

Abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

UP : Urgences Pédiatriques

Plan

Introduction	9
Matériel et méthode	11
Résultats	15
Discussion	42
Conclusion	54
Références bibliographiques	55
Table des matières	61

Introduction

Depuis plusieurs années, la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux français est en nette augmentation. Selon la DREES, l'augmentation des consultations aux urgences est estimée à 4,3% entre 1996 et 2008 [1]. Ce phénomène s'observe également en Europe et sur le continent américain. Les services d'accueil des urgences pédiatriques sont pleinement concernés par cette inflation puisque 25% des urgences globales sont des urgences pédiatriques [2].

Il a été démontré, dans un certain nombre d'études, que dans la majorité des cas, le recours à un service d'urgences pédiatriques pour ces consultations est inapproprié [3–6], et il s'avère que les services d'urgences pédiatriques s'apparentent progressivement à de véritables structures de soins primaires dans l'esprit des usagers.

Dans un contexte actuel de crise économique où les mesures politiques de réduction des dépenses dans le secteur public se succèdent, l'utilisation inappropriée des services d'urgences pose un réel enjeu économique [7]. La facilité d'accès aux services d'urgences pour tous (gratuité apparente, continuité des soins 24h/24h et plateau technique performant) et le renforcement de la mission d'accueil qui leur a été assignée au cours des dernières années [8] inscrivent l'utilisation des services d'urgences pédiatriques dans les habitudes des parents.

Plusieurs études se sont attachées à décrypter la problématique de la difficulté de caractérisation de l'urgence dès lors que la définition de l'urgence n'est pas la même pour les parents et pour les soignants [9,10], mais peu se sont intéressées à analyser l'environnement socio-économique et familial de l'enfant et l'utilisation du système de soins qui en découle.

Au CHU d'Angers, où a été menée notre étude, la fréquentation du service des urgences pédiatriques (UP) a explosé, atteignant 16% d'augmentation entre 2010 et 2011. Comme sur le plan national, le nombre de cas d'urgences vitales et de traumatologie restant globalement similaire d'une année sur l'autre, ce sont les consultations simples qui expliquent cette très forte hausse de fréquentation [11].

Cet afflux conséquent de consultations simples, source d'insatisfaction pour les usagers comme pour les soignants relève principalement de la médecine libérale de soins primaires.

Ceci nous a amenés à nous interroger sur les caractéristiques, plus particulièrement sur le plan socioéconomique, des familles qui consultent aux urgences pédiatriques.

Cette étude a donc pour objectif, dans un premier temps, d'établir un portrait socioéconomique des populations consultant aux urgences pédiatriques. Il s'agira, dans un second temps, d'analyser leur parcours de soins et les raisons motivant leur passage aux urgences. Enfin, nous avons voulu étudier, de manière plus précise, les consultations qui auraient pu faire l'objet d'une prise en charge en médecine libérale.

La mise en évidence d'éventuelles caractéristiques liées au contexte socio-économique familial qui influenceraient un recours aux urgences inadéquat, pourrait permettre de mieux cibler les populations susceptibles de consulter inutilement aux urgences pédiatriques. Il serait alors envisageable d'optimiser le parcours de soins et la prise en charge de ces populations en amont des services d'urgences.

Matériel et méthode

1. Population et type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le service des urgences pédiatriques du CHU d'Angers sur une période de 8 demi-journées (4 fois 9-15h et 4 fois 15h-21h) dont une demi-journée effectuée un dimanche.

2. Méthode

Cette étude repose sur l'analyse d'informations recueillies par le biais de deux questionnaires (cf Annexe).

Le premier questionnaire était remis aux accompagnateurs de l'enfant à l'accueil des urgences ou après leur installation dans une chambre par l'infirmière ou la puéricultrice de l'accueil. Après une explication orale succincte, il leur était également remis une fiche explicative plus complète concernant le cadre et les objectifs de l'étude.

Ce questionnaire se décomposait en trois grandes parties. La première concernait les caractéristiques socio-économiques de l'enfant et du foyer. La seconde s'intéressait à la couverture santé et au suivi habituel de l'enfant. Enfin, la dernière partie reprenait les motifs de consultations et le parcours de soins effectué avant l'arrivée aux urgences pédiatriques. Les items se présentaient essentiellement sous forme de réponses fermées (case à cocher avec choix simple principalement et quelques choix multiples) ainsi que de quelques réponses ouvertes.

Le second questionnaire, placé dans le dossier médical papier de l'enfant, était composé de quatre questions fermées uniques à l'intention des médecins ayant examiné l'enfant concerné. Il était rempli à la fin de la consultation ou avant l'hospitalisation.

Ces deux questionnaires ont été numérotés afin d'éviter la dispersion des données et de préserver l'anonymat des enfants lors de l'analyse des questionnaires. Un stylo était mis à disposition des accompagnants dans le but d'accroître le taux de réponse au questionnaire. En

cas de difficultés de compréhension ou de lecture du questionnaire, le remplissage s'effectuait par un interrogateur désigné.

Ces questionnaires ont fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et un avis favorable a été émis après consultation du comité d'éthique du CHU d'Angers.

Le stockage des données a été réalisé avec le logiciel Excel. L'analyse statistique des données a été réalisée avec les logiciels Excel, epi-info et le site en ligne Biostatgv. Les comparaisons d'effectifs étaient réalisées au moyen du test du χ^2 et du test de Fischer pour les petits effectifs.

3. Critères d'inclusion/exclusion

La population ciblée par cette étude correspondait aux parents ou accompagnateurs consultant pour un motif médical qu'ils soient adressés ou non par un médecin. Ont donc été exclus de cette enquête :

- Les enfants consultant pour un motif traumatique ou chirurgical.
- Les enfants nécessitant une prise en charge immédiate du fait d'un risque vital.
- Les patients admis en dehors des horaires de l'enquête.

A noter que les questionnaires partiellement complets n'ont pas été systématiquement exclus.

4. Description des données exploitées

La partie renseignements administratifs et caractéristiques socio-économiques du premier questionnaire se décompose comme suit :

- *Âge et sexe de l'enfant*
- *Lien de parenté de l'accompagnateur* : père et mère étant deux items différents, il était possible de cocher les deux lorsque l'enfant était accompagné de ses deux parents.
- *Le mode de garde*: lorsque l'enfant était scolarisé, tout autre mode de garde en période extrascolaire n'était pas pris en compte.

- *Nombre d'adultes dans le foyer*: était considéré comme adulte toute personne âgée de 18 ans et plus résidant dans le foyer.
- *Nombre et âge des frères et sœurs* : le rang de l'enfant dans la fratrie était retrouvé après analyse des réponses.
- *Profession des parents* : les items reprenaient la liste des catégories socioprofessionnelles (CSP) proposées par l'INSEE. Les mères en congé maternité étaient classées en fonction de leur emploi habituel.
- *Diplômes obtenus par les parents* : quand plusieurs cases étaient cochées, le diplôme le plus élevé était retenu.
- *Revenus mensuels approximatifs du foyer incluant les aides*.
- *Pays d'origine* : la question était ouverte et les pays mentionnés étaient ensuite regroupés par région géographique pour l'analyse des données. Le pays d'origine était celui du parent présent. Lorsque les deux parents étaient présents et qu'un seul était d'origine étrangère, on considérait que la France était le pays d'origine dans l'exploitation des données.
- *Nationalité française ou non*.

La seconde partie concernant l'accès habituel aux soins de l'enfant incluait les items suivants :

- *Professionnel de santé suivant l'enfant habituellement*.
- *Couverture sociale*.

La partie relative aux motifs de consultation aux urgences pédiatriques et au parcours de soins s'articulait ainsi :

- *Motifs de consultation* : le champ pour la réponse était laissé libre puis les données ont été regroupées en catégories plus larges de symptômes.
- *Professionnel de santé ayant adressé l'enfant*.
- *Délai entre le début d'apparition des symptômes et la consultation*.
- *Urgence ressentie par les parents* classée en trois niveaux d'importance.
- *Consultation du médecin préalablement à l'arrivée aux urgences pédiatriques*.
- *Raisons du choix des urgences en première intention* : pour les enfants non adressés par un professionnel de santé uniquement. Les réponses cochées pour les enfants adressés n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des données.

- *Existence d'une consultation antérieure aux urgences pédiatriques* : sans limite de date mais prenant en compte le fait que le motif de consultation soit lié à un épisode passé ou non.
- *Moyens de transport pour se rendre aux urgences.*

Le second questionnaire renseigné par le médecin ayant examiné l'enfant comprend quatre critères :

- *Gravité justifiant ou non la venue aux urgences pédiatriques.*
- *Réalisation d'examens complémentaires* : incluant : biologie, imagerie, analyse d'urines. En revanche, le test de bandelette urinaire était exclu de ces examens.
- *Hospitalisation de l'enfant.*
- *Recours à une assistante sociale.*

Résultats

Cette étude a recueilli 104 questionnaires exploitables.

1. Données sociodémographiques

1.1. Les enfants

1.1.1. Sexe des enfants

Sur ces 104 dossiers, filles et garçons représentaient chacun 50% de l'effectif (n=52).

1.1.2. Age des enfants

L'âge moyen de la population était de 4,2 ans. L'âge minimum était de 21 jours, le maximum de 17 ans. Dans cette étude, près de trois quarts des enfants avaient moins de 6 ans. Les nourrissons (0-2 ans) représentaient 40 % de l'échantillon (Figure 1).

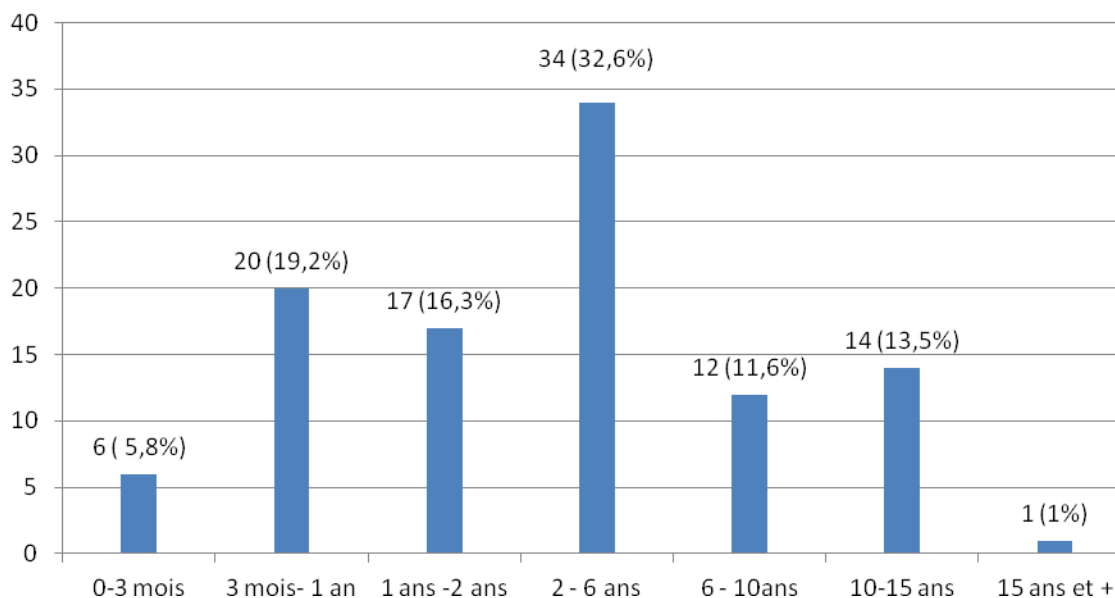


Figure 1. Répartition des enfants par tranches d'âge.

1.1.3. Mode de garde de l'enfant pendant la journée

Entre 0 et 2 ans, les enfants étaient gardés par la famille dans 65,1% des cas. Un mode de garde payant (assistante maternelle ou inscription en crèche) était choisi dans 32,5% des cas (Tableau I).

Tableau I. Répartition du mode de garde des enfants de 0 à 2 ans.

Mode de garde des enfants de 0 à 2 ans	n=43	Pourcentage
Parents	27	62,90%
Assistante maternelle	9	20,90%
Crèche	5	11,60%
Famille	1	2,30%
Autre	1	2,30%

Entre 2 et 6 ans, les enfants n'étaient pas scolarisés dans 47,1% (Tableau II). La moyenne d'âge dans cette catégorie d'âge se situait à 3,5 ans avec une médiane à 3 ans. Le taux de scolarisation des enfants âgés de 4 ans et au-delà, était de 97%. Pour rappel, le mode de garde durant les périodes extrascolaires n'était pas pris en compte, il n'y a donc qu'un mode de garde choisi par enfant. Au-delà de 6 ans (n=27), les enfants étaient scolarisés dans 89% des cas. Dans deux cas, les enfants n'étaient pas scolarisés du fait d'un lourd handicap.

Tableau II. Répartition du mode de garde des enfants de 2 à 6 ans.

Mode de garde des enfants de 2 à 6 ans	n=34	Pourcentage
Scolarisation	18	52,90%
Assistante maternelle	7	20,60%
Parents	5	14,70%
Crèche	2	5,90%
Famille	2	5,90%

1.2. Les accompagnants

Dans tous les cas étudiés, les enfants étaient accompagnés par au moins un de leurs parents. La mère était présente dans 87,5% des cas, le père dans 27,9 % des cas (Tableau III).

Tableau III. Répartition des accompagnants.

Accompagnant(s)	n=104	Pourcentage
Mère	75	72,10%
Père	13	12,50%
Père et mère	16	15,40%

1.3. Les parents

1.3.1. Age

L'âge moyen des parents était de 34,2 ans. L'âge moyen de la mère était de 32,4 ans et celui du père de 36,2 ans. Les parents ont pour une grande majorité entre 25 et 40 ans (Figure 2).

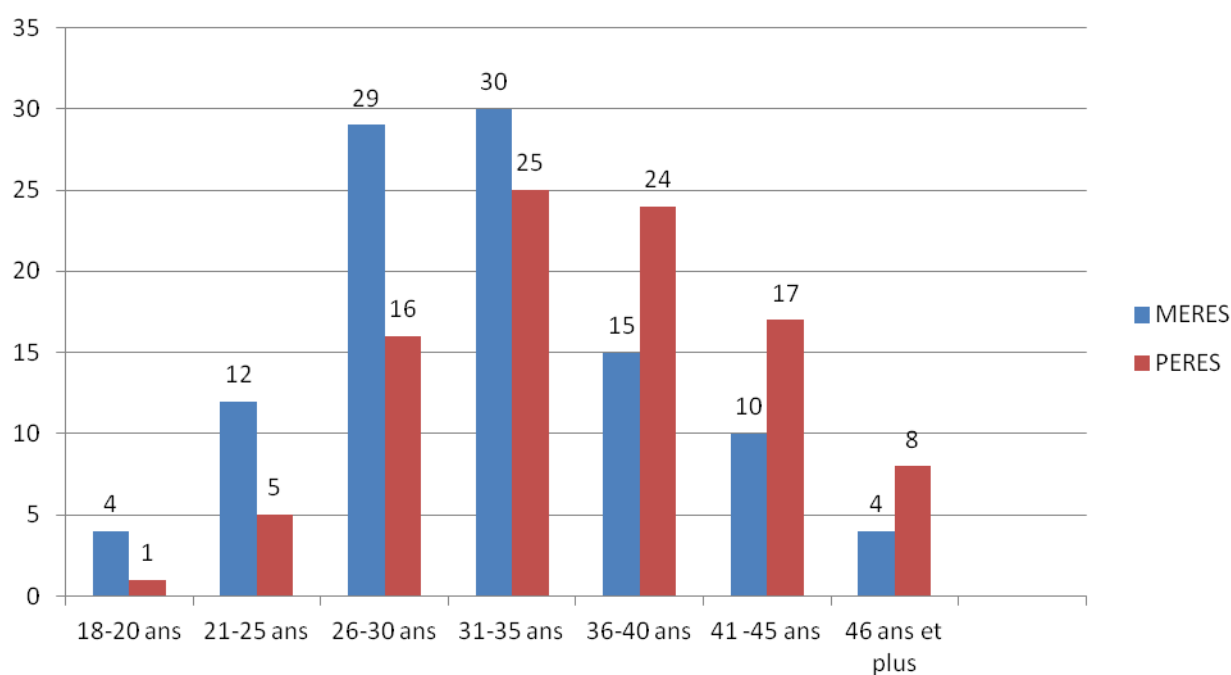


Figure 2. Répartition des parents par tranche d'âge.

1.3.2. Profession des parents

Le Tableau IV fait état de la répartition des parents par profession selon la nomenclature Professions et Catégories socioprofessionnelles de 1982 (CSP) utilisée par l'INSEE. Le nombre entre parenthèses correspond à la catégorie socioprofessionnelle suivant la numérotation de la nomenclature CSP.

Pour rappel :

- La catégorie dite des professions intellectuelles supérieures regroupe notamment avocats, cadres d'entreprise, médecins et professeurs.
- La catégorie dite des professions intermédiaires regroupe, entre autres, les enseignants, les professions paramédicales et les gérants d'entreprise.

Les mères étaient pour un tiers sans activité professionnelle, et, pour un autre tiers, des employées. Les pères n'exerçaient pas d'activité professionnelle dans 16,3% des cas. Dans 4 dossiers, la profession du père n'a pas été renseignée.

Tableau IV. Professions des parents selon la classification CSP 1982.

Catégories socioprofessionnelles (Nomenclature INSEE 1982)	Mère (%)	Père (%)
Agriculteurs exploitants (1)	0 (0)	3 (2,9)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises (2)	7 (6,7)	12 (11,5)
Professions intellectuelles supérieures (3)	6 (5,7)	9 (8,7)
Professions intermédiaires (4)	10 (9,6)	7 (6,7)
Employés, techniciens (5)	37 (35,6)	26 (25,1)
Ouvriers, cuisiniers (6)	6 (5,8)	30 (28,8)
Chômeurs (81)	14 (13,5)	7 (6,7)
Elèves, étudiants (84)	1 (1)	1 (1)
Mère au foyer (85)	18 (17,3)	0 (0)
RSA (85)	4 (3,8)	5 (4,8)
Non renseigné	1 (1)	4 (3,8)
Total	104(100)	104 (100)

La Figure 3 et la Figure 4 caractérisent plus précisément les parents sans activité professionnelle. Les mères, dans près de la moitié des cas, se définissent comme mère au

foyer. 49% des mères sont à la recherche d'un emploi. Concernant les pères, il n'y a pas d'équivalence au statut de mère au foyer en termes de résultats puisque cette catégorie n'était pas représentée. Pour 92% d'entre eux, ils étaient à la recherche d'un emploi.

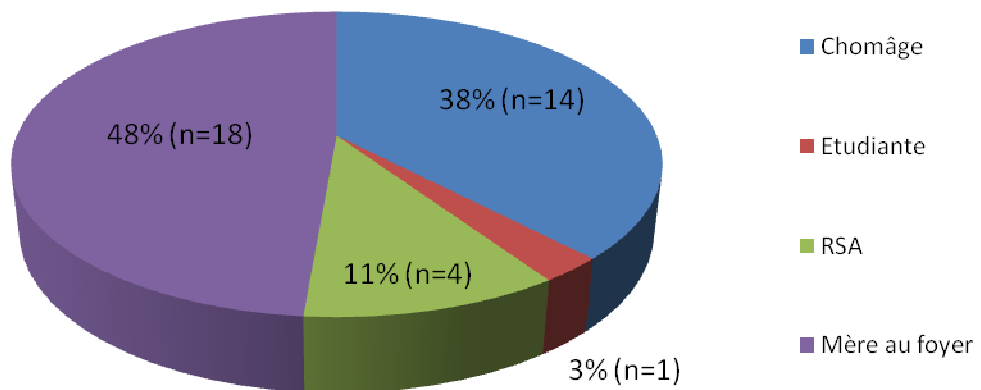


Figure 3. Situation des mères sans activité professionnelle.

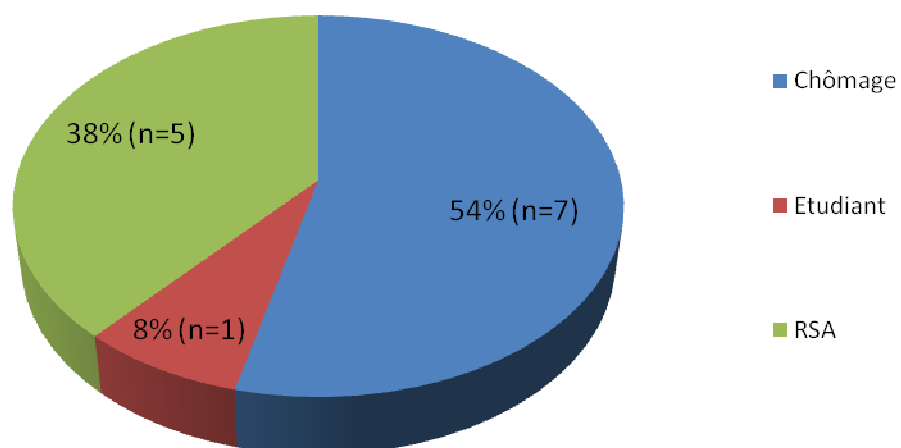


Figure 4. Situation des pères sans activité professionnelle.

1.3.3. Niveau d'étude des parents

Le niveau d'étude semblait un peu plus élevé chez la mère en général, sans que cela puisse être démontré statistiquement (Tableau V). 52,8% des mères étaient titulaires d'un baccalauréat contre 40,4% des pères. Pour huit dossiers, le niveau d'étude du père n'était pas renseigné.

Tableau V. Niveau d'étude des parents.

Niveau d'étude	Mère (%)	Père (%)
Etudes supérieures (BAC +2 et plus)	38 (36,5)	27 (26)
Baccalauréat	17 (16,3)	15(14,4)
CAP /BEP	30(28,8)	34 (32,7)
Brevet des collèges / BEPC	4 (3,8)	3 (2,9)
Aucun diplôme	15 (14,4)	17 (16,3)
Non renseigné	0 (0)	8 (7.7)
Total	104 (100)	104 (100)

1.3.4. Pays d'origine et nationalité

Dans 95,2% des cas, la nationalité des parents était française. La Figure 5 montre la répartition des régions d'origine des parents. 11,5% des parents étaient d'origine étrangère dont les deux tiers d'origine africaine.

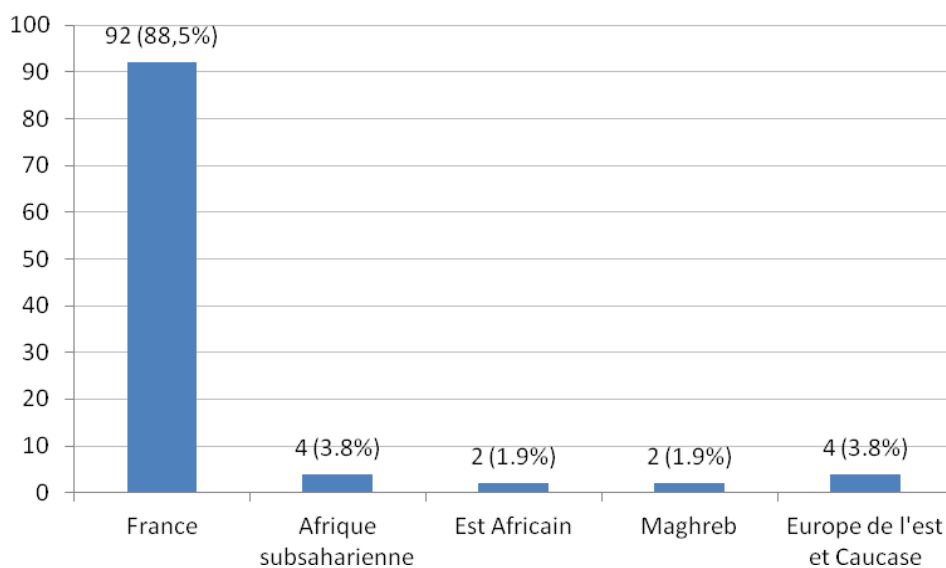


Figure 5. Répartition des parents par région géographique d'origine.

1.4. Composition de la famille

1.4.1. Nombre d'adultes dans le foyer

Dans 85,6% des cas, la famille s'articule autour du couple parental. Les familles monoparentales concernaient dans une grande majorité la mère (87% des cas). Dans 7 dossiers, le foyer se composait d'au moins 3 adultes (Tableau VI) :

- Dans 4 cas, un ou deux membres de la fratrie avait plus de 18 ans.
- Dans 3 cas, un autre membre de la famille résidait dans le même foyer.

Tableau VI. Répartition des foyers par nombre d'adultes y résidant.

Nombre d'adultes dans le foyer	n	pourcentage
1	15	14,4%
2	81	77,9%
3	5	4,8%
4	2	1,9%
Non renseigné	1	1%
Total	104	100%

1.4.2. Nombre d'enfants par famille

77% des familles étaient composées d'au moins deux enfants (Figure 6).

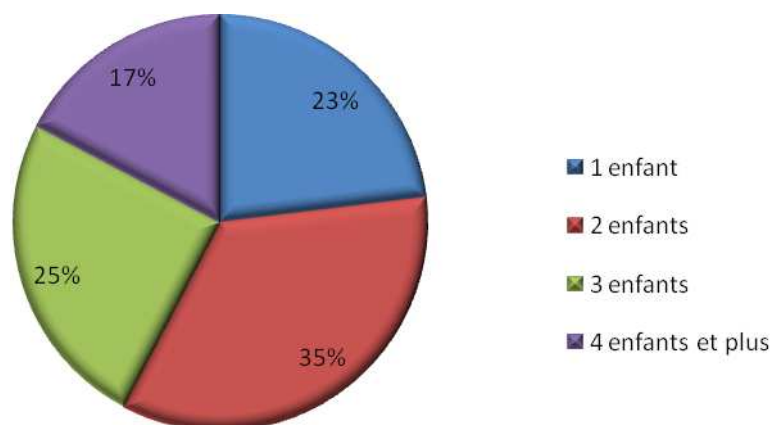


Figure 6. Répartition des familles par nombre d'enfants.

1.5. Revenus mensuels du foyer

Un cinquième des foyers vit avec un revenu mensuel net inférieur ou égal à 1000 euro. Un autre cinquième vit avec 3000 euro ou plus par mois (Figure 7).

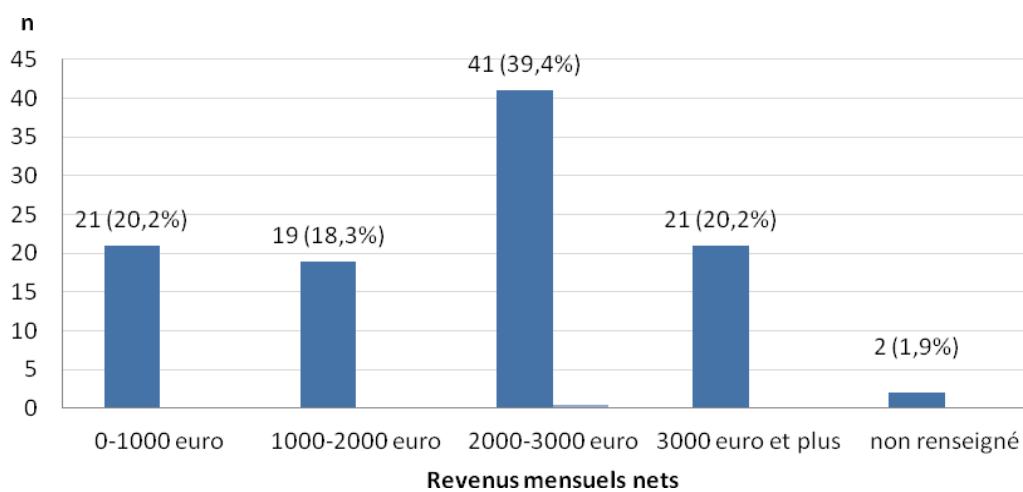


Figure 7. Répartition des foyers par revenus.

1.6. Distance entre le domicile et les urgences pédiatriques du CHU d'Angers

Dans la majorité des cas, le domicile des usagers des urgences interrogés se situe dans un rayon de 20 km. Près de 90%, se trouvent dans un rayon de 50km (Figure 8). La Figure 9 reprend la répartition de la distance entre domicile des parents et urgences pédiatriques, en fonction de la catégorie d'âge des enfants. La proportion de nourrissons (0-2 ans) semblait plus importante que pour les autres catégories d'âge, quand le domicile se trouvait au-delà de 50 km mais les effectifs ne sont pas assez importants pour le démontrer statistiquement.

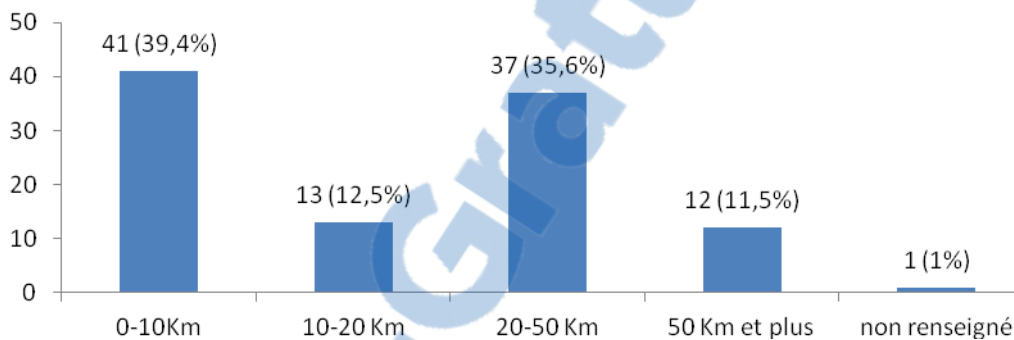


Figure 8. Répartition des distances foyers-urgences pédiatriques.

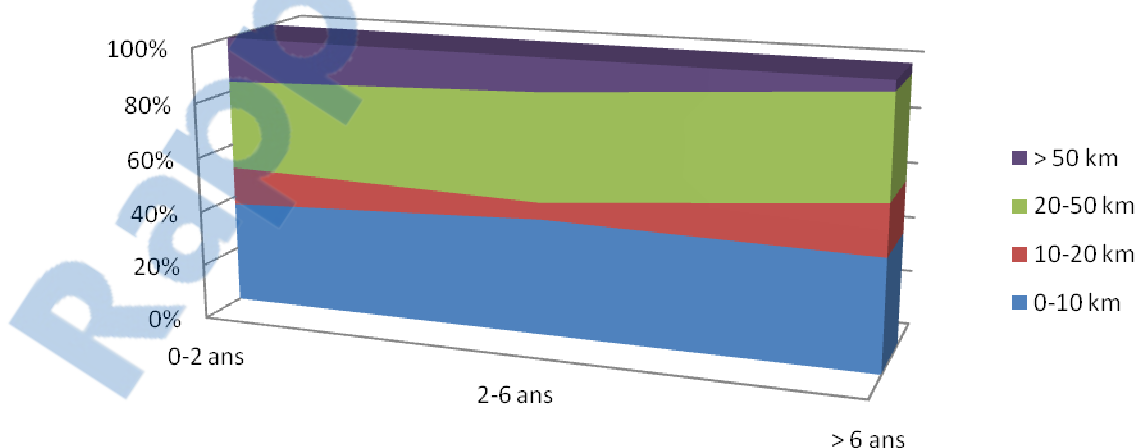


Figure 9. Répartition des distances domicile-urgences pédiatriques par catégorie d'âge.

1.7. Moyens de transport pour rejoindre les urgences

La voiture reste le moyen privilégié pour venir aux urgences (88,4% des cas) (Tableau VII).

Tableau VII. Répartition des moyens de transport utilisés pour venir aux urgences.

Transport utilisé	n	%
Véhicule personnel	82	78,80%
Véhicule d'un proche ou ami	10	9,60%
Transport en commun (bus, tramway)	7	6,70%
Ambulance ou pompiers	5	4,80%
Total	104	100,00%

2. Accès habituel aux soins

2.1. Couverture santé

Une majorité de la population était protégée par l'association sécurité sociale et mutuelle privée. Dans 25% des cas, aucune mutuelle privée n'était souscrite, principalement en raison d'une affiliation à la CMU+C dans 80% de ces cas (Figure 10).

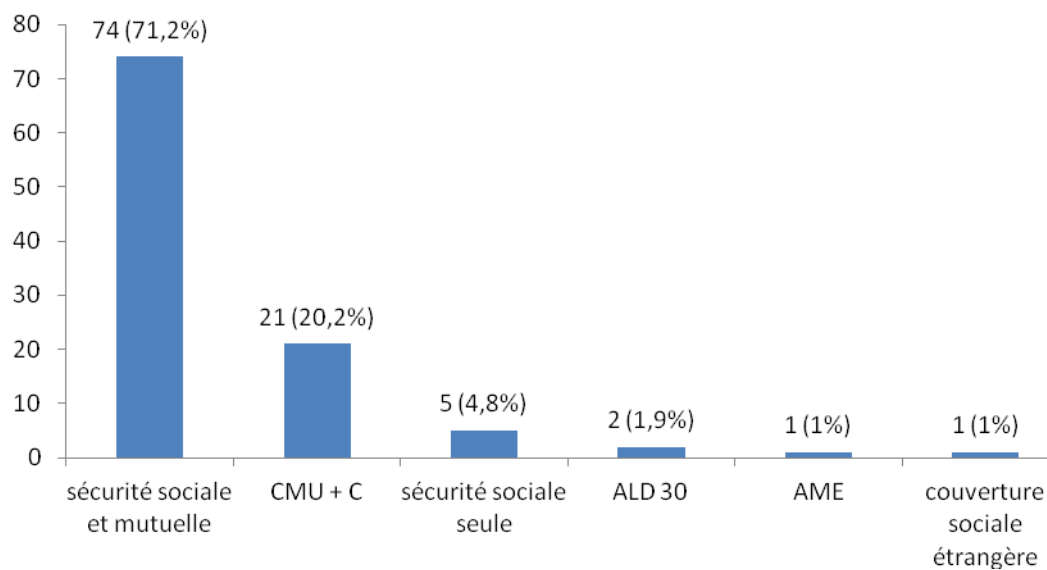


Figure 10. Répartition du type de couverture sociale.

2.2. Suivi habituel de l'enfant

Dans 28,8% des cas, le suivi n'était pas assuré par un médecin généraliste (Tableau VIII).

Tableau VIII. Type de suivi médical des enfants.

Suivi	n	pourcentage
Médecin généraliste	74	71,20%
Pédiatre	18	17,30%
PMI	10	9,60%
Pas de médecin attitré	2	1,90%
Total	104	100,00%

3. Motif de consultation aux urgences et parcours de soins

3.1. Motifs renseignés par les accompagnants

La gêne respiratoire est le motif de consultation le plus invoqué, représentant 24% des cas (n = 25). Viennent ensuite la fièvre 23% (n = 24) et les douleurs abdominales et signes digestifs qui représentaient ensemble près de 20% des dossiers (n = 20) (Tableau IX).

Tableau IX. Répartition des motifs de passage aux urgences.

Motif	n	%
Gêne respiratoire	25	24,04%
Fièvre	24	23,08%
Douleurs abdominales	10	9,62%
Symptômes ou surveillance neurologique	10	9,62%
Vomissements et /ou diarrhées	10	9,62%
Symptômes ORL	8	7,69%
Eruptions ou symptômes cutanés	5	4,81%
Autres	4	3,85%
Signes généraux chez les jeunes nourrissons	3	2,88%
Symptômes articulaires sans traumatisme	2	1,92%
Pathologie chronique suivi au CHU	2	1,92%
Symptômes urinaires	1	0,96%
Total	104	100%

La Figure 11 et la Figure 13 détaillent la répartition des motifs d'entrée aux urgences pédiatriques par catégorie d'âge. Dans les catégories 0-2 ans et 2-6 ans, la fièvre et la gêne respiratoire sont les motifs les plus fréquemment retrouvés. Chez les 6 ans et plus, les pathologies amenant les parents à consulter sont plus diverses et aucune ne prédomine nettement.

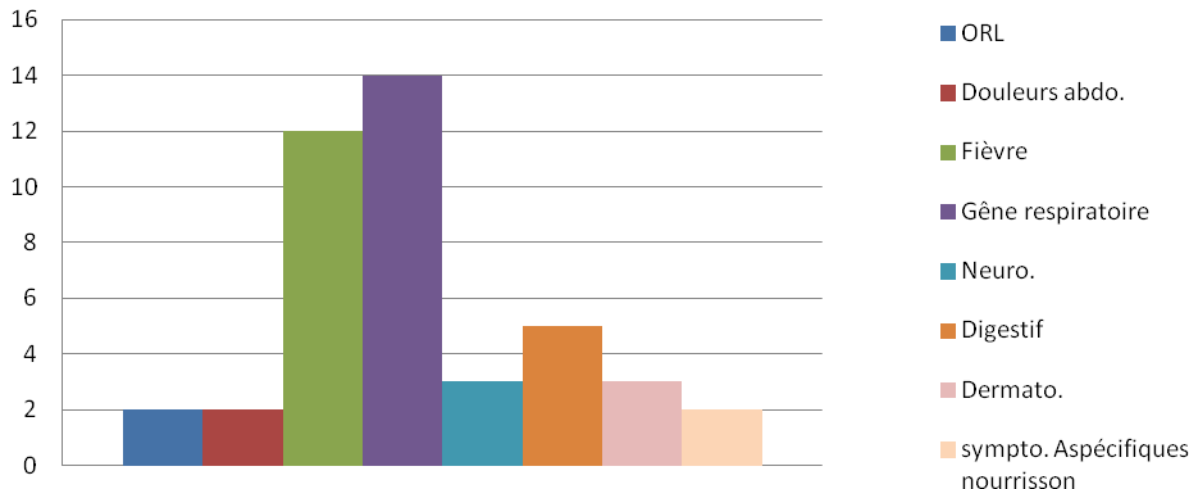


Figure 11. Motifs d'entrée aux UP des 0-2 ans.

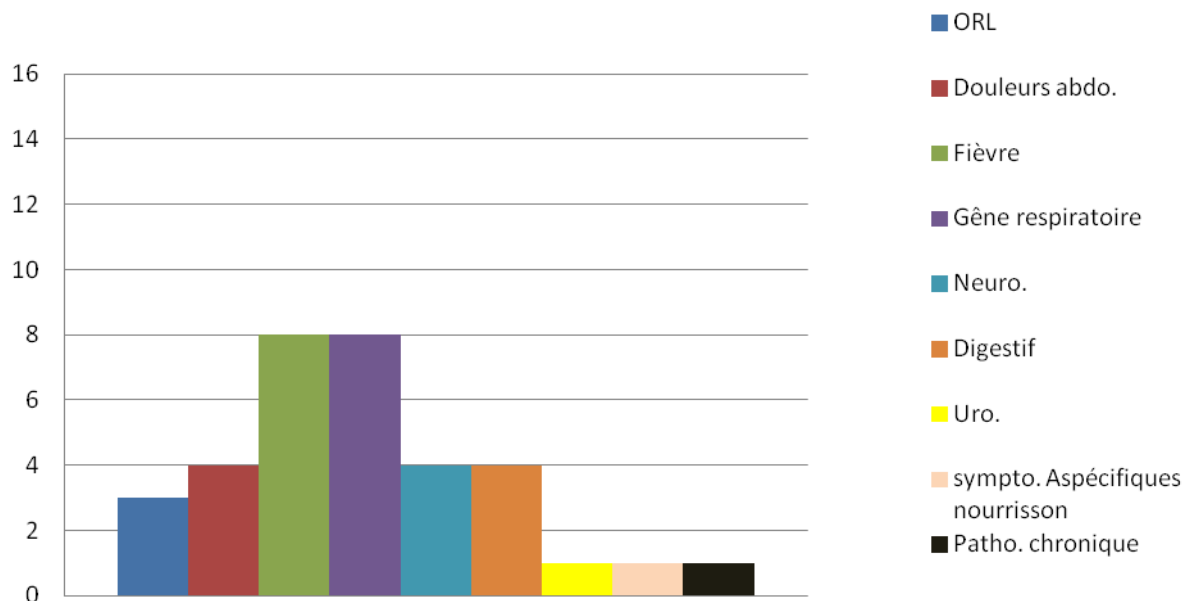


Figure 12. Motifs d'entrée aux UP des 2-6 ans.

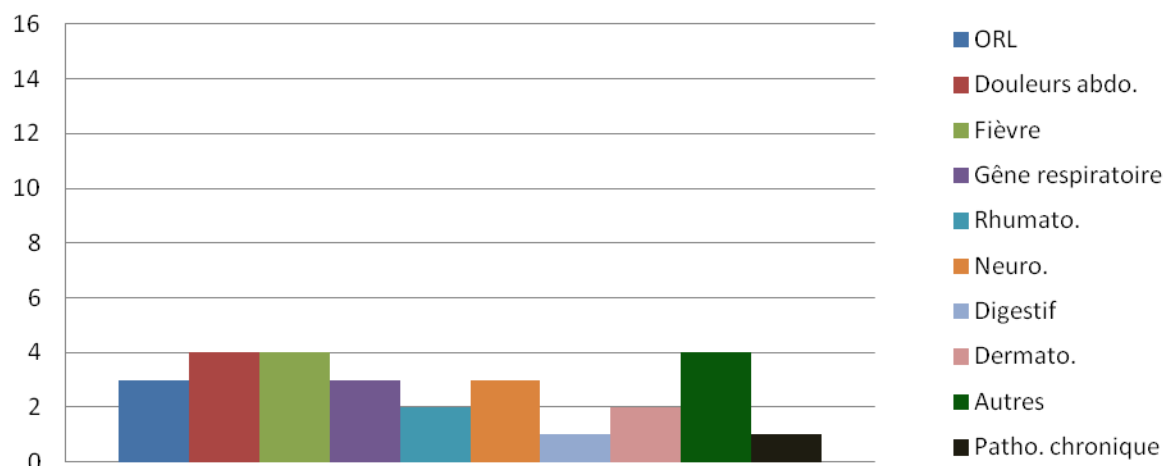


Figure 13. Motifs d'entrée aux UP des 6 ans et plus.

3.2. Délai entre le début des symptômes et l'arrivée aux urgences

La répartition des fourchettes de temps écoulé depuis l'apparition des premiers symptômes est homogène (Figure 14).

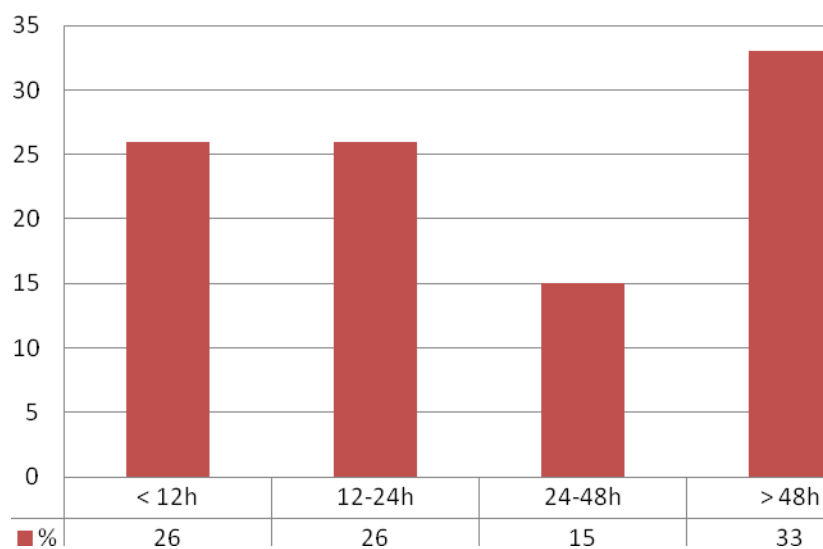


Figure 14. Répartition du délai entre apparition des symptômes et entrée aux UP.

La Figure 15 indique la répartition des délais entre début des symptômes et l'arrivée aux urgences en fonction de l'éloignement du domicile des urgences pédiatriques. Cette distance ne semblait pas intervenir dans la prédisposition des parents à venir rapidement.

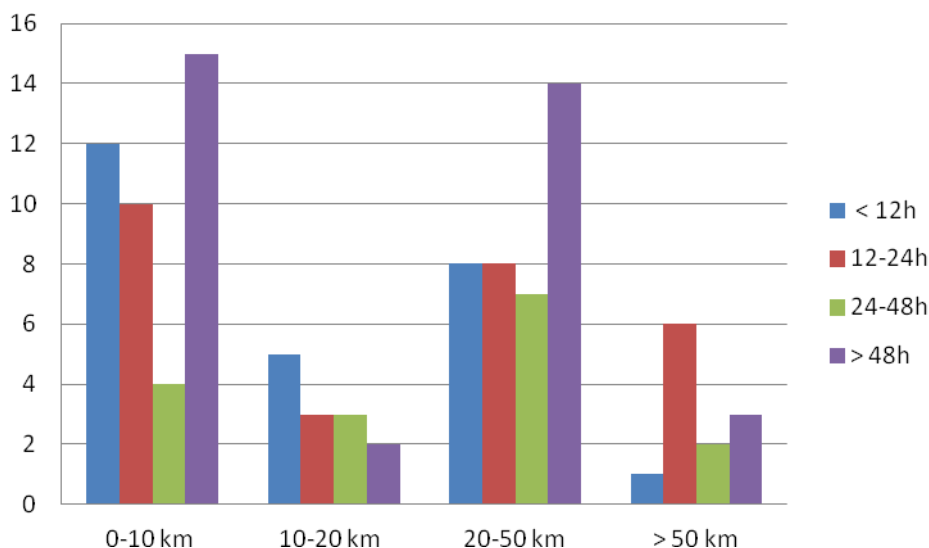


Figure 15. Délai entre apparition des symptômes et entrée aux urgences et éloignement des UP.

3.3. Existence d'une orientation vers les urgences pédiatriques par un professionnel de santé.

Près de 40% des usagers avaient pris la décision seul (ou avec leurs proches) de venir consulter aux urgences. Pour les personnes conseillées par un professionnel de santé (60% des cas), le médecin généraliste était le principal interlocuteur (Tableau X).

Tableau X. Orientation vers les UP.

Orientation vers les urgences pédiatriques	n=104	%
Par un médecin généraliste	44	42,30%
Décision prise seule ou avec l'entourage	41	39,40%
Par un autre médecin	13	12,50%
Par un professionnel paramédical (kinésithérapeute, pharmacien...)	5	4,80%
Non renseigné	1	1%

La Figure 16 donne la répartition du type d'orientation en fonction du suivi habituel de l'enfant. La proportion de décision prise seule ne diffère pas de manière significative entre les différents groupes de suivi.

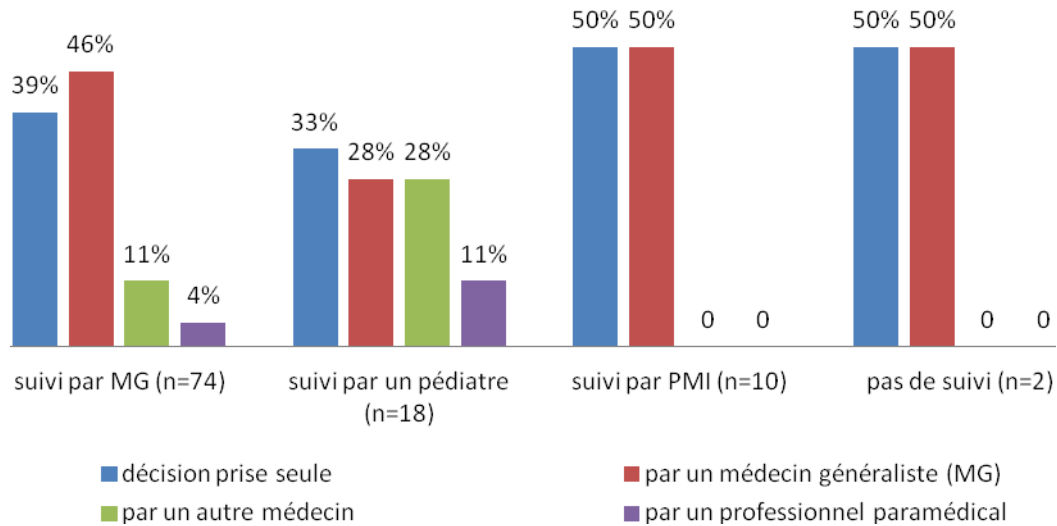


Figure 16. Orientation vers les UP en fonction du suivi médical habituel.

3.4. Existence d'un contact avec un médecin généraliste

43,3% de l'échantillon n'avait eu ni contact téléphonique ni consultation avec un médecin généraliste avant de se rendre aux UP (Tableau XI). L'avis du médecin généraliste s'obtenait dans 39% des cas par communication téléphonique.

Tableau XI. Existence d'un contact avec un médecin généraliste.

Contact avec le médecin généraliste	n	%
Non	45	43,30%
Oui en consultation	36	34,60%
Oui par téléphone	23	22,10%
Total	104	100,00%

3.5. Motivations du choix des urgences pédiatriques dans le cas des décisions prises sans avis médical

Le groupe de parents ayant pris la décision de se rendre aux urgences sans l'avis d'un médecin se composait de 41 cas (Tableau X). Une ou deux raisons étaient citées afin d'expliquer cette décision conduisant à un total de 64 réponses. Dans 25 cas, deux raisons avaient été mentionnées ; dans 14 cas, une seule raison avait été donnée. Cet item n'avait pas été renseigné dans deux questionnaires. Parmi les raisons invoquées par les parents, on retrouve par ordre de fréquence :

- les caractéristiques des symptômes (gravité ou persistance) dans 48% des cas.
- le souhait d'avoir accès au plateau technique et aux compétences que peut offrir l'hôpital (avis spécialisé pédiatrique, examens complémentaires, pathologie chronique suivie au CHU), dans 22% des cas.
- l'indisponibilité du médecin généraliste (non joignable ou pas de rendez-vous disponibles) dans 20% des cas.
- les autres raisons ne représentaient seulement que 10% des réponses données (Tableau XII).

Tableau XII. Motivations pour le choix des urgences pédiatriques.

Motivations citées	n	%
Pour la gravité des symptômes	16	25%
Pour des symptômes persistants	15	23%
Pas de rendez-vous disponible chez le médecin généraliste	7	11%
Pour un avis spécialisé pédiatrique	6	9%
Pas de généraliste joignable au téléphone	6	9%
Pour avoir des examens complémentaires	5	8%
Pour des raisons d'horaire ou de proximité	4	7%
Pour une pathologie chronique suivie au CHU	3	5%
Pour des raisons financières	2	3%
Total	64	100%

3.6. Antériorité de passage aux urgences pédiatriques

Dans 39,4% des cas, l'enfant n'était pas connu du service des urgences pédiatriques. Cependant, 20 % des enfants rencontrés revenaient pour les symptômes inchangés d'un même épisode (Tableau XIII).

Les trois groupes définis dans le Tableau XIII ne différaient pas de manière statistiquement significative en ce qui concerne:

- l'âge des parents, leur niveau d'étude et leur catégorie socio professionnelle.
- le niveau socioéconomique (revenus mensuels, couverture sociale).
- la distance à parcourir pour rejoindre les urgences.

Tableau XIII. Antériorité de l'enfant aux UP.

Antériorité de l'enfant aux urgences pédiatriques	n	%
Non, jamais	41	39,40%
Oui, pour d'autres symptômes	42	40,40%
Oui, pour les mêmes symptômes	21	20,20%
Total	104	100,00%

4. Demande et offre de soins aux urgences pédiatriques

4.1. L'urgence ressentie par les parents

Dans 57,7% des cas, les parents ne considéraient pas la raison de leur venue très urgente et dans 7.7% des cas ne la considéraient que comme peu ou pas urgente (Tableau XIV). Le ressenti de l'urgence ne différait pas selon la place de l'enfant dans la fratrie.

Tableau XIV. Urgence ressentie par les parents.

Niveau d'urgence ressentie par le(s) parent(s)	n=104	%
Très urgent / vital	43	41,3%
Moyennement urgent	52	50,0%
Peu ou non urgent	8	7,7%
Non renseigné	1	1%

4.2. L'urgence évaluée par le médecin des urgences

Dans 50% des cas, le médecin interrogé pensait que la consultation aux urgences était justifiée (Tableau XV).

Tableau XV. Evaluation de l'urgence par le médecin des UP.

Evaluation de l'urgence par le médecin des urgences	n	%
Consultation justifiée sur le plan médical	52	50,00%
Aurait pu attendre une consultation chez le médecin généraliste dans la journée ou le lendemain	47	45,20%
Aurait pu ne pas consulter	5	4,80%
Total	104	100,00%

4.3. Réalisation d'examens complémentaires

Dans plus de la moitié des cas (56,7%), aucun examen complémentaire n'avait été réalisé (Tableau XVI). La proportion d'examens complémentaires réalisés pour les enfants de 0 à 2 ans paraissait moins importante que pour les enfants âgés de 2 à 6 ans (52%) et de 6 à 15 ans (48%), mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Tableau XVI. Réalisation d'examens complémentaires.

Réalisation d'examen(s) complémentaire(s)	n	%
Non	59	56,70%
Oui	45	43,30%
Total	104	100,00%

4.4. Taux d'hospitalisation

14.4% (n = 15) des consultations ont été suivies d'une hospitalisation (Tableau XVII).

Tableau XVII. Hospitalisation à l'issue de la consultation aux UP.

Hospitalisation	n	%
non	89	85,60%
oui	15	14,40%
Total	104	100,00%

5. Analyse des dossiers selon la justification ou non du passage aux urgences

L'évaluation finale de la justification médicale par le médecin des UP des 104 dossiers a conduit à scinder la population en deux groupes :

- Le premier (groupe J) regroupe les patients pour lesquels la justification médicale a été validée par le médecin en charge du dossier.

- Le second (groupe NJ) comprend les patients pour lesquels une consultation en urgence ne s'imposait pas.

Les groupes étant d'égale répartition, ils se composent de 52 dossiers chacun.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques

5.1.1. Les enfants

On ne note pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (Tableau XVIII) concernant :

- l'âge et le sexe des enfants.
- le rang dans la fratrie.

Tableau XVIII. Caractéristiques des enfants dans les deux groupes.

	groupe J (%)	Groupe NJ (%)
Age moyen de l'enfant	3,8 ans	4,5 ans
0-2 ans	24 (56)	19 (44)
2-6 ans	15 (44)	19 (56)
6 ans et plus	13 (48)	14 (52)
Rang d'ainé	22 (48)	24 (52)
Sexe féminin	25 (48)	27 (52)
Sexe masculin	27 (52)	25 (48)

5.1.2. Les parents

Les âges moyens des parents étaient similaires dans les deux groupes (Tableau XIX). Une nationalité étrangère des parents semblait être plus fréquente dans le groupe NJ sans que cela puisse être démontré statistiquement (Tableau XX). L'origine étrangère des parents, indépendamment de la nationalité, paraissait plus souvent rencontrée dans le groupe NJ ($p = 0.02$) (Tableau XXI).

Tableau XIX. Age des parents dans les deux groupes.

Age des parents	Groupe J	Groupe NJ	p
Age moyen mère	32,6 ans	32,2 ans	(ns*)
Age moyen père	32,3 ans	34,4 ans	(ns)

* non significatif

Tableau XX. Nationalité dans les deux groupes.

Nationalité	Groupe J (%)	Groupe NJ (%)	p
Française	52 (100)	47 (90)	
Etrangère	0	5 (10)	(ns)

Tableau XXI. Origine étrangère dans les deux groupes.

Origine étrangère des parents	Groupe J (%)	Groupe NJ (%)	p
non	50 (96)	42 (81)	
oui	2 (4)	10 (19)	0.02

Il n'apparaît pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne le niveau d'étude (Figure 17) et la profession des parents (Figure 18).

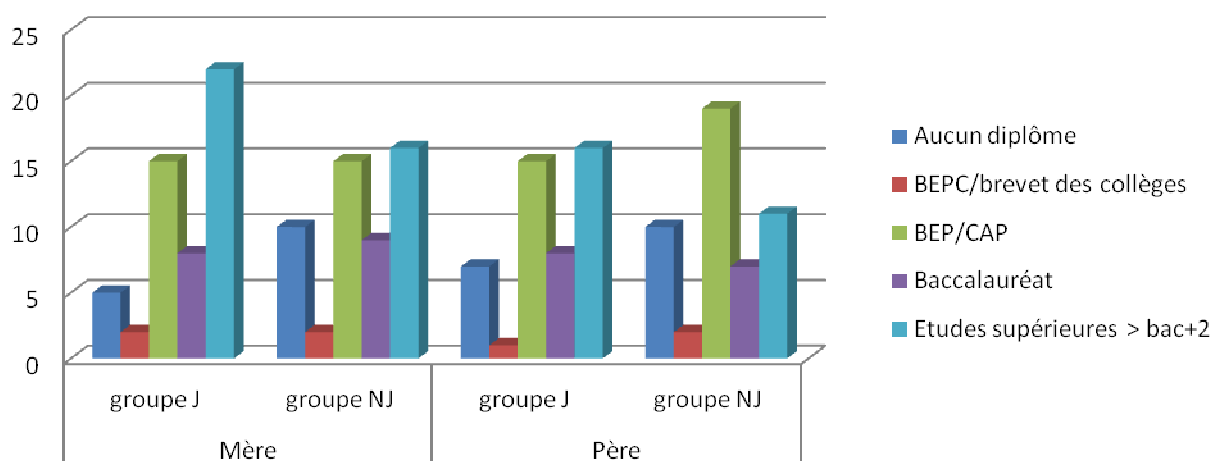


Figure 17. Comparaison du niveau d'étude des parents dans les deux groupes.

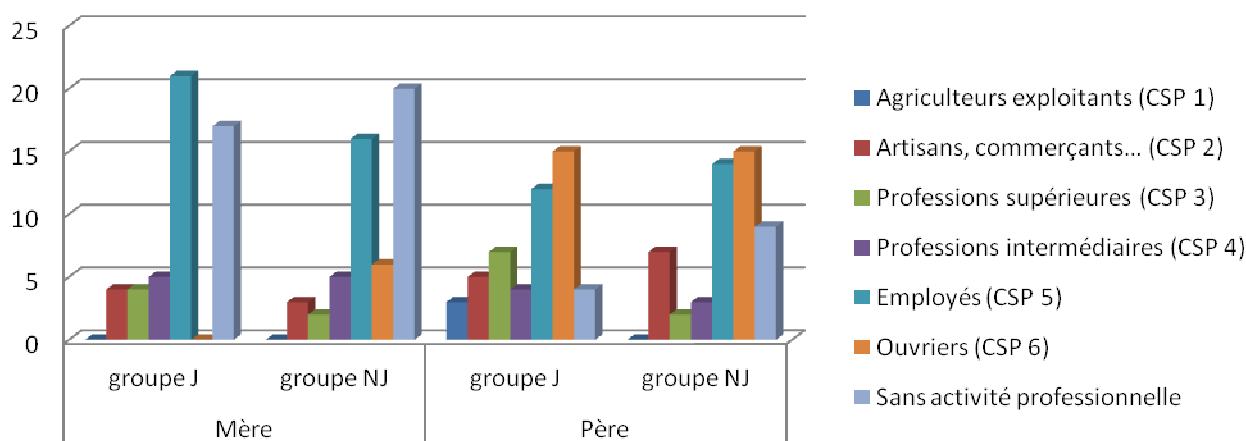


Figure 18. Professions des parents dans les deux groupes.

5.1.3. Composition et environnement familial

5.1.3.1. Composition de la famille

Le nombre d'adultes présents au sein du foyer et le nombre de frères et sœurs étaient semblables dans les deux groupes (Tableau XXII et Tableau XXIII).

Tableau XXII. Répartition du nombre d'adultes dans les deux groupes.

Nombre d'adultes dans le foyer	1(%)	2(%)	>3(%)
Groupe J	8(15)	41(79)	3(6)
Groupe NJ (1 non répondu)	7(14)	40(78)	4(8)

Tableau XXIII. Répartition du nombre de frères et sœurs dans les deux groupes.

nombre de frère(s) et sœur(s) de l'enfant.	1(%)	2(%)	3(%)	>4(%)
Groupe J	11(21)	19(37)	12(23)	10(19)
Groupe NJ	13(25)	17(33)	14(27)	8(15)

5.1.3.2. Accès aux soins

Il n'existe pas de différence significative en terme de types de couverture de santé entre les deux groupes (Figure 19).

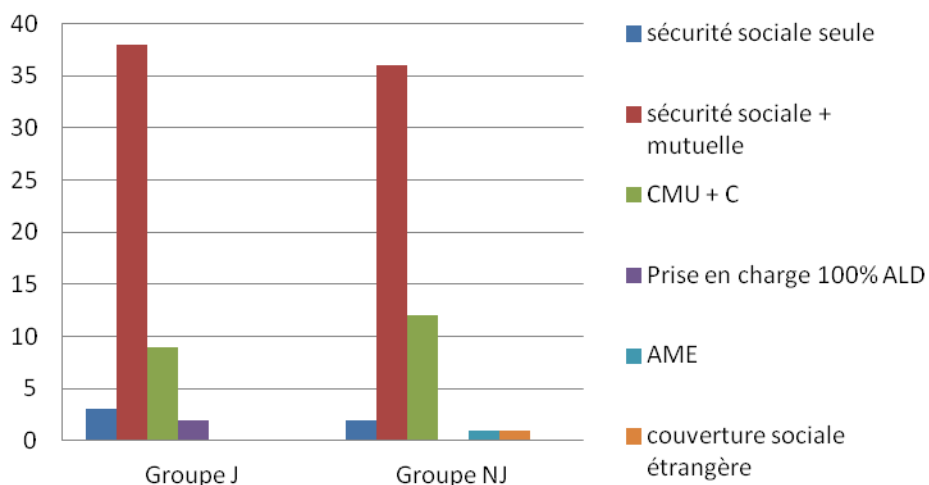


Figure 19. Répartition du type de couverture santé dans les deux groupes.

Le suivi médical des enfants ne différait pas de manière significative entre les deux groupes (Figure 20). La proportion d'enfants ayant déjà consulté aux urgences pédiatriques était la même dans les deux groupes.

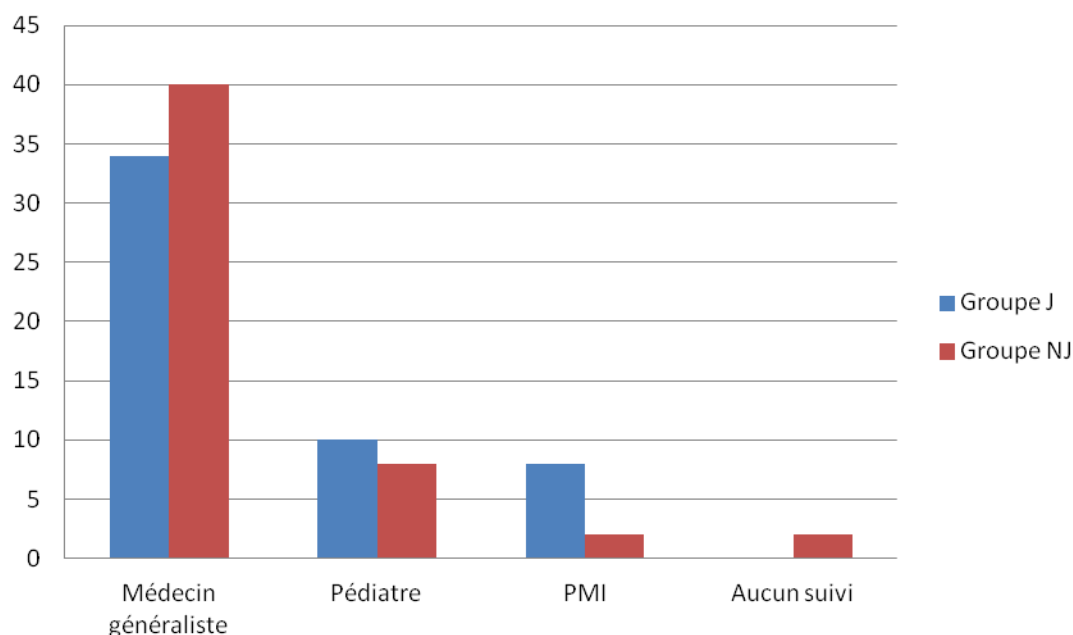


Figure 20. Suivi médical des enfants dans les deux groupes.

5.1.3.3. Environnement familial

La répartition des tranches de revenus mensuels par foyer était similaire dans les deux groupes (Tableau XXIV). Il manquait une réponse dans chaque groupe.

Tableau XXIV. Répartition par tranche des revenus mensuels dans les deux groupes.

Revenus mensuels du foyer (euro)	0-1000	1000-2000	2000-3000	>3000	total
Groupe J	10 (20%)	6 (12%)	22 (43%)	13 (25%)	51 (100%)
Groupe NJ	11 (22%)	13 (25%)	19 (37%)	8 (16%)	51 (100%)

De même, il n'y avait pas de différence statistique entre les deux groupes quant à la distance entre domicile et service des urgences (Tableau XXV). Il manquait une réponse dans le groupe NJ.

Tableau XXV. Répartition des distances domicile-urgences dans chaque groupe.

Distance domicile – UP	0-10 km	10-20 km	20-50 km	> 50 km	total
Groupe J	22 (42%)	3 (6%)	21 (40%)	6 (12%)	52 (100%)
Groupe NJ	19 (37%)	10 (20%)	16 (31%)	6 (12%)	51(100%)

5.1.4. Le parcours de soins

Le recours à un avis médical par un professionnel de santé par téléphone ou en consultation semblait être plus fréquent dans le groupe J sans que cela soit statistiquement significatif (Figure 21).

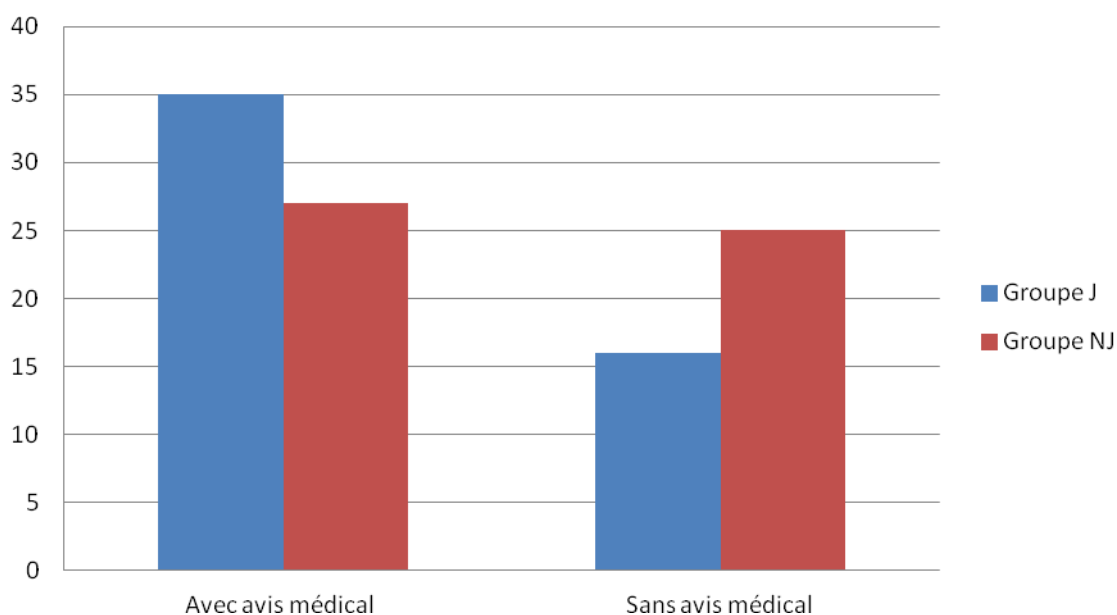


Figure 21. Présence d'un avis médical dans les deux groupes.

Concernant les personnes n'ayant pas pris d'avis médical avant d'aller aux urgences, les raisons les plus fréquemment avancées dans le groupe J étaient, dans l'ordre, la gravité des symptômes (27%, n = 7), la persistance des symptômes (15%, n = 4) et le fait de ne pas pouvoir joindre un médecin généraliste (15%, n = 4).

Dans le groupe NJ, arrivait en tête la persistance des symptômes (29%, n = 11), puis la gravité des symptômes (23%, n = 9).

La Figure 22 fait la synthèse des raisons avancées par les accompagnants dans chacun des deux groupes. Si on constate que la gravité des symptômes restait un argument grandement utilisé par les parents dans les deux groupes, la persistance des symptômes s'inscrit plutôt dans le groupe NJ.

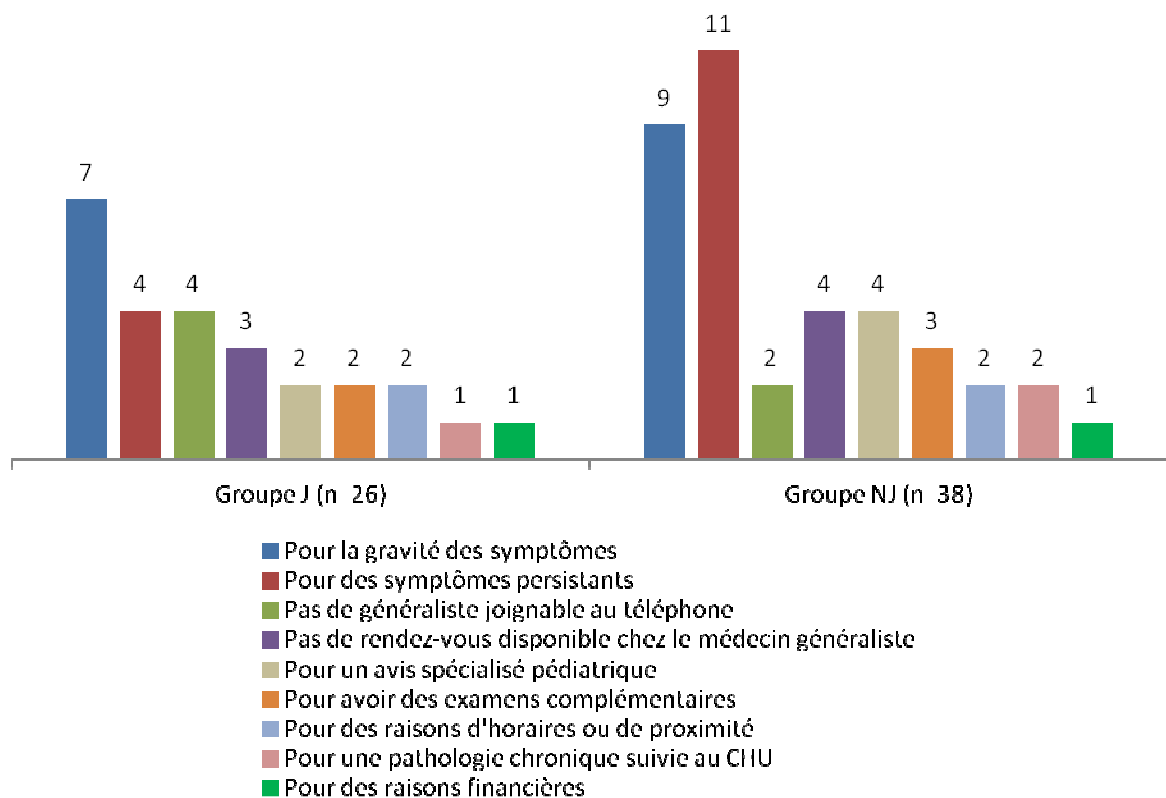


Figure 22. Raisons invoquées dans les deux groupes pour le choix des urgences sans avis médical au préalable.

5.1.5. Ressenti des parents

Lorsque la situation était jugée très urgente par l'accompagnant, la justification médicale était plus souvent validée par le médecin des urgences ($p=0.02$) (Tableau XXVI).

Tableau XXVI. Ressenti des parents dans les deux groupes.

Urgence ressentie	Très urgent(%)	Moyennement urgent(%)	Non urgent(%)
Groupe J	28(55)	20(39)	3(6)
Groupe NJ	15(29)	32(62)	5(9)

Groupe J: 1 Non répondu

DISCUSSION

1. Limites méthodologiques de l'étude

L'étude a été réalisée au mois de décembre 2012 sur une période de 8 jours avec une recrudescence de pathologies infectieuses hivernales (bronchiolites, rhinites, gastro-entérites...) ayant induit un biais de recrutement. Tous les enfants étant accompagnés par au moins un de leurs parents, le taux de remplissage des questionnaires a été excellent avec peu d'items non remplis.

Le questionnaire était proposé puis distribué aux accompagnants par l'infirmière de l'accueil. Lors des horaires de grande affluence, les soins médicaux étant prioritaires, la remise des questionnaires a été plus fluctuante. De même, un certain nombre de questionnaires ont été remis aux accompagnants sans pouvoir être récupérés, du fait de l'empressement des accompagnants de rentrer au domicile. Nous n'avons pas rencontré de réticences particulières de la part des parents concernant la collecte de données telles que la nationalité, l'origine étrangère ou les revenus du foyer.

En ce qui concerne le remplissage du questionnaire, il est à noter que les accompagnants ne bénéficiaient pas systématiquement d'une aide. Il est donc possible que certaines questions aient été mal comprises et non répondues pour ces raisons. En revanche, les familles ne parlant pas français ont bénéficié d'une traduction en anglais et d'une aide pour répondre aux différentes questions. Néanmoins, lorsque ni le français, ni l'anglais n'était parlé, le questionnaire n'était pas proposé. Ce cas ne s'est présenté qu'une fois au cours du relevé d'informations.

2. Profil et parcours de soin des utilisateurs des UP

2.1. Les enfants

La répartition concernant le sexe de l'enfant dans notre étude (50% de chaque sexe) est représentative des données publiées par l'INSEE en 2010 pour les Pays de Loire. Ces statistiques faisaient état de 51,2% de garçons et 49,8% de filles chez les enfants de 0 à 15 ans.[12]

L'âge moyen des enfants pris en charge dans notre étude était de 4,2 ans. La tranche d'âge 0-2 ans représente 40% des consultations et les enfants de 0-6 ans représentent 75% de l'effectif total. On s'aperçoit, par comparaison avec les statistiques INSEE 2010 pour la région Pays de Loire, que la répartition ne correspond pas à celle de la population générale de la région puisque les 0-2 ans y sont représentés à hauteur de 13% (40% pour les 0-6 ans).

La proportion importante de consultations pour les enfants de 0 à 2 ans se retrouve dans des études françaises concernant de plus grands effectifs avec des résultats qui se situent entre 45 et 50% [9,13,14].

La forte prévalence des affections hivernales dans cette catégorie d'âge associée à l'idée de fragilité du nourrisson amène les parents à venir consulter plus rapidement un professionnel de santé. L'étude de Stagnara *et al.* en 2004 [15] montre que ce phénomène concerne aussi bien les hôpitaux que les structures libérales de soins primaires, représentées principalement par les cabinets de ville de médecine générale et de pédiatrie. D'autre part, au cours de notre étude, nous avons remarqué que les symptômes aspécifiques des nourrissons tels que les pleurs ou la fièvre, qui sont par définition difficiles à interpréter, génèrent une inquiétude importante chez les parents, les incitant à une forte demande d'examen médical et de personnel qualifié pour les rassurer. Concernant les enfants plus âgés, il semble que les parents s'orientent plus facilement vers les services d'urgences de centre hospitalier de plus petites villes, ou vers le secteur privé [14]. Enfin, les cas de traumatologie n'ont pas été inclus dans notre étude, or, il est établi que ces consultations sont plus fréquentes chez les enfants de 6 à 15 ans [2].

Il nous paraît donc utile de souligner à nouveau la part importante que représente les 0-2 ans dans la fréquentation des urgences pédiatriques. De ce fait, une attention particulière de la

part du médecin généraliste ou du pédiatre habituel est souhaitable pour les parents d'enfants en bas âge afin de les rassurer et de leur éviter un passage aux urgences souvent inutile. Ce travail, mené en amont, passe par des explications renforcées en consultation ou par la mise en place d'une conduite à tenir anticipée (remise d'une fiche de conseil, programmation d'un contact téléphonique ...).

Les aînés de fratrie ne prédominent pas de manière significative dans la population de notre étude. L'expérience d'un premier enfant n'est pas un facteur réduisant le recours aux urgences dans nos résultats et nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en terme d'inquiétude des parents qu'il s'agisse du premier enfant ou des suivants.

2.2. Profil des familles consultant aux urgences pédiatriques

2.2.1. Les parents et la composition de la famille

Dans tous les dossiers étudiés, l'enfant est accompagné par au moins un de ses parents. Lorsqu'un seul des parents est présent, dans 70% des cas la mère est l'accompagnante.

La moyenne d'âge des mamans rencontrées dans cette étude est de 32 ans. Parmi elles, un tiers travaille en tant qu'employée et un autre tiers n'a pas d'activité professionnelle (mère au foyer, chômage ou RSA). Plus de la moitié possède le diplôme du baccalauréat. Les pères ont un âge moyen de 36,2 ans et travaillent principalement en tant qu'ouvriers (29%) et employés (25%). Les chômeurs et bénéficiaires du RSA forment la majorité des personnes sans activité professionnelle.

L'analyse de la répartition des modes de garde avant la période de scolarisation obligatoire montre que le mode de garde payant (crèche ou assistante maternelle) n'est pas privilégié ; il représente à peine 30% des cas dans notre étude. Ces résultats sont identiques aux dernières références nationales datant de 2006 [16]. Nos résultats montrent une part importante de mères sans activité professionnelle (34,6%). Parmi le groupe des femmes gardant leur enfant à domicile avant l'âge de scolarisation, on constate globalement que 50% d'entre elles sont en congé maternité, 25% n'ont pas d'activité professionnelle par choix et 25% bénéficient du chômage ou du RSA. Cette proportion de mères au foyer peut expliquer la moindre part de choix d'un mode de garde payant.

A contrario, le choix du mode de garde semble indépendant de l'activité professionnelle du père. Leur présence en tant qu'accompagnant de l'enfant dans le service des urgences pédiatriques est nettement moins importante (29,7%) que celle des mères. En effet, dans plus de 70% des cas étudiés, la maman accompagne seule son enfant et elle est présente dans 90% des cas. Cette tendance se retrouve dans la plupart des études publiées sur ce sujet et ce, quel que soit le pays où l'étude est menée[6].

De manière générale, les études conduites en France font état d'un taux de chômage plus important dans la population consultant aux urgences pédiatriques que dans la population générale [9,13,17,18]. Néanmoins, ces taux de chômage retrouvés dans la littérature sont un reflet direct du bassin de population dans le rayon de recrutement de l'hôpital où l'étude est menée et ne sont donc pas révélateurs de la situation des usagers des services d'urgences pédiatriques sur le plan national.

L'école maternelle reste une institution largement plébiscitée .Le taux de scolarisation à deux ans est similaire à celui de la population française en générale (10%) [19]. Le faible taux de scolarisation au sein du groupe des enfants de 2 à 6 ans (53%) s'explique par une moyenne d'âge très jeune au sein de ce groupe (3,5 ans, médiane à 3 ans). Le taux de scolarisation des enfants de 4 ans avoisinent les 100%.

Les familles monoparentales ne représentaient que 14,4% de l'échantillon, leur nombre est souvent plus élevé dans d'autres études [9,18]. Dans la littérature, il apparaît que les jeunes mères élevant seule leur(s) enfant(s) sont plus souvent répertoriées comme utilisatrices des services d'urgences pédiatriques [2,9] ; nous n'avons pas d'argument en ce sens. D'autres auteurs affirment au contraire, que ces femmes, chefs de famille, ne sont pas plus représentées que dans la population générale [6,20].

A noter que, si la majorité des familles est constituée du couple parental et de leur(s) enfant(s), nous n'avons pas d'indication sur le nombre de foyers recomposés, qui se situe entre 6 et 15% selon les études françaises [18]. La taille et la répartition des familles en nombre d'enfants est similaire à celles retrouvées dans la littérature française [18]. Dans cette étude, 95% des familles sont de nationalité française et seules 12% ne sont pas originaires de France.

2.2.2. Revenus du foyer et profil socioéconomique

Dans notre étude, les différentes tranches de revenus sont quasiment superposables à la répartition des revenus des ménages au niveau national [21]. Le revenu moyen par ménage, dans nos résultats, se situait entre 2000 et 3000 euros. Il était estimé à 2130 euros par ménage en 2011 par l'INSEE.

Néanmoins, nos résultats montrent également qu'il semble exister une proportion légèrement plus élevée de foyers pauvres (selon la définition retenue par l'INSEE) par rapport à la population générale, sans que cela puisse être affirmé. En effet, l'évaluation de revenus mensuels peut s'avérer complexe, notamment pour les plus bas revenus lorsqu'il s'agit d'y incorporer les aides sociales ou de faire la part entre revenus bruts et revenus nets. Certaines études ont démontré que la précarité, notamment professionnelle, est plus présente chez les usagers des urgences pédiatriques que dans la population générale [18]. Cette tendance se retrouve également dans la littérature étrangère [6]. Certaines études françaises font état d'une population plus défavorisée mais dans des zones d'activité elles-mêmes défavorisées [4,9].

Pour corroborer l'idée d'une forte incidence de la précarité dans les données relevées, nous constatons que la proportion de foyers bénéficiaires de la CMU dans la population de l'étude (20%) était plus importante que celle de la population du département du Maine et Loire (4.8%) ou de la France métropolitaine (6%) [22]. Les conditions d'attribution de la CMU étant fondées sur des plafonds de ressources rapportés au nombre de personnes composant le foyer, ce sont donc les familles aux plus bas revenus qui en bénéficient.

Dans plusieurs études, le taux de personnes bénéficiaires de la CMU aux urgences dépassait celui de la population générale [9,18], notamment en ce qui concerne les consultations itératives aux UP [17]. D'après le rapport de la DREES datant de 2002 [23], ainsi que la rapport d'activité 2011 de la CMU [24], la tranche d'âge 20-59 ans est celle qui présente la plus forte proportion de bénéficiaires CMU. Le fait que les parents des enfants de notre étude appartiennent à cette catégorie d'âge, peut expliquer le taux plus élevé que celui de la population générale.

A l'opposé, on constate que les foyers à plus haut revenus (3000 euros et plus) sont en même proportion que les foyers pauvres voire en plus grande proportion dans d'autres études (18). Mais ces "hauts" revenus ne correspondent pas systématiquement à une situation de vie

aisée car ils dépendent grandement du nombre d'enfant et des charges du foyer qui n'ont pas été prises en compte dans notre étude.

On peut donc penser, comme cela a été constaté dans un grand nombre d' études depuis une quinzaine d'années maintenant, que si la précarité sociale influe sur le nombre de consultations aux urgences [17], elle ne paraît pourtant pas en être l'explication la plus importante. Ainsi, dans les études multicentriques françaises, les facteurs socioéconomiques pouvant influencer le passage aux urgences pédiatriques n'ont pas été étudiés [3], et on manque de données pour évaluer la situation sur le plan national. Les études françaises centrées sur un service d'urgences pédiatriques s'accordent à dire que, bien que la précarité soit présente dans leurs résultats (précarité professionnelle, revenus modestes, taux de CMU), elle diffère peu entre usagers des urgences et population locale dans le rayon d'influence de l'hôpital [4,9,17,18,25].

2.3. Le parcours de soins et la place du médecin généraliste

Une étude française mentionne un lien entre consultations aux UP et la proximité du domicile [17]. Cette relation est également retrouvée dans la littérature [6]. Dans notre étude, la majorité des usagers habitent dans un rayon de 20 km autour du CHU.

A l'instar de beaucoup d'autres études menées sur la population des urgences pédiatriques, la proportion des parents décidant de recourir spontanément aux urgences pédiatriques est très importante (40%) ; elle peut atteindre 80% des cas pour certaines études [3,4,25–27]. Dans notre étude, la proportion plus importante d'enfants orientés par le médecin généraliste s'explique d'une part par l'exclusion des enfants entrés pour des raisons traumatologiques, et d'autre part, par une grande majorité des dossiers étudiés en horaires "ouverts" dans les cabinets de ville.

Les raisons invoquées par les parents pour avoir choisi les urgences sont superposables d'une étude à l'autre et ne diffèrent pas dans nos relevés [4,6,15,25,26]. Reviennent de façon récurrente trois grands types de raisons :

- La première concerne un souci de continuité de soins qui relève essentiellement de l'indisponibilité du médecin traitant (non joignable, pas de rendez-vous disponible dans un bref délai..)[6,28].

-La deuxième raison, qui va de paire avec la première, est la demande des parents, angoissés par l'apparition ou la persistance de symptômes dont il leur est difficile d'évaluer la gravité.

- Enfin, la troisième traduit la volonté d'accéder au plateau technique hospitalier et à un avis spécialisé.

Ces résultats se retrouvent de manière quasi constante dans la littérature, qu'elle soit française, européenne ou américaine. La conjonction des deux premières catégories de raisons explique, en grande partie, le flux grandissant d'entrées aux urgences. La réponse naturelle que trouve la population est le recours aux urgences pédiatriques comme structure de soins primaires. Depuis une vingtaine d'années, la sanctuarisation des services d'urgences par les réformes politiques successives comme porte d'entrée de l'hôpital, accessible jour et nuit, sans contraintes pour les usagers (absence de facturation, sans prise de rendez-vous, ouverture 24h/24) et doté d'un plateau technique performant, a conforté cette idée dans l'esprit de l'utilisateur [10]. Pour appuyer ce constat, il est à noter que 60% des enfants rencontrés dans notre étude sont déjà connus des urgences pédiatriques dont 20% ont été vus au moins à deux reprises pour les mêmes signes persistant dans le temps. Des études avec de plus grands effectifs confirment cette importante proportion de consultations itératives [15,17,25].

L'aspect financier ne semble pas avoir d'impact majeur sur la décision de consulter aux urgences [18,25]. Il est cependant difficile d'interpréter en pratique sa juste place quand les arguments financiers sont fondus dans un groupe de raisons proposées telle que les éléments de gravité, l'inquiétude ressentie ou encore l'indisponibilité du médecin traitant qui sont socialement plus acceptables, et dont il est plus facile de parler au moment de l'enquête.

Dans notre étude, les enfants adressés par un médecin généraliste sont les plus nombreux (42,3% des cas) suivis de peu par le groupe des enfants amenés aux urgences par leurs parents sans avis médical au préalable (39%). Les chiffres cités dans la littérature ne sont pas du même ordre, la proportion d'enfants adressés y est bien moindre tandis que la part de décision prise par les parents eux-mêmes y est largement majoritaire (jusqu'à 75% des enfants)[25,27]. Ceci s'explique, d'une part, par le fait que nous avons exclu de l'étude les enfants consultant aux UP pour des motifs en rapport avec la traumatologie et, d'autre part, du fait d'une grande majorité de dossiers étudiée alors que les cabinets libéraux étaient ouverts. Les parents se

dirigent plus facilement vers les urgences en cas de traumatisme impliquant plaie ou lésion osseuse sans avis du médecin généraliste [15].

On note que dans un peu plus de la moitié des cas, les parents prennent contact avec leur médecin généraliste. Un tiers bénéficie même d'une consultation avec le généraliste, ce qui est similaire aux chiffres avancés dans la littérature (hors consultations pour raisons traumatologiques) [15,25]. Nous n'avons pas pu établir un lien entre délai d'apparition des symptômes et consultation lorsque l'enfant a été vu une première fois par un médecin extra hospitalier (médecin généraliste, pédiatre ou PMI) mais la distance domicile – urgences pédiatriques ne semble pas influencer sur le délai avant consultation aux urgences.

En ce qui concerne les motifs de consultations donnés par les parents, le contexte hivernal de cette étude explique la prédominance des épisodes de fièvre et de gêne respiratoire notamment chez les nourrissons représentant 40% de la population étudiée. Chez les parents de nourrissons, les pathologies infectieuses sont source d'une plus grande inquiétude et expliquent la plus forte proportion de ce type de pathologies retrouvée dans cette tranche d'âge à cette époque de l'année [14]. Les motifs de consultation retrouvés dans notre étude correspondent à ce qui a déjà été décrit en période hivernale dans la littérature traitant de ce sujet : la fièvre, les troubles digestifs (nausées, vomissements et diarrhées) et les symptômes respiratoires sont souvent prédominants [14,15].

3. Population relevant de la médecine générale

Nous avons choisi de séparer la population en deux groupes, sur la base de la justification médicale de la consultation validée ou non par l'avis du médecin des urgences en charge du dossier. Ces résultats permettent de cibler de manière plus nette les populations qui utilisent les urgences pédiatriques comme structure de soins primaires.

Comme dans de nombreuses études françaises ou étrangères [4–6], le taux de consultations qualifiées de non urgentes dans notre étude est très élevé (50%). Qualifier la consultation aux urgences de justifiée ou non, est complexe. Les échelles de tri utilisées régulièrement pour les adultes sont peu ou pas adaptées aux enfants [29]. Dans la littérature, on retrouve une classification des urgences pédiatriques basée plus volontiers sur le diagnostic porté a posteriori par le médecin[29]. L'angoisse des parents, l'incertitude du médecin qui a

orienté l'enfant et le ressenti du personnel soignant accueillant l'enfant ne sont pas pris en compte par la plupart des échelles de tri.

En laissant le choix au médecin, en charge du dossier, de valider ou non la justification médicale, nous émettons l'idée que son avis reflète un juste équilibre entre le diagnostic final et le contexte de l'arrivée difficilement classifiable, bien que cette méthode diminue la reproductibilité de l'évaluation. En effet, celle-ci sera différente d'un médecin à un autre, selon son expérience et la situation dans le service des urgences pédiatriques au moment où ce jugement s'effectue.

Le groupe ainsi défini par une consultation aux UP inadéquate devrait relever idéalement d'une prise en charge dans une structure de soins primaires adaptée et plus particulièrement de médecine générale. Pour le médecin généraliste qui connaît bien ses patients et leur environnement de vie, cibler préférentiellement cette population en matière d'explication, de disponibilité téléphonique pourrait permettre d'éviter un certain nombre de passages aux urgences pédiatriques.

3.1. Influence des données sociodémographiques

Nos résultats ne montrent pas que le sexe, le rang dans la fratrie ou l'âge de l'enfant soit déterminant dans la justification d'une consultation dans le service des UP. Les résultats issus de la littérature ne sont pas concordants sur ces points. Si la plupart des études ne relève pas de différence dans ces critères, une étude belge de 2012 inclut l'âge inférieur à 2 ans comme un facteur influençant positivement le nombre de consultations appropriées aux urgences pédiatriques [30]. Une étude italienne de 2005 relève plus de consultations appropriées chez les petites filles de 0 à 2 ans [31].

Nos résultats ne suggèrent pas que la monoparentalité puisse avoir un impact sur le nombre de consultations non urgentes. De même, nous ne retrouvons pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne la profession ou le niveau d'étude des parents.

Néanmoins, les parents d'origine étrangère sont en proportion plus importante dans les consultations qualifiées de non urgentes (19% contre 4% dans les consultations dont la justification médicale est validée). Dans une étude française de 2003 menée en région parisienne, les résultats de Roustit et al faisaient ressortir l'origine du père comme un facteur

d'utilisation itérative des urgences quand celui-ci n'était pas né dans un pays d'Europe de l'Ouest[20].

Le suivi en PMI paraissait également au rang de ces facteurs dans cette étude. Certes, la composante culturelle détient un rôle important dans la place que prennent les enfants au sein de la famille ainsi que dans la gestion et l'inquiétude autour de l'enfant malade qui en découle [18], mais on peut surtout souligner l'importance des habitudes de recours aux soins primaires. Pour ces familles accueillies en journée dans une structure telle que la PMI (disponibilité d'un médecin, plages de soins non programmés ouvertes, gratuité des soins), le service des urgences pédiatriques s'identifie à un prolongement logique d'une telle structure. Certains auteurs soulignent d'ailleurs une généralisation de ce mode de consommation de la médecine *via* les urgences qui n'est pas l'apanage des familles en situation précaire [10,13].

Nous n'avons pas mis en valeur de lien entre courte distance à parcourir depuis le domicile jusqu'aux urgences pédiatriques et consultations inappropriées. Ce lien est pourtant souligné dans plusieurs études étrangères [14,30,32] et notamment pour les enfants de moins de 2 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que la région Pays de Loire possède 3 services d'urgences pédiatriques (Angers, Le Mans et Nantes) qui sont relativement proches. En conséquence, le rayon de recrutement s'en trouve limité, induisant un biais de recrutement dans la population devant parcourir plus de 50 km pour se rendre au service des UP à Angers.

3.2. Influence de l'accès aux soins

La CMU a été créée afin de faciliter l'accès aux soins pour les populations aux plus bas revenus ; il a été montré que les enfants en avaient notablement bénéficié lors de son instauration en 2000 [23]. Dans notre étude, nous constatons que les bénéficiaires CMU et le reste de la population ont un profil de suivi médical similaire et que les proportions respectives d'utilisation inadéquate des urgences pédiatriques ne semblent pas différer. C'est également le cas dans des études menées sur de plus grands effectifs [26].

Les parents bénéficiaires d'une couverture médicale étrangère ou de l'AME étaient trop peu nombreux pour pouvoir interpréter les données. Dans les deux dossiers étudiés, la justification médicale n'était pas validée par le médecin en charge. Les bénéficiaires de l'AME sont parfois dans des situations de précarité extrême liée à une situation irrégulière qui rend l'accès aux médecins libéraux difficile et le suivi des enfants plus sporadique [33]. S'y

ajoutent une méconnaissance du système de soin français, une communication avec les soignants limitée par la barrière de la langue et le choix de privilégier les structures de soins gratuites vers lesquelles ils sont le plus souvent orientés par les acteurs sociaux locaux qui les reçoivent.

Dans notre étude, la spécialité du médecin (pédiatre ou généraliste) choisi pour le suivi de l'enfant n'influe pas sur la proportion de consultations non urgentes. Compte tenu des faibles effectifs représentant les enfants sans suivi médical, la mesure de l'impact d'un suivi médical régulier par un médecin sur le taux de consultations non adéquates n'a pu être réalisée. Cependant, une étude belge a montré que lorsqu'un médecin de famille est déclaré pour l'enfant, le taux de consultations inappropriées dans les services d'UP diminue [30].

Les raisons invoquées dans les deux groupes, concernant le choix de se rendre aux UP sans avis médical au préalable, restent globalement similaires. Nous notons dans nos résultats que l'orientation par un médecin et, ceci, qu'elle que soit sa spécialité, semble (bien que non significatif sur le plan statistique) réduire le nombre de consultations non urgentes. Ce résultat est retrouvé dans un grand nombre d'études aussi bien européennes qu'internationales [9,27]. Le rôle des acteurs libéraux de soins primaires s'en trouve conforté tant sur le plan des compétences pédiatriques que sur le recours qu'ils peuvent faire des urgences pédiatriques. Si l'on se réfère aux raisons invoquées par les patients, les compétences sont effectivement rarement remises en question dans notre étude. Une étude qualitative américaine de 2008 a tout de même recensé un certain nombre de difficultés relationnelles ou de communication avec le médecin généraliste qui pouvaient conditionner un repli vers les urgences [28]. La difficulté de l'accès aux soins primaires est quant à elle souvent mise en avant [28], et tout particulièrement la frustration générée par un rendez-vous avec un délai long chez le généraliste.

Une autre étude américaine a étudié les pratiques des cabinets libéraux qui pouvaient influencer le taux de consultations non urgentes aux urgences pédiatriques locales [5]. Les principaux facteurs relevés étaient les suivants :

- D'une part, les facteurs peu ou pas modifiables : la distance entre cabinet libéral et urgences pédiatriques, la possibilité d'avoir un bilan sanguin avec résultats le jour même, mais aussi, le taux de patients bénéficiaires du "Medicaid"(équivalent de la CMU française) par médecin.

- D'autre part, des facteurs sur lesquels il était proposé de travailler : le nombre de créneaux de consultation disponibles pour le jour même et la possibilité de recevoir des enfants suivis habituellement par un autre médecin.

L'urgence ressentie par les parents est un concept difficilement analysable qui a fait l'objet de nombreuses études [3,9]. Notre étude n'a pas pour objectif d'en expliquer les raisons. Néanmoins, nous notons que lorsque les parents déclarent que la situation est très urgente, la consultation est plus souvent appropriée selon le médecin responsable du dossier (55% contre 29% de situations qualifiées de très urgentes par les parents dans les consultations non appropriées). Ces résultats ont également été retrouvés sur de plus grandes populations de patients [30].

4. L'offre de soins aux urgences pédiatriques

Le taux d'hospitalisation des enfants de notre étude (14%) est moins élevé que celui des études de référence portant sur de plus grands effectifs [2-4,14,15,34] et un peu moins élevé que le taux d'hospitalisation du service des UP du CHU d'Angers en 2011 (15%). Ceci est le résultat du biais de sélection, l'étude n'incluant pas les urgences vitales et la traumatologie.

La proportion d'examen complémentaires (43% des cas), comprenant biologie et /ou imagerie, correspond à celle retrouvée dans les précédentes études menées sur la population pédiatrique des urgences. Les résultats de ces travaux font état d'une prescription d'imagerie et/ou de bilan biologique dans près de 40% des cas pour Jeandidier et al. [9]. L'enquête nationale des usagers des urgences réalisée par la DREES en 2002 relève, quant à elle, un taux d'examen complémentaires de 20% pour les enfants de 0 à 2 ans et de 59% pour les plus grands enfants de 6 à 15 ans [2]. A l'instar de cette enquête, nos résultats tendent à souligner la moindre part d'actes diagnostiques chez les 0-2 ans comparativement aux catégories d'âge supérieur sans que l'on puisse le vérifier statistiquement.

Conclusion

Le recours aux urgences, de plus en plus fréquent, s'avère actuellement inadapté dans une grande majorité des cas. Malgré un faible échantillon de population, les résultats de notre étude s'inscrivent dans cette tendance.

L'égale proportion de populations de bas niveau socioéconomique ou en situation de précarité professionnelle dans notre étude et dans la population générale ne permet pas de conclure que ces populations fréquentent davantage les urgences pédiatriques que les autres catégories sociales. Nos résultats indiquent également que les disparités socioéconomiques ne sont pas un facteur majeur de recours inapproprié au service des urgences pédiatriques.

L'inquiétude des parents joue un rôle essentiel dans la décision de se rendre aux urgences pédiatriques. Le fort taux de consultations inappropriées pour les enfants non orientés par un médecin renforce le rôle central des acteurs de soins primaires. Réussir à gérer l'inquiétude des parents devrait être, dans l'idéal, une mission du médecin référent de l'enfant et non relever d'un service d'urgences. Les connaissances de ce dernier, quant au milieu et au contexte socioéconomique familial, doivent l'amener à modérer l'angoisse des parents en leur exposant une conduite à tenir précise associée à des prescriptions anticipées et à une disponibilité téléphonique accrue.

Pour autant, ce rôle pourrait placer le médecin référent dans la situation paradoxale d'informer toujours plus ses patients avec le risque de générer toujours plus d'inquiétude.

Références bibliographiques

1. Le panorama des établissements de santé 2010. DREES. Collection études et statistiques. Disponible sur:
http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2011/D_avril_2011/61000_panorama_eta_bsante2010.pdf
2. DREES, Carrasco V. Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale. 2003.
3. Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné ». Arch Pédiatrie. janv 1997;4(1):21-26.
4. Bouulloche J, Guibert L, Godde F, Devos A, Amussini P, Julien J, et al. Les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre: analyse des modalités de recrutement. Arch Pédiatrie. juin 1995;2(6):601-602.
5. Sturm JJ, Hirsh DA, Lee EK, Massey R, Weselman B, Simon HK. Practice Characteristics That Influence Nonurgent Pediatric Emergency Department Utilization. Acad Pediatr. janv 2010;10(1):70-74.
6. Vinelli NF, Mannucci C, Laba NI, del Vecchio L, Valerio A, Lago MI, et al. Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. Arch Argent Pediatría. 2011;109(1):8-13.
7. Rapport de la cour des comptes. Les urgences médicales: constats et évolution récente. Paris; 2006.
8. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé. Circulaire n « 2003 195 » du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
9. Jeandidier B, Dollon C, Laborde H, Paries J, Gaudelus J. Le faux débat des fausses urgences. Arch Pédiatrie. janv 1999;6:S464-S466.
10. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? Arch Pédiatrie. déc 2008;15(12):1733-1738.
11. Cellule de l'analyse de gestion-CHU d'Angers. Statistiques des urgences pédiatriques du CHU Angers entre 2010 et 2012.
12. INSEE. La situation démographique en 2011 -Pyramides des âges interactives. 2011.
13. Berthier M, Martin-Robin C. Les consultations aux urgences pédiatriques étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Arch Pédiatrie. mai 2003;10:s61-s63.

14. Sagnes-Raffy C, Claudet I, Grouteau E, Fries F, Ducassé JL. Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans. Disponible sur [http.www. Orumip.fr](http://www.Orumip.fr).
15. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Arch Pédiatrie. févr 2004;11(2):108-114.
16. Blanpain N. Garder et faire garder son enfant. Données Soc Société Fr. 2006;
17. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. févr 2011;18(2):128-134.
18. Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. Arch Pédiatrie. mars 2001;8(3):259-267.
19. Insee - Enseignement-Éducation - Effectifs d'élèves et taux de scolarisation par âge dans le préélémentaire en 2012-2013. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATSOS07102
20. Roustit C, Vitoux-Brot C. 087 Profil des utilisateurs itératifs des urgences pédiatriques. J Eur Urgences. mars 2004;17:37.
21. Insee - Revenus-Salaires - Fiches thématiques - Revenus - Les revenus et le patrimoine des ménages - Insee Références - Édition 2013. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3956
22. Données de cadrage : la couverture maladie universelle (CMU) - IRDES. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm>
23. DREES. L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000 n°152. DREES; 2002.
24. Rapport_activite_2011.pdf . Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2011.pdf
25. Poitou P, Loge I, Hastier-Gouin N, Guyet S, Belgaid A, Dufour D, et al. P508 - Motivation des consultations aux urgences pédiatriques. Congrès Sociétés Pédiatrie - Suppl Abstr. juin 2010;17(6, Supplement 1):177.
26. Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A. Motifs de recours aux urgences pédiatriques: comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? Arch Pédiatrie. janv 1999;6:S461-S463.
27. Cabeza JM, Quintero BD, Sánchez JM, Álvarez BG, Romero ST, del Río Morales E, et al. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. emergencias. 2007;19:70-6.

28. 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. *Ambul Pediatr.* nov 2008;8(6):360-367.
29. Haas H. Outils de triage aux urgences pédiatriques. Congrès Natl Société Française Pédiatrie Congrès Natl Société Française Pédiatrie. juin 2005;12(6):703-705.
30. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, Cohen L, Verhaeghe N, Trybou J, et al. The (in-) appropriateness of emergency department use among paediatric patients in 12 Belgian hospitals. 40e Congrès annuel de la Société Belge de Pédiatrie: Nouvelles (in) certitudes en pédiatrie. 2012.
31. Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. Paediatric utilization of an emergency department in Italy. *Eur J Public Health.* 2006;16(5):565-9.
32. Cooper C, Simpson JM, Hanson R. The district hospital emergency department: Why do parents present? *Emerg Med.* 2003;15(1):68-76.
33. Bouhamam N, Laporte R, Boutin A, Uters M, Bremond V, Noel G, et al. Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie.* mars 2012;19(3):242-247.
34. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie.* janv 1999;6:S454-S456.

Liste des figures

Figure 1. Répartition des enfants par tranche d'âge.	15
Figure 2. Répartition des parents par tranche d'âge.	17
Figure 3. Situation des mères sans activité professionnelle.	19
Figure 4. Situation des pères sans activité professionnelle.	19
Figure 5. Répartition des parents par région géographique d'origine.	21
Figure 6. Répartition des familles par nombre d'enfants.....	22
Figure 7. Répartition des foyers par revenus.....	22
Figure 8. Répartition des distances foyers-urgences pédiatriques.	23
Figure 9. Répartition des distances domicile-urgences pédiatriques par catégorie d'âge.	23
Figure 10. Répartition du type de couverture sociale.....	24
Figure 11. Motifs d'entrée aux UP des 0-2 ans.	26
Figure 12. Motifs d'entrée aux UP des 2-6 ans.	26
Figure 13. Motifs d'entrée aux UP des 6 ans et plus.	27
Figure 14. Répartition du délai entre apparition des symptômes et entrée aux UP.	27
Figure 15. Délai entre apparition des symptômes et entrée aux urgences et éloignement des UP.....	28
Figure 16. Orientation vers les UP en fonction du suivi médical habituel.....	29
Figure 17. Comparaison du niveau d'étude des parents dans les deux groupes.	35
Figure 18. Professions des parents dans les deux groupes.	36
Figure 19. Répartition du type de couverture santé dans les deux groupes.	37
Figure 20. Suivi médical des enfants dans les deux groupes.	38
Figure 21. Présence d'un avis médical dans les deux groupes.	39
Figure 22. Raisons invoquées dans les deux groupes pour le choix des urgences sans avis médical au préalable.	40

Liste des tableaux

Tableau I. Répartition du mode de garde des enfants de 0 à 2 ans.	16
Tableau II. Répartition du mode de garde des enfants de 2 à 6 ans.	16
Tableau III. Répartition des accompagnants.	17
Tableau IV. Professions des parents selon la classification PCS 1982.	18
Tableau V. Niveau d'étude des parents.	20
Tableau VI. Répartition des foyers par nombre d'adultes y résidant.	21
Tableau VII. Répartition des moyens de transport utilisés pour venir aux urgences.	24
Tableau VIII. Type de suivi médical des enfants.	25
Tableau IX. Répartition des motifs de passage aux urgences.	25
Tableau X. Orientation vers les UP.	28
Tableau XI. Existence d'un contact avec un médecin généraliste.	29
Tableau XII. Motivations pour le choix des urgences pédiatriques.	30
Tableau XIII. Antériorité de l'enfant aux UP.	31
Tableau XIV. Urgence ressentie par les parents.	32
Tableau XV. Evaluation de l'urgence par le médecin des UP.	32
Tableau XVI. Réalisation d'examens complémentaires.	33
Tableau XVII. Hospitalisation à l'issue de la consultation aux UP.	33
Tableau XVIII. Caractéristiques des enfants dans les deux groupes.	34
Tableau XIX. Age des parents dans les deux groupes.	34
Tableau XX. Nationalité dans les deux groupes.	35
Tableau XXI. Origine étrangère dans les deux groupes.	35
Tableau XXII. Répartition du nombre d'adultes dans les deux groupes.	36
Tableau XXIII. Répartition du nombre de frères et sœurs dans les deux groupes.	36

Tableau XXIV. Répartition par tranche des revenus mensuels dans les deux groupes.	38
Tableau XXV. Répartition des distances domicile-urgences dans chaque groupe.	39
Tableau XXVI. Ressenti des parents dans les deux groupes.	41

Table des matières

Introduction	9
<hr/>	
Matériel et méthode	11
<hr/>	
1. Population et type d'étude.....	11
2. Méthode	11
3. Critères d'inclusion/exclusion.....	12
4. Description des données exploitées.....	12
Résultats	15
<hr/>	
1. Données socio-démographiques.....	15
1.1. Les enfants.....	15
1.1.1. Sexe des enfants.....	15
1.1.2. Age des enfants.....	15
1.1.3. Mode de garde de l'enfant pendant la journée	16
1.2. Les accompagnants.....	16
1.3. Les parents.....	17
1.3.1. Age.....	17
1.3.2. Profession des parents	18
1.3.3. Niveau d'étude des parents	20
1.3.4. Pays d'origine et nationalité	20
1.4. Composition de la famille.....	21
1.4.1. Nombre d'adulte dans le foyer	21
1.4.2. Nombre d'enfants par famille	22

1.5.	Revenus mensuels du foyer	22
1.6.	Distance entre le domicile et les urgences pédiatriques du CHU d'Angers	23
1.7.	Moyens de transport pour rejoindre les urgences	24
2.	Accès habituel aux soins	24
2.1.	Couverture santé	24
2.2.	Suivi habituel de l'enfant.....	25
3.	Motif de consultation aux urgences et parcours de soins	25
3.1.	Motifs renseignés par les accompagnants	25
3.2.	Délai entre le début des symptômes et l'arrivée aux urgences	27
3.3.	Existence d'une orientation vers les urgences pédiatriques par un professionnel de santé.	28
3.4.	Existence d'un contact avec un médecin généraliste	29
3.5.	Motivations du choix des urgences pédiatriques dans le cas des décisions prises sans avis médical.	30
3.6.	Antériorités de passage aux urgences pédiatriques	31
4.	Demande et offre de soins aux urgences pédiatriques	31
4.1.	L'urgence ressentie par les parents.....	31
4.2.	L'urgence évaluée par le médecin des urgences.....	32
4.3.	Réalisation d'examens complémentaires.....	32
4.4.	Taux d'hospitalisation	33
5.	Analyse des dossiers selon la justification ou non du passage aux urgences	33
5.1.	Caractéristiques socio-démographiques	34
5.1.1.	<i>Les enfants</i>	34
5.1.2.	<i>Les parents</i>	34
5.1.3.	<i>Composition et environnement familial</i>	36
5.1.4.	<i>Le parcours de soins</i>	39
5.1.5.	<i>Ressenti des parents</i>	40

Discussion	42
1. Limites méthodologiques de l'étude	42
2. Profil et parcours de soin des utilisateurs des UP	43
2.1. Les enfants	43
2.2. Profil des familles consultant aux urgences pédiatriques	44
2.2.1. <i>Les parents et la composition de la famille</i>	44
2.2.2. <i>Revenus du foyer et profil socioéconomique</i>	46
2.3. Le parcours de soins et la place du médecin généraliste	47
3. Population relevant de la médecine générale	49
3.1. Influence des données sociodémographiques	50
3.2. Influence de l'accès aux soins	51
4. L'offre de soins aux urgences pédiatriques	53
Conclusion	54
Références bibliographiques	55
Liste des figures	58
Liste des tableaux	59
Table des matières	61
Annexes	64

Annexes

Lettre explicative et questionnaire remis aux parents à leur arrivée aux UP :

Madame, Monsieur,

Vous venez de recevoir un questionnaire à votre arrivée aux urgences, voici quelques explications concernant ce document.

Depuis plusieurs années, le nombre de consultations aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers augmente de manière régulière, provoquant ainsi un délai d'attente de plus en plus important.

Une étude est réalisée dans le but de mieux connaître, sur le plan socio-économique, les personnes qui viennent aux urgences pédiatriques.

Le questionnaire comprend trois parties, la première porte sur les renseignements administratifs et sociaux généraux. La deuxième porte sur l'accès aux soins de votre enfant et la troisième concerne les circonstances de votre venue aux urgences. Compléter ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes.

Les données recueillies seront traitées de manière anonyme.

Cette étude entre dans le cadre d'un travail de thèse en médecine générale. Elle a été validée par le comité d'éthique du CHU d'Angers et fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Je vous remercie pour le temps que vous accorderez à ce document.

David FERME, interne en médecine général

Questionnaire accueil des urgences pédiatriques

date : heure :

Renseignements administratifs :

1. Age de l'enfant:.....
2. Sexe : Féminin Masculin
3. Quel est votre lien de parenté avec l'enfant accompagné :
 Père Mère Famille assistante maternelle
 autre :.....
4. Mode de garde de l'enfant la journée ?
 parent assistante maternelle famille crèche scolarisation
 Autre :.....
5. Nombre d'adultes à la maison :.....
6. Age des parents :
7. Nombre de frères et sœurs de l'enfant à la maison :.....
8. L'âge des frères et sœurs:
9. Profession de la mère (*catégories INSEE*) :
 Agricultrice, exploitante Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure
 Professions Intermédiaires Employée
 Ouvrière Retraitée Mère au foyer
 Chômage RSA Etudiante
10. Profession du père (*catégories INSEE*) :
 Agriculteur, exploitant Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure
 Professions Intermédiaires Employé
 Ouvrier Retraité
 Chômage RSA Etudiant

11. Diplôme le plus élevé obtenu par les parents :

a. Mère :

- Aucun diplôme
- CAP/BEP
- Etudes supérieures (bac +2 et supérieur)
- Brevet des collèges (BEPC)
- Baccalauréat

b. Père :

- Aucun diplôme
- CAP/BEP
- Etudes supérieures (bac +2 et supérieur)
- Brevet des collèges (BEPC)
- Baccalauréat

12. Revenus mensuels approximatifs du foyer (revenus nets et aides comprises):

- 0-1000 euro
- 2000-3000 euro
- 1000-2000 euro
- 3000 euro et plus

13. Pays d'origine :

14. Nationalité française ? Oui Non

15. Distance approximative entre le domicile et les urgences pédiatriques :

- 0-10 Km
- 20-50 Km
- 10-20 Km
- plus de 50 Km

Votre accès aux soins :

16. Votre enfant est suivi habituellement par :

- Un médecin généraliste
- La PMI
- Un pédiatre
- Pas de médecin attitré

17. Quelle(s) est(sont) votre(vos) couverture(s) sociale(s) ?

- Sécurité sociale
- Mutuelle
- Aucune
- CMU
- Couverture sociale étrangère
- AME
- Prise en charge à 100%

Circonstances de votre venue aux urgences :

18. Motif du recours aux urgences pédiatriques :

.....
.....
.....

19. Qui vous a conseillé de consulter aux urgences ?

- Un médecin généraliste
- Un autre médecin
- Profession paramédicale (kinésithérapeute, pharmacien ...)
- Décision prise seule ou avec votre entourage

20. Le début des symptômes présentés par votre enfant date de :

- Moins de 12heures
- De 12 à 24 heures
- Entre 24 et 48h
- Plus de 48h

21. Selon vous le problème qui vous amène aujourd'hui est :

- Très urgent
- Moyennement urgent
- Non urgent

22. Avez-vous consulté votre médecin traitant avant de venir ?

- Oui par téléphone
- Oui en consultation
- Non

23. Si vous n'avez pas été adressé par un médecin, pour quelles raisons principales avoir choisi les urgences ? (maximum deux réponses cochées)

- Pas de médecin généraliste joignable
- Pas de rendez-vous disponible chez le médecin généraliste
- Pour des symptômes persistants
- Pour avoir un avis spécialisé pédiatrique
- Pour avoir des examens complémentaires
- Pour la gravité des symptômes
- Pour des raisons financières
- Pour des convenances d'horaires ou de proximité
- Pour une pathologie chronique suivie au CHU

24. Avez-vous déjà consulté aux urgences pédiatriques auparavant pour cet enfant ?

- Oui pour ces mêmes symptômes
- Oui pour d'autres symptômes
- Non, jamais

25. Comment êtes-vous venu(e) aux urgences ?

- Véhicule personnel
- Véhicule d'un proche / ami
- Transports en commun (bus, tramway)
- Ambulance ou pompiers
- A pied

Merci de donner le questionnaire rempli au médecin qui vous accueillera.

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Monsieur FERME David

Vu, le Directeur de thèse



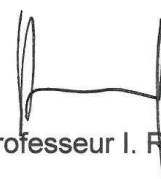
Franck CHAMPAGNE

Vu, le Président du jury de thèse



COURANT

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



T4_FORM_permis_imprimer