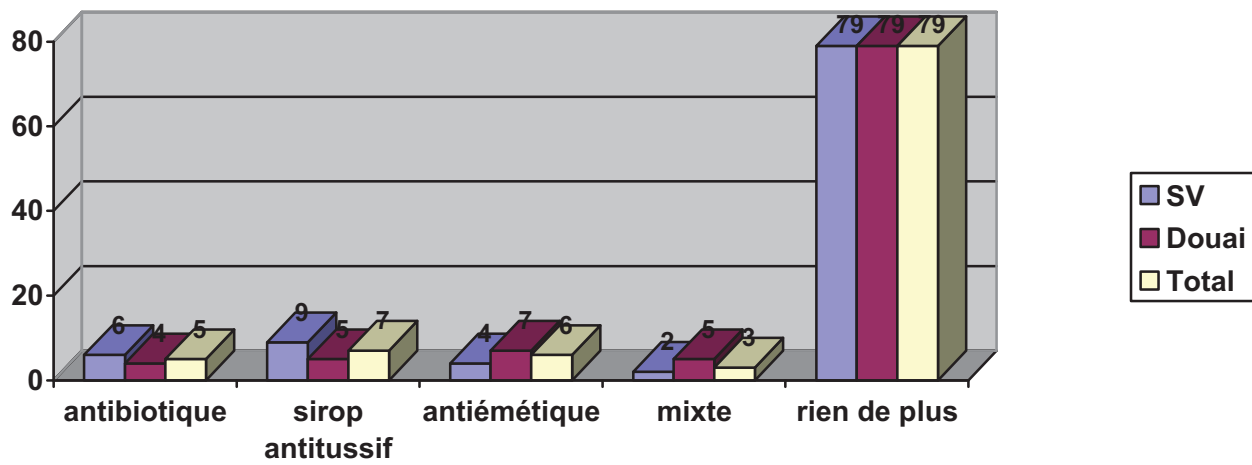


Figure 13 : histogramme en barres représentant le souhait de co-prescription (en pourcentage selon le site).

On voit par ce graphique que majoritairement (**79%**) les parents ne souhaitent pas de co-prescription. (Pourcentage identique à Douai, et à SV)

1.1.9) Habitus des parents et prescription en ville. (Q9, Q10) fig15

A **88%** les parents répondent « non » quand on leur demande si l'ordonnance de leur médecin habituel aurait été différente. (**89%** à Douai et **87%** à SV)

Si maintenant on cherche à savoir si les parents ont déjà demandé à leur médecin habituel une prescription d'antibiotique (Q10), on obtient la répartition globale (douai + SV) suivante :

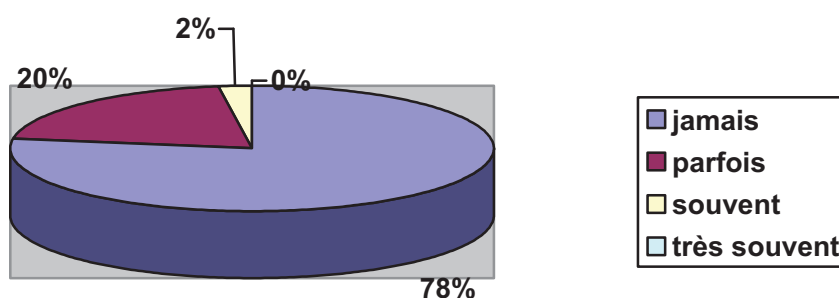


Figure 14: diagramme en secteur représentant les habitudes des parents face à la demande de prescription d'antibiotique chez leur médecin habituel.

78% au total disent ne jamais demander d'antibiotiques à leur médecin habituel (**89%** à Douai, **67%** à SV).

1. 2) Attentes, ressentis et satisfactions des parents (Q11, Q12) fig.16

- **76%** des parents déclarent qu'ils s'attendaient à recevoir l'ordonnance qui leur a été faite. (**84%** à Douai, et **68%** à SV)
- **82%** des parents déclarent que s'ils avaient su que leurs enfants ressortiraient sous paracétamol, ils seraient tout de même allés aux urgences. (**80%** à Douai et **83%** à SV)

Evaluation de la satisfaction des parents quant à la prescription faite :

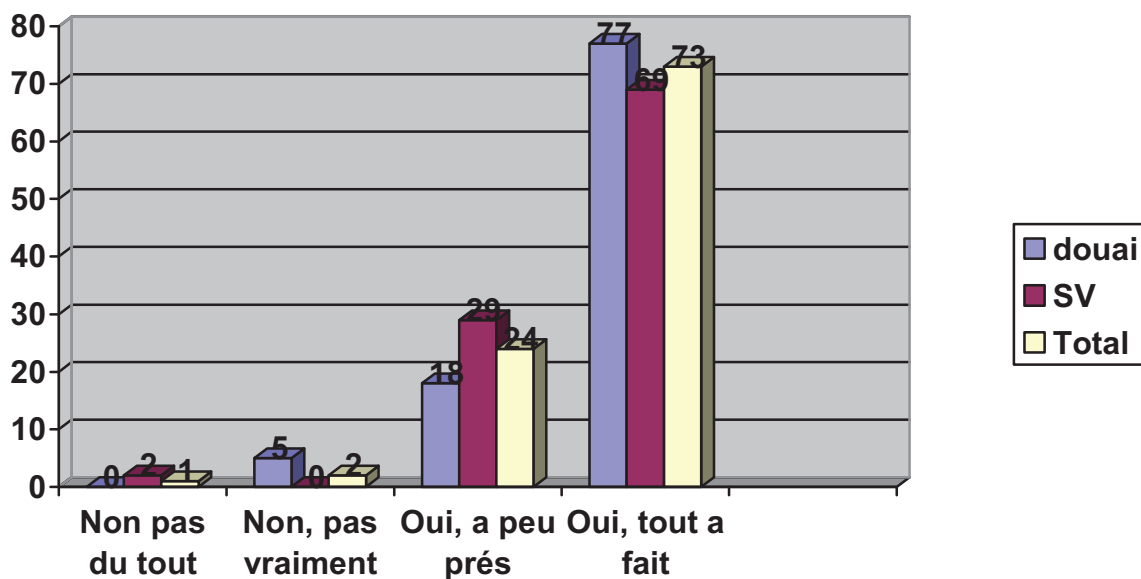


Figure 15: diagramme représentant la réponse des parents lorsqu'on les interrogeait sur leur satisfaction concernant la prescription faite.

Les parents sont donc à **73%** « tout à fait satisfaits » de la prescription qui leur a été faite. (**77%** à Douai, et **69%** à SV) et à **24%** « à peu près satisfaits » (**18%** à Douai, **29%** à SV), soit un taux de satisfaction global (tout à fait + à peu près) de **97%** (**95%** à Douai et **98%** à SV)

1.3) Statut de l'examineur selon les parents *fig.17*

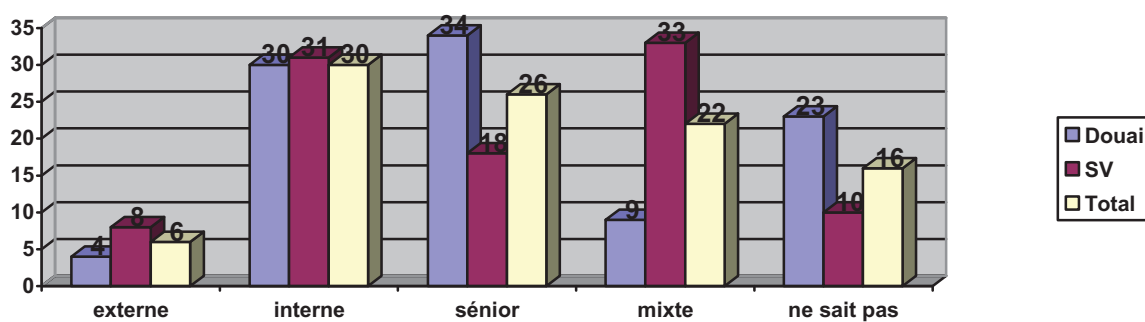


Figure 16: histogramme représentant la réponse des parents lorsqu'on leur demande qui a examiné leurs enfants

Il est important de préciser ici, qu'on tient compte uniquement de la représentation des parents et non de la réalité.

La colonne mixte représentait souvent un externe + soit un interne soit un senior.

De manière globale ; plus de **16%** des parents ne savaient pas qui examinait leurs enfants. Par ailleurs, que ce soit en première ou deuxième intention, l'enfant avait été vu par un sénior dans **40%** des cas (**43%** à Douai, **37%** à SV)

2) Evaluation de la compréhension

Comme nous l'avons précédemment décrit, la compréhension de la prescription de paracétamol passe par l'assimilation par les parents qu'une pathologie virale ne nécessite pas d'antibiotique.

Cette assimilation est évaluée par les questions 5 et 7.

Fig 18 :

- 59% au total ont répondu « viral » + « pas d'antibiotique », (IC à 95 % : [49 ;69]) et ont donc correctement compris pourquoi du paracétamol était prescrit. (59% à Douai et 58% à SV)
- 41% n'ont donc pas compris IC à 95% [31% ;51] (41% à Douai, 42% à SV) :
 - 7% ont répondu « viral » + « antibiotique » (11% à Douai, 3% à SV)
 - 23% ont répondu « ne sais pas » + « pas d'antibiotique » (20% à Douai, 25% à SV).
 - 5% ont répondu « ne sais pas » + « antibiotique », (3% à Douai, 8% à SV).
 - 6% ont répondu « Bactérie » + « pas d'antibiotique », (7% à Douai, 6% à SV).

On considère donc ces 4 dernières catégories comme n'ayant pas correctement assimilé pourquoi du paracétamol était prescrit.

A noter 1 questionnaire exclu des statistiques, pour lequel la réponse fut « bactérie + antibiotique » qui est une réponse logique en soit, mais néanmoins nous ne pouvons considérer ce cas comme ayant véritablement compris l'ordonnance de son enfant.

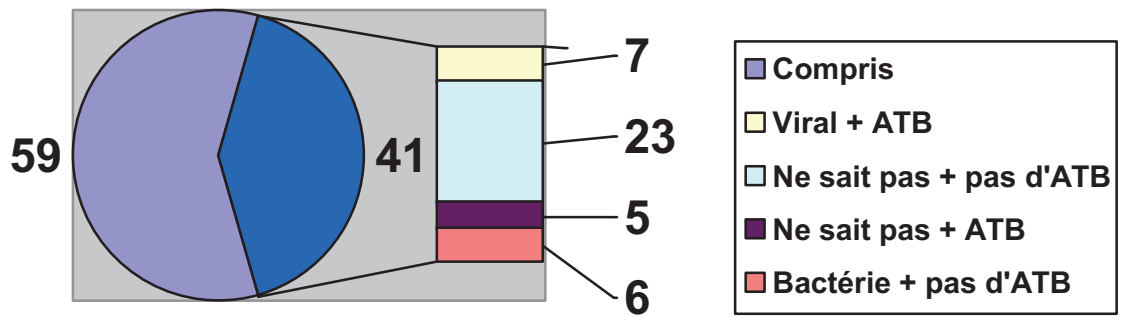


Figure 17: diagramme en secteur évaluant la compréhension globale en pourcentage

3) Evaluation de l'acceptation

Comme vu plus haut, nous définissons l'acceptation par le niveau de satisfaction (Q13) et par l'absence d'une co prescription demandée (Q8).

Nous considérons donc que les parents acceptaient lorsqu'ils étaient satisfaits de la prescription (« tout à fait » ou « à peu près »), **et** d'autre part lorsqu'ils ne souhaitaient « rien de plus que du paracétamol ». (Pour mémoire, la satisfaction globale était de 97%, et l'absence de co prescription se chiffrait à 79%)

Ainsi, en combinant ces deux facteurs l'acceptation globale s'élevait à **76%** (IC à 95% :[67 ;86]). (**75%** à Douai, et **77%** à SV).

4) Vue globale de la compréhension et de l'acceptation.

Nous avons donc au total (pour Douai + SV):

-59% des parents qui comprennent, 41% qui ne comprennent pas.

-76% qui acceptent, 24% qui n'acceptent pas.

Ce qui donnent en croisant compréhension et acceptation:

	N'acceptent pas (N=21)	Acceptent (N=71)
Pas compris N(%)	11 (29)	27 (71)
Compris N(%)	10 (19)	44 (81)

Tableau représentant la compréhension selon l'acceptation (en pourcentage par ligne et en valeur absolue par colonne)

On voit avec ces tableaux, que parmi ceux qui n'ont pas compris, 71% acceptent tout de même ; et parmi ceux qui acceptent ; 38% (N=27) le font sans comprendre...

On ne met pas en évidence de lien statistiquement significatif entre la compréhension de l'ordonnance et son l'acceptation par les parents. (p=0,24)

5) Evaluation des facteurs de variabilité/comparaison des deux groupes.

5.1) Relation entre la compréhension de la prescription par les parents et les différents facteurs de variabilité.

Nous avons donc deux populations, celle pour laquelle nous estimons la compréhension acquise, et celle pour laquelle la compréhension reste imparfaite.

Nous n'avons pas mis en évidence de lien statistiquement significatif (*tableau 20*) entre le niveau de compréhension des parents ainsi que nos principaux facteurs de variabilité supposés, à savoir :

- L'âge des parents, **p=0,45**
- Le fait que l'enfant soit habituellement suivi par un pédiatre (exclusivement ou en suivi mixte) ou pas (c'est-à-dire suivi par le médecin traitant ou la PMI) ; **p=0,3**
- Le mode d'arrivée (adressé ou pas) ; **p=0,29**
- Le niveau d'étude de la mère, (Nous avons choisi pour plus de lisibilité de recouper BEPC et absence de diplôme d'un côté, avec baccalauréat et diplôme supérieur de l'autre) ; **p=0,7**
- La présence ou non de frères et sœurs ; **p=0,45**
- La place de l'enfant dans la fratrie (est-ce l'aîné ou pas ?) ; **p=0,17**
- Le fait que l'enfant ait été vu par un senior selon les parents (en première ou deuxième intention) ou pas ; **p=0,58**
- L'âge de l'enfant ; **P=0,06**. Cependant, même si ce n'est pas statistiquement significatif, on dénote tout de même une tendance montrant que la compréhension décroît avec l'âge jeune de l'enfant.

On met en revanche en évidence un lien statistiquement significatif entre la compréhension et le fait que les parents soient capables de reformuler le diagnostic.

P=0,009

	Compris N=54	Pas compris N= 38	p :
Age des parents			
Inf a 25 N (%)	6 (46)	7 (54)	0,45
[25-35] N (%)	30 (58)	22 (42)	
Sup. a 35 N (%)	18 (67)	9 (33)	
Suivi habituel			
-par un pédiatre (mixte ou exclusif) N(%)	15 (68)	7 (32)	0,3
-non suivi par un pédiatre N(%)	39 (56)	31 (44)	
Mode d'arrivée			
-Venus d'eux même N (%)	4 (40)	6 (60)	0,29
-N'ont pu être reçu par leurs médecins N (%)	12 (71)	5 (29)	
-Adressés par leurs médecins N(%)	38 (58)	27 (42)	
Niveau d'étude de la mère.			
-pas de diplôme + BEPC N (%)	24 (57)	18 (33)	0,7
-baccalauréat et supérieur N (%)	30 (60)	20 (40)	
Age de l'enfant			
- 0-12mois N (%)	10 (48)	11 (52)	0,06
- 12-24mois N (%)	15 (52)	14 (48)	
- 24-36mois N (%)	8 (50)	8 (50)	
- sup. à 36mois N (%)	21 (81)	5 (19)	
Fratrie			
-enfant unique N (%)	20 (54)	17 (46)	0,45
-présence de frères et sœurs N (%)	34 (62)	21 (38)	
Place dans la fratrie			
-c'est l'aîné N (%)	24 (52)	22 (48)	0,17
-ce n'est pas l'aîné N (%)	30 (65)	16 (35)	
Examineur			
-vu par un senior N (%)	23 (62)	14 (38)	0,58
-vu sans senior N (%)	31 (56)	24 (44)	
Reformulation			
-reformulation correcte par les parents N(%)	41 (71)	17 (29)	0,009
-pas de reformulation N (%)	12 (38)	20 (62)	
-diagnostic non énoncé aux parents. N(%)	1 (50)	1 (50)	

Tableau 20 : compréhension des parents selon les facteurs de variabilité, et lien statistique éventuel.

Quant au lien entre une éventuelle pathologie chronique et le niveau de compréhension des parents, nous ne pouvons conclure en raison d'un effectif trop faible (seuls 3 enfants étaient suivis pour une pathologie chronique).

5.2) Relation entre l'acceptation de la prescription par les parents et les différents facteurs de variabilité.

Nous considérons donc notre population sous l'angle cette fois de l'acceptation, avec donc deux groupes, celui pour lequel l'acceptation de la prescription est bonne, et celui pour lequel elle reste imparfaite.

En considérant les mêmes facteurs de variabilité que pour la compréhension, nous ne mettons pas en évidence de lien statistiquement significatif, hormis pour le mode d'arrivée aux urgences. En effet pour celui-ci on dénote une relation discrètement significativité ($p=0,046$) liant le fait d'avoir été adressé par son médecin et la bonne acceptation de la prescription. (Tableau 21) En effet, le pourcentage de parents n'acceptants pas est maximal chez les familles qui n'ont pas pu être reçues par leur médecin.

	Acceptent N=70	N'acceptent pas N=22	p :
Age des parents			
Inf a 25 N (%)	9 (69)	4 (31)	0,80
[25-35] N (%)	39 (76)	12 (24)	
Sup. a 35 N (%)	22 (79)	6 (21)	
Suivi habituel			
-par un pédiatre (mixte ou exclusif) N(%)	17 (77)	5 (23)	0,9
-non suivi par un pédiatre N(%)	53 (76)	17 (24)	
Mode d'arrivée			
-Venus d'eux même N (%)	7 (70)	3 (30)	0,046
-N'ont pu être reçu par leurs médecins N (%)	10 (56)	8 (44)	
-Adressés par leurs médecins N(%)	53 (83)	11 (17)	
Niveau d'étude de la mère.			
-pas de diplôme + BEPC N (%)	33 (79)	9 (21)	0,77
-baccalauréat et supérieur N (%)	37 (74)	13 (26)	
Age de l'enfant			
- 0-12mois N (%)	18 (86)	3 (14)	0,66
- 12-24mois N (%)	22 (76)	7 (24)	
- 24-36mois N (%)	12 (75)	4 (25)	
- sup. à 36mois N (%)	18 (69)	8 (31)	
Fratrie			
-enfant unique N (%)	29 (78)	8 (22)	0,70
-présence de frères et sœurs N (%)	41 (75)	14 (25)	
Place dans la fratrie			
-c'est l'aîné N (%)	34 (76)	11 (24)	0,90
-ce n'est pas l'aîné N (%)	36 (77)	11 (23)	
Examineur			
-vu par un senior N (%)	30 (83)	6 (17)	0,17
-vu sans senior N (%)	40 (71)	16 (29)	
Reformulation			
-reformulation correcte par les parents N(%)	45 (78)	13 (22)	0,64
-pas de reformulation N (%)	24 (75)	8 (25)	
-diagnostic non énoncé aux parents. N(%)	1 (50)	1 (50)	

Tableau 21 : acceptation des parents selon les facteurs de variabilité, et lien statistique éventuel

En résumé, concernant la compréhension de la prescription par les parents on retrouve un lien statistiquement significatif entre la compréhension des parents et la capacité à reformuler le diagnostic, il n'y a pas d'autres de facteurs favorisants retrouvés, au plus une tendance liant mauvaise compréhension et âge jeune de l'enfant.

Concernant l'acceptation des parents, on ne met pas en évidence de lien statistiquement significatif entre l'acceptation et les différents facteurs de variabilité, hormis une significativité limite concernant le mode d'arrivée aux urgences.

DISCUSSION

1) Résultats principaux

Nous avons eu 93 répondants, dont un exclu des statistiques, la compréhension de la prescription se chiffrait au total à **59%** (59% à Douai, 58% à SV) soit plus de 40% d'incompréhension.

L'acceptation de la prescription était en revanche bonne, puisqu'elle s'élevait à **76%** (75% à douai, 77% à SV)

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre les principaux facteurs de variabilité étudiés ainsi que la compréhension et l'acceptation de l'ordonnance.

Il existe tout de même un lien entre la capacité de reformuler le diagnostic par les parents et la compréhension de l'ordonnance. ($p=0,009$) On dénote également une association à la limite de la significativité entre le mode d'arrivée aux urgences et l'acceptation de la prescription par les parents, où en effet l'acceptation semble moins bonne quand les parents auraient souhaité voir leur médecin mais n'ont pu être reçu. ($p=0,046$)

Il existe par ailleurs une tendance (sans pour autant qu'elle soit statistiquement significative) entre l'âge jeune de l'enfant et l'incompréhension de la prescription par les parents.

2) Validité des résultats

2.1) Validité interne

➤ Etonnamment nos deux populations douaisienne et lilloise se révélèrent très comparables, tant dans leurs caractéristiques démographiques intrinsèques, que dans les résultats qui ressortirent.

➤ On remarque que dans l'étude, peu d'enfants étaient suivis pour une maladie chronique. Cette donnée est également intéressante, car montre que nous n'avons pas étudié trop de cas particuliers, mais bien un échantillon de la population générale consultant aux urgences.

2.2) Validité externe

Le fait que nos 2 populations et nos résultats soient comparables en plus d'être un argument pour la validité interne, l'est pour la validité externe. En effet si dans ces deux centres, qui à première vue ne semblaient pourtant pas accueillir le même type de patient, les résultats sont identiques, cela laisse à penser qu'ils seraient probablement similaires si l'étude était réalisée dans d'autres centres du Nord Pas de Calais.

En effet, notre population, qui se composait d'enfants âgés d'un âge médian de 22 mois, pour des parents en moyenne de 32 ans est comparable à ce qui est observé dans la région.

En ce qui concerne le niveau d'études, 18,5% des parents n'avaient pas de diplôme, 27% avaient le brevet des collèges (BEPC), 24% étaient dépositaires du baccalauréat, et 30% avaient un diplôme de l'enseignement supérieur. Selon l'INSEE dans l'ensemble de la région Nord Pas de Calais (chiffres de 1999) (15), 40% de la population de plus de 15 ans non scolarisée n'avaient pas de diplôme ou un certificat d'étude, 35% le BEPC, 12% le bac, et 13% un niveau supérieur. Les chiffres nationaux de 2010, toujours selon l'INSEE, retrouvent quant à eux 27% de non diplômés ou certificat d'étude, 26% avec le BEPC, 14% avec le bac et 20% avec un niveau supérieur (16).

Nos chiffres sont meilleurs, mais ils concernent une population jeune, donc mieux diplômée, alors que les chiffres INSEE englobent quant à eux l'ensemble de la population.

Pour près de 40% de notre population, il s'agissait d'enfants uniques, 25% avec un frère ou une sœur, et 18% deux frères ou sœurs. (Rappelons qu'en 2007 en France,

les familles avec un enfant représentait 42,7%, celles avec deux enfants 38,5%, celles avec 3 enfants 14,1%) (17).

Nos chiffres sont donc globalement similaires pour les familles avec un enfant, diffèrent quelques peu pour les familles de deux ou plus.

Les enfants inclus dans l'étude étaient essentiellement suivis par le médecin généraliste (63,4%), pour 12,9% par un pédiatre en suivi exclusif, (23,6% en suivi mixte). Approximativement en France 20% des enfants seraient suivis par un pédiatre. (18) (Sans précision malheureusement s'il s'agissait d'un suivi exclusif ou mixte)

Ce chiffre de 20% s'avère relativement proche de nos 23,6%.

Dans une thèse précédente en revanche le suivi pédiatre exclusif représentait 30% et 10% en suivi mixte.(12) Ces chiffres sont nettement au delà des nôtres ; mais le recueil a eu lieu au Kremlin Bicêtre en 2006, et l'on sait que le recours au spécialiste, notamment au pédiatre est plus élevé en région parisienne.

L'ensemble des caractéristiques décrites plaide pour une bonne représentativité de notre population. Il serait alors intéressant de mener l'étude dans d'autres régions françaises afin de voir si elle peut être extrapolable en dehors des frontières de notre région.

2.3) Biais, limites et regrets.

Nous sommes conscients que nous n'avons que 93 questionnaires, et que pour tirer de réelles conclusions et avoir plus de puissance dans l'analyse des liens statistiques entre compréhension, acceptation et facteurs associés retenus, davantage d'inclusions auraient été nécessaires.

L'inclusion fut assez difficile, ce qui s'explique par plusieurs raisons :

- Celle-ci s'est déroulée de début mai jusqu'à fin juillet, correspondant à des périodes moins chargées par rapport aux mois d'hiver, et rendant donc l'inclusion plus longue et fastidieuse.

- De plus malgré une sensibilisation fréquente des équipes, on comprend aisément que des cas éligibles furent oubliés, une inclusion de thèse n'étant évidemment pas la priorité dans des moments d'affluence, toujours stressants pour les soignants.

L'inclusion n'a donc pas été exhaustive, et certains enfants n'ont pas été inclus alors qu'ils auraient pu l'être.

Quelques biais possibles sont également à déplorer.

➤ Après recueil d'informations auprès des soignants distribuant le questionnaire, la remarque revenait souvent qu'à partir du moment où ceux-ci savaient qu'ils donneraient le questionnaire, ils insistaient plus, même inconsciemment, sur le côté viral de la pathologie, et ce davantage qu'ils ne l'auraient fait en temps normal hors contexte de l'étude.

Le comportement et les explications des soignants n'a donc peut être pas été tout à fait identique pendant l'étude par rapport à leurs discours habituellement tenu aux parents, constituant un biais de mesure.

Ce biais a pu conduire à une sous estimation de l'incompréhension des parents pourtant déjà relativement élevée...

➤ La barrière de la langue n'a pu être contournée, et pour des parents parlant ou lisant mal le français le questionnaire n'a souvent pas été donné. Ceci notamment pour Saint Vincent qui reçoit tout de même une importante communauté de Roms, passée probablement au travers de l'étude, et cette population n'a pas ou peu été étudiée.

➤ On peut également supposer que si une relation conflictuelle a eu lieu entre les soignants et des parents particulièrement insatisfaits, la relation soignant-soigné n'a pas été propice à la distribution du questionnaire... Cela a sûrement contribué à surestimer nos chiffres d'acceptation et de compréhension, constituant alors un biais de sélection.

➤ On dénote la perte de 9 questionnaires, donnés aux parents mais pas remplis, sans qu'on puisse en conclure que cela conduise à un biais de sélection.

Quelques regrets également :

➤ Hormis le nombre d'inclus que nous aurions aimé plus important, il aurait été intéressant d'avoir un recueil *qualitatif* de la compréhension des parents, peut être par un entretien oral direct, ou par une libre expression écrite. Les résultats auraient sans doute été plus fins, mais malheureusement la méthodologie paraissait très difficile à mettre en œuvre dans un service d'urgence. En effet après souvent plusieurs heures d'attentes, les parents sont pressés de partir, et peu enclins à passer de longues minutes à développer leurs ressentis... On pourrait alors, pour une étude ultérieure, envisager des entretiens téléphoniques différés, possiblement par téléphone.

Notre définition de la compréhension peut également porter à discussion, elle englobe à la fois le diagnostic et le traitement, (puisque relie l'étiologie virale au fait de ne ressortir qu'avec du paracétamol), mais implique que les parents connaissent la différence virus/ bactérie.

Cette différenciation est peut être trop compliquée pour un plus grand nombre, expliquant peut être pourquoi nous avons finalement dépassé les 40% d'incompréhension...

➤ La même étude aurait également été intéressante à mener en ambulatoire, pour voir si les résultats seraient comparables ; et ce dans des lieux où plus de temps est disponible pour l'éducation, en dehors de tout contexte d'agitation et de stress (des soignants comme des parents).

3) Discussion et comparaison des résultats.

3.1) Discussion des résultats.

3.1.1) La compréhension des parents

Les résultats de l'étude furent assez inattendus. Nous avons initié cette étude pensant que les patients réclameraient fréquemment des antibiotiques ou d'autres co prescription, avec une mauvaise compréhension estimée avant l'étude, autour de 25%....

Au final notre étude ne rapporta pas 25, mais plus de **40%** d'incompréhension ! D'autant plus que, comme nous l'avons vu, ce chiffre pourrait encore être sous estimé.

Cette incompréhension n'était de plus pas due au fait que les parents réclamaient des antibiotiques comme nous le pensions à priori (cette attitude ne concernait que 13% des parents), mais plutôt parce qu'ils n'étaient pas capables d'identifier l'agent pathogène responsable, ceci se traduisant par 23% des parents, répondant « ne sait pas » lorsqu'on leur demandait l'agent responsable de la pathologie.

Par ailleurs, en matière de souhait de co-prescription, nous avons également été surpris par une demande de la part des parents relativement faible. Ils sont plus de 79% « à ne vouloir rien de plus » que du paracétamol, 6,5% seulement souhaitaient un sirop antitussif, et 5,4% un antiémétique. Les parents sont donc au final assez peu demandeurs d'autres thérapeutiques.

Peu également disaient avoir déjà réclamé des antibiotiques à leurs médecins habituels, 78% n'en ont d'ailleurs jamais réclamés, 20% parfois, et 2% souvent, ceci va à l'encontre de la « pression à la prescription » ressentie en ambulatoire. (7)

3.1.2) L'acceptation de la prescription par les parents

Les chiffres de l'acceptation quant à eux furent assez élevés, puisqu'au total **76%** des parents acceptaient la prescription. (**75%** à Douai, et **77%** à SVP).

Nous avons choisis dans notre définition de l'acceptation de prendre en compte d'une part la satisfaction des parents, et d'autre part l'absence de souhait d'une co-prescription. Ces données auraient alors été supérieures si nous nous étions uniquement attachés à prendre en compte uniquement la satisfaction des parents...

On peut légitimement être surpris d'avoir des chiffres d'acceptation aussi bons, alors que beaucoup ne comprennent pas. Ainsi, alors même qu'ils n'ont pas compris, ils sont tout de même **71%** à accepter !

On peut trouver à cela quelques éléments d'explication :

-Certains parents font souvent preuve d'une confiance aveugle envers les médecins, et acceptent donc les recommandations et prescriptions, même sans les comprendre.

-Le fait que l'on se trouve aux urgences, laisse un peu moins de place à la négociation, et la prescription est beaucoup plus souvent imposée aux urgences qu'elle ne pourrait l'être en cabinet de ville.

- Une assimilation uniquement partielle des messages de santé publique est peut être également en cause. En effet les parents ont probablement admis et acquis le fameux « les antibiotiques c'est pas automatique » mais ne savent pas pourquoi ce n'est pas automatique. Ce qui se traduit ici par l'absence de demande d'antibiotiques malgré le fait qu'ils ne comprennent pas. On peut alors avancer ici l'idée que les campagnes publicitaires ont atteint leur but (réduction de la consommation d'antibiotique) mais sans pour autant avoir mené de réelles actions d'éducation à la santé, puisqu'on voit qu'au final, et bien qu'appliquées, ces campagnes n'ont pas été réellement comprises.

Par ailleurs, non seulement les parents s'attendaient dans l'ensemble à la prescription qui leur a été faite (76%), mais en plus ils annoncent qu'ils seraient tout de même venus consulter aux urgences s'ils avaient su que seul du paracétamol serait prescrit pour leurs enfants (81,5%).

Cela implique donc qu'ils viennent consulter, non pas pour une prescription (puisque l'on peut supposer qu'ils ont à peu près tous du paracétamol dans leurs armoires à pharmacie), mais bien plus pour être rassurés. Par conséquent, une fois rassurés, ils acceptent tout à fait de ne rien avoir d'autre que du paracétamol, et en sont satisfaits.

3.1.3) Discussion autour des facteurs de variabilité.

Comme on l'a vu, nous n'avons pas mis en évidence de liens entre nos principaux facteurs de variabilité démographiques et l'acceptation ou la compréhension des parents.

Nous avons néanmoins mis en évidence un lien entre l'acceptation de la prescription par les parents et le mode d'arrivée aux urgences. Les parents qui auraient voulu voir leur médecin au préalable sans y parvenir, acceptent moins bien la prescription. Est-ce alors la résultante d'une frustration pré existante quant au parcours de soins ?

On peut aussi remarquer une tendance pour l'âge de l'enfant, avec un Chi2 presque significatif ($p=0,06$) où plus l'enfant est jeune moins la compréhension des parents est bonne. Avec plus de puissance ce résultat pourrait être significatif. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que plus l'enfant est âgé, plus il y a de chances que la situation se soit déjà présentée, facilitant alors la compréhension et l'acceptation des parents.

A noter qu'il n'y a pas non plus de lien statistiquement significatif liant l'examineur tel que perçu par les parents et la compréhension et l'acceptation de la prescription par les parents. Ceux-ci ont peut être intégrés le fait qu'en consultant aux urgences ils n'auraient pas forcément en face d'eux un médecin senior, mais peut être un interne ou un externe, envers qui ils ont finalement confiance. La notion d'équipe médicale est également probablement perçue, la confiance des parents allant alors non pas à l'individu auquel ils ont affaire, mais plutôt à l'institution dans sa globalité.

Une donnée mérite néanmoins réflexion : plus de 16% des parents ne savent pas qui a examiné leurs enfants, ce qui implique qu'un effort supplémentaire est nécessaire de la part des soignants pour que les parents parviennent à correctement les identifier.

Il existe également un lien entre le niveau de compréhension des parents et leur capacité à reformuler le diagnostic. Si ceci paraît assez évident, néanmoins, cela indique quelques pistes intéressantes d'améliorations, que nous développerons dans le paragraphe 5.

Même si nous n'avons pas mis en évidence d'autres facteurs associés à la compréhension ou à l'acceptation des parents, cette recherche statistique permet également de démontrer qu'il faut porter notre attention sur toutes les catégories de populations. En effet on l'a vu il n'y a pas de différence statistique entre la compréhension par les parents de la prescription de paracétamol et le niveau d'étude, cela implique que même pour un niveau social favorisé, la compréhension n'est pas une évidence. Il faut donc s'en assurer, quel que soit le milieu.

3.2) Comparaison des résultats.

Bien qu'il soit important et quotidien, on trouve dans la littérature assez peu d'études sur le sujet. On peut supposer qu'il a sûrement fait l'objet d'enquête locales au sein des services sans forcément qu'elles soient publiées.

Dans une précédente étude Israélienne, « Do parents understand emergency department discharge instructions? » (11) menée en 1999, était spécifiquement étudiée la compréhension des parents, en distinguant la compréhension du

diagnostic et celle du traitement. L'étude a été dirigée dans deux centres différents, incluant au total 482 enfants. Différentes données démographiques ont été étudiées par un questionnaire (âge, sexe, niveau d'étude, niveau d'anxiété...), puis il était demandé aux parents de reformuler le diagnostic ainsi que le traitement.

3 items étaient cotés dans la reformulation du diagnostic : *la nature du problème* (infection, traumatisme..) *l'étiologie* (virale, bactérienne, ou le mécanisme pour les traumatismes), *l'organe touché*. Il y avait un point par item correct, la compréhension était alors classée en bonne (3/3), moyenne (2/3) faible (1/3).

De même les parents devaient reformuler le traitement, avec les 3 items suivants *la nature* (antibiotique, symptomatique) *la fréquence*, et *la durée*.

Ainsi le niveau de compréhension est établi à 75% de bonne compréhension pour le diagnostic et 84,5% le traitement.

Ces chiffres sont supérieurs aux nôtres, mais la population ainsi que la méthodologie étaient différentes. Premièrement par le fait d'avoir distingué compréhension du diagnostic d'un côté et compréhension du traitement de l'autre, mais deuxièmement par le fait que cette étude prend également en compte les traumatismes, ce qui a été exclu dans notre travail. Hors pour les parents il est peut être plus facile d'expliquer une fracture du bras, que la différence virus/bactérie...

En revanche comme pour notre étude, cette étude Israélienne n'est pas parvenue à mettre en évidence de facteurs démographiques influant sur la compréhension des parents.

Une autre étude, menée en 2003, cette fois dans en Italie du nord, « Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project » (19) , étudiait les déterminants de la prescription des antibiotiques dans les soins pédiatriques.

Cette étude a eu lieu en ambulatoire et en ville, et s'est déroulée en deux phases, la première observant les représentations et les attitudes des pédiatres et des parents par un questionnaire, la deuxième phase étudiait les attentes des parents par entretien direct.

Sur 4352 visites pour une infection des voies respiratoires supérieures, 38% des enfants ont reçu un antibiotique. Parmi ceux-ci, 22% étaient probablement d'origine virale.

Il ressort alors que l'attente par les parents d'un antibiotique est le deuxième facteur le plus souvent associé à une prescription d'antibiotique (le premier étant la présence d'une otorrhée).

Par ailleurs l'attente des parents est souvent mal perçue, puisque dans 24% des cas, les pédiatres pensaient que les parents souhaitaient un antibiotique et ce n'était pas le cas.

Pour les parents, il a été mis en évidence (au cours d'entretiens directs) un manque important de connaissances, puisque 41% des parents indiquent une bactérie comme possible cause de rhume, et 37% pensent que les antibiotiques sont actifs sur les virus. Ce manque de connaissance était associé à une surconsommation d'antibiotique.

Cette étude corrobore nos résultats en ce qui concerne la mauvaise connaissance des parents concernant les différences virus / bactérie. On voit également dans cette étude l'importante différence entre la pression à la prescription ressentie par les

praticiens et la réalité, ce qui s'est également retrouvé dans notre travail, puisque seuls 13% des parents de notre étude auraient souhaité un antibiotique.

On l'a vu plus haut, 16% des parents n'étaient pas capables d'identifier le statut précis de l'examineur. Il est alors intéressant de citer ici une précédente étude multicentrique menée en région Provence Alpes Côte d'Azur, « la satisfaction des patients au sortir des urgences » (20), menée en 1996, par questionnaire auprès de 148 patients dans 10 hôpitaux différents cette fois dans des services d'urgences adultes. Celle-ci mettait alors en évidence qu'en dehors d'autres facteurs de satisfaction classiques (temps d'attente, information sur le diagnostic et le traitement, attention du personnel), le fait d'identifier correctement le personnel soignant était statistiquement corrélé au niveau de satisfaction des soignants.

Cette donnée d'identification du personnel est donc non négligeable, et doit attirer notre attention.

4) Education pour la santé

On l'a vu pour notre étude comme pour d'autres, une lacune relativement importante dans le niveau de connaissances des parents reste à combler ; offrant ici un champ important pour l'éducation à la santé.

Comme défini par le plan national d'éducation pour la santé en février 2001(10), l'éducation pour la santé est un enjeu de santé publique, ce plan détaille trois axes principaux pour améliorer l'éducation :

-Mettre en place des campagnes de communication, afin de sensibiliser la population,

-Mettre à disposition des informations scientifiquement validées, en utilisant des supports variés ;

-Mener des actions éducatives de proximité, aidant chaque personne en fonction de ses besoins de ses attentes et de ses compétences.

Ainsi on peut imaginer aux urgences, pour répondre à ces critères, des affiches ou des plaquettes pour une éducation collective, explicitant le fait que les antibiotiques ne soient efficaces que sur les bactéries... Ceci a d'ailleurs été proposé dans les suites de l'étude israélienne citée ci-dessus. L'utilisation de fiches conseils avait alors permis d'améliorer la compréhension du traitement mais peu du diagnostic (21).

Une éducation individuelle peut également être mise en place. En effet, nous avons vu précédemment que le niveau de compréhension des parents est corrélé à leur capacité à reformuler le diagnostic, ainsi en demandant aux parents de reformuler, on peut non seulement dépister une éventuelle incompréhension, mais également de partir du niveau de connaissances propre à chaque parent, permettant ainsi de mener une action d'éducation pour la santé centrée sur l'individu et mieux adaptée aux capacités de chaque parent.

La prise en compte de la dimension affective et émotionnelle de l'individu est nécessaire. Par ailleurs les parents ont besoin de s'approprier le savoir dispensé, de l'intégrer, faisant appel à toute une dimension psychique(22). Une bonne intégration de l'information pourra éventuellement demander du temps. Ceci explique l'importance de revenir à posteriori avec les parents sur les notions abordées, pour évaluer ce qu'ils en auront retenu. Vient alors ici le rôle privilégié du médecin traitant, qui reverra les parents dans l'univers plus calme de son cabinet, et pourra reprendre l'éducation si toutefois cela était nécessaire.

Néanmoins même si l'éducation demeure difficile aux urgences, elle reste néanmoins capitale, et doit toujours rester une des priorités pour les soignants.

CONCLUSION

Nous avons étudié une population de 93 enfants, d'un âge médian de 22 mois, pour des parents d'en moyenne 32 ans. Les urgences étaient pour les parents un premier recours aux soins dans une très large majorité.

Plus de 40% des parents ne comprennent pas qu'une infection virale ne nécessite pas d'antibiotique et que seul paracétamol peut suffire, néanmoins l'acceptent pour plus de 75% d'entre eux. Beaucoup d'ailleurs acceptent en réalité sans avoir réellement compris.

La source d'incompréhension n'est pas celle que nous pressentions, à savoir une forte demande d'antibiotique, mais plutôt une incapacité à identifier l'agent pathogène. Peu de parents étaient par ailleurs capables de reformuler le diagnostic. La demande de co-prescription a été relativement faible, ce qui est plutôt un bon point.

Ces chiffres d'incompréhension ne varient pas selon l'examineur, l'âge des parents, leurs niveaux d'études, le nombre de frères et sœurs de l'enfant, sa place dans la fratrie, ou encore selon qu'il soit ou non habituellement suivi par un pédiatre. On dénote seulement une discrète tendance entre l'âge jeune des enfants et le niveau de compréhension des parents.

L'amélioration de la compréhension peut passer par une éducation à la santé collective, avec des campagnes publicitaires par exemple, pour que les parents comprennent réellement pourquoi « les antibiotiques ne sont plus automatiques », ou à des échelons plus locaux par des affichages ou des plaquettes explicatives dans les services d'urgences. Cette éducation pour la santé doit également être

individuelle, ciblant toutes les populations sans discrimination selon le niveau de diplôme, basée sur le niveau de connaissance propre de chaque parent.

Le but final est bien sûr de rendre les parents plus autonomes, acteurs de la prise en charge de la santé de leurs enfants. On peut ainsi espérer par une plus grande autonomie des parents une meilleure aptitude à gérer ces pathologies bénignes, évitant alors un passage aux urgences le plus souvent superflu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Journées nationales d'infectiologie. Relation résistances et consommation d'antibiotiques
2. Caisse nationale d'assurance maladie. Les résistances bactériennes les rendent moins forts - ameli-santé . [cité 2012 sept 25].
<http://www.ameli-sante.fr/protegeons-les-antibiotiques/les-resistances-bacteriennes-les-rendent-moins-forts.html>
3. AFSSAPS. Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. AFSSAPS; 2011, [Internet]. [cité 2012 juin 13].
http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/263354f238b8f7061cdb52319655ca07.pdf
4. AFSSAPS, contre indication chez le nourrisson des spécialités mucolytiques, lettres aux professionnels de santé, avril 2010.
5. AFSSAPS, contre indication des spécialités à base de Métoclopramide, lettre aux professionnels de santé, Février 12.
6. IPSOS santé pour la Caisse nationale d'Assurance Maladie; Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale; fév 2005
7. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse: Un acte sous influences. 2007 déc;(206).
8. Chappuy H, Taupin P, Claessens Y.E, Cheron G. Satisfaction et compréhension par les parents de l'information médicale reçue aux urgences pédiatriques.
9. H.A.S. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. [Internet]. 2007 juin.
10. Ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué de la santé; L'éducation pour la santé: un enjeu de santé publique. Février 2001. [cité 2012 sept 22]. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>
11. Waisman Y, Siegal N, ChemoM.et al. Do Parents Understand Emergency Department Discharge Instructions? A Survey Analysis. Isr Med Assoc J. 2003 Aug;5(8):567-70
12. Veyre A-V. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques: étude prospective menée pendant l'hiver 2006 au CHU du Kremlin-Bicêtre. Thèse médecine 2009.
13. - Dictionnaire Français Larousse. Définition: comprendre.

14. - Dictionnaire Français Larousse. Définition: accepter.
15. Insee Nord-Pas-de-Calais - Diplôme et profession [Internet]. [cité 2012 sept 5]. http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=themes/ouvrages/parite2006/3_5.htm
16. Insee - Enseignement - Éducation - Niveau de diplôme selon l'âge en 2010 [Internet]. [cité 2012 sept 23]: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef07232
17. Insee - Population - Ménages - Familles. [cité 2012 sept 5]. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F033
18. Bocquet A, Assathiany R, Caron F-M, Propositions pour une meilleure prise en charge de santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française. Mars 2006. [cité 2012 mars 26]. <http://www.umespe.com/upload/news/02/0210.pdf>
19. Moro ML, Marchi M, Gagliotti C, et al. Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project. BMC Pediatr 2009;9:69. [Internet]. [cité 2012 avr 4]. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-9-69.pdf>
20. Gentile S, Ledoray V, Blandiniere D, La satisfaction des patients au sortir des services des urgences. Rean urg 1999; 8; 27-32
21. Waisman Y, Neomi S, Gil S et al. Role of diagnosis-specific information sheets in parents' understanding of emergency department discharge instructions. [Eur J Emerg Med. 2005] -
22. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne. Glossaire utilitaire en éducation pour la santé [Internet]. [cité 2012 sept 23]. <http://services.poissonbouge.net/clients/fd83d351-ae4e-0616-115a01e928a6681e/docs/f5b813c7-cd64-721f-2a1d81f205d9b3be.pdf>

ANNEXES

Le questionnaire

Afin d'améliorer la prise en charge de votre enfant aux urgences, nous souhaitons réaliser une enquête sur la compréhension de l'ordonnance qui vous a été remise.

Cette enquête anonyme se déroule sous forme d'un questionnaire à remplir.

Nous vous serions reconnaissant de bien vouloir le compléter, cela ne vous prendra que quelques minutes.

Pour l'ensemble des questions ; merci de bien vouloir

D'avance, Merci.



1) Comment êtes-vous arrivés aux urgences ?

- C'est votre médecin qui vous adresse
- Vous souhaitez voir votre médecin habituel mais celui-ci n'a pu vous recevoir.
- Vous êtes venu directement aux urgences de vous-même.

2) Votre enfant est-il d'habitude suivi :

- Par votre médecin traitant
- Par un pédiatre
- Par un médecin de P.M.I

3) Quelle était votre (vos) principale(s) source(s) d'inquiétude ?

- La température
- La perte d'appétit
- La toux
- Autre :

4) Vous a-t-on énoncé le diagnostic clairement ?

- Oui, quel est-il ?
- Oui, mais je ne m'en souviens plus.
- Non

5) La pathologie dont souffre votre enfant est elle d'après vous :

- Due à un virus
- Due à une bactérie
- Je ne sais pas.

6) L'ordonnance de sortie des urgences de votre enfant comporte principalement du Paracétamol (Doliprane, Efferalgan, Dafalgan). On vous en a expliqué les raisons :

- Non, Pas du tout
- Non, à peine au trop vite
- Oui, dans l'ensemble
- Oui, tout à fait

7) D'après vous, la maladie de votre enfant nécessitait-elle un antibiotique

- Oui
- Non

8) En plus du Paracétamol auriez-vous souhaité: (plusieurs réponses possibles)

- Un antibiotique
- Un sirop contre la toux
- Un traitement contre les vomissements
- Rien de plus que du paracétamol.

9) Pensez-vous que l'ordonnance de votre médecin habituel aurait été différente ?

- Oui, en quoi ?
- Non

10) Avez-vous déjà demandé à votre médecin de prescrire des antibiotiques à votre enfant ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

11) Vous attendiez-vous à recevoir l'ordonnance qui vous a été faite aux urgences ?

- Oui
- Non

12) Si vous aviez su que votre enfant ressortirait des urgences avec une unique prescription de paracétamol (doliprane, efferalgan, dafalgan) y seriez-vous tout de même allé ?

- Oui
- Non

13) Etes-vous satisfait de la prescription qui a été faite pour votre enfant ?

- Non pas du tout
- Non Pas vraiment
- Oui a peu près
- Oui tout à fait

19) Votre enfant est-il suivi pour une maladie chronique particulière ?

- Oui, dans ce cas laquelle :
- Non

20) Votre enfant a-t-il été examiné par :

- Un externe/ un étudiant
- Un interne
- Un médecin diplômé
- Je ne sais pas

Ce questionnaire est maintenant terminé, nous vous remercions pour l'ensemble de vos réponses



Auteur : Pruvost Pierre

Date de soutenance : 23 octobre 2012

Titre : Compréhension et acceptation d'une ordonnance de paracétamol au sortir des urgences pédiatriques. Enquête menée aux urgences de Saint Vincent de Paul à Lille et du centre hospitalier de Douai.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : Médecine générale

Mots clés : urgences pédiatriques, compréhension, acceptation, paracétamol, éducation

Résumé :

Contexte : Pour des raisons médicales et économiques, les prescriptions sont amenées à se réduire. Dans le contexte particulier des urgences pédiatriques, la compréhension et l'acceptation de l'ordonnance sont un réel problème.

Matériel et Méthode : L'objectif principal est de mesurer la compréhension et l'acceptation par les parents d'une ordonnance ne comportant que du Paracétamol pour leur enfant consultant aux urgences pédiatriques pour fièvre et/ou toux ou éruption cutanée.

L'étude était prospective, bi centrique (urgences pédiatriques de Douai et de Saint Vincent de Paul à Lille), sur 93 cas, de mai à juillet 2012, par un auto questionnaire remis aux parents en fin de prise en charge. Les facteurs liés à l'enfant, à ses parents et à l'examineur, possiblement associés à la compréhension ou l'acceptation de la prescription ont été recherchés.

Résultats : Les enfants étudiés ont un âge médian de 22 mois. Quarante et un pourcents des parents (IC à 95% [31;51]) n'avaient pas compris la prescription, principalement car la notion d'absence d'efficacité des antibiotiques sur les virus n'était pas maîtrisée. Pourtant ils étaient 76 % à l'accepter (IC à 95% [67;86]). Ainsi ils étaient 71% à accepter l'ordonnance alors même qu'ils ne l'avaient pas comprise. On ne retrouvait pas de lien significatif entre la compréhension et l'acceptation ($p=0,24$).

Peu de parents (21 %) étaient en demande d'une autre prescription, et ils n'étaient que 13 % à avoir souhaité des antibiotiques.

La compréhension est significativement en lien avec la capacité des parents de reformuler le diagnostic ($p=0,009$), en revanche il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la compréhension et le mode de suivi, l'âge des parents, leur niveau d'étude, le mode d'arrivée aux urgences, la taille de la fratrie ou la place de l'enfant dans la fratrie, l'examineur tel que perçu par les parents. On remarquera juste une discrète tendance liant l'âge jeune de l'enfant et une mauvaise compréhension, sans que ce soit réellement statistiquement significatif ($p=0,06$). L'acceptation était moins bonne quand les parents auraient souhaité voir leur médecin traitant ($p=0,046$). Aucun autre facteur n'a été trouvé en lien avec l'acceptation.

Conclusion : L'amélioration du niveau de compréhension passe par une éducation pour la santé collective (messages de santé publique, affiches) et surtout individuelle, qui doit être adaptée à chaque famille et pour laquelle la reformulation du diagnostic est probablement un point clé.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur MARTINOT

Assesseurs :

Madame le Professeur MOUNIER VEHIER

Monsieur le Professeur KALACH

Madame le Professeur CHARKALUK

Directeur de Thèse :

Madame le Professeur CHARKALUK

A