

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEES 2003-2004

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en médecine générale

Par

BILLAUD PASCALE

Née le 1^{er} septembre 1973 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 13 Mai 2004

CARACTERISTIQUES DES ADMISSIONS DES NOURRISSONS

DE 1 MOIS A 1 AN

DANS LES UNITES D'URGENCE PEDIATRIQUE

DU C.H.U DE NANTES ET DU C.H.G DE SAINT NAZAIRE

DE JUILLET A DECEMBRE 2001 .

JURY

Président : Monsieur le professeur P.LOMBRAIL
Membres : Monsieur le professeur A.MOUZARD
Monsieur le Professeur Y.HELOURY
Monsieur le Docteur G.PICHEROT
Monsieur le Docteur M.LEBIDEAU
Monsieur le docteur J.P CANEVET

BU Santé
Nantes

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
1- GENERALITES.....	8
1-1 La population de Nantes et de Saint-Nazaire	8
1-2 Le réseau hospitalier.....	9
1-21 L'unité des urgences pédiatriques de Nantes	9
<u>Présentation du service</u> <u>Données statistiques concernant l'année 2002</u>	
1-22 L'unité des urgences pédiatriques de Saint-Nazaire	10
<u>Présentation du service</u> <u>Données statistiques pour l'année 2002</u>	
1-3 Le réseau extra-hospitalier.....	11
2- METHODOLOGIE.....	13
2-1 Méthodologie de l'enquête.....	13
2-2 Exploitation du recueil des données	13

3- RESULTATS.....	14
3-1 Données démographiques.....	15
3-2 Population des nourrissons consultants.....	15
3-21 Fréquentation selon le sexe.....	15
3-22 Age.....	15
<u>Proportion des nourrissons âgés de moins et de plus de trois mois</u>	
<u>Age et mode d'entrée</u>	
<u>Age et motifs d'admission</u>	
3-23 Fréquentation selon l'origine géographique.....	18
<u>Centre ville, agglomération, hors département</u>	
<u>Origine géographique et mode d'entrée</u>	
3-24 Couverture sociale.....	20
<u>Mode</u>	
<u>Couverture médicale et origine géographique</u>	
<u>Couverture médicale et horaires de consultation</u>	
3-3 Mode de recours aux urgences.....	22
3-31 Mode d'entrée.....	22
<u>Familles, médecins, SOS</u>	
<u>Mode d'entrée et jours ouvrables et fériés.</u>	
<u>Mode d'entrée et horaires</u>	
<u>Mode d'entrée et motifs d'admission</u>	
3-32 Variation horaire.....	25
<u>8h-14h / 14h-20h ou 20h-8h</u>	
3-33 Variation hebdomadaire et en fonction des jours fériés et ouvrables.....	26
3-34 Variation mensuelle.....	27

3-4	Motifs d'admission.....	28
3-41	Par ordre de représentation	28
3-42	Motifs d'admission et examens complémentaires.....	29
3-43	Motifs d'admission et traitements	30
3-5	Traitements.....	30
3-6	Examens complémentaires	31
3-61	Examens complémentaires et horaires d'admission.....	32
3-62	Examens complémentaires et mode d'entrée	32
3-7	Diagnostics	33
3-8	Mode de sortie.....	34
3-81	Sortie directe ou hospitalisation.....	34
3-82	Age et mode de sortie	35
3-83	Origine géographique et mode de sortie.....	36
3-84	Couverture sociale et mode de sortie.....	37
3-85	Jours de consultation et mode de sortie.....	38
3-86	Variations hebdomadaires des sorties.....	39
3-87	Variations mensuelles des sorties	39
3-88	Horaires et mode de sortie.....	40
3-89	Motifs d'admission et sortie.....	41
3-90	Mode d'entrée et sortie.....	42
3-91	Examens complémentaires et sortie.....	43
3-92	Traitement et sortie.....	44
3-93	Diagnostic et sortie.....	45

4- DISCUSSION.....	46
4-1 A propos de la méthodologie.....	46
4-11 Les limites de notre étude.....	46
<u>Type de l'étude</u> <u>Objectif et difficultés rencontrées</u>	
4-12 Avantages de notre étude.....	48
4-2 Analyse des résultats.....	48
4-21 Un flux massif des nourrissons aux urgences.....	48
4-22 Une prédominance des garçons	48
4-23 Les moins de 3 mois très représentés.....	49
4-24 Importance des admissions directes de proximité.....	49
4-25 Pas de différence de comportements pour les bénéficiaires de la C.M.U.	50
4-26 Un mode d'entrée direct majoritaire dans les deux centres hospitaliers.....	51
4-27 Un taux d'admission important la nuit et les jours fériés.	51
4-28 Un pic de fréquentation l'après-midi.	52
4-29 Une fréquentation soutenue tous les jours de la semaine.....	52
4-30 Un pic de fréquentation l'hiver.....	52
4-31 Des motifs d'admission dominés par des problèmes somatiques	53
4-32 Un simple traitement oral pour la majorité des admissions.....	54
4-33 Peu d'exams complémentaires.....	54
4-34 Un diagnostic dominant: la pathologie infectieuse.....	55
4-35 Des sorties directes majoritaires.....	55
4-4 Bilan.....	57
CONCLUSION.....	58

**CARACTERISTIQUES DES ADMISSIONS DES NOURRISSONS
DE 1 MOIS A 1 AN
DANS LES UNITES D'URGENCE PEDIATRIQUE
DU C.H.U DE NANTES ET DU C.H.G DE SAINT-NAZAIRE
DE JUILLET A DECEMBRE 2001.**

INTRODUCTION

Le premier âge est très fortement représenté aux urgences pédiatriques et peu d'études se sont penchées sur ce phénomène. Une enquête de la D.R.E.E.S. (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)(1) à l'échelle nationale montre que le taux de passage aux urgences des nourrissons de moins d'un an est de 300%. C'est-à-dire que l'on observe 3 fois plus de recours aux urgences de ces nourrissons que leur nombre dans la population générale. Leur taux de fréquentation des urgences par rapport aux autres classes d'âge est le plus élevé: 48%, soit 1,7 fois plus que les enfants de 1 à 5 ans (1). Leur flux aux urgences est donc massif et se situe en tête, juste avant les personnes âgées de plus de 80 ans.

Pourtant, si dans la première année de vie la morbidité est plus forte, les décès surviennent pour 65% dans le premier mois. La vulnérabilité du nourrisson s'exprime donc essentiellement dans cette période périnatale.

La plupart des affections rencontrées au delà de cette période critique, ne nécessite pas de soins d'urgence.

Comment expliquer alors cette situation paradoxale: confrontés à peu de situations pathologiques, comparés à leurs aînés, les nourrissons de moins d'un an sont pourtant les premiers consommateurs de soins aux urgences pédiatriques.

Il ne faudrait pas, bien sûr, y voir une recrudescence des affections graves mais plutôt la démonstration d'une dérive dans l'utilisation des urgences hospitalières dont il n'est pas toujours aisé de souligner les causes: facteurs environnemental, social, épidémiologique, géographique, contextuel (offre de soins hospitalière et extra-hospitalière), émotionnel. Le rôle respectif de ces différents facteurs n'est pas identique selon les régions et les services étudiés.

Force est de constater que malgré cette situation singulière, les nourrissons sont peu étudiés dans la littérature. C'est pourquoi, il nous est apparu intéressant d'en faire l'objet d'une étude.

L'expérience des 2 unités d'urgence pédiatriques dans les hôpitaux de Nantes et de Saint-Nazaire offraient ainsi un terrain d'observation: deux villes, deux populations, des réseaux de soins hospitaliers et extrahospitaliers qualitativement comparables. Comparer leurs usages des urgences c'était répondre à l'intuition suivante: l'anonymat d'une grande ville comme Nantes générerait-il plus de recours aux urgences pour « motifs bénins » que Saint-Nazaire, cité plus petite mais peut être plus organisée en matière de soins primaires et d'orientation?

Dans un premier temps, nous dresserons un portrait du nourrisson consultant dans la région puis nous analyserons les caractéristiques de leur admission dans chaque ville pour en souligner les différences et comprendre leur répercussion sur l'organisation des services, la qualité des soins, les coûts hospitaliers. Enfin, nous tenterons d'explorer des solutions hospitalières et extra-hospitalières pour faire face à ce phénomène de flux hospitalier massif, même si ce dernier paraît moins fort dans les pays de Loire que dans d'autres régions(cf. annexes 1 et 2).

1- GENERALITES

1-1 La population de Nantes et de Saint-Nazaire

Les agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire sont les maillons essentiels d'une région des Pays de Loire à forte progression de population depuis leur création .

Cela dessine, sur la base du recensement de 1999, une aire urbaine de Nantes qui compte 82 communes avec 711000 habitants et une aire urbaine de Saint-Nazaire qui recouvre 23 communes avec 172000 habitants. Cette double entité forme une métropole d'équilibre qui avoisinera le million d'habitants dans un avenir proche.

L'explosion urbaine de la métropole Nantes-Saint-Nazaire s'est accompagnée de profonds changements dans les structures sociales. Le gonflement du secteur tertiaire en est l'élément déterminant depuis les années 60. Ainsi de 1962 à 1982, cadres et professions libérales triplent leurs effectifs. Les employés multiplient les leurs dans le même temps par 2,5, tandis que régressent l'importance et le pourcentage des ouvriers, des artisans et des agriculteurs.

Du point de vue des revenus, la région des Pays de Loire se situe dans la moyenne des régions françaises avec des écarts de revenus parmi les plus faibles de France. Cela n'empêche pas que dans cette agglomération nantaise un ménage sur deux souffre des caractéristiques d'exclusion.

Le taux de chômage est également fort pour l'agglomération de Nantes et davantage encore pour celle de Saint-Nazaire.

La proportion des ménages bénéficiant du Revenu Minimum d'Insertion est de 18,5% à Saint-Nazaire et de 22,5% à Nantes, pour les familles ayant des enfants de 0 à 6 ans (information délivrée par la Direction Générale de la Solidarité du Conseil Général)

	Aire Urbaine de Nantes	Aire Urbaine de Saint-Nazaire
Nombre d'habitants	711000	172000
Taux de chômeurs	7,20%	8,07%
Taux d'étrangers	1,90%	1,20%

Source I.N.S.E.E. 1999

1-2 Le réseau hospitalier

1-21 L'unité des urgences pédiatriques de Nantes

Présentation du service

Le centre hospitalier universitaire de Nantes dispose d'un service d'urgence comprenant 2 unités distinctes: celle des urgences adultes et celle des urgences pédiatriques (<15 ans et 3 mois).

Le service des urgences pédiatriques comprend 4 boxes de médecine, 2 de traumatologie, 1 salle de plâtre et 2 salles de consultation.

Il est ouvert 24h sur 24h et dispose d'un personnel d'internes, de seniors, de puéricultrices et d'auxiliaires puéricultrices, dans la journée et pour la nuit d'un interne et d'un senior de garde sur place .

Il existe 2 unités d'hospitalisation de médecine («Nourrissons» et «Grands») comprenant 26 lits et 2 unités d'hospitalisation de chirurgie («Conventionnelle» et «Brûlés»).

Le plateau technique des urgences fonctionne 24h sur 24h .

Données statistiques concernant l'année 2002

En 2002, le nombre de passages aux urgences pédiatriques pour les enfants de 0 à 1 an a été de 4513 enfants pour un nombre d'entrées total en pédiatrie de 24834, soit 18,17%.

La part des nourrissons sur le total des entrées des urgences(urgence adulte et pédiatrique) était de 5,03%

Le nombre d'enfants de 0 à 1 an hospitalisés après leur passage aux U.P était de 31%.

La durée moyenne des séjours en hospitalisation était de 3 ,73 jours.

Le taux d'occupation des lits était de 88,93%(100,6% en décembre 2003)

(données recueillies auprès du bureau d'informatique du C.H.U.)

1-22 L'unité des urgences pédiatriques de Saint-Nazaire

Présentation du service

L'hôpital de Saint-Nazaire est un hôpital général doté d'un service d'urgences médicales et chirurgicales accueillant indifféremment les adultes et les enfants. En dessous de 15 ans et 3 mois, l'infirmière d'accueil les oriente systématiquement vers le secteur d'urgence pédiatrique où ils sont pris en charge de 8.30h à 22.30h. Celui-ci comprend 3 boxes de médecines et un boxe de traumatologie ainsi qu'une chambre commune avec l'hôpital de jour en cas de suractivité. En dehors de ces horaires, les patients sont orientés directement dans l'unité d'hospitalisation médico-chirurgicale. Le senior est d'astreinte à partir de 22.30h.

Il existe deux unités: celle des nourrissons de moins de 2 ans et celle des enfants de plus de 2 ans.

Données statistiques pour l'année 2002

Le passage des nourrissons de 0 à 1 an aux urgences pédiatriques représentait en 2002 14% de la population pédiatrique des urgences et 40,5% de ces nourrissons étaient hospitalisés. La durée moyenne du séjour pour 2002 était de 2,1 journées et le taux d'occupation des lits de 66,7% pour 2002.

(données recueillies auprès du bureau d'informatique du C.H.G. de Saint-Nazaire)

	C.H. de Nantes	C.H. de Saint-Nazaire
Pourcentage d'admission des nourrissons de -1 an aux urgences	18,00%	14,00%
Pourcentage d'hospitalisation des nourrissons	31,00%	40,50%
Durée moyenne du séjour	3,73	2,1
Taux d'occupation des lits	88,93%	66,70%

Bureau d'Informatique des Centres Hospitaliers 2002

1-3 Le réseau extra hospitalier

Au début de l'année 2002, selon une enquête de l'U.R.C.A.M.(4) sur l'offre de généralistes, la région compte 3105 généralistes libéraux. Près de la moitié des généralistes se concentrent dans les 36 communes de plus de 10000 habitants. Les villes où les médecins sont les plus nombreux sont: Nantes (352 généralistes), Angers (225 généralistes), Le Mans (156 généralistes), Saint-Nazaire (78 généralistes).

En terme de densité médicale, la région se situe globalement au même niveau que la moyenne nationale, avec toutefois des disparités inter-départementales importantes (La Mayenne a, par exemple, la densité médicale la plus faible de France).

Si on se base sur une densité de référence de 5 généralistes pour 5000 habitants (référence qui se situe entre la moyenne nationale et la moyenne régionale), on note un excédent d'offre très marqué à Nantes (87 généralistes en surnombre) et plus faible à Saint-Nazaire (11 généralistes en surnombre).

Les services de « protection maternelle et infantile » sont également bien représentés.

Ils sont constitués d'un ensemble de professionnels de la santé comprenant médecins, puéricultrices, infirmières, sages-femmes mettant en œuvre une politique globale de santé familiale auprès des enfants (depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans), de leurs parents, des futures mères et des futurs pères. Ils mènent des actions collectives d'éducation pour la santé et des actions de prévention en fonction des caractéristiques locales. Ils contribuent à la prévention de la maltraitance par le soutien des compétences parentales, et à la protection des enfants.

Par contre, on note un sous effectif des pédiatres libéraux. Cette pénurie de la profession pose le problème de la relève à l'échelle locale et nationale.

	NANTES	SAINT-NAZAIRE
Nombre de médecins généralistes pour la commune	352 (30% du département)	78 (7% du département)
Nombre de pédiatres pour la commune	26	6
Nombre de PMI pour l'agglomération	84	32

Sources : Conseil Général de Loire Atlantique et U.R.C.A.M(4)

SOS médecin : cette structure de soins ambulatoires effectuant uniquement des visites et des soins non programmés voit le jour en 1980 à Nantes et en 1997 à Saint-Nazaire avec un effectif de 38 médecins conventionnés secteur 1 dont 1 médecin régulateur à Nantes et de 12 médecins à Saint-Nazaire. La structure fonctionne sans interruption 24h sur 24h et 365 jours sur 365. SOS médecin Nantes couvre un secteur de 14 communes sur les 23 communes de la communauté urbaine de Nantes et SOS médecin Saint-Nazaire couvre 8 communes sur les 10 de la communauté urbaine de Saint-Nazaire.

En 2002, SOS médecin Nantes a enregistré un total d'enfants de moins de 11 mois vus en visite de 3621, soit 3,64% de la totalité des visites. Le nombre de ces nourrissons hospitalisés à l'issue d'une visite était de 3,95%.

SOS médecin Saint-Nazaire comptabilise 3,1 % d'enfants de 1 mois à 1 an vus en 2003 et 3,8% de ces enfants ont été hospitalisés.

Ces données chiffrées sur l'offre de soins extra-hospitalière rendent compte d'une offre de soins quantitativement très satisfaisante et globalement non déficitaire, voire excédentaire. Cependant il s'agit d'aspect purement quantitatif de la démographie médicale, ce qui ne doit pas faire oublier les aspects qualitatifs du sujet: la capacité des praticiens d'un secteur à travailler ensemble, à se coordonner, à partager leurs informations... ; la capacité des habitants à solliciter utilement l'offre de soins dont ils disposent.

2- METHODOLOGIE

2-1 Méthodologie de l'enquête

Nous avons choisi de mener une enquête rétrospective sur les 6 derniers mois de l'année 2001 (période choisie fortuitement) au centre hospitalier général de Saint-Nazaire et au C.H.U. de Nantes.

La population étudiée concerne tous les nourrissons âgés de 1 mois à 1 an, admis aux urgences pédiatriques pendant cette période.

Les données médicales et épidémiologiques de l'ensemble de cette population ont été relevées dans les dossiers archivés de Nantes et Saint-Nazaire, dossiers manuscrits remplis conjointement par les infirmières et les médecins (internes ou seniors). Il s'agit à Nantes comme à Saint-Nazaire d'une fiche regroupant des informations d'ordre administratif suivie d'une observation médicale; les renseignements concernant le contexte socio-familial de l'enfant y sont très succincts voire inexistantes pour la plupart des dossiers. La couverture médicale a, elle, été retrouvée sur réseau informatique .

Les critères relevés dans chaque dossier étaient: l'âge, le sexe, l'heure d'arrivée, les jours (fériés ou ouvrables), la provenance géographique, le mode d'entrée, le motif d'admission, les examens complémentaires réalisés, les éventuels traitements, le type de sortie (hospitalisation ou sortie à domicile), la durée de l'hospitalisation, et le diagnostic.

Notre étude s'appuie, à la fois sur les résultats obtenus à partir de notre échantillon et sur des données statistiques annuelles concernant le service des urgences pédiatriques, fournies par les bureaux d'informatique des 2 centres hospitaliers (flux des nourrissons aux urgences par rapport à la population globale et à la population pédiatrique, pourcentage d'hospitalisés, durée moyenne du séjour hospitalier et pourcentage d'occupation des lits).

Le relevé des motifs d'admissions et des diagnostics dans les dossiers archivés a nécessité des regroupements afin de pouvoir mieux exploiter les données. (cf .annexe 10).

2-2 Exploitation du recueil des données

Les données de l'enquête ont été saisies sur le logiciel EXCEL puis traitées par l'unité d'évaluation des pratiques médicales du P.I.M.E.S.P. de Nantes (pôle d'information médicale et de santé publique). L'analyse a été faite sur SPSS, logiciel de traitement de données statistiques. Les tests statistiques utilisés à des fins comparatives sont les tests du « CHI 2 » pour les comparaisons de pourcentage. Pour l'ensemble des

comparaisons, le seuil de signification retenu est de 5 %. Les résultats sont exprimés en pourcentage.

3 RESULTATS

3-1 Données démographiques

L'aire urbaine de Nantes compte au dernier recensement 715470 habitants dont 142288 enfants de moins de 15 ans. Sur cette population d'enfants, la proportion de nourrissons d'un an est de 6,5% (I.N.S.E.E.-1999).

L'unité des urgences pédiatriques de Nantes reçoit par jour 12 enfants de moins d'un an (chiffres 2002). Le recours des nourrissons aux urgences représente donc 18,5% des entrées des enfants de moins de 15 ans, soit 3 fois plus que leur nombre dans la population pédiatrique nantaise.

Pour Saint-Nazaire qui reçoit 3,7 enfants par jour (2002), le recours des nourrissons aux urgences par rapport à la population pédiatrique des urgences (13,9%) est 2,26 fois plus élevé que leur nombre dans la population pédiatrique nazairienne.

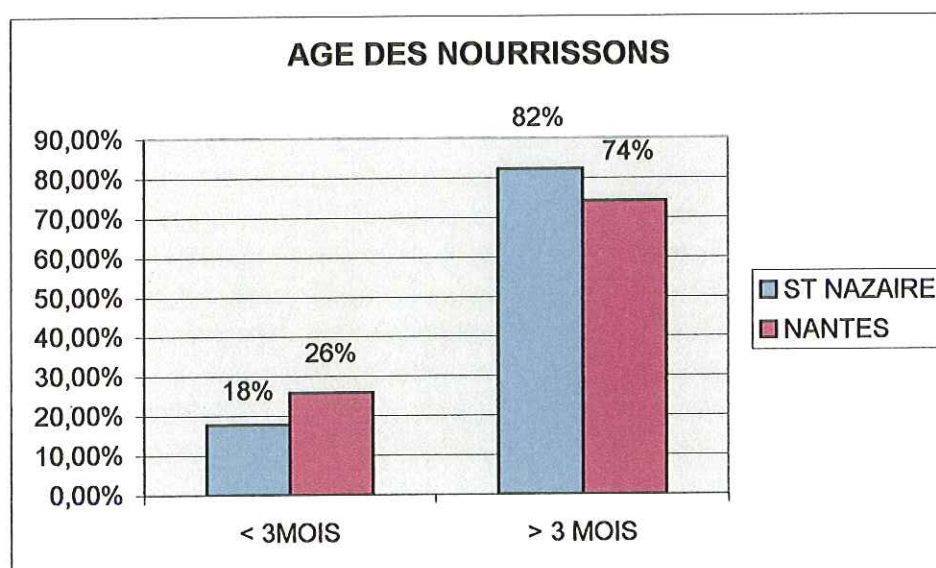
3-2 Population des nourrissons consultants

3-21 Fréquentation selon le sexe

On observe qu'une majorité de nourrissons garçons est admis aux urgences avec un pourcentage de 55,3% tous C.H. confondus (sexe ratio de 1,25 pour Nantes et de 1,22 pour Saint-Nazaire)

3-22 Age

Proportions des nourrissons âgés de moins et de plus de trois mois



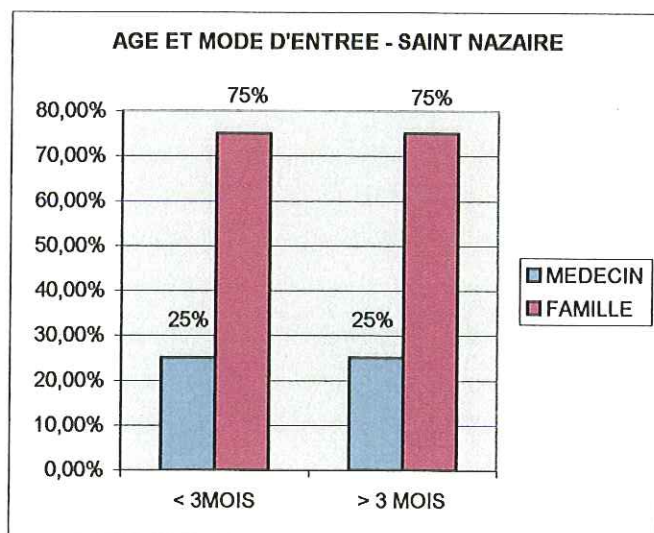
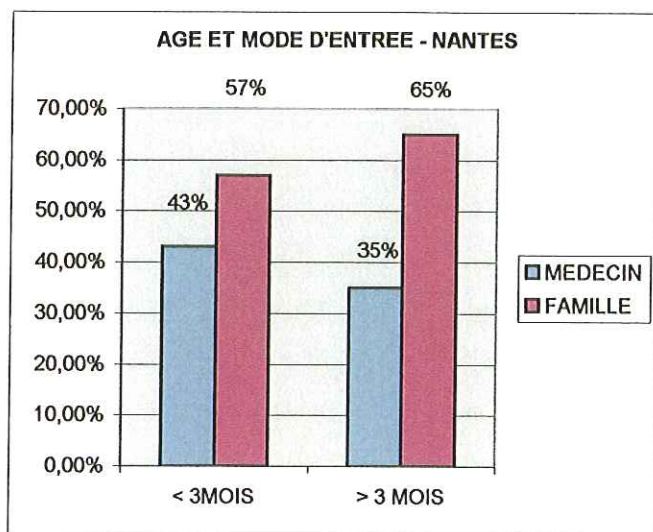
L'enfant de plus de 3 mois domine la consultation aux urgences. Tous C.H. confondus, on compte 76% d'admissions de nourrissons de plus de 3 mois. Les nourrissons de moins de 3 mois sont cependant loin d'être sous-représentés par rapport à leur nombre supposé dans la population générale puisqu'ils représentent 24% des admissions.

La période comprise entre 0 et 3 mois est évidemment génératrice de plus d'anxiété pour les parents. D'ailleurs, il l'est aussi pour le corps médical. Si l'on exclue la période périnatale du premier mois qui est impliquée dans la majorité des décès chez le nourrisson (65% des décès)(O.R.S. Pays de Loire), une fièvre survenant avant 3 mois implique forcément des prélèvements multiples et souvent une hospitalisation si une cause n'est pas retrouvée d'emblée lors de l'examen clinique.

La comparaison des 2 centres montre que Nantes draine plus d'enfants de moins de 3 mois (26% à Nantes contre 18% à Saint-Nazaire).

Age et mode d'entrée

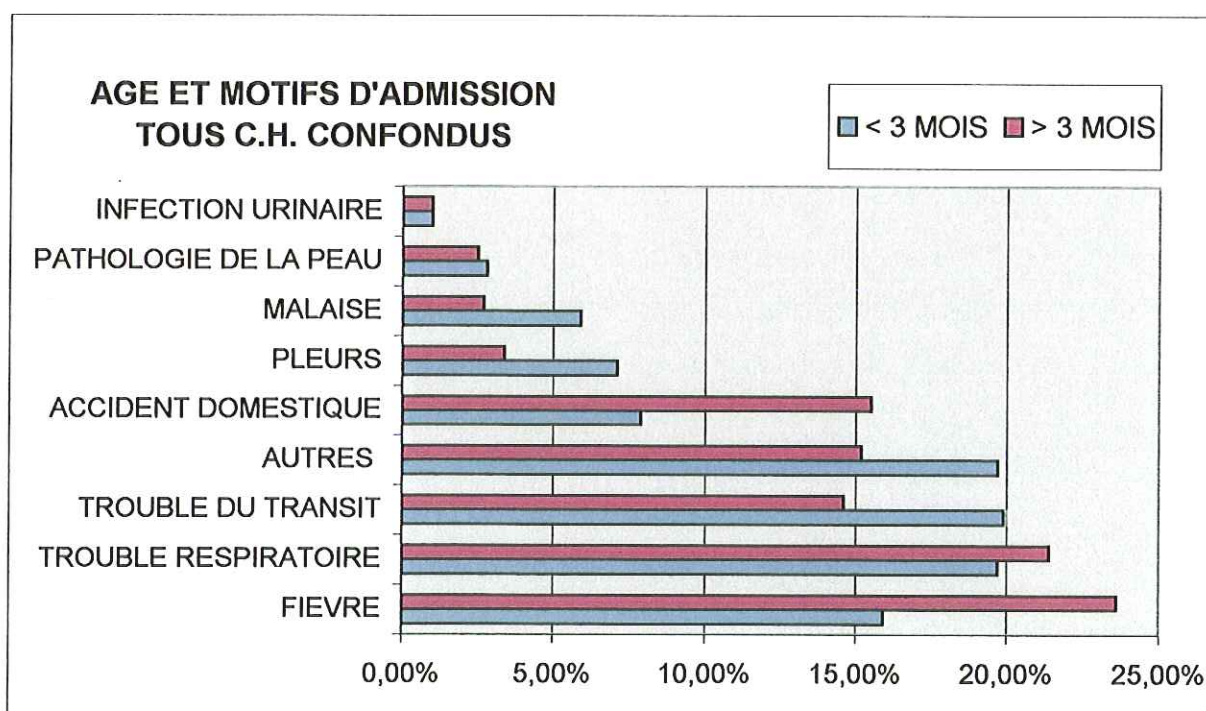
Tous C.H. confondus, nous notons le passage préalable chez un médecin libéral pour une majorité de nourrissons âgés de 1 à 3 mois à Nantes. Par contre, à Saint-Nazaire, les nourrissons âgés de plus et de moins de 3 mois sont adressés dans les mêmes proportions par le médecin (25%) et par la famille (75%). Pour Nantes, s'agit-il d'une tendance plus marquée des médecins à adresser aux urgences les enfants de moins de 3 mois plutôt qu'une différence de comportement de la famille face au tout petit?



Age et motifs d'admission

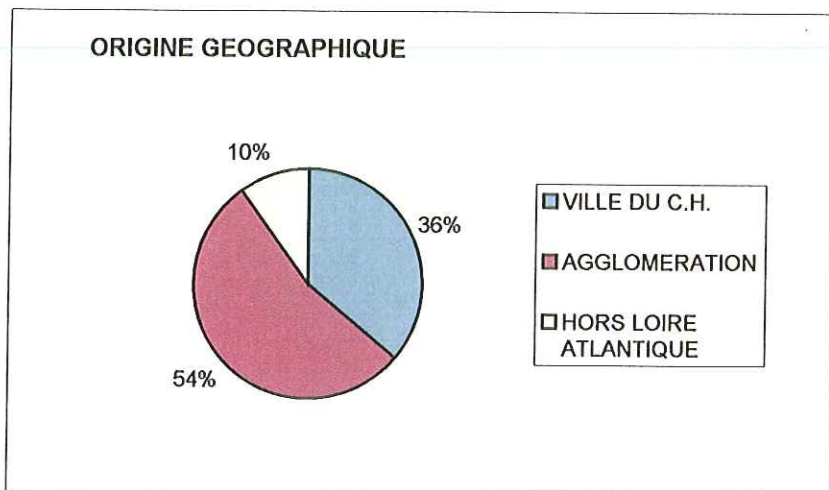
On remarque, tous C.H. confondus, que les «troubles du transit» (20%) tiennent une place première avec les malaises, les pleurs et les «motifs non spécifiques» chez les enfants de moins de 3 mois. Ces troubles du transit correspondent en grande partie à la vaste entité que constitue les «coliques du nourrissons», sources d'anxiété parentale, et souvent aggravées et provoquées par ce comportement parental anxieux. Mais chez l'enfant de plus de 3 mois, c'est seulement le 4^{ème} motif de consultation (14,5%) après la fièvre (24%) et les troubles respiratoires (21%).

Les pleurs très représentés chez les nourrissons de moins de trois mois, soulignent également les difficultés des parents à comprendre ce nouveau-né, puisque la plupart du temps, ces pleurs ne sont que la signification d'un petit trouble du transit ou d'une gêne mineure.



3-23 Fréquentation selon l'origine géographique

Centre ville, agglomération, hors département



36% viennent de la ville du centre hospitalier.

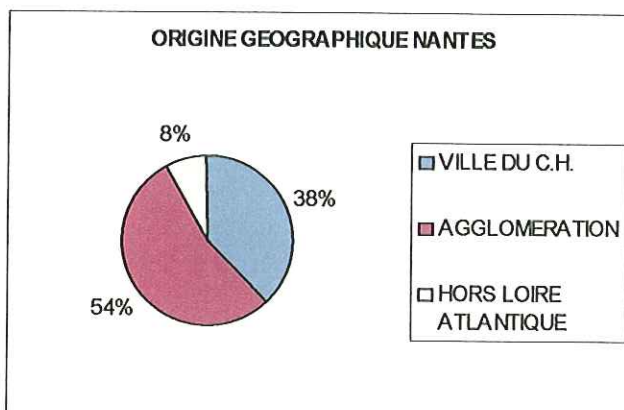
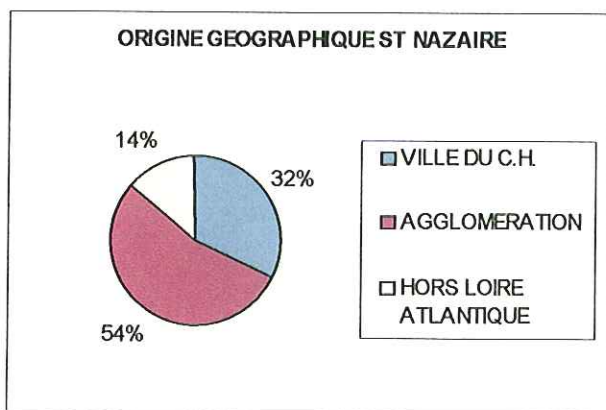
54% viennent de l'agglomération et d'autres communes du département.

10% viennent d'un autre département

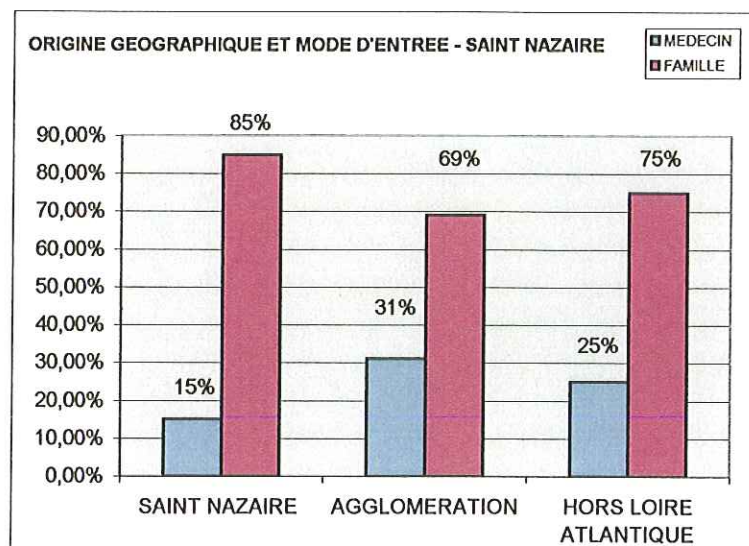
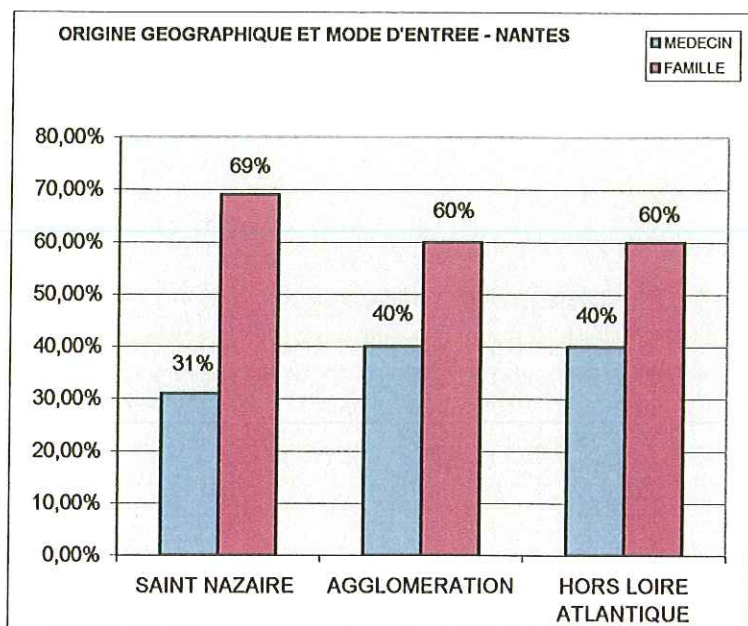
L'agglomération est donc très représentée et ce, de façon équivalente à Nantes et à Saint-Nazaire.

La différence s'observe surtout pour le pourcentage de patients originaires d'un autre département qui est de 14% à Saint-Nazaire contre 8% à Nantes. Ce fait s'explique par l'accueil de populations touristiques sur la côte nazairienne l'été.

Nantes accueille plus de population venant du centre ville que Saint-Nazaire.



Origine géographique et mode d'entrée



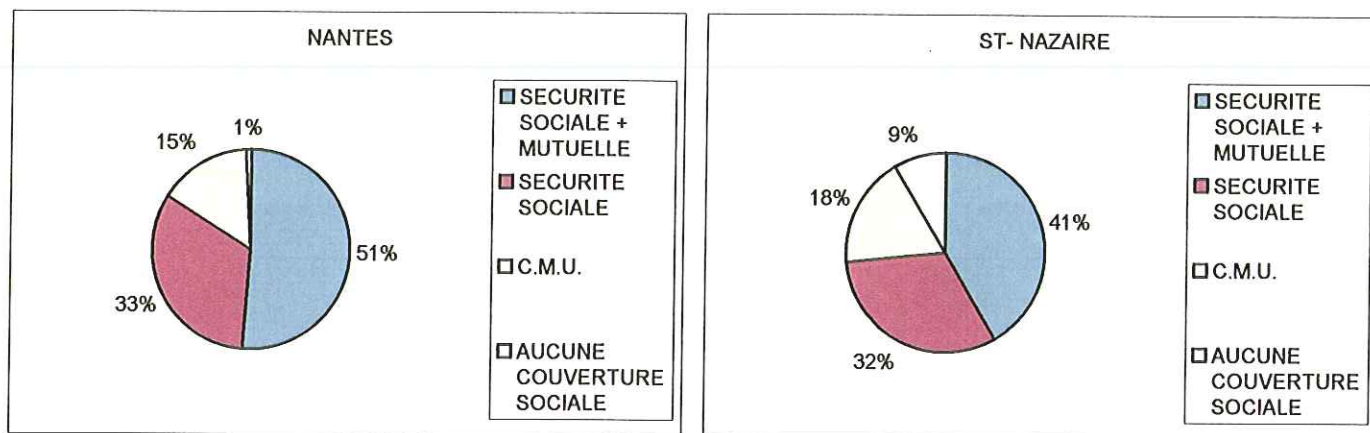
Le mode d'admission des enfants varie sensiblement selon le lieu d'habitation des parents. Ainsi, les familles habitant à proximité du C.H.(situé dans le centre ville) viennent plus spontanément à l'hôpital. Ceci peut être mis en évidence par la proportion importante d'admissions directes parmi les familles habitant dans le centre de la ville surtout à Saint-Nazaire (85%) comparée à cette même proportion parmi les familles résidant en dehors de la ville du C.H. (69%).

A Nantes, le pourcentage d'entrée directe pour les habitants du centre ville est de 69% contre 60% pour ceux habitant dans l'agglomération.

On ne remarque pas de différence significative de provenance géographique selon les jours fériés ou ouvrables et selon les jours de la semaine. Il n'y a pas non plus de lien notable entre l'origine géographique et les motifs d'entrée pour chaque C.H.

3-24 Couverture sociale

Mode

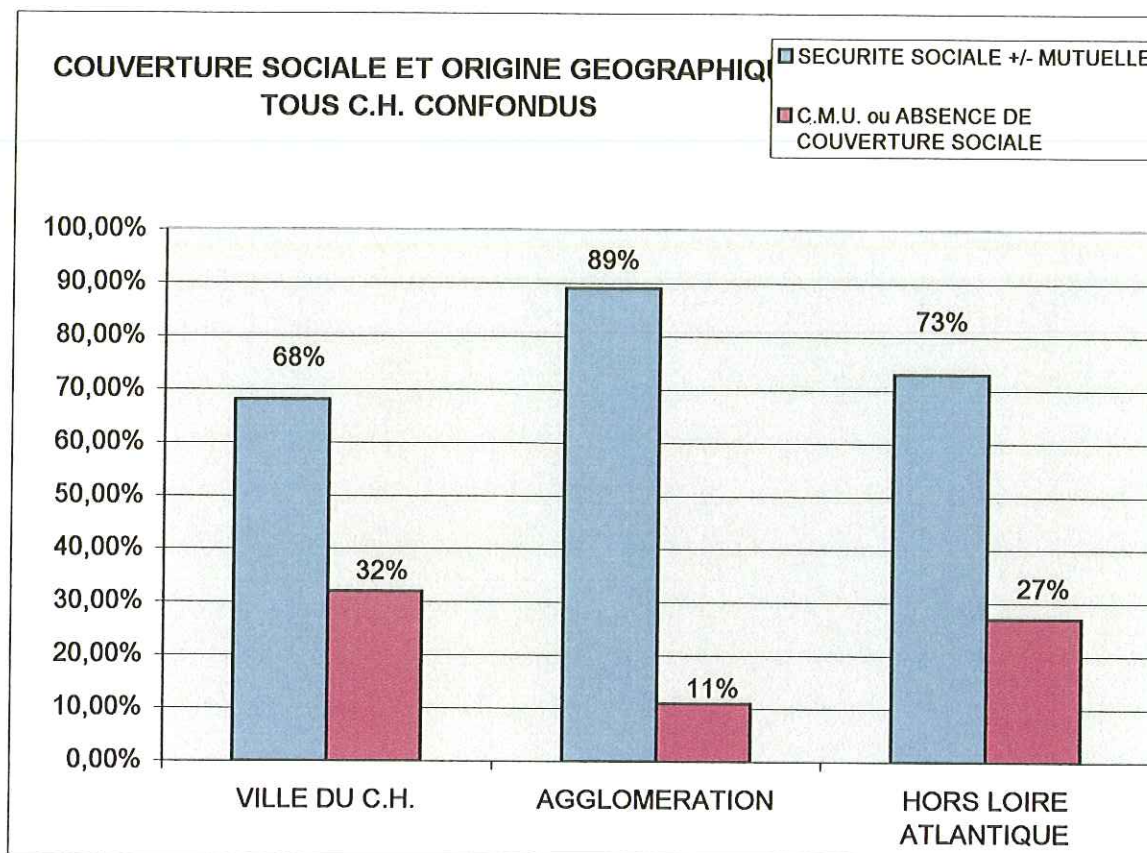


La couverture sociale n'a été étudiée que pour les mois de juillet et août.

C'est un élément important dans l'évaluation socio-économique des populations de Nantes et Saint-Nazaire. Est-ce par contre un facteur qui influe sur le recours aux urgences ?

Dans notre enquête, 51% des consultants de Nantes et 41% des consultants de Saint Nazaire bénéficient d'une couverture sociale complète avec une mutuelle, 33% à Nantes et 32% à Saint-Nazaire sont sous le régime de la sécurité sociale simplement, 15% à Nantes et 18% à Saint-Nazaire bénéficient de la C.M.U., 1% à Nantes et 9% à Saint-Nazaire n'ont aucune protection sociale.

Couverture médicale et origine géographique



Les familles résidant dans la même ville que le C.H. ont une moins bonne couverture sociale que celles de l'agglomération ou d'autres départements.

Couverture médicale et horaires de consultation

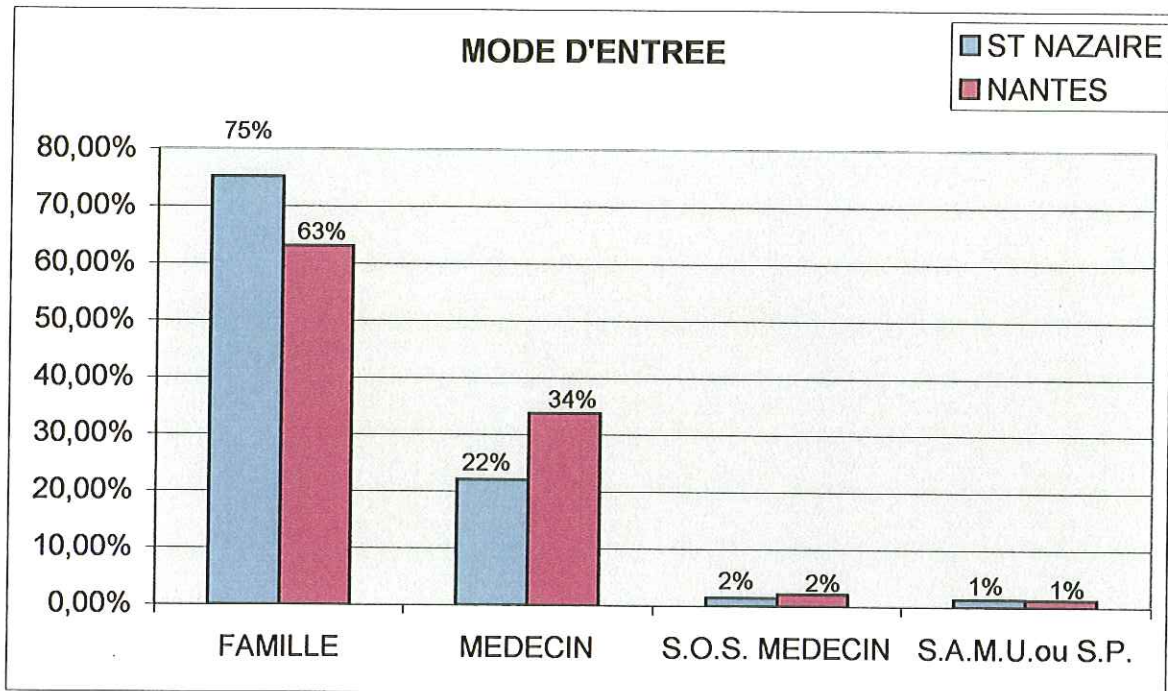
Les bénéficiaires de la C.M.U. ou ceux n'ayant pas de couverture sociale sont admis dans une proportion moins élevée que les autres la nuit (20% contre 32% le jour), tous C.H confondus.

Par ailleurs, l'absence de différence significative pour les modes d'entrée et le mode d'admissions selon la couverture sociale semble aller dans le sens d'un comportement similaire entre les populations les plus défavorisées et les plus favorisées.

3-3 Mode de recours aux urgences

3-31 Mode d'entrée

Familles, médecins, SOS

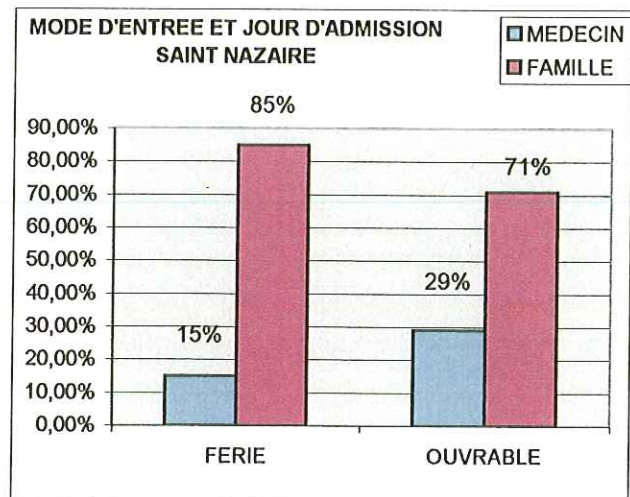
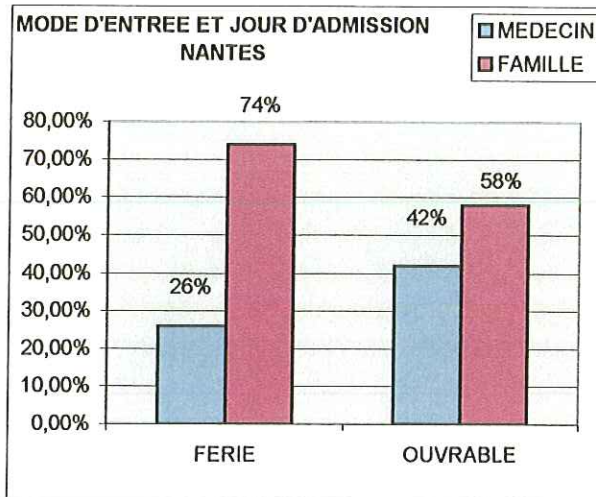


Le nombre de familles s'adressant directement aux urgences est beaucoup plus élevé (66%) que celui consultant d'abord un médecin (34%).

Le nombre de ces admissions directes est plus important à Saint-Nazaire (75%) qu'à Nantes(63%).

Le nombre de nourrissons adressés par un médecin est donc plus fort à Nantes qu'à Saint-Nazaire(1/3 des patients à Nantes contre 25% à Saint-Nazaire). Ce chiffre correspond à celui retrouvé pour la population pédiatrique globale en 1991(5) et est un peu en dessous des chiffres mentionnés par l'enquête de la D.R.E.E.S. à l'échelle nationale qui, après questionnaire auprès des parents, révèlent que 41% disent venir sur avis médical(2)(cf. annexe: tableau «qui vous a conseillé de venir aux urgences ?»)

Mode d'entrée et jours ouvrables et fériés.

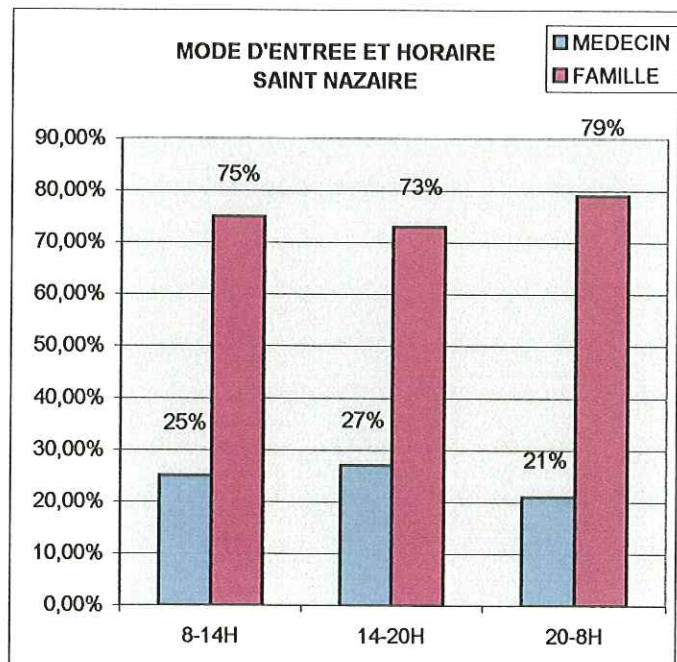
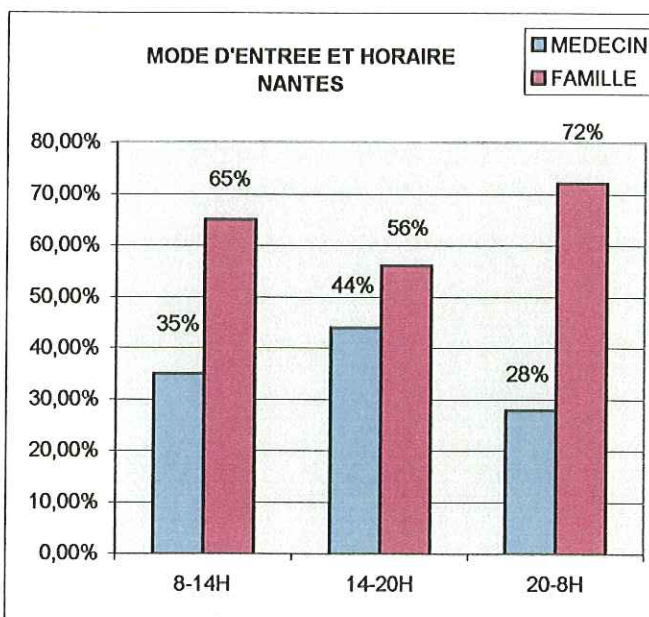


Tous C.H. confondus, les familles des nourrissons de moins d'un an consultent encore plus directement les jours fériés (76%) que les jours ouvrables(61%).

A Saint-Nazaire, la proportion d'admissions directes est très élevée les jours fériés (85%) comparativement à Nantes (73%).

Le samedi et le dimanche, les familles viendront directement pour 70 et 80% d'entre elles contre 55% le vendredi.

Mode d'entrée et horaires



La nuit, on note, des entrées directes majoritaires.

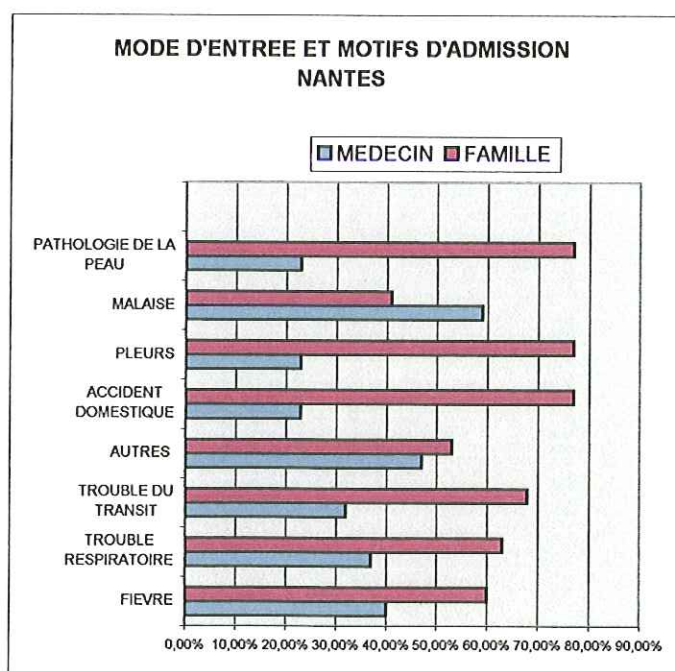
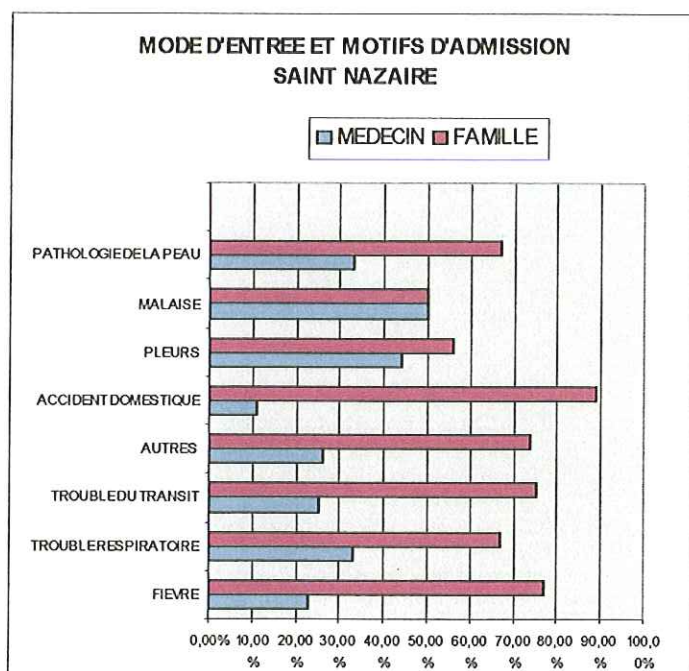
Saint-Nazaire reste en tête pour les entrées directes la nuit qui sont de 79% contre 71,5% à Nantes.

Mode d'entrée et motifs d'admission

Les accidents domestiques (les chutes avec traumatismes crâniens) sont des motifs de recours direct aux urgences (81%). Pour les affections somatiques, on observe des différences entre Nantes et Saint-Nazaire qui sont difficiles à interpréter : les pleurs et les problèmes de peau (eczéma, acné) sont des motifs de recours direct à Nantes (77,5%et 77,1%) et beaucoup moins à Saint-Nazaire (55,6% et 66,7%). Les fièvres sont par contre un motif d'admission directe en plus forte proportion à Saint-Nazaire (77,1%) qu'à Nantes (59,8%)ainsi que les infections urinaires et les motifs non spécifiques.

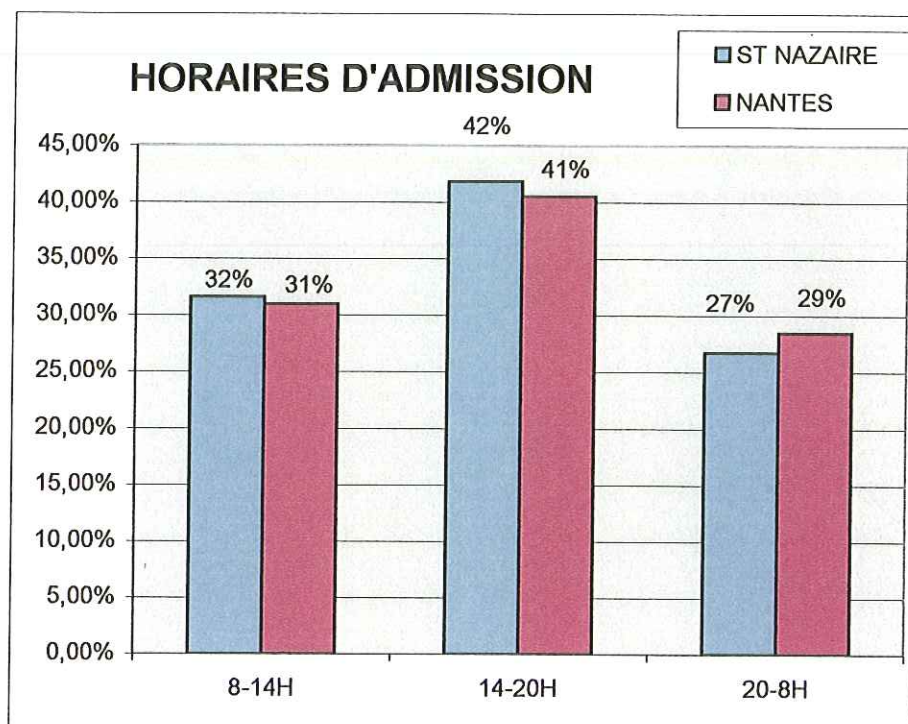
Les malaises et les convulsions sont adressés majoritairement par un médecin à Nantes (58,5%) et dans la moitié des cas à Saint-Nazaire.

Pour les accidents domestiques, le caractère impromptu et surtout violent de la chute engendrant son cortège d'émotion et de panique explique la volonté impérieuse d'accéder à un soin immédiat, sans que le parent réalise le risque encouru parfois dans cette précipitation (on transporte l'enfant dans la voiture sans l'attacher et à une vitesse excessive)



3-32 Variation horaire

8h-14h / 14h-20h ou 20h-8h

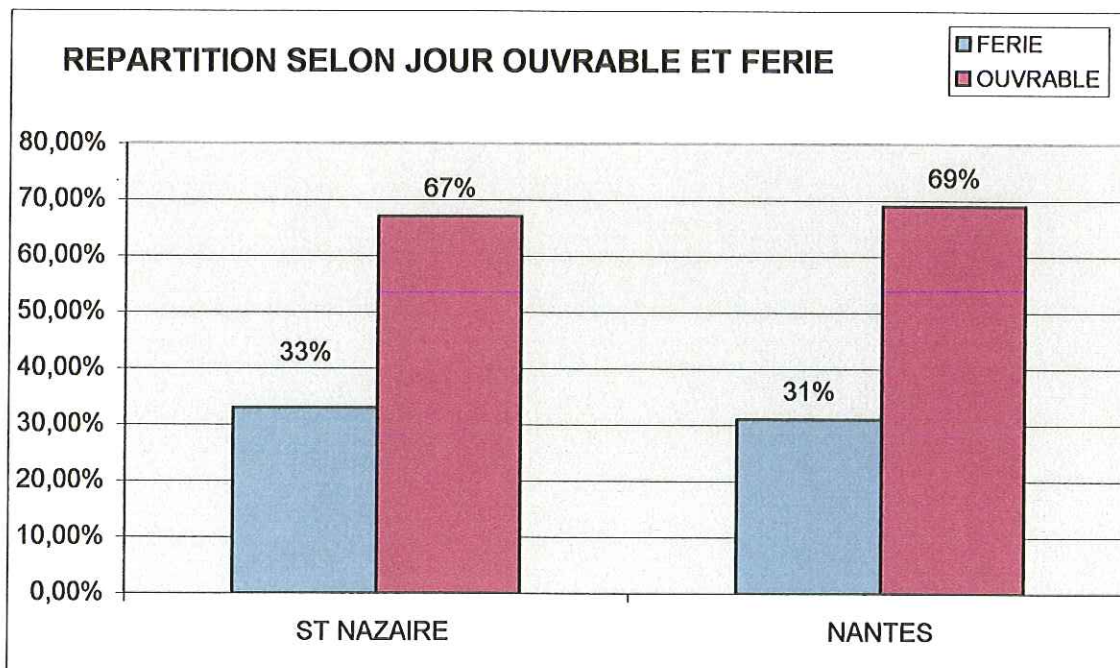
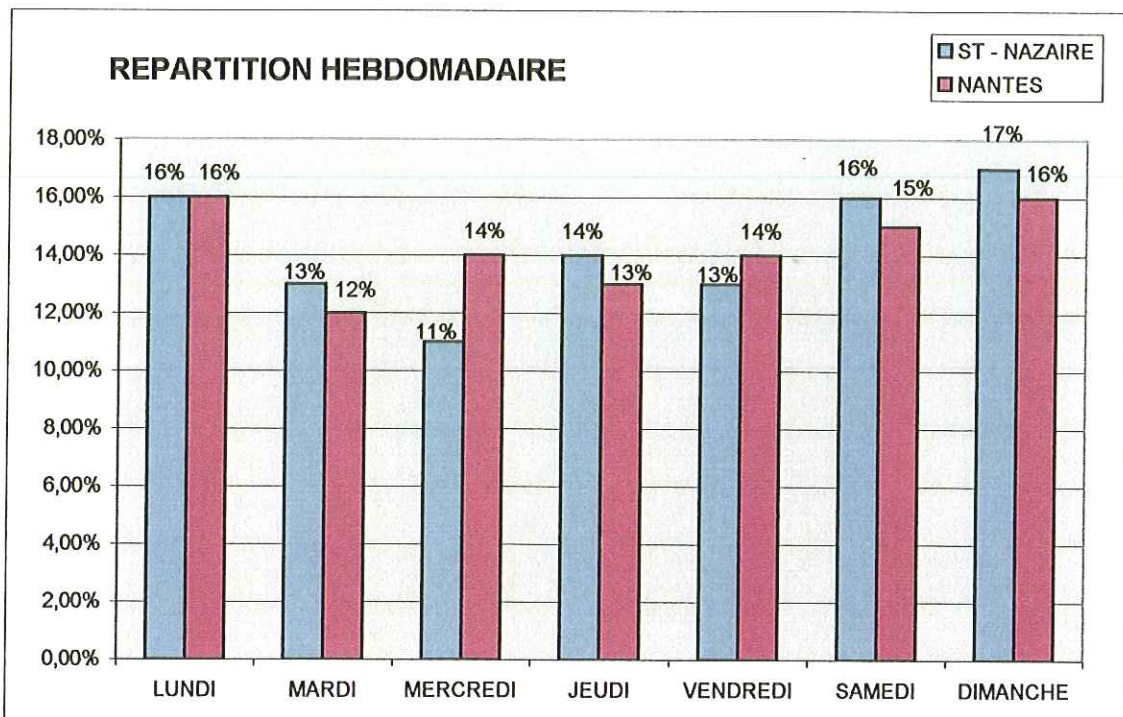


Les horaires d'admission sont superposables d'une ville à l'autre avec une tranche horaire privilégiée qui est celle de l'après midi (14h-20h) ce qui ne correspond pas au pic de fréquentation retrouvé par la D.R.E.E.S. pour les nourrissons de moins d'un an qui se situe entre 19 et 22 heures(1).

Ce créneau horaire diffère également de celui occupé par les autres tranches d'âge (étude de la D.R.E.E.S. = pic plutôt matinal pour les adultes).

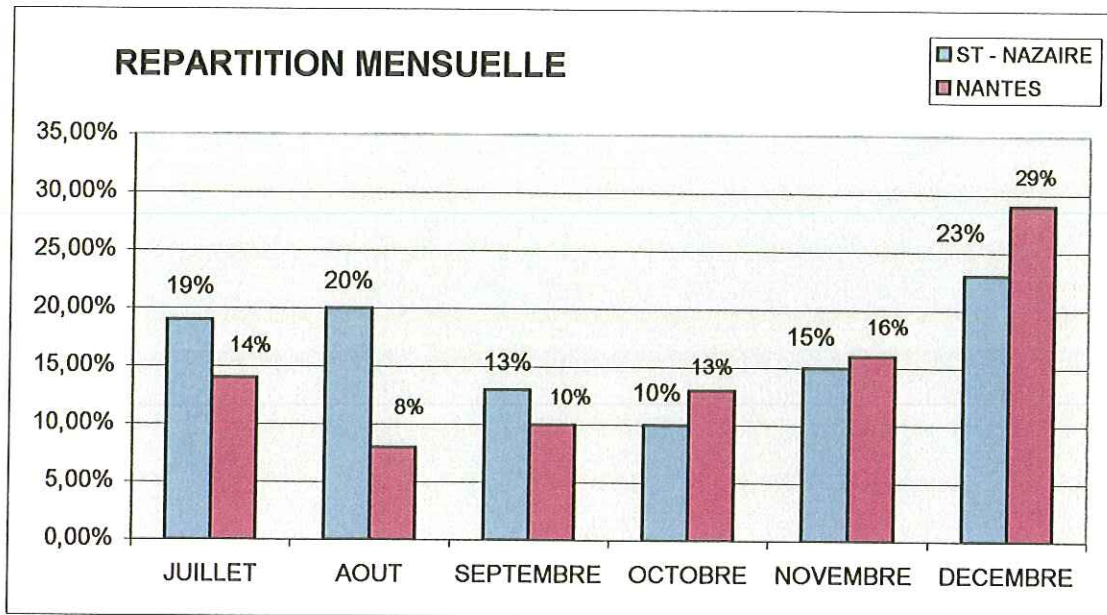
Les nuits et les jours fériés sont occupés de façon quasiment équivalente à Nantes et Saint-Nazaire avec une fréquentation d'environ 27% la nuit (21% à l'échelle nationale – D.R.E.E.S.) et de 32% les jours fériés. Les nourrissons sont toujours un peu au-dessus des chiffres de la population générale pour ce qui concerne la fréquentation de nuit.

3-33 Variation hebdomadaire et en fonction des jours fériés et ouvrables.



Le samedi, dimanche et lundi sont les jours de plus forte fréquentation :31% à Nantes et 33% à St-Nazaire (28% le week-end à l'échelle nationale). Ceci correspond à la baisse de l'offre de soins extra-hospitaliers le week-end qui génère également une demande plus forte le lundi et donc une moins grande disponibilité des médecins libéraux dont les consultations sont saturées. On retrouve globalement la même fréquentation hebdomadaire à Nantes et à Saint-Nazaire.

3-34 Variation mensuelle

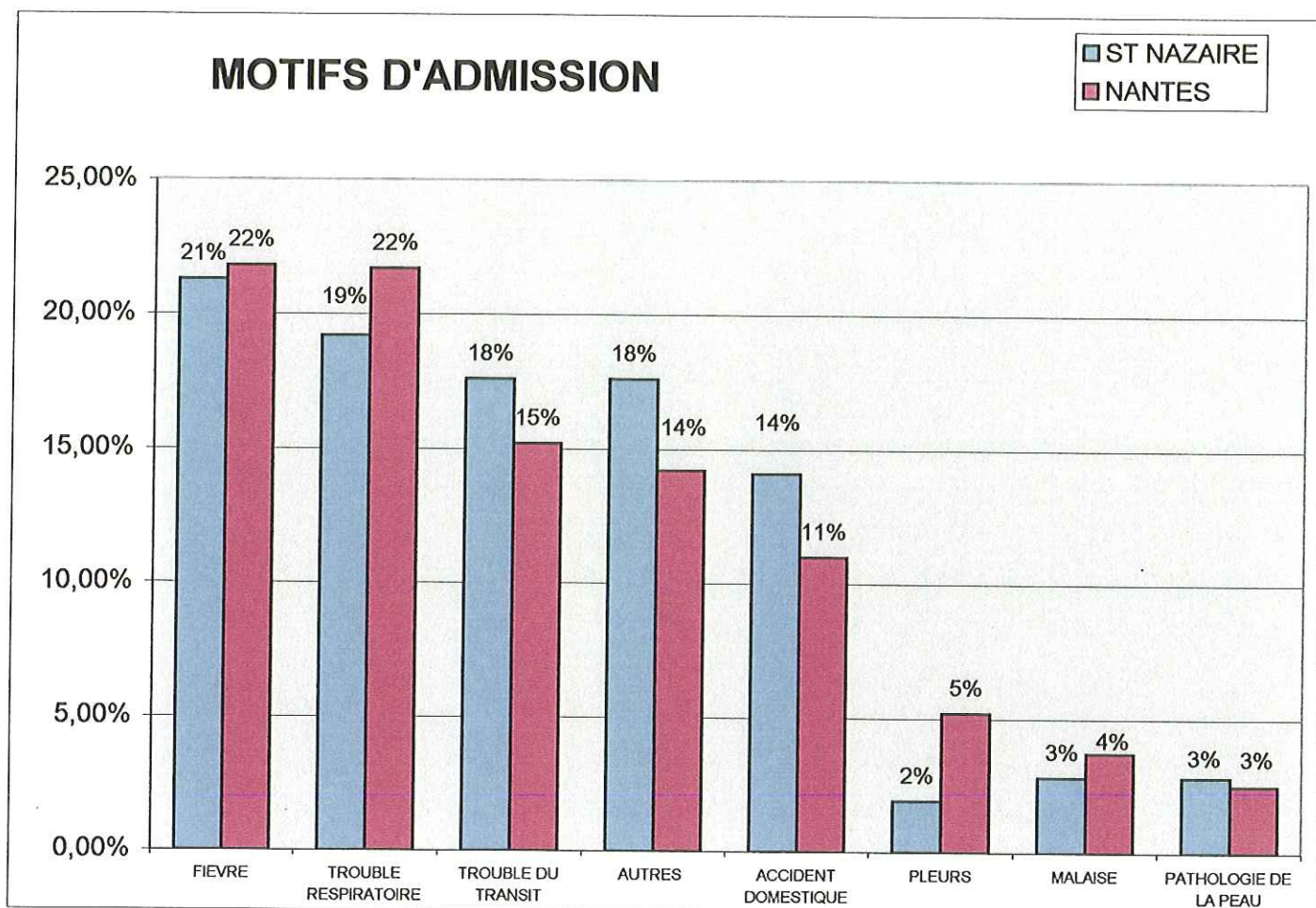


On observe à Nantes comme à St-Nazaire une fréquentation très forte au mois de décembre du fait de l'épidémie de bronchiolite.

Juillet et août sont également des mois de forte fréquentation à Saint-Nazaire en raison de l'afflux touristique sur la côte.

3-4 Motifs d'admission

3-41 Par ordre de représentation



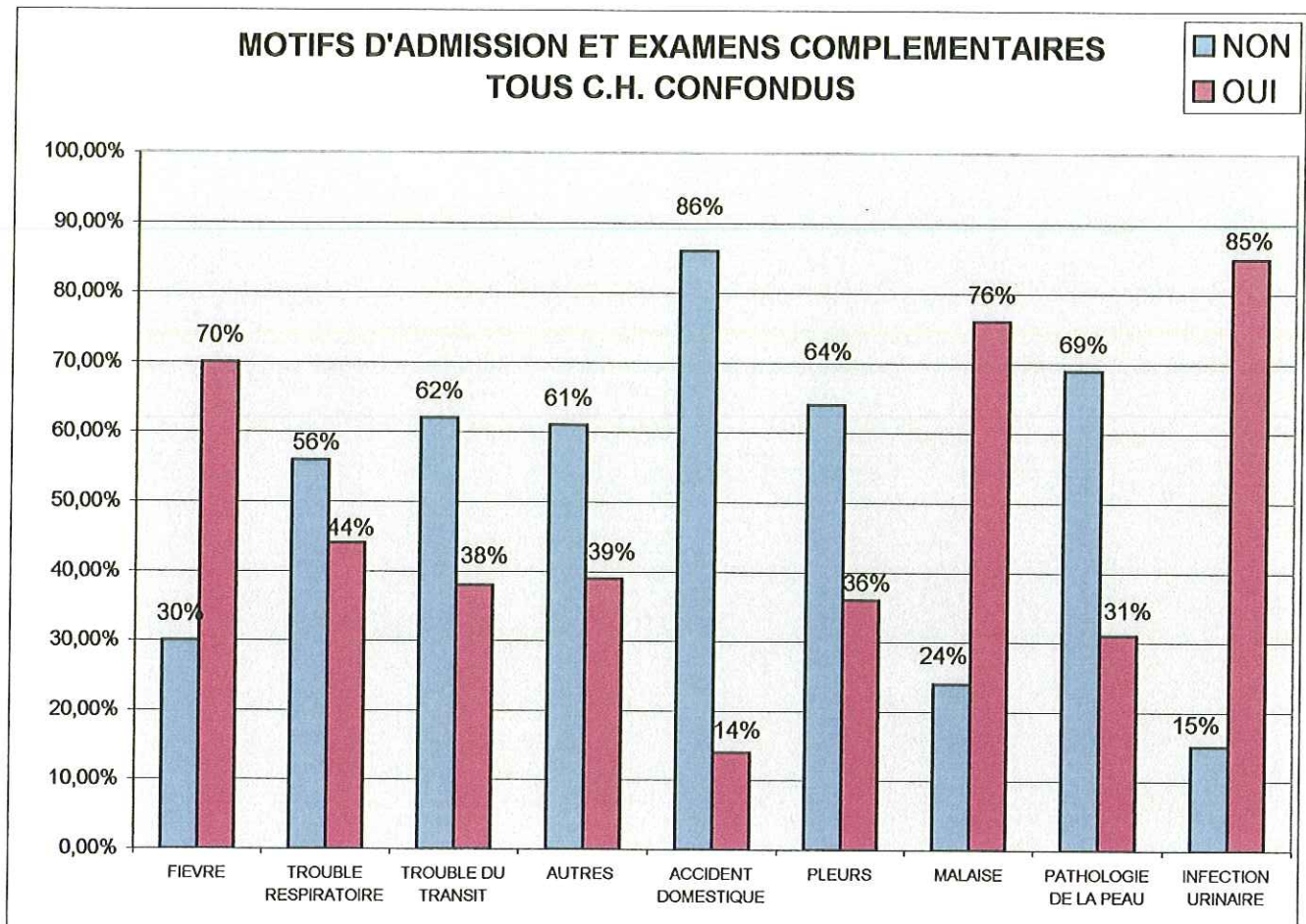
Les 4 motifs arrivant en tête des admissions sont par ordre de représentation :

- la fièvre
- les troubles respiratoires
- les troubles du transit
- les motifs non spécifiques

Cet ordre d'admission par motif est le même à Nantes et Saint-Nazaire .

On retrouve un plus grand nombre d'admissions pour traumatismes domestiques à Saint Nazaire et un plus grand nombre d'admissions pour pleurs et pour malaises à Nantes.

3-42 Motifs d'admission et examens complémentaires



Globalement, les affections somatiques requièrent plus d'examens complémentaires que les affections traumatiques. La majorité des traumatismes chez le nourrisson correspond à des traumatismes crâniens par chute dont la gravité est faible et ne nécessite qu'une simple surveillance clinique.

On observe que pour les fièvres, les infections urinaires et les malaises, les examens complémentaires sont prescrits dans un fort pourcentage de cas alors que les pleurs, les pathologies de la peau (eczéma, acné du nourrisson) et dans une moindre mesure les motifs non spécifiques, les troubles du transit et les troubles respiratoires ne nécessitent pas forcément d'examens complémentaires.

La fièvre, les infections urinaires vont être à l'origine d'examens biologiques et ou radiologiques et les malaises nécessiteront en outre des enregistrements électriques de type E.E.G., E.C.G. ainsi qu'un monitoring cardio-respiratoire.

3-43 Motifs d'admission et traitements

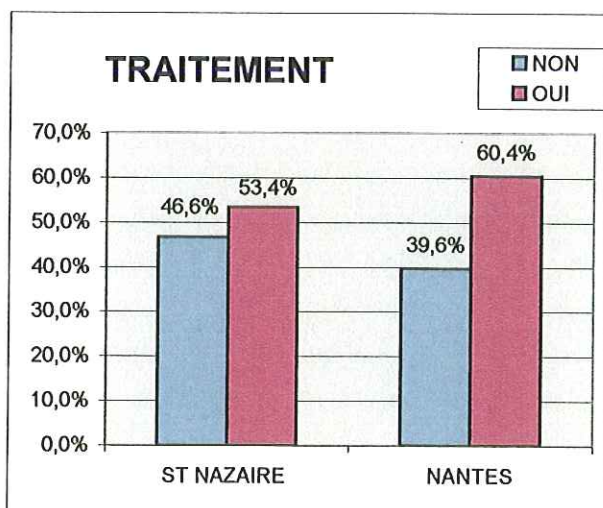
Les troubles respiratoires, les fièvres et les troubles du transit entraînent plus de prescriptions thérapeutiques que les traumatismes domestiques qui ne nécessitent souvent qu'une simple surveillance.

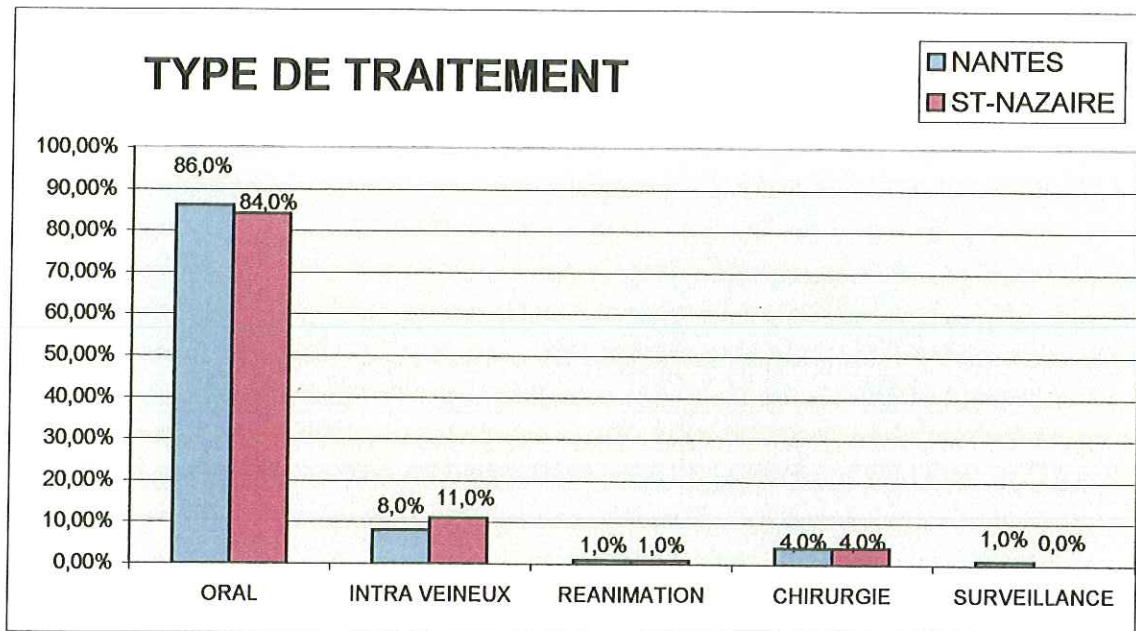
3-5 Traitements

Comparativement, les prescriptions thérapeutiques sont plus fréquentes à Nantes qu'à Saint-Nazaire et ce, quel que soit le type de traitement.

À l'issue d'une admission aux urgences un traitement est mis en route dans 60,4% des cas à Nantes et dans 53,4% des cas à Saint-Nazaire. Le détail de ces traitements se divise de cette façon :

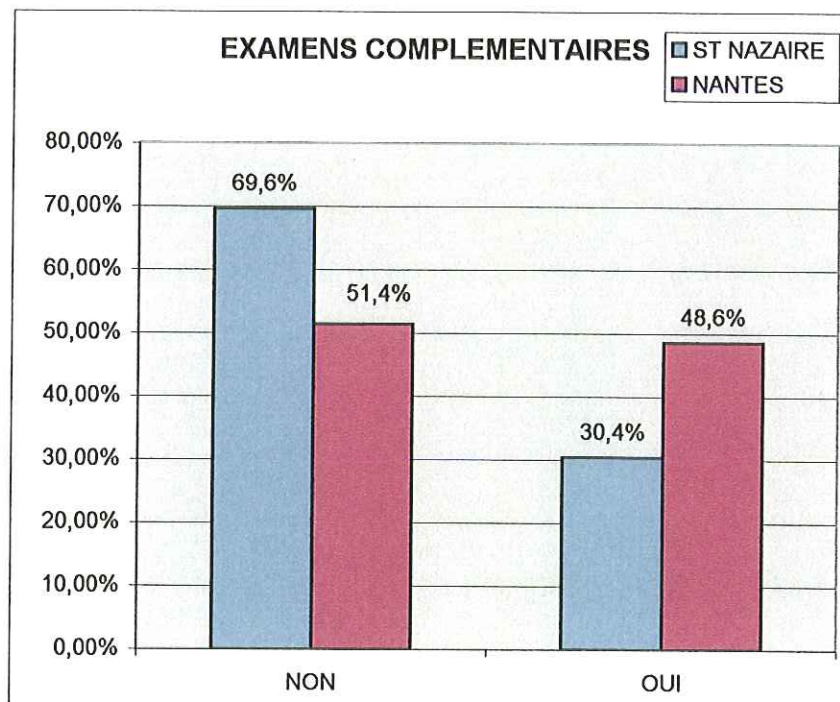
- traitement oral dans 86% des cas à Nantes et 84,3% des cas à Saint-Nazaire
- traitement intraveineux dans 7,4% des cas à Nantes et 10,6% à Saint-Nazaire
- traitement de réanimation dans 0,6% des cas à Nantes et 0,3% à Saint-Nazaire
- traitement chirurgical dans 3,9% des cas à Nantes et 4,6% des cas à Saint-Nazaire





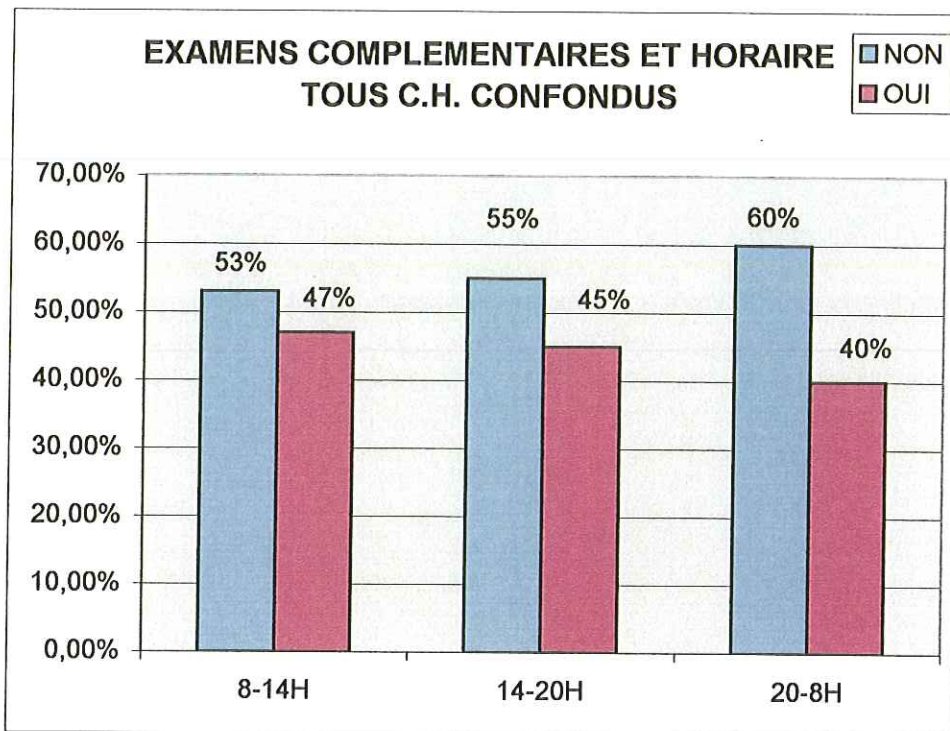
Les traitements lourds (intraveineux, réanimation, chirurgie) restent donc exceptionnels. Tous les autres traitements (oral, nébulisateurs, plâtres,) peuvent être réalisés en médecine ambulatoire.

3-6 Examens complémentaires



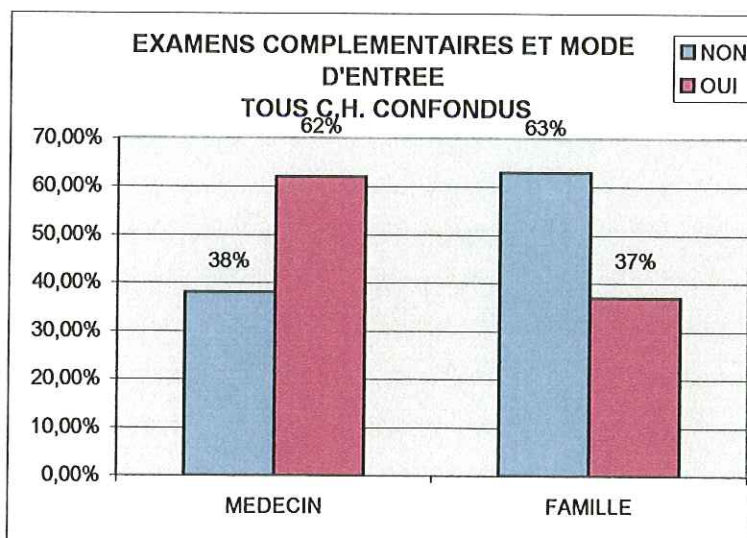
A Nantes, ils sont réalisés dans la moitié des cas, et dans seulement 30% des cas à Saint-Nazaire.

3-61 Examens complémentaires et horaires d'admission



On réalise moins d'examens complémentaires la nuit.

3-62 Examens complémentaires et mode d'entrée



Les patients adressés par un médecin ont plus souvent des examens complémentaires (62%) ce qui souligne le caractère plus adapté, voire plus grave de l'affection. Ce phénomène est encore plus marqué à Nantes qu'à Saint-Nazaire.

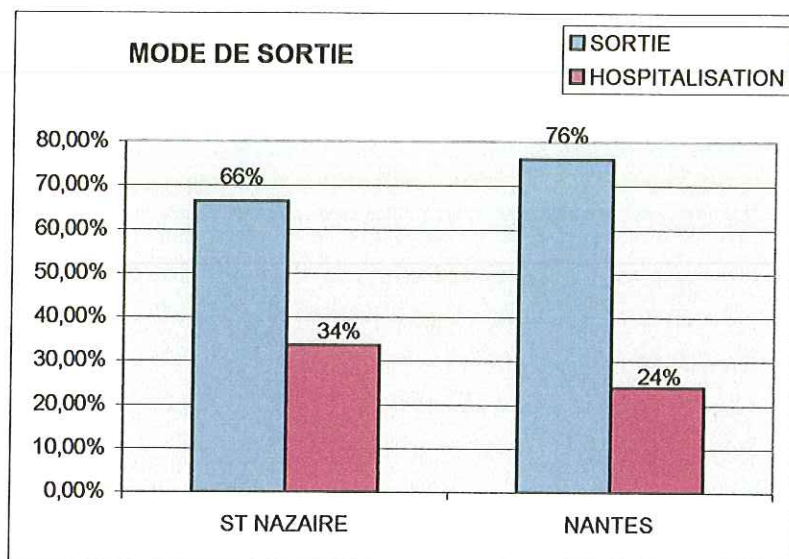
3-7 Diagnostics

Les diagnostics estimés à l'issue d'un passage aux urgences son, tous C.H confondus, dominés par les maladies infectieuses retrouvées dans 57,5% des cas, puis viennent les traumatismes dans 9,6% des cas, les motifs non spécifiques dans 8,6% des cas, les troubles digestifs dans 8% des cas, , la pathologie respiratoire pure comme l'asthme dans 2,7% des cas, les affections relevant de la chirurgie essentiellement digestive dans 2,5% des cas.

Les admissions pour traumatisme domestique sont plus importantes à Saint-Nazaire (13%) qu'à Nantes(8,4%).

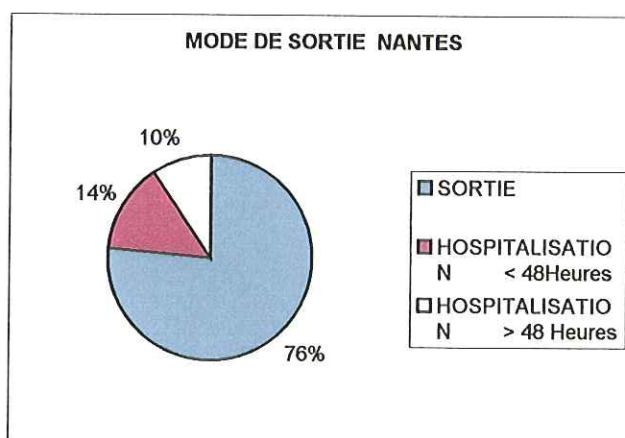
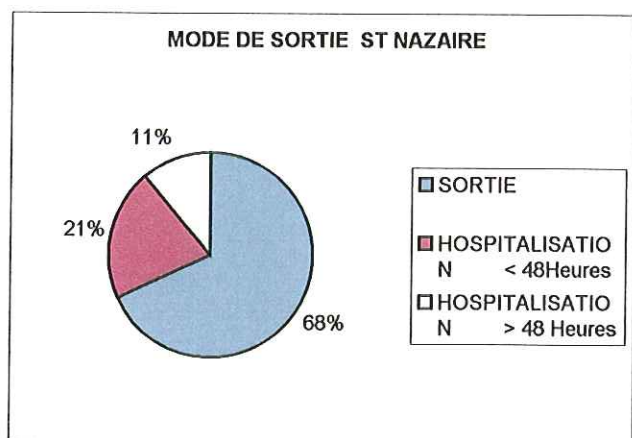
3-8 Mode de sortie

3-81 Sortie directe ou hospitalisation



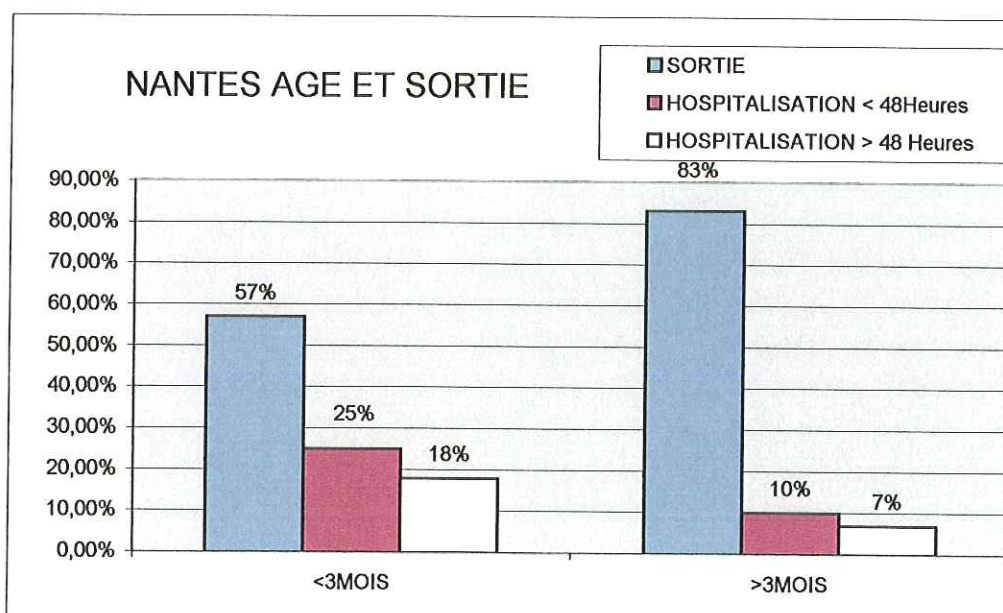
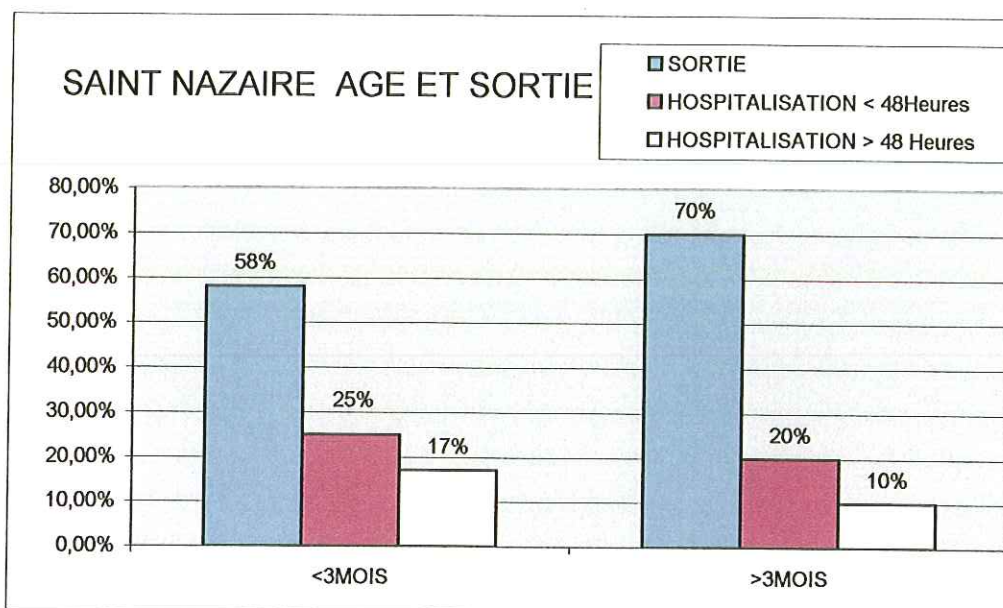
On compte, tous C.H. confondus, 74 % de sorties directes contre 16% d'hospitalisations de moins de 48 heures et 10% d'hospitalisations de plus de 48 heures.

Le taux de sorties directes dans notre enquête est donc plus important que pour la population générale(1) .



Il existe une différence très significative à Nantes et à Saint-Nazaire. En effet il y a davantage de sorties directes à Nantes (76%) qu'à Saint-Nazaire (68,1%). Il existe cependant moins d'hospitalisations de moins de 48 heures à Nantes (14,1%) qu'à Saint-Nazaire (20,8%).

3-82 Age et mode de sortie

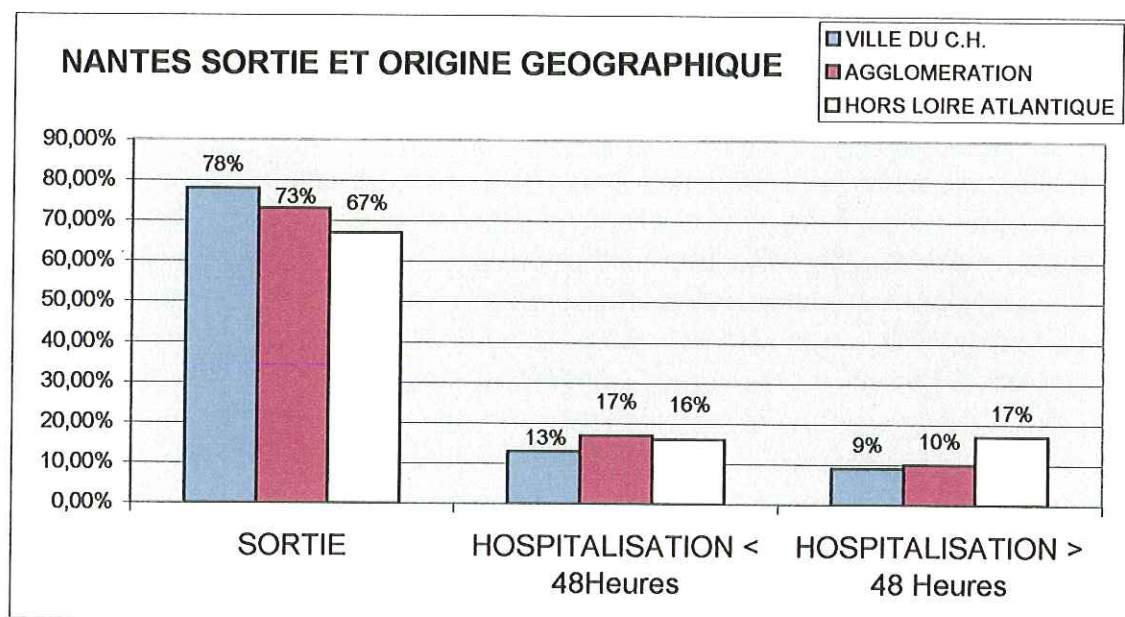
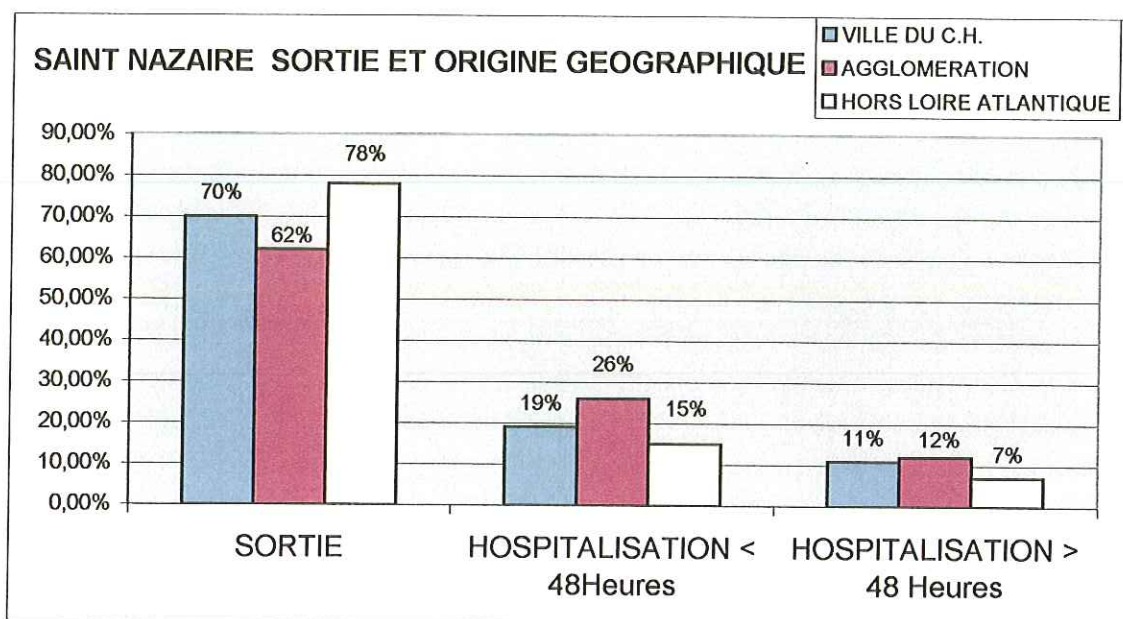


Il y a plus de sorties directes chez les plus de 3 mois que chez les moins de 3 mois proportionnellement au nombre d'admission par tranche d'âge. Par contre les hospitalisations de moins de 48 heures représentent également un gros pourcentage chez les moins de 3 mois (25,2% contre 17,4% d'hospitalisation de plus de 48 heures)

Pour les enfants de plus de 3 mois, le taux d'hospitalisation de moins de 48 heures est le double de celui de plus de 48 heures.

On note un taux de sorties directes comparé au taux d'hospitalisation beaucoup plus importantes chez les plus de 3 mois à Nantes (82,7%) qu'à Saint-Nazaire (70,4%).

3-83 Origine géographique et mode de sortie

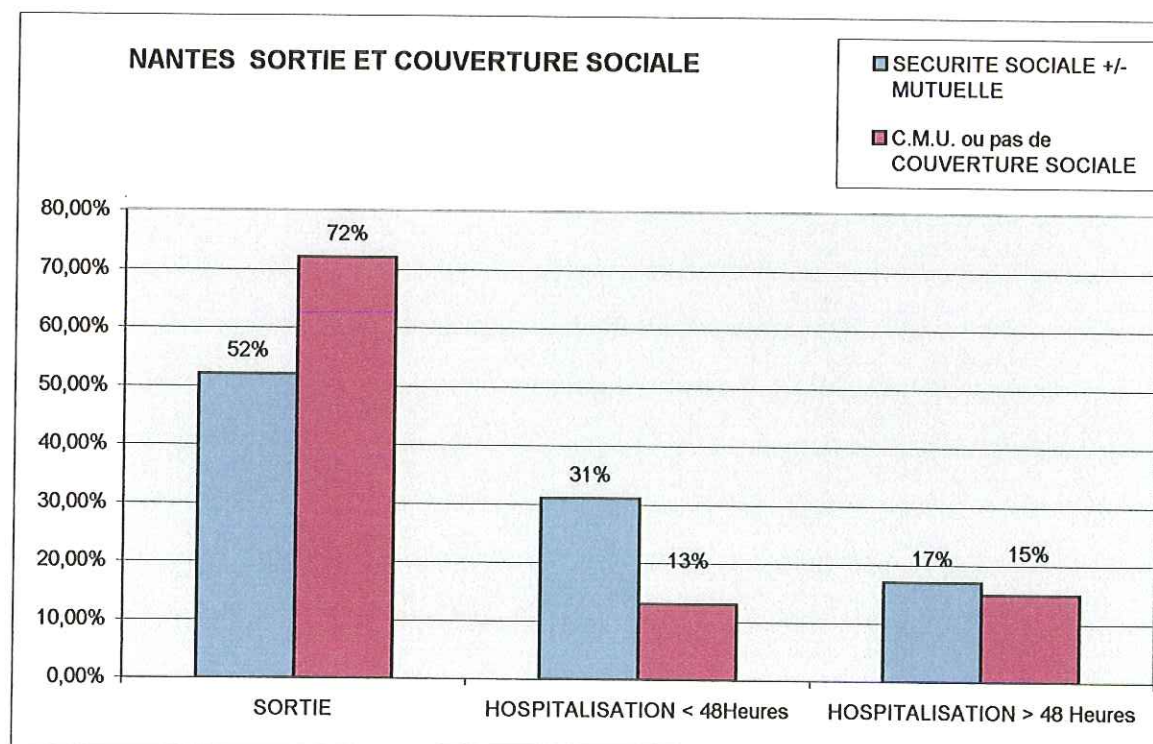
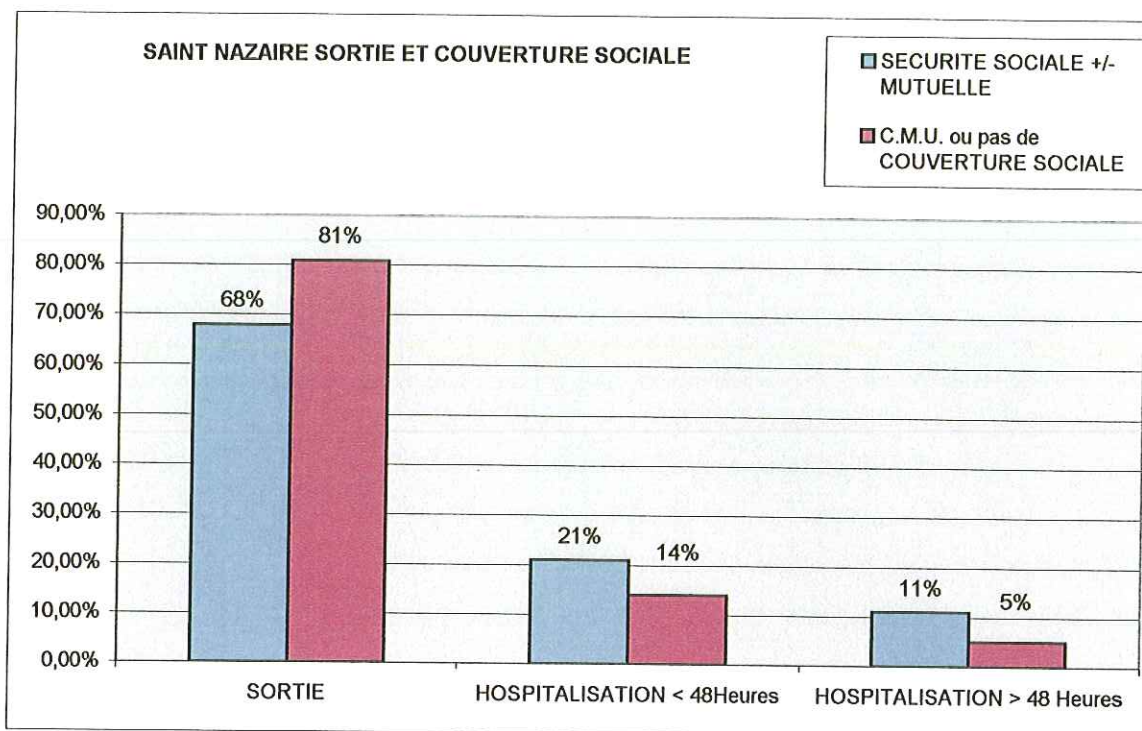


Les sorties directes sont plus fréquentes lorsque l'enfant habite dans la ville du C.H., que l'on soit à Nantes ou à Saint Nazaire.

Les nourrissons provenant de l'agglomération sont hospitalisés plus facilement la nuit que ceux provenant de la même ville que le C.H., par contre il s'agit le plus souvent d'hospitalisations courtes.

Ceux provenant d'un autre département sont à analyser avec prudence puisqu'en été Saint-Nazaire reçoit des touristes qui résident sur la côte et pour qui le lieu de provenance fait référence à leur domicile principal et non pas estival.

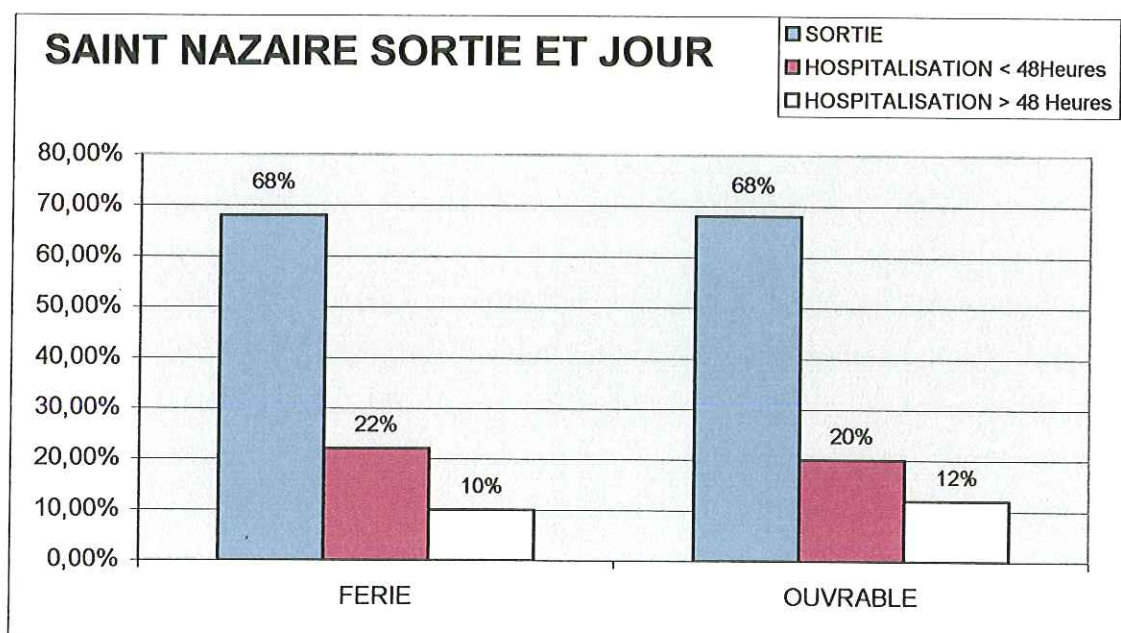
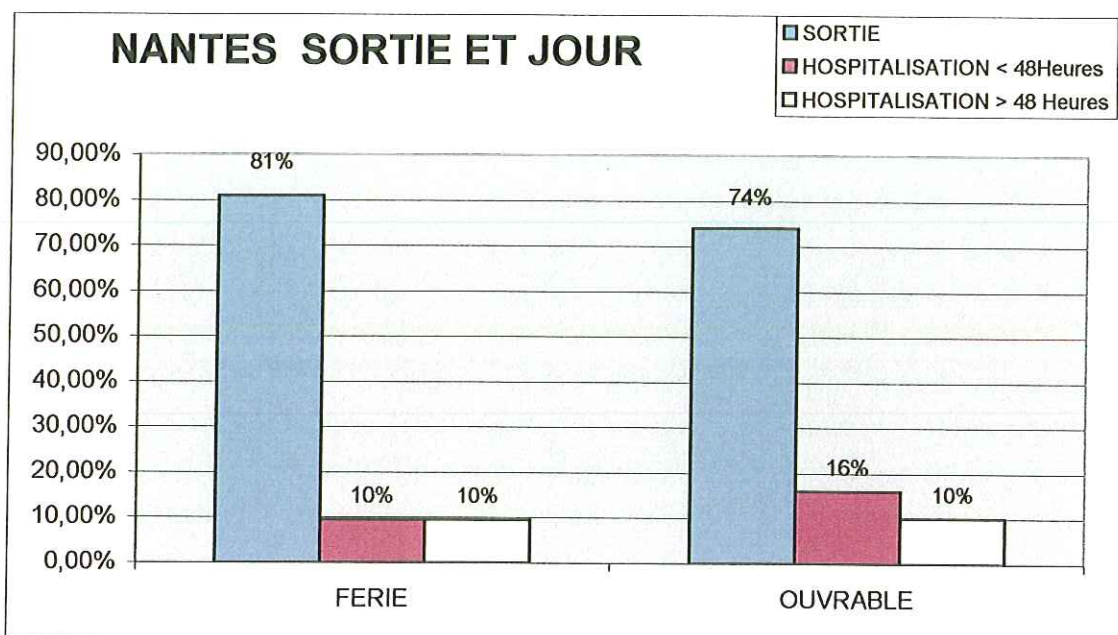
3-84 Couverture sociale et mode de sortie



Les bénéficiaires de la C.M.U. ou les familles n'ayant pas de couverture sociale relèvent d'une sortie directe (77%) dans un plus grand pourcentage que les familles bien couvertes (59%). Ainsi cette observation irait dans le sens d'une plus grande consommation de soins bénins dans les milieux défavorisés.

Ceci se vérifie à Nantes et est significatif alors qu'il ne l'est pas à saint-Nazaire.

3-85 Jours de consultation et mode de sortie



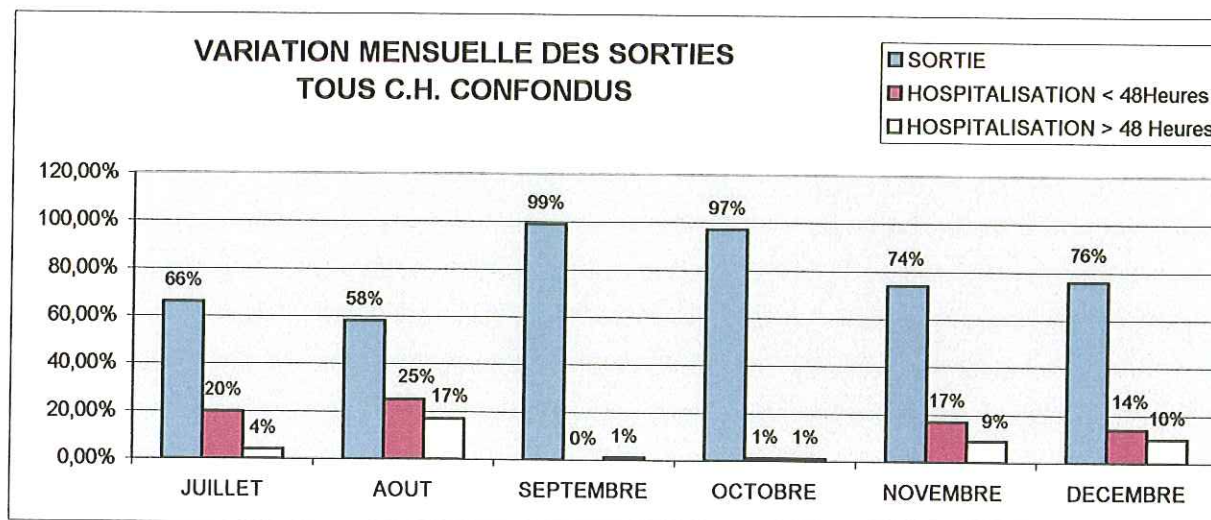
On relève un plus grand pourcentage de sorties directes les jours fériés (79%), chiffre que l'on peut rapprocher du plus grand nombre d'admissions directes également observé ces jours-là ,ce qui laisserait entendre que ces motifs d'admission sont moins adaptés et plus bénins .

Ceci se vérifie à Nantes de façon significative mais à Saint-Nazaire ,on ne retrouve pas de différence entre les sorties des jours fériés et des jours ouvrables.

3-86 Variations hebdomadaires des sorties

Elles ne sont pas significatives

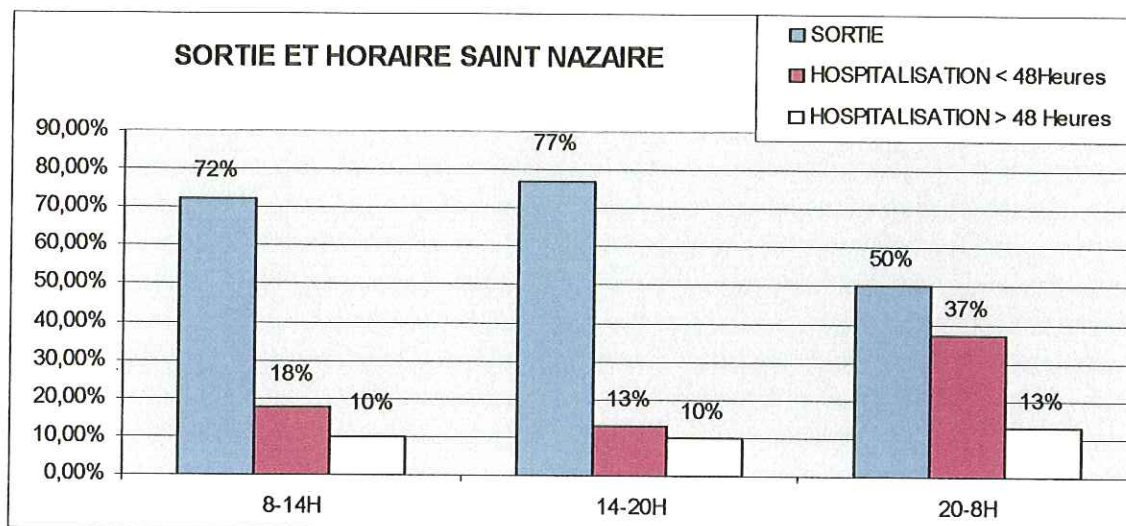
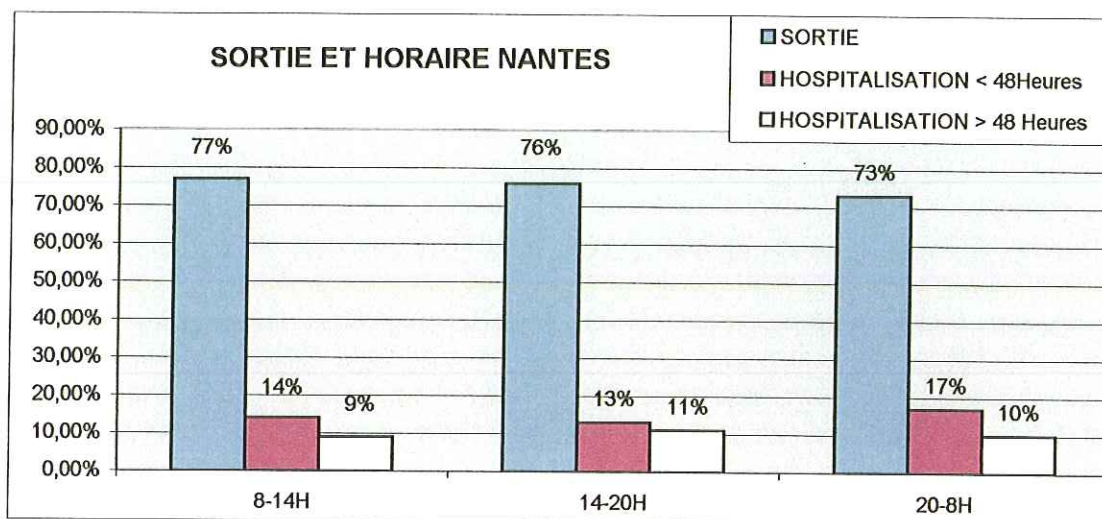
3-87 Variations mensuelles des sorties



Les hospitalisations de plus de 48 heures sont plus fortes au moment des épidémies virales (bronchiolites, gripes et gastro-entérites) à Saint-Nazaire alors qu'à Nantes ce sont les hospitalisations de moins de 48 heures qui prédominent sur les plus de 48 heures à cette même période.

On retrouve plus d'hospitalisations de plus de 48 heures à Nantes pour les mois de juillet et août sans que l'on trouve d'explication logique.

3-88 Horaires et mode de sortie

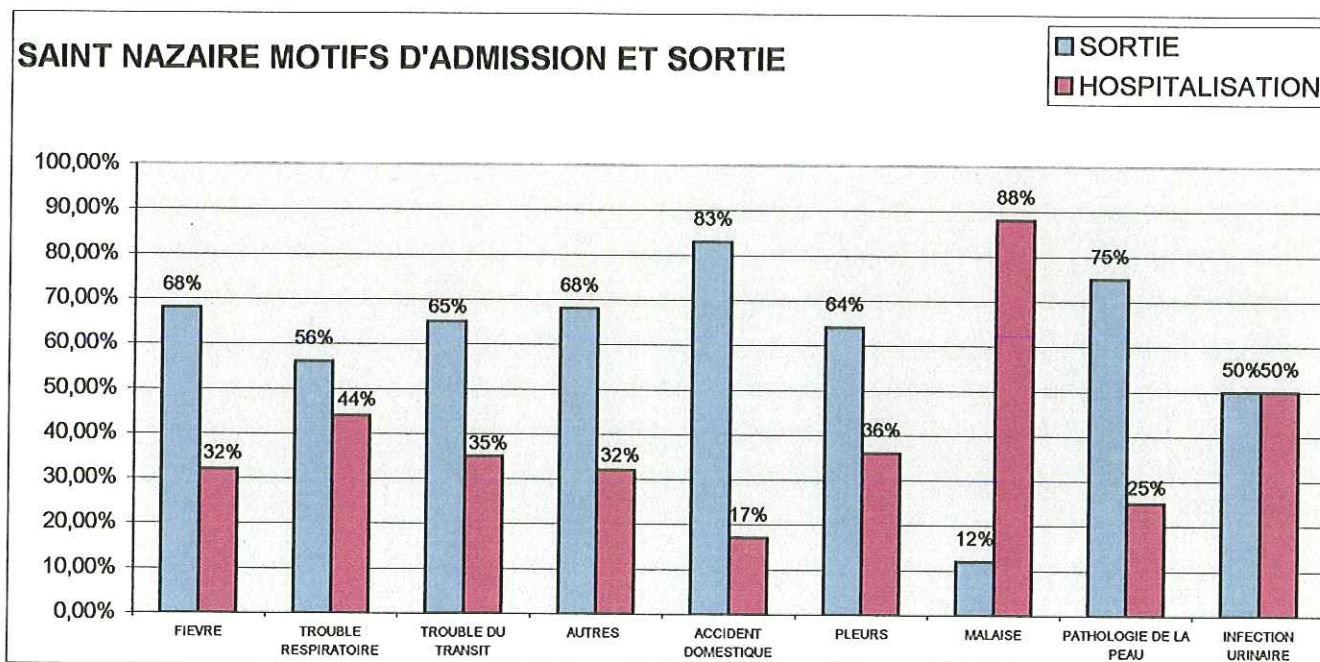
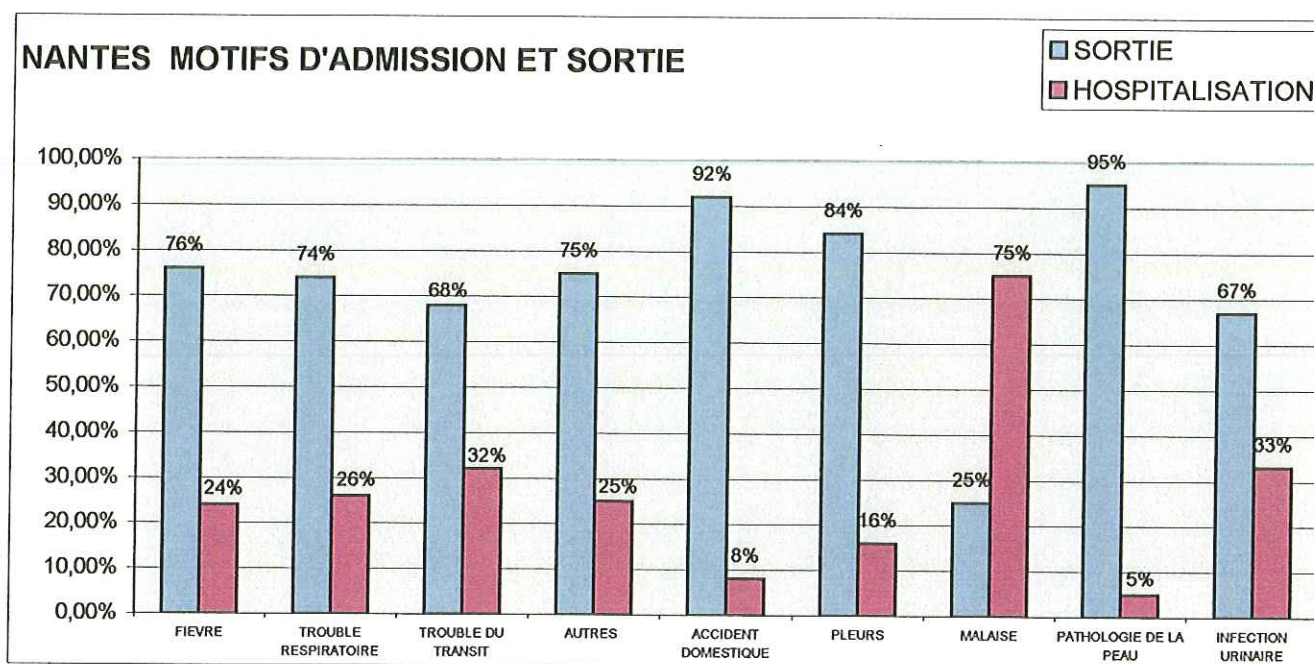


Il y a plus de sorties pendant la journée que la nuit à Saint-Nazaire mais cette différence n'est pas significative à Nantes .

Il y a plus d'hospitalisations de moins de 48 heures, dans les 2 C.H pour les nourrissons arrivés la nuit. (22% contre 14%) que pour ceux arrivés dans la journée.

Les patients adressés la nuit par un médecin ou par la famille sont plus facilement gardés en hospitalisation, le nombre fort d'hospitalisations courtes révèle souvent qu'ils ont bénéficié de quelques heures seulement d'hospitalisation et que leur état ne nécessitait qu'une surveillance simple.

3-89 Motifs d'admission et sortie

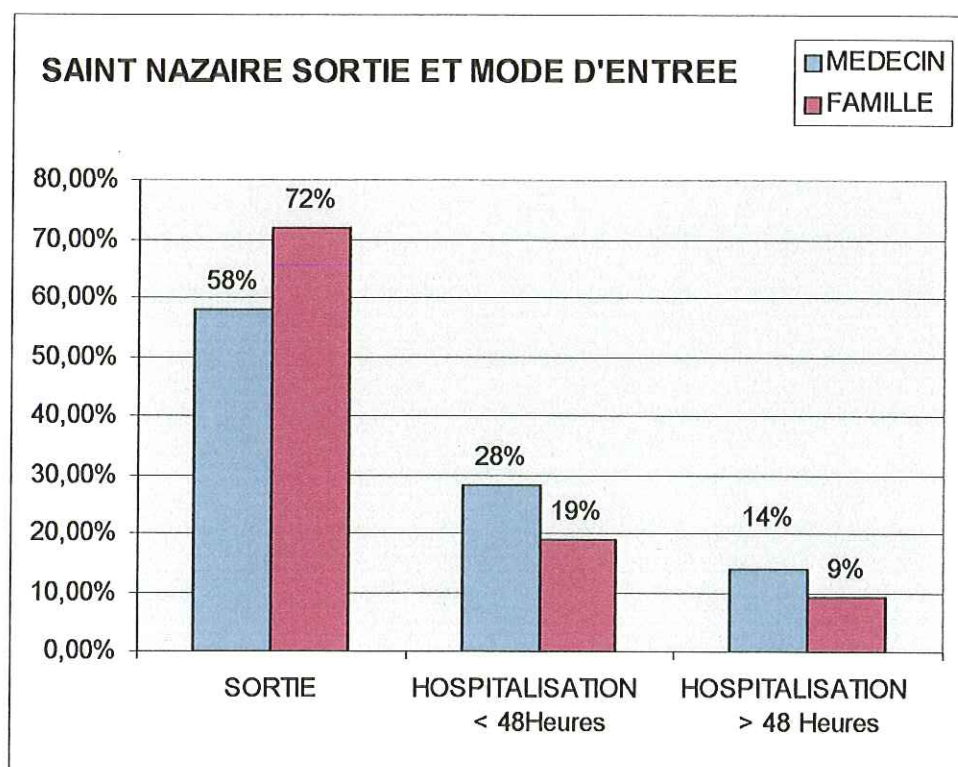
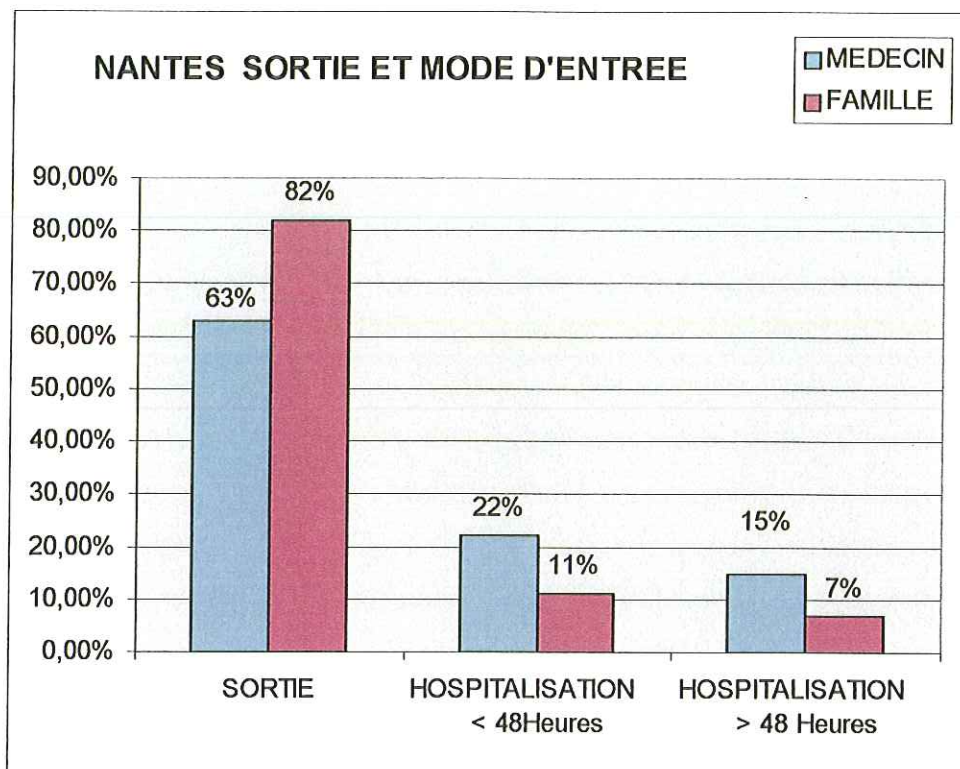


Les traumatismes domestiques, les pleurs et les affections dermatologiques de type eczéma relèvent d'une sortie directe dans un pourcentage élevé (91 et 89 %)

Les malaises ne ressortent directement que dans 23 % des cas .

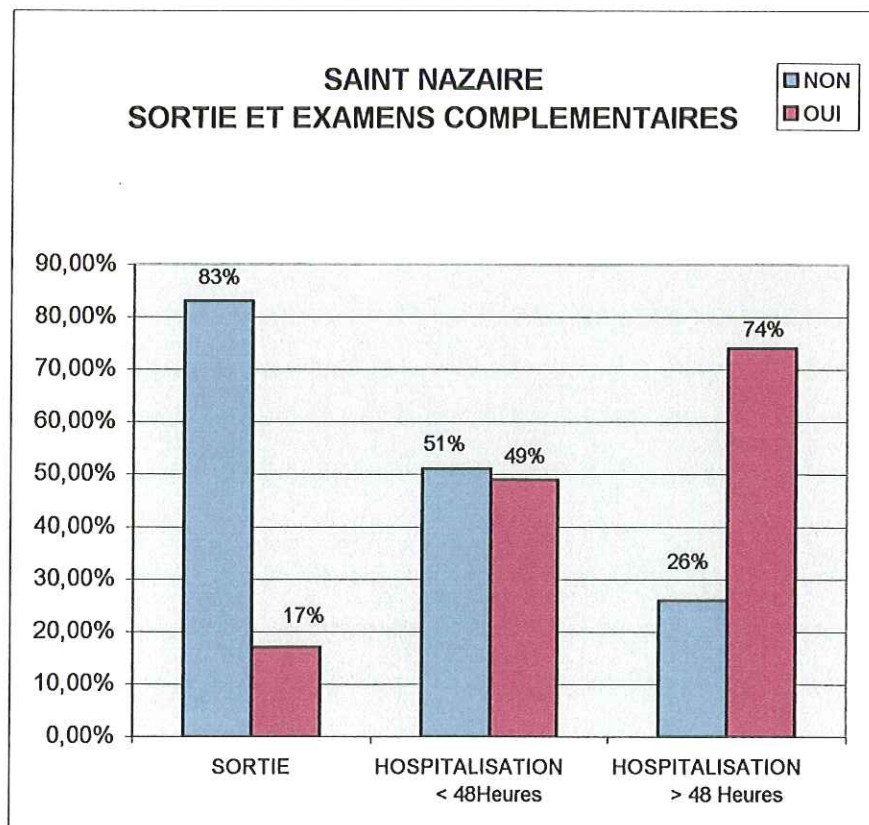
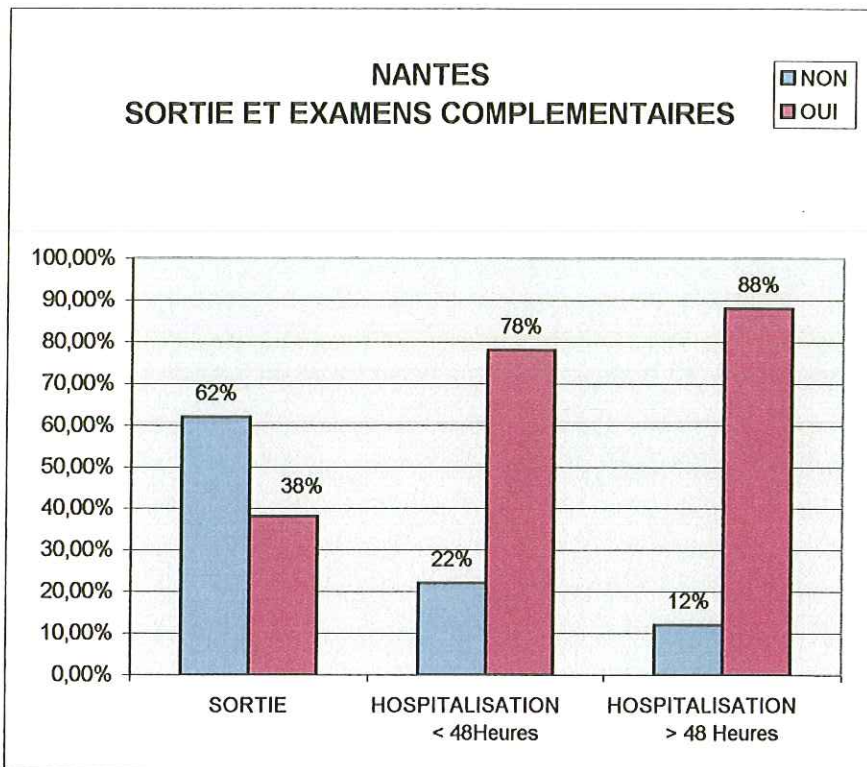
Les traumatismes domestiques, les pleurs et les affections dermatologiques lorsqu'ils sont hospitalisés ne le sont que pour moins de 48 heures (85 et 100%).

Toutes les affections relèvent en plus forte proportion d'une hospitalisation de moins de 48 heures lorsqu'une sortie n'est pas envisagée sauf à Saint-Nazaire où les nourrissons admis pour malaises sont hospitalisés pour plus de 48 heures majoritairement.



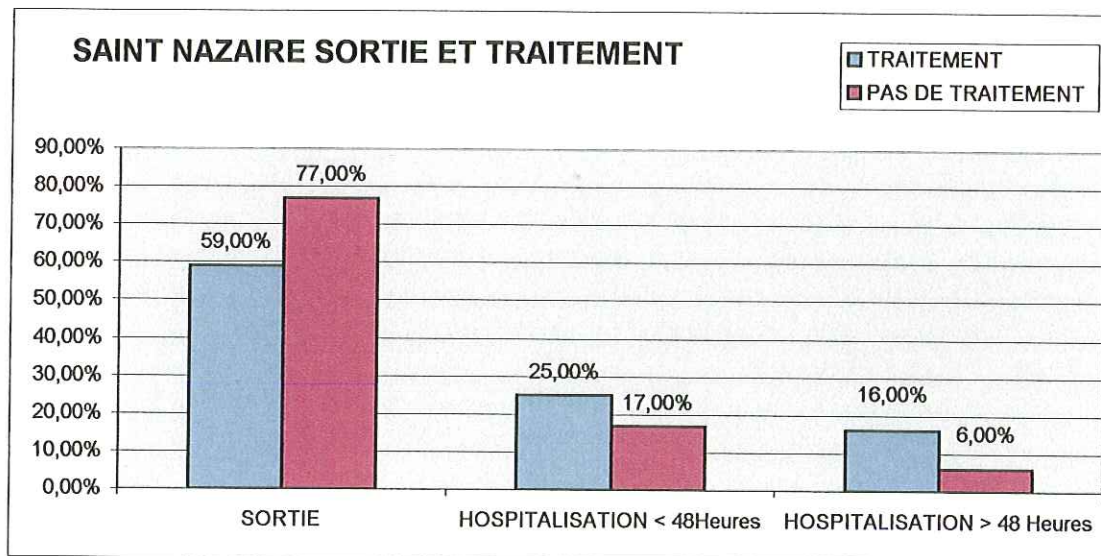
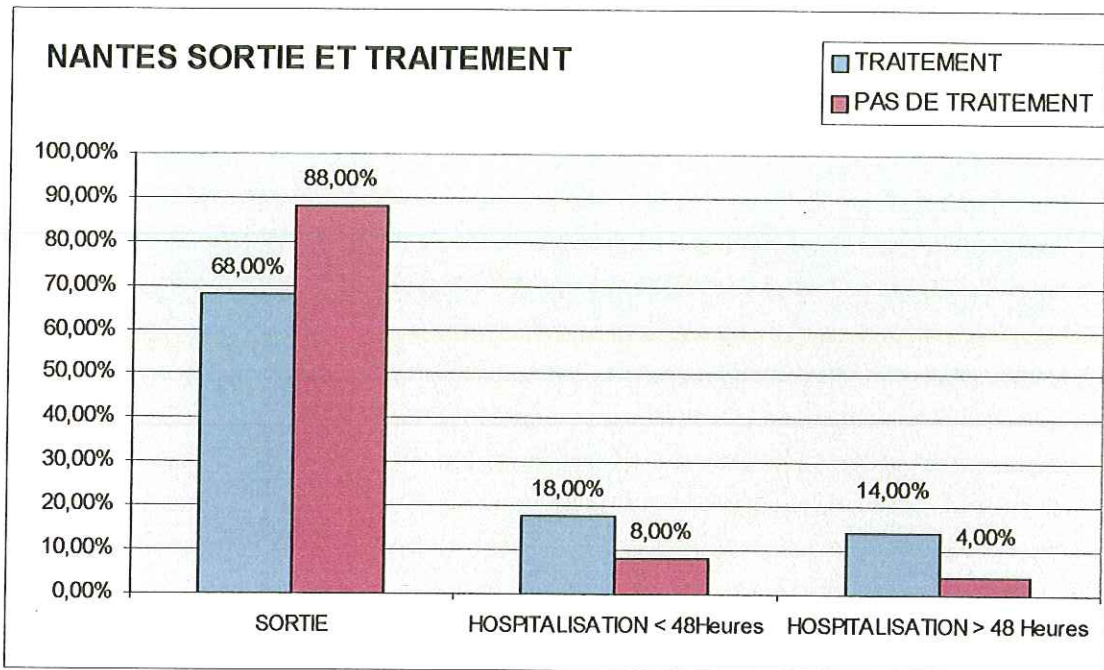
Les sorties directes sont plus nombreuses lorsque l'enfant a été adressé directement par la famille (79% contre 62%) ; ce qui signifie une nouvelle fois que le motif est moins adapté et plus bénin lorsque l'enfant n'est pas vu par un médecin au préalable. Ce phénomène est observable à Nantes comme à Saint-Nazaire.

3-91 Examens complémentaires et sortie



Les enfants sortant directement n'ont pas eu d'exams pour 67% d'entre eux et ceci est encore plus marqué à Saint-Nazaire.

3-92 Traitement et sortie



Les enfants sortant ont bénéficié de traitement dans une plus forte proportion à Nantes (54%) qu'à Saint-Nazaire (46.5%)

3-93 Diagnostic et sortie

Les traumatismes crâniens relèvent d'une sortie dans 88 % des cas .

Les malaises sont hospitalisés dans 56% des cas et pour une durée de plus de 48 heures dans 55% des cas.

Pour toutes les autres affections, la sortie directe l'emporte largement sur l'hospitalisation et lorsqu'une hospitalisation a lieu ,elle est majoritairement inférieure à 48 heures.

4-DISCUSSION

4-1 A propos de la méthodologie

4-11 Les limites de notre étude

Type de l'étude

Il s'agit d'une enquête rétrospective faite au sein de 2 services d'urgences. Les informations ont été recueillies conjointement par l'infirmière d'accueil, d'orientation et le médecin.

L'exactitude de ces informations est donc dépendante d'un facteur humain. Certaines informations pouvaient être retrouvées sur informatique par le biais du logiciel URCAL tout juste mis en service à cette époque à Saint-Nazaire mais certains critères intéressant notre étude ne s'y trouvant pas nous avons décidé de ne nous baser que sur les dossiers manuscrits.

Dans notre étude, l'enquête rétrospective ne nous a pas permis de recueillir de données socio-démographiques très poussées (nationalité, activité professionnelle et âge des parents, fratrie, mode de garde de l'enfant, suivi médical) ; or on sait que le recours aux urgences est déterminé par une multiplicité de facteurs dont la systémique familiale et le contexte socio-économique ne sont pas négligeables.

Objectif et difficultés rencontrées

Comparer nos chiffres à d'autres études n'était pas aisé, en effet on retrouve peu d'écrits portant sur les nourrissons alors qu'ils représentent quantitativement une place forte au sein des urgences par rapport à leur nombre dans la population . Une enquête de la D.R.E.E.S. cependant, concernant les usagers des urgences nous a permis d'obtenir des chiffres nationaux pour toutes les tranches de la population y compris les nourrissons de moins d'un an.

L'objectif de notre étude avait pour point de départ de répondre à cette interrogation: sommes nous confrontés aux urgences pédiatriques d'une grande ville comme Nantes à des admissions pour « simples consultations » dans des proportions supérieures à une ville de moins grande ampleur comme Saint-Nazaire ? Ce questionnement partait en effet de l'intuition qu'une grande ville pouvait générer des comportements d'utilisation des urgences moins rationnels; anonymat, hétérogénéité culturelle, paupérisation, réseaux de soins et informations médicales moins accessibles ; en d'autres termes, le comportement familial face à la maladie et la réponse extra-hospitalière au besoin de santé seraient différentes dans une grosse cité et ce aux dépens d'un usage adéquat du service des urgences par les familles.

Avant de répondre à cette hypothèse, nous avons d'abord observé le recrutement global des services par une description des caractéristiques des admissions, ce qui nous permettait de mettre en évidence indirectement les motivations et l'attitude des parents face à l'hôpital.

Pour chacune de ces caractéristiques, nous avons dégagé les différences les plus sensibles entre Nantes et Saint-Nazaire.

Il fallait d'autre part choisir un critère discriminatif pour les consultations à caractère bénin.

Le choix d'un indicateur pour ces « consultations simples » s'est porté sur le mode de sortie des nourrissons: sortie directe, hospitalisation de moins de 48 heures ou hospitalisation de plus de 48 heures. En effet, il était difficile de trouver un critère objectif de bénignité pour chaque admission.

L'enquête rétrospective ne nous fournissait pas assez d'éléments cliniques d'évaluation pour juger de la gravité de l'affection et nous exposait à des erreurs d'appréciation.

Cette classification déterminée par la décision d'une hospitalisation ou d'une sortie directe ne nous mettait pas à l'abri de biais ; en effet on sait que les critères influençant une hospitalisation ne sont pas seulement liés à l'évaluation pronostique d'une admission mais aussi à des critères extra-médicaux comme le taux d'occupation des lits, l'heure d'admission, le comportement du médecin et celui de la famille. Cette classification a eu cependant le mérite de mettre en valeur les sorties directes qui, pour la majorité d'entre elles auraient pu être traitées en extra-hospitalier. Ces passages aux urgences non suivis d'une prise en charge hospitalière sont donc utilisés ici comme un indicateur partiel du nombre des situations d'urgence de moindre gravité.

La prudence dans l'interprétation des résultats mérite que l'on souligne aussi l'absence de données sur les nourrissons qui viennent reconsulter de façon rapprochée (les « revisites ») et qui peuvent être hospitalisés dans un second temps alors que leur première visite sera considérée comme simple consultation.

4-12 Avantages de notre étude

Nous avons un grand échantillon (1559 dossiers à Nantes et 600 à Saint-Nazaire), ce qui permet à cette enquête d'être assez représentative du comportement des familles des nourrissons de moins d'un an dans 2 grands sites de Loire-Atlantique .

L'étude sur les 2 sites par comparaison a permis de faire de nouvelles hypothèses sur l'impact des urgences auprès d'une population et sur les critères influant sur le recours aux urgences: origine géographique et facilité d'accès au service, couverture sociale, réseau extra-hospitalier, mode de fonctionnement de chaque unité, ressource communautaire (nombre de lits d'hospitalisation disponibles).

4-2 Analyse des résultats

4-21 Un flux massif des nourrissons aux urgences

Le premier fait remarquable et supposé est l'importance de la population de moins d'un an que reçoit les unités d'urgences pédiatriques de Saint-Nazaire et de Nantes. Elle est respectivement de 2 et 3 fois supérieure à leur nombre dans la population. Pour Nantes, la proportion retrouvée est comparable aux chiffres nationaux (taux de passage aux urgences pour les moins d'un an de 300% en 2002)(1), celle de Saint-Nazaire est en dessous de ce chiffre national mais correspondrait à ce qui a été observé dans la région Pays de Loire, à savoir un recours au soin liée à l'urgence légère ou ressentie sensiblement plus faible que la moyenne des régions(cf. annexe 1).

4-22 Une prédominance des garçons

Les entrées de nourrissons garçons y sont légèrement plus représentées à Nantes et à Saint-Nazaire que les entrées de filles. Un sexe ratio masculin que l'on retrouve dans beaucoup d'études concernant la population pédiatrique((5) (6) et (annexe 4)).

Le sexe ratio masculin de 1,2 observé à Nantes comme à Saint-Nazaire peut être mis en parallèle avec la surmortalité masculine qui s'observe dès la naissance(1): elle est de 30% avant un an (30% de plus de décès masculins avant un an) et atteint 50% pour la mort subite du nourrisson (50% de plus de décès par mort subite pour les garçons que pour les filles)

4-23 Les moins de 3 mois très représentés

Les nourrissons de moins de 3 mois occupent une place significative, surtout à Nantes.

Leurs premiers motifs d'admission sont les troubles du transit dont les «coliques du nourrisson» et le «reflux gastro-oesophagien». Ces symptômes sont tout à fait représentatifs de cette classe d'âge et les urgences ne sont pas la structure apparaissant comme la plus adaptée pour résoudre ce type de problème. En effet, la répétition de ces symptômes dans les premiers mois de la vie, inhérents à l'immaturation du système digestif du nourrisson et à d'autres causes d'ordre plus affective nécessite une information, une écoute et une prise en charge suivies par un professionnel de santé travaillant en dehors du cadre des urgences (médecins généralistes, pédiatres, personnels médicaux et paramédicaux de la P.M.I.). Une étude suisse souligne la corrélation existant entre la durée de séjour à la maternité et le taux de consultation des nourrissons de 0 à 3 mois : plus ce séjour a été court, plus ces consultations se révèlent fréquentes.

4-24 Importance des admissions directes de proximité

Il y a une plus forte proportion de nourrissons venant de l'agglomération comparée à celle venant de la même ville que le C.H. mais plus leur lieu d'habitation est proche, plus les familles se rendent directement à l'hôpital. Cette facilité à se rendre directement au service des urgences est identique à Nantes et à Saint-Nazaire.

On peut rapprocher ce constat de la notion de «familiarité» avec l'hôpital mentionnée par l'étude de la D.R.E.E.S.; on fréquente l'hôpital parce qu'il a déjà pris en charge telle affection ou parce qu'il représente un milieu médical déjà connu par le consultant. En effet, près de 3/4 des usagers étaient déjà venus auparavant dans le même service et cette part est encore plus importante lorsque le patient est un enfant(2).

4-25 Pas de différence de comportements pour les bénéficiaires de la C.M.U.

Beaucoup d'enquêtes font part de la surreprésentation, dans les services d'urgence, des familles d'un bas niveau socio-économique, les désignant même parfois comme acteurs premiers de l'inflation des urgences. Ainsi F.LECLERC (7) mentionne que «le bas niveau de ressource semble être une cause importante en particulier chez les utilisateurs itératifs, tant en France qu'aux Etats Unis», il cite l'étude d'HALFON dans laquelle l'analyse multivariée trouvait comme facteur prédisposant :la race noire, la famille monoparentale, le bas niveau de revenu, le bas niveau d'éducation de la mère; en revanche, le type de couverture sociale n'était pas significatif.

Une autre étude réalisée à l'Hôpital Robert Debré ou 1/3 de la population est d'origine étrangère montre un lien significatif entre mode de recours et niveau socio-économique avec des admissions directes plus fréquentes dans cette population, ce qui n'est pas le cas dans notre étude(8).

Ces constats sont donc à l'évidence à nuancer d' un pays à un autre mais également d'une région à une autre, ainsi dans une enquête réalisée conjointement à Nantes et à Lille(9), on ne retrouvait pas non plus de différences dans les critères socio-économiques pour le mode d'entrée directe ou non aux urgences; Une enquête récente réalisé au C.H.U. de Poitiers(10), montre une similitude dans les motifs de consultation entre les familles sans difficulté socio-économiques et celles bénéficiaires de la C.M.U. et démontrait également que ces familles plus défavorisées n'étaient pas plus représentées aux urgences.

Dans notre enquête, il s'avère que si les bénéficiaires de la C.M.U sont plus représentés à Saint-Nazaire qu'à Nantes par rapport à la population globale, on ne remarque pas de différence dans l'usage qu'ils font des urgences(mode d'entrée, horaires et jours d'entrée, motifs d'admission).

4-26 Un mode d'entrée directe majoritaire dans les deux centres hospitaliers

Les nourrissons s'adressant directement aux urgences sont majoritaires. Ce chiffre est au-dessus de celui retrouvé par la D.R.E.E.S. qui observe que les parents des jeunes enfants viennent sans avis médical dans 58% des cas((2),(annexe 6 et 7))chiffre identique pour l'étude du C.H de Poitiers où 54% des enfants se présentent directement aux urgences(10). Notre résultat se rapproche plus de celui de la population globale qui consulte directement aux urgences dans 2/3 des cas, alors que la moitié des plus de 70 ans dit s'y être rendue sur l'avis d'un médecin(2). L'enquête de la D.R.E.E.S. révèle pourtant également que la proportion des nourrissons ayant un médecin dépasse 96%(2) .

La prédominance des venues directes aux urgences peut s'expliquer en partie par la rapidité avec laquelle les familles prennent leur décision (moins d'une demi journée pour 64% des usagers, 1/3 seulement de ces usagers auront tenté une démarche, généralement pour contacter un médecin(2))le «sentiment de gravité» est souvent évoqué (42% pour les parents des nourrissons(2)) et l'absence du médecin traitant (23% pour les parents des nourrissons et 13% pour la population générale consultant aux urgences(2)). Dans l'enquête sur l'agglomération lyonnaise(11), le recours direct des patients à une structure d'hospitalisation était motivé en premier lieu (31% des cas) par le fait qu' «on a tout sur place», «l'absence du médecin traitant» était plus particulièrement évoqué le samedi (20%), jour de fermeture des cabinets libéraux.

Toutes ces motivations dénotent une certaine inquiétude parentale à accéder à une consultation d'un pédiatre et notamment dans une structure hospitalière alors que le nourrisson a très rarement besoin d'être hospitalisé.

Contrairement à notre hypothèse de départ préjugant d'une moins grande disponibilité du réseau de soins libéraux à Nantes, nous observons des recours directs aux urgences plus importants à Saint-Nazaire.

4-27 Un taux d'admissions important la nuit et les jours fériés.

Les consultations des jours fériés et la nuit sont nombreuses, supérieures aux moyennes nationales pour la population générale(1)(consultation de nuit: 21% contre 27% à Nantes et Saint-Nazaire et consultation le week-end: 28% contre 33% dans les 2 villes étudiées). Si les motifs d'admissions semblent plus bénins à Nantes ces jours là (sorties directes plus nombreuses), ceci ne se vérifie pas à Saint-Nazaire.

4-28 Un pic de fréquentation l'après-midi.

Les pics de fréquentation sont l'après midi entre 14h et 20h; Les nourrissons se différencient ici de l'enquête nationale dans laquelle le pic de fréquentation pour les nourrissons est observée entre 19h et 22h ((1),(annexe 8)), heures à laquelle les cabinets libéraux ferment .Le recours aux urgences pour les nourrissons en Loire-Atlantique se fait donc indépendamment de ces difficultés. La consultation se fait directement (61% d'admissions directes dans la journée) en plein milieu de l'après midi ce qui laisserait supposer que les familles et notamment les mères ne sont pas en activité et accourent aux urgences directement sans consulter le médecin pourtant disponible à cette heure.

4-29 Une fréquentation soutenue tous les jours de la semaine.

On observe des pourcentages de fréquentation plus élevés le samedi, le dimanche et également le lundi à Nantes comme à Saint-Nazaire. Cependant, les taux de fréquentation en fonction des jours de la semaine apparaissent moins contrastés que pour d'autre tranche de la population comme les adolescents(6), en effet on ne trouve pas de jour de faible fréquentation ce qui tend à démontrer une nouvelle fois que les motivations de recours aux urgences ne sont pas seulement corrélées à l'offre de soins extra-hospitaliers, généralement bien représentées dans la semaine. Le nombre élevé de consultations le lundi par rapport aux autres jours de la semaine peut s'expliquer par la surcharge de travail des généralistes à la sortie du week-end.

4- 30 Un pic de fréquentation l'hiver

La forte fréquentation du mois de décembre est inhérente à l'hiver et à son cortège d'infections virales pour le nourrisson, notamment les bronchiolites et les gastro-entérites qui font déborder les consultations de médecine libérale et à fortiori les urgences.

Cependant, on est surpris des pourcentages d'occupation des lits des unités d'hospitalisation pour les mois d'octobre, novembre et décembre qui atteignent pour l'année 2003 à Nantes 104 à 117%, taux jamais encore obtenus jusqu'à présent et qui rendent compte d'un état des lieux plutôt alarmant .

4-31 Des motifs d'admission dominés par des problèmes somatiques

Les 4 motifs les plus représentés le sont dans la même proportion à Nantes et à Saint-Nazaire et sont uniquement d'ordre somatique ce qui rejoint les données nationales (85% de problèmes somatiques chez les moins de 1an)(1)

Ils diffèrent assez nettement de ceux du reste de la population puisque pour la tranche d'âge des 6 à 15 ans, ce sont les accidents qui prédominent notamment chez les adolescents. Chez l'adulte, la traumatologie reste majoritaire(53%)(1).

Les motifs le plus souvent exprimés chez le nourrisson sont la fièvre, les troubles respiratoires, les motifs non spécifiques et les troubles du transit, non loin de ceux mentionnés par les parents des nourrissons de moins d'un an dans l'étude de la D.R.E.E.S.: fièvre, vomissements ou diarrhée, « gêne », « douleur », accident ((2)(annexe 9)).

Dans notre étude, les malaises sont des motifs de consultations très faibles chez le nourrisson (2,8% à Saint-Nazaire et 3,7% à Nantes) mais pourtant plus représentés qu'à l'échelle nationale(1% chez l'enfant de moins d'un an(2)) ; le malaise est un problème caractéristique de l'adulte qui augmente avec l'âge et représente 21% pour les plus de 80 ans).

Ce terme de « malaise » renvoie pour le nourrisson à une vaste symptomatologie qui va de la régurgitation associée à un petit malaise à la vraie crise comitiale ou au malaise cardiaque ; ce qui laisse supposé, étant donné la rareté des malaises liés à des pathologies organiques chez les nourrissons que les malaises bénins sont plus représentés à Nantes, constat qui met de nouveau en lumière l'anxiété parentale et le déficit d'information médicale des familles.

On notera une proportion plus grande de traumatismes domestiques à Saint-Nazaire à l'origine de recours directs aux urgences Ces traumatismes sont essentiellement représentés par les traumatismes crâniens pour lesquels les nourrissons ressortent directement dans 90% des cas ; ce qui laisse entendre le caractère encore une fois bénin de l'admission.

4-32 Un simple traitement oral pour la majorité des admissions

Une majorité de nourrissons (58,5%) a bénéficié d'un traitement dont 86% d'un traitement oral. Leur signification par rapport au degré de l'affection est faible: En effet, un malaise grave peut nécessiter une surveillance cardiorespiratoire sans mise en route d'aucun traitement. La plupart de ces traitements sont des antalgiques, des antipyrétiques et des antibiotiques dont la prescription aurait pu être faite en ville. La fréquence des actes thérapeutiques lourds comme la mise en place d'une perfusion ou d'un traitement intraveineux est rare(8%).

Nous n'avons pas croisé les types de traitement avec les motifs d'admission.

Il aurait sans doute été intéressant de voir la correspondance des traitements lourds comme les perfusions intraveineuses avec des pathologies comme les gastro-entérites puisque l'on sait que cette affection est l'une des plus génératrices d'hospitalisation longue surtout quand une réhydratation intraveineuse a été mise en route. L'étude de MARTINOT (12) sur les modalités de réhydratation des diarrhées aiguës du nourrisson à l'hôpital montre, dans ce cadre, le bénéfice apporté par les unités d'hospitalisation de courte durée qui permettent de débiter la réhydratation orale précocement et dans des meilleures conditions avec la possibilité d'une information éducative auprès des parents au cours de la réhydratation, qui sera le garant d'une meilleure compréhension et peut être d'une approche plus posée du prochain épisode de diarrhée chez leur enfant.

4-33 Peu d'examens complémentaires

Ils sont réalisés dans moins de la moitié des cas (44%). Cette proportion rejoint celle retrouvée au niveau national(40%) et est significativement plus faible que pour le reste de la population (66%): dans notre étude: 42% font l'objet d'une radio, 47% d'un examen biologique et 4% d'un enregistrement électrique contre 19%(ECG) dans la population générale(1).

L'enquête de la D.R.E.E.S. retrouve une proportion de nourrissons ayant bénéficié d'un examen radiologique beaucoup plus faible(20%) que dans notre enquête(2 fois plus)(1).

Les patients adressés par un médecin ont plus souvent des examens complémentaires ce qui souligne le caractère plus adaptée de la consultation.

Les patients sortant directement n'ont pas d'examen complémentaire dans une très large majorité à Nantes (67%) et à Saint-Nazaire (83%) . Que dire alors de cette motivation souvent avancée par les parents pour justifier leur recours à la structure de soins hospitalière : « avoir tout sur place »(11) ?

4-34 Un diagnostic dominant: la pathologie infectieuse

Les épidémies de bronchiolite, de gastroenterite, les rhinopharyngites, les otites et leur cortège de symptômes réalisent au final les causes les plus importantes de consultation aux urgences.

4-35 Des sorties directes majoritaires

Tous services confondus, le taux de sorties directes est de 72%,ce qui est très élevé. Le taux d'hospitalisation de 28% dans notre enquête est supérieure au taux national qui tourne autour de 20% (annexe 5).

On note un plus grand nombre de sorties directes au service d'U.P de Nantes qu' à Saint-Nazaire et donc un plus fort taux d'hospitalisation à Saint-Nazaire mais la durée de ces hospitalisations est majoritairement inférieure à 48 heures .

Il y a plus d'hospitalisation de plus de 48 heures à Nantes.

Ainsi même si les recours des nourrissons aux urgences de Nantes semblaient plus justifiés ,les admissions ont donnés plus souvent lieu à des sorties directes qu'à Saint-Nazaire . Cependant lorsque l'on décide d'hospitaliser à Saint-Nazaire, c'est pour une durée de moins de 48 heures .

Ces différences dans les pourcentage de sorties directes et d'hospitalisation dans ces 2 villes nous incitent donc à prolonger notre réflexion sur les causes possibles de ces variations .

Ainsi, si l'admission d'un enfant à l'hôpital est la dernière étape d'un processus qui inclut l'évolution d'un état de santé et la rencontre du patient avec un système de soins, il faut rappeler, ainsi que le fait PERRIN(JM)(13) que chacune de ces étapes peut être influencée par plusieurs facteurs: facteurs socioéconomiques, organisation des services de soins hospitaliers et extra-hospitaliers, disponibilité des lits (enquête à BOSTON et ROCHESTER).

Cette étude montre par exemple que les enfants de milieux socio-économiques défavorisés sont plus fréquemment hospitalisés et pour des durées de séjour plus longues, souvent parce qu'ils ont plus de difficultés à accéder au soins primaires ou parce qu'ils laisseront évoluer une affection plus tardivement . Notre enquête apporte sur ce point trop peu de renseignements sur le milieu socioéconomiques des familles ;en effet nous n'avons que la couverture sociale et à Nantes ,on note justement des sorties directes plus importantes chez ce groupe bénéficiant de la C.M.U,et s'ils sont hospitalisés, la durée d'hospitalisation n'est pas plus importante que celle du reste de la population.

Cette étude soulève également la question des différences d'offre de soins extra-hospitalières pouvant influencer les admissions à l'hôpital et notamment ,elle souligne l'exemple de ROCHESTER qui a une forte tradition de soins primaires par rapport à Boston, ce qui pourrait peut être expliquer en partie les variations dans les taux d'hospitalisations retrouvées dans les 2 villes(13).

Nantes et Saint-Nazaire paraissent à ce niveau être assez proches dans leurs prestations de soins extra-hospitalier, du moins quantitativement :médecins, personnel paramédical (kinésithérapie respiratoire), P.M.I., centre de radiologie et de biologie ne manquent pas dans l'une ou l'autre des villes ; cependant, la qualité de ces prestations est bien sûr difficile à comparer ,de même que l'information de la population sur cette offre.

Le dernier critère difficilement appréciable est celui du comportement des médecins hospitaliers devant la décision d'une hospitalisation .

Si nous supposons que ce comportement est à peu près similaire dans des centres comme celui de Nantes ou de Saint-Nazaire où les indications d'hospitalisations sont à peu près toutes protocolisées, il est difficile de ne pas tenir compte d'autres facteurs comme celui de l'occupation des lits.

En effet Saint-Nazaire jouit d'une position plus favorable que Nantes sur le plan de la disponibilité des lits et cette variable semble influencer de manière non négligeable dans la décision d'hospitalisation .

Dans 2 services qui ne disposent pas d'une unité d'hospitalisation de courte durée, la décision d'hospitalisation est plus difficile à prendre lorsque les lits d'hospitalisation traditionnelle sont pleins, aussi l'intérêt de ces U.H.C.D.(14) est majeur dans les situations critiques ou l'on souhaiterait pouvoir surveiller l'enfant quelques heures de plus ,à un moindre coût que pour une hospitalisation traditionnelle.

Nantes se trouve dans cette situation de devoir renvoyer plus facilement au domicile ou de garder en hospitalisation traditionnelle des nourrissons relevant d'une U.H.C.D.

Saint-Nazaire, quant à elle, peut se permettre de satisfaire à la nécessité d'une surveillance par des hospitalisations courtes.

Ainsi le mode de sortie ,qui servait de base dans notre étude pour classer nos motifs graves et bénins se révèle être une mesure beaucoup moins objective et influencée par une multitude de facteurs non liés à l'affection : facilité des parents à s'adresser au service, taux d'occupation des lits, comportement des médecins, offre de soins extra-hospitalière.

Aussi n'est il pas aisé d'affirmer que Nantes reçoit beaucoup plus de consultations à caractère bénin.

4-4 Bilan

A travers cette enquête ,se dessine un portrait des nourrissons qui correspond à celui décrit au niveau national :ce sont des consommateurs de consultation non programmées (à l'hôpital mais également en extra-hospitalier par une demande en visites à domicile importante=30%((3) ,(annexe 3)). Ils sont amenés par leur parents l'après midi et en soirée et ce, pour des problèmes somatiques le plus souvent bénins qui font appel à des examens complémentaires dans 44% des cas seulement, puis ils repartent à domicile. Les parents, confrontés à la survenue d'un problème inopiné chez leur bébé semblent utiliser les services d'urgence comme une porte d'accès à une consultation médicale de pédiatrie.

CONCLUSION

Notre étude permet de faire un état des lieux sur une population des urgences négligée par la littérature médicale et pourtant massivement représentée aux urgences : les nourrissons .

L'étude de leurs fréquentations des urgences et de leurs modes de recours aux soins montre que les nourrissons consultent très fréquemment les services de soins non programmés hospitaliers. Il y ont recours dans des proportions deux fois voire trois fois plus élevées que leur nombre dans la population générale. Il sont amenés le plus souvent par la famille pour des problèmes somatiques bénins ne nécessitant pas d'examens ni de traitement dans la plupart des cas et il ressortiront directement dans 71% des cas .

La comparaison des deux villes de Nantes et de Saint-Nazaire a permis de souligner les difficultés qu'il existe à déterminer les facteurs de cet afflux massif.

L'étude spécifique du nourrisson nous a amenés à réfléchir sur les moyens visant à limiter leur flux hospitalier.

Ces moyens relèvent aussi bien du système hospitalier que du système extra-hospitalier.

Dans un premier temps, il paraît indispensable de développer deux types de structures. L'une en aval des urgences qui serait une unité d'hospitalisation de courte durée, afin d'accélérer les temps de diagnostics, de réduire la durée des hospitalisations ,et donc de limiter les coûts hospitaliers. En effet, ces dispositifs hospitaliers sont encore trop faibles à l'échelle nationale, malgré les directives ministérielles et manquent cruellement à des centres comme Nantes dont le taux d'occupation des lits et l'afflux aux urgences très fort est source de réelles difficultés en terme de décision du mode de sortie, surtout quand les situations sont jugées «border line» (nécessitant une surveillance mais de quelques heures seulement).

L'autre structure envisageable en amont des urgences est un centre d'accueil et de permanence des soins(CAPS), à l'entrée des urgences, organisée par des médecins libéraux et qui permettrait l'extension des horaires des consultations sans rendez-vous en soirée et le week-end.

Dans un deuxième temps et d'un point de vue qualitatif il faudrait absolument pouvoir améliorer l'information des familles sur les relais possibles pendant les horaires de fermeture des cabinets de médecine ambulatoire (médecins généraliste, SOS médecins, pédiatres).

Par ailleurs, les médecins généralistes, les pédiatres et le personnel des P.M.I. paraissent être des acteurs les mieux placés pour dispenser de façon régulière, répétée et adaptée, une éducation sanitaire sur la conduite à tenir face à une fièvre, un traumatisme crânien.

Cet objectif paraît indispensable tant il reste un vide dans ce domaine, comblé seulement par quelques revues de santé tous publics..

Enfin un effort doit se porter spécifiquement sur les modalités du séjour à la maternité qui est une occasion privilégiée pour les mères de mieux comprendre leur enfant (pleurs, colique, sommeil, problème de peau du nourrisson) afin d'éviter d'augmenter le sentiment de gravité face à une pathologie bénigne rencontrée ultérieurement.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1: BAUBEAU(D),CARRASCO(V):

Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale.

D.R.E.E.S, 2003, N°212

2: BAUBEAU(D), CARRASCO(V):

Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.

D.R.E.E.S, 2003, N°215.

3: BAUBEAU(D), DEVILLE(A), JOUBERT(M), FIVAZ(C), GIRARD(I), LE LAIDIER(S):

Les passages aux urgences de 1990 à 1998: Une demande croissante de soins non programmés.

D.R.E.E.S, 2003, N°72.

4: SAVARY(F), ROGER(MA), QUERE(J), GILLET(F), BUTEAU(L), SCHERPEREEL(F):

Les médecins généralistes sont-ils assez nombreux dans la région? et en Loire Atlantique? Document réalisé par l'Union Régionale des caisses d'Assurance Maladie Des Pays de la Loire et la Caisse d'assurance Maladie de la Loire Atlantique. 2002.

5: VIEL(AC):

Caractéristiques des admissions de l'unité d'urgences pédiatriques du C.H.U de Nantes en 1991.

Thèse 1992.

6: LE BERRE (S)

Etude sur le passage des adolescents (11-19 ans) au service d'accueil et d'urgences du centre hospitalier général de Saint Nazaire.

Thèse 2001.

7: LECLERC(F), MARTINOT(A), SADIK(A), HUE(V), DORKENOO(A):

L'inflation des urgences pédiatriques.

Arch;Pediatri., 1999, 6, suppl.2, 454-456

8: LOMBRAIL(P), ALFARO(C), VITOUX-BROT(C), BRODIN(M), BOURILLON(A), BEAUFILS(F):

Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique.

Arch.Fr.Pediatri., 1993, P313-317.

9: 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.Pediatri., 1999, 6 suppl.2, p461-463

10: BERTHIER(M), MARTIN-ROBIN

Etudes des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants

Archives de pédiatrie, 2003, 10, suppl. 1, p61s-63s.

- 11: STAGNARA(J), VERMONT(J), DUQUESNE(A), ATAYI(D), DE CHABANOLLE(f), BELLON(G):
Urgences pédiatriques et consultations non programmées-enquete auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération Lyonnaise.
Archives de Pédiatrie,2004, 11, p108-114.
- 12: MARTINOT(A), HUE(V), EGO(A), DUMONCEAUX(A), GRANDBASTIEN(B), GUILLOIS(B),LECLERC(F), et le réseau interhospitalier d'évaluation des pratiques médicales dans les affections courantes de l'enfant:
Modalités de réhydratation des diarrhées aiguës du nourrisson à l'hôpital.Impact de la présence permanente d'un pédiatre et d'une structure d'hospitalisation de courte durée.
Archives de pédiatrie, 2001, 8, p1062-1070
- 13: PERRIN(JM), HOMER(CJ), BERWICK(DM), WOOLF(AD), FREEMAN(JL), WENNEBERG(JE):
Variations in rates of hospitalization of children in three urban communities.
The New England Journal of Medicine, 1989, vol 320, N°18, p1183-1187.
- 14: MARTINEAU(O), MARTINOT(A), HUE(V), CHARTIER(A), DORKENOO(A), GUIMBER(D):
Utilité d'une unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques.
Archives de Pédiatrie,2003, 10, p410-416.
- 15: BROWNE(GJ), PENNA(A):
Short stay facilities:the future of efficient paediatric emergency services.
Archives of Disease in Childhood, 1996, 74, p309-313.
- 16: STAGNARA(J),CHATELAIN(P),DAVID(T), FLORET(D), DUQUESNE (A), DURR(F):
Projet de réseau de soins de l'accueil des urgences médicochirurgicales pédiatriques de la communauté urbaine de Lyon.
Archives de Pédiatrie, 1999, 6 suppl.2, p482-484.
- 17: OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE:
La santé des enfants de moins d'un an, Pays de la Loire.
O.R.S Pays de La Loire. www.sante-pays-de-la-loire.com, mise à jour fev.2003.
- 18: POWELL(E), HAMPERS(L):
Physician variation in test ordering in the management of gastroenteritis in children.
Arch.Pediatr.Adolesc.Med, 2003, vol 157,p978-983.
- 19: DAVID(T), RABENDA(I), NAVEL(M), STAGNARA(J):
La participation de la pédiatrie libérale à la prise en charge des urgences en France.
Arch;Pediatr., 1999, 6 suppl.2, p467-468.
- 20: DI MARCO(JN), LAUDE(JF), CASTANIER(L), RIMET(Y), POUJOL(A), KIEGEL(P), BRUSQUET(Y):
Urgences médicales pédiatriques:classification clinique en stade de gravité,répartition entre jours fériés et jours ouvrables.La Presse Médicale, 1999, 28, N°33.
- 21: MOREL(MF):
Le tout petit, sa mère et le médecin:la médicalisation de la petite enfance(18ème-20ème siècles)
Arch.Pediatr., 1999, 6 suppl.2, p444-447.

22: CRESSON(G):

Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant. Arch.Pediatr., 6, 1999 suppl.2, p448-450.

23: BERTOLOTTO(F):

Prendre en compte les besoins de santé de l'enfant en situation d'urgence: les ouvertures de l'approche locale.

Arch.Pediatr., 1999, 6, suppl.2, p451-453.

24: LACROIX(J), ARSENEAULT(M):

L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte Justine.

Arch.Pediatr., 1999, 6, suppl.2, 457-458.

25: JEANDIDIER(B), DOLLON(C), LABORDE(H), PARIES(J), GAUDELUS(J):

Le faux débat des fausses urgences.

Arch.Pediatr., 1999, 6, suppl.2, 461-466.

26: VITOUT-BROT(C), LOMBRAIL(P), HOLVOET-VERMAUT(L),

POURTEAU(LH), BOURILLON(A):

Analyse des modes de recours aux soins et de la qualité de prise en charge des enfants consultant pour asthme aux urgences pédiatriques.

Arch.Pediatr., 1999, 6, suppl.2, p477-479.

27: CONNETT(GJ), WARDE(C), WOOLER(E), LENNEY(W):

Audit strategies to reduce hospital admissions for acute asthma.

Archives of Diseases in Childhood, 1993, 69, p202-205.

28: BUI(F), SAINT-MARTIN(J):

Les urgences pédiatriques dans le schéma régional d'organisation Aquitaine?

Arch.Pediatr., 1999, 6, suppl.2, 480-481.

29: MALLET(EC), MARIETTE(JB), MASSON(D), RAUDRANT-

SIGOGNE(E), RANDRIANALY(E), PYRALY(S), BOUMANHI(B), EDMAR(A):

A propos d'une étude de l'activité de la structure d'accueil pédiatrique du centre hospitalier Sud Réunion.

Ann.Pediatr.(Paris), 1999, 46, N°7, p498-504.

30: BERTHIER(M), TROLLER(S), GAMBERT(C), ORIOT(D):

Pourquoi les consultations pédiatriques augmentent-elles dans les structures de soins pour exclus?

Arch.Pediatr., 1998, 5, 793-798.

31: SAINT_MARTIN(J):

Faut-il continuer à accueillir des enfants à l'hôpital général?

Arch.Pediatr., 1998, 5, suppl.2, 212-217.

32: DEVICTOR(D), COSQUER(M), SAINT-MARTIN(J):

L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales "un jour donné".

Arch.Pediatr., 1997, 4, p21-26.

33: CHANDE(VT), KRUG(SE), WARM(EF):

Pediatric emergency department utilization habits:A consumer survey.

Pediatric emergency Care, 1996, 12, N°1,p27-30.

34: KINI(N),STRAIT(R):

Nonurgent use of the pediatric emergency department during the day.

Pediatric Emergency Care, 1998,14, N°1,p19-21.

35: SELB(JV), FIREMANN(BH),SWAIN(BE)

Effect of a copayment on the use of the emergency department in a health maintenance organization.

N.England J.Med., 1996, vol334,p635-641

ABBREVIATIONS

C.H : Centre Hospitalier.

C.H.G :Centre Hospitalier Général.

C.M.U :Couverture médicale universelle.

D.R.E.E.S :Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique.

E.C.G :électrocardiogramme.

E.E.G :électroencéphalogramme.

I.N.S.E.E :Institut national de la statistique et des études économiques.

O.R.S :Observatoire Régionale de la Santé.

P.M.I :Protection maternelle et infantile.

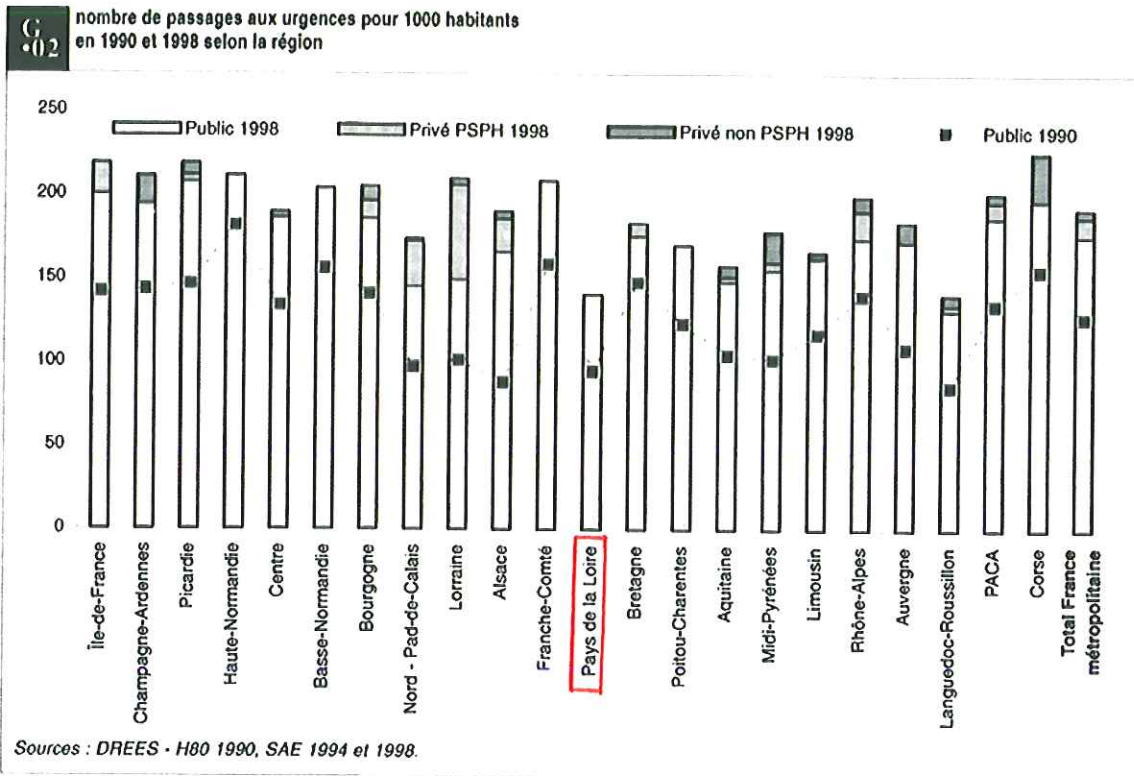
T.C :Traumatisme crânien.

U.P :Urgences pédiatriques.

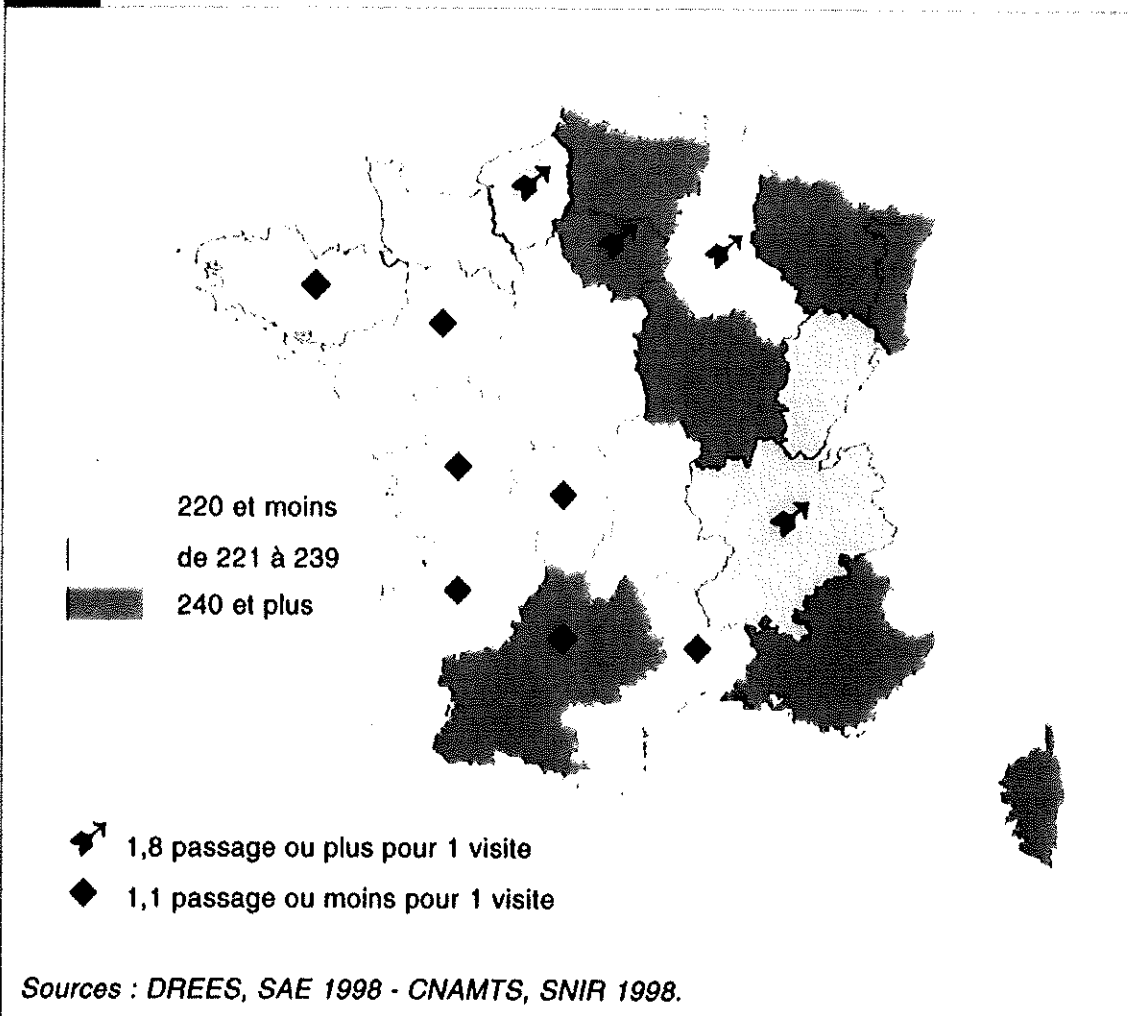
U.R.C.A.M :Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

ANNEXES

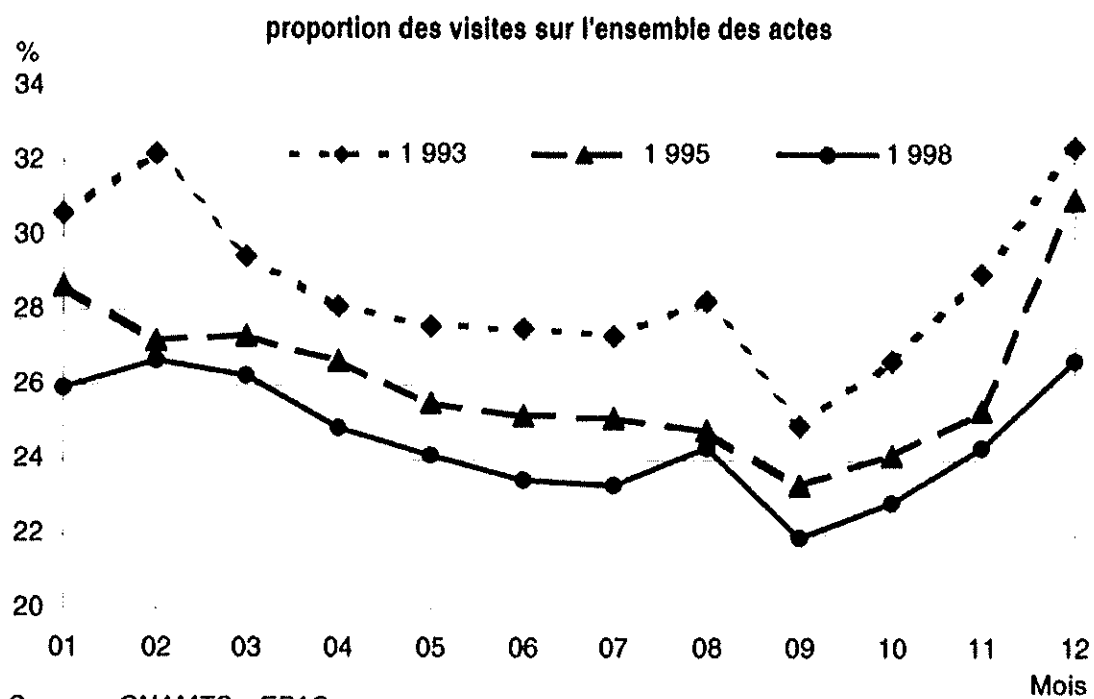
ANNEXE 1



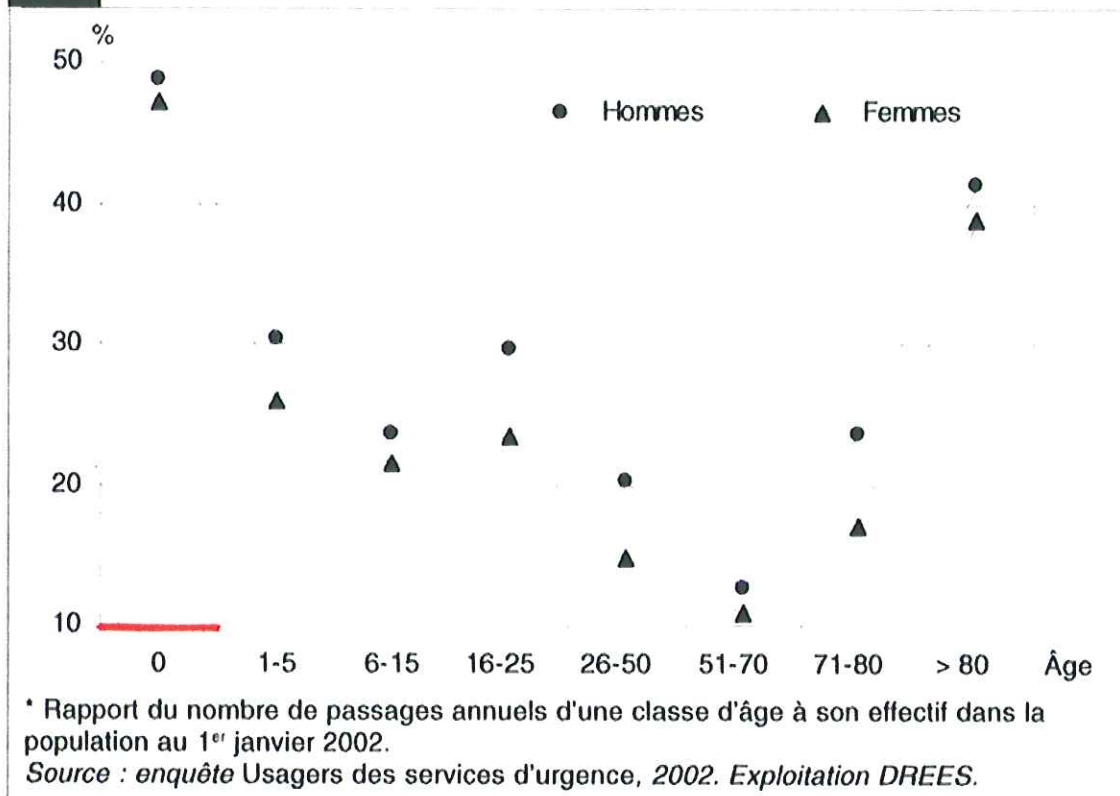
C.01 nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et de visites avec majoration (nuit dimanche) pour 1 000 habitants - année 1998



visites à domicile des omnipraticiens libéraux

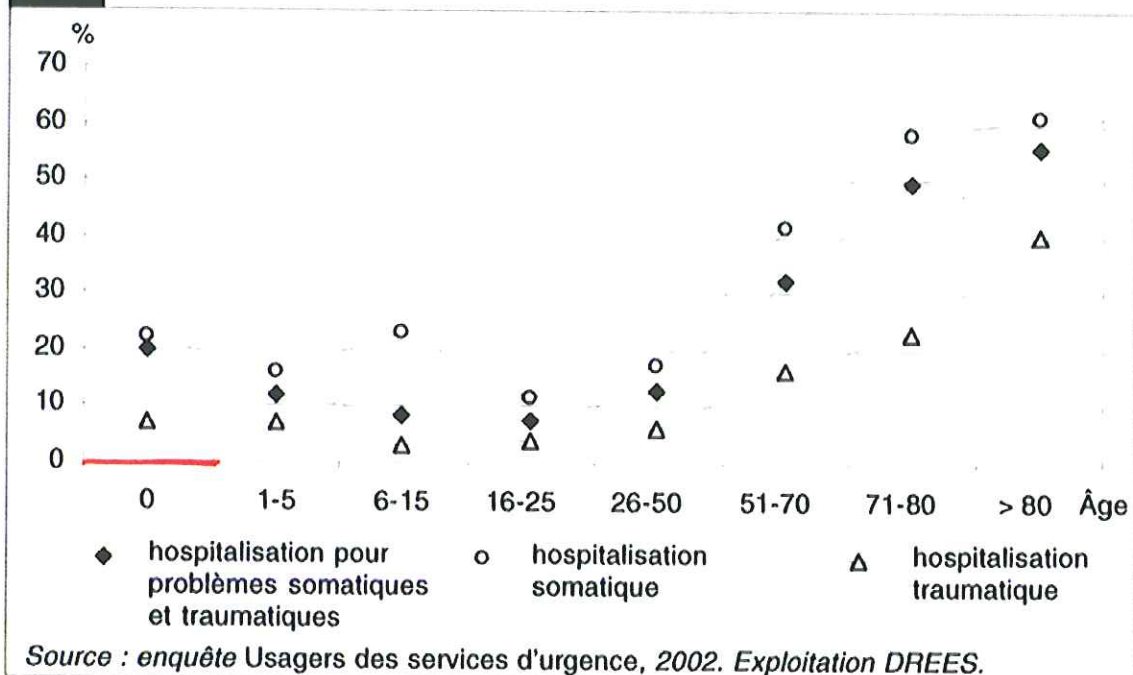


G.01 taux de recours aux urgences*
selon l'âge et le sexe



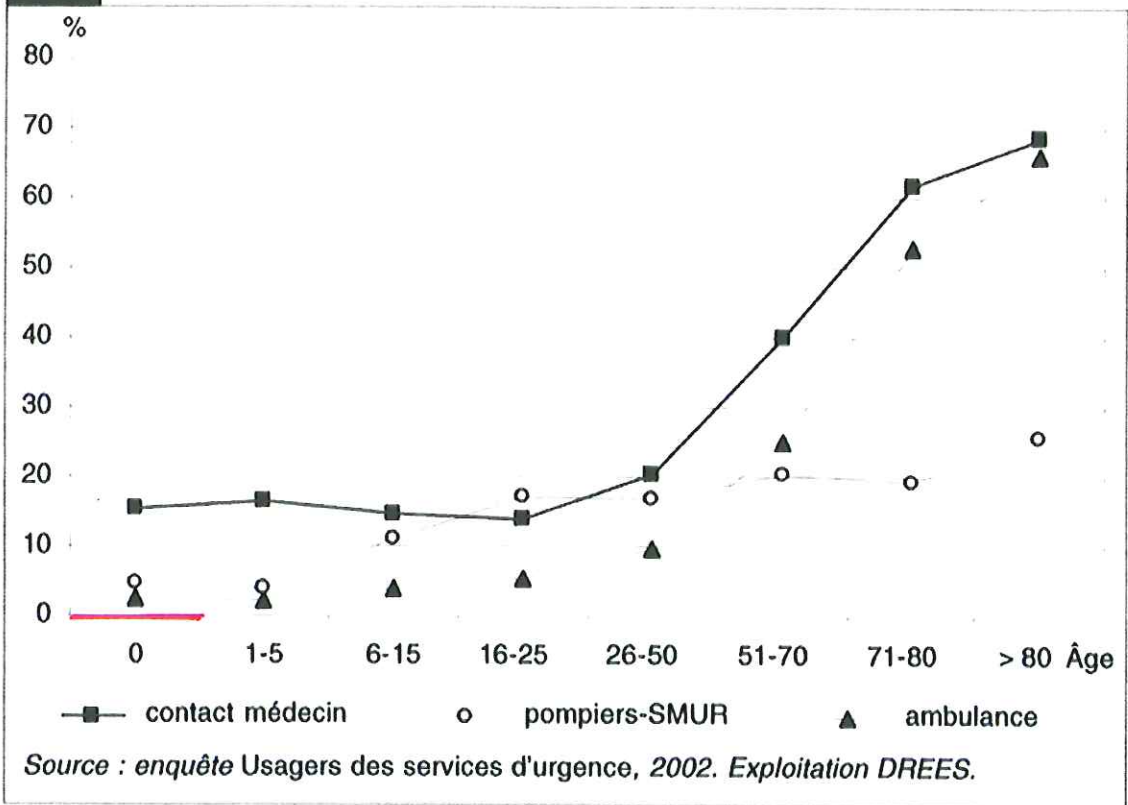
G
•05

taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences
selon l'âge et le motif



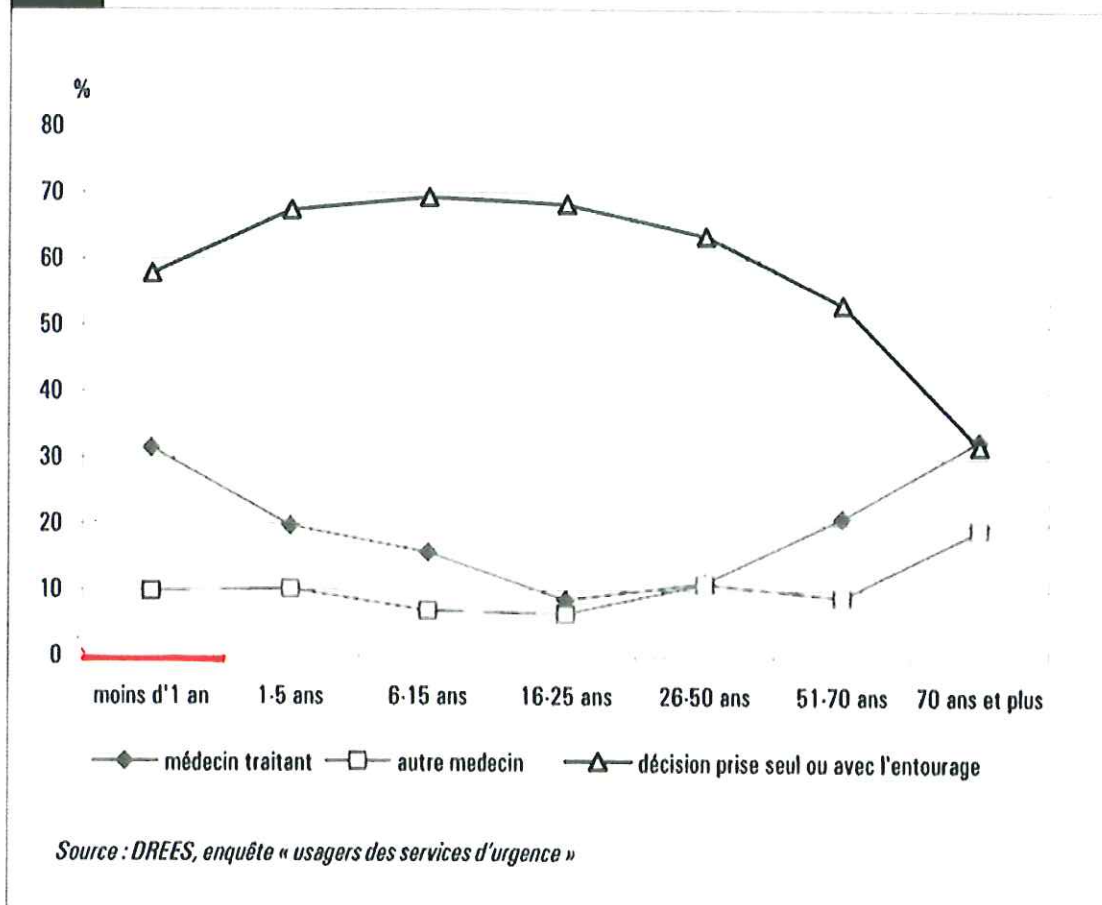
G
03

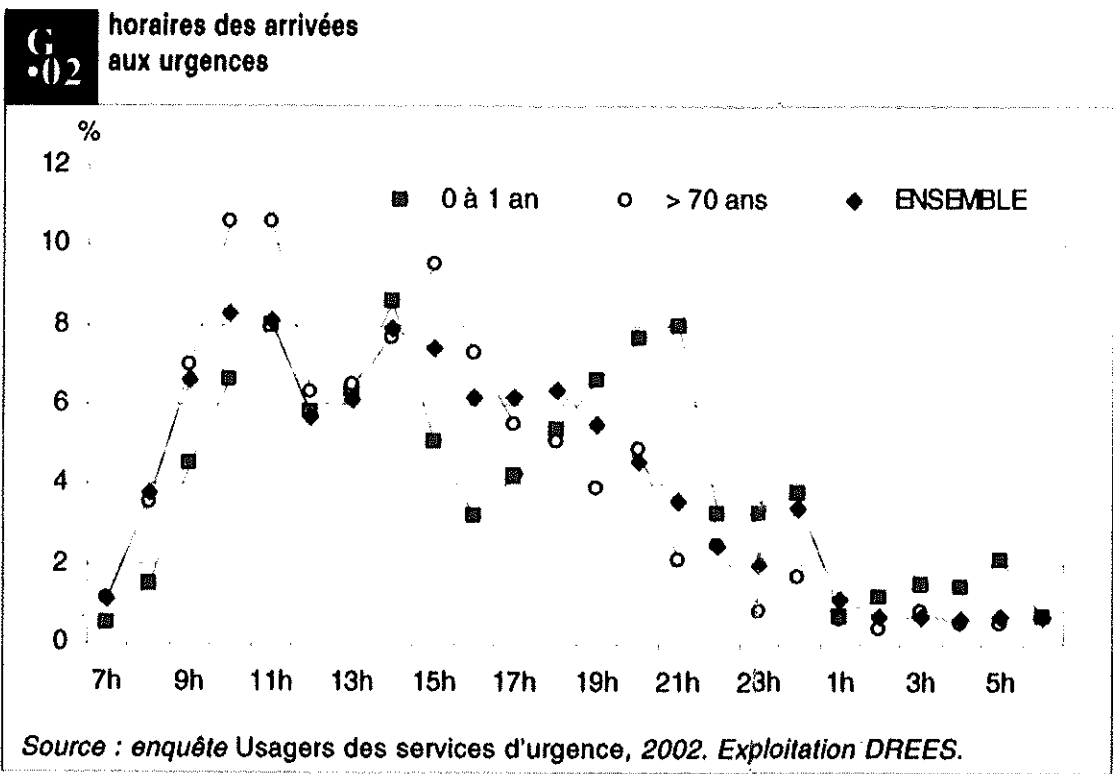
absence de contact préalable avec un médecin et modes d'arrivée des patients aux urgences, selon l'âge



G
•03

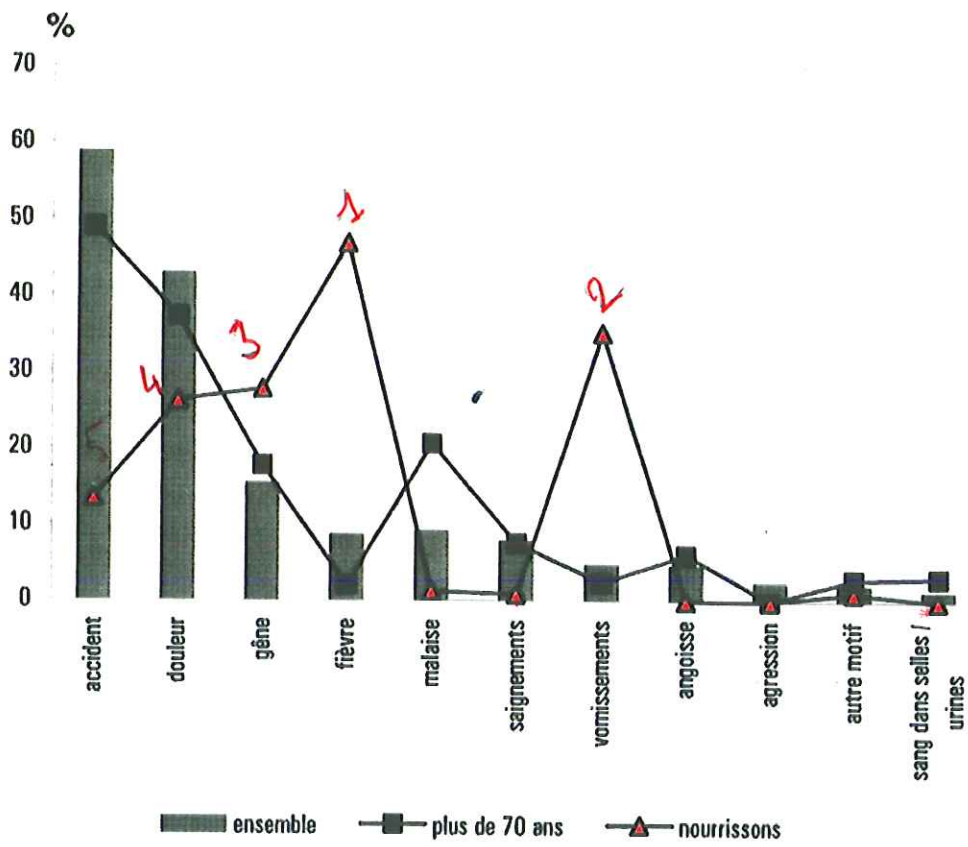
« qui vous a conseillé d'aller aux urgences? »





G
•02

hiérarchie des problèmes ayant entraîné la venue aux urgences selon les usagers



Source : DREES, enquête « usagers des services d'urgence »

ANNEXE 10

MOTIFS DESIGNES DANS LES TABLEAUX STATISTIQUES	MOTIFS RECUEILLIS DANS LES DOSSIERS ARCHIVES
FIEVRE	FIEVRE
TROUBLES RESPIRATOIRES	DYSPNEE, GENE RESPIRATOIRE, RHINORRHEE
TROUBLES DU TRANSIT	VOMISSEMENT, DIARRHEE, REGURGITATION, COLIQUES,PB NUTRITIONNEL
ACCIDENT DOMESTIQUE	CHUTE, TAUMATISME CRANIEN, INTOXICATION ACCIDENTELLE
INFECTION URINAIRE	SUSPICION INFECTION URINAIRE
PLEURS	PLEURS
PATHOLOGIE DE LA PEAU	ECZEMA, ACNE
MALAISE ET CONVULSION	MALAISE, CONVULSIONS FEBRILES, CRISE COMITALE
AUTRE	INQUIETUDE PARENTALE, AFFECTION DE L'ŒIL, ATTEINTE ORGANES GENITAUX EXTERNES, HERNIE INGUINALE, PLAIE ET BRULURES, PROBLEME SOCIAL, MORSURE, PIQURE, A.V.P

DIAGNOSTICS DESIGNES DANS LES TABLEAUX STATISTIQUES	DIAGNOSTICS RECUEILLIS DANS LES DOSSIERS ARCHIVES
PATHOLOGIE INFECTIEUSE	VIROSE,INFECTIONS BACTERIENNES (otites,angines,rhinopharyngites,infections de la peau, gastroenterites, bronchiolites...)
PATHOLOGIE TRAUMATIQUE	TRAUMATISME CRANIEN,PRONATION DOULOUREUSE,CONTUSION, ,PLAIE,BRULURE,FRACTURE
PATHOLOGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	ASTHME,MALADIE ALLERGIQUE
PATHOLOGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF	R.G.O,COLIQUES DU NOURRISSONS
PATHOLOGIE CHIRURGICALE DIGESTIVE	HERNIE INGUINALE,STENOSE DU PYLORE, INVAGINATION INTESTINALE AIGUE,VOLVULUS,OCCLUSION INTESTINALE
MALAISE	COMITIALITE,MALAISE NON ETIQUETTE OU EN LIEN AVEC PATHOLOGIE ORGANIQUE
AUTRE	ABSCENCE DE DIAGNOSTIC,TROUBLE DE CROISSANCE, POUSSEE DENTAIRE, REGURGITATIONS SIMPLES,DIFFICULTES D'APPORT, PROBLEMES LIES A L'ALLAITEMENT, REACTION VACCINALE, HEBERGEMENT POUR PROBLEME SOCIAL ,MALADIES CHRONIQUES.

NOM : BILLAUD

PRENOM : PASCALE

TITRE DE THESE :

CARACTERISTIQUES DES ADMISSIONS DES NOURRISSONS DE 1 MOIS A 1 AN
DANS LES UNITES D'URGENCE PEDIATRIQUE DU C.H.U DE NANTES ET DU
C.H.G DE SAINT NAZAIRE DE JUILLET A DECEMBRE 2001.

RESUME :

L'objectif de cette enquête était d'étudier et de comparer les caractéristiques des recours aux urgences des nourrissons de 1 mois à 1 an dans les unités d'urgences pédiatriques d'un C.H.U et d'un C.H.G sur le dernier semestre de l'année 2001.

Les résultats montrent des similitudes flagrantes entre les 2 centres hospitaliers ainsi qu'avec les chiffres d'une enquête nationale.

On retiendra que les nourrissons et notamment ceux âgés de moins de 3 mois ont recours très fréquemment aux urgences, qu'ils sont majoritairement adressés par leur famille, qu'ils consultent pour des motifs aboutissant la plupart du temps à des sorties directes .

Ces nombreuses consultations « simples » génèrent un coût économique et peuvent aussi influencer sur la qualité de la prise en charge des « vraies urgences » ; c'est pourquoi il est utile d'envisager, au regard de ce dysfonctionnement entre l'offre et la demande de soins, des solutions concrètes comme la mise en place de structures d'hospitalisations de courte durée ou des centres d'accueil de proximité. Il est en outre nécessaire, dans ce même but, d'obtenir une revalorisation de l'éducation auprès des familles au sein des consultations de médecine générale et lors des séjours en maternité.

MOTS-CLES :

Consultations non programmées
Education sanitaire
Enquête rétrospective
Nourrissons
Premier âge
Soins ambulatoires
Protection Maternelle et infantile
S.O.S médecins
Urgence pédiatrique
Unité d'hospitalisation de courte durée
Puériculture