

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE.

Motifs de recours aux urgences pédiatriques et mesures préventives associées.

TIROT Emmanuelle

Née le 06 JUIN 1988 à Angers (49)

Sous la direction de Mme DELMAS Véronique

Membres du jury

Mr le Professeur CAILLIEZ Éric	Président
Mme le Docteur DELMAS Véronique	Directeur
Mme le Docteur ANGOULVANT Cécile	Membre
Mme le Professeur BARON Céline	Membre

Soutenue publiquement le :
21 septembre 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée TIROT Emmanuelle
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **22/07/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Éric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

À Monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ,

Pour me faire l'honneur de présider mon jury et de juger ce travail de thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Cécile ANGOULVANT,

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, et pour m'avoir guidée pendant ces six mois de stage.

À Madame le Professeur Céline BARON,

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Véronique DELMAS,

Pour m'avoir aidée tout au long de ce travail de thèse, et pour m'avoir toujours épaulée avec patience, gentillesse et disponibilité. Merci pour ce beau travail.

À toute l'équipe des urgences pédiatriques, sans qui ce travail n'aurait jamais pu être fait. Pour tout le temps et le sérieux qu'elle y a consacré.

À Marion, pour ton aide, sans toi ma thèse n'aurait pas été aussi aboutie.

À Marie Vittaz, merci pour ton aide et ta relecture.

À Karine, Aude et José, merci pour votre aide précieuse.

À tous les médecins que j'ai rencontrés lors de ma formation, qui m'ont transmis leur passion, et confirmée dans mon choix de faire de la médecine et tout particulièrement de la médecine générale.

À l'ensemble des équipes paramédicales et des secrétaires, qui m'ont aussi aidée lors de ma formation, m'ont souvent rendu service et rendu le quotidien plus facile.

REMERCIEMENTS

À Mickaël,

Merci d'être là et d'avoir toujours été là. Merci de m'avoir supportée pendant ces études si longues et parfois si épuisantes. Merci de toujours me soutenir et de me rendre la vie si agréable.

À mes enfants,

Vous êtes la plus belle chose qui me soit arrivée. Chaque moment auprès de vous m'émerveille et me rend plus fière.

À mes parents,

Merci de l'amour que vous me portez et de votre bienveillance, de vos conseils et de votre exemple, qui m'aident tellement à avancer.

À Stéphane et Bénédicte,

Merci d'être là, nos liens à tous les trois me sont très précieux.

À ma belle-famille,

Vous m'avez accueillie à bras ouverts, et me soutenez depuis le début dans tout ce que j'entreprends.

À Caroline,

Merci de faire partie de tous ces moments importants de ma vie.

À tous mes amis et tous mes co-internes.

Liste des abréviations

OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
CHU	Centre hospitalier universitaire
CH	Centre hospitalier
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
PMI	Protection maternelle et infantile
CMU	Couverture maladie universelle
AME	Aide médicale de l'état
ORL	Oto-rhino-laryngologie
INED	Institut national d'étude démographique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ADOPS	Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Population générale

- 1.1. Epidémiologie des enfants
- 1.2. Suivi médical
- 1.3. Epidémiologie des parents

2. Caractéristiques des consultations

- 2.1. Horaires et jours de consultation
- 2.2. Les symptômes
- 2.3. Les motivations
- 2.4. Délais de consultation aux urgences pédiatriques

3. Contact d'un médecin avant la consultation aux urgences

4. Connaissance de la maison médicale de garde

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

Motifs de recours aux urgences pédiatriques et mesures préventives associées.

Tirot E¹, Wary M¹, Delmas V^{2,3}

¹ Université d'Angers, UFR santé, Département de Médecine Générale, rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 1 France

² Service des Urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier du Mans, 194 Avenue Rubillard
72037 Le Mans France

³ Service d'Accueil des Urgences adultes du Centre Hospitalier du Mans, 194 Avenue
Rubillard 72037 Le Mans France

Introduction

Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter en Sarthe (taux de croissance annuel moyen de +3,2 %), et en parallèle le nombre de libéraux diminue. L'objectif est de définir les motifs de recours aux urgences pédiatriques (UP) et facteurs épidémiologiques influençant ces consultations en Sarthe, pour proposer des axes de prévention ciblés.

Matériels et Méthodes

L'étude était épidémiologique, prospective, observationnelle, réalisée aux UP du Centre Hospitalier du Mans en septembre 2016. Étaient inclus les patients entre 0 et 18 ans, et exclus ceux redirigés vers la maison médicale de garde (MMG) ou non accompagnés. Les informations étaient recueillies *via* un questionnaire anonyme.

Résultats

1872 questionnaires furent remplis (taux de remplissage 70 %). 828 (36,1 %) enfants consultaient pour inquiétude, 650 (28,4 %) pour persistance des symptômes et 336 (14,7 %) pour accès aux examens complémentaires. De façon significative, les moins de 3 ans consultaient davantage pour absence de contrainte horaire, et les plus de 10 ans pour accès aux examens complémentaires. 916 (50,7 %) enfants n'avaient pas consulté de médecin avant de venir aux urgences, 1124 (60 %) des accompagnants ne connaissaient pas la MMG.

Conclusion

Les moins de 3 ans se présentent majoritairement pour des symptômes médicaux, motivés par l'absence de contrainte horaire et l'inquiétude, justifiant le développement d'outils de prévention. Les plus de 10 ans consultent majoritairement pour de la traumatologie, dans un contexte de difficultés d'accès aux examens complémentaires en libéral. Enfin, les parents méconnaissent la MMG, nécessitant de nouvelles méthodes de communication.

INTRODUCTION

En France, le nombre de consultations aux urgences est en constante augmentation ces dernières années. Ce phénomène se vérifie également aux urgences pédiatriques sur le plan national, et se révèle d'autant plus important dans les régions où la démographie médicale libérale (médecins généralistes et pédiatres) est pauvre (1)(2).

Le réseau OSCOUR créé à l'échelle nationale en 2004 permet de recenser les motifs de consultation au sein des structures d'urgences du réseau (soit 414 établissements sur 600 services d'urgence). Il a montré en 2013 entre 19000 et 22000 passages quotidiens adultes, et entre 6000 et 7500 passages pédiatriques à l'échelle nationale (3). Dans la Région des Pays de la Loire, en 2015, le nombre moyen de passages quotidiens dans les services d'urgence est estimé à 320 au CHU de Nantes, 221 au CH du Mans, 216 au CHU d'Angers, 129 au CH de Laval, et 115 au CH de La-Roche-sur-Yon (les moins de 18 ans représentent 28 % de ces passages) (1).

En Région Pays de Loire, le nombre de passages dans les services d'urgences a augmenté de 3 % par an entre 2000 et 2005 avec une accélération majeure en 2006 à + 5.7 %, pour un accroissement de la population à 0.9 % par an. Aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Le Mans, une augmentation franche est également constatée avec 26040 passages annuels en 2011 contre 29485 passages en 2015, soit un taux de croissance annuel moyen de + 3.2 % (4). L'année 2016 comptabilise 30273 entrées, soit + 2,67 % par rapport à 2015.

En parallèle, le nombre de médecins généralistes en Pays de La Loire et donc en Sarthe ne cesse de diminuer depuis 2007 (- 1.7 % en 6 ans). Quant aux pédiatres, les effectifs ont diminué de 5 % entre 2007 et 2013, et cette tendance devrait se confirmer entre 2013 et 2018 avec une diminution attendue de - 3 % (5).

Malgré cette augmentation, les motifs de consultation aux urgences pédiatriques sont souvent jugés non urgents par les professionnels de santé (6), avec une gravité globalement moindre que la

moyenne des patients tout âge confondu, et des taux d'hospitalisation plus faibles au-delà de l'âge d'un an (7). L'enquête nationale réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de près de 10 000 patients ayant fréquenté les services d'urgences hospitaliers a permis de faire apparaître des types de recours, de pathologies et de prises en charge fortement différenciés en fonction de l'âge (8). On constate notamment que pour plus de 60 % des enfants consultant aux urgences, la décision vient des parents seuls ou de l'entourage, sans recours préalable à un professionnel de santé. Les principales raisons du recours direct aux urgences sont : la proximité de l'établissement, le sentiment d'urgence ou de gravité, le besoin d'un plateau technique spécialisé, et 38 % des personnes interrogées citent le « besoin que le problème de santé soit réglé rapidement pour des raisons personnelles ». Un médecin absent, une absence de médecin traitant, un traitement en cours sans amélioration ou l'absence d'avance des frais ne concernent que 10 à 16 % des patients (8).

La grande majorité des consultations aux urgences pédiatriques n'est pas urgente, et elles sont souvent dues à une inquiétude parentale (9). La plupart des thèses de médecine réalisées sur ce sujet montrent cet état de fait et ce décalage entre l'inquiétude des parents et l'absence de gravité médicale. La répartition entre les différents motifs peut cependant évoluer en fonction des régions étudiées. Or, aucune étude épidémiologique sur ce sujet n'a été réalisée en Sarthe à ce jour. De plus, aucune étude n'a été réalisée pour trouver des axes de travail en amont, c'est-à-dire en médecine de ville, pour limiter cette inquiétude, apporter des conseils et une éducation aux parents, pour limiter ce nombre de consultations. Compte-tenu de la surcharge des urgences pédiatriques et du déficit libéral, il nous a donc paru important de réaliser ce travail en Sarthe.

L'objectif de ce travail de thèse est de définir les motifs de recours aux urgences pédiatriques ainsi que les facteurs épidémiologiques influençant ces consultations, afin de proposer des axes de prévention en médecine générale en ciblant les facteurs principaux.

MÉTHODES

Design de l'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique, monocentrique, descriptive, prospective et observationnelle, réalisée aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier du Mans du 29 août 2016 au 2 octobre 2016.

L'objectif principal est de définir les moyens éducatifs pouvant être mis en place en médecine générale, en fonction des facteurs épidémiologiques qui conduisent majoritairement à une consultation aux urgences pédiatriques.

Les objectifs secondaires sont de réaliser un état des lieux épidémiologique en Sarthe de la population consultant aux urgences pédiatriques et des motifs de recours, et de quantifier les recours aux urgences pédiatriques en lien avec un défaut de recours en médecine libérale.

Population étudiée :

Les critères d'inclusions étaient : tous les patients de 0 à 18 ans se présentant aux urgences pédiatriques, qu'ils aient été vus ou non par un professionnel de santé au préalable, et quel que soit le motif d'admission.

Etaient exclus les patients redirigés vers la maison médicale de garde, les personnes ne parlant pas français ou ne sachant pas écrire, les patients non accompagnés par un parent ou une personne de la famille (dont les patients seuls, et ceux accompagnés par un éducateur à l'arrivée aux urgences pédiatriques). Les questionnaires comportant moins de 25% de réponses étaient exclus.

Recueil des données :

Les informations étaient recueillies *via* un questionnaire anonyme, à questions fermées (cf annexe). Ce questionnaire était remis à l'adulte accompagnant l'enfant, dès son arrivée aux urgences et l'enregistrement du dossier à l'accueil, par l'infirmière ou l'auxiliaire de puériculture. Le professionnel de santé qui donnait le questionnaire fournissait également les informations sur la

justification de l'étude et la démarche à suivre pour remplir, puis remettre le questionnaire. Celui-ci était rempli en salle d'attente avant la prise en charge, en box, ou dans l'attente d'examens complémentaires.

Pour les patients présentant des critères d'exclusion, le questionnaire était barré par l'infirmière ou l'auxiliaire de puériculture. Une fois remplis, les questionnaires étaient soit remis à l'infirmière d'accueil par le parent, soit récupérés par le médecin, l'interne, l'externe, l'infirmière, ou l'auxiliaire de puériculture en charge de l'enfant, soit extraits des dossiers médicaux par la secrétaire.

Les parents ont été informés de l'étude par écrit (affiches dans le service des urgences, bandeau d'information sur le questionnaire), et par oral (informations orales par l'infirmière d'accueil et réponses aux questions éventuelles des parents par le personnel médical).

Le projet a été soumis et accepté par le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier du Mans et par la CNIL.

Analyse des résultats et tests statistiques :

Le recueil des données s'est fait sur tableau Excel. Les questionnaires ont été analysés, chaque item a été évalué indépendamment. Compte-tenu du nombre très faible de « non répondu » dans chaque item, ceux-ci n'ont pas été cités pour simplifier la lecture des résultats. A noter que seules les parties « épidémiologie » et « motif de recours aux urgences pédiatriques » ont été utilisées pour cette étude. La partie « enquête sur la fièvre de l'enfant » a servi pour une autre étude.

L'analyse des résultats comprend le listing des motifs de consultation aux urgences pédiatriques, avec analyse des facteurs épidémiologiques associés à ces motifs. Elle comprend également la sélection des facteurs épidémiologiques prédominants conduisant à une consultation, puis proposition d'outils de prévention en médecine générale.

L'analyse statistique comprend pour les variables quantitatives des moyennes, écarts types et extrêmes, et pour les variables qualitatives des fréquences. Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test Chi2 corrigé de Yates ou le test de Fisher.

RÉSULTATS

1872 questionnaires ont été complétés, sur un total de 2675 entrées aux urgences pédiatriques sur cette période, soit un taux de remplissage de 70 %.

1. Population générale

1.1. Epidémiologie des enfants

Concernant les enfants consultant aux urgences pédiatriques sur la période donnée, 853 (46 %) étaient des filles, et 1007 (54 %) des garçons. 461 (25,1 %) enfants avaient moins de 3 ans, 320 (17,4 %) avaient entre 3 et 5 ans, 418 (22,8 %) avaient entre 6 et 10 ans, et 636 (34,7 %) avaient plus de 10 ans. Ils étaient accompagnés par la mère pour 1379 (73,9 %) d'entre eux, et 1264 (69 %) des parents accompagnant l'enfant venait seul. 771 (42,6 %) étaient des 1ers enfants. (Tableau 1)

Tableau I : Caractéristiques des enfants consultant aux urgences pédiatriques

	N	%
<i>Sexe</i>		
Filles	853	46 %
Garçons	1007	54 %
<i>Age</i>		
< 1 an	176	9,60 %
12-23 mois	118	6,40 %
24-35 mois	167	9,10 %
3-5 ans	320	17,40 %
6-10 ans	418	22,80 %
> 10 ans	636	34,70 %
<i>Accompagné par</i>		
La mère	1379	73,90 %
Le père	417	22,30 %
Autre	71	3,80 %
Parent seul	1264	69 %
Accompagné du 2e parent	567	40 %
<i>Nombre de frères et sœurs</i>		
0	327	17,60 %
1	772	41,50 %
2	481	25,90 %
3 et +	278	15 %
<i>Rang dans la fratrie</i>		
1er	771	42,6 %
2e	660	36,5 %
3e	243	13,5 %
4e et +	134	7,4 %
<i>Type de suivi</i>		
Généraliste	1631	76,90 %
Pédiatre	389	18,30 %
PMI	102	4,80 %
<i>Fréquence de suivi</i>		
1 fois/mois ou +	279	17,80 %
Environ 6 fois/an	441	28,20 %
Environ 3 fois/an	600	38,40 %
Environ 1 fois/an	244	15,60 %

1.2. Suivi médical

1631 enfants (76,9 %) étaient suivis par un médecin généraliste, dont 720 (46 %) étaient vus au moins 6 fois par an par leur médecin. (Tableau 1)

Le type de suivi et la fréquence de suivi sont détaillées dans le tableau 2.

Tableau III : Type et fréquence du suivi médical des enfants consultant aux urgences pédiatriques

	< 1 an	12-23 mois	24-35 mois	3-5 ans	6-10 ans	> 10 ans
<i>Suivi</i>						
Généraliste	113 (49,1 %)	81 (54 %)	128 (64,3 %)	284 (74,5 %)	389 (84,2 %)	610 (92,7 %)
Pédiatre	71 (30,9 %)	53 (35,3 %)	58 (29,1 %)	81 (21,3 %)	68 (14,7 %)	44 (6,7 %)
PMI	46 (20 %)	16 (10,7 %)	13 (6,6 %)	16 (4,2 %)	5 (1,1 %)	4 (0,6 %)
<i>Fréquence du suivi</i>						
1x/mois ou +	128 (80 %)	53 (47,8 %)	37 (23,7 %)	55 (18 %)	45 (11,3 %)	47 (7,9 %)
6 x/an	24 (15 %)	45 (40,5 %)	57 (36,5 %)	94 (30,7 %)	126 (31,6 %)	135 (22,7 %)
3x/an	7 (4,4 %)	13 (11,7 %)	53 (34 %)	123 (40,2 %)	167 (41,8 %)	269 (45,2 %)
1 fois/an	1 (0,6 %)	0	9 (5,8 %)	34 (11,1 %)	61 (15,3 %)	144 (24,2 %)

1.3. Epidémiologie des parents

1424 (78,3 %) mères accompagnant les enfants avaient plus de 30 ans, et 562 (30,9 %) avaient plus de 40 ans. 1384 (84,9 %) pères avaient plus de 30 ans et 702 (43,1 %) avaient plus de 40 ans. La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était « employé » pour 829 mères (45,8 %) et 619 pères (38,5 %). (Tableau 3)

Tableau III : Caractéristiques des parents accompagnant leurs enfants aux urgences pédiatriques

	Mère	%	Père	%
<i>Age</i>				
-20 ans	15	0,80 %	2	0,10 %
20 à 25 ans	103	5,70 %	54	3,30 %
25 à 30 ans	277	15,20 %	191	11,70 %
30 à 35 ans	448	24,60 %	322	19,70 %
35 à 40 ans	414	22,80 %	360	22,10 %
+ de 40 ans	562	30,90 %	702	43,10 %
<i>Profession</i>				
Sans emploi, étudiants, retraités	147	8,10 %	99	6,10 %
Au foyer	322	17,80 %	21	1,30 %
Ouvriers	115	6,40 %	354	22 %
Agriculteurs exploitants	18	1 %	41	2,60 %
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	67	3,70 %	139	8,60 %
Employés	829	45,80 %	619	38,50 %
Professions Intermédiaires	110	6,00 %	92	5,70 %

Concernant la couverture sociale de ces enfants, 1519 (82,9 %) bénéficiaient d'une sécurité sociale avec mutuelle complémentaire, 24 (1,3 %) de la sécurité sociale sans mutuelle complémentaire, 280 (15,3 %) de la CMU, 6 (0,3 %) de l'aide médicale d'état et 4 (0,2 %) enfants n'avaient pas de couverture sociale.

2. Caractéristiques des consultations

2.1. Horaires et jours de consultation

Les enfants consultaient pour 1027 (55,3 %) d'entre eux entre 8h et 17h, avec un pic entre 9h et 11h (342 enfants soit 18,4 %), 708 (38,2 %) entre 18h et 23h avec un pic entre 18h et 20h (469 enfants soit 25,3 %), et 120 (6,5 %) entre 0h et 7h. La répartition entre les différents jours de la semaine se faisait de la façon suivante : 319 (17 %) enfants le lundi, 248 (13,2 %) le mardi, 267 (14,3 %) le mercredi, 266 (14,2 %) le jeudi, 267 (14,3 %) le vendredi, 254 (13,6 %) le samedi et 251(13,4 %) le dimanche.

Les résultats n'ont pas montré de différence significative concernant les jours et horaires de consultation ni en fonction de l'âge, de la couverture sociale, ou du motif de consultation.

2.2. Les symptômes

Concernant les symptômes amenant à consulter, 947 (53,7 %) enfants consultaient pour de la traumatologie, et 815 (46,3 %) pour des symptômes médicaux. Les symptômes en fonction de l'âge ayant conduit aux UP sont répartis dans le tableau 4.

Tableau IIIV: symptômes amenant à consulter aux urgences pédiatriques selon l'âge de l'enfant

Symptômes	<12 mois	12-23 mois	24-35 mois	Population totale
Angoisse, mal être	13 (7,7 %)	3 (3,9 %)	2 (2,6 %)	52 (6,40 %)
Eruption sur la peau	28 (16,5 %)	12 (15,6 %)	16 (21,1 %)	98 (12 %)
Fièvre	3 (1,8 %)	21 (27,3 %)	13 (17,1 %)	112 (13,80 %)
Malaise, douleur poitrine	4 (2,4 %)	0	2 (2,6 %)	40 (4,90 %)
Pleurs	61 (36,1 %)	2 (2,6 %)	2 (2,6 %)	13 (1,60 %)
Problème digestif	3 (1,8 %)	14 (18,2 %)	21 (27,7 %)	277 (34 %)
Problème neurologique	13 (7,7 %)	6 (7,8 %)	1 (1,30 %)	66 (8,10 %)
Problème ORL	23 (13,6 %)	12 (15,6 %)	5 (6,6 %)	67 (8,20 %)
Problème respiratoire	21 (12,4 %)	7 (9 %)	14 (18,4 %)	90 (11 %)

Parmi les enfants qui consultaient pour un symptôme médical, 301 (37,7 %) avaient moins de 3 ans sans différence significative entre les différents groupes d'âge.

2.3. Les motivations

Les motivations amenant les accompagnants à consulter aux urgences pédiatriques étaient : inquiétude pour 828 (36,1 %) enfants, persistance des symptômes pour 650 (28,4 %), accès à des examens complémentaires pour 336 (14,7 %), absence de contrainte horaire pour 146 (6,4 %), accès à un spécialiste pour 143 (6,2 %), proximité géographique pour 137 (6 %), absence d'avance des frais de santé pour 26 (1,1 %) et manque de confiance envers le professionnel de santé pour 26 (1,1 %).

La figure 1 détaille les motivations par tranches d'âge. L'analyse comparative des motivations amenant les accompagnants à consulter aux urgences pédiatriques en fonction des différentes tranches d'âge a mis en évidence trois différences significatives :

- Concernant la motivation « absence de contrainte horaire », les enfants de 2 ans et moins consultaient plus que les autres tranches d'âge (vs 3-5 ans : $p = 0,008$; vs 6-10 ans : $p = 0,02$; vs > 10 ans : $p = 0,01$).
- Concernant la motivation « accès aux examens complémentaires », les plus de 10 ans consultaient significativement plus que les autres tranches d'âge (vs moins de 2 ans : $p = 0,0002$; vs 3-5 ans : $p = 0,003$; vs 6-10 ans : $p = 0,002$).

- Concernant la motivation « inquiétude parentale » : les enfants de 2 ans et moins et les 3-5 ans consultaient significativement plus que les 6-10 ans (avec respectivement $p = 0,0001$ et $p = 0.01$).

Pour les autres comparaisons des motivations par tranches d'âge, on ne notait pas de différence significative.

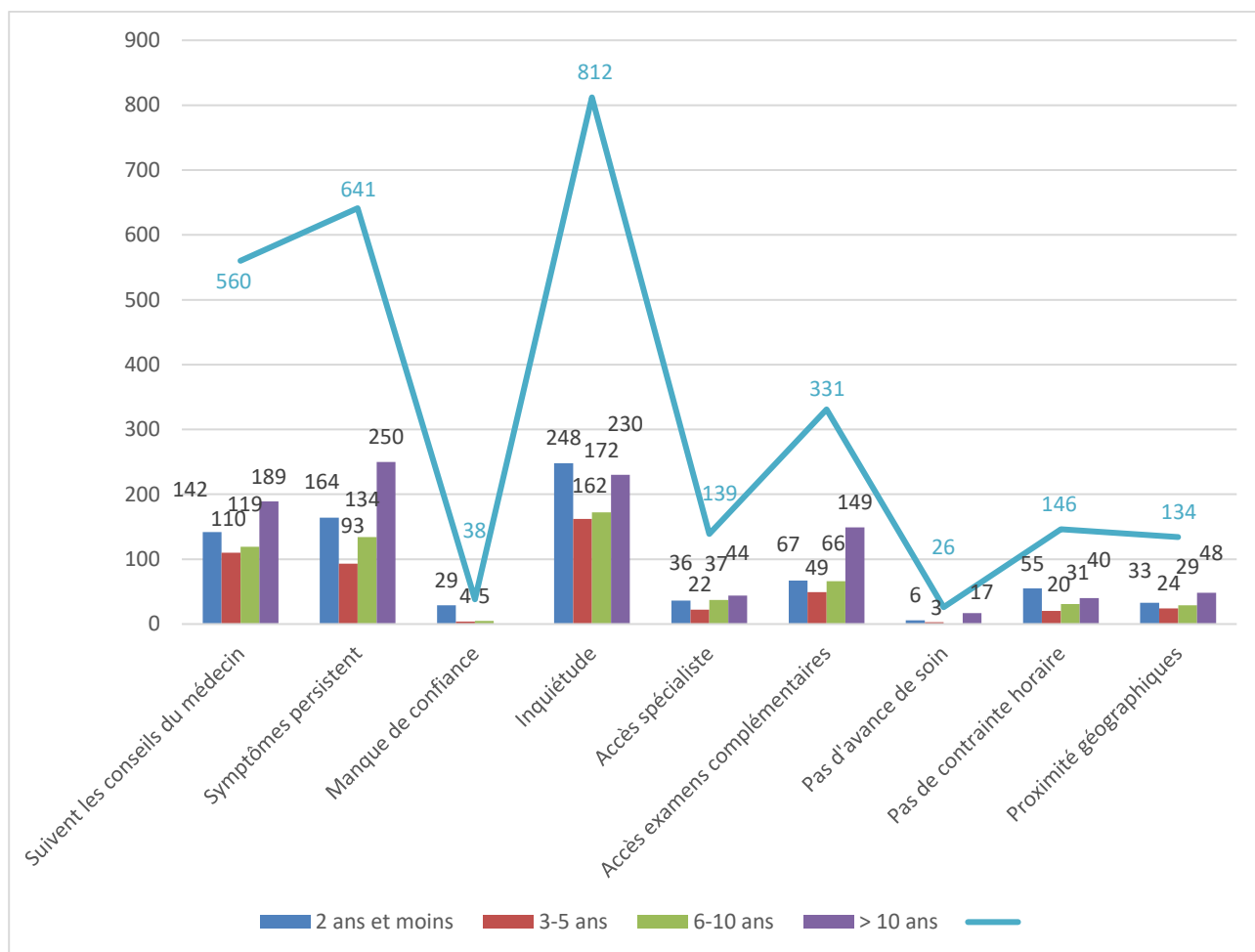


Figure 1 : Raisons motivant la consultation aux urgences pédiatriques en fonction de l'âge de l'enfant

Parmi ceux qui consultaient pour de l'inquiétude, 343 (42,4 %) étaient des 1ers enfants, 276 (34,1 %) étaient des 2èmes enfants, 119 (14,7 %) des 3èmes enfants, et 71 (8,8 %) étaient des 4èmes enfants ou au-delà dans la fratrie, sans différence significative entre ces groupes.

Parmi les enfants qui venaient pour manque de confiance envers le médecin contacté, 10 (41,7 %) consultaient pour un problème digestif. Parmi les enfants qui venaient pour avoir accès à

des examens complémentaires, ils étaient 226 (69,5 %) à consulter pour de la traumatologie.
(Tableau 5)

Tableau V : Symptômes en fonction des motivations qui amènent les parents à consulter aux urgences pédiatriques

	Symptômes persistents	Manque de confiance	Inquiétude	Accès spécialiste	Accès examens complémentaires	Pas d'avance des frais	Pas de contrainte horaire	Proximité géographique
Angoisse, mal être	15 (2,4 %)		23 (2,9 %)	4 (3%)	4 (1,2 %)	1 (3,44 %)	3 (2,1 %)	3 (2,3 %)
Eruption sur la peau	51 (8,1 %)	3 (12,5 %)	47 (5,9 %)	6 (4,5%)	7 (2,2 %)	2 (6,9 %)	9 (6,4 %)	5 (3,8 %)
Fièvre	53 (8,5 %)	4 (16,6 %)	61 (7,7 %)	5 (3,7%)	14 (4,3 %)	3 (10,34 %)	9 (6,4 %)	4 (3 %)
Malaise, douleur poitrine	9 (1,4 %)		20 (2,5 %)	4 (3%)	3 (0,9 %)		1 (0,7 %)	3 (2,3 %)
Pleurs	1 (0,2 %)		9 (1,1 %)		2 (0,6 %)	1 (3,44 %)	1 (0,7 %)	1 (0,8 %)
Problème digestif	142 (22,7 %)	10 (41,7 %)	150 (18,9 %)	22 (16,4%)	37 (11,4 %)	3 (10,34 %)	14 (10 %)	16 (12,1 %)
Problème neurologique	27 (4,3 %)	1 (4,2 %)	33 (4,2 %)	8 (6%)	13 (4 %)		4 (2,9 %)	6 (4,5 %)
Problème ORL	21 (3,4 %)	1 (4,2 %)	40 (5 %)	8 (6%)	9 (2,8 %)	1 (3,44 %)	9 (6,4 %)	8 (6,1 %)
Problème respiratoire	32 (5,1 %)	1 (4,2 %)	51 (6,4 %)	3 (2,2%)	10 (3,1 %)		4 (2,9 %)	6 (4,5 %)
Traumatologie	275 (43,9 %)	4 (16,6 %)	361 (45,4 %)	74 (55,2%)	226 (69,5 %)	18 (62,1 %)	86 (61,5 %)	80 (60,6 %)

2.4. Délais de consultation aux urgences pédiatriques

Pour 891 (55,1 %) patients, le délai d'apparition des symptômes était de moins de 12 heures.

(Figure 2)

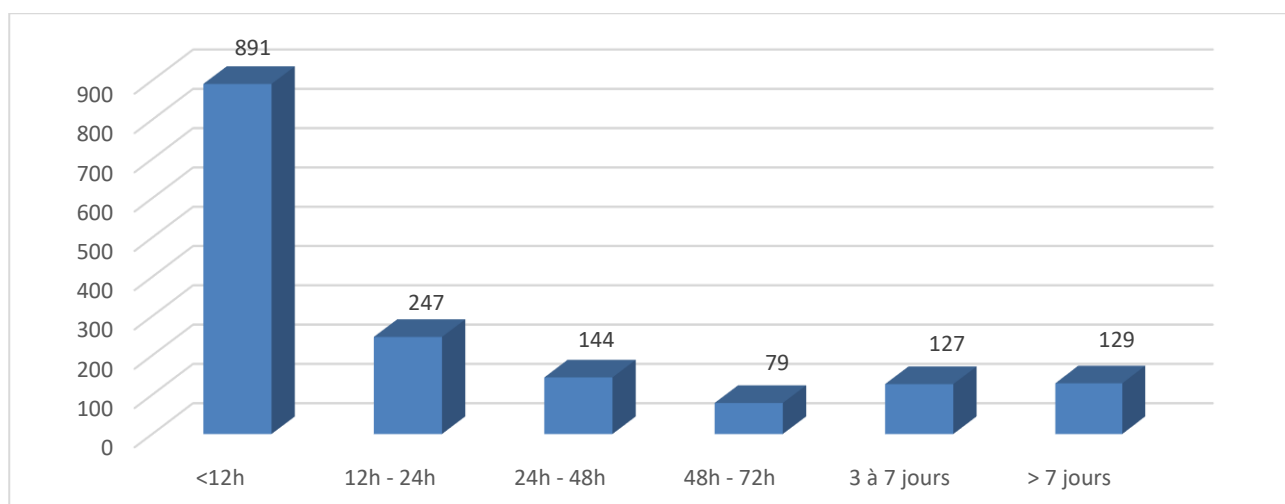


Figure 2 : Délai entre l'apparition des symptômes et la consultation aux urgences pédiatriques

583 (64,9 %) enfants venant pour de la traumatologie consultaient aux urgences dans les moins de 12h de la survenue des symptômes, contre 294 (39,1 %) enfants consultant pour un motif médical. Pour un délai de plus de 24 heures depuis les premiers symptômes, ils étaient 341 (45,3 %) venant pour un motif médical, et 125 (15,1 %) pour de la traumatologie (Figure 3), sans différence significative entre les différents délais.

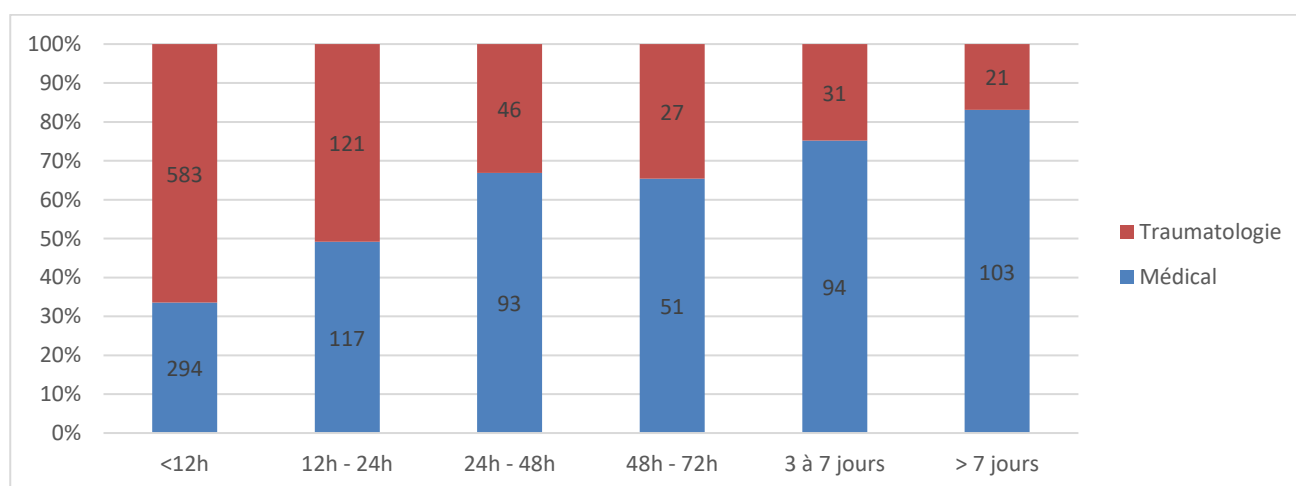


Figure 3 : Délai de consultation selon les symptômes médicaux ou traumatologiques

3. Contact d'un médecin avant la consultation aux urgences

Avant de se présenter aux urgences, 1057 (56,46 %) enfants n'avaient pas contacté de médecin, 470 (25,1 %) avaient contacté leur médecin généraliste, et 274 (14,6 %) avaient contacté le 15. (Figure 4)

Parmi ceux qui avaient contacté un médecin généraliste, 239 (50,9%) ont été reçus en consultation puis adressés vers les urgences, 142 (30,2 %) ont été orientés vers les urgences par téléphone, et 89 (18,9 %) n'ont pas été adressés vers les urgences mais ont quand même décidé de s'y présenter.

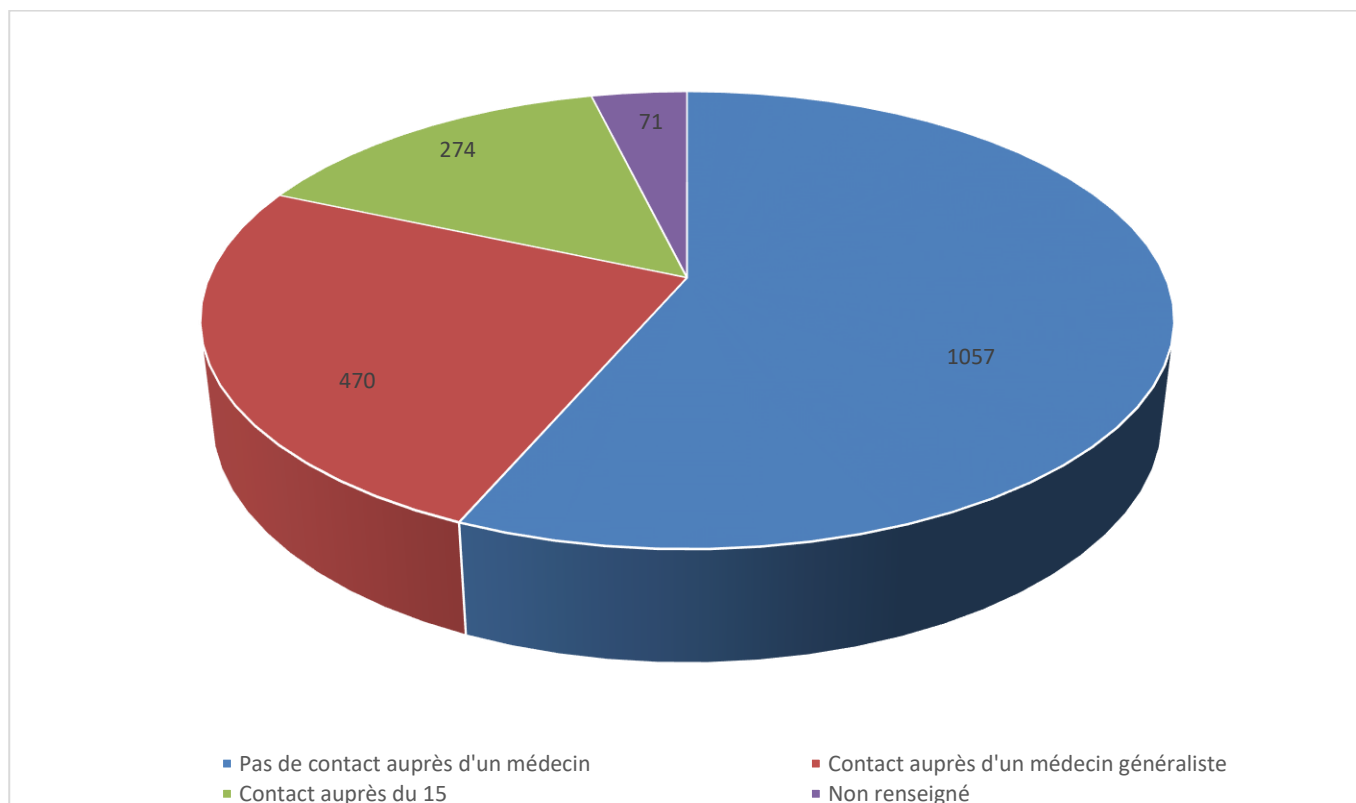


Figure 4 : Parcours de soin avant l'arrivée aux urgences pédiatriques

Les enfants ayant consulté un médecin avant les urgences pédiatriques étaient 110 (65,1 %) de moins d'1 ans, 67 (58,3 %) de 12 à 23 mois, 79 (48,2 %) de 24 à 35 mois, 156 (50,2 %) de 3

ans à 5 ans, 174 (42,9 %) de 6 à 10, et 290 de plus de 10 ans (47,2 %) sans différence significative entre les différents groupes d'âge.

Parmi les accompagnants qui avaient cherché à contacter un médecin, 261 (29,7 %) jugeaient le délai de rendez-vous trop long. Parmi eux, 141 (54 %) s'étaient présentés aux urgences pédiatriques sans attendre le rendez-vous. Celui-ci était donné dans la journée pour 51 (19,5 %) enfants, le lendemain pour 21 (8,1 %), dans la semaine pour 68 (26,1 %), et plus tard pour 44 (16,8 %), 77 (29,5 %) n'avaient pas précisé.

4. Connaissance de la maison médicale de garde

Concernant la maison médicale de garde, 1124 (60 %) accompagnants ne la connaissaient pas. Sur ceux qui disaient la connaître, 668 (89,3 %) d'entre eux étaient capables de donner le bon moyen d'y accéder (appel du 15, se présenter aux urgences pédiatriques), et 80 (10,7 %) donnaient une mauvaise réponse.

Les résultats n'ont pas montré de différence significative concernant la connaissance de la maison médicale de garde en fonction de l'âge, sauf pour les enfants de moins de 3 ans pour qui les parents la connaissaient moins bien que les 3-5ans ($p = 0,03$) mais mieux que les 6-10 ans ($p = 0,02$).

Les résultats n'ont pas montré non plus de différence significative concernant la connaissance de la maison médicale de garde en fonction du rang dans la fratrie.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude prospective et descriptive nous apporte un état des lieux épidémiologique en Sarthe concernant les enfants qui consultent aux urgences pédiatriques.

Limites méthodologiques de l'étude :

Les questionnaires ont été distribués par les infirmières ou les auxiliaires de puériculture dès l'accueil de l'enfant et de son parent, et récupérés par l'ensemble du personnel médical et paramédical. Ces deux étapes étaient donc tributaires de l'affluence aux urgences, et la gestion des questionnaires a pu être moins bonne lors des périodes de forte affluence. Une enquête préliminaire avait été réalisée montrant un faible taux de remplissage. De ce fait, nous avons mis en place des mesures correctives : modification du circuit du questionnaire pour le recueil, communication auprès du personnel concerné par réunions médicales et paramédicales, relances régulières par mail, affiches dans les postes de soin et au poste de l'infirmière d'accueil. Au final, nous avons obtenu un taux satisfaisant de remplissage de 70 %.

L'étude s'est portée sur le mois de septembre et donc ne reflète pas complètement la population sur l'année, avec notamment beaucoup de traumatologie, contrairement aux périodes épidémiques avec plus d'entrées de médecine. Néanmoins la répartition de l'étude reste comparable à la répartition annuelle moyenne des urgences pédiatriques du CH du Mans.

Les parents étaient seuls pour remplir les questionnaires, et le personnel soignant pouvait apporter plus ou moins d'aide selon leur disponibilité. Certaines questions ont donc pu être mal interprétées ou oubliées, et donc le questionnaire mal rempli.

Caractéristiques de la population :

L'échantillon de l'étude est représentatif de la population générale.

La proportion de filles et de garçons est similaire à celle de la population générale, avec une répartition de 52,49 % de garçons pour 47,51 % de filles dans les naissances de 2015 (données de

l'INED) (10). 41,5 % des familles ayant consulté aux urgences sont constitués de 2 enfants. Le taux de fécondité relevé par l'INSEE était de 1,93 enfants par femme en 2016 (11).

Les enfants de moins de 2 ans et 3-5 ans étaient plus représentés dans notre étude que dans la population générale : 16 % de moins de 2 ans vs 10,2 % dans la population générale, et 26,5 % vs 21,8 % pour les 3-5 ans (12). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les parents consultent majoritairement pour inquiétude et surtout pour des enfants de moins de 3 ans. La réassurance des parents, et ce dès la naissance de l'enfant, apparaît comme un enjeu majeur afin de diminuer le recours aux urgences pédiatriques. Même si la population de moins de 6 ans est plus représentée que dans la population générale, nous avons quand même 34,7 % des enfants qui avaient plus de 10 ans, et 57,5 % plus de 6 ans. Ces chiffres peuvent s'expliquer par la proportion importante d'enfants venus aux urgences pour de la traumatologie. Une étude réalisée aux urgences pédiatriques d'Angers sur 8 demi-journées en 2012 montre une majorité d'enfants entre 2 et 6 ans, mais l'échantillon était peu important (104 inclusions) (13).

Pour presque la moitié des enfants consultant aux urgences pédiatriques il s'agissait d'un 1^{er} enfant. Et contrairement à ce que nous pouvions attendre, plus de la moitié des mères et pères avait plus de 35 ans. L'âge des parents n'est pas un facteur protecteur vis-à-vis du recours aux urgences pédiatriques. 73 % des enfants étaient accompagnés par leur mère, et 69 % des parents consultaient seuls sans l'autre parent. Pour limiter le recours aux urgences pédiatriques, la prévention doit donc se faire avant tout auprès des mères, et surtout lorsqu'il s'agit d'un 1^{er} enfant.

De façon comparable à la population générale, les employés et ouvriers sont les catégories sociales les plus représentées dans notre étude (12). Le taux de familles bénéficiant de la CMU était par contre plus élevé que dans la population générale, avec 15,3 % des familles bénéficiaires dans notre étude vs 6,7 % (14). Les données de l'étude n'expliquent pas cet état de fait, avec des caractéristiques de consultation similaires entre les familles bénéficiant de la CMU, et celles bénéficiant de la sécurité sociale avec mutuelle. Plusieurs pistes pourraient être explorées pour expliquer ces résultats à savoir le niveau social de ces familles, l'éventuel isolement familial, leur origine culturelle, leur représentation de la médecine en confrontation avec notre vision occidentale...

L'importance de la fréquence du suivi médical des enfants ayant consulté aux urgences est impressionnante, avec 84,4 % d'entre eux qui étaient vus au minimum 3 fois par an par un médecin, alors que 74,9 % des enfants avaient plus de 3 ans. Plus d'un quart des plus de 6 ans voit un médecin au moins 6 fois dans l'année, et presque la moitié au moins 3 fois sur la même période. En comparaison avec le suivi préconisé et habituel sur un plan national, on peut se demander si cette population consultant aux urgences pédiatriques n'est pas « sur-consommatrice » de soins de santé, et si nous ne devons pas être plus vigilants et insister sur l'éducation dans ces familles. Il serait intéressant de comparer le suivi des enfants qui consultent aux urgences pédiatriques et de ceux qui ne consultent pas, afin de voir si ceux qui consultent souvent leur médecin traitant sont réellement ceux qui consultent plus facilement aux urgences. On pourrait également étudier la fréquence du suivi des enfants de Sarthe malgré la pénurie de médecins généralistes et pédiatres, en comparaison avec les départements limitrophes.

Résultats généraux :

Caractéristiques des consultations :

Les heures et jours de consultation sont similaires à ceux des autres structures hospitalières des Pays de Loire, avec une activité principalement entre 9h et 22h, et un pic autour de 10h et 19h (15). Elle reste par contre linéaire entre les différents jours de la semaine, que ce soit le week-end ou non, avec une discrète augmentation de l'activité les lundis. La fréquentation des urgences ne varie pas en fonction de la protection sociale.

Pour les symptômes médicaux, il s'agit surtout de jeunes enfants, et les symptômes évoqués évoluent peu. Concernant les petits, les enfants de moins d'1 an consultaient majoritairement pour des pleurs (36 %), ceux entre 1 et 2 ans pour de la fièvre (27 %), et ceux de 2 à 3 ans pour des problèmes digestifs (27 %). Une enquête nationale, réalisée en 2002, auprès de 10000 patients, mettait en évidence les mêmes motifs, pour ces tranches d'âge (8). Par ailleurs, dans une étude effectuée en 2015, à Saint-Etienne, des résultats identiques, avec cette même inquiétude déraisonnée, mettaient en avant la nécessité d'accompagner les parents dès la sortie de la maternité,

avec des mesures éducatives d'envergure (16). La fièvre est un motif de recours fréquent aux urgences pédiatriques chez les enfants de moins de 2 ans comme nous l'avons montré précédemment. Cet item est peu développé, faisant l'objet d'une autre étude exclusivement dédiée à la fièvre. Celle-ci utilise la même base de données épidémiologiques (cf questionnaire) et la seconde partie du questionnaire traite uniquement de ce sujet. À l'heure où ce travail est rédigé, nous n'avons pas encore les résultats de cette étude.

Quant aux symptômes traumatologiques, ils concernent près de la moitié des consultations aux urgences pédiatriques, dont une majorité d'enfants de plus de 10 ans (40 %). De surcroît, les enfants de plus de 10 ans consultent significativement davantage que les autres tranches d'âge, pour avoir accès à des examens complémentaires. Une des raisons possibles peut s'expliquer par la pénurie de médecins généralistes en Sarthe, avec des délais de rendez-vous parfois longs (60 % des enfants qui venaient pour un délai de rendez-vous jugé trop long ne pouvaient pas être vus dans les 48h), et la difficulté pour obtenir des examens complémentaires rapidement, type radiologie, et la nécessité de revoir l'enfant dans les conditions détaillées précédemment. Les consultations pour de la traumatologie semblent donc légitimes à l'heure actuelle. Pour diminuer ce taux, il faudrait revoir les solutions en médecine de ville, comme par exemple créer un lien direct entre les médecins généralistes et les radiologues, réserver des plages d'urgence pour la traumatologie dans les cabinets de radiologie. Il serait intéressant de comparer avec la gestion de ces patients dans nos pays voisins.

Parmi les enfants consultant aux urgences pédiatriques, la majorité vient pour inquiétude ou devant la persistance des symptômes. L'inquiétude parentale concerne 36 % des enfants, dont 42 % sont des 1ers enfants, et 30 % ont moins de 3 ans. Ces chiffres sont appuyés par le fait que les enfants de moins de 3 ans consultent majoritairement pour absence de contrainte horaire, et ce, de façon significative par rapport aux autres groupes d'âge, témoignant de cette inquiétude et de la nécessité de consulter un médecin le plus rapidement possible. La persistance des symptômes représente 28 % des enfants, dont la moitié dans un contexte de traumatologie. L'absence d'avance

des frais, l'absence de contrainte horaire et la proximité géographique n'étaient pas les motivations principales.

Lien médecin de ville/urgences pédiatriques :

La moitié des enfants consultant aux urgences pédiatriques n'avait pas consulté de médecin, probablement devant l'urgence ressentie, ou suite à l'incapacité de joindre un médecin, liée à la pénurie actuelle dans le département de la Sarthe (17). De la même façon, quasiment deux tiers des enfants qui avaient sollicité leur médecin traitant, ne pouvaient pas avoir de rendez-vous avant 48 heures. Si le problème d'accès à un médecin est indéniable, la difficulté des parents à évaluer l'état de santé de leur enfant, couplée à un problème d'anticipation de prise de rendez-vous, est constatée sur le terrain. D'autant plus que ces parents contactent leur médecin, la plupart du temps en fin de journée, avec pour conséquence, un médecin moins disponible. Cette difficulté d'évaluation majeure probablement l'urgence ressentie.

Connaissance de la maison médicale de garde :

La maison médicale de garde est un bon moyen d'assurer la continuité des soins en médecine générale. Un réseau de permanence des soins s'est constitué en Sarthe, en 2010, grâce à la création de l'ADOPS 72, avec un début des permanences en 2012 (18)(19). Quatre ans après la mise en œuvre de ce projet, plus de la moitié des accompagnants de cette étude n'a pas connaissance du dispositif, et seulement un tiers la connaît et sait comment y accéder. La place de l'enfant dans la fratrie n'influence pas sur ces données.

La manière, dont ils ont eu connaissance de l'existence de la maison médicale de garde, n'a pas été demandée dans le cadre de l'étude, et pourrait cependant s'avérer intéressante. Se pose la question de l'information des patients quant à l'organisation des soins primaires, et les différents moyens d'avoir recours à un professionnel de santé en dehors des horaires du cabinet. A l'heure actuelle, des affiches et des flyers sont disponibles dans les salles d'attente... Il semble que ces moyens ne soient pas suffisants et qu'il faille en proposer d'autres.

Propositions d'ouverture et moyens éducatifs :

L'intérêt de cette étude était de mettre en lumière des moyens en médecine générale, pour rassurer et aider les parents vis-à-vis des facteurs isolés précédemment, et qui les amènent à consulter aux urgences pédiatriques.

Le 1^{er} constat est que les enfants de moins de 3 ans consultent le plus souvent pour inquiétude parentale. Se pose, en premier lieu, la question de la disponibilité des médecins, du temps qu'ils consacrent ou qu'ils sont en mesure de consacrer à l'éducation et la réassurance des parents. Face à la pénurie actuelle des médecins généralistes en Sarthe, ces derniers ont un emploi du temps surchargé, se prêtant peu aux consultations chronophages de prévention. Il faut aussi prendre en compte l'affinité de chaque médecin pour les classes d'âges et les différents aspects de la médecine : ceux qui ont une affinité avec la pédiatrie vont y consacrer davantage de leur temps. Par ailleurs, pour certains patients, il est nécessaire de réexpliquer plusieurs fois les choses, afin qu'ils intègrent toutes les informations. On peut également se questionner sur la réorganisation de la structure familiale, et sur le fait que les parents d'aujourd'hui sont moins soutenus et moins conseillés, par leurs aînés, comme c'était le cas autrefois. Enfin, le rôle des médias est déterminant dans l'inquiétude des parents, qui peut être majorée par la multitude d'informations relayées *via* internet, sur des sites plus ou moins fiables. Si le site ameli.fr apporte des éléments de réponse aux parents, la masse d'informations peut aussi les perturber en situation d'urgence ressentie. La médiatisation accrue des problèmes sanitaires (vaccination contre l'hépatite B, infections nosocomiales avec décès d'enfants...) peut aussi remettre en cause notre médecine occidentale. Pour pallier ces 3 points, l'État pourrait jouer un rôle important en termes de prévention. Il existe déjà une communication nationale sur la santé avec des spots publicitaires annuels dédiés à la canicule, aux épidémies de grippe... mais il n'y a aucune communication sur comment mousser un bébé (le carnet de santé précise « avec quoi » le faire mais pas la façon de procéder), quelle est la conduite de base à tenir lorsque votre enfant est malade (encore une fois, le carnet précise les signes alarmants, mais pas la démarche à suivre en attendant d'avoir à contacter un médecin).

Nous proposons une fiche qui pourrait être expliquée et utilisée de façon interactive avec les parents lors des consultations obligatoires du nouveau-né. Encore une fois, la question de la fièvre sera traitée dans une autre étude, et le motif des pleurs est peu propice à la réalisation d'une fiche synthèse tant la question est vaste. Nous proposons donc une fiche sur les vomissements (cf annexes), mais le même principe pourrait être imaginé pour la fièvre ou les diarrhées.

Le 2^e constat, dans ce contexte de pénurie médicale, est la méconnaissance de la permanence des soins et de l'organisation de l'offre de soins. Des créneaux d'urgence, au sein même des cabinets, pour recevoir ces malades, pourraient être mis en place. Et c'est aussi le rôle du médecin généraliste, de rappeler à son patient, les différents recours qui s'offrent à lui, en fonction du moment (heure et jour) et des éventuels signes de gravité, à réévaluer selon chaque situation (20). D'une part, pourrait être proposé un temps identifié dans une consultation pour revoir avec le patient les différents parcours de soin. Se pose alors la question du moment propice afin que le patient se sente concerné et retienne les informations. La grossesse permettrait d'anticiper, néanmoins cette période soulève bien d'autres questions et inquiétudes, et les parents risqueraient d'être peu réceptifs. Aborder la prévention infantile de façon systématique, dans le cadre des visites obligatoires des 1ers mois de la vie du nouveau-né, permettrait certainement de faire passer les bons messages. Mais, est-ce le moment idéal, alors que l'arrivée de ce bébé a bouleversé leur vie et qu'ils ont déjà beaucoup d'interrogations concernant le quotidien et le développement de leur enfant. Lors d'un épisode aigu, les parents pourraient se sentir plus concernés, mais on prend le risque d'oublier cette information sachant qu'il y aura déjà beaucoup d'éléments concernant la symptomatologie. Ne serait-il pas envisageable de programmer un temps d'échanges entre le 6^e et le 12^e mois, en ajoutant une consultation à celles obligatoires, exclusivement dédiée à la permanence des soins ? Une page dédiée à la permanence des soins ne pourrait-elle pas être ajoutée dans le carnet de santé ? Nous sommes face à une problématique qui varie selon les départements, qui ont chacun leur propre système de permanence des soins. Nous avons imaginé une fiche qui pourrait être glissée ou agrafée dans le carnet de santé des enfants, selon les modalités de chaque département.

Conclusion :

Cette étude montre 2 principaux profils d'enfants qui consultent aux urgences pédiatriques. D'une part, les enfants de plus de 10 ans consultent essentiellement pour de la traumatologie, et de façon significative pour avoir accès à des examens complémentaires. D'autre part, les enfants de moins de 3 ans viennent majoritairement pour des symptômes médicaux (essentiellement les pleurs, la fièvre, et les symptômes digestifs), et leur motivation à consulter est l'inquiétude des parents d'une part, et de façon significative l'absence de contrainte horaire. Pour les premiers, nous avons peu de réponse à apporter pour limiter le recours aux urgences pédiatriques, si ce n'est repenser leur parcours de soin en libéral, en partenariat avec les radiologues. Pour les seconds, on peut imaginer des outils en médecine générale, pour identifier les questions et inquiétudes des parents, afin de les rassurer et les renforcer dans leur parentalité. Et en parallèle, il serait intéressant de revaloriser et de renforcer l'information au sujet de la permanence des soins en Sarthe.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ORU (Observatoire régional des urgences) Pays de la Loire. Panorama 2015, 2016, 62 p.
- 2- Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie ; 1999 Jan 1;6:S454-6, 3p.
- 3- Bousquet V, Caserio-Schönemann C, Comité de pilotage OSCOUR. La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR (organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Institut de veille sanitaire ; 2012, 11 p.
- 4- Chevalier P, Massinon V. Les passages aux urgences en Pays de la Loire en 2006. INSEE Pays de Loire ; 2008, 2 p.
- 5- Rault J.F, Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Pays de la Loire. INSEE Pays de Loire ; 2013, 63 p.
- 6- Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. « Un jour donné », in L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales. Arch Pédiatrie ; 1997 Jan 1;4(1):21-6, 6p.
- 7- Urgences hospitalières. Rapport Sécurité Sociale ; 2014, 663 p.
- 8- Baubeau D, Carrasco V. « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », in Etudes et Résultats n° 215. DREES ; janvier 2003, 12 p.
- 9- 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 Off J Ambul Pediatr Assoc. 2008 Dec;8(6):360-7, 8p.
- 10- INED (Institut national d'études démographiques). Naissances totales par sexe en France métropolitaine de 2006 à 2016 [En ligne] <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/naissances-sexe/>. Consulté le 26/04/2017
- 11- Bellamy V, Beaumel C. « À nouveau en baisse, la fécondité atteint 1,93 enfant par femme en 2016 », in Bilan démographique 2016. INSEE n°1630 ; 17 janvier 2017 [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>. Consulté le 26/04/2017
- 12- Dossier complet-Département de la Sarthe (72) Insee [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-72#chiffre-cle-2>. Consulté le 06/07/2017

- 13- Ferme D. Consultations aux urgences pédiatriques : caractéristiques socio-économiques et parcours de soins de 104 enfants accueillis au CHU d'Angers. [Thèse de Doctorat de médecine générale] Université d'Angers Faculté de médecine ; 2014, 69 p.
- 14- Bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2016 par département. Mise à jour Juin 2017. [En ligne] <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/couverture-maladie-universelle-cmu.php>. Consulté le 26/04/2017
- 15- Le Lan M. Pertinence du recours aux urgences pédiatriques selon différents systèmes d'évaluation : cohorte nantaise de l'enquête nationale 2013. [Thèse de Doctorat de médecine générale] Université de Nantes Faculté de médecine ; 2014, 79 p.
- 16- Richier P, Gocko X, Mory O, Trombert-Paviot B, Patural H. Étude épidémiologique des consultations précoces de nouveau-nés aux services d'accueil des urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie ; 2015 Feb;22(2):135–40, 6p.
- 17- Alleaume S, Boisguerin B, Brilhault G et al. « Le panorama des établissements de santé », in Collection Etudes et Statistiques. DREES ; 2014, 174 p.
- 18- Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires – Pays de la Loire. ARS Pays de la Loire – DASP ; Juillet 2015, 118 p.
- 19- Permanence des soins. Médecin en Sarthe – Département de la Sarthe. [En ligne] <http://www.medecinensarthe.cg72.fr/permSoins.aspx>
- 20- Cour des Comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Février 2007, 35 p.

LISTE DES FIGURES

Figure 112

Figure 214

Figure 314

Figure 415

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I 8

Tableau II 9

Tableau III 9

Tableau IV11

Tableau V13

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	VI
RÉSUMÉ.....	2
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS.....	7
1. Population générale	7
1.1. Épidémiologie des enfants.....	7
1.2. Suivi médical.....	8
1.3. Épidémiologie des parents.....	9
2. Caractéristiques des consultations.....	10
2.1. Horaires et jours de consultation.....	10
2.2. Les symptômes	10
2.3. Les motivations	11
2.4. Délais de consultation aux urgences pédiatriques	13
3. Contact d'un médecin avant la consultation aux urgences.....	15
4. Connaissance de la maison médicale de garde	16
DISCUSSION ET CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	25
LISTE DES FIGURES.....	27
LISTE DES TABLEAUX	28
TABLE DES MATIÈRES.....	29
ANNEXES.....	I

ANNEXES

QUESTIONNAIRE SUR LES MOTIFS DE CONSULTATION AUX URGENCES PEDIATRIQUES DU CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Le nombre de consultations ne cesse d'augmenter aux Urgences Pédiatriques (UP). Afin d'améliorer la fluidité de votre parcours et la qualité de votre prise en charge, nous réalisons une enquête auprès des parents concernant les motifs de recours aux UP et les connaissances autour de la fièvre chez l'enfant.

Pour nous aider dans notre démarche, nous vous invitons à remplir ce questionnaire de façon la plus complète possible (*il vous suffit pour cela de cocher ou d'entourer les réponses*).

Ce questionnaire est anonyme. Les données recueillies seront exploitées à des fins d'analyses et de statistiques. Cette étude est menée en 2016 par deux médecins qui préparent leur thèse de doctorat en médecine générale (Université d'Angers).

Votre enfant

Sexe	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	Nombre de frères et sœurs de l'enfant							
			0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	>4 <input type="checkbox"/>		
Âge (entourer la réponse)			Rang de l'enfant dans la fratrie							
<1mois	6 mois	1 an	7 ans	13 ans	1 ^{er} <input type="checkbox"/>	2 ^{ème} <input type="checkbox"/>	3 ^{ème} <input type="checkbox"/>	4 ^{ème} <input type="checkbox"/>	5 ^{ème} <input type="checkbox"/>	>5 ^{ème} <input type="checkbox"/>
1 mois	7 mois	2 ans	8 ans	14 ans	Age du 1^{er} enfant					
2 mois	8 mois	3 ans	9 ans	15 ans	Age du plus jeune					
3 mois	9 mois	4 ans	10 ans	16 ans	- de 3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 mois	10 mois	5 ans	11 ans	17 ans	3 à 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 mois	11 mois	6 ans	12 ans	18 ans	+ de 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Les parents

Le questionnaire est rempli par : la mère ☐ le père ☐ autre ☐ :

(1 seule réponse possible)

Vous consultez aux urgences : seul(e) ☐ accompagné(e) du 2^{ème} parent ☐
ou d'un autre adulte de la famille ☐

Age des parents							Situation familiale	
	- de 20 ans	20 à 25 ans	25 à 30 ans	30 à 35 ans	35 à 40 ans	+ de 40 ans		
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parent seul <input type="checkbox"/>	
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parent en couple/ famille recomposée <input type="checkbox"/>	

Situation professionnelle des parents			Protection sociale	
	Mère	Père		
Agriculteurs exploitants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécurité sociale avec mutuelle <input type="checkbox"/>	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécurité sociale sans mutuelle <input type="checkbox"/>	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CMU, CMU+C <input type="checkbox"/>	
Professions Intermédiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aide médicale d'Etat (AME) <input type="checkbox"/>	
Employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couverture sociale étrangère <input type="checkbox"/>	
Ouvriers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de couverture sociale <input type="checkbox"/>	
Sans emploi, étudiants, retraités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Au foyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Suivi médical de votre enfant

Habituellement, votre enfant est suivi par :

(Plusieurs réponses possibles)

A quelle fréquence, le(s) voyez-vous :

		1 fois par mois ou +	Environ 6 fois par an	Environ 3 fois par an	Environ 1 fois par an
un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la PMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mon enfant n'a pas de suivi médical ☐

Votre consultation aux urgences

Date de votre consultation aux urgences pédiatriques (Entourez l'heure, le jour et le mois)

Heure			
0h	1h	2h	3h
4h	5h	6h	7h
8h	9h	10h	11h
12h	13h	14h	15h
16h	17h	18h	19h
20h	21h	22h	23h

	Jour				
	1	2	3	4	5
LUNDI	1	2	3	4	5
MARDI	6	7	8	9	10
MERCREDI	11	12	13	14	15
JEUDI	16	17	18	19	20
VENDREDI	21	22	23	24	25
SAMEDI	26	27	28	29	30
DIMANCHE	31				

Mois
SEPTEMBRE
OCTOBRE
NOVEMBRE
DECEMBRE
JANVIER

Distance entre votre domicile et les urgences pédiatriques

☐ < 5km

☐ 10 à 30 km

☐ > 50km

☐ 5 à 10 km

☐ 30 à 50km

Motif de votre consultation (1 seule réponse)

Apparition des
symptômes
depuis

Fièvre ☐

Problème digestif : vomissements, diarrhées, problème alimentaire, douleurs au ventre... ☐

Problème ORL : nez qui coule, mal de gorge, toux, mal aux oreilles, saignement de nez... ☐

Problème respiratoire : problème pour respirer, crise d'asthme... ☐

Eruption sur la peau : boutons, plaques, grattage, gonflement du visage... ☐

Problème neurologique : maux de tête, convulsions, faiblesse musculaire, perte de sensibilité... ☐

Traumatologie : chute, entorse, douleur d'une articulation, brûlure, plaie, morsure, piqûre... ☐

Malaise, douleur dans la poitrine, palpitations... ☐

Pleurs ☐

Angoisse, mal-être, trouble du comportement, ingestion de médicaments... ☐

< 12h ☐

12h - 24h ☐

24h - 48h ☐

48h - 72h ☐

3 à 7 jours ☐

> 7 jours ☐

Situation 1 : Vous avez contacté un médecin : ☐ *votre médecin traitant*
☐ *un autre médecin*

- Il vous a reçu en consultation et vous a adressé aux urgences. ☐

- Il vous a orienté vers les urgences par téléphone. ☐

- Le délai pour obtenir un rendez-vous vous a semblé trop long : ☐

☐ *dans la journée* ☐ *dans la semaine*
☐ *le lendemain* ☐ *plus tard*

- Le médecin ne vous a pas envoyé aux urgences mais vous avez décidé de venir. ☐

- Vous avez appelé le centre 15 ou le SAMU qui vous a orienté vers les urgences. ☐

Situation 2 : ☐ Vous n'avez pas contacté de médecin.

Aujourd'hui, vous consultez aux urgences car : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vous suivez les conseils du médecin contacté.
<input type="checkbox"/> Les symptômes de votre enfant persistent.
<input type="checkbox"/> Manque de confiance vis-à-vis de la prise en charge de votre enfant par votre médecin habituel.
<input type="checkbox"/> Inquiétude vis-à-vis de l'état de santé de votre enfant.
<input type="checkbox"/> Accès à un pédiatre ou spécialiste si besoin. | <input type="checkbox"/> Accès plus facile aux examens complémentaires à l'hôpital (prise de sang, radiographie...)
<input type="checkbox"/> Pas d'avance de frais de soins.
<input type="checkbox"/> Accès aux soins sans contraintes-horaires et disponible 24/24h.
<input type="checkbox"/> Vous êtes à proximité géographique des urgences. |
|---|--|

Connaissez-vous la maison médicale de garde ?

- oui ☐ non ☐ **Si oui, comment y accède-t-on :** ☐ En se présentant directement sur place
☐ En appelant le 15 au préalable
☐ En passant par les urgences pédiatriques

Enquête sur la fièvre de l'enfant

Merci de répondre aux questions quelque soit l'âge de votre enfant et le motif de votre consultation

Lorsque vous prenez la température de votre enfant, vous le faites :

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Systématiquement pour authentifier la fièvre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avant de donner un médicament contre la fièvre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Après avoir donné un médicament contre la fièvre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Selon vous, votre enfant a de la fièvre à partir de :

(1 seule réponse)

- | | | | |
|--------|--------------------------|--------|--------------------------|
| 37°C | <input type="checkbox"/> | 38.5°C | <input type="checkbox"/> |
| 37.5°C | <input type="checkbox"/> | 39°C | <input type="checkbox"/> |
| 37.8°C | <input type="checkbox"/> | 39.5°C | <input type="checkbox"/> |
| 38°C | <input type="checkbox"/> | 40°C | <input type="checkbox"/> |

Comment prenez-vous la température de votre enfant ?

- | | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Main sur le front ou en touchant la peau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec un thermomètre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, où placez-vous le thermomètre :

- Par voie rectale ☐
 Sous le bras ☐
 Dans l'oreille ☐
 Dans la bouche ☐
 Sur le front ☐

Dans quel(s) cas, faut-il ajouter 0,5°C à la température qui s'affiche sur le thermomètre ?

Je ne sais pas ☐

Lorsque l'on prend la température :

- Par voie rectale ☐
 Sous le bras ☐
 Dans l'oreille ☐
 Dans la bouche ☐
 Sur le front ☐

Quel traitement médicamenteux utilisez-vous en premier quand votre enfant a de la fièvre ?

- Paracétamol (*Doliprane, Dafalgan, Efferalgan ...*) ☐
- Ibuprofène (*Advil, Nurofen*) ou autre anti-inflammatoire ☐
- Aspirine (*Aspégic...*) ☐
- Aucun, vous attendez l'avis d'un médecin ou pharmacien ☐

Quand votre enfant a de la fièvre, que faites-vous ? (en dehors des médicaments)

- | | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Vous le déshabillez. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous le découvrez la nuit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous le couvrez s'il frissonne ou dit qu'il a froid. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous lui donnez à boire régulièrement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous baissez la température ambiante de la chambre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous appliquez un linge humide sur sa peau (front, plis de l'aîne...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous donnez un bain frais. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Utilisez-vous plusieurs médicaments en association ?

oui ☐ non ☐

Si oui, de quelle façon ?

- ☐ Alternance systématique de deux médicaments
- ☐ Alternance si le 1^{er} traitement vous a semblé inefficace

Pour vous, la fièvre est mal tolérée (ou mal supportée)

- | Si votre enfant : | oui | non |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - a des frissons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - a des sueurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - refuse de manger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - refuse de boire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - est fatigué mais joue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - est fatigué et ne joue plus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si l'aspect de la peau de votre enfant change ☐ ☐

Si votre enfant présente des convulsions ☐ ☐

Pour chaque situation, indiquez si vous consultez un médecin en urgence ou plus tard :

A l'apparition des symptômes suivants (à tout âge) :

- Fièvre à 40°C
- Fièvre mal tolérée (*situation décrite ci-dessus*)
- Fièvre qui ne baisse pas après la prise de médicament (contre la fièvre)
- Fièvre et antécédents médicaux qui rendent votre enfant plus fragile (*drépanocytose, médicaments immunodépresseurs, diabète, cancer ...*)

Vous consultez		
En urgence (le jour même)	ou	Plus tard
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Dans les cas suivants :

- Quand la fièvre dure depuis 5 jours
- Quand l'enfant âgé de moins d'1 mois a de la fièvre
- Quand l'enfant âgé de 1 à 3 mois a de la fièvre
- Quand l'enfant âgé de 4 à 6 mois a de la fièvre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connaissez vous la fiche conseil sur la fièvre dans le carnet de santé ?

oui ☐ non ☐

Pour vous informer, quels moyens vous sembleraient les plus pratiques ?

- ☐ A l'oral en consultation avec un professionnel de santé
- ☐ Avec des fiches conseil
- ☐ Avec des vidéos conseil
- Sur support papier ☐
- Téléchargeables en ligne ☐
- Sur écran dans les salles d'attente ☐
- Téléchargeables en ligne ☐

**NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE.
MERCI DE LE REMETTRE AUX SOIGNANTS AVANT VOTRE DEPART.**

Fiche vomissements

Que faire quand mon enfant vomit ? Quand est-ce que je dois m'inquiéter ?

Ce quizz vous permettra de discuter ensuite avec votre médecin de ce que vous savez sur les vomissements et leurs prises en charge.

Vous trouverez au dos, la conduite à tenir, face aux vomissements de votre enfant, et les signes qui doivent vous amener à appeler le 15.



Cochez les affirmations vraies concernant les vomissements ?

- ☐ Quantités importantes rejetées par la bouche.
- ☐ Faibles quantités rejetées par la bouche.
- ☐ Expulsion active du contenu de l'estomac avec contraction des muscles abdominaux.
- ☐ Expulsion du contenu de l'estomac sans contraction des muscles abdominaux.

Cochez les choses à faire lorsque votre enfant vomit :

- ☐ Essayer à tout prix de le faire manger un peu.
- ☐ Le laisser boire autant qu'il veut et à la fréquence qu'il veut.
- ☐ L'arrêter lorsqu'il boit des quantités importantes en peu de temps.
- ☐ Laisser votre bébé allongé sur le dos.

Qu'est-ce qui vous inquiète ou doit vous inquiéter quand votre enfant vomit ?

- ☐ Il refuse de boire.
- ☐ Il refuse de manger.
- ☐ Il a de la fièvre.
- ☐ Il n'a pas un comportement habituel.

Donnez-vous des médicaments lorsque votre enfant vomit ?

- ☐ Aucun
- ☐ Du paracétamol (Doliprane®, Dafalgan®...)
- ☐ Des anti-inflammatoires (Advil®...)
- ☐ Un anti-spasmodique (Spasfon®...)
- ☐ Un anti-vomitif (Vogalene®, Primperan®...)

Définition d'un vomissement :

Rejet actif du contenu gastrique ou intestinal par la bouche, c'est-à-dire s'accompagnant de contractions musculaires abdominales.

À différencier des régurgitations : remontées passives par la bouche.

Conduite à tenir :

- Position assise vers l'avant, ou sur le côté (ne pas le coucher sur le dos).
- Ne pas donner d'anti-vomitif.
- Réhydratation de l'enfant :
 - Ne pas donner uniquement de l'eau pure.
 - Soluté de réhydratation orale (1 sachet dans 200 ml d'eau), jus de pomme, eau sucrée, eau avec du sirop : à proposer à volonté.
 - Ne pas laisser l'enfant boire trop vite : 10 ml toutes les 10 min, ou à la petite cuillère.
- Prendre sa température.

Quand appeler le 15 :

- Vomissements répétés malgré les essais de réhydratation, refus de boire.
- Enfant de moins de 3 mois.
- Comportement inhabituel, somnolence.
- Signes de déshydratation : soif, yeux creux, diminution des urines.
- Vomissements accompagnés de fièvre et raideur du cou, intolérance à la lumière, ou taches rouges sur le corps.
- Accompagnés de diarrhées importantes.
- Accompagnés de fortes douleurs abdominales.
- Vomissements verts ou avec du sang.
- Traumatisme crânien dans les 48 heures précédentes.
- Antécédent de chirurgie abdominale.

Fiche permanence des soins



Qui contacter lorsque mon médecin traitant n'est pas là ? Comment savoir si je dois consulter en urgence ?

Ce quizz vous permettra de discuter ensuite avec votre médecin sur la permanence des soins, et les moyens à votre disposition pour avoir un avis médical.

Vous trouverez au dos les différents numéros de garde et leurs indications.

À quoi sert la maison médicale de garde :

- ☐ Lorsqu'on n'a pas de médecin traitant.
- ☐ Lorsqu'on est en dehors des périodes d'ouverture du cabinet et que je juge nécessaire d'être vu par un médecin.
- ☐ Lorsque mon médecin est en vacances et que je dois renouveler mes médicaments.
- ☐ Lorsqu'il y a une urgence vitale.

Comment accède-t-on à la maison médicale de garde :

- ☐ En se présentant directement sur place.
- ☐ En appelant le 15 au préalable.
- ☐ En passant par les urgences pédiatriques.
- ☐ En appelant le 116-117.

Qui nous reçoit à la maison médicale de garde :

- ☐ Un infirmier
- ☐ Un médecin urgentiste
- ☐ Un médecin généraliste
- ☐ Un pédiatre

Cocher les affirmations vraies concernant les urgences pédiatriques :

- ☐ Je peux appeler pour avoir un conseil.
- ☐ Elles peuvent se substituer à la maison médicale de garde.
- ☐ Je verrai forcément un spécialiste.
- ☐ Si le motif n'est pas urgent, on peut me rediriger vers mon généraliste ou la maison médicale de garde.

Contacts :

- Son médecin généraliste :

À contacter en priorité pendant les horaires d'ouverture du cabinet, et en l'absence d'urgence vitale.

- Le 116-117 :

Pour contacter un **médecin généraliste** en cas de doute sur votre état de santé, en dehors des horaires d'ouverture de cabinet de votre médecin traitant.

Un médecin vous apporte une réponse adaptée à vos besoins :

- Conseil médical.
- Orientation vers un médecin généraliste ou la maison médicale de garde.
- Orientation vers les urgences ou envoi du SAMU si nécessaire.

Quand puis-je composer le 116-117 :

- Le soir après 20h.
- Le WE à partir du samedi à 12h.
- Les jours fériés.

- Le 15 :

Pour toute **urgence vitale**.

Un médecin urgentiste vous répond 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Il vous apporte une réponse adaptée à vos besoins :

- Conseil médical.
- Orientation vers un médecin généraliste ou la maison médicale de garde.
- Orientation vers les urgences ou envoi du SAMU si nécessaire.

Lieux d'accueil en période de permanences des soins :

- La maison médicale de garde :

Dans le cadre de la permanence de soins ambulatoire, des maisons médicales de garde existent sur l'ensemble du département de la Sarthe en relai des cabinets médicaux de ville. L'accès est autorisé après contact téléphonique au 15 ou 116 117.

- Les urgences pédiatriques :

Accueil des enfants de 0 à 18 ans pour des motifs médicaux ou traumatologiques, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Assurent la prise en charge de toute personne qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé.

Afin d'assurer les meilleurs soins aux enfants, les urgences doivent être réservées aux situations graves ou nécessitant des soins urgents.

Plus de renseignements sur :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/116-117-votre-numero-unique-pour-joindre-un-medecin-de-garde>

Motifs de recours aux urgences pédiatriques et mesures préventives associées.

RÉSUMÉ

Introduction

Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter en Sarthe (taux de croissance annuel moyen de +3,2 %), et en parallèle le nombre de libéraux diminue. L'objectif est de définir les motifs de recours aux urgences pédiatriques (UP) et facteurs épidémiologiques influençant ces consultations en Sarthe, pour proposer des axes de prévention ciblés.

Matériels et Méthodes

L'étude était épidémiologique, prospective, observationnelle, réalisée aux UP du Centre Hospitalier du Mans en septembre 2016. Étaient inclus les patients entre 0 et 18 ans, et exclus ceux redirigés vers la maison médicale de garde (MMG) ou non accompagnés. Les informations étaient recueillies via un questionnaire anonyme.

Résultats

1872 questionnaires furent remplis (taux de remplissage 70 %). 828 (36,1 %) enfants consultaient pour inquiétude, 650 (28,4 %) pour persistance des symptômes et 336 (14,7 %) pour accès aux examens complémentaires. De façon significative, les moins de 3 ans consultaient davantage pour absence de contrainte horaire, et les plus de 10 ans pour accès aux examens complémentaires. 916 (50,7 %) enfants n'avaient pas consulté de médecin avant de venir aux urgences, 1124 (60 %) des accompagnants ne connaissaient pas la MMG.

Conclusion

Les moins de 3 ans se présentent majoritairement pour des symptômes médicaux, motivés par l'absence de contrainte horaire et l'inquiétude, justifiant le développement d'outils de prévention. Les plus de 10 ans consultent majoritairement pour de la traumatologie, dans un contexte de difficultés d'accès aux examens complémentaires en libéral. Enfin, les parents méconnaissent la MMG, nécessitant de nouvelles méthodes de communication.

Mots-clés : Consultations, urgences pédiatriques, médecine générale, prévention, maison médicale de garde

Titre en anglais

ABSTRACT

Introduction

The number of paediatrics emergency department visits continues to increase in Sarthe (with an annual growth rate of 3,2%). Meanwhile, the number of private paediatricians is decreasing. This study aimed to determine the reasons for emergency department visits as well as the epidemiologic factors influencing those visits, in order to establish effective preventive measures.

Study Methods

This epidemiologic prospective observational study was conducted in the emergency department of Le Mans hospital in September 2016. Patients aged between 0 and 18 years were included. Patients who were referred to the out-of-hours general practice service were excluded. The data were collected by means of an anonymous questionnaire.

Results

We collected 1872 questionnaires (overall completion rate of 70%). 828 (36,1%) children visited because of worry, 650 (28,4 %) visited for on-going symptoms and 336 (14,7 %) in order to have access to additional tests. Patients under the age of 3 years visited significantly more because of the absence of time constraints. Patients aged more than 10 years visited significantly more in order to have access to additional tests. 916 (50,7 %) children had not seen a doctor before attending the emergency department. 1124 (60 %) accompanying adults had never heard of the out-of-hours general practice service.

Conclusion

Children under the age of 3 years visited mostly for medical symptoms, mainly because of the absence of time constraints and the worry of their parents, requiring the development of prevention tools. Children aged more than 10 years visited mostly for trauma, in a context of difficult access to additional tests in private-practice. Lastly, parents' lack of awareness about the out-of-hours general practice service makes necessary the creation of new communication methods.

Keywords : consultations, paediatrics emergency department, general medicine, prevention, out-of-hours medical practice service