



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Recours aux urgences pédiatriques : les patients « non-urgents » sont-ils réorientables vers une consultation de médecine générale ?

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2017 à 18 heures
au Pôle Recherche

Par Cyril BASSEUX

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur François DUBOS

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CH	Centre Hospitalier
UAUP	Unité d'Accueil des Urgences Pédiatriques
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
ECG	Electrocardiogramme
CUA	Communauté Urbaine d'Arras
OR	Odds Ratio
ORa	Odds Ratio Ajusté
IC	Intervalle de Confiance
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
FAU	Forfait Annuel Urgences
ATU	Accueils et Traitements des Urgences

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHODES	6
I. Caractéristiques générales de l'étude	6
A. Type d'étude	6
B. Période de l'étude	6
C. Lieu de l'étude.....	6
II. Population	6
A. Critères d'inclusion.....	7
B. Critères d'exclusion.....	7
III. Définitions	8
IV. Critères de jugement.....	9
V. Mise en place et modalités de recueil	9
VI. Variables recueillies	11
A. Volet « médecin-soignants »	11
B. Volet « patient »	12
VII. Considérations éthiques et aspects médico-légaux	13
VIII. Analyses statistiques.....	14
RESULTATS	15
I. Caractéristiques descriptives	16
A. Caractéristiques des consultants (n=266)	16
1. Caractéristiques sociodémographiques de la population	16
2. Répartition des heures d'admission des enfants	17
3. Symptômes motivant la consultation aux urgences pédiatriques	17
4. Circonstances du recours aux urgences	20
5. Les motivations du recours spontané aux urgences (patients non adressés médicalement ; n=179).....	21
B. Actes réalisés et orientation des enfants au décours de la prise en charge....	23
1. Actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés	23
2. Orientation des patients au décours de la prise en charge aux urgences	25
C. Les diagnostics	26
D. La réorientation des enfants vers une consultation de médecine générale.....	27
1. Accueil de l'enfant à l'admission	27
2. Accord des parents sur la réorientation vers une consultation de médecine générale, à l'arrivée aux urgences.....	27

3.	Avis du soignant accueillant sur le caractère réorientable ou non de l'enfant <i>a priori</i> (à l'admission de l'enfant)	28
4.	Avis du médecin sur le caractère réorientable ou non de l'enfant <i>a posteriori</i> (en fin de prise en charge)	28
5.	Concordance entre l'avis du soignant accueillant l'enfant et du médecin en fin de prise en charge	29
E.	Expression de violence verbale ou physique	29
II.	Facteurs liés à l'acceptation de la réorientation par les parents.....	30
A.	Variables associées à l'acceptation de la réorientation par les parents (n=266).....	30
1.	Analyse univariée	30
2.	Analyse multivariée	31
B.	Variables associées à l'acceptation de la réorientation par les parents des enfants non adressés médicalement (n=179)	32
1.	Analyse univariée	32
2.	Analyse multivariée	36
III.	Facteurs liés au caractère réorientable de l'enfant, <i>a priori</i> , selon le soignant accueillant.....	37
A.	Variables associées au caractère réorientable <i>a priori</i> (n=266)	37
1.	Analyse univariée	37
2.	Analyse multivariée	39
B.	Variables associées au caractère réorientable <i>a priori</i> , des enfants non adressés médicalement (n=179).....	40
1.	Analyse univariée	40
2.	Analyse multivariée	43
	DISCUSSION	44
I.	Résultats principaux.....	44
II.	Limites, forces et biais.....	47
III.	Perspectives	49
	CONCLUSION.....	51
	BIBLIOGRAPHIE.....	52
	ANNEXES	57
	Annexe 1 : Fiche de recueil des données, questionnaire, volet « Médecin/Soignants »	58
	Annexe 2 : Fiche de recueil des données, questionnaire, volet « patient »	60
	Annexe 3 : Attestation : Formalité CNIL.....	64
	Annexe 4 : Analyse univariée des variables dichotomiques de motifs de recours spontané aux urgences associées à l'acceptation de réorientation par les parents (n=179)	65
	Annexe 5 : Analyse univariée des variables dichotomiques de motifs de recours spontané aux urgences associées au caractère réorientable <i>a priori</i> (n=179)	66

RESUME

Contexte : Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter et leurs motifs ne relèvent pas tous de l'urgence. L'engorgement des services impacte la qualité des soins, peut retarder des prises en charge urgentes et génère un surmenage des équipes soignantes.

Objectif : Déterminer si les patients dits « non-urgents » consultant aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier d'Arras accepteraient d'être réorientés vers une consultation de médecine générale le jour même et sous quelles modalités. Déterminer la proportion d'enfants qui seraient réorientables selon les soignants et les caractéristiques de ces patients.

Méthode : Une étude analytique, prospective était réalisée sur deux semaines en mars et juin 2016. Le recueil était standardisé par un questionnaire à 2 volets par enfant consultant : un pour les parents et un pour les soignants. Le taux d'acceptation de la réorientation et la proportion d'enfants réorientables selon les soignants étaient calculés. Les facteurs associés à l'acceptation de la réorientation étaient analysés.

Résultat : 266 enfants étaient inclus. 57% des parents (IC95% : 51-63) accepteraient la réorientation. Parmi eux 33% souhaiteraient que la consultation ait lieu au sein de l'hôpital, 22% à une distance équivalente à moins de 5 minutes de trajet en voiture et 67% dans un délai de 2 heures. En fin de prise en charge les médecins jugeaient que 61% des patients (IC95% : 55-67) auraient pu être pris en charge en médecine générale. Résider au sein de la communauté urbaine d'Arras était associé significativement à l'acceptation de la réorientation par les parents en analyse multivariée (ORa=1,7 ; IC95% : 1,0-2,8 ; p=0,04). Consulter après 16 heures était associé significativement au refus de la réorientation en analyse multivariée (ORa=0,6 ; IC95% : 0,35-0,96 ; p=0,03). Considérer que l'état de santé de son enfant était grave (OR=0,4 ; IC95% : 0,2-1,0 ; p=0,03) et de ne plus supporter de le voir malade (OR=0,2 ; IC95% : 0,1-0,7 ; p<10⁻³) était associé significativement, en analyse univariée, au refus de la réorientation.

Conclusion : La majorité des consultants (57%) acceptait la réorientation vers une consultation de médecine générale. 61% des enfants étaient jugés réorientables selon le médecin. La mise en place d'un système de réorientation des patients « non-urgents » devrait permettre de réduire le nombre de passages aux urgences pédiatriques.

INTRODUCTION

En France, le nombre de consultations dans les services d'accueil d'urgence ne cesse d'augmenter. Le nombre de passages aux urgences a doublé de 1990 à 2001, en passant de 7 à 14 millions (1). Il a ensuite augmenté de plus de 41% en 13 ans pour passer à 19,7 millions en 2014 (2). Cette augmentation a concerné également les filières pédiatriques. Les nourrissons de moins d'un an représentent la tranche d'âge ayant le nombre de recours aux urgences le plus élevé (3). Un quart (4 millions) des patients consultant aux urgences avait moins de 15 ans en 2013 (4).

Malgré des capacités d'accueil sans cesse améliorées (5), on observe une augmentation des délais d'attente et la saturation des services d'urgence. Il en découle des conséquences délétères multiples. Les soins peuvent en être impactés (6), avec le risque de retarder des prises en charge urgentes (7). Du côté des soignants, le surmenage des équipes peut augmenter les arrêts de travail, le risque d'erreurs médicales et augmenter le risque de plaintes des parents (5).

Par ailleurs, les motifs de consultations ne relèvent pas tous de l'urgence et le nombre de recours dits non justifiés ou « inappropriés » (8) semble important aux yeux des soignants comme le montrent certaines études. En 2002, dans une étude auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise, les recours non programmés étaient jugés justifiés par les pédiatres dans 52,1% des cas (9). En 2012, une étude réalisée au sein de douze services d'urgences pédiatriques d'hôpitaux belges concluait que près de 40% des recours aux urgences étaient inappropriés et n'avaient pas besoin du plateau technique hospitalier (10).

En réponse à l'engorgement des urgences sur des passages inappropriés, il paraît nécessaire de trouver des solutions visant à diminuer l'afflux des demandes de

soins dans les services d'urgence. Dans les publications, deux grands axes de solutions sont souvent évoqués.

Le premier axe est l'information et l'éducation des familles visant à enseigner aux patients et aux parents les signes et symptômes justifiant un recours aux services d'urgence et ceux qui relèvent d'une consultation différée non urgente (9,11,12).

Le second axe est « la mise en réseau des acteurs de l'urgence » (9,11,12) pour favoriser la collaboration ville-hôpital et améliorer la permanence des soins. C'est en ce sens que se sont développés des circuits courts avec des consultations délocalisées (13), des consultations de médecine générale au sein des services d'urgence (14), des maisons médicales de garde, vers lesquelles les patients non urgents peuvent être orientés ou réorientés (15–18). Des plateformes téléphoniques (19) existent également afin de guider les patients dans le recours aux soins non programmés. Dans certains centres ces dispositifs se sont avérés efficaces, comme le montre certaines études (20–24).

Au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, un système de circuit court avec des consultations délocalisées dédiées à prendre en charge les patients « non-urgents » a été créé en 2010. Une évaluation de ce système montrait que ce fonctionnement permettait de diminuer le temps d'attente des enfants pris en charge et que les patients et les équipes médicales étaient satisfaits du fonctionnement de la structure (20). A Saint Denis de la Réunion, une étude menée en 2006 montrait qu'une maison médicale de garde à proximité du centre hospitalier (CH) Félix-Guyon permettait de réduire de 47 % le nombre d'admissions aux urgences pédiatriques pendant les horaires de fermeture des cabinets libéraux (21). Dans une thèse Lilloise portant sur les consultations à la maison médicale de garde de Douai, 59% des 241

consultants déclaraient qu'ils se seraient rendus aux urgences si la maison médicale n'existait pas (22). Dans le Doubs, une étude réalisée en 2005 ayant pour objectif d'évaluer la mise en place de deux maisons médicales de garde montrait que dans 98 % des cas les patients sont rentrés à domicile à l'issue de la consultation et que les usagers étaient satisfaits (23). Au CH intercommunal de Poissy, une maison médicale de garde pédiatrique a été créée. En 2014, 45% des patients consultant aux urgences pédiatriques étaient réorientés vers la maison médicale et dans 98.3% des cas la consultation répondait à l'attente des parents (24).

Ces structures alternatives semblent permettre de réduire l'afflux vers les services d'urgence. Cependant dans la plupart des cas les maisons médicales de garde, comme leur nom l'indique, ne sont ouvertes que pendant les horaires de la permanence des soins, c'est-à-dire le soir et le week-end. Il existe peu de données sur la réorientation de patients vers une structure alternative aux urgences en journée, et moins encore concernant la pédiatrie.

A Arras (Pas-de-Calais) et dans sa périphérie, mise à part la consultation du médecin traitant, il n'existe pas de solution alternative aux services d'urgence en journée, comme une structure dédiée à prendre en charge des patients réorientés depuis les services d'urgence. Comme dans les autres hôpitaux, le nombre de passages aux urgences pédiatriques a fortement progressé au CH d'Arras, passant de 6394 en 2010 à 9159 (+43%) en 2014 (25). Initialement, les urgences pédiatriques étaient prises en charge au sein du service de pédiatrie générale, mais devant l'augmentation constante du nombre de recours non programmés, une Unité d'Accueil des Urgences Pédiatriques (UAUP) a été créée en 2014 au sein du service des urgences adultes. A la faveur de la mise en place d'une équipe soignante dédiée

à l'enfant aux urgences dans une nouvelle structure avec des locaux plus grands, on a observé la poursuite de l'engorgement régulier de l'UAUP. Il nous a semblé nécessaire de réfléchir à la mise en place de solutions alternatives au recours aux urgences pédiatriques du CH d'Arras pour les patients « non urgents », afin de réduire l'afflux des patients vers l'UAUP.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si les patients consultant à l'UAUP du CH d'Arras accepteraient d'être réorientés vers une consultation de médecine générale et selon quelles modalités. Les objectifs secondaires étaient de décrire la population consultante, le parcours de soins des patients et les motivations qui les ont conduits à recourir aux urgences, lorsque le recours était spontané. Une analyse des facteurs associés à l'acceptation de la réorientation par les parents et de la proportion d'enfants qui pourraient réellement être pris en charge en médecine générale a été faite.

MATERIELS ET METHODES

I. Caractéristiques générales de l'étude

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, prospective, monocentrique.

B. Période de l'étude

Le recueil des données a été effectué sur un jour test le lundi 2 mars 2016, puis sur deux semaines consécutives du lundi 21 au dimanche 27 mars 2016 et du lundi 27 juin au dimanche 3 juillet 2016, de 6 heures à 20 heures.

C. Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein de l'UAUP du CH d'Arras.

L'Unité comprenait deux box de soins, un box de déchoquage, deux chambres d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) avec deux lits chacune, un bureau médical et paramédical et une salle d'attente. L'équipe soignante était composée 24h/24 d'un pédiatre, un interne, une à deux puéricultrices et une auxiliaire de puériculture.

II. Population

Sur la période d'étude, l'UAUP accueillait les enfants âgés de 1 mois à 15 ans et 3 mois, relevant d'une prise en charge médicale ou chirurgicale. Les enfants

nécessitant une prise en charge traumatologique (contusions, fractures, entorses, plaies) étaient admis dans la filière « soins externes » du service des urgences adultes.

A. Critères d'inclusion

Tous les enfants, âgés de 1 mois à 15 ans et 3 mois se présentant dans l'UAUP du CH d'Arras entre 6 heures et 20 heures sur les périodes d'étude, ont été inclus.

B. Critères d'exclusion

Ont été exclus les enfants :

- amenés par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les pompiers, une ambulance,
- nécessitant une installation prioritaire en salle d'examen (urgence vitale),
- non accompagnés par au moins un représentant légal de l'autorité parentale,
- dont l'accompagnant ne maîtrisait pas la langue française,
- qui étaient reconvoqués par un pédiatre du service.

Les exclusions secondaires concernaient :

- les refus de participation de la part des parents,
- les parents/patients partis avant la prise en charge médicale,
- les fiches d'inclusion non exploitables à cause de données manquantes ou à cause d'incohérences.

III. Définitions

- Patient réorientable :

Etait défini comme patient réorientable, un enfant qui ne nécessitait pas d'actes diagnostiques ou thérapeutiques spécifiquement hospitaliers.

Etait défini comme réorientable *a priori*, un enfant jugé réorientable selon le soignant accueillant à l'admission dans le service (qui ne nécessiterait pas *a priori* d'actes diagnostiques ou thérapeutiques spécifiquement hospitaliers).

Etait défini comme réorientable *a posteriori*, un enfant jugé réorientable par le médecin au terme de la prise en charge dans le service (absence d'actes diagnostiques ou thérapeutiques spécifiquement hospitaliers).

- Enfant adressé médicalement :

Il s'agissait de tout enfant se présentant à l'UAUP sur conseil téléphonique des urgences pédiatriques, du centre 15, des pompiers, du médecin traitant, ou qui était adressé à l'UAUP à la suite d'une consultation avec son médecin traitant.

- Enfant non adressé médicalement :

Il s'agissait de tout enfant se présentant à l'UAUP sur la propre initiative des parents, ou alors sur les conseils d'un kinésithérapeute, d'une puéricultrice, d'une sage-femme, de la crèche, de la nourrice, de l'école, de l'entourage, ou autre.

- Recours spontané :

Etait défini comme recours spontané, le fait de se présenter à l'UAUP sur la propre initiative des parents, sans y être adressé.

- Acte hospitalier/non hospitalier :

Un acte hospitalier était défini comme un acte diagnostique ou thérapeutique non ou difficilement réalisable en médecine de ville.

IV. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'acceptation ou non, par les parents, de la réorientation de l'enfant vers une consultation de médecine générale le jour même.

Les critères de jugement secondaires étaient le parcours de soins de l'enfant, les motivations du recours aux urgences, les facteurs associés à l'acceptation de la réorientation, l'évaluation par les soignants de la proportion d'enfants qui pourraient être réorientés.

V. Mise en place et modalités de recueil

L'outil de recueil des données était un questionnaire, à deux volets, un volet « médecin-soignants » (annexe 1), rempli par l'infirmière et le médecin sénior ou interne et un volet « patient » remis aux parents (annexe 2).

Le questionnaire a été travaillé localement avec des membres de l'équipe et validé, puis présenté à l'équipe médicale et paramédicale au cours d'une réunion de service. Les équipes soignantes ont été formées à le remplir et à présenter l'étude aux parents pour recueillir leur consentement.

Le questionnaire a été testé et relu pendant 5 jours avant l'étude afin que les équipes soient performantes et le recueil optimal.

A l'arrivée de chaque enfant, la procédure habituelle d'accueil était respectée : le soignant accueillant l'enfant recueillait le motif de consultation sans prise de constante ni utilisation d'une échelle de tri à ce moment-là. En fonction du motif de consultation et de l'impression générale qu'il avait de l'enfant, le soignant le faisait patienter en salle d'attente ou l'installait prioritairement en salle d'examen selon la procédure habituelle.

L'étude et ses objectifs étaient présentés aux parents. Si ceux-ci donnaient leur consentement, le volet « patient » du questionnaire standardisé leur était remis. Ce volet « patient » était récupéré une fois rempli par les parents. En cas de difficulté à remplir le questionnaire, l'équipe soignante était disponible pour renseigner les parents.

Immédiatement après l'accueil de l'enfant, le soignant accueillant indiquait sur le volet « médecin-soignant » du questionnaire standardisé si selon lui l'enfant aurait pu être réorienté pour être pris en charge dans la journée en médecine générale. Au cours de la prise en charge, les actes diagnostiques et thérapeutiques effectués, ainsi que l'orientation finale de l'enfant étaient relevés.

Au terme de la prise en charge, le médecin responsable de l'enfant, précisait si selon lui l'enfant aurait pu être réorienté dès l'arrivée pour être pris en charge en médecine générale dans la journée. Le médecin n'était pas au courant de l'avis émis par les parents sur l'accord d'une réorientation ou non.

Les deux volets étaient récupérés et validés par l'investigateur. En cas d'incertitude ou d'incohérence de certaines réponses, le questionnaire était relu avec le médecin qui avait pris en charge l'enfant et si besoin avec le directeur de thèse.

L'investigateur était présent au sein de l'UAUP pendant toute la période de recueil afin de répondre aux questions éventuelles des équipes et homogénéiser le recueil des données. En cas d'absence exceptionnelle, il était joignable.

VI. Variables recueillies

A. Volet « médecin-soignants »

Les variables recueillies dans ce volet étaient :

- Avant la prise en charge du patient :
 - Heure d'arrivée du patient
 - Fonction du soignant accueillant
 - Avis du soignant sur la réorientation possible ou non de l'enfant (*a priori* sur les données du motif d'entrée et du tri paramédical).

- En fin de prise en charge :
 - Relevé des actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés, classés en hospitalier ou non
 - Orientation du patient :
 - * Retour à domicile immédiatement après examen par le médecin ou après attente d'examen(s) complémentaire(s) non urgent(s) (pas de surveillance clinique nécessaire),
 - * Nécessité d'une surveillance clinique en salle d'attente et/ou attente d'examen(s) complémentaire(s) urgent(s),
 - * Hospitalisation en UHCD puis retour à domicile,

- * Hospitalisation complète,
- * Reconvocation du patient.
- Avis du médecin sur le caractère réorientable ou non de l'enfant, (*a posteriori*, après examen du patient, relevé des actes réalisés et orientation du patient)
- Existence ou non de violence verbale ou physique.

Ce premier volet devait nous permettre, au terme de la prise en charge dans l'UAUP, de définir si oui ou non l'enfant nécessitait des soins relevant d'une prise en charge hospitalière et permettre au médecin de juger si l'enfant était réorientable ou non.

B. Volet « patient »

Les variables recueillies étaient :

- L'âge et le sexe de l'enfant,
- Le symptôme principal motivant la consultation aux urgences,
- Les symptômes associés,
- La notion d'une consultation ou non d'un médecin depuis le début des symptômes ; si oui, explication ou non, par le médecin consulté, des signes devant amener les parents à consulter aux urgences,
- Le délai entre le début des symptômes et la consultation aux urgences,
- Le degré d'urgence ressentie par les parents, noté de 0 à 20,
- Qui a pris la décision de consulter aux urgences,
- Les raisons ayant conduit les parents à consulter aux urgences, en cas de recours spontané, présentées sous forme de 24 items. Pour avoir une liste la

plus complète possible des raisons pouvant motiver la consultation aux urgences pédiatriques en cas de recours spontané, nous nous sommes aidés d'études qualitatives et quantitatives déjà réalisées (26–28).

Ces items étaient secondairement regroupés en différents domaines :

- * Inquiétude parentale et impression de gravité
 - * Souhait d'avis pédiatrique
 - * Médecin traitant indisponible
 - * Persistance du tableau clinique
 - * Accessibilité aux soins
 - * Motif économique
 - * Considère être mieux soigné à l'hôpital
 - * Autre
- Acceptation ou non par les parents d'une réorientation vers une consultation de médecine générale le jour même,
 - Si oui, la distance acceptée pour se rendre à la consultation, et le délai acceptable pour cette consultation différée,
 - Données sociodémographiques des accompagnants.

VII. Considérations éthiques et aspects médico-légaux

L'étude n'était ni interventionnelle, ni expérimentale. Elle n'a pas modifié la prise en charge habituelle des patients. Les données ont été rendues anonymes et l'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de

l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour la protection des données à caractère personnel (annexe 3). Un représentant de la CNIL est venu pendant le recueil, s'assurer du respect des modalités de recueil déclarées.

VIII. Analyses statistiques

Une analyse descriptive de la population totale des enfants inclus et de leur parcours de soins a d'abord été effectuée. Le type de réorientation acceptable des enfants a été décrit. Le caractère réorientable des enfants selon le soignant accueillant (*a priori*) et le médecin au terme de sa prise en charge (*a posteriori*) a été calculé. Ces deux données ont été comparées entre elles à l'aide d'un test du Chi-2 de McNemar. Puis les variables associées à l'acceptation d'une réorientation par les parents ont été étudiées en analyse univariée, puis en analyse multivariée, en considérant tous les enfants (n=266) puis uniquement ceux non adressés médicalement (n=179). Les variables associées au caractère réorientable *a priori* (évaluation à l'accueil) ont également été étudiées en analyse univariée puis en analyse multivariée, en considérant tous les patients (n=266) puis uniquement ceux non adressés médicalement (n=179). Les variables avec un degré de significativité (p) <0,10 en analyse univariée ont été introduites dans le modèle multivarié.

Une régression logistique pas à pas descendante a été utilisée pour l'analyse multivariée. Les variables avec un p<0,05 ont été considérées significativement et indépendamment associées à la variable dépendante analysée (accord de réorientation par les parents d'une part et caractère réorientable *a priori* d'autre part). Les logiciels Epi-Info 6.04fr (Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, Ga) et SPSS version 22 ont été utilisés pour ces analyses.

RESULTATS

Sur la période de recueil, 334 enfants ont été admis dans l'UAUP. Quarante-quatre enfants n'avaient pas tous les critères d'inclusion. Sur 290 questionnaires distribués aux parents, 24 (8%) n'étaient pas exploitables et étaient exclus secondairement. L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 266 enfants (Figure 1).

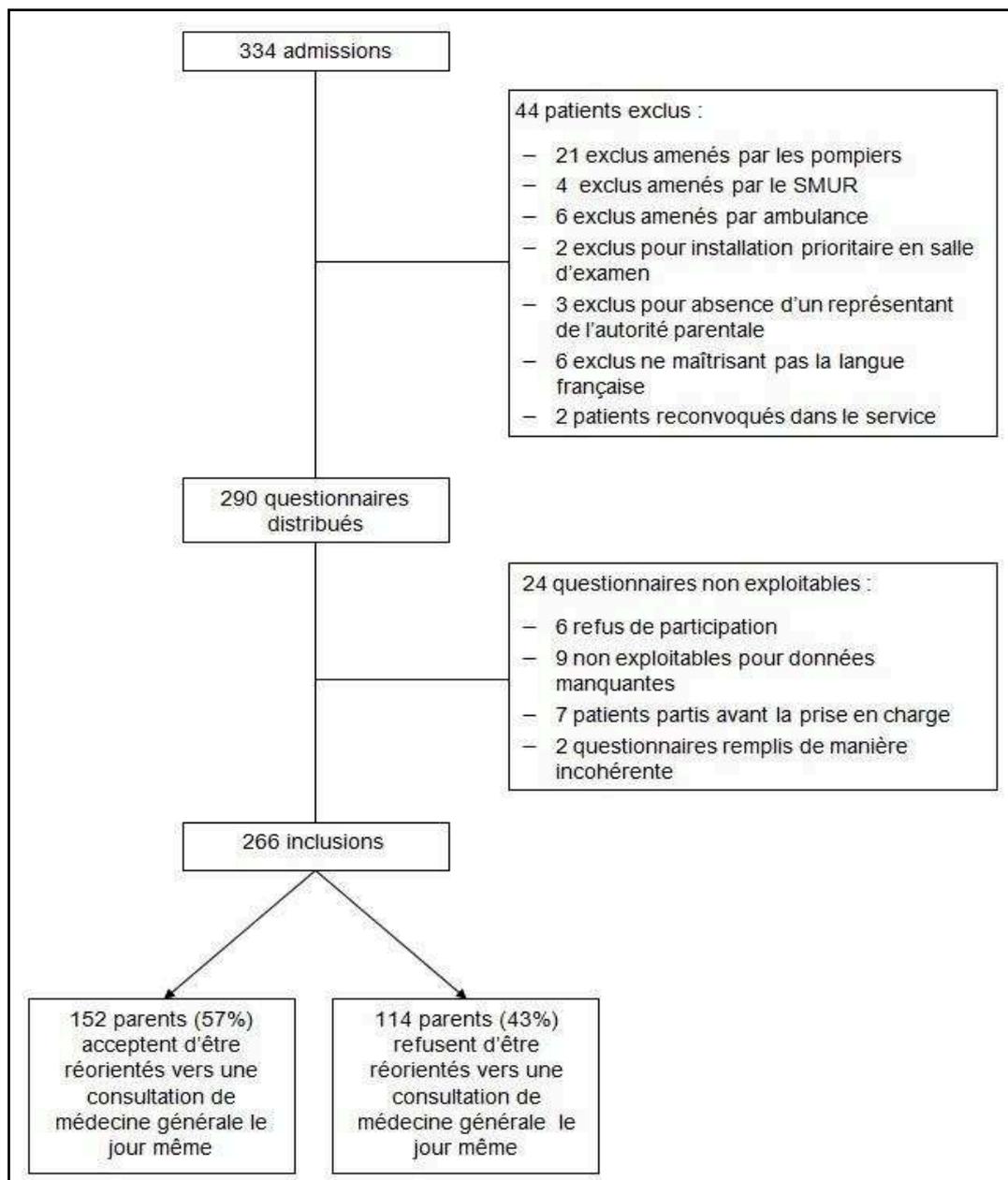


Figure 1. Diagramme de flux des patients de l'étude

I. Caractéristiques descriptives

A. Caractéristiques des consultants (n=266)

1. Caractéristiques sociodémographiques de la population

L'âge moyen des 266 enfants inclus était de $3,7 \pm 3,3$ ans. Les caractéristiques démographiques des enfants sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population

Caractéristiques	Effectif (n=266)	Fréquence (%)
Enfants		
Sexe masculin	148/266	56
Age		
1 mois - < 1an	64/266	24
1 an - < 2ans	45/266	17
2 - < 5 ans	92/266	35
5 - < 15 ans et 3 mois	65/266	24
Parents		
Accompagnant = femme	210/266	79
Assurance santé		
Sécurité sociale	190/266	71
Couverture Médicale Universelle	74/266	28
Aucune assurance santé	2/266	1
Résidant dans la Communauté Urbaine d'Arras	145/266	55
Situation familiale = en couple	220/266	83
Niveau d'étude		
Inférieur au baccalauréat	79/266	30
Egal au baccalauréat	76/266	29
Etudes supérieures	111/266	42
Catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteur exploitant	1/266	0
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	14/266	5
Cadre et profession intellectuelle supérieure	33/266	12
Profession intermédiaire	21/266	8
Employé	97/266	37
Ouvrier	17/266	6
Retraité	0/266	0
Étudiant	1/266	0
Mère/père au foyer/Demandeur d'emploi	82/266	31

2. Répartition des heures d'admission des enfants

Les enfants admis étaient inclus entre 6 heures et 20 heures : 56% avant 16 heures, et 44% entre 16 et 20 heures. La figure 2 décrit la répartition des tranches horaires d'admission aux urgences.

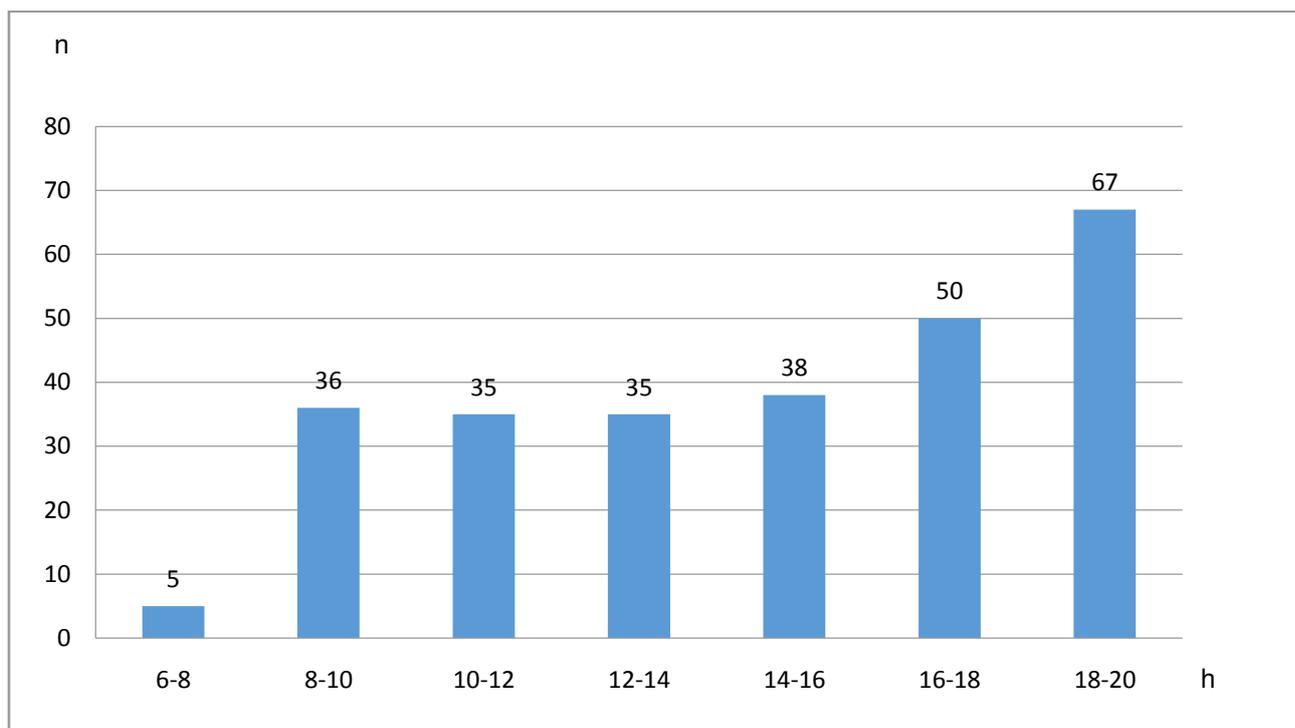


Figure 2. Répartitions des heures d'admission des enfants

3. Symptômes motivant la consultation aux urgences pédiatriques

Les symptômes principaux les plus fréquemment relevés motivant la consultation aux urgences étaient la fièvre (24%), les vomissements ou diarrhées (14%), la douleur abdominale (11%), l'éruption cutanée (8%), le traumatisme crânien (8%). Les symptômes cités dans la catégorie « autres » (9%) avaient une fréquence respective quasi nulle.

La figure 3 décrit la fréquence des symptômes mis en avant par les parents, comme symptôme principal, justifiant la consultation aux urgences.

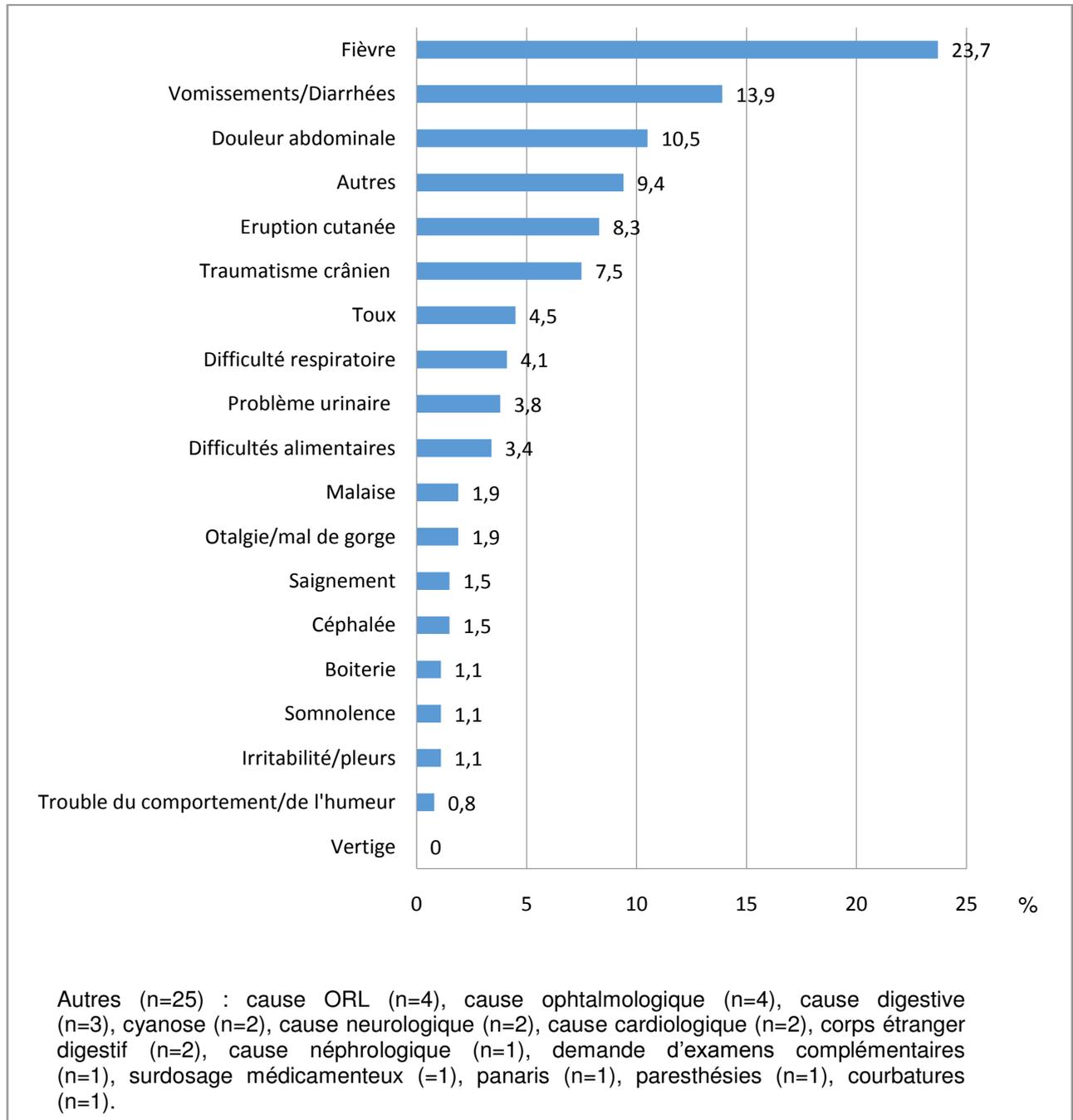


Figure 3. Fréquence des symptômes principaux motivant la consultation aux urgences

La figure 4 décrit la fréquence des symptômes associés au symptôme principal, relevés par les parents.

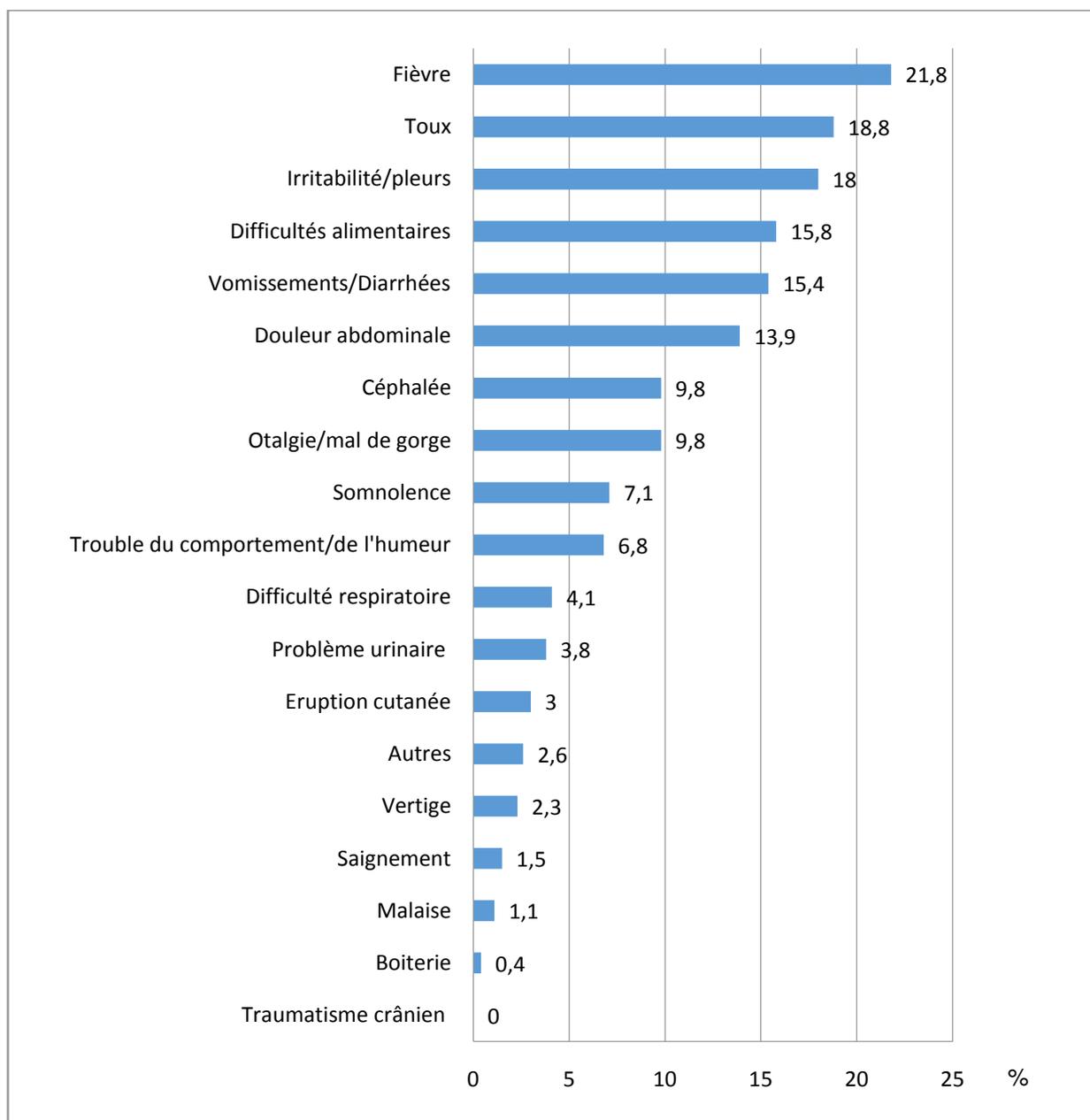


Figure 4. Fréquence des symptômes associés relevés par les parents

4. Circonstances du recours aux urgences

Le tableau 2 décrit les circonstances du recours aux urgences.

Tableau 2. Circonstances du recours aux urgences

Caractéristiques	Effectif (n=266)	Fréquence en % (% cumulé)
Consultation d'un médecin depuis le début des symptômes	138/266	52
Explication des signes devant faire consulter aux urgences	89/138	65
Délai entre le début des symptômes et la consultation aux urgences		
< 6h	81/266	31
6-12h (cumulé dans les 12h)	25/266	9 (40)
12-24h (cumulé dans les 24h)	40/266	15 (55)
24-48h (cumulé dans les 48h)	46/266	17 (72)
48-72h (cumulé dans 72h)	15/266	6 (78)
> 72h (cumulé dans les 72h et plus)	59/266	22 (100)
Degré d'urgence ressentie par les parents de 0 à 20		
0 à 5/20	21/266	8
6 à 10/20	80/266	30
11 à 15/20	114/266	43
16 à 20/20	51/266	19
Patients adressés médicalement		
Prise de décision de consulter aux urgences		
Après appel du service	17/266	6
Par les pompiers (contact téléphonique)	0/266	0
Par le SAMU (contact téléphonique)	5/266	2
Par le médecin traitant en consultation	40/266	15
Avec courrier	28/40	70
Sans courrier	12/40	30
Par le médecin traitant (contact téléphonique)	25/266	9
Conseil du kinésithérapeute/ sage-femme/puéricultrice	3/266	1
Crèche/nourrice	2/266	1
Ecole	8/266	3
Entourage	7/266	3
Décision personnelle des parents	154/266	58
Autre	5/266	2

SAMU : service d'aide médicale urgente

Les parents avaient déjà consulté un médecin depuis le début des symptômes dans 52% des cas. Les parents consultaient dans les 12 heures dans 40% des cas et après 48 heures d'évolution des symptômes dans 28% des cas. Le degré moyen d'urgence ressentie par les parents était de 12,7/20 (± 4).

Les enfants étaient adressés médicalement dans 33% des cas. Les enfants étaient adressés par le médecin traitant dans 24% des cas (15% à la suite d'une consultation, 9% à la suite d'un contact téléphonique). Quand les enfants étaient adressés par le médecin traitant à la suite d'une consultation, un courrier leur était remis dans 70% des cas. La décision de consulter aux urgences a été prise par les parents eux-mêmes dans 58% des cas.

5. Les motivations du recours spontané aux urgences (patients non adressés médicalement ; n=179)

La figure 5 décrit les fréquences des raisons, relevées par les parents, ayant motivé à consulter aux urgences lorsque l'enfant n'était pas adressé médicalement aux urgences (recours spontanés ; n=179).



Figure 5. Raisons ayant motivé le recours spontané aux urgences (n=179)

La présentation des regroupements par domaines de motivations des raisons motivant le recours spontané aux urgences est faite dans la deuxième et troisième partie du chapitre « Résultats ».

B. Actes réalisés et orientation des enfants au décours de la prise en charge

1. Actes thérapeutiques et diagnostiques réalisés

Au cours de l'étude, 66% des enfants ont bénéficié d'actes dits « non hospitaliers » et 31% des enfants ont bénéficié d'actes dits « hospitaliers ».

Sur les 266 enfants, 82 ont bénéficié d'actes hospitaliers (dont 27 qui ont bénéficié uniquement d'actes hospitaliers et d'aucun acte non hospitalier), 175 enfants ont bénéficié d'actes non hospitaliers (dont 120 qui ont bénéficié uniquement d'actes non hospitaliers et d'aucun acte hospitalier), 64 enfants n'ont bénéficié d'aucun acte diagnostique ou thérapeutique.

Les actes non hospitaliers les plus réalisés étaient : un traitement per os ou un lavement rectal simple (n=79), une bandelette urinaire ou un examen cytobactériologique des urines (ECBU) (n=59), un test de diagnostic rapide (n=44), une glycémie capillaire (n=26), une désobstruction rhinopharyngée (n=29), une acétonémie capillaire (n=29).

Les actes hospitaliers les plus réalisés étaient : un bilan sanguin indiqué en urgence (n=44), une radiographie indiquée en urgence (n=19), un traitement intraveineux (n=18).

Le tableau 3 décrit les nombres respectifs des différents actes réalisés.

Tableau 3. Actes réalisés pendant l'étude

Type d'actes réalisés	Nombre d'actes réalisés
Actes hospitaliers	82
Traitement per os/lavement rectal simple	79
Bandelette urinaire/examen cytbactériologique des urines	59
Test de diagnostic rapide	44
Désobstruction rhinopharyngée	29
Acétonémie capillaire	29
Glycémie capillaire	26
Radiographie non urgente (réalisable en ville)	20
Bilan sanguin non urgent (réalisable en ville)	19
Pansement simple (réalisable en ville)	5
Extraction simple de corps étranger (réalisable en ville)	1
Injection sous-cutanée/intramusculaire	1
Actes non hospitaliers	175
Bilan sanguin (indication en urgence)	44
Radiographie (indication en urgence)	19
Traitement intraveineux	18
Autre acte diagnostique hospitalier	11
Autre acte thérapeutique hospitalier (dont lavement rectal à la sonde)	9
Scanner	9
Inhalation/nébulisation/oxygène	7
Electrocardiogramme	6
Avis spécialisé	6
Echographie	1
Extraction complexe de corps étranger (non réalisable en cabinet de ville)	0
Pansement complexe (non réalisable en cabinet de ville)	0
Imagerie par résonance magnétique	0
Electroencéphalogramme	0

2. Orientation des patients au décours de la prise en charge aux urgences

Au décours de la prise en charge, 61% des enfants sont rentrés au domicile immédiatement après l'examen du médecin ou après attente d'examen(s) complémentaire(s) non urgent(s). Pour ces enfants, aucune surveillance clinique en salle d'attente ou en UHCD n'était nécessaire.

Par ailleurs, 18% des enfants ont nécessité une surveillance clinique en salle d'attente et/ou ont attendu des examens complémentaires urgents avant le retour à domicile. Un total de 5% des enfants a été admis en UHCD et 14% ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie (tableau 4).

Tableau 4. Répartition de l'orientation des enfants au décours de la prise en charge

Orientation	Effectif (n=266)	Fréquence (%)
Retour à domicile immédiatement après examen*	163/266	61
Nécessité d'une surveillance clinique en salle d'attente**	48/266	18
Unité d'hospitalisation de courte durée	14/266	5
Hospitalisation complète	37/266	14
Patient reconvoqué pour réévaluation ultérieure	4/266	2

*ou attente d'examen(s) complémentaire(s) non urgent(s) (pas de surveillance clinique nécessaire)

**et/ou attente d'examen(s) complémentaire(s) urgent(s)

C. Les diagnostics

La figure 6 décrit les diagnostics relevés par les médecins sur la période d'étude.

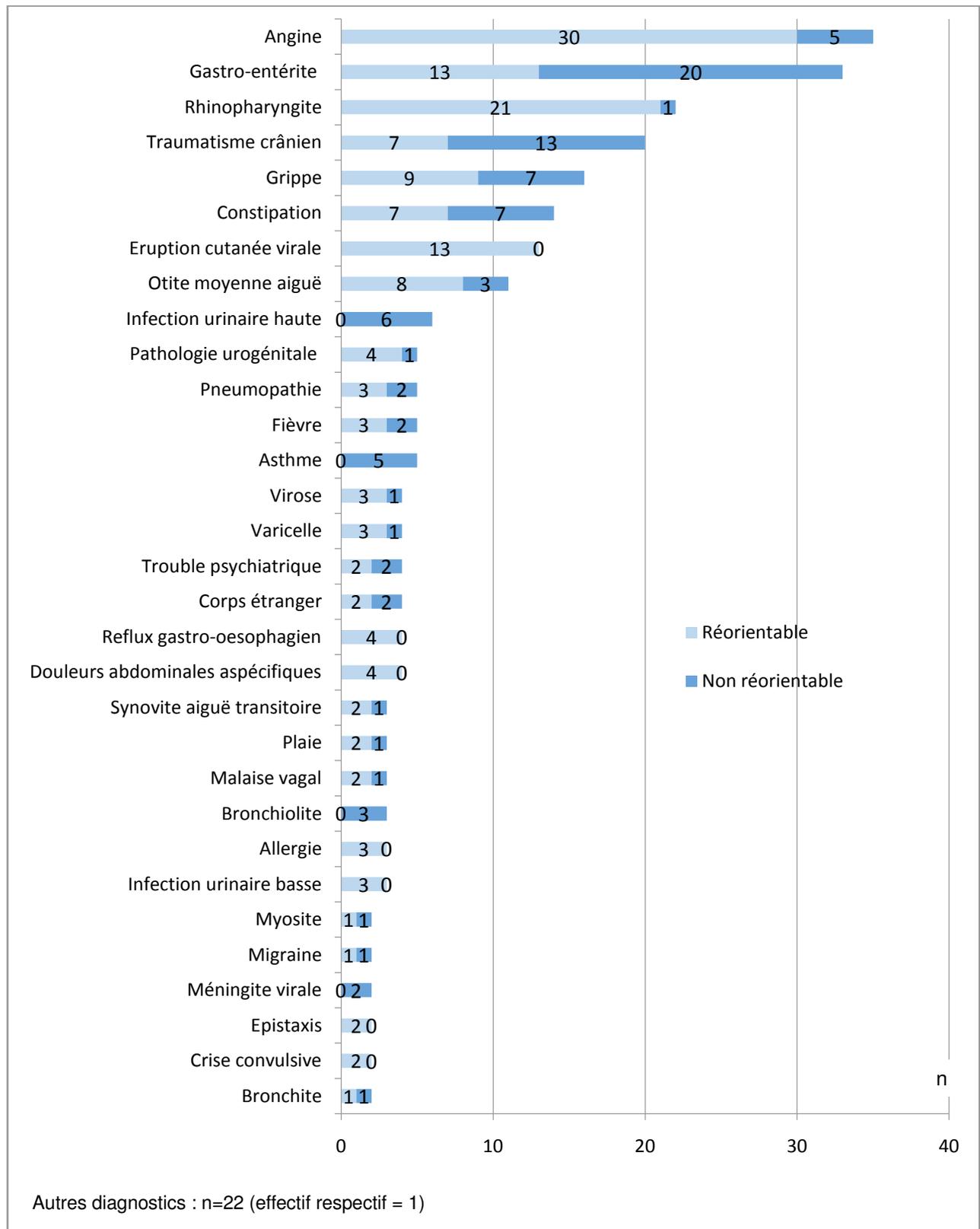


Figure 6. Relevé des diagnostics de l'étude

D. La réorientation des enfants vers une consultation de médecine générale

1. Accueil de l'enfant à l'admission

A l'admission dans le service, 90% des enfants inclus ont été accueillis par une infirmière, 6% par un interne et 4% par un médecin sénior.

2. Accord des parents sur la réorientation vers une consultation de médecine générale, à l'arrivée aux urgences

Plus de la moitié des parents (57%, IC95% : 51-63) ont déclaré que si après avoir été accueillis et après avoir exposé leur problème, l'équipe soignante leur avait proposé d'être réorientés, pour être pris en charge le jour même en consultation de médecine générale, ils auraient accepté. Parmi eux, 45% des parents accepteraient de se déplacer jusqu'à une distance équivalente à moins de 10 minutes de trajet en voiture et 67% l'accepteraient si la prise en charge s'effectuait dans un délai maximum de 2 heures. Le tableau 5 décrit les conditions de réorientation que les parents seraient prêts à accepter.

Tableau 5. Caractéristiques de l'acceptation de la réorientation par les parents

Caractéristiques	Effectif	Fréquence % (IC95%)
Accord réorientation	152/266	57 (51-63)
Si réorientation acceptée		
Distance acceptée		
Au sein de l'hôpital	50/152	33 (26-41)
A moins de 5 min	34/152	22 (16-30)
A moins de 10 minutes	68/152	45 (37-53)
Délai accepté		
2 heures maximum	102/152	67 (59-74)
4 heures maximum	36/152	24 (18-31)
6 heures maximum	14/152	9 (6-15)

3. Avis du soignant accueillant sur le caractère réorientable ou non de l'enfant *a priori* (à l'admission de l'enfant)

Compte tenu du motif de consultation et de l'impression générale que le soignant accueillant avait de l'enfant, les soignants ont jugé *a priori* que 62% (IC95% : 56-68) des enfants pouvaient être réorientés pour être pris en charge en médecine générale dans la journée.

4. Avis du médecin sur le caractère réorientable ou non de l'enfant *a posteriori* (en fin de prise en charge)

Les médecins ont jugé *a posteriori* que 61% (IC95% : 55-67) des enfants auraient pu être réorientés pour être pris en charge dans la journée en médecine générale.

Les 163 enfants jugés réorientables *a posteriori* par le médecin n'ont bénéficié d'aucun acte thérapeutique ou diagnostique dit « hospitalier » et sont tous rentrés au domicile immédiatement après examen du médecin ou après attente d'examen(s) complémentaire(s) non urgent(s), hormis quatre enfants qui faisaient exception : un enfant a bénéficié d'un électrocardiogramme (ECG) qui a été réalisé sans prescription du médecin. Un enfant a bénéficié uniquement d'un ECG. Un enfant a bénéficié de la pose d'un patch non invasif de diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache ; il a été reconvoqué trois jours plus tard pour la lecture du test. Un enfant a nécessité une surveillance clinique en salle d'attente avant retour à domicile ; il n'a bénéficié d'aucun d'acte thérapeutique ou diagnostique, le diagnostic retenu était une grippe.

Les parents acceptaient la réorientation et leur enfant était jugé réorientable *a posteriori* par le médecin dans 39% des cas (IC95% : 33-45).

5. Concordance entre l'avis du soignant accueillant l'enfant et du médecin en fin de prise en charge

Les enfants étaient dits réorientables *a priori* par le soignant accueillant et non réorientables *a posteriori* par le médecin dans 16% des cas. A l'inverse, 15% des enfants étaient dits non réorientables *a priori* par le soignant accueillant et étaient réorientables *a posteriori* par le médecin (tableau 6).

Selon le test du Chi-2 de McNemar, dans 69% (IC95% : 63-74) des cas l'avis *a priori* du soignant accueillant et l'avis *a posteriori* du médecin étaient concordants. Il n'existait pas de différence significative (Chi-2=0,048 ; p=0,82).

Tableau 6. Evaluation de la concordance du caractère réorientable ou non selon l'avis du soignant accueillant *a priori* ou du médecin *a posteriori*

	Non réorientable <i>a posteriori</i> par le médecin (/266)	Réorientable <i>a posteriori</i> par le médecin (/266)	
Non réorientable <i>a priori</i> par le soignant accueillant (/266)	60 (26%)	40 (15%)	100
Réorientable <i>a priori</i> par le soignant accueillant (/266)	43 (16%)	123 (46%)	166
	103	163	266

E. Expression de violence verbale ou physique

Sur la période de recueil, un seul cas de violence verbale à l'encontre de l'équipe soignante a été relevé et aucun cas de violence physique.

II. Facteurs liés à l'acceptation de la réorientation par les parents

A. Variables associées à l'acceptation de la réorientation par les parents (n=266)

1. Analyse univariée

a) Variables continues

Il n'y avait pas de différence significative d'âge moyen (en mois) entre les enfants dont les parents acceptaient la réorientation et les enfants dont les parents refusaient la réorientation (43 [\pm 40] vs. 48[\pm 40], $p=0,13$).

Le degré moyen d'urgence ressentie (/20) des parents acceptant la réorientation était significativement inférieur à celui des parents refusant la réorientation (12,2 [\pm 4,0] vs 13,5 [\pm 3,9], $p=0,01$).

b) Variables discontinues

La consultation aux urgences après 16 heures était associée significativement à un refus de la réorientation par les parents (OR=0,6 ; IC95% : 0,3-1,0 ; $p=0,03$) (tableau 7). Résider à l'intérieur de la Communauté Urbaine d'Arras (CUA) était associé significativement à l'acceptation de la réorientation par les parents (OR=1,8 ; IC95% : 1,0-3,0 ; $p=0,02$) (tableau 7). De même, avoir déjà consulté un médecin depuis le début des symptômes était à la limite de la significativité (OR=0,7 ; IC95% : 0,4-1,1 ; $p=0,09$).

Tableau 7. Analyse univariée des variables dichotomiques associées à l'acceptation de la réorientation par les parents (n=266)

Variables	Accord réorientation				OR	IC95%	p
	Non (n=114)		Oui (n=152)				
	n/N	%	n/N	%			
Sexe masculin	58/114	51	90/152	59	1,4	0,8-2,4	0,18
Arrivée après 16h	59/114	52	58/152	38	0,6	0,3-1,0	0,03
Délai de consultation > 6h	78/114	68	107/152	70	1,1	0,6-1,9	0,73
> 12h	71/114	62	89/152	59	0,9	0,5-1,5	0,54
> 24h	55/114	48	65/152	43	0,8	0,5-1,4	0,37
> 48h	35/114	31	39/152	26	0,8	0,4-1,4	0,36
A déjà consulté un médecin	66/114	58	72/152	47	0,7	0,4-1,1	0,09
Adressé médicalement	38/114	33	49/152	32	1,0	0,6-1,7	0,85
Adressé par médecin traitant	19/114	17	21/152	14	0,8	0,4-1,7	0,52
Caractéristiques des parents							
Accompagnant homme	26/114	23	30/152	20	0,8	0,4-1,6	0,54
Pas d'assurance santé	0/114	0	2/152	1	—	—	—
Sécurité sociale	85/114	75	105/152	69	0,8	0,4-1,4	0,33
CMU	29/114	25	45/152	30	1,2	0,7-2,2	0,45
Vit dans la CUA	53/114	47	92/152	61	1,8	1,0-3,0	0,02
Vit en couple	90/114	79	130/152	86	1,6	0,8-3,2	0,16
Niveau d'étude ≥ BAC	85/114	75	102/152	67	0,7	0,4-1,2	0,19
Ayant un emploi	85/114	75	99/152	65	0,6	0,4-1,1	0,10

CMU : couverture maladie universelle ; CUA : communauté urbaine d'Arras ; BAC : baccalauréat
OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance

2. Analyse multivariée

En analyse multivariée, la consultation aux urgences après 16 heures était associée significativement au refus de la réorientation par les parents (OR ajusté (ORa)=0,6 ; IC95% : 0,35-0,96 ; p=0,03). Résider à l'intérieur de la CUA était associé significativement à l'acceptation de la réorientation par les parents (ORa=1,7 ; IC95% : 1,03-2,82 ; p=0,04) (tableau 8).

Tableau 8. Analyse multivariée des variables dichotomiques associées à l'acceptation de la réorientation par les parents (n=266)

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée		
	OR	IC95%	ORa	IC95%	p
Arrivée après 16h	0,6	0,3-1,0	0,6	0,35-0,96	0,03
Consultation préalable	0,7	0,4-1,1	0,7	0,39-1,08	0,10
Domicilié dans la CUA	1,8	1,0-3,0	1,7	1,03-2,82	0,04
Parent ayant un emploi	0,6	0,4-1,1	0,7	0,39-1,17	0,16

CUA : communauté urbaine d'Arras ; ORa : odds ratio ajusté ; IC : intervalle de confiance

B. Variables associées à l'acceptation de la réorientation par les parents des enfants non adressés médicalement (n=179)

La même analyse univariée, puis multivariée a été effectuée en ne prenant en compte que les patients non adressés médicalement (n=179) (tableau 9).

1. Analyse univariée

a) Variables continues

Il n'y avait pas de différence significative d'âge moyen (en mois) entre les enfants dont les parents acceptaient la réorientation et les enfants dont les parents refusaient la réorientation (40 [\pm 40] vs. 45[\pm 40], p=0,27).

Le degré moyen d'urgence ressentie (/20) des parents acceptant la réorientation était significativement inférieur à celui des parents refusant la réorientation (12,3 [\pm 3,5] vs 13,7 [\pm 3,7], $p=0,01$).

b) Variables discontinues

Le fait de résider à l'intérieur de la CUA était associé significativement à l'acceptation de la réorientation par les parents (OR=2,2 ; IC95% : 1,2-4,4 ; $p=0,01$).

Le fait de consulter 24 heures après l'apparition des symptômes était associé significativement à un refus de la réorientation par les parents (OR=0,5 ; IC95% : 0,3-1,0 ; $p=0,04$), de même qu'avoir déjà consulté un médecin depuis le début des symptômes (OR=0,4 ; IC95% : 0,2-0,8 ; $p<10^{-3}$).

La consultation après 16 heures était associée à la limite de la significativité à un refus de la réorientation par les parents (OR=0,6 ; IC95% : 0,3-1,1 ; $p=0,09$) (tableau 9).

Tableau 9. Analyse univariée des variables dichotomiques associées à l'acceptation de la réorientation par les parents (enfants non adressés médicalement ; n = 179)

Variables	Accord réorientation				OR	IC95%	p
	Non (n=76)		Oui (n=103)				
	n/N	%	n/N	%			
Sexe masculin	36/76	47	62/103	60	1,7	0,9-3,2	0,09
Arrivée après 16h	37/76	49	37/103	36	0,6	0,3-1,1	0,09
Délai de consultation > 6h	50/76	66	68/103	66	1,0	0,5-2,0	0,97
> 12h	47/76	62	54/103	52	0,7	0,4-1,3	0,21
> 24h	39/76	51	37/103	36	0,5	0,3-1,0	0,04
> 48h	22/76	29	24/103	23	0,8	0,4-1,6	0,39
A déjà consulté un médecin	40/76	53	32/103	31	0,4	0,2-0,8	<10 ⁻³
<u>Caractéristiques des parents</u>							
Accompagnant homme	19/76	25	19/103	18	0,7	0,3-1,5	0,29
Pas d'assurance santé	0/76	0	0/103	0	—	—	—
Sécurité sociale	54/76	71	71/103	69	0,9	0,5-1,8	0,76
CMU	22/76	29	32/103	31	1,1	0,6-2,2	0,76
Vit dans la CUA	37/76	49	70/103	68	2,2	1,2-4,4	0,01
Vit en couple	63/76	83	88/103	85	1,2	0,5-3,0	0,64
Niveau d'étude ≥ BAC	53/76	70	71/103	69	1,0	0,5-1,9	0,91
Ayant un emploi	56/76	74	71/103	69	0,8	0,4-1,6	0,49

CMU : couverture maladie universelle ; CUA : communauté urbaine d'Arras ; BAC : baccalauréat ; OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance

Nous avons analysé si les raisons motivant le recours aux urgences (quand les enfants n'étaient pas adressés médicalement) étaient associées ou non à l'acceptation de la réorientation par les parents (annexe 3).

Le fait que les parents considéraient que l'état de santé de leur enfant était grave et que ce dernier devait absolument être pris en charge en urgence était associé significativement au refus de la réorientation par les parents (OR=0,4 ;

IC95% : 0,2-1,0 ; $p=0,03$), de même que de ne plus supporter de voir leur enfant malade (OR=0,2 ; IC95% : 0,1-0,7 ; $p<10^{-3}$) et d'être suivi par un pédiatre du CH d'Arras (OR=0,2 ; IC95% : 0,0-1,1 ; $p=0,03$). Le fait que le pédiatre habituel de l'enfant soit absent était associé significativement à l'acceptation de la réorientation par les parents (OR=4,4 ; IC95% : 0,9-30,3 ; $p=0,04$) (annexe 4).

Pour limiter des catégories à faible effectif, nous avons regroupé les motivations du recours spontané aux urgences en 8 domaines de motivations : le tableau 10 présente ces domaines de motivations relatifs au recours spontané aux urgences associés à l'acceptation de la réorientation par les parents.

L'inquiétude parentale et l'impression de gravité de l'état de santé de l'enfant étaient associées à la limite de la significativité au refus de la réorientation par les parents (OR=0,6 ; IC95% : 0,3-1,1 ; $p=0,08$) (tableau 10).

Tableau 10. Analyse univariée des variables dichotomiques par domaines de motifs de recours spontané aux urgences associés à l'acceptation de la réorientation par les parents (n=179)

Variables	Accord réorientation		OR	IC95%	p
	Non (n=76)	Oui (n=103)			
	n/N	%	n/N	%	
Inquiétude parentale et impression de gravité	54/76	71	60/103	58	0,6 0,3-1,1 0,08
Souhait d'avis pédiatrique	13/76	17	16/103	16	0,9 0,4-2,2 0,78
Médecin traitant indisponible	20/76	26	32/103	31	1,3 0,6-2,6 0,49
Persistance du tableau clinique	40/76	53	50/103	49	0,9 0,5-1,6 0,59
Accessibilité aux soins	35/76	46	42/103	41	0,8 0,4-1,5 0,48
Motif économique	2/76	3	4/103	4	1,5 0,2-12,3 0,49
Considère être mieux soigné à l'hôpital	7/76	9	16/103	16	1,8 0,7-5,2 0,21
Autre	2/76	3	0/103	0	0,0 0,0-3,1 0,18

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance

2. Analyse multivariée

En analyse multivariée, le fait d'avoir déjà consulté un médecin depuis le début des symptômes était associé significativement au refus de la réorientation par les parents (ORa=0,5 ; IC95% : 0,23-0,96 ; p=0,04). Résider à l'intérieur de la CUA était associé significativement à l'acceptation de la réorientation par les parents (ORa=2,1 ; IC95% : 1,07-3,96 ; p=0,03) (tableau 11).

Tableau 11. Analyse multivariée des variables dichotomiques associées à l'acceptation de la réorientation par les parents (enfants non adressés médicalement ; n = 179)

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée		
	OR	IC95%	ORa	IC95%	p
* Degré d'urgence	p=0.01		0,9	0,81-0,98	0,02
Sexe	1,7	0,9-3,2	1,6	0,85-3,17	0,14
Arrivée après 16h	0,6	0,3-1,1	0,6	0,29-1,07	0,08
Durée des symptômes > 24h	0,5	0,3-1,0	0,7	0,32-1,29	0,22
Consultation préalable d'un médecin	0,4	0,2-0,8	0,5	0,23-0,96	0,04
Domicilié dans la CUA	2,2	1,2-4,4	2,1	1,07-3,96	0,03
Inquiétude parentale et impression de gravité	0,6	0,3-1,1	0,8	0,40-1,74	0,62

CUA : communauté urbaine d'Arras ; OR ajusté : odds ratio ajusté ; IC : intervalle de confiance

* Variable continue significativement différente en analyse univariée entre les deux groupes (les parents acceptant et ceux refusant la réorientation).

III. Facteurs liés au caractère réorientable de l'enfant, *a priori*, selon le soignant accueillant

A. Variables associées au caractère réorientable *a priori* (n=266)

1. Analyse univariée

a) Variables continues

Il n'y avait pas de différence significative d'âge moyen (en mois) entre les enfants jugés réorientables *a priori* et les enfants jugés non réorientables *a priori* (42[±37] vs 49[±44], p=0,41).

Le degré moyen d'urgence ressentie (/20) des parents dont l'enfant était jugé *a priori* non réorientable était supérieur à celui des parents dont l'enfant était jugé *a priori* réorientable à l'accueil (13,1[±4,4] vs 12,5[±3,8], p=0,11). Il n'y avait pas de différence significative.

b) Variables discontinues

La fièvre comme symptôme principal de l'enfant semblait associée (à la limite de la significativité) au caractère réorientable de l'enfant *a priori*, selon le soignant accueillant (OR=1,7 ; 0,9-3,3 ; p=0,09). Le fait de consulter plus de 6 heures après l'apparition des symptômes était associé significativement au caractère réorientable de l'enfant *a priori* (OR=1,8 ; IC95% : 1,0-3,1 ; p=0,04) (tableau12).

Le fait que l'enfant était adressé médicalement était associé significativement au caractère non réorientable, *a priori*, selon le soignant accueillant (OR=0.5 ; IC95% : 0,3-0,9 ; p=0,01) (tableau12), de même que le fait que l'enfant était adressé par le médecin traitant (OR=0,5 ; IC95% : 0,2-0,8 ; p<10⁻²) (tableau12).

Tableau 12. Analyse univariée des variables dichotomiques associées au caractère réorientable *a priori* (enfants adressés médicalement ou non ; n=266)

Variables	Réorientable <i>a priori</i>				OR	IC95%	p
	Non (n=100)		Oui (n=166)				
	n/N	%	n/N	%			
Sexe masculin	60/100	60	88/166	53	0,8	0,4-1,3	0,27
Arrivée après 16h	47/100	47	70/166	42	0,8	0,5-1,4	0,44
Délai de consultation > 6h	62/100	62	123/166	74	1,8	1,0-3,1	0,04
> 12h	56/100	56	104/166	63	1,3	0,8-2,3	0,28
> 24h	41/100	41	79/166	48	1,3	0,8-2,2	0,30
> 48h	25/100	25	49/166	30	1,3	0,7-2,3	0,43
A déjà consulté un médecin	55/100	55	83/166	50	0,8	0,5-1,4	0,43
Adressé médicalement	42/100	42	45/166	27	0,5	0,3-0,9	0,01
Adressé par médecin traitant	34/100	34	31/166	19	0,5	0,2-0,8	<10 ⁻²
Caractéristiques des parents							
Accompagnant homme	22/100	22	34/166	21	0,9	0,5-1,8	0,77
Pas d'assurance santé	1/100	1	1/166	1	0,6	0,0-22,6	0,61
Sécurité sociale	76/100	76	114/166	69	0,7	0,4-1,3	0,20
CMU	23/100	23	51/166	31	1,5	0,8-2,8	0,17
Vit dans la CUA	54/100	54	91/166	55	1,0	0,6-1,8	0,90
Vit en couple	83/100	83	137/166	83	1,0	0,5-2,0	0,92
Niveau d'étude ≥ BAC	72/100	72	115/166	69	0,9	0,5-1,6	0,64
Ayant un emploi	75/100	75	109/166	66	0,6	0,4-1,2	0,11

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance

2. Analyse multivariée

En analyse multivariée, le fait de consulter plus de 6 heures après l'apparition des symptômes était associé significativement au caractère réorientable de l'enfant *a priori* (ORa=1,9 ; 1,11-3,41 ; p=0,02) (tableau13).

Tableau 13. Analyse multivariée des variables dichotomiques associées au caractère réorientable *a priori* (enfants adressés médicalement ou non ; n=266)

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée		
	OR	IC95%	ORa	IC95%	p
Délai des symptômes > 6h	1,8	1,0-3,1	1,9	1,11-3,41	0,02
Adressé médicalement	0,5	0,3-0,9	0,9	0,36-2,01	0,71
Adressé par le médecin traitant	0,5	0,2-0,8	0,5	0,18-1,15	0,10
Fièvre	1,7	0,9-3,3	1,5	0,80-2,88	0,35

ORa : odds ratio ajusté ; IC : intervalle de confiance

B. Variables associées au caractère réorientable *a priori*, des enfants non adressés médicalement (n=179)

La même analyse univariée, puis multivariée, a été effectuée en ne prenant en compte que les patients non adressés médicalement (n=179).

1. Analyse univariée

a) Variables continues

Il n'y avait pas de différence significative d'âge moyen (en mois) entre les enfants dits réorientables *a priori* selon le soignant accueillant et les enfants dits non réorientables *a priori* selon le soignant accueillant (41[±38] vs 45 [±43], p=0,76).

Le degré moyen d'urgence ressentie (/20) des parents dont l'enfant était jugé réorientable *a priori* selon le soignant accueillant, n'était pas différent de celui des parents dont l'enfant était jugé *a priori* non réorientable par le soignant accueillant (12,6[±3,6], vs 13,4[±3,9] p=0,20).

b) Variables discontinues

La fièvre comme symptôme principal de l'enfant était associée significativement au caractère réorientable de l'enfant *a priori* (OR=2,4 ; 1,0-5,9 ; p=0,03). Le fait de consulter 6 heures après le début des symptômes était associé significativement au caractère réorientable *a priori* (OR=2,0 ; 0,1-4,1 ; p=0,04) (tableau 14).

Tableau 14. Analyse univariée des variables dichotomiques associées au caractère réorientable *a priori* (enfants non adressés médicalement ; n=179)

Variables	Réorientable <i>a priori</i>				OR	IC95%	p
	Non (n=58)		Oui (n=121)				
	n/N	%	n/N	%			
Sexe masculin	33/58	57	65/121	54	0,9	0,4-1,7	0,69
Arrivée après 16h	25/58	43	49/121	41	0,9	0,5-1,8	0,74
Délai de consultation > 6h	32/58	55	86/121	71	2,0	0,1-4,1	0,04
> 12h	29/58	50	72/121	60	1,5	0,7-2,9	0,23
> 24h	21/58	36	55/121	46	1,5	0,7-3,0	0,24
> 48h	11/58	19	35/121	29	1,7	0,8-4,1	0,15
A déjà consulté un médecin	23/58	40	49/121	41	1,0	0,5-2,1	0,91
Caractéristiques des parents							
Accompagnant homme	11/58	19	27/121	22	1,2	0,5-2,9	0,61
Pas d'assurance santé	0/58	0	0/121	0	—	—	—
Sécurité sociale	41/58	71	84/121	69	0,9	0,4-2,0	0,86
CMU	17/58	29	37/121	31	1,1	0,5-2,3	0,86
Vit dans la CUA	35/58	60	72/121	60	1,0	0,5-1,9	0,91
Vit en couple	48/58	83	103/121	85	1,2	0,5-3,0	0,68
Niveau d'étude ≥ au BAC	41/58	71	83/121	69	0,9	0,4-1,9	0,78
Ayant un emploi	44/58	76	83/121	69	0,7	0,3-1,5	0,32

Nous avons analysé si les raisons motivant le recours aux urgences (quand l'enfant n'était pas adressé médicalement) étaient associées ou non au caractère réorientable *a priori*, selon le soignant accueillant (annexe 5).

Le fait que les parents considéraient que l'état de santé de leur enfant était grave et que celui-ci devait absolument être pris en charge en urgence, était associé significativement au caractère non réorientable, *a priori*, selon le soignant accueillant (OR=0,2 ; IC95% : 0,1-0,6 ; $p < 10^{-3}$), de même que le fait que les parents consultaient

avec le souhait de réaliser des examens complémentaires (OR=0,2 ; IC95% : 0,1-0,5 ; $p < 10^{-3}$).

Le fait que les parents étaient personnellement très inquiets était associé à la limite de la significativité au caractère non réorientable, *a priori*, selon le soignant accueillant (OR=0,6 ; IC95% : 0,3-1,1 ; $p=0,06$), de même que le fait que les symptômes persistaient (OR=1,9 ; IC95% : 0,9-4,3 ; $p=0,09$) (tableau15).

Le tableau 15 présente les 8 domaines de motivations relatifs au recours spontané aux urgences associés au caractère réorientable *a priori*.

Tableau 15. Analyse univariée des variables dichotomiques par domaines de motifs de recours spontané aux urgences associés au caractère réorientable *a priori* selon le soignant accueillant (n=179)

Variables	Accord réorientation				OR	IC95%	p
	Non (n=58)		Oui (n=121)				
	n/N	%	n/N	%			
Inquiétude parentale et impression de gravité	43/58	74	71/121	59	0,5	0,2-1,1	0,04
Souhait d'avis pédiatrique	10/58	17	19/121	16	0,9	0,4-2,3	0,79
Médecin traitant indisponible	12/58	21	40/121	33	1,9	0,9-4,3	0,09
Persistance du tableau clinique	25/58	43	65/121	54	1,5	0,8-3,0	0,18
Accessibilité aux soins	28/58	48	49/121	41	0,7	0,4-1,5	0,33
Motif économique	1/58	2	5/121	4	2,5	0,3-57,9	0,37
Considère être mieux soigné à l'hôpital	9/58	16	14/121	12	0,7	0,3-2,0	0,46
Autre	1/58	2	1/121	1	0,5	0,0-18,1	0,54

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance

2. Analyse multivariée

Le tableau 16 présente l'analyse multivariée des variables associées ou non au caractère réorientable, *a priori*, chez les enfants non adressés médicalement (n=179).

Tableau 16. Analyse multivariée des variables dichotomiques de recours spontané aux urgences et associées au caractère réorientable, *a priori* (n=179)

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée		
	OR	IC95%	ORa	IC95%	p
Délai des symptômes > 6h	2,0	0,1-4,1	1,8	0,93-3,60	0,08
Fièvre	2,4	1,0-5,9	2,1	0,93-4,93	0,07
Inquiétude parentale et impression de gravité	0,5	0,2-1,1	0,5	0,26-1,08	0,08
Médecin traitant indisponible	1,9	0,9-4,3	1,8	0,84-3,85	0,14

ORa : odds ratio ajusté ; IC : intervalle de confiance

DISCUSSION

I. Résultats principaux

Cette étude a montré que 57% des consultants aux urgences pédiatriques du CH d'Arras accepteraient d'être réorientés vers une consultation de médecine générale si on leur proposait. Presque la moitié des parents étaient d'accord pour se déplacer jusqu'à dix minutes de trajet en voiture de l'hôpital, même si 33% (IC95% : 26-41) souhaiteraient que cette consultation ait lieu au sein de l'hôpital et 22% (IC95% : 16-30) à une distance équivalente à moins de cinq minutes de trajet en voiture. Le délai souhaité de cette consultation différée était court, de 2 heures au maximum pour plus des deux tiers des parents acceptant la réorientation. L'acceptation de la réorientation semblait donc conditionnée par la rapidité de la prise en charge et la proximité de la structure vers laquelle l'enfant serait réorienté.

Le taux d'acceptation était inférieur à celui d'autres études sur le sujet. Dans une étude publiée en 2009, concernant 85 patients « non-urgents » se présentant dans le service d'urgence de l'hôpital de La Conception de Marseille, Gentile et coll. trouvaient 68.2% de patients acceptant la réorientation (29). Dans cette étude la réorientation était assortie d'une garantie de prise en charge et de proximité de la structure de prise en charge. Cette étude était réalisée auprès d'une population adulte et seuls étaient inclus les patients jugés comme relevant de la médecine générale à leur arrivée. Dans une thèse Lilloise, sur l'analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques de 144 enfants âgés de 3 mois à 3 ans au CH de Douai en 2016, le taux d'acceptation de la réorientation était de 82,8% pour les consultations non justifiées et de 74,4% pour les consultations

justifiées, sans différence significative (30). Dans « La consultation aux urgences pédiatriques : qui quoi comment ? » réalisée en 2011 au CHU de Brest, Rioualen et coll. trouvaient que 80% des accompagnants accepteraient une réorientation vers le libéral si la solution existait (31). Tous ces chiffres étaient cependant à interpréter avec prudence car le nombre de sujets inclus dans les deux premières études était inférieur au nôtre ; l'acceptation de la réorientation était comme ici de nature déclarative et la proposition de réorientation était théorique et non effective.

L'analyse des facteurs associés à l'acceptation de la réorientation montrait que les personnes résidant au sein de la CUA et donc à proximité de l'hôpital étaient plus favorables à la réorientation que les personnes résidant hors de la CUA. Ce résultat pouvait s'expliquer par le fait que les patients vivant près de l'hôpital avaient parcouru une distance moindre pour se rendre aux urgences et étaient donc moins réticents à parcourir une nouvelle distance limitée pour rejoindre le lieu de consultation. Cela montrait encore que l'acceptation de la réorientation semblait conditionnée par la proximité de la structure alternative. Hormis le lieu de résidence, il n'y avait pas d'autre différence sociodémographique significative entre les parents qui accepteraient ou refuseraient la réorientation.

L'heure de consultation semblait également influencer sur l'acceptation de la réorientation. Consulter aux urgences après 16 heures était associé significativement à un refus de la réorientation par les parents. Les patients consultant en fin de journée refusaient plus fréquemment, probablement pour un problème d'organisation du quotidien. Le fait de consulter en fin de journée pouvait suggérer un agenda contraint des parents. Se voir réorienté en fin de journée, pouvait signifier aussi que

la prise en charge serait probablement retardée sur le soir ; ce qui pouvait poser un problème d'organisation pour les parents. Cela suggérait encore que l'acceptation de la réorientation semblait conditionnée par la rapidité de la prise en charge.

Concernant les motivations du recours spontané aux urgences, l'inquiétude parentale (47%), la persistance des symptômes (29%) l'impression de gravité de l'état de santé de l'enfant (26%) étaient les principales raisons motivant le recours aux urgences chez les patients non adressés médicalement. Le ressenti des parents sur la gravité de la situation semblait influencer l'acceptation ou non de la réorientation. En effet, les parents qui considéraient que l'état de santé de l'enfant était grave, ou qui ne plus supportaient plus de voir leur enfant malade, acceptaient significativement moins la réorientation. Ces constatations vont dans le sens des publications qui prônent une meilleure éducation et information des parents sur les signes devant mener à consulter aux urgences afin de limiter les recours inappropriés aux services d'urgences (9,11,12).

Au terme de la prise en charge dans le service, les médecins jugeaient que 61% (IC95% : 55-67) des enfants auraient pu être réorientés à l'arrivée pour être pris en charge dans la journée en consultation de médecine générale. Ce qui veut dire que 61% des patients ne nécessitaient probablement pas une prise en charge aux urgences. Cependant, parmi les enfants jugés réorientables *a posteriori* par le médecin, tous les parents n'auraient pas accepté la réorientation. L'étude montrait que dans 39% (IC95% : 33-45) des cas les parents auraient accepté la réorientation de leur enfant jugé réorientable *a posteriori*.

Parmi les patients jugés non réorientables *a posteriori*, 43 patients (16%) étaient identifiés comme réorientables à l'arrivée par le soignant accueillant. Ce qui veut dire que 16% des enfants auraient pu être réorientés à tort (si leurs parents acceptaient la réorientation). Un jugement *a priori*, non basé sur des données objectives pourrait expliquer ce taux. La mise en place d'une échelle de tri spécifique aux urgences pédiatriques du CH d'Arras pourrait permettre de limiter le risque pris de réorienter à tort des patients « non réorientables » vers une consultation de ville et d'éviter ainsi de retarder des prises en charge médicales urgentes. Toutefois, un préjudice semble peu probable si on considère que la consultation du médecin généraliste surviendrait dans les 2 heures.

II. Limites, forces et biais

La principale limite de cette étude était son caractère monocentrique, en CH Général. Les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population générale consultant dans toutes les urgences pédiatriques en France.

Les forces de notre étude étaient son caractère prospectif et les modalités de recueil des données. L'outil de recueil était une fiche standardisée, à questions fermées principalement. Seuls 4% des items nécessitaient des réponses à texte libre. Les modalités de recueil avaient été présentées à l'équipe soignante au cours d'une réunion de service, puis le questionnaire avait été testé sur cinq journées afin de former les soignants. L'investigateur était présent tout au long de la période de recueil, ce qui garantissait une aide aux soignants et donc une certaine homogénéité du recueil. Enfin, notre nombre de sujets inclus était important par rapport à d'autres études sur le sujet (29,30). Sur les 290 questionnaires distribués selon nos critères

d'inclusion, seuls 8 % n'étaient pas exploitables. Un biais d'inclusion était donc peu probable.

Un biais de sélection était possible, compte tenu des heures d'inclusion et des périodes de recueil. Les patients étaient inclus entre 6 heures et 20 heures. Nous avons choisi ces heures d'inclusion pour nous concentrer sur les heures auxquelles un médecin généraliste est normalement facilement joignable. Il nous paraissait important qu'un enfant qui aurait été réorienté vers une consultation de médecine générale, puisse être pris en charge le jour même en cas de réorientation effective. Ensuite, la période de recueil de nos données pouvait également induire un biais de sélection. Le recueil était effectué au début du printemps puis au début de l'été. Les épidémies hivernales pouvaient être probablement moins représentées dans nos données. Il pouvait donc y avoir moins de pathologies hivernales graves (gastro-entérites déshydratées, bronchiolites sévères) et donc plus d'enfants jugés réorientables que si le recueil avait été effectué en hiver. Nos critères d'exclusion pouvaient également induire un biais de sélection. Nous avons choisi d'exclure les enfants non accompagnés par un représentant de l'autorité légale et ceux arrivés par ambulance. Cela ne représentait que neuf patients sur 334 (2,7%). Ce choix pouvait modifier la proportion de parents acceptant d'être réorientés, mais il nous paraissait difficile sur le plan médico-légal de réorienter un enfant sans l'accord et la présence de son représentant légal ou de réorienter des enfants avec leurs parents sans moyen de transport.

Un biais d'information pouvait exister. Les réponses des parents étaient de nature déclarative. Il persistait donc toujours un degré de subjectivité et d'incertitude sur la véracité des informations données par les parents. Par exemple, des motivations de recours spontané aux urgences comme les raisons financières ou le

souhait de consulter simplement pour bénéficier d'examens complémentaires pouvaient être sous-exprimés.

La proposition aux parents d'une réorientation vers une consultation de médecine générale était purement théorique et non effective. Si la réorientation était mise en place, peut-être que le taux d'accord des parents serait différent.

III. Perspectives

Devant ces proportions élevées de parents acceptant la réorientation et d'enfants jugés réorientables *a posteriori* selon le médecin, la mise en place d'un système de réorientation pourrait théoriquement diminuer l'afflux aux urgences pédiatriques du CH d'Arras.

Cette structure vers laquelle les enfants pourraient être réorientés, pourrait exister sous la forme d'une consultation de médecine générale au sein de l'hôpital, ou d'une maison médicale de garde au sein ou à proximité de l'hôpital. Nous pourrions aussi imaginer la mise en place d'un système de permanence de soins de journée où des médecins généralistes volontaires consacraient tour à tour une plage de consultation dans la semaine au sein de leur cabinet, pour prendre en charge les enfants réorientés depuis les urgences pédiatriques.

La mise en place d'un système de réorientation nécessite d'abord de réfléchir à plusieurs points importants. Il est nécessaire en premier lieu de favoriser l'adhésion des parents à la réorientation vers une structure alternative. Ceci implique qu'ils reçoivent toutes les informations en rapport : le lieu, le délai de prise en charge, le nom du médecin généraliste, le coût financier, les modalités de coopération avec le service des urgences. Ensuite, la mise en place d'un outil de tri des patients validé, à

l'accueil des patients aux urgences pédiatriques, semble indispensable. Il permettrait de limiter les réorientations à tort, d'éviter ainsi de retarder des prises en charge médicales urgentes et d'éventuelles réclamations de la part des parents.

Enfin, deux freins à la réorientation des patients vers une structure alternative sont à évoquer. Le premier est d'ordre médico-légal. Il peut se poser si la réorientation à l'arrivée aux urgences n'est pas décidée par un médecin (32). Cependant, comme dans d'autres centres, une « infirmière d'accueil et d'orientation » pourrait être affectée au tri des patients selon les recommandations de la société française de médecine d'urgence (33-34) et proposer « l'orientation » vers la consultation la plus adaptée pour le patient.

Le second concerne la rentabilité pour l'hôpital. En effet, dans le système actuel de financement des hôpitaux, la diminution du nombre de passages aux urgences pourrait être responsable d'une baisse de revenus pour l'hôpital. Selon un rapport de la cour des comptes publié en 2007, « Le dispositif tarifaire, de l'avis même de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), « incite au volume ». La modulation du forfait annuel urgences (FAU) à partir du nombre des accueils et de traitements des urgences (ATU) décomptés par les services d'urgence ne peut qu'inciter ces derniers à développer leur activité, plutôt qu'à promouvoir la recherche de solutions visant à diminuer leur flux. Ceci apparaît contradictoire avec l'objectif de développement de la permanence des soins et de désengorgement des services d'urgence. » (35). Récemment, la ministre de la Santé semble toutefois remettre en avant la permanence des soins en médecine libérale (36).

CONCLUSION

Cette étude montre que plus de la moitié (57% (IC95% : 51-63)) des consultants aux urgences pédiatriques accepteraient une réorientation si on leur proposait. En parallèle, elle montre que 61% (IC95% : 55-67) des enfants ayant consulté ne nécessitaient pas une prise en charge hospitalière. Cette réorientation semblerait plus facile à proposer à ceux habitant la communauté urbaine, ayant des symptômes évoluant depuis plus de 6 heures mais n'ayant pas consulté au préalable un médecin, et avec un niveau d'urgence ressentie peu élevé par les parents.

La mise en place d'un système de réorientation des patients vers une consultation de médecine générale peut être une alternative au recours des urgences pédiatriques réduisant ainsi le nombre de consultations aux urgences, tout en augmentant la qualité des soins et la satisfaction des patients et des soignants. Instaurer un tel système demande d'abord des réflexions organisationnelles et légales ainsi qu'une éventuelle restructuration du fonctionnement du service des urgences.

BIBLIOGRAPHIE

Références

1. Cour des Comptes, Chambres régionales et territoriales des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Rapport Sécurité Sociale 2014.
Disponible : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
2. Brillhault G, Alleaume S, Boisguérin B, Bouvet M, Coquelet F, Dennevault C, et al. Les établissements de santé - Edition 2016. Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
3. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Etudes et Résultats N°889. Juillet 2014.
Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
4. Boisguérin B, Brillhault G, Ricroch I, Valdelièvre H, Vuagnat A. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Le Panorama des établissements de santé - Edition 2014. Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014_dossier2.pdf
5. Morin L, Smail A, Siriez J-Y, Angoulvant F, Titomanlio L, Ravuth E, et al. Fréquentation des urgences pédiatriques : jusqu'où ? Journal Européen des Urgences. 2009;22(Supplément 2):A92-3.
6. Gras Le Guen C, Levieux K, Lucas V, Vrignaud B. Limiter l'engorgement hivernal aux urgences pédiatriques. Soins Pédiatrie/Puériculture. 2014; 35(281)19-22
7. BelhadiDaouzli B. Les urgences pédiatriques en urgence ou dans l'urgence ? Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2012;24(2):67-71

8. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63-74
9. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées - enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*. 2004;11(2):108-14.
10. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, De Wever A, Alexander S. Utilisations inappropriées des urgences pédiatriques dans douze hôpitaux belges. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2012;60:S57
11. Stagnara J, Vermont J, Kasai B, Meltz M, Bellon G. Organisation de la permanence de soins extrahospitalière. *Archives de Pédiatrie*. 2005;12(6):709-11
12. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? *Archives de Pédiatrie*. 2008;15(12):1733-8
13. Demonchy D, Tran A, Montaudie I, Gazzaz N, Gignoux L, Bailly-Piccini C, et al. Réduire l'attente aux urgences pédiatriques : le circuit court ? *Archives de Pédiatrie*. 2014;21(5, Supplément 1):945
14. Lafay V, Giraud C, Bel C, Giovannetti O. Consultation de médecine générale au sein d'un service d'accueil des urgences. *La Presse Médicale*. 2008;31(35):1643-9
15. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Sous-direction de l'organisation du système de soins. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
16. Grall JY. Les Maisons médicales de gardes. Rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités. Juillet 2006. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000564/>

17. Ministère de la Santé. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Ministère de la santé. Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68
Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
18. Mercier J-C. Organisation des urgences pédiatriques en Île-de-France. Cahiers de la puéricultrice. 2014;51(281):12-5
19. Stagnara J, Vermont J, Jacquet J, Bagou G, Masson S, Kassaï B, et al. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. La Presse Médicale. 2010;39(11):258-63
20. 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. Journal Européen des Urgences. 2015;27(3):117-25
21. Duval C-M, Loire C, Montbrun A. Impact de l'ouverture de la maison médicale de Bellepierre sur le taux de fréquentation des urgences pédiatriques au CHD Felix-Guyon, Saint-Denis de la Réunion. Journal Européen des Urgences. Mai 2007;20(Supplément 1):112
22. Grière M. La Maison Médicale de Garde de Douai pour assurer la permanence des soins ambulatoires dans le Douaisis. Evaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers. [Thèse de doctorat] Université Lille2. 2017. Disponible : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ef0f2362-f88a-42df-a995-298d8d570cc2>
23. Desmettre T, Prieur O, Gouret E, Lambert C, Khoury A, Faivre F, et al. Evaluation de la mise place de deux maisons médicales de garde dans le Doubs. Journal Européen des Urgences. 2007;20(Supplément 1):50-1
24. Wolf P, Pellegrino B. Evolution de l'organisation des urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie. 2016;23:1170

25. Société française de médecine d'urgence. Dans la vie des établissements: CH d'Arras, Hôpital Antoine-Béclère, CHU de Montpellier, Chic des Andaines, Ehpad à Aulnay-sous-Bois, Ehpad à Lyon - Actualités de l'Urgences - APM - Actualités. Avril 2015. Disponible :<http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-56757-dans-la-vie-des-etablissements-ch-d-arras-hopital-antoine-beclere-chu-de-montpellier-chic-des-andaines-ehpad-a-aulnay-sous-bois-ehpad-a-lyon>
26. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambulatory Pediatrics*. 2008;8(6):360-7
27. Costet Wong A, Claudet I, Sorum P, Mullet E. Why do parents bring their children to the emergency department? A systematic inventory of motives. *International Journal of Family Medicine*. 2015. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4649091/>
28. Brousseau DC, Nimmer MR, Yunk NL, Nattinger AB, Greer A. Nonurgent emergency-department care: analysis of parent and primary physician Perspectives. *Pediatrics*. 2011;127(2):e375-81
Disponible : <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/2/e375>
29. 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 ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2009 ; 57(1) :3-9
30. Cosaert C. 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 de doctorat] Université Lille2. 2016. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/1f8e33bb-7fc6-4606-8f4e-2c58653b9144>
31. Rioualen S, Tobie-Gueguen MJ, Abaléa L, Cros P. La consultation aux urgences pédiatriques: qui quoi comment? *Archives de Pédiatrie*. 2014;21(5, Supplement 1):876
32. Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal Officiel*. Disponible :<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000749449>

33. Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil. Société francophone de médecine d'urgence. 2004
34. Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts. Société Française de Médecine d'Urgence. 2013. Disponible : http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf
35. Cours des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. 2007. Disponible : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/12UrgencesMedicales.pdf>
36. Les urgences saturées ? Agnès Buzyn veut améliorer la PDS libérale. Le quotidien du médecin. Octobre 2017. Disponible : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/10/25/les-urgences-saturees-agnes-buzyn-veut-ameliorer-la-pds-liberale_8516

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil des données, questionnaire, volet « Médecin/Soignants »

Questionnaire Médecin-Soignants

Numéro d'entrée: _____

Critères d'inclusion (tous les critères doivent être présents)

- Enfant <15 ans et 3 mois admis aux urgences pédiatriques
- Arrivé par ses propres moyens*
- Pas de nécessité de soin urgent (pas d'installation prioritaire en salle d'examen)*
- Accompagné à l'arrivée d'au moins un titulaire de l'autorité parentale
- Comprendre le français
- Le patient n'est pas un enfant reconvoqué

Si exclus, motif d'exclusion :

*Les enfants amenés par le SAMU ou les pompiers et les enfants prioritaires sont exclus de ce recueil

Heure d'arrivée dans le service :

6h01 - 8h 12h01 - 14h 18h01 - 20h
 8h01 - 10h 14h01 - 16h
 10h01 - 12h 16h01 - 18h

Qui accueille l'enfant :

Infirmière Interne Médecin

Vous venez d'accueillir le patient. Vous ne l'avez pas encore examiné. Pensez vous (compte tenu du motif et de l'impression que vous avez de l'enfant) que ce patient aurait pu être réorienté, pour être pris en charge dans la journée en médecine générale ?
(à remplir par l'infirmière, le médecin ou l'interne)

OUI NON

Actes réalisés : (à remplir par le médecin ou interne)

Thérapeutique :	Diagnostique :
<input type="checkbox"/> Désobstruction rhino-pharyngée <input type="checkbox"/> Traitement Per-os <input type="checkbox"/> Extraction simple de corps étranger (Réalisable selon vous en cabinet de ville) <input type="checkbox"/> Pansement simple (Réalisable selon vous en cabinet de ville) <input type="checkbox"/> Injection sous-cutanée/Intramusculaire <input type="checkbox"/> Inhalation/Nébulisation/Oxygène <input type="checkbox"/> Traitement intraveineux <input type="checkbox"/> Extraction complexe de corps étranger (Non réalisable selon vous en cabinet de ville) <input type="checkbox"/> Pansement complexe (Non réalisable selon vous en cabinet de ville) <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> AUCUN	<input type="checkbox"/> Bandelette urinaire <input type="checkbox"/> Test de diagnostic rapide <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire <input type="checkbox"/> Acétonémie capillaire <input type="checkbox"/> Bilan sanguin (non urgent ; pourrait être réalisé en externe) <input type="checkbox"/> Radiographie (non urgent ; pourrait être réalisée en externe) <input type="checkbox"/> Bilan sanguin (indication en urgence) <input type="checkbox"/> Radiographie (indication en urgence) <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Avis spécialisé <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> AUCUN

Orientation à l'issue de la prise en charge dans l'unité d'accueil d'urgence pédiatrique :

- Retour à domicile immédiatement après examen par le médecin ou après attente d'examen(s) complémentaire(s) **non urgent(s)** (pas de surveillance clinique nécessaire)
- Nécessité d'une surveillance clinique en salle d'attente et/ou attente d'examen(s) complémentaire(s) **urgent(s)**
- UHCD puis retour à domicile
- Hospitalisation
- Patient reconvoqué

Au terme de votre prise en charge (à remplir par le médecin ou l'interne)

Pensez vous que ce patient aurait pu être réorienté, pour être pris en charge dans la journée en médecine générale ?

- OUI NON

Il y a-t-il eu expression de violence de la part du ou des accompagnants ?

- OUI, verbalement NON
 OUI, physiquement

Diagnostic :

Annexe 2 : Fiche de recueil des données, questionnaire, volet « patient »

Madame, Monsieur,
 Une enquête est en cours aux Urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier d'Arras.

Les buts de cette enquête sont :

- AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AUX URGENCES,
- REDUIRE LES DELAIS D'ATTENTE AUX URGENCES,
- FAVORISER LA COLLABORATION ENTRE LA MEDECINE DE VILLE ET L'HOPITAL.

Pour cela nous avons besoin de vous, parents, pour remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire est ANONYME, simple, rapide, et ne comporte que des propositions à cocher.

Les données recueillies seront conservées uniquement pendant le temps de l'étude (maximum 2 ans).

Cette étude est menée par Cyril BASSEUX (Interne en médecine) et supervisée par le Professeur DUBOS (Chef du service des urgences pédiatriques du CHRU Lille), Docteur DEVOUGE (Chef du service de Pédiatrie du CH Arras).

Etes-vous d'accord pour y participer ?

OUI NON

QUESTIONNAIRE PATIENT

Numéro d'entrée:

1. **Age de votre enfant :** **Sexe :**

2. **Aujourd'hui, pour quel motif principal (symptôme) amenez-vous votre enfant aux urgences pédiatriques ?**
(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE) :

<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Trouble du comportement, de l'humeur
<input type="checkbox"/> Mal de gorge ou d'oreille	<input type="checkbox"/> Somnolence
<input type="checkbox"/> Mal au ventre	<input type="checkbox"/> Mal de tête
<input type="checkbox"/> Vomissement et/ou diarrhée	<input type="checkbox"/> Vertiges
<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Malaise
<input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien (coup sur la tête)
<input type="checkbox"/> Eruption cutanée (boutons ou plaques sur la peau)	<input type="checkbox"/> Boiterie
<input type="checkbox"/> Difficultés alimentaires	<input type="checkbox"/> Saignement
<input type="checkbox"/> Irritabilité/pleurs	<input type="checkbox"/> Problème urinaire
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	

3. **Cochez le (ou les) symptôme(s) associé(s) s'il en existe(nt) :**
(NE PAS COCHER LE SYMPTOME PRINCIPAL DEJA COCHE A LA QUESTION PRECEDENTE)

<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Trouble du comportement, de l'humeur
<input type="checkbox"/> Mal de gorge ou d'oreille	<input type="checkbox"/> Somnolence
<input type="checkbox"/> Mal au ventre	<input type="checkbox"/> Mal de tête
<input type="checkbox"/> Vomissement et/ou diarrhée	<input type="checkbox"/> Vertiges
<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Malaise
<input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien (coup sur la tête)
<input type="checkbox"/> Eruption cutanée (boutons ou plaques sur la peau)	<input type="checkbox"/> Boiterie
<input type="checkbox"/> Difficultés alimentaires	<input type="checkbox"/> Saignement
<input type="checkbox"/> Irritabilité/pleurs	<input type="checkbox"/> Problème urinaire
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	

4. Depuis le début des symptômes de votre enfant avez-vous déjà consulté un médecin ?

OUI

NON

SI OUI: Vous-a-t-il expliqué les signes devant vous amener à consulter aux urgences ?

OUI

NON

5. Combien de temps s'est-il écoulé entre le début des symptômes de votre enfant et votre arrivée aux urgences ? (une seule réponse possible)

Moins de 6h

Moins de 24h

Plus de deux jours

Moins de 12h

Entre 24h et 48h

Plus de trois jours

6. Sur une échelle de 0 (pas urgent) à 20 (très urgent), à combien estimeriez vous l'urgence ressentie devant l'état de santé de votre enfant ? : /20

7. Par le passé, aviez vous-déjà consulté aux urgences pédiatriques d'Arras ?

Oui, une fois

Oui, plus de deux fois

Oui, deux fois

Jamais

8. Aujourd'hui : Qui a pris la décision de consulter aux urgences ? (une seule réponse possible)

A. J'ai appelé les urgences et l'on m'a conseillé de venir consulter.

B. Je suis adressé par les pompiers.

C. Je suis adressé par le SAMU (Centre 15).

D. J'ai vu en consultation mon médecin traitant ou mon pédiatre et il m'a orienté vers les urgences.

Avec un courrier

Sans courrier

E. J'ai eu au téléphone mon médecin traitant ou mon pédiatre et il m'a orienté vers les urgences.

F. C'est un kinésithérapeute, puéricultrice ou sagefemme qui m'a conseillé de consulter un médecin.

G. C'est la crèche ou la nourrice de mon enfant qui m'a conseillé de venir consulter un médecin.

H. C'est l'école de mon enfant qui m'a conseillé de venir consulter un médecin.

I. C'est mon entourage (famille, amis) qui m'a conseillé de venir consulter aux urgences.

J. J'ai pris moi-même la décision de consulter aux urgences.

K. Autre (précisez) :

Si votre réponse est une des réponses F,G,H,I,J,K, répondez à la question numéro 9, sinon passez directement à la question numéro 10.

9. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté aux urgences ?

VEUILLEZ LIRE D'ABORD TOUTES LES PROPOSITIONS PUIS COCHER LES REPONSES QUI VOUS SEMBLENT FORTEMENT ADAPTEES A VOTRE SITUATION :

Je consulte aux urgences parce que : **(PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)**

- Le symptôme principal de mon enfant persiste (sans s'aggraver).
- Un ou des nouveaux symptômes sont apparus.
- L'état de santé de mon enfant semble s'aggraver.
- Je considère que l'état de santé de mon enfant est grave et que mon enfant doit absolument être pris en charge en urgence.
- Je ne supporte plus de voir mon enfant malade.
- Je souhaite obtenir un diagnostic/traitement rapide.
- Je suis personnellement très inquiet(e).
- Je veux consulter un pédiatre uniquement (et non un généraliste).
- Mon enfant est suivi par un pédiatre du Centre Hospitalier d'Arras.
- Je considère que mon enfant sera mieux soigné aux urgences pédiatriques.
- Je veux que mon enfant bénéficie d'un examen (prise de sang, radiographie, scanner...).
- Je considère que mon médecin n'a pas fait le bon diagnostic.
- Je considère que mon médecin n'a pas prescrit le bon traitement.
- Mon médecin traitant est absent.
- Mon pédiatre est absent.
- Je n'ai pas de médecin traitant.
- J'ai cherché un médecin mais n'en ai pas trouvé.
- Le délai pour avoir un rendez-vous avec mon médecin traitant était trop long.
- J'ai l'habitude de consulter aux urgences quand mon enfant est malade.
- Ici je n'ai pas à avancer d'argent.
- Je n'ai pas les moyens de payer une consultation au cabinet.
- Ici je n'ai pas besoin de prendre rendez-vous.
- J'ai besoin d'un examen rapidement et je n'ai pas trouvé de rendez-vous.
- Autre (précisez) :

10. Aujourd'hui, si après avoir été accueilli et après avoir exposé votre problème, l'équipe soignante vous avait proposé d'être réorienté pour être pris en charge le jour même vers une consultation de médecine générale auriez-vous été d'accord ?

- OUI NON

Si OUI à la question précédente : Seriez-vous d'accord pour vous déplacer ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Dans une maison de santé au sein de l'hôpital
- A moins de 5 minutes en voiture
- A moins de 10 minutes en voiture
- NON, je n'accepterai pas de me déplacer

Accepteriez-vous que le rendez-vous fixé avec le médecin généraliste ait lieu dans :

- Les 2 heures maximum
- Les 4 heures maximum
- Les 6 heures maximum

Données Sociodémographiques

Ces questions concernent l'accompagnant de l'enfant :

Vous êtes :

- Un Homme Une Femme

Avez-vous une assurance santé ?

- Aucune
 Sécurité sociale
 CMU

Avez-vous une complémentaire santé ?

- Aucune
 Complémentaire santé privée (mutuelle)
 CMU complémentaire

Quel est le code postal de votre lieu de résidence ? :

Quel est votre situation familiale ?

- Je vis seul(e) Je vis en couple

Quel est votre niveau d'études ?

- Inférieur au baccalauréat Niveau baccalauréat Etudes supérieures

Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chefs d'entreprise | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Cadres et profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> Mère/Père au foyer |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi |

Nous vous remercions de votre participation à cette étude.

Annexe 3 : Attestation : Formalité CNIL



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS



Formalité CNIL en cas d'exploitation de données à caractère personnel

Discipline : Thèse médicale portant sur la réorientation d'enfants vers une consultation de médecine générale

	Aucune (donnée anonyme)	Le
	Dispense	Le
	Demande simplifiée	Le
X	Déclaration normale et inscription au registre du CIL de l'établissement	Le 18/05/2016
	Demande d'avis	Le
	Demande d'autorisation	Le
	Demande d'autorisation d'un traitement de recherche dans le domaine de la santé	Le
	Demande d'autorisation d'un traitement ayant pour fin l'évaluation ou l'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention	Le

Daphné JAYET
Correspondant CNIL



57 Avenue Winston Churchill
62022 ARRAS Cedex

Annexe 4 : Analyse univariée des variables dichotomiques de motifs de recours spontané aux urgences associées à l'acceptation de réorientation par les parents (n=179)

Variables	Accord réorientation				OR	IC95%	p
	Non (n=76)		Oui (n=103)				
	n/N	%	n/N	%			
Persistance des symptômes	23/76	30	29/103	28	0,9	0,4-1,8	0,76
Nouveaux symptômes	10/76	13	18/103	18	1,4	0,6-3,5	0,43
Etat semblant s'aggraver	24/76	32	22/103	21	0,6	0,3-1,2	0,12
Etat considéré grave	16/76	21	10/103	10	0,4	0,2-1,0	0,03
Ne supporte plus de voir l'enfant malade	15/76	20	5/103	5	0,2	0,1-0,7	<10 ⁻³
Souhait de diagnostic/traitement rapide	25/76	33	31/103	30	0,9	0,4-1,8	0,69
Parent personnellement très inquiet	41/76	54	43/103	42	0,6	0,3-1,2	0,11
Souhait de consulter un pédiatre	4/76	5	4/103	4	0,7	0,2-3,7	0,46
Suivi par pédiatre du CH Arras	7/75	9	2/103	2	0,2	0,0-1,1	0,03
Considère être mieux soigné à l'hôpital	7/76	9	16/103	16	1,8	0,7-5,2	0,21
Souhait d'examens complémentaires	8/76	11	13/103	13	1,2	0,4-3,5	0,67
Désaccord avec le médecin traitant (diagnostic)	3/76	4	5/103	5	1,2	0,2-6,9	0,54
Désaccord avec le médecin traitant (traitement)	3/76	4	2/103	2	0,5	0,1-3,7	0,36
Médecin traitant absent	13/76	17	22/103	21	1,3	0,6-3,0	0,48
Pédiatre absent	2/76	3	11/103	11	4,4	0,9-30,3	0,04
N'a pas de médecin traitant	0/76	0	2/103	2	—	—	—
N'a pas trouvé de médecin	2/76	3	5/103	5	1,9	0,3-14,7	0,36
Délai de rendez-vous trop long	7/76	9	10/103	10	1,1	0,4-3,3	0,91
Habitude de consulter aux urgences	2/76	3	3/103	3	1,1	0,1-9,9	0,64
Motif économique (pas d'avance de frais)	1/76	1	2/103	2	1,5	0,1-42,9	0,61
Motif économique (pas de moyens)	1/76	1	3/103	3	2,3	0,2-58,3	0,43
Accessibilité (pas de rendez-vous nécessaire)	2/76	3	5/103	5	1,9	0,3-14,5	0,37
Besoin d'un examen rapidement	5/76	7	4/103	4	0,6	0,1-2,6	0,31
Autre	2/76	3	0/103	0	0,0	0,0-3,1	0,18

Annexe 5 : Analyse univariée des variables dichotomiques de motifs de recours spontané aux urgences associées au caractère réorientable *a priori* (n=179)

Variables	Réorientable <i>a priori</i>				OR	IC95%	p
	Non (n=58)		Oui (n=121)				
	n/N	%	n/N	%			
Persistance des symptômes	12/58	21	40/121	33	1,9	0,9-4,3	0,09
Nouveaux symptômes	7/58	12	21/121	17	1,5	0,6-4,3	0,36
Etat semblant s'aggraver	14/58	24	32/121	26	1,1	0,5-2,5	0,74
Etat considéré grave	16/58	28	10/121	8	0,2	0,1-0,6	<10 ⁻³
Ne supporte plus de voir l'enfant malade	7/58	12	13/121	11	0,9	0,3-2,6	0,79
Souhait de diagnostic/traitement rapide	19/58	33	37/121	31	0,9	0,4-1,9	0,77
Parent personnellement très inquiet	33/58	57	51/121	42	0,6	0,3-1,1	0,06
Souhait de consulter un pédiatre	3/58	5	5/121	4	0,8	0,2-4,4	0,51
Suivi par pédiatre du CH Arras	4/58	7	5/121	4	0,6	0,1-2,7	0,32
Considère être mieux soigné à l'hôpital	9/58	16	14/121	12	0,7	0,3-2,0	0,46
Souhait d'examens complémentaires	15/58	26	6/121	5	0,2	0,1-0,5	<10 ⁻³
Désaccord avec le médecin traitant (diagnostic)	3/58	5	5/121	4	0,8	0,2-4,4	0,51
Désaccord avec le médecin traitant (traitement)	2/58	3	3/121	3	0,7	0,1-6,4	0,52
Médecin traitant absent	8/58	14	27/121	22	1,8	0,7-4,7	0,18
Pédiatre absent	3/58	5	10/121	8	1,7	0,4-8,0	0,34
N'a pas de médecin traitant	0/58	0	2/121	2	—	—	—
N'a pas trouvé de médecin	1/58	2	6/121	5	3,0	0,3-68,3	0,28
Délai de rendez-vous trop long	4/58	7	13/121	11	1,6	0,5-6,3	0,41
Habitude de consulter aux urgences	1/58	2	4/121	3	2,0	0,2-47,7	0,48
Motif économique (pas d'avance de frais)	1/58	2	2/121	2	1,0	0,1-27,8	0,69
Motif économique (pas de moyens)	0/58		4/121	3	—	—	—
Accessibilité (pas de rendez-vous nécessaire)	1/58	2	6/121	5	2,9	0,3-100	0,28
Besoin d'un examen rapidement	1/58	2	8/121	7	4,0	0,5-89,6	0,15
Autre	1/58	2	1/121	1	0,5	0,0-18,1	0,54

AUTEUR : Nom : BASSEUX

Prénom : Cyril

Date de Soutenance : 16 novembre 2017

Titre de la Thèse : Recours aux urgences pédiatriques : les patients « non-urgents » sont-ils réorientables vers une consultation de médecine générale ?

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de Médecine générale

Mots-clés : acceptation, réorientation, recours aux urgences, urgences pédiatriques, non-urgents, médecine générale

Résumé :

Contexte : Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter et leurs motifs ne relèvent pas tous de l'urgence. L'engorgement des services impacte la qualité des soins, peut retarder des prises en charge urgentes et génère un surmenage des équipes soignantes.

Objectif : Déterminer si les patients dits « non-urgents » consultant aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier d'Arras accepteraient d'être réorientés vers une consultation de médecine générale le jour même et sous quelles modalités. Déterminer la proportion d'enfants qui seraient réorientables selon les soignants et les caractéristiques de ces patients.

Méthode : Une étude analytique, prospective était réalisée sur deux semaines en mars et juin 2016. Le recueil était standardisé par un questionnaire à 2 volets par enfant consultant : un pour les parents et un pour les soignants. Le taux d'acceptation de la réorientation et la proportion d'enfants réorientables selon les soignants étaient calculés. Les facteurs associés à l'acceptation de la réorientation étaient analysés.

Résultat : 266 enfants étaient inclus. 57% des parents (IC95% : 51-63) accepteraient la réorientation. Parmi eux 33% souhaiteraient que la consultation ait lieu au sein de l'hôpital, 22% à une distance équivalente à moins de 5 minutes de trajet en voiture et 67% dans un délai de 2 heures. En fin de prise en charge les médecins jugeaient que 61% des patients (IC95% : 55-67) auraient pu être pris en charge en médecine générale. Résider au sein de la communauté urbaine d'Arras était associé significativement à l'acceptation de la réorientation par les parents en analyse multivariée (ORa=1,7 ; IC95% : 1,0-2,8 ; p=0,04). Consulter après 16 heures était associé significativement au refus de la réorientation en analyse multivariée (ORa=0,6 ; IC95% : 0,35-0,96 ; p=0,03). Considérer que l'état de santé de son enfant était grave (OR=0,4 ; IC95% : 0,2-1,0 ; p=0,03) et de ne plus supporter de le voir malade (OR=0,2 ; IC95% : 0,1-0,7 ; p≤10⁻³) était associé significativement, en analyse univariée, au refus de la réorientation.

Conclusion : La majorité des consultants (57%) acceptait la réorientation vers une consultation de médecine générale. 61% des enfants étaient jugés réorientables selon le médecin. La mise en place d'un système de réorientation des patients « non-urgents » devrait permettre de réduire le nombre de passages aux urgences pédiatriques.

Composition du Jury :

Président : Professeur MARTINOT

Assesseurs : Professeur WIEL, Professeur DUBOS, Professeur LEROUGE