



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale : première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif le désengorgement des urgences pédiatriques.

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2016 à 16 heures
au Pôle Formation

Par Clémentine COSAERT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Madame le Docteur Pauline DEBACKER

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Pauline DEBACKER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CIM	Classification Internationale des Maladies
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRP	Désobstruction rhino-pharyngée
FAU	Forfait Annuel des Urgences
GFRUP	Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MMG	Maison Médicale de Garde
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-rhino-laryngé
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PAEP	Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol
PC	Poste de Contrôle
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RDV	Rendez-vous
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
T2A	Tarification À l'Activité
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Table des matières

<u>LISTE DES TABLEAUX.....</u>	<u>1</u>
<u>LISTE DES FIGURES.....</u>	<u>3</u>
<u>RÉSUMÉ.....</u>	<u>4</u>
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>5</u>
<u>I. La consultation aux urgences pédiatriques.....</u>	<u>5</u>
<u>A. Les principaux motifs de consultation.....</u>	<u>5</u>
<u>B. Une fréquentation en constante augmentation.....</u>	<u>6</u>
<u>1. Au niveau national.....</u>	<u>6</u>
<u>2. Au niveau local.....</u>	<u>6</u>
<u>C. Pourquoi une telle augmentation ?.....</u>	<u>7</u>
<u>1. Baisse de disponibilité des médecins généralistes.....</u>	<u>7</u>
<u>2. Désertification médicale de la pédiatrie libérale.....</u>	<u>8</u>
<u>3. Impression d'une meilleure prise en charge.....</u>	<u>8</u>
<u>D. Les conséquences.....</u>	<u>9</u>
<u>1. Augmentation du temps d'attente.....</u>	<u>9</u>
<u>2. Insatisfaction du personnel.....</u>	<u>9</u>
<u>3. Coût.....</u>	<u>10</u>

<u>E. Diminuer le recours aux urgences pédiatriques : quels moyens ?</u>	<u>11</u>
<u>1. Notion de consultation non justifiée.....</u>	<u>11</u>
<u>2. Notion de consultation non justifiée aux urgences pédiatriques versus consultation en médecine libérale.....</u>	<u>12</u>
<u>3. Conclusion.....</u>	<u>13</u>
<u>II. L'éducation thérapeutique.....</u>	<u>14</u>
<u>A. Définition et objectifs.....</u>	<u>14</u>
<u>1. Définition.....</u>	<u>14</u>
<u>2. Utile pour la prise en charge des maladies chroniques.....</u>	<u>15</u>
<u>3. Éducation pour la santé : un enjeu de santé publique.....</u>	<u>16</u>
<u>B. Éducation pour la santé : un des rôles des professionnels de santé.....</u>	<u>17</u>
<u>1. En médecine libérale.....</u>	<u>17</u>
<u>2. Aux urgences pédiatriques.....</u>	<u>18</u>
<u>III. Un outil d'information aux urgences pédiatriques du CH Douai.....</u>	<u>19</u>
<u>A. Exemple de fonctionnement d'un service d'urgences pédiatriques : le CH Douai.....</u>	<u>19</u>
<u>1. Histoire.....</u>	<u>19</u>
<u>2. Organisation actuelle.....</u>	<u>19</u>
<u>B. Un outil d'information pour diminuer le nombre de consultations aux urgences ?.....</u>	<u>21</u>

MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	22
I. Présentation générale de l'étude.....	22
A. Type d'étude.....	22
B. Objectifs.....	22
1. Objectif principal.....	22
2. Objectif secondaire.....	22
C. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	23
D. Calcul du nombre de sujets nécessaires.....	23
E. Réalisation de l'étude.....	23
II. Recueil de données : le questionnaire.....	24
III. Définition du recours justifié aux urgences pédiatriques.....	25
IV. Analyse statistique.....	25
RÉSULTATS.....	26
I. Analyse descriptive.....	26
A. Caractéristiques de la population de répondants.....	26
B. Caractéristiques de la consultation, alternative libérale et signes inquiétants.....	28
1. Caractéristiques de la consultation.....	28
2. Contact du médecin traitant, acceptation d'une alternative libérale et présence ou non d'un courrier médical.....	30
3. Signes inquiétants.....	31
C. Données médicales.....	32

<u>II. Comparaison des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale.....</u>	<u>34</u>
<u>A. Caractéristiques de la population de répondants.....</u>	<u>34</u>
<u>B. Caractéristiques de la consultation, alternative libérale et signes inquiétants.....</u>	<u>36</u>
<u>1. Caractéristiques de la consultation.....</u>	<u>36</u>
<u>2. Contact du médecin traitant, acceptation d'une alternative libérale et présence ou non d'un courrier médical.....</u>	<u>40</u>
<u>3. Signes inquiétant les parents.....</u>	<u>43</u>
<u>C. Données médicales : diagnostic.....</u>	<u>45</u>
<u>D. Conclusion.....</u>	<u>47</u>
<u>III. Acceptation ou non d'une alternative libérale....</u>	<u>48</u>
<u>A. Refus de l'alternative libérale.....</u>	<u>48</u>
<u>B. Consultations non justifiées refusant l'alternative libérale.....</u>	<u>51</u>
<u>1. Description de la population de consultations non justifiées refusant l'alternative libérale.....</u>	<u>52</u>
<u>2. Comparaison de la population du groupe non justifié refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon étudié.....</u>	<u>56</u>
<u>3. Conclusion.....</u>	<u>60</u>
<u>DISCUSSION.....</u>	<u>61</u>
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>72</u>
<u>VERS UN OUTIL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.....</u>	<u>73</u>
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</u>	<u>77</u>

<u>ANNEXES.....</u>	<u>82</u>
<u>Annexe 1 : Conseils médicaux du carnet de santé.....</u>	<u>82</u>
<u>Annexe 2 : Document d'information à destination des infirmières et auxiliaires de puériculture.....</u>	<u>84</u>
<u>Annexe 3 : Document d'information à destination de l'équipe médicale.....</u>	<u>85</u>
<u>Annexe 4 : Fiche de recueil.....</u>	<u>86</u>
<u>Annexe 5 : Tableau des effectifs de chaque variable dans chaque sous-groupe étudié pour l'analyse comparative.....</u>	<u>88</u>
<u>Annexe 6 : Exemple de fiche conseil publiée par l'association Courlygonnes : « Votre enfant a de la fièvre ».....</u>	<u>89</u>

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques des répondants.....	27
<u>Tableau 2</u> : Caractéristiques de la consultation.....	28
<u>Tableau 3</u> : Contact avec le médecin traitant.....	30
<u>Tableau 4</u> : Signes inquiétant les parents.....	31
<u>Tableau 5</u> : Diagnostic final.....	32
<u>Tableau 6</u> : Données médicales.....	33
<u>Tableau 7</u> : Comparaison de la population de répondants dans les groupes « Non justifié » et « Justifié ».....	34
<u>Tableau 8</u> : Comparaison des caractéristiques de la consultation dans les groupes « Non justifié » et « Justifié ».....	36
<u>Tableau 9</u> : Comparaison du contact avec le médecin traitant dans les groupes « Non justifié » et « Justifié ».....	40
<u>Tableau 10</u> : Comparaison des signes inquiétant les parents dans les groupes « Non justifié » et « Justifié ».....	43
<u>Tableau 11</u> : Comparaison des diagnostics dans les groupes « Non justifié » et « Justifié ».....	45
<u>Tableau 12</u> : Comparaison des populations en fonction de l'acceptation ou non d'une alternative libérale.....	48
<u>Tableau 13</u> : Caractéristiques de la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale.....	52
<u>Tableau 14</u> : Caractéristiques de la consultation dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale.....	53
<u>Tableau 15</u> : Contact avec le médecin libéral dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale.....	54
<u>Tableau 16</u> : Signes inquiétant les parents dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale.....	54
<u>Tableau 17</u> : Diagnostic final dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale.....	55

Tableau 18 : Comparaison des caractéristiques de la population des recours non justifiés refusant l’alternative libérale avec le reste de l’échantillon.....56

Tableau 19 : Comparaison des caractéristiques de la consultation des recours non justifiés refusant l’alternative libérale avec le reste de l’échantillon.....57

Tableau 20 : Comparaison du contact avec le médecin libéral des recours non justifiés refusant l’alternative libérale avec le reste de l’échantillon.....58

Tableau 21 : Comparaison des signes inquiétant les parents pour les recours non justifiés refusant l’alternative libérale avec le reste de l’échantillon.....59

Tableau 22 : Comparaison des diagnostics des recours non justifiés refusant l’alternative libérale avec le reste de l’échantillon.....59

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Evolution du nombre de consultations aux urgences pédiatriques du CH de Douai.....	6
<u>Figure 2</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction du nombre d'enfants.....	35
<u>Figure 3</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction de l'existence ou non d'antécédents médico-chirurgicaux.....	37
<u>Figure 4</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction du mode de transport	38
<u>Figure 5</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction des symptômes motivant la consultation.....	39
<u>Figure 6</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction de l'acceptation ou non d'une alternative libérale.....	41
<u>Figure 7</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction de la présence ou non d'un courrier médical adressant l'enfant..	42
<u>Figure 8</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques selon les signes ayant inquiété les parents.....	44
<u>Figure 9</u> : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction du diagnostic médical.....	46
<u>Figure 10</u> : Répartition de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction de l'accompagnant de l'enfant aux urgences pédiatriques.....	49
<u>Figure 11</u> : Répartition de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction du mode de transport.....	49
<u>Figure 12</u> : Répartition de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction des symptômes de consultation.....	50
<u>Figure 13</u> : Comparaison de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction de la justification du recours aux urgences pédiatriques.....	51

RÉSUMÉ

Contexte : L'augmentation constante du nombre de consultations aux urgences pédiatriques induit une majoration du temps d'attente, une insatisfaction du personnel et un surcoût. Il existe une proportion élevée de consultations non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale. L'objectif de cette étude était de déterminer les caractéristiques des consultations non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et transversale réalisée du 15 avril au 15 juillet 2016 au centre hospitalier de Douai. Étaient inclus les enfants de 3 mois à 3 ans consultant pour un motif médical. Un questionnaire était remis aux parents puis complété par les médecins. Les réponses étaient anonymes. Une consultation était considérée comme justifiée en cas d'hospitalisation, de réalisation d'un examen biologique, d'examen(s) d'imagerie ou d'un acte thérapeutique.

Résultats : Cent quarante-quatre patients étaient inclus. Quatre-vingt-quinze consultations (66%) n'étaient pas justifiées. La comparaison des groupes « Justifié » et « Non justifié » a mis en évidence un nombre plus important de recours non justifiés pour les familles n'ayant que 1 ou 2 enfants, l'absence d'antécédent médico-chirurgical, les enfants amenés en voiture particulière ou par les transports en commun, les consultations pour troubles dermatologiques, la présence du pédiatre, les parents inquiétés par les pleurs ou une hyperthermie élevée et un diagnostic final d'affection ORL.

Conclusion : Différentes caractéristiques ont pu être mises en évidence. La seconde étape sera de créer un outil d'éducation pour la santé à destination des parents dans le but de diminuer le nombre de consultations aux urgences pédiatriques.

Mots-clés : Urgences pédiatriques ; Éducation pour la santé ; Médecins libéraux ; Consultations non justifiées

INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2016, l'INSEE rapporte une population de 12 320 073 enfants de moins de 15 ans en France, soit 18,5 % de la population générale (1).

La pédiatrie apporte les soins adaptés à cette population parfois vulnérable, notamment dans le plus jeune âge. De plus en plus de services d'urgence dédiés à la pédiatrie existent. En 2014, le recensement réalisé par le GFRUP (Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques) a compté un total de 154 services publics d'urgences pédiatriques sur 394 établissements publics de santé accueillant des urgences (soit 39,1%) (2).

I. La consultation aux urgences pédiatriques

A. Les principaux motifs de consultation

Les motifs de recours aux urgences pédiatriques les plus fréquents sont : les signes ORL (entre 40 et 49% des consultations) (3), les signes digestifs (12 à 20%) (3,4), les signes respiratoires (10,7 à 25%) (3,5), l'hyperthermie (8 à 30 %) (4,5), les traumatismes (7,5 à 35 %) (6,7), les éruptions cutanées (3,4), les pleurs (5,6).

Ces fréquences peuvent varier selon la saison : les traumatismes sont beaucoup plus fréquents au printemps et en été tandis que les signes respiratoires seront plus présents en période hivernale (3).

B. Une fréquentation en constante augmentation

1. Au niveau national

Les différentes études rapportent une augmentation moyenne de la fréquentation des urgences pédiatriques entre 3 et 5 % par an (6,8–10).

Demonchy et al. du CHU Lenval de Nice rapportent une majoration de plus de 20 % en 10 ans (4) et Claudet et al. de Toulouse décrivent une progression du recours aux urgences pédiatriques de 23 % en 5 ans (de 1999 à 2004) (11).

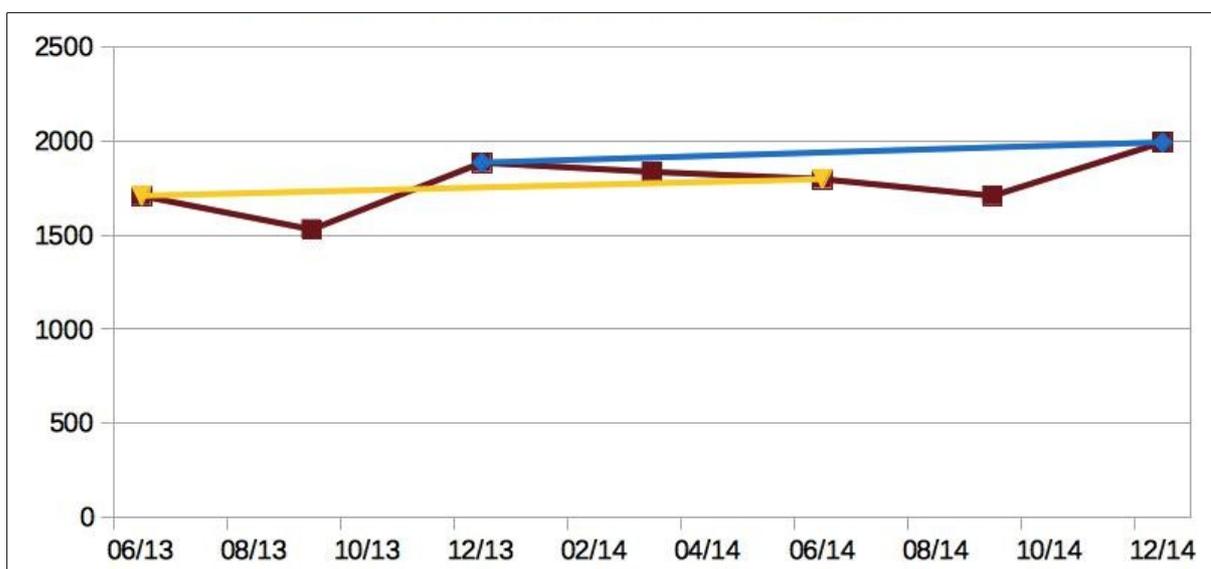
2. Au niveau local

Au sein du Centre Hospitalier de Douai dans le Nord, les chiffres sont comparables.

Ainsi, au premier trimestre 2015, on comptait 5516 passages aux urgences pédiatriques contre 5263 pour le premier trimestre 2014, soit une augmentation de 4,8 % conforme à la moyenne nationale.

Entre juin 2013 et juin 2014, l'augmentation était de 5,2 % (ligne jaune); entre décembre 2013 et décembre 2014, elle était de 5,7 % (ligne bleue) (figure 1).

Figure 1 : Evolution du nombre de consultations aux urgences pédiatriques du CH de Douai



C. Pourquoi une telle augmentation ?

1. Baisse de disponibilité des médecins généralistes

Entre 2007 et 2016, on compte une baisse de 9,7 % du nombre de médecins généralistes dans le Nord-Pas-De-Calais, toutes activités confondues. Ce chiffre s'élève à 13,8 % pour les médecins en activité libérale ou mixte. Dans le Douaisis, le nombre de médecins généralistes a chuté de 12 % depuis 2007 avec actuellement une densité de 8,2 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants (8,8 pour la région Nord-Pas-De-calais, moyenne nationale de 7,5 pour 10 000 habitants).

En 10 ans, le taux de médecins généralistes travaillant exclusivement en tant que salariés a augmenté de 12,6 %. Les activités de consultations de ville avec postes salariés sont peu fréquents (il persiste notamment quelques centres de consultations du régime minier). Cette population de médecins est principalement en secteur hospitalier, médecine scolaire et organismes indépendants.

On constate une tendance nouvelle chez les jeunes médecins : réduction du temps de travail au profit de la vie privée et familiale pour aboutir à un équilibre plus en faveur de la sphère familiale qu'auparavant. Cette tendance se retrouve davantage chez les femmes. Depuis 2007, on compte une augmentation de 20,4 % de femmes dans la population de médecins généralistes.

L'âge moyen des médecins généralistes libéraux dans le Nord-Pas-De-Calais est de 51 ans ; 23,2 % des médecins généralistes ont plus de 60 ans. Ces dix dernières années, le nombre d'inscriptions au Conseil de l'Ordre de médecins retraités a connu un accroissement de 87,7 % au niveau national tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté que de 1,2 % (12).

La diminution du nombre de médecins généralistes, l'augmentation de l'exercice salarié par rapport à l'exercice libéral, la féminisation de la profession et la recherche de l'équilibre vie professionnelle/vie privée ont pour conséquence une baisse de disponibilité des médecins généralistes conduisant à une diminution des consultations généralistes libérales d'urgence possibles. Cette tendance risque de s'aggraver dans les années à venir en raison des départs en retraite non remplacés.

2. Désertification médicale de la pédiatrie libérale

Depuis 2007, on observe une diminution de 10,6 % du nombre de pédiatres en activité libérale ou mixte dans le Nord-Pas-De-Calais. En 2016, on compte 1 pédiatre pour 10 000 enfants de moins de 15 ans dans la région.

Dans le Douaisis, la baisse du nombre de pédiatres libéraux est de 14,3 % en 10 ans avec actuellement 0,5 pédiatre pour 10 000 enfants de moins de 15 ans (moyenne nationale de 1,9 pédiatres libéraux pour 10 000 enfants de moins de 15 ans).

On note une féminisation de la population de pédiatres (22,9 % de femmes en plus depuis 2007, toutes activités confondues).

Le vieillissement de la population des médecins est moins marqué en pédiatrie avec un âge moyen de 47 ans et un taux de 32,1 % de moins de 40 ans (contre 17,4 % en médecine générale), toutes activités confondues (12).

3. Impression d'une meilleure prise en charge

Selon une étude menée en 2011 au CHU de Brest, 27 % des parents avaient l'impression d'une meilleure prise en charge à l'hôpital (13).

Cette impression était liée à deux éléments principaux :

- le plateau technique à disposition : la possibilité de faire les examens complémentaires sur place étant une motivation de recours direct à une structure hospitalière dans 23,7 à 44 % des cas (3,7,10).

- la présence de spécialistes et notamment du pédiatre pour 15,3 % des parents (7).

D. Les conséquences

1. Augmentation du temps d'attente

L'augmentation du nombre de consultations aux urgences pédiatriques induit une majoration du temps d'attente.

Le délai d'attente reste le principal critère de mécontentement des parents lors de la consultation (13), les salles d'attentes étant décrites comme « suffocantes » (4).

Les enfants plus gravement atteints étant vus en priorité, cela engendre un délai d'attente plus long pour les patients « non urgents ». Belhadi Daouzli décrivait en 2012 la notion de patients « impatientes » (14).

Des travaux de recherche ont étudié l'impact de la mise en place d'un circuit court aux urgences pédiatriques afin de réduire le délai d'attente. Une étude niçoise réalisée en deux parties (phase de test puis période de référence) a démontré une diminution du temps d'attente pour tous les patients (sauf les patients non urgents restés aux urgences pédiatriques) (4,15). L'indice de satisfaction retrouvé en période test était de 91 % des parents (15).

2. Insatisfaction du personnel

Malgré une motivation et un dynamisme souvent décrits ou constatés, le personnel soignant des services d'urgence pédiatrique est le plus souvent dépassé par un rythme trop soutenu impliquant la nécessité de réaliser son travail dans la précipitation, la difficulté de prendre en charge tous les enfants de manière équitable en fonction du degré de gravité (4) et un sentiment de manque d'effectif (14), aboutissant à un surmenage des équipes médicales et paramédicales (16).

La réduction des délais d'attente grâce à la mise en place d'un circuit court à Nice a d'ailleurs remporté un franc succès auprès du personnel avec un indice de satisfaction de 100 % (15).

3. Coût

En médecine libérale, le coût d'une consultation au cabinet se situe entre 23 euros en journée et 65,50 euros en soirée (de 20h à minuit) (17), à cela s'ajoutent les majorations enfant de 3 à 5 euros en fonction de l'âge. Ces tarifs sont ceux du secteur 1 et sont donc intégralement pris en charge par la Sécurité Sociale et la mutuelle du patient.

Pour les visites à domicile, le tarif se situe entre 33 et 69 euros (17).

Dans le cadre des consultations aux urgences, la tarification se fait à l'acte (T2A) (18). Il existe dans les établissements autorisés à exercer un accueil des urgences un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) visant à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis (19).

Ce forfait ATU est facturé pour chaque consultation non programmée et non suivie d'une hospitalisation dans un service ou médico-chirurgical ou une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (19).

D'un montant de 25,32 euros, ce forfait s'ajoute aux tarifs de la consultation (NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels), des actes techniques et infirmiers réalisés (CCAM et NGAP) et de leurs éventuelles majorations, mais également au forfait annuel des Urgences (18) (FAU, déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences donnant lieu à la facturation d'un ATU et destiné à couvrir les charges fixes) (19).

Le cumul des diverses cotations aux urgences conduit à un surcoût important d'une consultation aux urgences versus une consultation en médecine libérale (même lors de la permanence des soins en secteur libéral). Le coût global par consultation a été estimé à 223 euros par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) en 2004 (11).

E. Diminuer le recours aux urgences pédiatriques : quels moyens ?

On constate ces dernières années une importante augmentation du nombre de consultations aux urgences pédiatriques, avec un phénomène qui se majore au fil des ans.

1. Notion de consultation non justifiée

En 2002 déjà, Stagnara et al., lors d'une étude sur les consultations non programmées dans l'agglomération lyonnaise, évoquaient un taux de recours non justifié à une consultation en urgence (service d'urgences ou médecine libérale) estimé entre 13 et 20 % (3). Dans cette situation, les médecins jugeaient par eux-même de la justification ou non du recours.

Une enquête nationale réalisée en 2002 retrouvait 14 % des patients classés en CCMU1, c'est-à-dire dont l'état clinique ne nécessite pas le recours à un acte complémentaire (10).

En 2010, Stagnara et al. étudiaient l'impact d'une plateforme téléphonique pour réduire les consultations non programmées et non justifiées aux urgences pédiatriques : 78,6 % des appelants avaient pour principale attente l'obtention d'un simple conseil (6) et ne nécessitaient pas une consultation en urgence.

En 2015, Marie Le Lan du CHU de Nantes évaluait la pertinence du recours par 3 cliniciens et par l'utilisation de la grille de critères cliniques nord-américaine du Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol (PAEP), la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) et la grille de tri infirmier. Selon les outils, 19 à 50 % des recours n'étaient pas justifiés (20).

2. Notion de consultation non justifiée aux urgences pédiatriques versus consultation en médecine libérale

En 2003, Berthier et al., dans une étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants consultant aux urgences pédiatriques, mettaient en évidence que 41 % des enfants avaient eu une simple consultation sans nouvelle prescription à la sortie et que pour 48 % des enfants aucun avis spécialisé ou bilan complémentaire n'étaient nécessaires (21).

En 2012, Benhamed et al. étudiaient le taux de recours non justifiés au service d'urgence dans 12 hôpitaux belges. Leur définition du recours approprié était la présence d'au moins un critère parmi les suivants : enfant référé par un médecin ou la police, amené en ambulance, nécessitant un examen technique, un traitement orthopédique, placé en observation, admis en hospitalisation ou décédé. Quarante pour cent des recours étaient inappropriés (22).

En 2014, une étude américaine retrouvait un taux de 33 % de recours non justifiés aux urgences pédiatriques, concernant principalement les patients les plus jeunes, dans un centre hospitalier pédiatrique de Washington (23).

Les progrès réalisés dans le domaine de la santé ont conduit à une évolution des comportements. La maladie, le symptôme, même bénins, sont de moins en moins tolérables (4). Ce phénomène est plus important en pédiatrie. En effet, l'enfant et surtout le nourrisson étant précieux, tout problème de santé le concernant conduit à une consultation (6). Les parents supportent mal un délai trop long entre l'apparition d'un signe et la consultation (6), en partie à cause d'une inquiétude exagérée vis-à-vis de l'état de santé de leur progéniture. Bien souvent, les parents vont avoir une perception inappropriée du degré d'urgence, qui ne sera pas la même du point de vue des professionnels de santé (4,24). La société actuelle prône le consumérisme médical avec une politique du tout, tout de suite. La plupart des parents voient les urgences comme un lieu de soins hyper-contemporain et très réactif (21,25) et surtout y trouvent une prise en charge de leur enfant compatible avec leur mode de vie (7,26), particulièrement en terme d'horaire : les urgences sont un lieu ouvert à tous et rapidement accessible (25).

3. Conclusion

Le nombre important de consultations non justifiées aux urgences pédiatriques et pouvant être réalisées en ville contribue à l'augmentation de la fréquentation des urgences avec toutes ses conséquences.

Une réorientation des consultations non justifiées aux urgences pédiatriques vers la médecine libérale semble être une piste pour diminuer le nombre de consultations aux urgences pédiatriques. Pour cela, il faut éduquer les patients afin qu'ils choisissent le lieu de consultation le plus adapté.

II. L'éducation thérapeutique

A. Définition et objectifs

1. Définition

Selon la définition du rapport de l'OMS publié en 1996, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (27,28).

L'origine étymologique du mot « éducation » est « *ex ducere* » qui signifie faire sortir de soi, développer, épanouir (29).

L'éducation thérapeutique doit permettre au patient de comprendre la maladie et son traitement, d'acquérir des compétences d'autogestion grâce à une coopération avec les soignants, dans un objectif principal d'amélioration de la qualité de vie et de vie saine (30).

On retrouve 4 grandes étapes centrées autour du patient dans un processus d'éducation thérapeutique (30,31):

- réalisation d'un diagnostic éducatif : cette première étape permet d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités ainsi que sa réceptivité et de prendre en compte ses demandes et son projet (31,32),

- définition avec le patient d'un plan personnalisé, avec des priorités d'apprentissage. Cette étape intègre des compétences d'auto-soins (soulager les symptômes, modifier son mode de vie, prévenir les complications évitables, réaliser des gestes techniques ...) et des compétences d'adaptation (avoir confiance en soi, gérer ses émotions, prendre des décisions et résoudre un problème, s'évaluer ...) (31),

- mise en œuvre de séances collectives et/ou individuelles permettant un transfert planifié et organisé des connaissances du soignant vers le patient (29),

- réalisation d'une évaluation individuelle de manière régulière, afin de mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient, d'actualiser le diagnostic éducatif, de partager les informations et d'organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge ainsi que de proposer au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique (31).

2. Utile pour la prise en charge des maladies chroniques

L'éducation thérapeutique est très largement utilisée dans les pathologies chroniques, telles que le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale ...

Elle trouve sa place dès l'annonce du diagnostic.

Complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications, elle participe à l'amélioration du patient ainsi qu'à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches (31).

L'éducation thérapeutique s'effectue entre différents acteurs qui sont les institutions (réseaux, hôpitaux), les soignants (médecins, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes ...), les patients et leur entourage. Ces différents acteurs visent des objectifs précis de santé à partir de besoins objectifs et subjectifs (33).

3. Éducation pour la santé : un enjeu de santé publique

L'éducation thérapeutique du patient est bien connue pour les maladies chroniques. Elle fait partie intégrante d'une notion plus globale : l'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS en 1983 comme "tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin".

Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de types différents, complémentaires entre elles :

- des campagnes de communication ayant pour but de sensibiliser la population et de modifier les représentations et les normes sociales,
- la mise à disposition d'informations scientifiques sur la promotion de la santé, les maladies, les moyens de prévention, les services de santé ... en adaptant à chaque groupe de population des supports et des formulations variés,
- des actions éducatives de proximité qui aident chaque personne, selon ses besoins, ses attentes et ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser correctement (34).

L'éducation pour la santé joue un rôle primordial en santé publique, notamment parce qu'elle est indispensable à la mise en œuvre de la prévention. Son utilité est majeure en pédiatrie, spécialité dans laquelle la prévention est omniprésente.

Par exemple, le carnet de santé de l'enfant présente des doubles pages dédiées à l'information et à l'éducation des parents. Ces informations concernent principalement l'hygiène de vie, l'alimentation et la sécurité domestique. Une double page est consacrée à la santé de l'enfant avec quelques conseils et indications de consultation médicale (annexe 1). Le carnet de santé permet également de garder les traces des examens obligatoires recommandés et pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale : dans les 8 jours suivant la naissance (en pratique réalisé à la sortie de la maternité), une fois par mois jusqu'à 6 mois, à 9 et 12 mois, deux fois au cours de la 2ème année, à 2 ans puis deux fois par an jusque 6 ans. Après l'âge de 6

ans, un examen de suivi est conseillé une fois par an. Ces examens sont à réaliser en dehors de toute pathologie particulière et ont pour objectifs la prévention, le dépistage et l'éducation.

Des conseils de sortie sont toujours donnés à la maternité concernant notamment les soins quotidiens et l'alimentation (qu'il s'agisse d'un allaitement maternel ou artificiel).

Lors de toute consultation pour une pathologie quelle qu'elle soit, des conseils de reconsultation sont indiqués aux parents.

En pédiatrie, l'éducation thérapeutique s'adresse aux enfants mais aussi et surtout à leurs parents.

B. Éducation pour la santé : un des rôles des professionnels de santé

1. En médecine libérale

Dans le cadre des pathologies chroniques, le médecin généraliste ou le pédiatre libéral qui suit l'enfant a une relation privilégiée, basée sur la confiance avec son patient. Grâce à un suivi régulier, il peut déterminer les compétences acquises ou non acquises, la motivation de l'enfant (29).

Certains professionnels de santé libéraux ont intégré l'éducation thérapeutique dans leur pratique professionnelle, d'autres intègrent cette activité en collaboration avec des réseaux de soins. Malgré tout, cela reste très limité compte tenu du temps nécessaire à consacrer à l'éducation thérapeutique et de l'absence de tarification spécifique à l'acte (35).

Lors des consultations libérales, l'éducation pour la santé est nécessaire mais reste donc limitée. Elle comprend en plus d'une partie théorique une éducation aux actes techniques nécessitant une démonstration (la réalisation des désobstructions rhino-pharyngées par exemple).

2. Aux urgences pédiatriques

Aux urgences pédiatriques, tout comme en médecine libérale, les gestes techniques peuvent être montrés et les consignes de reconsultation expliquées mais le temps est aussi un facteur limitant.

Dans les hôpitaux, il existe déjà des ateliers d'éducation thérapeutique, ateliers qui regroupent des patients atteints d'une même pathologie et permettant d'éduquer plusieurs patients à la fois. Mais ces ateliers nécessitent une organisation logistique les rendant irréalisables aux urgences. Il est donc nécessaire d'avoir des outils spécifiques pour réaliser des actions d'éducation pour la santé aux urgences pédiatriques.

Dans les Hôpitaux Universitaires de Genève, différentes activités d'éducation thérapeutique sont mises en place au sein du service des urgences pédiatriques avec notamment un travail de sensibilisation mené en salle d'attente via des fiches conseil (36).

Au Canada, c'est via leur site internet que les urgences du CHU Sainte Justine de Montréal apportent des informations aux parents avec une rubrique intitulée « avant de venir à l'urgence » (37). Cette page indique les signes devant amener à consulter aux urgences selon la situation mais également les solutions alternatives pour les prises en charges moins urgentes. Bien que non exhaustive, cette information permet de guider les parents dans leur conduite à tenir.

III. Un outil d'information aux urgences pédiatriques du CH Douai

A. Exemple de fonctionnement d'un service d'urgences pédiatriques : le CH Douai

1. Histoire

Les urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Douai ont été créées en 2009. Auparavant, les enfants étaient pris en charge par les urgentistes adultes.

Initialement, le pédiatre n'était présent que la journée et, durant les périodes de garde, les enfants continuaient à être vus par l'équipe des urgences adultes.

Depuis mi-2012, le pédiatre est présent sur place 24 heures sur 24. Sur la période de garde, il gère également les services hospitaliers de pédiatrie et néonatalogie ainsi que le bloc obstétrical.

Le Douaisis appartient au territoire de santé défini par l'ARS de l'Artois-Douaisis qui regroupe les centres hospitaliers de Douai, Lens, Béthune et Arras. Ce territoire de santé affiche un effectif de 1 154 906 personnes au 1^{er} janvier 2016 (38).

Ce territoire de santé se découpe en 4 zones de proximité dont le Douaisis. Le centre hospitalier de Douai draine un bassin de population d'un peu plus de 250 000 patients (39).

2. Organisation actuelle

Les urgences pédiatriques de Douai reçoivent tous les enfants jusque 15 ans et 3 mois, quel que soit le motif de consultation (médical ou chirurgical), 24 heures sur 24.

L'équipe médicale se compose :

- du médecin senior (pédiatre ou médecin généraliste) : un à deux seniors sont présents de 9h à 18h et un durant les gardes (soit après 18h et les week-end).
- d'internes de médecine générale ou de pédiatrie : un interne de médecine générale ou de pédiatrie est présent 7 jours sur 7 de 9h à 21h, un interne de pédiatrie vient en plus l'après-midi du lundi au vendredi jusque 18h ; un interne est de garde de 18h à 9h le lendemain, le samedi de 13h à 9h et le dimanche pour 24h.
- d'externes en médecine : un ou deux externes présents du lundi au vendredi de 9h à 18h

L'équipe paramédicale se compose :

- d'une infirmière diplômée d'état ou puéricultrice 24 heures sur 24 (deux postes de 12h, de 7h à 19h et de 19h à 7h)
- d'une auxiliaire de puériculture de 10h à 22h

Un enfant arrivant aux urgences pédiatriques est tout d'abord vu par l'infirmière d'orientation et d'accueil qui définit un niveau de gravité (code couleur à trois niveaux : vert, orange et rouge).

L'enfant est ensuite vu par l'infirmière et/ou l'auxiliaire de puériculture avec prise des constantes et premier interrogatoire. Cette étape permet de repérer les enfants devant être vus prioritairement. L'enfant et ses accompagnants retournent ensuite en salle d'attente (sauf urgence vitale).

Secondairement, l'enfant est vu par un membre de l'équipe médicale pour interrogatoire et examen clinique. Selon les situations, la sortie de l'enfant peut être décidée immédiatement après cette consultation ; ou l'enfant peut bénéficier d'exams complémentaires, d'une surveillance particulière ou bien encore d'une hospitalisation.

B. Un outil d'information pour diminuer le nombre de consultations aux urgences ?

Créer un outil d'éducation pour la santé guidant les parents pour qu'ils apprécient mieux quand ils doivent consulter en médecine libérale plutôt qu'aux urgences pédiatriques permettrait de diminuer les recours non justifiés aux urgences pédiatriques.

La création d'un tel outil comporte plusieurs étapes :

- Analyse des principaux motifs de consultation afin de déterminer les motifs les plus fréquents
- Analyse des motivations de la consultation aux urgences pédiatriques plutôt qu'en médecine libérale, permettant la mise en évidence des motifs de consultation non justifiés
- Analyse des caractéristiques de la population de patients consultant aux urgences pédiatriques de manière non justifiée
- Création de l'outil d'information : contenu, choix du format (internet, papier, ...), choix du lieu de distribution, choix du professionnel de santé
- Validation de l'outil
- Mise en place de l'outil
- Évaluation de l'efficacité de l'outil.

L'objectif de cette étude est de déterminer les caractéristiques des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale.

Ceci constitue une première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif de diminuer le nombre de recours non justifiés aux urgences pédiatriques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Présentation générale de l'étude

A. Type d'étude

L'étude était observationnelle et descriptive. Sa réalisation s'est faite de manière transversale.

B. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les caractéristiques des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale.

2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'évaluer l'acceptabilité par les parents d'une alternative libérale à leur consultation aux urgences.

C. Critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient inclus les enfants âgés de 3 mois à moins de 3 ans, consultant aux urgences pédiatriques du centre hospitalier de Douai pour un motif médical du 15 avril 2016 au 15 juillet 2016.

Étaient exclus les motifs nécessitant de façon très fréquente un recours aux urgences pédiatriques plutôt qu'en médecine libérale en raison de la nécessité d'un plateau technique adéquat : les traumatismes, les plaies et les corps étrangers.

D. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Une estimation du nombre de sujets nécessaires a été faite a priori avec l'aide de la plateforme méthodologique de l'Université de Lille 2. N'ayant pas d'idée a priori du p, ce nombre de sujets nécessaires a été estimé à une centaine de consultations non justifiées.

E. Réalisation de l'étude

Un questionnaire papier a été distribué aux accompagnants des enfants inclus par l'équipe paramédicale lors de son premier contact avec le patient. Un document d'information avait été affiché dans le PC infirmier à destination de l'équipe paramédicale (annexe 2).

Les parents pouvaient ensuite le remplir en salle d'attente (un stylo leur était prêté) et il était récupéré par le médecin au moment de l'examen, de la sortie ou de l'hospitalisation de l'enfant. Le médecin remplissait au moment de la sortie ou de l'hospitalisation la dernière partie du questionnaire. Un document d'information pour les médecins avait été affiché dans le bureau (annexe 3).

II. Recueil de données : le questionnaire

Le questionnaire (annexe 4) était anonyme.

Il était composé de 18 questions à destination des parents (dont une avec une sous-question) et de 4 questions à destination des médecins.

La partie destinée aux accompagnateurs des patients était séparée en deux items.

Un premier item intitulé « Vous et votre enfant » comprenait des questions sur les caractéristiques de l'enfant et de son accompagnant : âge de l'enfant (mois et année de naissance), sexe, composition familiale, existence ou non d'une fratrie, notion d'aîné ou non, mode de garde, profession des parents ainsi que antécédents personnels et/ou d'hospitalisation de l'enfant.

Le second item intitulé « La consultation actuelle » comprenait des questions sur les caractéristiques de la consultation : qui était l'accompagnant de l'enfant, mode de transport, temps de trajet, symptôme ayant motivé la consultation, délai d'apparition des symptômes, notion de contact avec un médecin libéral avant la consultation ou non, raison de consultation aux urgences pédiatriques, signes inquiétants selon les parents et acceptation ou non d'une alternative libérale.

La partie réservée aux médecins permettait d'indiquer le diagnostic final, s'il y avait eu une hospitalisation ou non, la réalisation d'examen(s), biologique, d'imagerie ou d'actes thérapeutiques et la présence ou non d'un courrier médical adressant l'enfant.

La dernière question était destinée aux éventuelles remarques que souhaitaient faire les médecins remplissant le questionnaire.

III. Définition du recours justifié aux urgences pédiatriques

La définition d'un recours justifié aux urgences pédiatriques versus une consultation libérale était la nécessité d'une hospitalisation et/ou de la réalisation d'un examen biologique et/ou de la réalisation d'un examen d'imagerie et/ou la réalisation d'un acte thérapeutique.

IV. Analyse statistique

Les données ont été analysées via le logiciel SPSS®, Libre Office Calc® et les outils de calculs en ligne BiostaTGV® et du Docteur Aly Abbara (40).

Une analyse descriptive uni-variée a été utilisée pour décrire la population de consultants.

Un test du Khi-deux était utilisé pour comparer les caractéristiques des « consultations justifiées » et « consultations non justifiées » lorsque celui-ci était applicable. Un test de Fisher exact était réalisé lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5. Pour l'analyse comparative, seules les données valides ont été prises en compte (sans les données manquantes). Un tableau des effectifs de chaque variable dans chaque sous-groupe étudié est disponible en annexe 5.

RÉSULTATS

Cent soixante et un questionnaires ont été récupérés à l'issue de cette étude.

Cent quarante-quatre ont été inclus. Dix-sept étaient exclus : partie médicale non remplie (13), âge incorrect (2), données incohérentes (1) et traumatisme (1).

I. Analyse descriptive

A. Caractéristiques de la population de répondants

La population étudiée était composée d'enfants âgés de 3 à 36 mois. La moyenne d'âge était de 16,24 mois. Soixante-quinze étaient des garçons, soit 52,1 %.

Plus de 40 % des mères étaient sans activité professionnelle contre 12,5 % des pères.

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

Caractéristiques	Echantillon : n (%)
Âge :	
3 mois à 1 an	58 (40,3)
1 à 2 ans	57 (39,6)
2 à 3 ans	29 (20,1)
Sexe :	
garçon	75 (52,1)
filles	69 (47,9)
Composition familiale :	
deux parents	130 (90,3)
mère isolée	13 (9)
Nombre d'enfants :	
1 enfant	70 (48,6)
2 enfants	44 (30,6)
3 enfants et plus	29 (20,1)
Aîné :	
oui	70 (48,6)
non	71 (49,3)
Mode de garde :	
famille	78 (54,2)
crèche	33 (22,9)
nounou	29 (20,1)
Profession mère :	
Agriculteurs Exploitants Artisans	1 (0,7)
Commerçants et chefs d'entreprise	3 (2,1)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	8 (5,6)
Professions intermédiaires	4 (2,8)
Employés	53 (36,8)
Ouvriers	12 (8,3)
Sans activité professionnelle	59 (41)
Profession père :	
Agriculteurs Exploitants Artisans	3 (2,1)
Commerçants et chefs d'entreprise	6 (4,2)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	12 (8,3)
Professions intermédiaires	5 (3,5)
Employés	51 (35,4)
Ouvriers	38 (26,4)
Sans activité professionnelle	18 (12,5)
Total	144 (100)

B. Caractéristiques de la consultation, alternative libérale et signes inquiétants

1. Caractéristiques de la consultation

Tableau 2 : Caractéristiques de la consultation

Caractéristiques	Echantillon : n (%)
Antécédents médico-chirurgicaux :	
oui	34 (23,6)
asthme	8 (5,6)
prématurité	6 (4,2)
autres	20 (13,9)
non	109 (75,7)
Antécédent d'hospitalisation :	
oui	61 (42,4)
non	83 (57,6)
Accompagnant :	
parents	63 (43,8)
mère	71 (49,3)
père	6 (4,2)
autre	4 (2,8)
Mode de transport :	
voiture particulière	126 (87,5)
transports en commun	10 (6,9)
ambulance privée/pompiers	8 (5)
Temps de trajet :	
≤ 10 minutes	62 (43,1)
11 à 20 minutes	65 (45,1)
21 à 30 minutes	9 (6,3)
> 30 minutes	4 (2,8)
Symptômes :	
hyperthermie	65 (45,1)
troubles digestifs	50 (34,7)
troubles dermatologiques	18 (12,5)
troubles respiratoires	23 (16)
troubles génito-urinaires	5 (3,5)
troubles généraux	8 (5,6)
troubles neurologiques	5 (3,5)
troubles ORL	4 (2,8)
Durée des symptômes :	
moins de 12 heures	40 (27,8)
12 à 24 heures	53 (36,8)
plus de 24 heures	51 (35,4)
Total	144 (100)

Trente-quatre des enfants consultants (23,6 %) présentait au moins un antécédent médico-chirurgical : 5,6 % d'entre eux étaient asthmatiques, 4,2 % étaient nés prématurément, 5 avaient des allergies déclarées, 3 enfants avaient déjà fait au moins une pyélonéphrite, 3 autres avaient dû être alimentés par sonde nasogastrique et 9 enfants présentait un autre antécédent (diabète, souffle cardiaque, diverticule de Meckel, méningite virale, arrêt cardiaque, invagination, phimosis, neuroblastome, omphalocèle).

Aucun enfant inclus n'a consulté aux urgences via le SMUR pendant la durée de l'étude.

Treize enfants (9,1%) avaient un temps de trajet de plus de 20 minutes pour consulter aux urgences pédiatriques (dont 4 enfants à plus de 30 minutes). Les valeurs extrêmes étaient entre 2 et 45 minutes de trajet.

Les principaux motifs médicaux de consultation étaient l'hyperthermie dans 45,1 % des cas, des troubles digestifs dans 34,7 % des cas (32 pour vomissements, 14 pour diarrhée, 2 pour douleur abdominale, 7 pour anorexie et 3 pour constipation), des troubles dermatologiques dans 12,5 % des cas (dont 15 éruptions cutanées soit 10,4 %) et des troubles respiratoires dans 16 % des cas (9 % pour dyspnée et 7 % pour toux). Les troubles généraux, représentant 5 % des consultations, étaient composés de pleurs inexplicables, asthénie, douleur, déshydratation et marbrures. Les troubles neurologiques (3,5 % des consultants) regroupaient des convulsions, malaises et perte de connaissance. Les troubles ORL étaient une otite, une otalgie et deux conjonctivites.

2. Contact du médecin traitant, acceptation d'une alternative libérale et présence ou non d'un courrier médical

Tableau 3 : Contact avec le médecin traitant

Caractéristiques	Echantillon : n (%)
Contact médecin traitant :	
oui	89 (61,8)
non	54 (37,5)
Si oui, pourquoi consultation aux urgences pédiatriques?	
indisponibilité ou absence de réponse	35 (39,3)
conseil de consultation directe aux urgences	34 (38,2)
délai de RDV trop long	11 (12,4)
autre	8 (9)
Si non, pourquoi recours immédiat aux urgences pédiatriques?	
sentiment de gravité	37 (68,5)
plus pratique	3 (5,6)
présence du pédiatre	7 (13)
impression d'inutilité d'une consultation libérale	6 (11,1)
plateau technique	1 (1,9)
absence d'amélioration malgré consultation antérieure	14 (25,9)
Acceptation alternative libérale :	
oui	109 (75,7)
non	27 (18,8)
Courrier médecin traitant	
oui	12 (8,3)
non	130 (90,3)
Total	144 (100)

Aucun parent ayant consulté directement aux urgences pédiatriques sans avoir contacté le médecin traitant avant n'a évoqué comme raison la dispense d'avance des frais.

Cent neuf parents soit 75,7 % auraient accepté une alternative libérale (médecin traitant, pédiatre libéral ou médecin de garde).

3. Signes inquiétants

Tableau 4 : Signes inquiétant les parents

Caractéristiques	Echantillon : n (%)
Signes inquiétants :	
hyperthermie persistante	38 (26,4)
hyperthermie élevée	30 (20,8)
vomissements	27 (18,8)
anorexie, amaigrissement, perte de poids	23 (16)
difficultés respiratoires	16 (11,1)
éruption persistante	12 (8,3)
diarrhée	11 (7,6)
comportement modifié	10 (6,9)
asthénie, malaise, perte de connaissance	9 (6,3)
toux	8 (5,6)
absence d'amélioration	7 (4,9)
pleurs	7 (4,9)
douleurs	6 (4,2)
pâleur, cyanose des lèvres, marbrures	6 (4,2)
constipation	3 (2,1)
autres	20 (13,9)
Total	144 (100)

La rubrique « autres » regroupe les signes retrouvés de manière isolée (inflammation, aspect de l'ongle, otalgie, œil qui coule, érythème, vertiges, hématurie, convulsion, œdème, céphalée, hernie gonflée, urines malodorantes, selles blanches, antécédents, photophobie, encombrement nasal, œil rouge et rectorragies).

C. Données médicales

Tableau 5 : Diagnostic final

Caractéristiques	Echantillon : n (%)
Diagnostic final	
Affection ORL :	58 (40,3)
otite	20 (13,9)
angine	10 (6,9)
rhinopharyngite	22 (15,3)
autres	6 (4,2)
Affection digestive :	33 (22,9)
gastro-entérite	26 (18,1)
constipation	3 (2,1)
autres	4 (2,8)
Affection respiratoire :	14 (9,7)
asthme	7 (4,9)
pneumopathie	2 (1,4)
autres	5 (3,5)
Affection dermatologique :	19 (13,2)
éruption virale	10 (6,9)
éruption bactérienne	2 (1,4)
autres	5 (3,5)
Affection uro-génitale	5 (3,5)
Affection neurologique	3 (2,1)
Autres	12 (8,3)
Total	144 (100)

Le diagnostic final retrouvait :

- une affection ORL dans 40,3 % des cas : 22 rhinopharyngites, 20 otites, 10 angines, 3 laryngites, 2 conjonctivites et une gingivo-stomatite herpétique,
- une affection digestive dans 22,9 % des cas : dont 18,1 % de gastro-entérites soit 26 enfants, 3 constipations, une diarrhée post-infectieuse, un vomissement sans précision, un reflux gastro-œsophagien et une invagination intestinale aiguë,
- une affection dermatologique dans 13,2 % des cas : 10 éruptions virales (7 éruptions virales non étiquetées, 3 varicelles, 2 syndromes pied-main-bouche), 2

éruptions bactériennes (une scarlatine et un impétigo), un abcès, une mycose, une gale et 2 piqûres d'insectes dont une tique,

- une affection respiratoire dans 9,7 % des cas : 7 pour asthme, 2 pneumopathies, 2 bronchites, une bronchiolite, une insuffisance respiratoire aigüe et une coqueluche,

- une affection génito-urinaire dans 3,5 % des cas : pyélonéphrite, cystite, balanite, hydrocèle et hématurie traumatique,

- une affection neurologique dans 2,1 % des cas : encéphalopathie, convulsion fébrile et découverte d'un neuroblastome.

Douze enfants consultaient pour un autre motif (virose, hyperthermie sans précision, malaise, allergie aux antibiotiques, anaphylaxie et septicémie à staphylocoque).

Tableau 6 : Données médicales

Caractéristiques	Echantillon : n (%)
Hospitalisation	
oui	28 (19,4)
non	116 (80,6)
Examen biologique	
oui	20 (13,9)
non	124 (86,1)
Examen d'imagerie	
oui	16 (11,1)
non	128 (88,9)
Actes thérapeutique	
oui	12 (8,3)
non	132 (91,7)
Recours justifié	
oui	49 (34)
non	95 (66)
Total	144 (100)

Quarante-neuf recours étaient justifiés soit 34 % des recours et 95 (66 %) ne justifiaient pas un recours aux urgences pédiatriques par rapport à une consultation en médecine libérale.

II. Comparaison des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale

A. Caractéristiques de la population de répondants

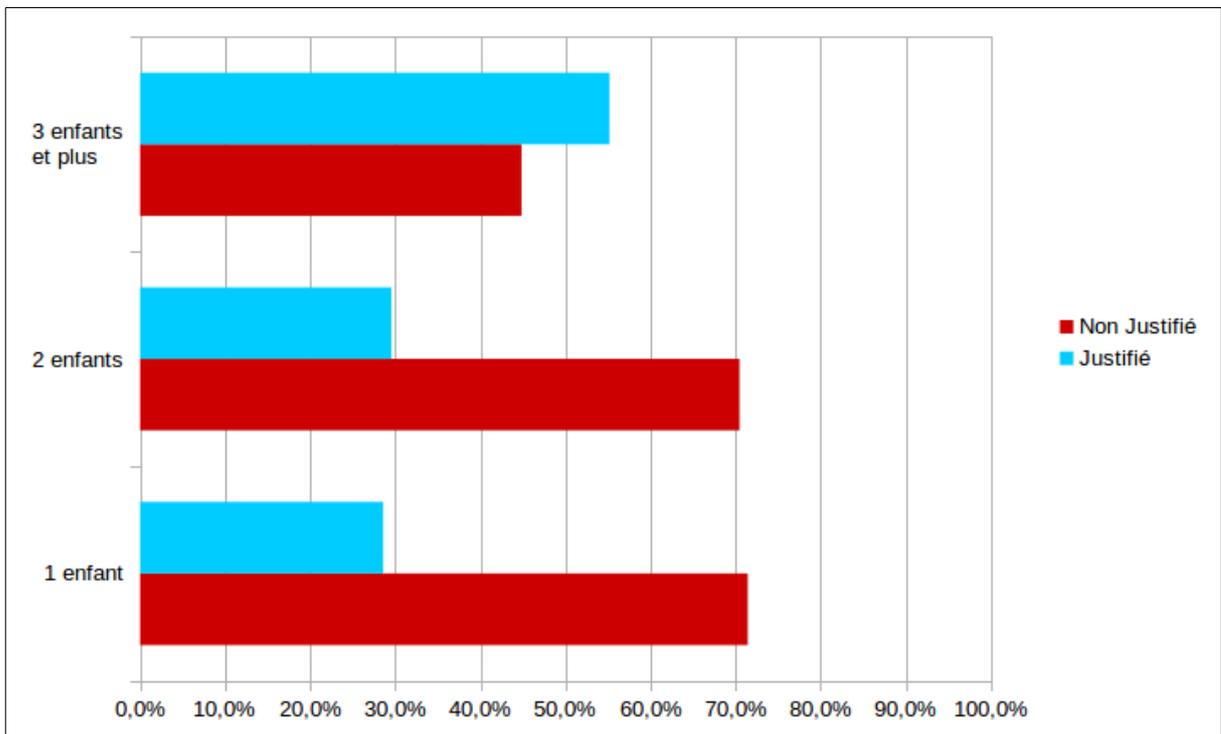
Tableau 7 : Comparaison de la population de répondants dans les groupes « Non justifié » et « Justifié »

Caractéristiques	Non Justifié : n (%)	Justifié : n (%)	Khi-deux p =	P-value (Fisher exact)
Âge :			1,49	
3 mois à 1 an	36 (37,9)	12 (24,5)	p = 0,474	
1 à 2 ans	41 (43,2)	16 (32,7)		
2 à 3 ans	18 (18,9)	11 (22,5)		
Sexe :			0,03	
garçon	49 (51,6)	26 (53,1)	p = 0,866	
filles	46 (48,4)	23 (46,9)		
Composition familiale :			2,43	
deux parents	88 (92,6)	42 (85,7)	p = 0,119	
mère isolée	6 (6,3)	7 (14,3)		
Nombre d'enfants :			7,07	
1 enfant	50 (53,2)	20 (40,8)	p = 0,029**	
2 enfants	31 (33)	13 (26,5)		
3 enfants et plus	13 (13,8)	16 (32,7)		
Aîné :			0,7	
oui	49 (52,1)	21 (44,7)	p = 0,404	
non	45 (47,9)	26 (55,3)		
Mode de garde :			1,279	
famille	53 (57,6)	25 (52,1)	p = 0,528	
crèche	19 (20,7)	14 (29,2)		
nounou	20 (21,7)	9 (18,8)		
Profession mère :				0,333
Agriculteurs Exploitants Artisans	0 (0)	1 (2,1)		
Commerçants et chefs d'entreprise	1 (1,1)	2 (4,3)		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	7 (7,5)	1 (2,1)		
Professions intermédiaires	3 (3,2)	1 (2,1)		
Employés	34 (36,6)	19 (40,4)		
Ouvriers	10 (10,8)	2 (4,3)		
Sans activité professionnelle	38 (40,9)	21 (44,7)		
Profession père :				0,239
Agriculteurs Exploitants Artisans	2 (2,3)	1 (2,3)		
Commerçants et chefs d'entreprise	3 (3,4)	3 (6,8)		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11 (12,4)	1 (2,3)		
Professions intermédiaires	5 (5,6)	0 (0)		
Employés	32 (36)	19 (43,2)		
Ouvriers	23 (25,8)	15 (34,1)		
Sans activité professionnelle	13 (14,6)	6 (13,6)		

* significatif au seuil 0,1 - ** significatif au seuil 0,05 - *** significatif au seuil 0,001

Dans la population de répondants, il existe une différence significative entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » pour le nombre d'enfants ($p < 0,05$) (figure 2). Il n'y avait pas de différence significative pour les variables suivantes : âge, sexe, composition familiale, être l'aîné ou non, mode de garde et profession des parents.

Figure 2 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction du nombre d'enfants



B. Caractéristiques de la consultation, alternative libérale et signes inquiétants.

1. Caractéristiques de la consultation

Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques de la consultation dans les groupes « Non justifié » et « Justifié »

Caractéristiques	Non Justifié : n (%)	Justifié : n (%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Antécédents médico-chirurgicaux :			4,90	
oui	17 (18,1)	17 (34,7)	p = 0,027 **	
asthme	4 (4,3)	4 (8,2)		0,445
prématurité	5 (5,3)	1 (2,0)		0,664
autres	8 (8,5)	12 (24,5)		
non	77 (81,9)	32 (65,3)	6,98 p < 0,01 ***	
Antécédent d'hospitalisation :			2,28	
oui	36 (37,9)	25 (51)	p = 0,131	
non	59 (62,1)	24 (49)		
Accompagnant :				0,684
parents	44 (46,3)	19 (38,8)		
mère	45 (47,4)	26 (53,1)		
père	3 (3,2)	3 (6,1)		
autre	3 (3,2)	1 (2,0)		
Mode de transport :				0,037**
voiture particulière	85 (89,5)	41 (83,7)		
transports en commun	8 (8,4)	2 (4,1)		
ambulance privée/pompiers	2 (2,1)	6 (12,2)		
Temps de trajet :				0,187
≤ 10 minutes	40 (42,6)	22 (47,8)		
11 à 20 minutes	46 (48,9)	19 (41,3)		
21 à 30 minutes	7 (7,5)	2 (4,4)		
> 30 minutes	1 (1,1)	3 (6,5)		
Symptômes :				
hyperthermie	47 (51,1)	18 (36,7)	2,65 p = 0,104	
troubles digestifs	32 (34,8)	18 (36,7)	0,05 p = 0,818	
troubles dermatologiques	16 (17,4)	2 (4,1)	4,99 p = 0,025 **	
troubles respiratoires	9 (9,8)	14 (28,6)	8,27 p = 0,004 ***	
troubles génito-urinaires	2 (2,2)	3 (6,1)		0,337
troubles généraux	5 (5,4)	3 (6,1)		1
troubles neurologiques	2 (2,2)	3 (6,1)		0,337
troubles ORL	4 (4,4)	0 (0)		0,299
Durée des symptômes :			0,37	
moins de 12 heures	27 (28,4)	13 (26,5)	p = 0,832	
12 à 24 heures	36 (37,9)	17 (34,7)		
plus de 24 heures	32 (33,7)	19 (38,8)		

* significatif au seuil 0,1 - ** significatif au seuil 0,05 - *** significatif au seuil 0,001

Une différence significative a été mise en évidence entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » pour les antécédents médico-chirurgicaux ($p < 0,05$), le mode de transport ($p < 0,05$) et certains symptômes amenant à la consultation (troubles dermatologiques : $p < 0,05$; et troubles respiratoires : $p < 0,01$). Il existait une proportion plus importante de consultations non justifiées chez les enfants ne présentant pas d'antécédent particulier (70,6%) que chez les enfants ayant un antécédent médico-chirurgical (50%) (figure 3). Un antécédent d'asthme ou de prématurité pris individuellement n'était pas significativement lié à un nombre plus élevé de consultations justifiées aux urgences pédiatriques. Il existait une plus grande proportion de consultations non justifiées pour les familles venues via les transports en commun (80%) ou en voiture particulière (67,5%). Les trois-quarts (75 %) des enfants amenés par les pompiers ou une ambulance privée relevaient d'un recours justifié aux urgences pédiatriques (figure 4).

Figure 3 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction de l'existence ou non d'antécédents médico-chirurgicaux

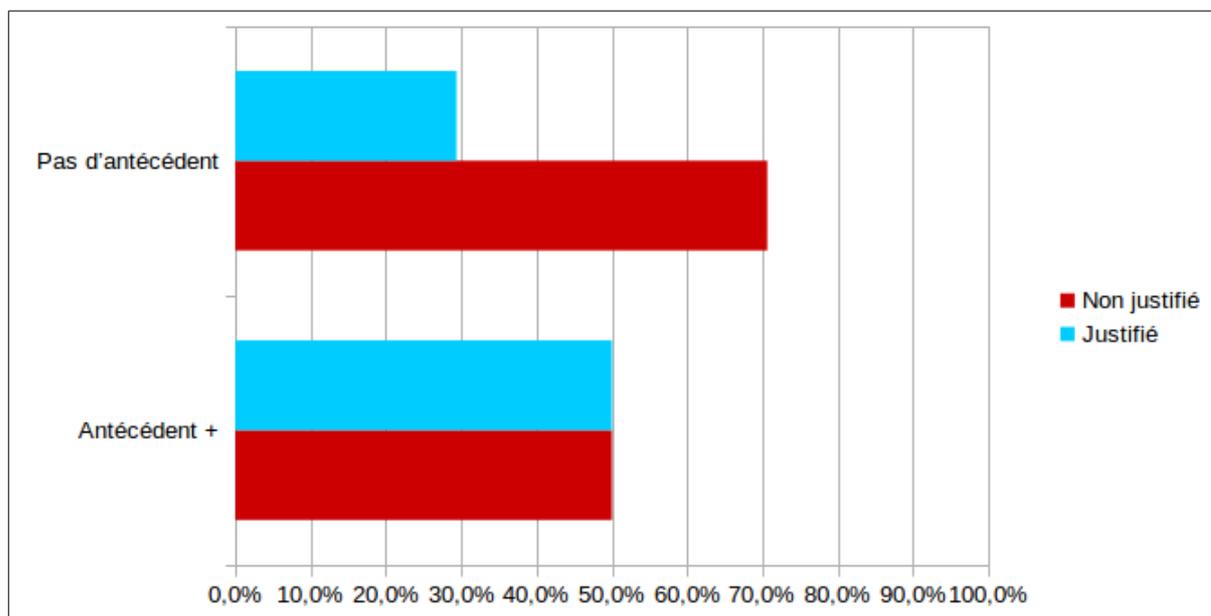
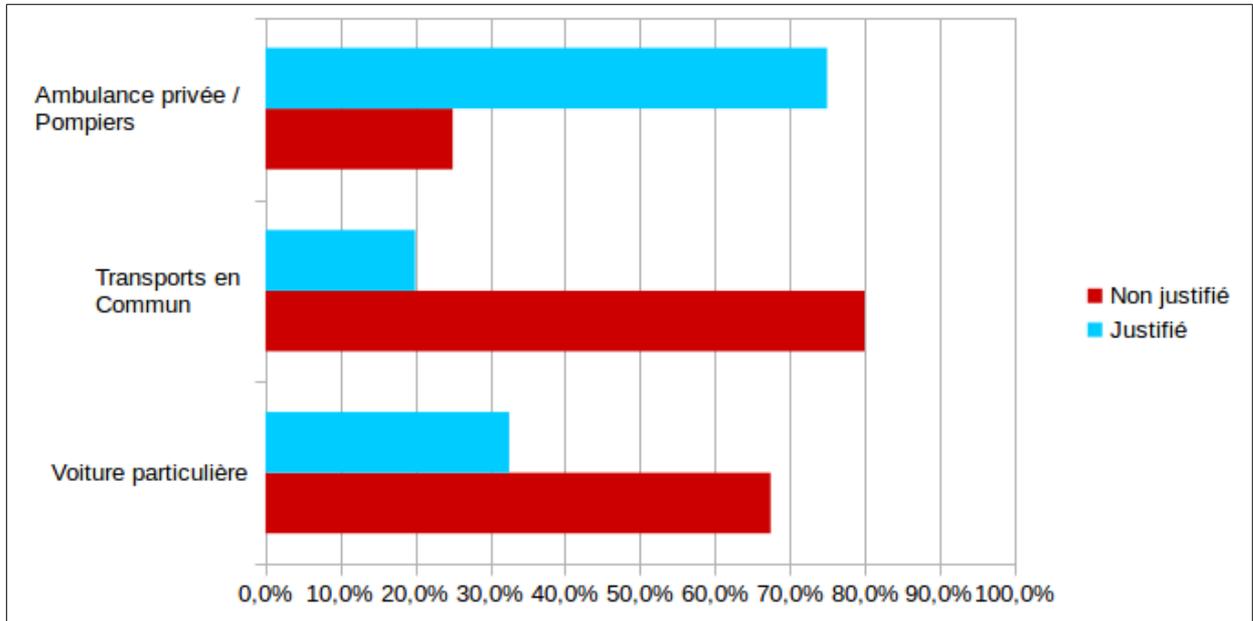


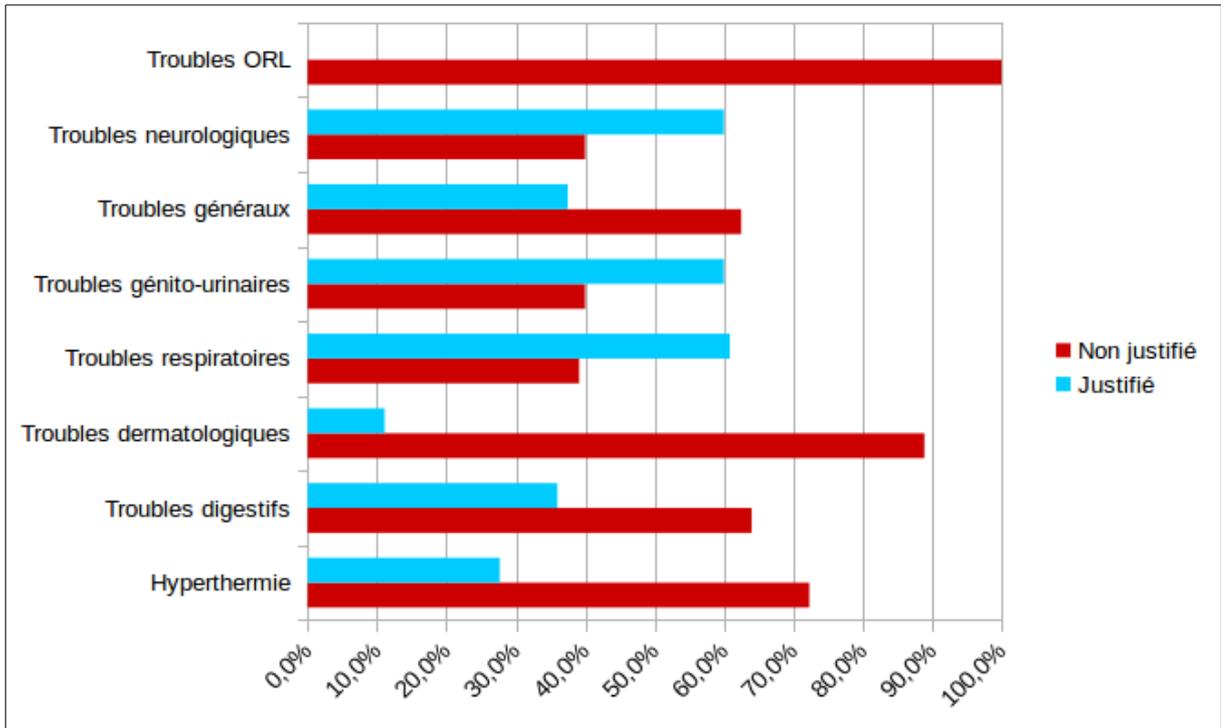
Figure 4 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction du mode de transport



Près de 90 % des consultations pour un symptôme d'ordre dermatologique n'étaient pas justifiées aux urgences pédiatriques. Les consultations pour motif respiratoire étaient très significativement plus souvent justifiées ($p < 0,01$) avec 60,9 % de consultations justifiées aux urgences pédiatriques (figure 5).

Les consultations pour hyperthermie étaient non justifiées dans 72,3 % des cas, de manière non significative. Les consultations pour troubles digestifs étaient non justifiées dans 64 % des cas, de manière non significative.

Figure 5 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction des symptômes motivant la consultation



2. Contact du médecin traitant, acceptation d'une alternative libérale et présence ou non d'un courrier médical

Tableau 9 : Comparaison du contact avec le médecin traitant dans les groupes « Non justifié » et « Justifié »

Caractéristiques	Non Justifié : n (%)	Justifié : n (%)	Khi-deux p =	P-value (Fisher exact)
Contact médecin traitant :			1,1	
oui	62 (65,3)	27 (57,5)	p = 0,294	
non	33 (34,5)	21 (44,7)		
Si oui, pourquoi consultation ?				0,263
indisponibilité ou absence de réponse	28 (45,9)	7 (25,9)		
conseil de consultation directe aux urgences	22 (36,1)	12 (44,4)		
délai de RDV trop long	7 (11,5)	4 (14,8)		
autre	4 (6,6)	4 (14,8)		
Si non, pourquoi ?				
sentiment de gravité	20 (64,5)	17 (81)	1,65 p = 0,199	
plus pratique	2 (6,5)	1 (4,8)		1
présence du pédiatre	7 (22,6)	0 (0)		0,033 **
impression d'inutilité d'une consultation libérale	4 (12,9)	2 (9,5)		1
plateau technique	0 (0)	1 (4,8)		0,404
absence d'amélioration malgré consultation antérieure	8 (25,8)	6 (28,6)	0,05 p = 0,825	
Acceptation alternative libérale :			1,3	
oui	77 (82,8)	32 (74,4)	p = 0,255	
non	16 (17,2)	11 (25,6)		
Courrier médecin traitant			1,69	
oui	6 (6,3)	6 (12,8)	p = 0,193	
non	89 (63,7)	41 (87,2)		

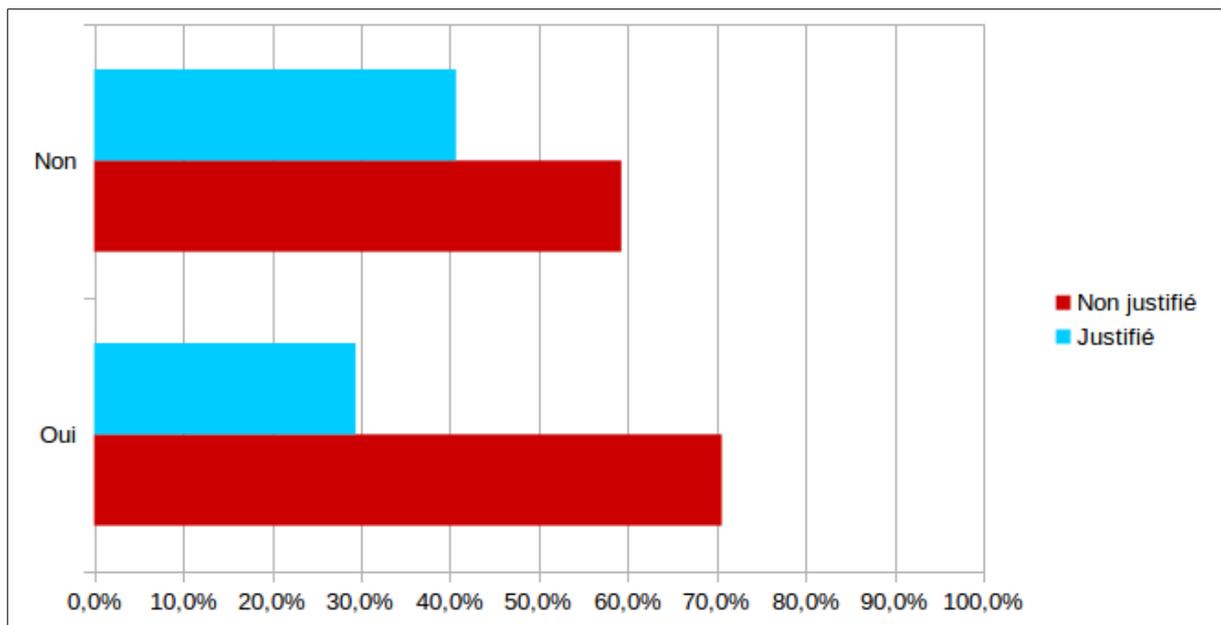
* significatif au seuil 0,1 - ** significatif au seuil 0,05 - *** significatif au seuil 0,001

Dans la population de répondants n'ayant pas contacté leur médecin avant la consultation, 100 % des parents évoquant la présence du pédiatre comme raison de consultation étaient des consultations non justifiées aux urgences pédiatriques. Il s'agissait du seul argument pour lequel une différence significative était retrouvée entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » ($p < 0,1$). Les arguments « plus pratique pour vous » et « impression d'inutilité d'une consultation libérale » n'étaient pas différents entre les deux groupes. Le sentiment de gravité restait l'argument

principal de consultation directe aux urgences pédiatriques sans appel du médecin libéral : 68,5 % de l'échantillon total, 64,5 % des consultations non justifiées et 81 % des consultations justifiées. La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($p = 0,199$).

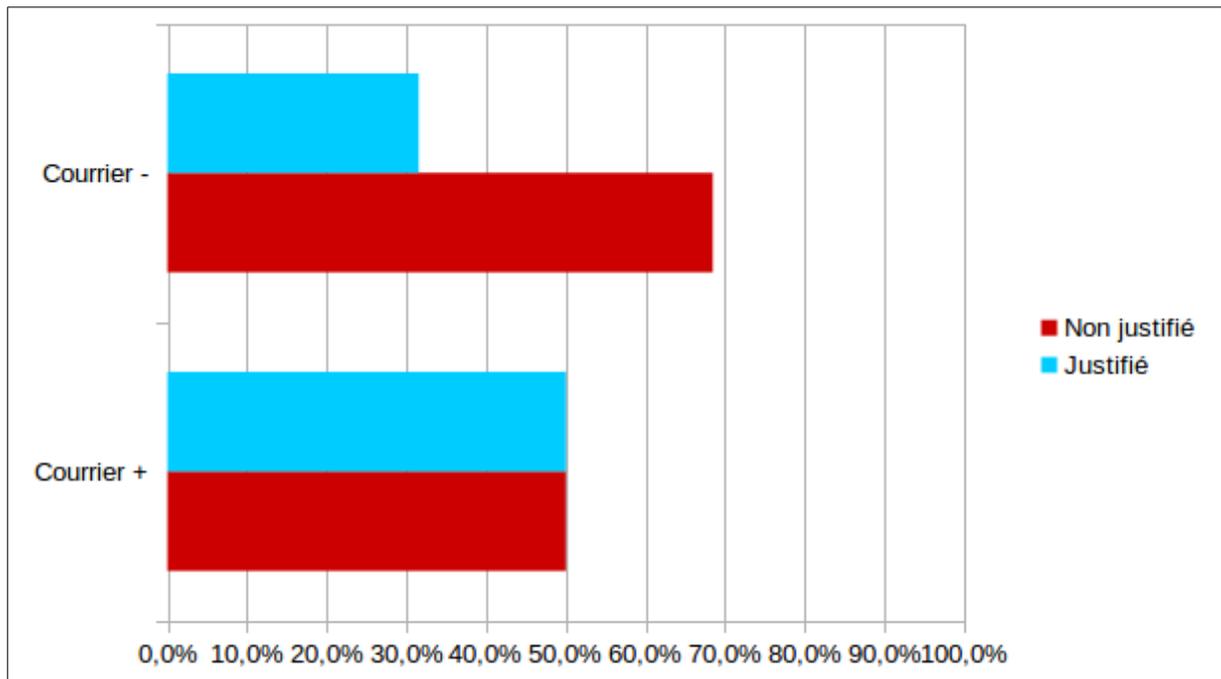
D'une manière générale, 75,7 % des parents acceptaient une alternative libérale si elle était possible. L'acceptation était de 82,8 % dans le groupe non justifié et de 74,4 % dans le groupe « Justifié ». La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($p = 0,255$) (figure 6).

Figure 6 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction de l'acceptation ou non d'une alternative libérale



Il n'existait pas de différence significative entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » concernant le fait d'être adressé par un médecin libéral avec un courrier ou non ($p = 0,193$). Sur 12 enfants adressés avec un courrier, 6 (50%) étaient dans le groupe « Non justifié ».

Figure 7 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction de la présence ou non d'un courrier médical adressant l'enfant



3. Signes inquiétant les parents

Tableau 10 : Comparaison des signes inquiétant les parents dans les groupes « Non justifié » et « Justifié »

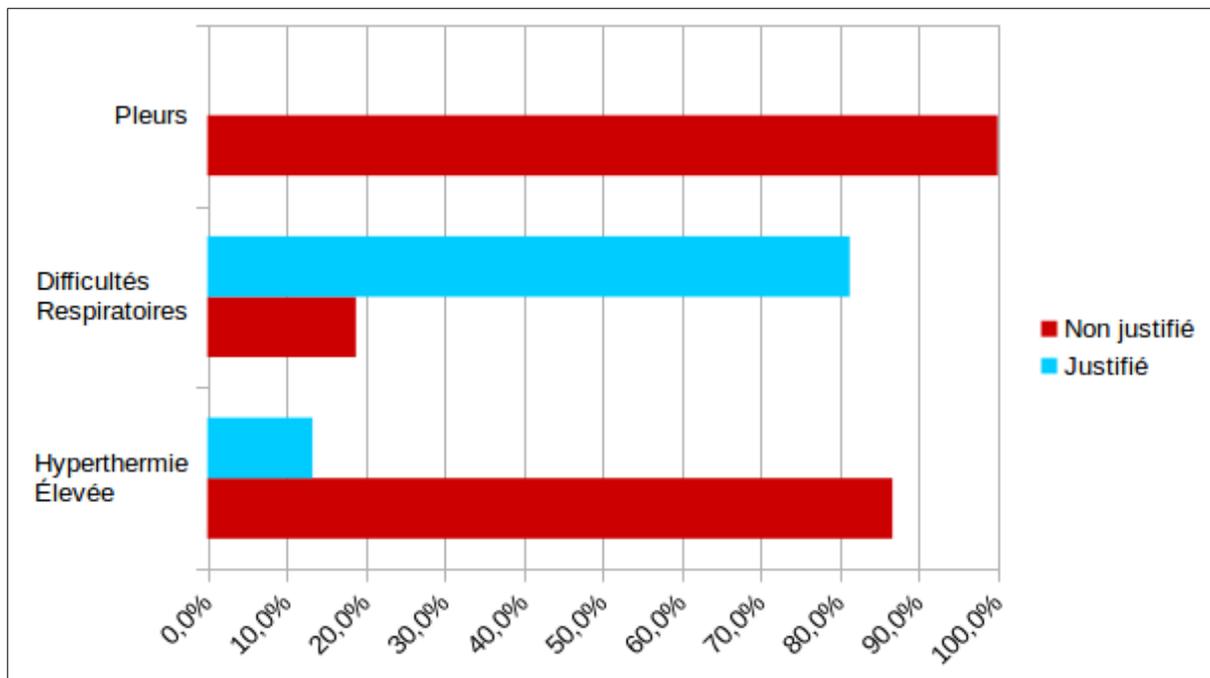
Caractéristiques	Non Justifié : n (%)	Justifié : n (%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Signes inquiétants :				
hyperthermie persistante	23 (25)	15 (31,9)	0,748 P < 0,50	
hyperthermie élevée	26 (28,3)	4 (8,5)	7,169 p < 0,01 ***	
vomissements	16 (17,4)	11 (23,4)	0,718 P < 0,50	
anorexie, amaigrissement, perte de poids	15 (16,3)	8 (17)	0,011 p < 0,95	
difficultés respiratoires	3 (3,3)	13 (27,7)		0,00005***
éruption persistante	10 (10,9)	2 (4,3)		0,338
diarrhée	9 (9,8)	2 (4,3)		0,333
comportement modifié	8 (8,7)	2 (4,3)		0,495
asthénie, malaise, perte de connaissance	4 (4,4)	5 (10,6)		0,166
toux	5 (5,4)	3 (6,4)		1
absence d'amélioration	5 (5,4)	2 (4,3)		1
pleurs	7 (7,6)	0 (0)		0,095*
douleurs	4 (4,4)	2 (4,3)		1
pâleur, cyanose des lèvres, marbrures	2 (2,2)	4 (8,5)		0,179
constipation	3 (3,3)	0 (0)		0,551
autres	14 (15,2)	6 (12,8)	0,151 P < 0,75	

* significatif au seuil 0,1 - ** significatif au seuil 0,05 - *** significatif au seuil 0,001

Concernant les signes inquiétant les parents, il existait une différence significative entre les deux groupes pour l'hyperthermie élevée ($p < 0,01$), les difficultés respiratoires ($p < 0,01$) et les pleurs ($p < 0,1$).

L'hyperthermie élevée et les pleurs étaient significativement plus retrouvés dans le groupe « Non justifié » tandis que les difficultés respiratoires étaient significativement plus retrouvées dans le groupe « Justifié » (figure 8).

Figure 8 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques selon les signes ayant inquiété les parents



Pour les autres signes évoqués, il n’y avait pas de différence significative entre les deux groupes : hyperthermie persistante, vomissements, anorexie, amaigrissement, perte de poids, éruption persistante, diarrhée, comportement modifié, asthénie, malaise, perte de connaissance, toux, absence d’amélioration, douleurs, pâleur, cyanose des lèvres ou marbrures, constipation et autres.

C. Données médicales : diagnostic

Tableau 11 : Comparaison des diagnostics dans les groupes « Non justifié » et « Justifié »

Caractéristiques	Non Justifié : n (%)	Justifié : n (%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Diagnostic final				
Affection ORL :	48 (50,5)	10 (20,4)	9,815	
otite	18 (18,9)	2 (4,1)	p < 0,01 ***	
angine	6 (6,3)	4 (8,2)		
rhinopharyngite	21 (22,1)	1 (2,0)		
autres	2 (2,1)	4 (8,2)		
Affection digestive :	22 (23,2)	11 (22,5)	0,009	
gastro-entérite	17 (17,9)	9 (18,4)	p < 0,90	
constipation	3 (3,2)	0 (0)		
autres	2 (2,1)	2 (4,1)		
Affection respiratoire :	3 (3,2)	11 (22,5)		0,0005***
asthme	1 (1,1)	6 (12,2)		
pneumopathie	0 (0)	2 (4,1)		
autres	2 (2,1)	3 (6,1)		
Affection dermatologique :	16 (16,8)	3 (6,1)		0,117
éruption virale	7 (7,4)	0 (0)		
éruption bactérienne	1 (1,1)	1 (2,0)		
autres	4 (4,2)	1 (2,0)		
Affection uro-génitale	2 (2,1)	3 (6,1)		0,337
Affection neurologique	0 (0)	3 (6,1)		0,038**
Autres	4 (4,2)	8 (16,3)		0,022**

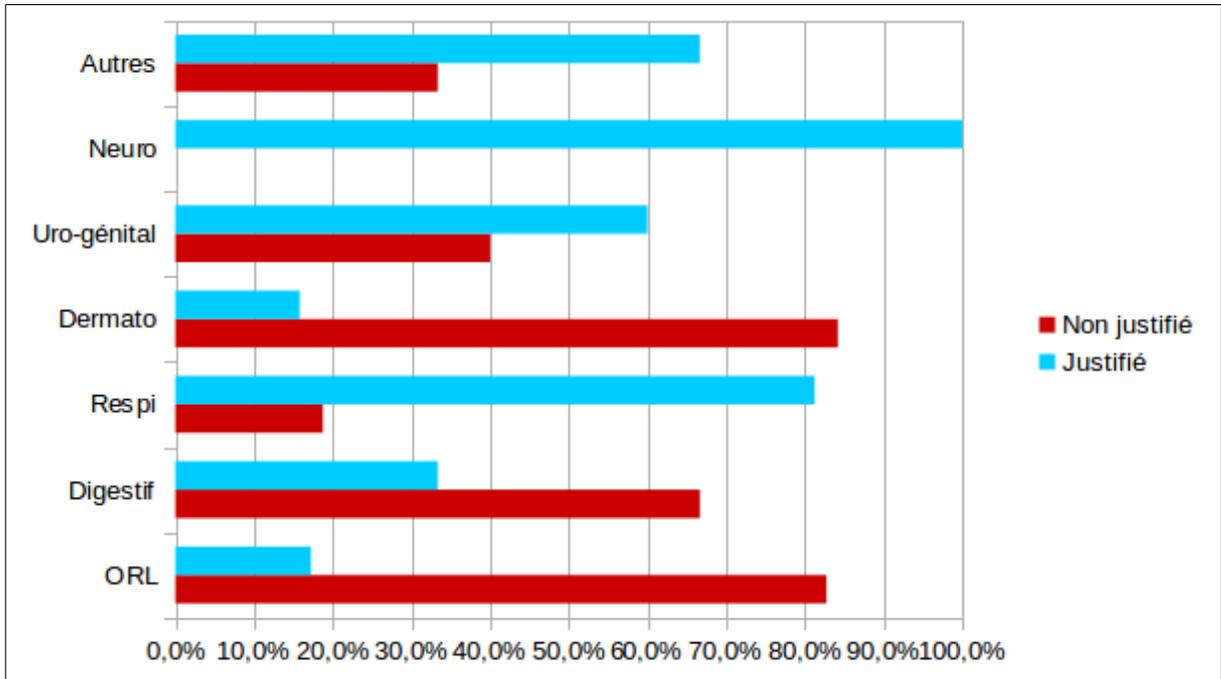
* significatif au seuil 0,1 - ** significatif au seuil 0,05 - *** significatif au seuil 0,001

Il existait une différence significative entre les deux groupes avec plus de consultations non justifiées pour les affections ORL (p < 0,01).

Il y avait significativement plus de consultations justifiées pour les affections respiratoires (p < 0,01), les affections neurologiques (p < 0,05) et les autres diagnostics (p < 0,05) (virose, hyperthermie sans précision, malaise, allergie aux antibiotiques, anaphylaxie et septicémie à staphylocoque) (figure 9).

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes pour les affections digestives, les affections dermatologiques et les affections uro-génitales.

Figure 9 : Répartition de la justification du recours aux urgences pédiatriques en fonction du diagnostic médical



D. Conclusion

Il a été mis en évidence significativement plus de consultations justifiées pour les variables : présence d'un antécédent médico-chirurgical, enfant amené par les pompiers ou en ambulance privée, consultation pour troubles respiratoires, parents inquiétés par des difficultés respiratoires, un diagnostic final retrouvant une affection respiratoire, une affection neurologique ou une autre affection (virose, hyperthermie sans précision, malaise, allergie aux antibiotiques, anaphylaxie et septicémie à staphylocoque).

Il a été mis en évidence significativement plus de consultations non justifiées pour les variables : famille n'ayant que 1 ou 2 enfants, enfant amené en voiture particulière ou via les transports en communs, consultation pour troubles dermatologiques, présence du pédiatre évoquée comme argument de recours direct aux urgences pédiatriques sans contact préalable du médecin traitant, parents inquiétés par les pleurs ou l'hyperthermie élevée, un diagnostic final retrouvant une affection ORL.

III. Acceptation ou non d'une alternative libérale

Pour rappel, 75,7 % des parents acceptaient une alternative libérale si elle était possible. L'acceptation était de 82,8 % dans le groupe non justifié et de 74,4 % dans le groupe justifié.

La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($p = 0,255$).

A. Refus de l'alternative libérale

Vingt-sept parents refusaient l'alternative libérale.

La moyenne d'âge des enfants était de 14,5 mois dans cette population, soit un peu plus jeune que dans l'effectif total mais de façon non significative ($p = 0,524$).

Tableau 12 : Comparaison des populations en fonction de l'acceptation ou non d'une alternative libérale.

Caractéristiques	Refus alternative libérale : n (%)	Acceptation alternative libérale : n (%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Accompagnant :				0,064*
parents	13 (48,2)	48 (44)		
mère	10 (37)	57 (52,3)		
père	3 (11,1)	2 (1,8)		
autre	1 (3,7)	2 (1,8)		
Mode de transport :				0,054*
voiture particulière	21 (77,8)	98 (89,9)		
transports en commun	2 (7,4)	8 (7,3)		
ambulance privée/pompiers	4 (14,8)	3 (2,6)		
Symptômes :				
hyperthermie	13 (48,2)	48 (45,3)	0,07 $p = 0,790$	
troubles digestifs	5 (18,5)	42 (39,6)	4,19 $p = 0,041^{**}$	
troubles dermatologiques	4 (14,8)	13 (12,3)		0,749
troubles respiratoires	6 (22,2)	15 (14,2)	1,05 $p = 0,305$	
troubles généraux	1 (3,7)	7 (6,6)		1
troubles génito-urinaires	0 (0)	5 (4,7)		0,583
troubles neurologiques	2 (7,4)	3 (2,8)		0,267
troubles ORL	0 (0)	4 (3,7)		0,582
Recours justifié :			1,3 $p = 0,255$	
oui	11 (40,7)	32 (29,4)		
non	16 (59,3)	77 (70,6)		

* significatif au seuil 0,1 - ** significatif au seuil 0,05

La comparaison de la population acceptant une alternative libérale avec celle refusant une alternative libérale mettait en évidence une différence significative pour l'accompagnant (plus de refus quand l'accompagnant est le père seul) (figure 10), le mode de transport (refus plus important pour les patients amenés par ambulance privée ou les pompiers) (figure 11) et la présence de troubles digestifs motivant la consultation.

Figure 10 : Répartition de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction de l'accompagnant de l'enfant aux urgences pédiatriques

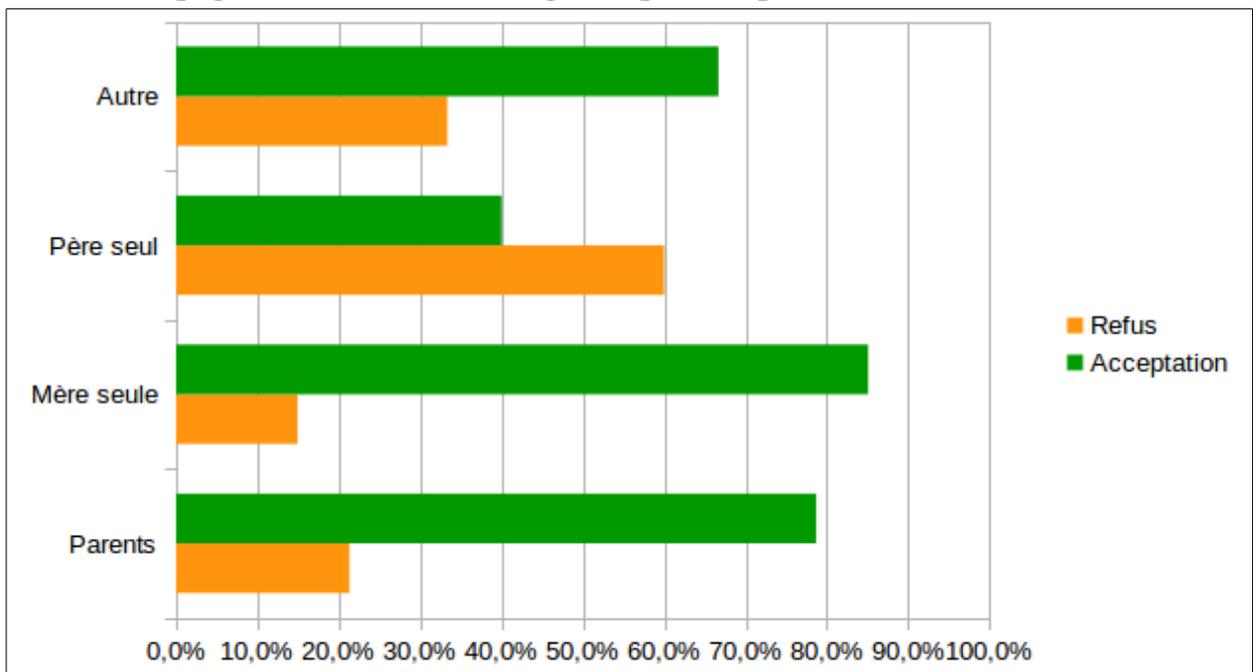
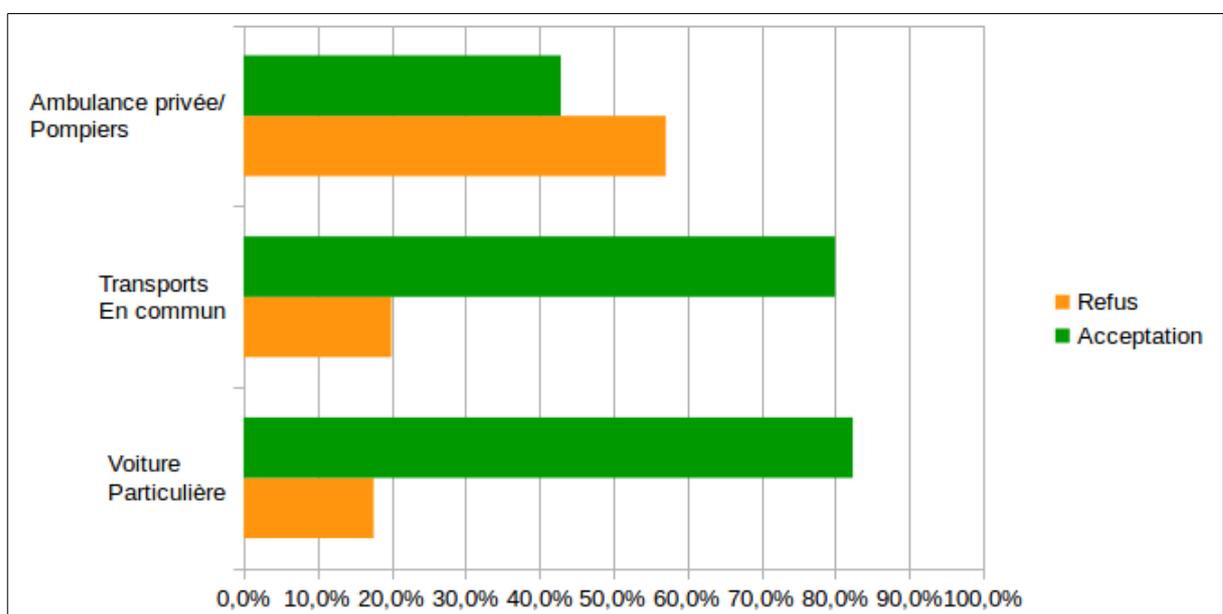
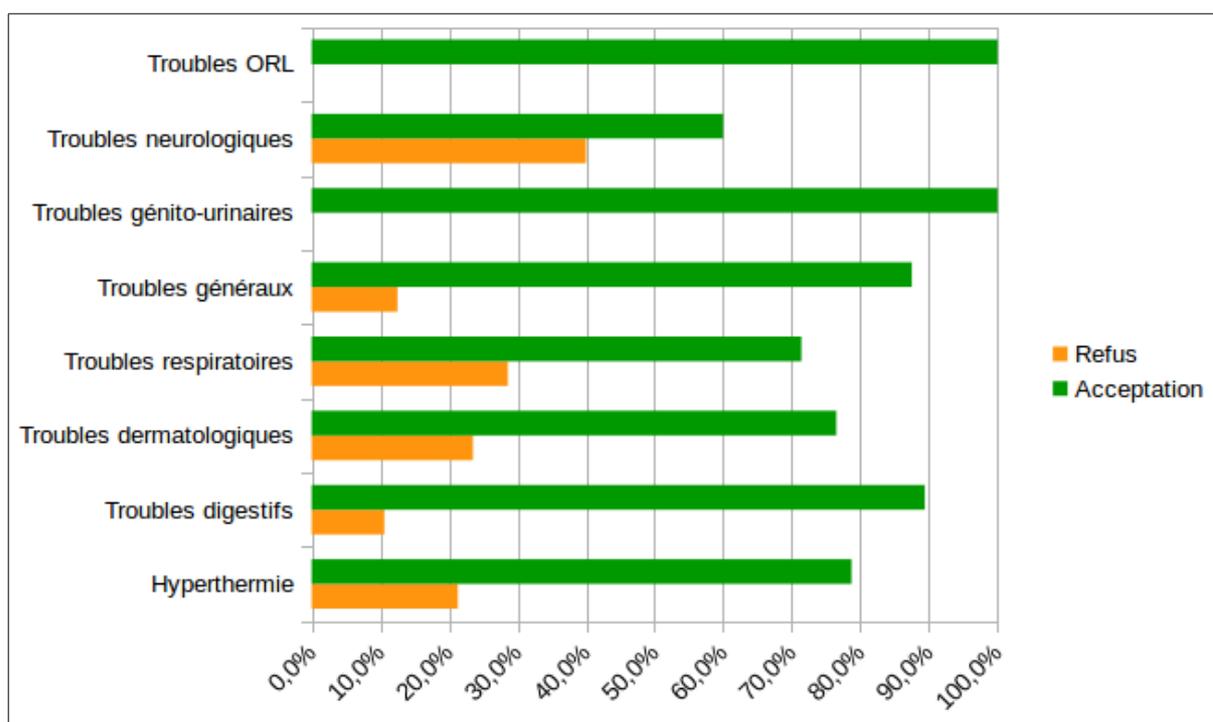


Figure 11 : Répartition de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction du mode de transport



Concernant les symptômes motivant la consultation, l'acceptation est plus importante pour les troubles digestifs, de manière significative ($p < 0,05$) et de manière non significative pour les troubles généraux, les troubles génito-urinaires et les troubles ORL. On constate un refus plus important, de manière non significative, pour les hyperthermies, les troubles dermatologiques, les troubles respiratoires et les troubles neurologiques (tableau 12). La part d'acceptation d'une alternative libérale restait supérieure à 50 % quel que soit le symptôme de consultation (figure 12).

Figure 12 : Répartition de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction des symptômes de consultation

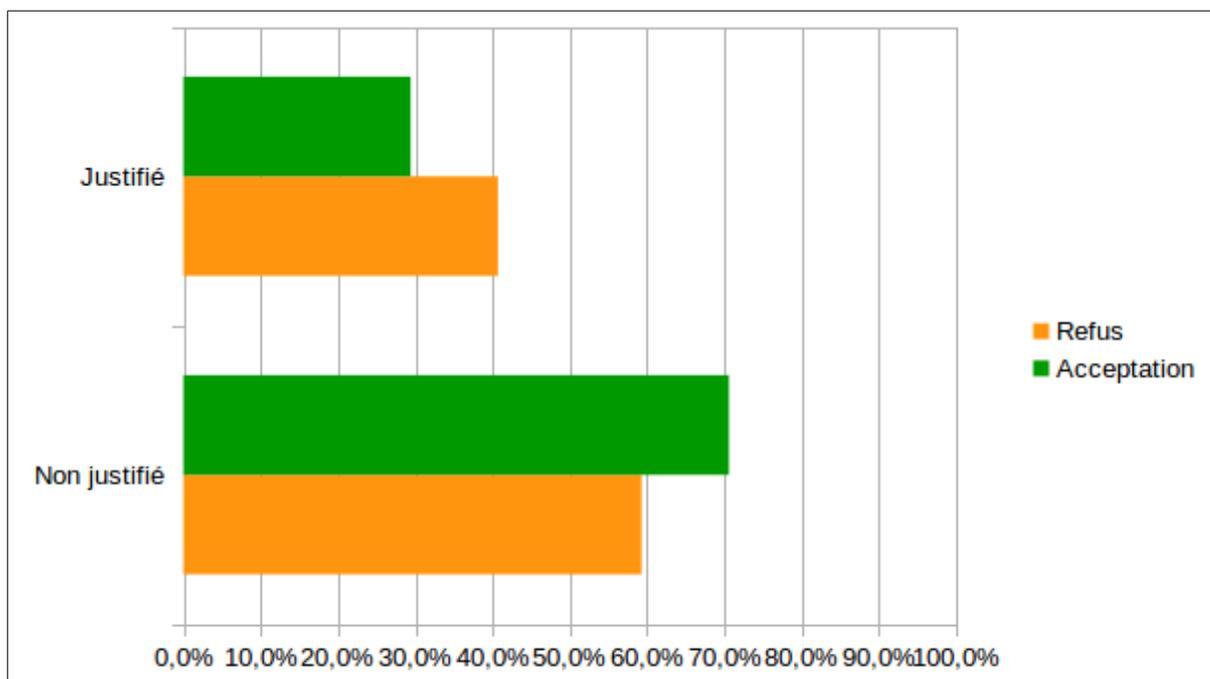


B. Consultations non justifiées refusant l'alternative libérale

Près de 60 % des refus d'alternative libérale concernaient des consultations non justifiées.

Près de 20 % des consultations non justifiées refusaient l'alternative libérale (soit 16 enfants).

Figure 13 : Comparaison de l'acceptation ou non d'une alternative libérale en fonction de la justification du recours aux urgences pédiatriques



1. Description de la population de consultations non justifiées refusant l'alternative libérale

Tableau 13 : Caractéristiques de la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale.

Caractéristiques	Effectif : n (%)
Âge :	
3 mois à 1 an	7 (43,8)
1 à 2 ans	6 (37,5)
2 à 3 ans	3 (18,8)
Sexe :	
garçon	9 (56,3)
filles	7 (43,8)
Composition familiale :	
deux parents	16 (100)
Nombre d'enfants :	
1 enfant	9 (56,3)
2 enfants	5 (31,3)
3 enfants et plus	1 (6,3)
Aîné :	
oui	6 (37,5)
non	9 (56,3)
Mode de garde :	
famille	9 (56,3)
crèche	3 (18,8)
nounou	2 (12,5)
Profession mère :	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 (6,3)
Employés	7 (43,8)
Sans activité professionnelle	7 (43,8)
Profession père :	
Commerçants et chefs d'entreprise	1 (6,3)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 (12,5)
Professions intermédiaires	1 (6,3)
Employés	7 (43,8)
Ouvriers	1 (6,3)
Sans activité professionnelle	4 (25)
Total	16 (100)

Dans la population de répondants non justifiés refusant l'alternative libérale, la moyenne d'âge était de 14,4 mois. La moitié consultait pour une hyperthermie.

Tableau 14 : Caractéristiques de la consultation dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale

Caractéristiques	Effectif : n(%)
Antécédents médico-chirurgicaux :	
oui	3 (18,8)
non	12 (75)
Antécédent d'hospitalisation :	
oui	4 (25)
non	12 (75)
Accompagnant :	
parents	9 (56,3)
mère	5 (31,3)
père	1 (6,3)
autre	1 (6,3)
Mode de transport :	
voiture particulière	13 (81,3)
transports en commun	2 (12,5)
ambulance privée/pompiers	1 (6,3)
Temps de trajet :	
≤ 10 minutes	9 (56,3)
11 à 20 minutes	5 (31,3)
21 à 30 minutes	2 (12,5)
Symptômes :	
hyperthermie	8 (50)
troubles digestifs	4 (25)
troubles dermatologiques	3 (18,8)
troubles respiratoires	2 (12,5)
troubles généraux	1 (6,3)
troubles neurologiques	1 (6,3)
Durée des symptômes :	
moins de 12 heures	6 (37,5)
12 à 24 heures	5 (31,3)
plus de 24 heures	5 (31,3)
Total	16 (100)

Tableau 15 : Contact avec le médecin libéral dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale

Caractéristiques	Effectif : n (%)
Contact médecin traitant :	
oui	10 (62,5)
non	6 (37,5)
Si oui, pourquoi consultation aux urgences pédiatriques ?	
indisponibilité ou absence de réponse	3 (30)
conseil de consultation directe aux urgences	4 (40)
délai de RDV trop long	3 (30)
Si non, pourquoi recours immédiat aux urgences pédiatriques ?	
sentiment de gravité	4 (66,7)
impression d'inutilité d'une consultation libérale	1 (16,7)
absence d'amélioration malgré consultation antérieure	1 (16,7)
Courrier médecin traitant	
oui	3 (18,8)
non	13 (81,3)
Total	16 (100)

Tableau 16 : Signes inquiétant les parents dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale

Caractéristiques	Effectif : n (%)
Signes inquiétants :	
hyperthermie persistante	5 (31,3)
hyperthermie élevée	5 (31,3)
vomissements	2 (12,5)
anorexie, amaigrissement, perte de poids	3 (18,8)
difficultés respiratoires	0 (0)
éruption persistante	0 (0)
diarrhée	0 (0)
comportement modifié	3 (18,8)
asthénie, malaise, perte de connaissance	1 (6,3)
toux	1 (6,3)
absence d'amélioration	2 (12,5)
pleurs	2 (12,5)
douleurs	0 (0)
pâleur, cyanose des lèvres, marbrures	1 (6,3)
constipation	0 (0)
autres	3 (18,8)
Total	16 (100)

Concernant les signes inquiétant les parents, 5 parents étaient inquiétés par une hyperthermie persistante, 5 par une hyperthermie élevée (tableau 16).

Tableau 17 : Diagnostic final dans la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale

Caractéristiques	Effectif : n (%)
Diagnostic final	
Affection ORL :	9 (56,3)
otite	4 (25)
angine	1 (6,3)
rhinopharyngite	4 (25)
Affection digestive :	2 (12,5)
gastro-entérite	2 (12,5)
Affection respiratoire :	1 (6,3)
autres	1 (6,3)
Affection dermatologique :	2 (12,5)
autres	2 (12,5)
Autres	2 (12,5)
Total	16 (100)

Dans cette population, le diagnostic final était une affection ORL pour 56,3 % des enfants (4 otites, 4 rhinopharyngites et 1 angine), une affection digestive pour 12,5 % (2 gastro-entérites), une affection dermatologique pour 2 enfants (une gale et une piqûre par une tique), une autre affection pour 12,5 % (malaise vagal et virose) et une affection respiratoire pour 6,3 % (bronchiolite) (tableau 17).

2. Comparaison de la population du groupe non justifié refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon étudié.

La comparaison de la population des consultations non justifiées refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon a permis de mettre en évidence une différence significative uniquement sur un signe inquiétant : le comportement modifié (tableau 21). Il n'était pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes sur l'ensemble des autres variables (tableaux 18,19, 20, 21 et 22).

Tableau 18 : Comparaison des caractéristiques de la population des recours non justifiés refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon

Caractéristiques	Non justifiés refusant alternative libérale : n(%)	Reste de l'échantillon : n(%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Âge :				1
3 mois à 1 an	7 (43,8)	51 (39,8)		
1 à 2 ans	6 (37,5)	51 (39,8)		
2 à 3 ans	3 (18,8)	26 (20,3)		
Sexe :			0,13	
garçon	9 (56,3)	62 (48,4)	p = 0,723	
filles	7 (43,8)	66 (51,6)		
Composition familiale :				0,433
deux parents	16 (100)	114 (89,1)		
mère isolée	0 (0)	13 (10,2)		
garde alternée	0 (0)	1 (0,8)		
Nombre d'enfants :				0,456
1 enfant	9 (60)	61 (47,7)		
2 enfants	5 (33,3)	39 (30,5)		
3 enfants et plus	1 (6,7)	28 (21,9)		
Aîné :			0,72	
oui	9 (60)	61 (48,4)	p = 0,396	
non	6 (40)	65 (51,6)		
Mode de garde :				0,928
famille	9 (64,3)	69 (54,3)		
crèche	3 (21,4)	30 (23,6)		
nounou	2 (14,3)	27 (21,3)		
Profession mère :				1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 (6,7)	7 (5,6)		
Employés	7 (46,7)	46 (36,8)		
Sans activité professionnelle	7 (46,7)	52 (41,6)		
Profession père :				0,137
Commerçants et chefs d'entreprise	1 (6,3)	5 (4,3)		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 (12,5)	10 (8,6)		
Professions intermédiaires	1 (6,3)	4 (3,4)		
Employés	7 (43,8)	44 (37,6)		
Ouvriers	1 (6,3)	37 (31,6)		
Sans activité professionnelle	4 (25)	14 (12)		

Tableau 19 : Comparaison des caractéristiques de la consultation des recours non justifiés refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon

Caractéristiques	Non justifiés refusant alternative libérale : n(%)	Reste de l'échantillon : n(%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Antécédents médico-chirurgicaux :				0,567
oui	3 (20)	31 (24,2)		
non	15 (80)	97 (75,8)		
Antécédent d'hospitalisation :				0,182
oui	4 (25)	57 (44,5)		
non	12 (75)	71 (55,5)		
Accompagnant :				0,211
parents	9 (56,3)	54 (42,2)		
mère	5 (31,3)	66 (51,6)		
père	1 (6,3)	5 (3,9)		
autre	1 (6,3)	3 (2,3)		
Mode de transport :				0,377
voiture particulière	13 (81,3)	113 (88,3)		
transports en commun	2 (12,5)	8 (6,3)		
ambulance privée/pompiers	1 (6,3)	7 (5,5)		
Temps de trajet :				0,226
≤ 10 minutes	9 (56,3)	54 (43,6)		
11 à 20 minutes	5 (31,3)	59 (47,6)		
21 à 30 minutes	2 (12,5)	7 (5,7)		
Symptômes :				
hyperthermie	8 (50)	57 (45,6)	0,11 p = 0,740	
troubles digestifs	4 (25)	46 (36,8)		0,418
troubles dermatologiques	3 (18,8)	15 (12)		0,432
troubles respiratoires	2 (12,5)	21 (16,8)		1
troubles généraux	1 (6,3)	7 (5,6)		1
troubles neurologiques	1 (6,3)	4 (3,2)		0,457
Durée des symptômes :				
moins de 12 heures	6 (37,5)	34 (26,6)	0,85 p = 0,653	
12 à 24 heures	5 (31,3)	48 (37,5)		
plus de 24 heures	5 (31,3)	46 (35,9)		

Tableau 20 : Comparaison du contact avec le médecin libéral des recours non justifiés refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon

Caractéristiques	Non justifiés refusant alternative libérale : n(%)	Reste de l'échantillon : n(%)	Khi-deux p = 0,982	P-value (Fisher exact)
Contact médecin traitant :			0	
oui	10 (62,5)	79 (62,2)		
non	6 (37,5)	48 (37,8)		
Si oui, pourquoi consultation aux urgences pédiatriques ?				0,281
indisponibilité ou absence de réponse	3 (30)	32 (41)		
conseil de consultation directe aux urgences	4 (40)	30 (38,5)		
délai de RDV trop long	3 (30)	8 (10,3)		
Si non, pourquoi recours immédiat aux urgences pédiatriques?				0,830
sentiment de gravité	4 (66,7)	33 (71,7)		
impression d'inutilité d'une consultation libérale	1 (16,7)	5 (10,9)		
absence d'amélioration malgré consultation antérieure	1 (16,7)	13 (28,3)		
Courrier médecin traitant				0,137
oui	3 (18,8)	9 (7,1)		
non	13 (81,3)	117 (92,9)		

Il y avait significativement plus de parents inquiets par un comportement modifié de leur enfant dans le groupe de consultations non justifiées refusant l'alternative libérale (18,8 % versus 5,5 % dans le reste de l'échantillon ; $p < 0,1$). Il n'était pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes pour les autres signes inquiétant les parents.

Tableau 21 : Comparaison des signes inquiétant les parents pour les recours non justifiés refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon

Caractéristiques	Non justifiés refusant alternative libérale : n(%)	Reste de l'échantillon : n(%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Signes inquiétants :				
hyperthermie persistante	5 (31,3)	33 (26,8)	0,140 p < 0,75	
hyperthermie élevée	5 (31,3)	25 (20,3)	0,999 p < 0,50	
vomissements	2 (12,5)	25 (20,3)		0,737
anorexie, amaigrissement, perte de	3 (18,8)	20 (16,3)		0,729
difficultés respiratoires	0 (0)	16 (13)		0,216
éruption persistante	0 (0)	12 (9,8)		0,36
diarrhée	0 (0)	11 (8,9)		0,363
comportement modifié	3 (18,8)	7 (5,7)		0,091*
asthénie, malaise, perte de				
connaissance	1 (6,3)	8 (6,5)		1
toux	1 (6,3)	7 (5,7)		1
absence d'amélioration	2 (12,5)	5 (4,1)		0,185
pleurs	2 (12,5)	5 (4,1)		0,185
douleurs	0 (0)	6 (4,9)		1
pâleur, cyanose des lèvres,				
marbrures	1 (6,3)	5 (4,1)		0,527
constipation	0 (0)	3 (2,4)		1
autres	3 (18,8)	17 (13,8)		0,703

* significatif au seuil 0,10

Tableau 22 : Comparaison des diagnostics des recours non justifiés refusant l'alternative libérale avec le reste de l'échantillon

Caractéristiques	Non justifiés refusant alternative libérale : n(%)	Reste de l'échantillon : n(%)	Khi-deux	P-value (Fisher exact)
Diagnostic final				
Affection ORL :	9 (56,3)	49 (38,3)	1,908	
otite	4 (25)	16 (12,5)	p < 0,30	
angine	1 (6,3)	9 (7)		
rhinopharyngite	4 (25)	18 (14,1)		
Affection digestive :	2 (12,5)	31 (24,2)		0,364
gastro-entérite	2 (12,5)	24 (18,8)		
Affection respiratoire :	1 (6,3)	13 (10,2)		1
autres	1 (6,3)	4 (3,1)		
Affection dermatologique :	2 (12,5)	17 (13,3)		1
autres	2 (12,5)	3 (2,3)		
Autres	2 (12,5)	10 (7,8)		0,624

3. Conclusion

Il a été mis en évidence significativement plus de consultations non justifiées avec refus d'une alternative libérale chez les parents inquiétés par un comportement anormal de leur enfant.

L'analyse des autres variables étudiées n'a pas mis en évidence de différence significative entre les consultations non justifiées refusant l'alternative libérale et le reste de l'échantillon.

DISCUSSION

Les consultations étaient significativement moins souvent justifiées pour les familles n'ayant qu'un ou deux enfants, les enfants amenés en voiture particulière ou via les transports en commun, les consultations pour troubles dermatologiques, les enfants dont les accompagnants évoquaient la présence du pédiatre comme argument de recours direct aux urgences pédiatriques sans contact préalable du médecin traitant, les parents inquiétés par les pleurs ou l'hyperthermie élevée et les diagnostics d'affections ORL.

Les consultations étaient significativement plus souvent justifiées pour les enfants ayant un antécédent médico-chirurgical, les enfants amenés en ambulance privée ou par les pompiers, les consultations pour troubles respiratoires, les parents inquiétés par des difficultés respiratoires, les diagnostics d'affection respiratoire, neurologique ou autre (virose, hyperthermie sans précision, malaise, allergie aux antibiotiques, anaphylaxie et septicémie à staphylocoque).

Près de 76 % des parents acceptaient une alternative libérale si elle était possible. Ils étaient 82,8 % dans le groupe non justifié et 74,4 % dans le groupe justifié (tableaux 3 et 9).

Plusieurs questions d'ordre méthodologique ont été mises en évidence.

Les jours de forte affluence, le questionnaire n'a probablement pas été donné pour tous les enfants à inclure, entraînant un biais de sélection. Lors d'urgences vitales également, le questionnaire a pu être oublié compte tenu de la situation, avec des parents inquiets n'ayant pas l'esprit à remplir le questionnaire. L'analyse

s'intéresse surtout aux consultations non justifiées et les urgences vitales, elles, sont toutes justifiées : ce biais est donc minimisé.

Il n'a pas été rapporté de refus de la part des accompagnants de remplir le questionnaire. Le nombre de questionnaires à récupérer à priori était respecté.

L'utilisation d'un questionnaire comme outil de recueil implique une subjectivité inhérente à cette méthode, provoquant un biais d'information. Le questionnaire était totalement anonyme, limitant les risques de modification des réponses par crainte de jugement de valeur.

Un biais de classement a été engendré par la bandelette urinaire. Cet examen est réalisable dans un cabinet de médecine libérale mais reste de réalisation plus difficile chez les enfants n'ayant pas encore acquis la propreté. Les enfants inclus ayant tous moins de 3 ans, très peu d'entre eux avaient acquis la propreté. En cas d'hyperthermie sans point d'appel sans possibilité de réalisation d'une bandelette urinaire au cabinet, on peut considérer que l'enfant consultait de manière justifiée aux urgences pédiatriques. Cependant, si l'enfant consultait pour fièvre sans point d'appel, que la bandelette urinaire était négative et qu'il ne bénéficiait pas d'exams complémentaires, selon les critères d'inclusion, la consultation était considérée comme non justifiée.

Il a été choisi de ne pas utiliser le courrier médical adressant l'enfant comme justification du recours, pouvant entraîner un biais de classement.

Des études antérieures lilloises ont mis en évidence la notion d'anxiété des médecins consultés qui peut aboutir à un envoi par excès d'enfants aux urgences pédiatriques (41). On note dans ces études une absence de critères de gravité chez 31 % des enfants adressés par le médecin libéral (évalué par les médecins des urgences pédiatriques) (24). Dans les 22 % d'enfants de cette étude adressés pour réalisation d'exams complémentaires, les deux tiers auraient été réalisables en libéral au moment de la demande (24). Le médecin libéral ayant vu l'enfant s'est retrouvé en difficulté ou dans l'incapacité matérielle de prendre en charge l'enfant de manière optimale et l'a donc adressé aux urgences, mais pas toujours de manière justifiée. Dans les 12 enfants de la population de l'étude adressés par le médecin traitant, 6 n'étaient pas justifiés selon les critères de l'étude. Parmi eux, un enfant

était adressé pour hyperthermie avec antécédent de pyélonéphrite et donc volonté de réalisation d'une bandelette urinaire, le diagnostic était au final une angine virale ; un autre enfant a consulté pour constipation un dimanche avec un courrier du médecin traitant datant du jeudi précédent.

Dans notre étude, 95 consultations étaient non justifiées soit 66 % des recours. Dans la littérature, on retrouvait des taux de recours inappropriés aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale entre 33 et 48 % (21–23,42). Cette plus grande proportion peut s'expliquer par des critères de justification du recours différents.

Dans l'étude de Benhamed et al. en Belgique, parue en 2012, la définition du recours justifié était la suivante : « enfant référé par un médecin ou la police, amené en ambulance, nécessitant un examen technique, un traitement orthopédique, placé en observation, admis en hospitalisation, ou décédé » (22). Le taux de recours inappropriés avait alors été retrouvé à 39,9 %.

Nos critères de justification ne comprenaient pas le traitement orthopédique puisque les enfants consultant pour traumatisme étaient exclus.

Aucun enfant n'est décédé aux urgences pédiatriques du centre hospitalier de Douai pendant la durée de notre étude.

L'arrivée en ambulance ou via les pompiers n'était pas considérée comme un critère de justification du recours car, en France, il est laissé à l'appréciation des parents de faire appel à ces services de secours pour transporter leur enfant. Les enfants amenés aux urgences pédiatriques via ce mode de transport consultaient significativement plus de façon justifiée : 75% des enfants amenés par ce mode de transport l'étaient pour des consultations justifiées ($p < 0,05$). Les parents font donc appel aux services de secours pour transporter leur enfant de manière justifiée. Il n'a pas été possible de déterminer si ces services de transport avaient été contactés directement par les parents ou s'ils avaient été déclenchés après un appel des parents au centre du SAMU.

L'étude de Doctor et al. réalisée en 2015 à Washington utilisait comme critères de justification du recours : la nécessité d'une prise en charge immédiate, la réalisation d'actes biologiques, d'imagerie, d'actes thérapeutiques complexes ou de

médications intraveineuses, la consultation d'un spécialiste ou l'hospitalisation (23). Ils retrouvaient un taux de consultations non justifiées de 33 %.

Berthier et al. en 2003 ne précisait pas l'âge d'inclusion des enfants donc à priori cela concernait tous les enfants admis aux urgences pédiatriques (ils retrouvaient une moyenne d'âge à 4 ans) (21), Benhamed et al. avaient inclus tous les enfants de moins de 15 ans dans leur étude (22) et l'étude washingtonienne de Doctor et al. incluait les patients jusque l'âge de 18 ans (23). Notre étude incluait des enfants de 3 mois à 3 ans donc plus jeunes que dans les autres travaux. Cette différence d'âge peut expliquer la proportion plus importante de consultations non justifiées compte tenu de la vulnérabilité d'autant plus importante que l'enfant est jeune et surtout de l'inquiétude plus grande pour cette tranche d'âge chez les parents (4,6).

Dans l'étude de Benhamed et al. en 2012, l'âge était un facteur augmentant significativement le risque d'utilisation inappropriée des urgences (22), tout comme dans l'étude de Doctor et al. de Washington qui retrouvaient des consultations non justifiées en nombre plus important chez les patients les plus jeunes (23). Dans la littérature, il est donc retrouvé de façon significative une proportion plus grande de consultations non justifiées aux urgences pédiatriques chez les plus jeunes enfants, c'est pourquoi la tranche d'âge de 3 mois à 3 ans a été volontairement choisie pour cette étude. Dans cette population de jeunes enfants, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » concernant l'âge.

Il existait une légère prédominance masculine avec 52,1 % de garçons, retrouvée dans la littérature avec 52 à 56 % de garçons dans les populations étudiées (3,21). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » sur la variable du sexe de l'enfant consultant.

La composition familiale la plus habituelle avec une famille biparentale était majoritaire avec 90,3 % des cas et, dans 9 % des cas, il s'agissait de mères isolées ; tout comme dans les travaux de Kucharski (43) qui retrouvait des familles biparentales majoritaires et Berthier et al. qui décrivaient 83 % de familles biparentales et 11 % de familles monoparentales (21). Ils décrivaient également 6 %

de familles recomposées qui n'étaient pas retrouvées dans notre étude, mais l'intitulé « deux parents » utilisé dans notre questionnaire convenait comme réponse pour cette situation. Jeandidier et al. en 1999 trouvaient un taux de familles monoparentales de 17 % pour une étude réalisée en Seine-Saint-Denis (42).

La proportion d'enfants seuls à domicile était de 48,6 % dans notre étude. Elle était d'un tiers dans le travail de Kucharski (43). Soixante-dix enfants soit 48,6 % étaient l'aîné de la fratrie, ils étaient 53 % dans l'étude Berthier et al. en 2003 (21) et 55 % dans l'étude de Stagnara et al. testant l'utilisation d'une plateforme téléphonique (6).

L'étude de Berthier et al. en 2003 retrouvait 62 % d'enfants gardés par un des parents, 27 % gardés par une nourrice et 8 % dans un système de garde collectif (21). Dans notre étude, 54,2 % étaient gardés par la famille, 22,9 % en crèche et 20,1 % par une nounou. Une part de ces différences peut s'expliquer par la différence d'âge des populations : en effet, nous avons étudié uniquement les enfants d'âge pré-scolaire qui nécessitent un mode de garde durant la journée contrairement aux enfants plus grands et scolarisés.

Berthier et al. en 2003 décrivaient les caractéristiques sociales, économiques et familiales d'enfants consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Poitiers. Ils trouvaient un taux d'inactivité professionnelle de 30 % chez les mères et de 8 % chez les pères (21). Dans notre étude, 41 % des mères et 12,5 % des pères étaient sans activité professionnelle. Cette différence peut s'expliquer par deux éléments : un taux de chômage assez important dans le département du Nord par rapport à la Vienne (12,7 % versus 8,4 % au premier trimestre 2016 (44)) et l'absence de prise en compte des congés parentaux (Berthier et al. avaient réintégré dans leur catégorie socio-professionnelle les parents en congé parental). Nous n'avons pas évoqué le congé parental dans nos réponses possibles donc les parents concernés auront répondu soit leur profession initiale soit sans activité professionnelle, selon leur choix ; d'autant plus que la tranche d'âge de notre étude est la même que celle des éventuels congés parentaux. En 1999, Jeandidier et al. trouvaient un taux de chômage de 20 % pères et mères confondus (42).

Les enfants présentant un antécédent médico-chirurgical représentaient 23,6 % de l'échantillon. Ils consultaient significativement plus souvent de façon justifiée. Roustit et al. en 2004 comptaient 39,6 % d'enfants suivis à l'hôpital dont 29,9 % pour pathologie chronique dans un groupe de patients ayant consulté au moins 4 fois sur une période de 6 mois. Dans ce groupe, le recours aux ressources hospitalières était plus fortement lié à des critères de gravité clinique (45). Maugein et al. en 2010 retrouvaient un taux de 30,6 % d'enfants atteints d'une maladie chronique chez les enfants consultant de manière itérative aux urgences pédiatriques (5 fois ou plus au cours de l'année) (25). L'existence d'une pathologie chronique semble être un facteur lié à des recours répétés aux urgences pédiatriques.

L'enfant était accompagné par sa mère seule dans 49,3 % des cas ; elles étaient 50,3 % dans l'étude menée par Kucharski en 2006 pour étudier les motivations de venue aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen (43).

Le temps de trajet était inférieur à 20 minutes pour une majorité de patients (88,2%). Pourtant, Berthier et al. retrouvaient en 2003 une proximité moindre avec 45 % de consultants ayant parcouru plus de 20 km pour consulter aux urgences pédiatriques (21). Cette différence s'explique principalement par une plus importante urbanisation du Nord-Pas-De-Calais par rapport à la Vienne. Depuis Douai, 3 centres hospitaliers ayant un service d'urgences sont à moins de 30 km de distance (Cambrai, Denain et Arras), 2 CH entre 30 et 35 km (Lens et Seclin) et 2 entre 40 et 45 km (Valenciennes et le CHRU de Lille).

Il n'y avait de différence significative entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » sur la variable temps de trajet contrairement à Benhamed et al. en Belgique qui retrouvaient une augmentation significative du risque de recours inapproprié aux urgences en fonction de la distance entre le domicile et les urgences (consultation d'autant plus inappropriée que le trajet est court) (22).

L'étude de Tobie-Gueguen menée en 2011 à Brest montrait un taux de consultations dans les 24 premières heures d'apparition des symptômes de 55,5 % (13); il était de 64,6 % dans notre étude. Stagnara et al. ont démontré en 2004 que le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation était plus court en

période de garde, quel que soit le mode de consultation (garde sectorisée en ville ou urgences) (3).

Pour 61,8 % des consultations, les parents déclaraient avoir contacté ou avoir essayé de contacter leur médecin traitant avant la consultation aux urgences. Les principales raisons de consultation aux urgences étaient alors une indisponibilité du médecin ou une absence de réponse (39,3 %) et un conseil de consultation directe aux urgences (38,2 %). Un délai de RDV trop long était évoqué pour 12,4 % des parents. Dans la littérature, les consultations résultant de la propre initiative des parents représentaient 54 à 83,6 % des consultations (7,13,21,24,41,46). Morin et al. en 2009 retrouvaient 92 % de consultations de la propre initiative de la famille pour 528 consultations classées « non prioritaires » (16). Stagnara et al. avaient retrouvé la notion d'un contact téléphonique dans un tiers des cas avant la consultation en urgence (en médecine libéral ou aux urgences) (3) et Gentile et al. évoquaient une tentative de contact du médecin traitant dans un tiers des cas de consultation « non urgente » (46). L'absence de consultation libérale disponible dans la journée était retrouvée dans 22 % des consultations par Tobie-Gueguen (13).

L'inquiétude parentale a été retrouvée chez 68,5 % des parents n'ayant pas contacté de médecin libéral avant leur consultation aux urgences pédiatriques. Cet élément est fondamental dans le choix des parents de consulter aux urgences pédiatriques plutôt qu'en médecine libérale : l'inquiétude face à la gravité « ressentie » engendre une importante surestimation de la gravité de la situation (24). Les parents supportent mal un délai trop long entre l'apparition d'un signe et la consultation (6), en partie à cause d'une inquiétude exagérée vis-à-vis de l'état de santé de leur progéniture. Bien souvent, les parents vont avoir une perception inappropriée du degré d'urgence, qui ne sera pas la même du point de vue des professionnels de santé (4).

L'inquiétude parentale est retrouvée dans des proportions supérieures à celles de la littérature, qui montrait un motif de recours lié à l'inquiétude parentale en elle-même dans 19,2 à 44 % des cas (3,7,10,25). Ces études concernaient tous les enfants consultant aux urgences pédiatriques et non les plus jeunes. Cette inquiétude est d'autant plus importante que l'enfant est jeune (4,23,41,43). Une

étude stéphanoise publiée en 2011 concernant les nouveaux-nés de moins de 28 jours avait retrouvé comme diagnostic une inquiétude exagérée pour 7,6 % des consultations (5). Il existe d'ailleurs un code spécifique dans la 10ème révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) intitulé « inquiétude exagérée pour un événement source de tension » (R46.6) (5).

Notre étude concernant des enfants plus jeunes, il est licite d'y retrouver une proportion plus importante d'inquiétude parentale.

Une thèse rouennaise de 2006 avait retrouvé une angoisse parentale plus marquée pour les enfants de moins de un an et les enfants uniques (43). Dans notre étude, il a été mis en évidence un nombre significativement plus important de consultations non justifiées chez les familles n'ayant qu'un seul enfant ($p < 0,05$).

La présence du pédiatre a été une raison de recours non justifié de manière significative. Treize pour cent des recours directs aux urgences pédiatriques se faisaient avec comme argument la présence du pédiatre. Cet élément se retrouve dans l'étude de Poitou et al. en 2010 : la présence du spécialiste était gage d'une meilleure prise en charge selon les parents avec 15,3 % des motivations de consultations (7) et 16 % de recours directs à une structures hospitalière liés à la présence du pédiatre dans l'étude de Stagnara et al. en 2004 (3). En 1999 déjà, une étude réalisée aux urgences pédiatriques de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal mettait en avant une préférence des parents pour les pédiatres par rapport aux médecins généralistes (26).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » concernant le plateau technique à disposition. Contrairement à Stagnara et al. et Poitou et al. qui trouvaient la possibilité de faire les examens complémentaires sur place comme motivation de recours direct à une structure hospitalière dans 23,7 à 31 % des cas (3,7) ; dans notre étude, seul 1 patient avait évoqué cet argument comme motivation de consultation directe aux urgences pédiatriques sans contact d'un médecin libéral. Cette unique consultation pour ce motif était justifiée. Les études de Stagnara et al. et Poitou et al. étudiaient l'ensemble des consultations aux urgences pédiatriques, y compris la traumatologie, ce qui peut expliquer un taux de recours plus élevé pour le plateau technique à

disposition. Tobie-Gueguen décrivait en 2014 une impression de meilleure prise en charge à l'hôpital estimée à 27 % des consultations (13), probablement liée à la présence de spécialistes et au plateau technique présent sur place.

Aucun patient n'a répondu avoir consulté directement aux urgences pédiatriques sans contact préalable du médecin libéral pour cause de dispense d'avance des frais. Poitou et al. en 2009 avaient également retrouvé que la dispense d'avance du tiers-payant n'était pas un argument dans le choix des urgences (7).

Trois parents qui n'avaient pas contacté préalablement de médecin libéral ont évoqué avoir eu recours immédiatement aux urgences pédiatriques car c'était plus pratique pour eux (soit 5,6 % des patients n'ayant pas contacté de médecin libéral). Cette notion est retrouvée dans la littérature : les parents, occupés par leur travail la journée, cherchent aux urgences une réponse rapide aux symptômes de leur progéniture et surtout compatible avec leur mode de vie (7,26) et confondent ainsi « consultation urgente » avec « consultation rapide ».

Quatorze enfants avaient consulté aux urgences pédiatriques pour une absence d'amélioration malgré une consultation antérieure (25,9%). Entre 17,1 et 29,6 % des enfants avaient vu leur médecin traitant dans les 24 heures précédant la consultation aux urgences pédiatriques selon les études (7,43).

Près de 20 % des parents n'acceptaient pas l'alternative libérale et surtout plus de 15 % des consultations non justifiées. La comparaison de cet effectif avec le reste de l'échantillon n'a pas permis de mettre en évidence des différences significatives notables, seul le fait d'être inquiet par un comportement modifié de l'enfant était retrouvé comme significativement différent entre les deux groupes. Cette étude suggère donc que le refus de l'alternative libérale est probablement d'ordre comportemental et pourrait possiblement être modifié grâce aux informations adéquates apportées par un outil d'éducation pour la santé.

Soixante-quinze pour cent des patients acceptaient donc l'alternative libérale quand elle était possible. Le travail de Tobie-Gueguen en 2011 retrouvait un taux d'acceptation de réorientation vers le libéral de 80 % (13), proche de celui mis en évidence dans notre étude. Gentile et al. en 2009 trouvaient un taux de 62,8 % d'acceptation de réorientation vers le libéral dans les consultations « non urgentes ».

Douze patients ont été adressés aux urgences pédiatriques par un médecin avec un courrier, soit 8,3 %. Dans la littérature, le taux de patients adressés par un médecin était compris entre 10,7 et 13,3 % (7,43) et le recours aux urgences pédiatriques était plus approprié pour les enfants adressés par un médecin libéral (24). La moitié des enfants adressés par courrier l'étaient de manière justifiée selon nos critères, la différence entre les groupes « Justifié » et « Non justifié » pour la variable courrier médical adressant l'enfant était non significative dans notre étude.

Les motifs de consultations aux urgences pédiatriques dans cette étude montraient une prédominance de l'hyperthermie avec 45,1 % des consultations (contre 8 à 30 % dans la littérature (4,5)). Les signes ORL ne représentaient que 2,8 % des motifs de consultation dans notre étude ; mais 61,5% des recours pour hyperthermie avaient un diagnostic final d'affection ORL. Les affections ORL représentaient 40,3 % des diagnostics médicaux, ce qui correspond aux chiffres retrouvés dans la littérature (40 à 49%) (3). Les affections digestives étaient retrouvées dans 22,9 % des consultations (12 à 20 % dans la littérature (3,4)). Les troubles respiratoires étaient retrouvés à 16 % et les affections respiratoires à 9,7 %, résultats proches des chiffres retrouvés par Stagnara et al. et Richier et al. dans leurs études (10,8 à 25 %) (3,5). Cette faible différence pour le diagnostic peut simplement s'expliquer par la période printanière et estivale de réalisation de cette étude, en dehors des épidémies de bronchiolites notamment.

Le taux d'hospitalisation dans notre étude était de 19,4 %. Il est retrouvé dans la littérature entre 11,1 et 27 % (3,7,21,41,42).

Par contre, le taux d'hospitalisation chez les patients adressés était de 16,7 % alors qu'il est retrouvé entre 26 et 55 % dans la littérature (7,42,43), l'équipe lilloise de Martinot et al. en 1999 retrouvait un taux significativement plus élevé d'hospitalisation chez les patients adressés par le médecin traitant (24) contrairement à notre étude.

Vingt patients soit 13,9 % ont eu un bilan biologique, 11,1 % un examen d'imagerie et 8,3 % un acte thérapeutique. Jeandidier et al. retrouvaient dans leur

étude réalisée aux urgences pédiatriques médicales 27 % des consultations ayant bénéficié d'une imagerie, 11,5 % d'un bilan biologique et 13 % d'un traitement (42).

Les résultats de cette étude sont concordants avec les données de la littérature. Certains résultats ne sont pas comparables en raison de la tranche d'âge choisie dans notre étude : de 3 mois à 3 ans, soit les plus jeunes, population dans laquelle on dénombre le plus de consultations non justifiées.

CONCLUSION

Chez les enfants les plus jeunes, population dans laquelle on dénombre le plus de consultations non justifiées, ont été mis en évidence les caractéristiques des consultants, les caractéristiques du recours et les motifs de consultations plus souvent retrouvés dans le groupe « Non justifié ».

Ces caractéristiques sont les suivantes : familles ayant 1 ou 2 enfants, enfant amené par les transports en commun ou en voiture particulière, recours direct pour présence du pédiatre, consultation pour troubles dermatologiques, parents inquiétés par une hyperthermie élevée ou des pleurs, diagnostic d'affection ORL.

Il serait utile de créer un outil d'éducation pour la santé ciblant cette population, en tenant compte des caractéristiques mises en avant.

VERS UN OUTIL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Pour limiter le nombre de consultations non justifiées aux urgences pédiatriques, il est nécessaire de développer des alternatives libérales à la consultation aux urgences pédiatriques, mais aussi d'éduquer les patients pour qu'ils s'orientent vers la structure la mieux adaptée à leur besoin.

Plusieurs alternatives libérales à la consultation aux urgences pédiatriques existent déjà.

Des maisons médicales de garde (MMG) se développent de plus en plus aux dépens des services d'urgence, la première a vu le jour en 2005. Ces structures permettent une permanence des soins dans le secteur libéral. Elles sont ouvertes durant les périodes de garde à savoir la semaine de 20h à minuit, les samedis de 12h à minuit et les dimanches et jours fériés de 8h à minuit. Depuis avril 2015, une MMG a ouvert ses portes à côté du centre hospitalier de Douai permettant ainsi une diminution du nombre de recours aux urgences pédiatriques pendant les périodes de garde. Malgré un dispositif important de communication mis en place autour de cette structure, de nombreux patients ne sont, aujourd'hui encore, pas informés de son existence et certains continuent quand même de consulter plutôt aux urgences pédiatriques, en raison de la présence du pédiatre.

Certains centres hospitaliers ont mis en place un système de circuit court au sein de leur service d'urgences pédiatriques comme Demonchy et al. à Nice (4,15). Cette mise en place a été décrite par deux études (phase de test puis période référence) qui ont montré une diminution du temps d'attente. Cette initiative a remporté un franc succès auprès des parents et du personnel.

La mise en place de plateformes téléphoniques spécifiques à la pédiatrie a été étudiée par Stagnara et al. en 2010. La faisabilité technique était démontrée mais cela nécessitait une formation spécifique importante (6).

Même si ces structures existent déjà, il est indispensable d'informer les parents de leur existence, et de les éduquer pour qu'ils les utilisent de manière adaptée.

Certains outils d'éducation pour la santé existent déjà.

A Saint-Etienne, une association bénévole a été créée au sein des urgences pédiatriques : « les préventines ». Cette association a édité une plaquette d'information sur les gestes simples de puériculture (mouchage de nez, prise de température, gestion de la fièvre à domicile ...) et une trousse de soins avec thermomètre, sérum physiologique et mouche bébé est remise aux parents (5).

L'association Courlygones, réseau ville-hôpital dédié à la pédiatrie dans l'agglomération lyonnaise, a créé un site internet¹ et a mis en ligne en février 2016 des fiches conseils sur les maladies ou difficultés rencontrées par les parents ou accompagnants de jeunes enfants. Ces plaquettes sont consultables et téléchargeables librement. Elles peuvent également être commandées en version papier (47). Ces fiches (annexe 6) indiquent aux parents des conseils de prise en charge du symptôme et dans quelle situation consulter. Elles ne précisent pas qui consulter : le médecin libéral ou les urgences pédiatriques.

Au Canada, c'est via leur site internet que les urgences du CHU Sainte Justine de Montréal apportent des informations aux parents avec une rubrique intitulée « avant de venir à l'urgence »² (37). Cette page indique les signes devant amener à consulter aux urgences mais également les solutions alternatives pour les prises en charges moins urgentes.

Les Hôpitaux Universitaires de Genève ont créé des fiches conseils distribuées en salle d'attente des urgences pédiatriques (36).

1. www.courlygones.net

2. <https://www.chusj.org/fr/soins-services/U/Urgence/Avant-de-venir-a-l-urgence>

La création d'un outil d'éducation pour la santé guidant les parents pour qu'ils apprécient mieux quand ils doivent consulter en médecine libérale, étant donné l'existence de différentes alternatives, plutôt qu'aux urgences pédiatriques semble donc très utile pour réduire les recours non justifiés aux urgences pédiatriques.

Aux vues de la tranche d'âge de la population ciblée, les parents sont les interlocuteurs décisionnels du parcours de soins de leur enfant et donc sont la cible de l'éducation pour la santé visant à réduire les consultations non justifiées aux urgences pédiatriques. L'outil leur est donc destiné.

Un tel outil pourrait être une plaquette d'information sous format papier, remis aux parents en salle d'attente. Les parents pourraient ainsi le lire et le garder. Une vérification de la bonne compréhension pourra être faite au moment de la sortie des urgences pédiatriques (que ce soit vers le domicile ou vers un service d'hospitalisation). Cet outil pourrait également être distribué au sein de toutes les structures amenées à prendre en charge des enfants : les maternités, les cabinets de médecine libérale, les centres de PMI. Il devrait être accessible et compréhensible par tous et notamment grâce à des illustrations.

Il faudrait surtout insister sur la présence des médecins de garde et/ou MMG en notant le numéro de téléphone de la régulation de la permanence des soins en secteur libéral (03/20/33/20/33 pour le Nord ; 03/21/71/33/33 pour le Pas-De-Calais).

L'outil s'adressera aux parents d'enfants de moins de 3 ans, consultant de leur propre initiative aux urgences pédiatriques.

Il faudra cibler les symptômes les plus fréquents qui inquiètent les parents comme l'hyperthermie et les pleurs ainsi que les affections qui nécessitent rarement le recours aux urgences pédiatriques comme les affections dermatologiques ou ORL. Il faudra expliquer aux parents les signes de gravité, par exemple purpura pour l'hyperthermie, anorexie totale pour les affections ORL.

Concernant l'hyperthermie élevée, cet argument est fréquemment retrouvé comme élément inquiétant pour les parents (20%), une explication sur le fait que le chiffre élevé n'est pas signe de gravité serait donc utile, et indiquer plutôt l'importance de la tolérance de l'hyperthermie (cette notion est bien expliquée dans une des fiches conseils de l'association Courlygonnes (47)).

Il faudra également expliquer aux parents qu'un médecin généraliste est formé en pédiatrie et sera tout à fait apte à prendre en charge leur enfant dans la grande majorité des situations. Si le recours au pédiatre s'avère nécessaire, le généraliste adressera alors l'enfant vers un confrère spécialiste.

Notre étude a mis en évidence que les consultations pour une affection respiratoire ou neurologique étaient très majoritairement justifiées donc ces types de consultations ne sont pas à évoquer pour une consultation libérale.

La principale difficulté liée à cet outil est qu'il ne faut pas qu'un enfant nécessitant une consultation aux urgences pédiatriques ne consulte pas du tout ou consulte d'abord en médecine libérale avec un risque de perte de temps et donc de perte de chance.

La création d'un tel outil nécessite différentes étapes avant de pouvoir être validé :

- création et proposition de l'outil sur la base des résultats de cette étude
- première validation par un comité d'experts
- phase de test
- deuxième validation suite à la phase de test (après adaptation et correction des éventuelles lacunes retrouvées en phase de test)
- mise en place de l'outil
- étude a posteriori pour évaluation de l'efficacité et dépistage d'éventuelles autres lacunes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE. *Bilan démographique 2015 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France* [Internet]. [cité 6 août 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm
2. Naud J. *Annuaire de surgences pédiatriques - GFRUP* [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <http://gfrup.sfpediatrie.com/page/annuaire-urg>
3. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. *Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise*. *Arch Pédiatrie*. févr 2004;11(2):108-14.
4. Demonchy D, Haas H, Gillet Vittori L, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Tran A. *Un circuit court pour désengorger les services d'accueil des urgences pédiatriques*. *Arch Pédiatrie*. mars 2015;22(3):247-54.
5. Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. *Étude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques*. *Arch Pédiatrie*. févr 2015;22(2):135-40.
6. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J, Bagou G, Masson S, Kassai B, et al. *Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique*. *Presse Médicale*. nov 2010;39(11):e258-63.
7. Poitou P, Loge I, Hastier-Gouin N, Guyet S, Belgaid A, Dufour D, et al. *Motivation des consultations aux urgences pédiatriques*. *Arch Pédiatrie*. juin 2010;17(6, Supplement 1):177.
8. Hue V, Dubos F, Pruvost I, Martinot A. *Organisation et moyens de l'accueil des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008*. *Arch Pédiatrie*. févr 2011;18(2):142-8.
9. Portas M, Brémond V, Giraud P, Coste M-E, Jouve J-L. *Mise en place d'une grille de critères de tri dans un service d'urgences pédiatriques*. *Arch Pédiatrie*. juin 2009;16(6):739-41.
10. Carrasco V, Baubeau D. *Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale*. *DREES Etudes Result*. 2003;212:1-8.

11. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? *Arch Pédiatrie*. déc 2008;15(12):1733-8.
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016* [Internet]. [cité 7 août 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
13. Tobie-Gueguen M-J. *Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration – [Thèse de Doctorat de Médecine]. Université de Brest; 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00711920/document>*
14. Belhadi Daouzli B. *Les urgences pédiatriques en urgence ou dans l'urgence ? J Eur Urgences Réanimation*. août 2012;24(2):67-71.
15. Demonchy D. *Impact des consultations délocalisées aux urgences des hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval – [Thèse de Doctorat de Médecine]. Université de Nice Sophia-Antipolis; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01022693/document>*
16. Morin L, Smail A, Siriez J-Y, Angoulvant F, Titomanlio L, Ravuth E, et al. *Fréquentation des urgences pédiatriques : jusqu'où ? J Eur Urgences*. juin 2009;22, Supplement 2:A92-3.
17. CPAM des Landes. *Mémo - Cotation des actes médecin généraliste* [Internet]. 2012 [cité 8 août 2016]. Disponible sur: http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/il43_memo_cotations_courantes.pdf
18. Dos Ramos E. *Comment optimiser le codage d'un SAU* [Internet]. 2013 mars 21. Disponible sur: <https://tgs.orupaca.fr/wp-content/uploads/2013/06/COPACA-MU-2013.ppt>
19. Ministère de la Santé et des Sports. *Forfait accueil et traitement des urgences « ATU »* [Internet]. 2010 [cité 7 août 2016]. Disponible sur: http://social-sante.-gouv.fr/IMG/pdf/forfait_atu.pdf
20. Le Lan M. *Pertinence du recours aux urgences pédiatriques selon différents systèmes d'évaluation: cohorte nantaise de l'enquête nationale 2013. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Nantes; 2014. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/a3032bea-fc8f-4a71-b31f-e38fb89a3303>*
21. Berthier M, Martin-Robin C. *Les consultations aux urgences pédiatriques étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Arch Pédiatrie*. mai 2003;10, Supplement 1:s61-3.
22. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, De Wever A, Alexander S. *Utilisations inappropriées des urgences pédiatriques dans douze hôpitaux belges. Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. sept 2012;60, Supplement 2:S57.

23. Doctor K, Correa K, Olympia RP. Evaluation of an after-hours call center: are pediatric patients appropriately referred to the emergency department? *Pediatr Emerg Care*. nov 2014;30(11):798-804.
24. Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A. Motifs de recours aux urgences pédiatriques: comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? *Arch Pédiatrie*. 1 janv 1999;6:S461-3.
25. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie*. févr 2011;18(2):128-34.
26. Lacroix J, Arseneault M. L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine. *Arch Pédiatrie*. 1999;6, Supplement 2:S457-8.
27. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases ; report of a WHO working group. Copenhagen; 1998. 77 p. (European health21 target 18, Developing human resources for health).
28. Guionet ME, Bordat MI. Développement d'un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein d'un établissement de soins psychiatriques. [Mémoire de Master 2 « Santé publique et environnement », spécialité « Intervention en promotion de la santé »]. Université de Lorraine; 2013. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MSPM_2013_GUIONET_ELO-DIE.pdf
29. Jouret B, Le Tallec C, Desjardins H, Barre K. Education thérapeutique en pédiatrie: quelle approche de l'enfant ? [Internet]. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/101118111707.pdf
30. Azar L. Création d'outils d'éducation thérapeutique pour des patients diabétiques de type 2 dans un centre hospitalier universitaire à Beyrouth [Internet]. [cité 8 juin 2016]. Disponible sur: <http://congres-sidiief.org/contenu/uploads/2014/03/1-cr%C3%A9ation-d%E2%80%99outils-d%E2%80%99%C3%A9ducation-show-ss83-1.pdf>
31. Haute Autorité de Santé. Education Thérapeutique du Patient - Comment la proposer et la réaliser ? - Recommandations [Internet]. 2007 [cité 24 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
32. IPCEM. Recueil d'outils et de supports éducatifs pour l'éducation thérapeutique du patient. [Internet]. [cité 8 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ipcem.org/OUTILS/PDF/IpcemOutils2.pdf>
33. Marteau C. Création d'un outil d'éducation thérapeutique destiné aux parents et à l'entourage d'enfants asthmatiques. [Thèse pour le Diplôme d'État de Pharmacie]; Université de Nantes; 2014.

34. INPES. *L'éducation pour la santé: un enjeu de santé publique*. [Internet]. 2001 [cité 6 juin 2016]. Disponible sur: [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=TSYLAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=%22-+3+1+C\(+3%22+%22-+.1%22+%22.+7%22+%221.9+2%22+%222.+.+C+4+1+C%22+%22.+2+.-+C+1+.%22+%221+.%22+%22&ots=KnI3zxFTbk&sig=y7YuxODu6frMM0_c8-rAdKC1vzvE](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=TSYLAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=%22-+3+1+C(+3%22+%22-+.1%22+%22.+7%22+%221.9+2%22+%222.+.+C+4+1+C%22+%22.+2+.-+C+1+.%22+%221+.%22+%22&ots=KnI3zxFTbk&sig=y7YuxODu6frMM0_c8-rAdKC1vzvE)
35. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France: politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé Publique*. 2007;19(4):283–292.
36. Hôpitaux Universitaires de Genève. *Education thérapeutique au service d'accueil et urgences pédiatriques des HUG* [Internet]. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.hug-ge.ch/accueil-urgences-pediatriques/education-therapeutique>
37. CHU Sainte Justine. *Avant de venir à l'urgence pour une fièvre, une gastroentérite ou des symptômes grippaux : Les services d'urgence doivent être réservés aux enfants qui sont gravement malades ou blessés* [Internet]. [cité 19 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.chusj.org/fr/soins-services/U/Urgence/Avant-de-venir-a-l-urgence>
38. Agence Régionale de la Santé Nord-Pas-De-Calais-Picardie. *Territoires de Santé en Nord-Pas-De-Calais-Picardie et Populations* [Internet]. 2016 [cité 31 août 2016]. Disponible sur: http://www.ars.nord-pas-de-calais-picardie.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/A-NPCP-fichiers/Population_TS__2016_NPDC_Pic.pdf
39. Agence Régionale de la Santé Nord Pas De Calais. *Le projet régional de santé du Nord-Pas-De-Calais: Les Territoires de Santé*. [Internet]. 2010 [cité 31 août 2016]. Disponible sur: http://www.ars.nord-pas-de-calais-picardie.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/Territoires_de_Sante_NPDC_jv02.pdf
40. Abbara A. *Outil de calcul de Khi carré (Chi carré ; Chi deux ou X²)* [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: https://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi_carre.html
41. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie*. 1 janv 1999;6:S454-6.
42. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H, Paries J, Gaudelus J. Le faux débat des fausses urgences. *Arch Pédiatrie*. 1 janv 1999;6:S464-6.
43. Kucharski C. *Motivations de venue aux urgences pédiatriques médicales du CHU de Rouen*. Université de Rouen; 2006.
44. IINSEE. *Taux de chômage localisés du 1er trimestre 2016 : comparaisons régionales et départementales* [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_025#col_1=2

45. Roustit C, Vitoux-Brot C. Profil des utilisateurs itératifs des urgences pédiatriques. *J Eur Urgences*. mars 2004;17, Supplement 1:37.
46. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. févr 2009;57(1):3-9.
47. Association Coulygones. Courlygones : Association Réseau Ville Hôpital [Internet]. [cité 6 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.courlygones.rd-h.fr/fr/index.html>

ANNEXES

Annexe 1 : Conseils médicaux du carnet de santé


A partir de trois mois*, que faire ?

Si votre enfant a de la fièvre

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

Que faire ?

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



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

Ne donnez qu'un seul antipyrétique.

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

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

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

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

Si votre enfant :

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

Consultez immédiatement votre médecin.

Si votre enfant a une diarrhée

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

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

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

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

Si votre enfant :

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

Consultez immédiatement votre médecin.

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

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

Si votre enfant vomit et si :

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

Consultez immédiatement votre médecin.

Si votre enfant a du mal à respirer

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

Si votre enfant se comporte comme d'habitude

il joue, bouge, mange :

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



Si votre enfant :

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

Consultez immédiatement votre médecin.

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

Annexe 2 : Document d'information à destination des infirmières et auxiliaires de puériculture.

Tout d'abord **un grand merci** pour votre coup de main pour ce travail.

Les questionnaires sont destinés aux parents.
A donner lors du premier contact (constantes, poids ...).

Ils le remplissent tranquillement en salle d'attente et le rendent au médecin au moment de la sortie (ou de l'hospitalisation).

Sont concernés :

- les **enfants de 3 mois jusqu'à 3 ans.**
- toute la **pédiatrie médicale** (en plus clair sont exclus tous les traumatismes et plaies ainsi que les corps étranger).

ATTENTION : une douleur articulaire non traumatique est donc concernée.

- **tous les jours, de 9h à minuit** (heure d'arrivée).

Encore merci beaucoup les filles ;)

Clémentine.

Annexe 3 : Document d'information à destination de l'équipe médicale

*Tout d'abord **un grand merci**
pour votre coup de main pour ce travail.*

*Les questionnaires sont destinés aux parents.
A donner lors du premier contact par les infirmières et les auxi
(constantes, poids ...).
Ils le remplissent tranquillement en salle d'attente et le rendent
au médecin au moment de la sortie (ou de l'hospitalisation).*

*Une partie à la fin du questionnaire vous est destinée.
Elle sera rapide à remplir.*

*Pour le diagnostic retenu, merci d'être **le plus précis possible**.*

*La question n°22 reste à votre appréciation : un élément non
notifié qui vous semble important, une remarque faite par les
parents ...*

*Sachez que les critères que nous retiendrons pour un recours
justifié sont : hospitalisation, réalisation d'examens complé-
mentaires ou acte thérapeutique au sein des urgences.*

*Surtout ne pas noter d'élément permettant une identifi-
cation même indirecte de l'enfant ++++++++*

Encore une fois merci ...

*Clémentine
(si besoin, Pauline, Thérèse et Pierre ont mes coordonnées)*

Annexe 4 : Fiche de recueil

Madame, Monsieur,
 Actuellement remplaçante en tant que médecin généraliste, je réalise mon travail de thèse sur une analyse des motifs de consultations. Le but de cette étude est de créer un document d'information et d'aide vous étant destiné, l'objectif final étant de diminuer votre temps d'attente.
 Ce questionnaire est totalement anonyme. Je vous remercie des quelques minutes que vous consacrerez à le remplir. Bien entendu, l'exactitude de vos réponses et votre honnêteté sont primordiales et aucun jugement ne sera porté.
 Clémentine COSAERT.

Vous et votre enfant.

- 1 – Quels sont les mois et année de naissance de votre enfant ? :
- 2 - Sexe : Fille Garçon
- 3 - Composition de la famille :
 2 parents Mère isolée Père isolé Garde alternée
- 4 - Nombre d'enfant(s) à domicile (y compris l'enfant consultant):
- 5 - Place dans la fratrie de l'enfant consultant :
- 6 - Votre enfant est-il scolarisé ? Oui Non
- 7 - Mode de garde en ce moment (en dehors des horaires scolaires pour les enfants scolarisés) :
 Famille Crèche Nounou Autre :
- 8 - Catégorie socio-professionnelle des parents : Père Mère
- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| → Agriculteurs exploitants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Commerçant et chefs d'entreprise | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Cadres et professions intellectuelles supérieures | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Professions intermédiaires | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Employés | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Ouvriers | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Retraités | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Sans activité professionnelle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 9 - Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux particuliers ? Oui Non
 Si oui, le(s)quel(s) ?
- 10 - Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non
 Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

La consultation actuelle.

- 11 - Par qui est amené l'enfant ? Parents Mère Père Autre :
- 12 - Par quel moyen de locomotion ? Voiture particulière Pompiers
 Ambulance privée Transports en commun SMUR
- 13 - Quel a été votre temps de trajet pour vous rendre aux urgences (en minutes) : minutes
- 14 - Quel est le motif médical de la consultation ?
- 15 - Depuis combien de temps durent les symptômes ?
 Moins de 12 heures 12 à 24 heures Plus de 24 heures

Suite au dos →

16 - Avez-vous essayé de joindre votre médecin traitant ou un médecin de garde ? Oui Non

Si oui, pourquoi consultez-vous aux urgences ? (une seule réponse)

- Indisponibilité de votre médecin ou absence de réponse
- Conseil du médecin de consulter directement aux urgences
- Délai de RDV trop long (quel délai ?
- Autre :

Si non, pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté aux urgences ? (plusieurs réponses possibles)

- Sentiment de gravité Impression d'inutilité d'une consultation chez le médecin traitant
- Plus pratique pour vous Plateau technique
- Présence du pédiatre Dispense d'avance des frais médicaux
- Absence d'amélioration ou aggravation malgré consultation chez le médecin traitant les jours précédents

17 - Quel(s) signe(s) vous ont inquiété ?

18 - Accepteriez-vous une alternative de consultation libérale (médecin généraliste ou médecin de garde) ?

- Oui Non

Partie réservée au médecin :

19 - Diagnostic final :

20 – Y a-t-il eu ? (plusieurs réponses possibles) :

- Hospitalisation Examens biologiques Examens d'imagerie Actes thérapeutiques

21 – Enfant adressé par un médecin avec courrier ? Oui Non

22 - Remarques particulières :

Annexe 5 : Tableau des effectifs de chaque variable dans chaque sous-groupe étudié pour l'analyse comparative

Variables	Echantillon total	Non Justifiés	Justifiés	Refus de l'alternative libérale	Acceptation de l'alternative libérale	Non justifiés refusant l'alternative libérale	Reste de l'échantillon
1 – âge	144	95	49	27	109	16	128
2 – sexe	144	95	49	27	109	16	128
3 – composition familiale	144	95	49	27	109	16	128
4 – nombre d'enfants	143	94	49	26	109	15	128
5 – aîné	141	94	47	25	108	15	126
6 – mode de garde	140	92	48	25	107	14	127
7 – profession de la mère	140	93	47	26	106	15	125
8 – profession du père	133	89	44	26	99	16	117
9 – antécédent médico-chirurgical	143	94	49	26	109	15	128
10 – antécédent d'hospitalisation	144	95	49	27	109	16	128
11 – accompagnant	144	95	49	27	109	16	128
12 – mode de transport	144	95	49	27	109	16	128
13 – temps de trajet	140	94	46	27	105	16	124
14 – symptômes	141	92	49	27	106	16	125
15 – durée des symptômes	144	95	49	27	109	16	128
16 – contact médecin traitant	143	95	48	27	109	16	127
16/1 – si oui, pourquoi consultation aux urgences pédiatriques ?	88 / 89	61 / 62	27 / 27	15 / 15	70 / 71	10 / 10	78 / 79
16/2 – si non, pourquoi recours immédiat aux urgences pédiatriques ?	52 / 54	31 / 33	21 / 21	12 / 12	36 / 38	6 / 6	46 / 48
17 – signes inquiétants	139	92	47	27	106	16	123
18 – alternative libérale	136	93	43	27	109	16	128
19 – diagnostic médical	144	95	49	27	109	16	128
20 – réalisation d'examens biologiques, d'imagerie, acte thérapeutique ou hospitalisation	144	95	49	27	109	16	128
21 – courrier médical	142	95	47	26	108	16	126
Total (sauf variables 16/1 et 16/2)	144	95	49	27	109	16	128

Annexe 6 : Exemple de fiche conseil publiée par l'association Courlygonnes : « Votre enfant a de la fièvre »

Votre enfant a de la fièvre



Faites les 3 bons gestes

Observez
Agissez
Surveillez

Observez

- ▶ Votre enfant vous semble chaud, son teint est rouge... ou il n'est pas en forme, il est « inconfortable »
- ▶ **Mesurez** la température avec un thermomètre rectal



- ▶ Votre enfant a de la fièvre s'il a plus de 38°C



Agissez

- ▶ Déshabillez votre enfant
- ▶ Proposez-lui à boire de l'eau, plus souvent même la nuit, en complément de l'alimentation habituelle




- ▶ **Donnez-lui du paracétamol pour son confort.**
Paracétamol en sirop, en poudre à diluer ou en suppositoire : Dalfalgan, Doliprane, Efferalgan, Paracétamol...
- La dose dépend du poids de votre enfant :**
Donnez-lui une dose de paracétamol de 15 mg par kilo toutes les 6 heures ou consultez la notice ou demandez conseil à votre pharmacien

© Courlygonnes Juillet 2011

page 2

Surveillez

Ce n'est pas le degré de la fièvre qui est important, mais le confort de l'enfant

Votre enfant se comporte comme d'habitude : il mange, il boit, il joue, il bouge

- ▶ attendez, et surveillez-le pendant 48 heures
- ▶ continuez le paracétamol

Si la fièvre persiste au-delà de 48 heures

- ▶ appelez votre médecin

Votre enfant a un comportement inhabituel ou l'aspect de sa peau a changé

- ▶ appelez votre médecin

Votre enfant a moins de 3 mois et une température supérieure ou égale à 38°C

A cet âge un bébé est plus vulnérable, il peut s'agir d'une urgence

- ▶ **CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN**

© Courlygones - Juillet 2011

page 3

La fièvre n'est pas une maladie

La fièvre est un mécanisme naturel de défense contre les infections. Le plus souvent, elle est associée à une maladie bénigne qui ne nécessite pas de mesures d'urgence.

C'est l'inconfort lié à la fièvre qui justifie l'administration du paracétamol.

Pour les solutions buvables utilisez la pipette fournie avec le flacon.

Lorsque l'enfant ne présente pas de signe de gravité, les parents assurent eux-mêmes le traitement de l'épisode fébrile. Le bain n'est pas nécessaire.

Lorsque l'enfant présente une apparence ou un comportement inhabituel, il faut appeler le médecin.

Chez l'enfant de moins de 3 mois, la fièvre peut être un signe d'alerte.

Dans tous les cas elle justifie l'appel de votre médecin.

Votre médecin

SAMU 1 5

Cette fiche conseil a été réalisée par l'association Courlygones, groupe de travail composé de professionnels de santé, de parents et d'enfants. Son message a été validé par un comité scientifique national.



Avec le concours de :
URML RA, HCL, SAMU régional de Lyon, PMI Rhône,
FRAPA (Fédération Rhône-Alpes de Pédiatrie Ambulatoire).

Les plaquettes déjà publiées par Courlygones sont disponibles librement sur le site : www.courlygones.net

page 4

AUTEUR : Nom : COSAERT

Prénom : Clémentine

Date de Soutenance : 8 décembre 2016

Titre de la Thèse : Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale : première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif le désengorgement des urgences pédiatriques.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale et pédiatrie

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Urgences pédiatriques ; Éducation pour la santé ; Médecins libéraux ; Consultations non justifiées

Résumé :

Contexte : L'augmentation constante du nombre de consultations aux urgences pédiatriques induit une majoration du temps d'attente, une insatisfaction du personnel et un surcoût. Il existe une proportion élevée de consultations non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale. L'objectif de cette étude était de déterminer les caractéristiques des consultations non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et transversale réalisée du 15 avril au 15 juillet 2016 au centre hospitalier de Douai. Étaient inclus les enfants de 3 mois à 3 ans consultant pour un motif médical. Un questionnaire était remis aux parents puis complété par les médecins. Les réponses étaient anonymes. Une consultation était considérée comme justifiée en cas d'hospitalisation, de réalisation d'un examen biologique, d'examen(s) d'imagerie ou d'un acte thérapeutique.

Résultats : Cent quarante-quatre patients étaient inclus. Quatre-vingt-quinze consultations (66%) n'étaient pas justifiées. La comparaison des groupes « Justifié » et « Non justifié » a mis en évidence un nombre plus important de recours non justifiés pour les familles n'ayant que 1 ou 2 enfants, l'absence d'antécédent médico-chirurgical, les enfants amenés en voiture particulière ou par les transports en communs, les consultations pour troubles dermatologiques, la présence du pédiatre, les parents inquiétés par les pleurs ou une hyperthermie élevée et un diagnostic final d'affection ORL.

Conclusion : Différentes caractéristiques ont pu être mises en évidence. La seconde étape sera de créer un outil d'éducation pour la santé à destination des parents dans le but de diminuer le nombre de consultations aux urgences pédiatriques.

Composition du Jury :

Président : Pr Alain MARTINOT

Assesseurs : Pr François DUBOS

Dr Marc BAYEN

Dr Pauline DEBACKER