

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 025

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de médecine générale)

par

Marlène HASLE

Née le 19 octobre 1982 à DINAN (22)

Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 2013

**PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE EN
PEDIATRIE EN SOINS PRIMAIRES ET IMPACT
SUR L'HOSPITALISATION**

Président : Monsieur le Professeur G. POTEL
Directeur de thèse : Docteur L. HUCHET

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	3
2	DYSPNEE : DEFINITION ET ETIOLOGIES EN PEDIATRIE	4
2.1	DEFINITION	4
2.2	ETIOLOGIES.....	5
2.2.1	ATTEINTE DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES	6
2.2.2	ATTEINTE DES VOIES AERIENNES INFERIEURES.....	7
3	OFFRE DE SOINS EN LOIRE ATLANTIQUE	11
3.1	ETAT DES LIEUX	11
3.2	PARCOURS DE SOINS.....	12
4	MATERIEL ET METHODES	14
4.1	Méthode.....	14
4.2	Analyse statistique.....	16
5	RESULTATS.....	17
5.1	Généralités	17
5.2	Types de patients.....	18
5.3	Diagnostics	19
5.4	Analyse des données en cas de maintien à domicile	21
5.5	Analyse des données en cas d'hospitalisation	24
5.6	Analyse du critère principal.....	26
6	DISCUSSION	28
7	CONCLUSION	38
	BIBLIOGRAPHIE	39
	ANNEXE	41

1 INTRODUCTION

Les pathologies respiratoires sont un motif fréquent de consultation en pédiatrie, surtout en période hivernale. Elles représentent 25 à 30% des consultations (1,2).

Les parents consultent, soit leur médecin de famille ou leur pédiatre, soit consultent directement dans un service d'accueil des urgences. Les difficultés respiratoires sont le quatrième motif de consultation aux urgences après la fièvre, les chutes et accidents domestiques et les vomissements (3, 4).

Lors de ces passages aux urgences, les actes diagnostiques et/ou thérapeutiques sont peu fréquents chez ces enfants et à l'issue de la prise en charge, la majorité retourne à domicile (1).

L'objectif de ce travail est de prouver que la prise en charge des dyspnées en pédiatrie en médecine ambulatoire permettrait d'éviter les hospitalisations et que la réassurance des parents éviterait le recours à une seconde consultation, voire une hospitalisation.

2 DYSPNEE : DEFINITION ET ETIOLOGIES EN PEDIATRIE

2.1 DEFINITION

Respiration difficile et pénible. Elle peut s'accompagner de modification de la fréquence respiratoire et ne porter que sur un des temps de la respiration. (Source dictionnaire médical GARNIER DELAMARE).

La dyspnée est la sensation subjective de difficultés respiratoires (4, 5).

Sur le plan clinique, elle se manifeste par (1,6) :

- une modification de la fréquence respiratoire (FR)
- des bruits audibles en dehors de l'auscultation : stridor, wheezing
- des signes de lutte : tirage inter-costal, battement des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal
- à l'auscultation : sibilants, râles bronchiques

Les critères d'hospitalisation sont (source : manuel de pédiatrie, Bourillon, édition MASSON) :

- une polypnée très intense, soit une FR ≥ 80 /minute chez < 6 mois, une FR ≥ 60 /minute chez le 6-12 mois, une FR ≥ 60 /minute et/ou des signes de lutte importants à tout âge
- un rythme respiratoire irrégulier (apnées)
- des difficultés à la prise des biberons
- agitation et troubles de la conscience
- pâleur, cyanose, secondaires à une hypoxie
- l'existence de signes d'hypercapnie : sueurs, tachycardie, hypertension artérielle
- désaturation $\leq 92\%$

2.2 ETIOLOGIES

Dans ce paragraphe, nous ne parlerons que des étiologies les plus fréquemment retrouvées en pédiatrie.

Les causes de dyspnée sont multiples, les infections des voies respiratoires basses représentent 30% de l'ensemble des maladies respiratoires aiguës (7).

On peut distinguer les atteintes des voies aériennes supérieures qui correspondent aux atteintes sus-glottiques, appelées également dyspnées

obstructives et les atteintes des voies aériennes inférieures traduisant une atteinte sous-glottique.

2.2.1 ATTEINTE DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES

Un enfant entre deux ans et demi et six ans a en moyenne 5 infections des voies respiratoires hautes par an (7).

Chez le nourrisson de moins de 3 mois, la rhinite infectieuse est la cause la plus fréquente. La ventilation étant exclusivement nasale jusqu'à l'âge de 3 mois, la rhinite, entraînant une obstruction nasale, peut alors être responsable de difficultés respiratoires (8). Elle nécessite une désobstruction rhinopharyngée au sérum physiologique (24).

Après l'âge de 6 mois, la laryngite est une cause fréquente de dyspnée. Il s'agit d'un œdème sous-glottique d'origine virale. Elle touche 3% des enfants de moins de 6 ans et 5% d'entre eux devront être hospitalisés. Elles apparaissent surtout entre 6 mois et 5 ans avec un pic de fréquence au cours de la deuxième année de vie et prédominent chez les garçons. Elles se déclenchent souvent la nuit. (9, 10, 11). La prise en charge repose sur la prise de corticoïdes per os, une exposition à une atmosphère humide (inhalation au dessus d'un bol d'eau très chaude) et

en l'absence d'amélioration ou en cas de signes de gravité, des aérosols d'adrénaline (24, 25).

2.2.2 ATTEINTE DES VOIES AERIENNES

INFERIEURES

2.2.2.1 La bronchiolite

Chez les nourrissons (entre 1 et 24 mois), la première cause retrouvée est la bronchiolite. Il s'agit d'une infection virale saisonnière épidémique due dans 60 à 90% des cas au VRS. On dénombre 460 000 cas de bronchiolites par an avec un maximum de fréquence entre 2 et 8 mois (18, 20, 21). 0,5 à 2% de ces enfants devront être hospitalisés (22, 23). Il s'agit d'une bronchopathie obstructive. L'obstruction des voies aériennes est à la fois endoluminale (bouchon muqueux) et murale (inflammation pariétale). L'incubation est de 2 à 8 jours et l'élimination du virus se fait en 3 à 7 jours mais peut prendre jusqu'à 4 semaines. La guérison spontanée est la plus fréquente mais 3 à 4 semaines sont nécessaires pour rétablir une activité mucociliaire efficace (20). La prise en charge repose sur la désobstruction nasopharyngée, notamment avant les repas, le maintien d'une hydratation et d'une nutrition suffisante pour le nourrisson, la position de couchage en proclive, l'oxygénothérapie en

cas de désaturation. La kinésithérapie ne doit plus être utilisée que dans certains cas, notamment pour la surveillance quotidienne des nourrissons ou en cas de pathologie neuromusculaire ou respiratoire chronique sous-jacente.

2.2.2.2 L'asthme

L'asthme est une cause habituelle de dyspnée en pédiatrie, il s'agit de la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant et cette fréquence ne cesse d'augmenter (12). Actuellement sa prévalence est de 25% chez les enfants de moins de trois ans, 15% chez les enfants d'âge préscolaire et 8% dans la population de plus de six ans (13, 14, 16). 15% des maladies respiratoires responsables d'admissions hospitalières sont en relation avec l'asthme (15). Elle se traduit par la répétition de crises de dyspnée paroxystique à prédominance expiratoire et sifflante mise en évidence par la mesure du débit expiratoire de pointe (le peak flow).

L'obstruction bronchique de l'asthme est la conséquence d'une bronchoconstriction par contracture des fibres musculaires lisses bronchiques et d'une inflammation bronchique avec œdème, hypersécrétion et infiltration cellulaire de la muqueuse. S'y ajoute une hyperréactivité bronchique, c'est-à-dire une aptitude particulière des bronches à se contracter sous l'influence de faibles quantités de stimuli spécifiques (12).

La prise en charge de la crise d'asthme repose sur l'administration de béta2 mimétiques d'action rapide et brève à l'aide d'une chambre d'inhalation pour les enfants ou sous forme d'aérosols en l'absence d'amélioration ou en cas de signes de gravité, ainsi que des corticoïdes et une oxygénothérapie en cas de désaturation (14).

2.2.2.3 La pneumopathie aiguë infectieuse

Les pneumopathies aiguës traduisent une atteinte infectieuse du parenchyme pulmonaire (17). Elles sont d'origine virale dans la majorité des cas chez les nourrissons et sont plus fréquemment bactériennes après l'âge de six ans (18). L'épidémiologie varie selon l'âge : avant l'âge de 3 ans, elles sont surtout d'origine virale ou dues au pneumocoque et après 3 ans, elles sont dues au pneumocoque ou au mycoplasme. Au niveau des examens complémentaires, il y a une indication à la radiographie thoracique dans les 48 heures mais les prélèvements à visée étiologique ne sont pas systématiques, le traitement antibiotique proposé est alors probabiliste. Avant 3 ans et en cas de tableau évoquant une pneumonie franche lobaire aiguë, mise en place d'un traitement par amoxicilline pendant 10 jours. A partir de 3 ans en cas de tableau évoquant une pneumonie atypique, traitement par macrolides pendant 14 jours avec dans tous les cas, réévaluation à 48 heures (17, 18).

Les données épidémiologiques à grande échelle sont inexistantes en France, l'incidence annuelle oscille entre 36 et 40 épisodes/1000 enfants avant l'âge de 5 ans et 11 à 16 épisodes/1000 enfants entre 5 et 14 ans aux Etats-Unis et en Europe (7, 18, 19).

2.2.2.4 La bronchite

La bronchite aiguë de l'enfant est également très fréquente mais il n'existe aucune donnée épidémiologique à ce sujet (18). Elle est due à une inflammation diffuse de l'arbre bronchique et est d'origine virale dans la quasi-totalité des cas (17). Le traitement est uniquement symptomatique : anti-pyrétique et lavage de nez, les sirops anti-tussifs et fluidifiants sont proscrits (18).

3 OFFRE DE SOINS EN LOIRE-ATLANTIQUE

3.1 ETAT DES LIEUX

En Loire-Atlantique, on recense 1 271 médecins généralistes et 39 pédiatres selon le Conseil de l'Ordre des Médecins. On dénombre 4 centres hospitaliers pouvant accueillir de la pédiatrie (Nantes, Saint-Nazaire, Chateaubriand et Ancenis) et 2 associations de médecins généralistes (SOS médecins) exerçant sur l'agglomération nantaise et à Saint-Nazaire.

Afin d'assurer la permanence des soins (PDS), il existe 11 maisons médicales de garde appelées CAPS (Centre d'Accueil et de Permanence de Soins) qui fonctionnent du lundi au vendredi de 20h à minuit, le samedi de midi à minuit et le dimanche de 8h à minuit. De plus l'ADOPS 44 (Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence de Soins) a mis en place des médecins mobiles pouvant effectuer des visites du lundi au dimanche de 20h à 8h dans les secteurs géographiques non desservis par SOS médecins.

3.2 PARCOURS DE SOINS

En dehors des horaires de permanence de soins, les patients ont accès aux médecins généralistes et pédiatres libéraux, aux services d'accueil des urgences (SAU) et aux associations de médecins libéraux.

Pendant les horaires de permanence de soins, les patients peuvent se présenter de leur propre chef aux SAU et peuvent faire appel aux associations de médecins libéraux.

Ils peuvent également appeler le Centre 15, qui, après une évaluation par téléphone, pourra leur délivrer un conseil médical, les faire bénéficier d'une visite par un médecin mobile ou SOS médecins en fonction de leur zone géographique ou les orienter vers le SAU le plus proche.

On constate une augmentation constante de la fréquentation des SAU, y compris en pédiatrie qui représente 30% des urgences hospitalières. Les deux tiers sont médicales et concernent des enfants de moins de cinq ans (26). Cette augmentation de fréquentation a des effets délétères sur les familles et les professionnels de santé : saturation des services avec augmentation des délais de prise en charge, retard d'intervention pour les urgences vitales (27). 78% des enfants retournent à domicile à l'issue de leur prise en charge (3). Les urgences ne générant que peu d'hospitalisations, il est essentiel que la prise en charge des

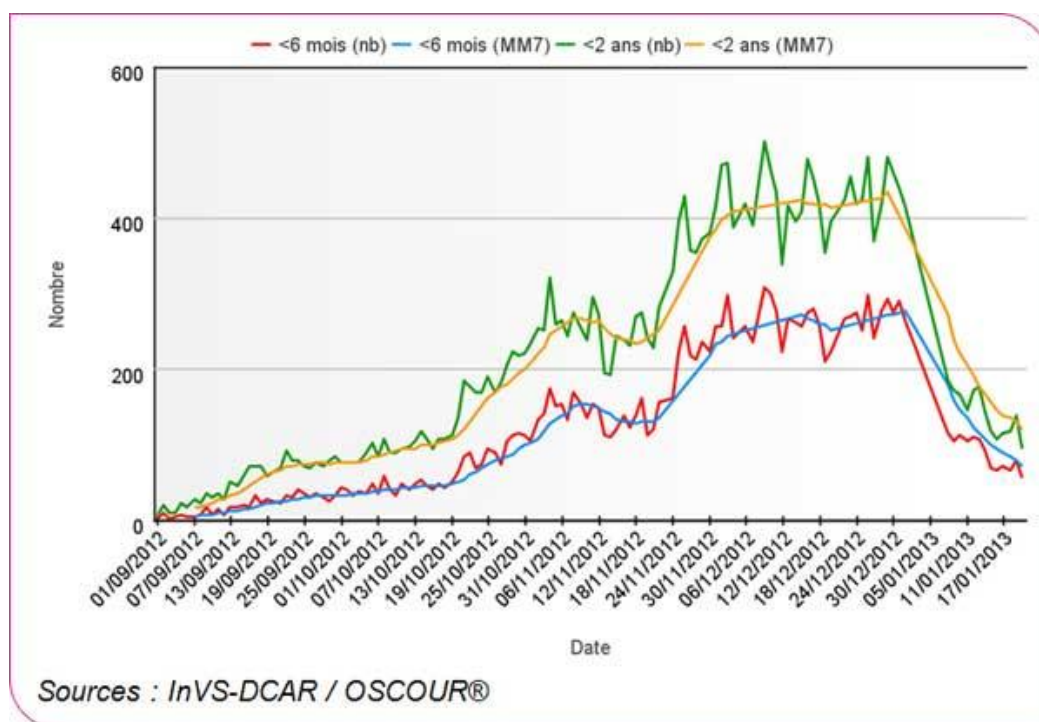
patients puisse être assurée conjointement aux SAU hospitaliers par une offre de soins de ville suffisante.

4 MATERIEL ET METHODES

4.1 Méthode

Selon l’Institut de Veille Sanitaire (InVS), les pics de passage aux urgences hospitalières pour bronchiolite des enfants de moins de deux ans ont eu lieu entre le 24/11/2012 et le 30/12/2012.

Nombre de recours aux urgences hospitalières pour bronchiolite des enfants de moins de 2 ans et moins de 6 mois dans les 375 établissements hospitaliers participant à la surveillance, données InVS, 21 janvier 2013 (*nb : nombre ; MM7 : moyenne mobile 7 jours*)



Nous avons donc choisi le mois de décembre 2012 pour réaliser cette étude prospective non interventionnelle.

Au sein des fichiers informatiques médicaux de l'association de permanence de soins SOS médecins, nous avons extrait les dossiers médicaux des patients de 0 à 15 ans plus 3 mois consultés en décembre 2012.

Les critères d'inclusion étaient les enfants âgés de 0 à 15 ans plus 3 mois ayant consulté SOS médecins pour les motifs « dyspnée, toux sifflante, toux rauque, laryngite, bronchiolite et asthme ».

Les critères de non inclusion : impossibilité de joindre les parents dans les suites de la consultation, tout parent s'exprimant en langue étrangère et ne pouvant comprendre les questions de notre questionnaire en français.

Les critères d'exclusion : le refus des parents de participer à l'étude, l'absence de consultation déclenchée par le régulateur de SOS malgré l'appel initial pour les mêmes motifs, les appels de requérants régulés par conseil téléphonique.

Les données ont été recueillies pour une partie dans les dossiers médicaux de SOS et les autres à l'aide d'un questionnaire auprès des familles (annexe 1).

4.2 Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel Excel.

Le questionnaire téléphonique est composé de questions fermées afin de faciliter la saisie des données dans un tableau Excel sauf pour les questions d'âge, de durée d'hospitalisation et de traitement reçu. Pour les questions concernant les diagnostics, nous en avons retenu six : rhinopharyngite, bronchiolite, bronchite, crise d'asthme, laryngite et autre diagnostic. De même, nous avons retenu trois causes possibles de consultations à 48 heures : absence d'amélioration, dégradation ou apparition d'un nouveau symptôme.

Les données numériques ont été comparées par le test du Chi2 de Mc Nemar. Les résultats ont été considérés comme significatifs lorsque $p < 0,05$.

5 RESULTATS

5.1 Généralités

Nous avons récupéré 204 dossiers de pédiatrie ayant comme motif d'appel dyspnée.

Sur ces 204 dossiers, 16 ont été exclus, 15 pour absence de consultation malgré l'appel initial et 1 pour refus de participation à l'étude.

Sur les 15 qui n'ont pas bénéficié de consultation, 5 ont préféré se rendre directement aux UP (urgences pédiatriques), 7 ont annulé la consultation, 1 appel a été transmis au centre 15 et 2 ont bénéficié d'un conseil téléphonique.

Sur les 188 appels passés, 106 ont pu être inclus dans l'étude et 82 ne l'ont pas été.

14 appels (13,2%) venaient du Centre 15 et 92 (86,8%) ont pris contact directement avec SOS médecins.

Sur les 82, 4 n'ont pas été inclus par mauvaise maîtrise de la langue française et 78 par impossibilité de les joindre dans les suites de la consultation.

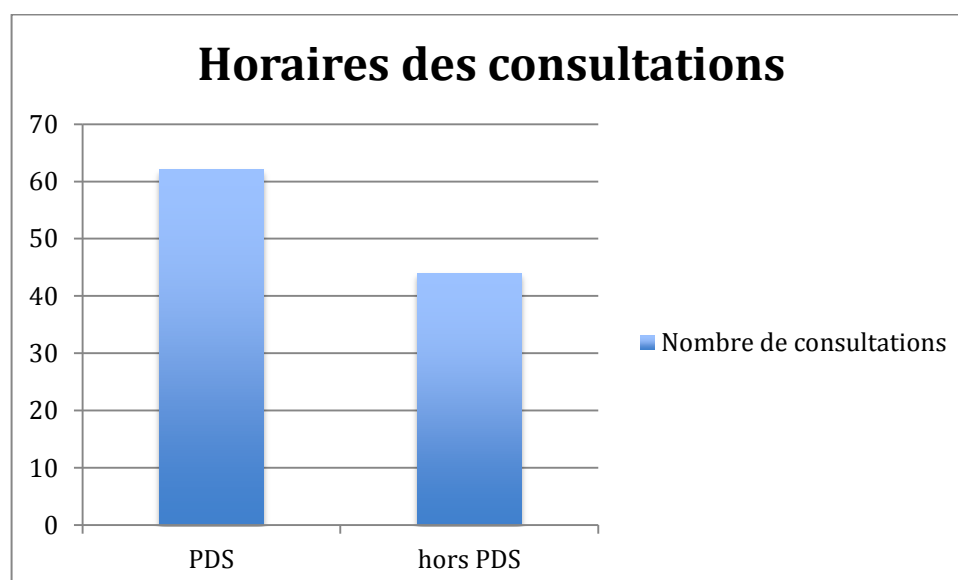
5.2 Types de patients

La moyenne d'âge est de 41,4 mois avec un écart-type de 38, soit 3 ans et 5 mois et un écart-type de 3 ans et 2 mois.

51 (48,1%) patients ont moins de 2 ans et 82 (77,3%) ont moins de 5 ans.

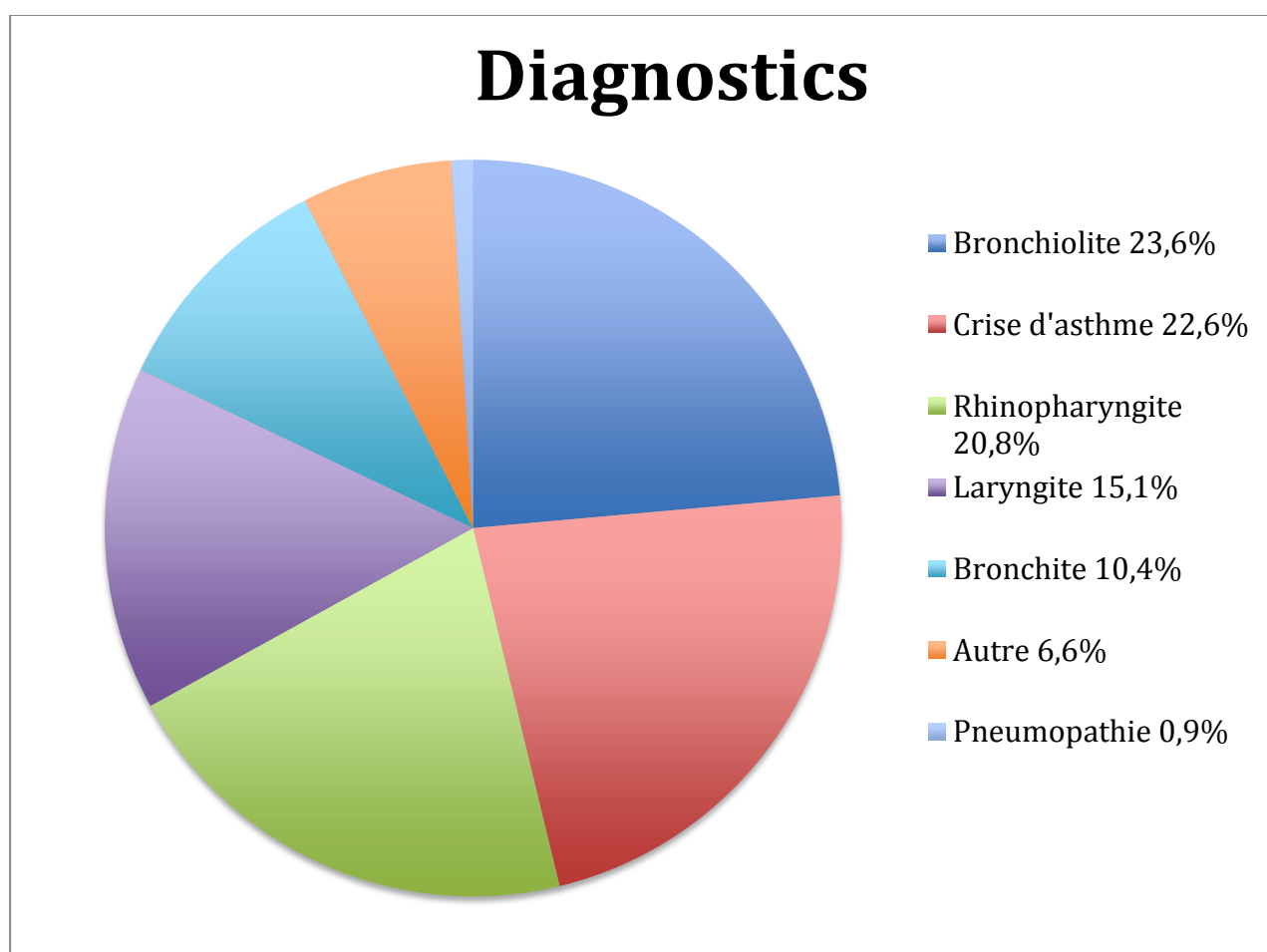
62 (58,5%) appels ont été passés pendant les horaires de PDS et 44 (41,5%) aux heures ouvrables des cabinets de médecine générale et de pédiatrie de ville.

Les horaires de PDS sont du lundi au vendredi de 19h à 8h, le week-end de samedi midi au lundi matin 8h.

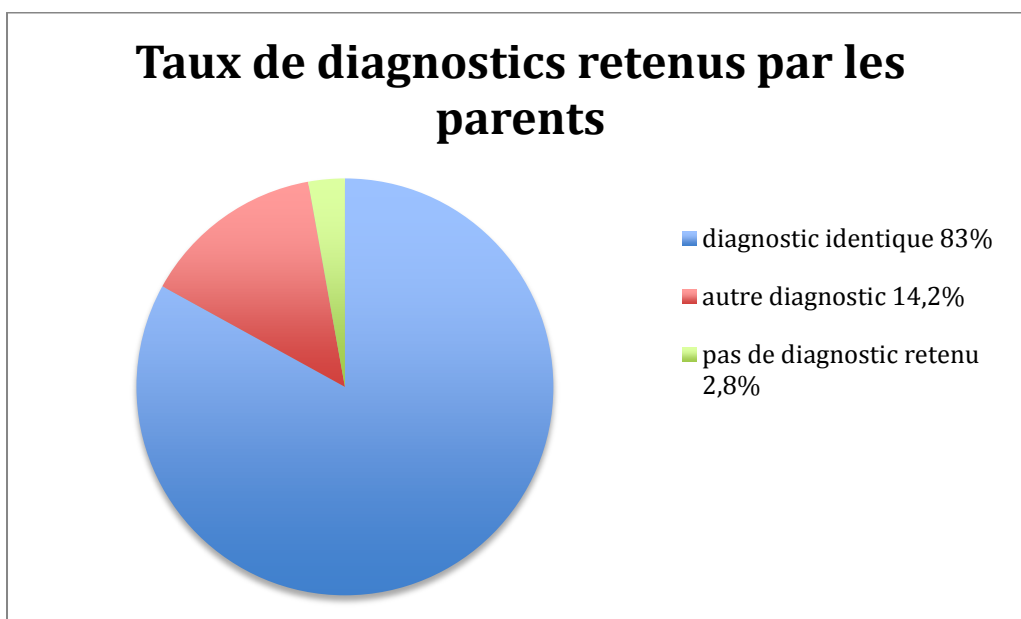


5.3 Diagnostics

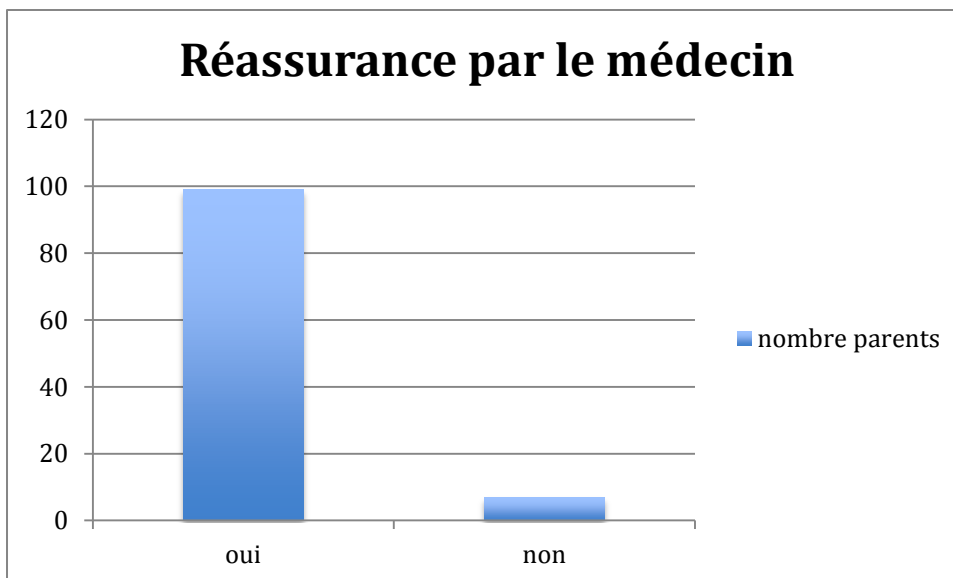
Dans les diagnostics posés par le médecin, on retrouve 25 (23,6%) bronchiolites, 24 (22,6%) crises d'asthme, 22 (20,8%) rhinopharyngites, 16 (15,1%) laryngites, 11 (10,4%) bronchites, 1 (0,9%) pneumopathie et 7 (6,6%) autres diagnostics.



88 soit 83% des parents ont retenu le diagnostic donné par le médecin, 15 soit 14,2% ont retenu un diagnostic différent et 3, 2,8% n'ont pas retenu de diagnostic.



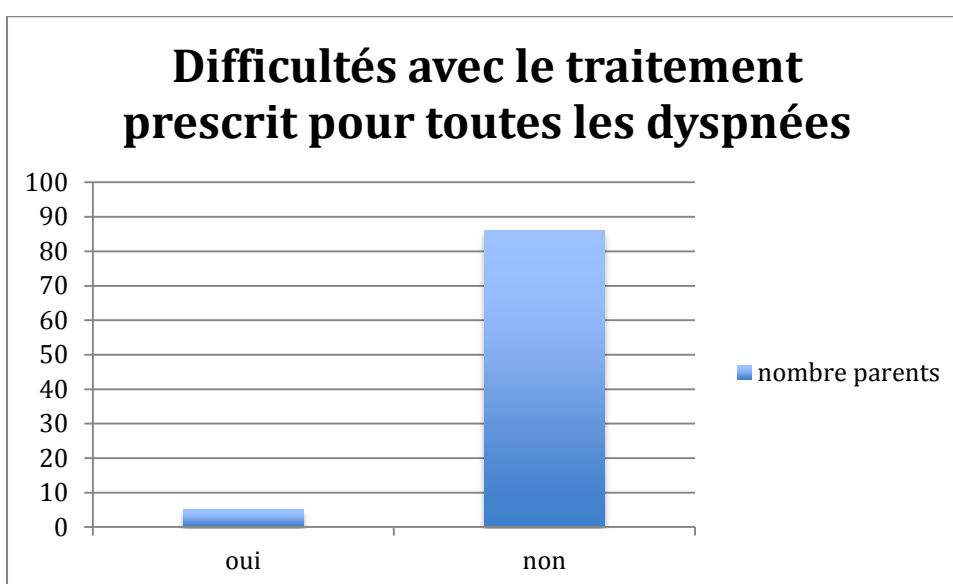
99 soit 93,4% des parents se sont sentis rassurés par le médecin et 7 soit 6,6% ne l'ont pas été.



5.4 Analyse des données en cas de maintien à domicile

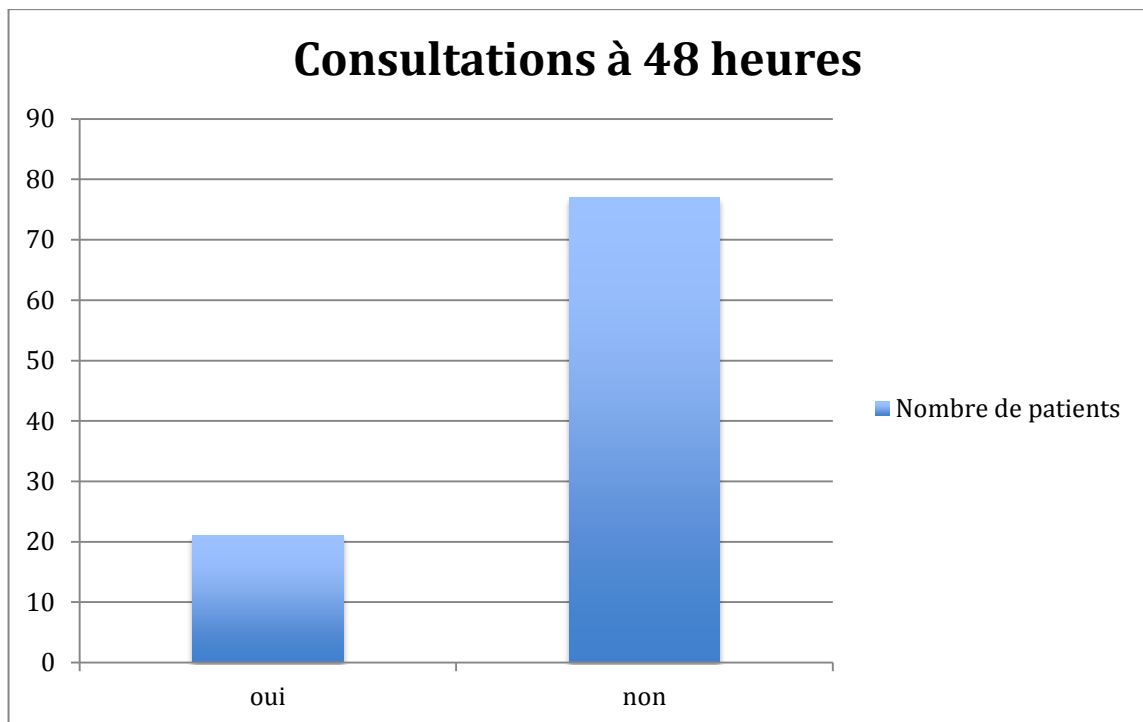
86 (87,8%) parents n'ont pas eu de difficultés avec le traitement.

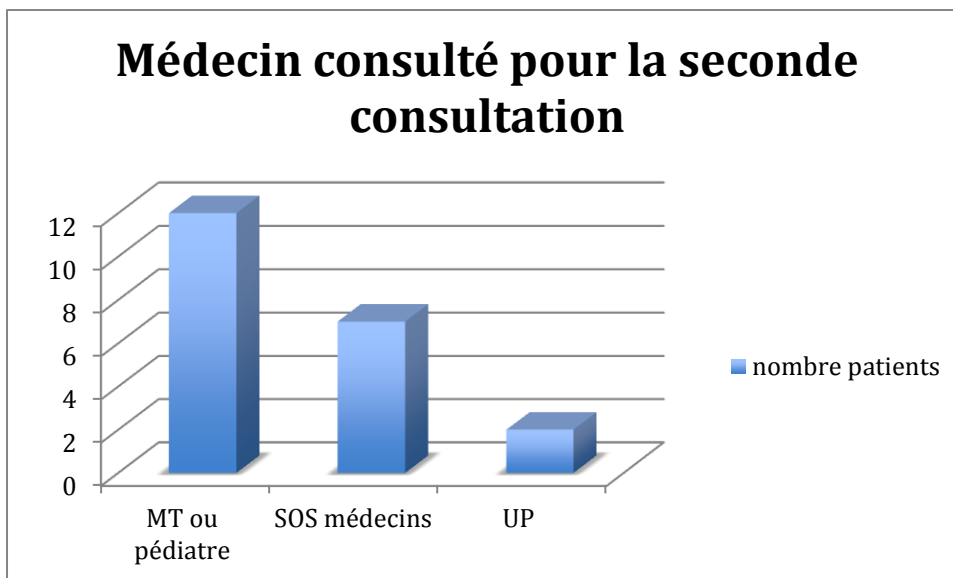
5 (5,1%) ont eu des difficultés à l'administrer, il s'agissait du traitement de la crise d'asthme, c'est-à-dire donner de la Ventoline avec une chambre d'inhalation.



21 (21,4%) patients ont revu un médecin dans les 48 heures qui ont suivi la consultation et 77 (78,6%) n'en ont pas eu besoin.

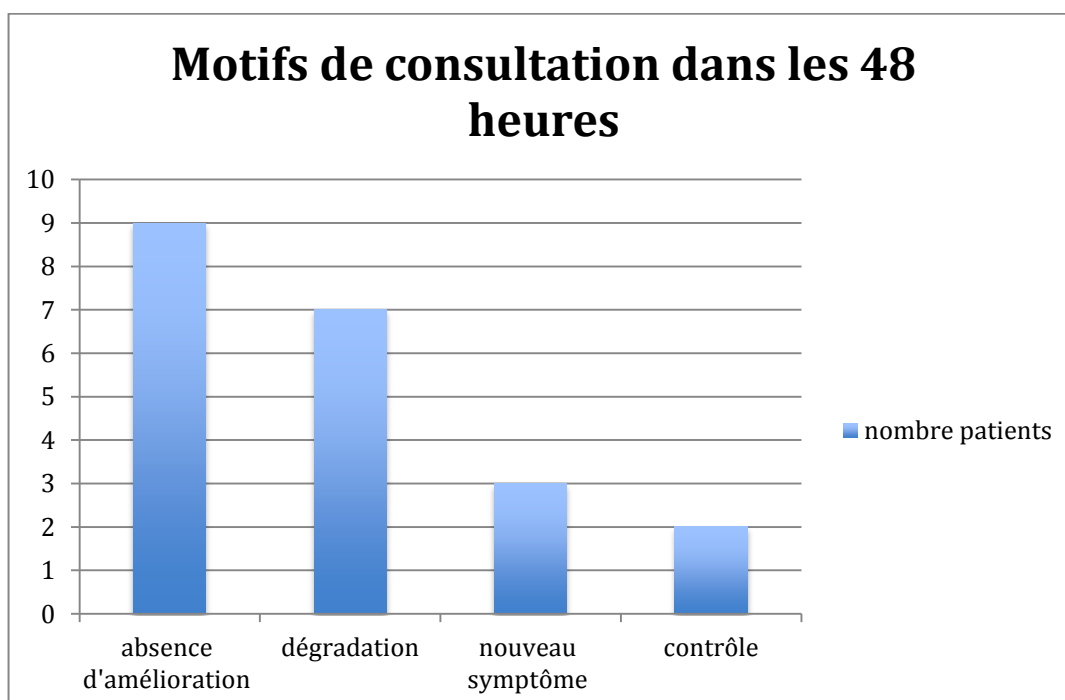
Pour la seconde consultation, 12 (11,3%) ont consulté leur médecin traitant (MT) ou leur pédiatre, 7 (6,6%) ont rappelé SOS médecins et 2 (1,88%) sont allés aux UP.





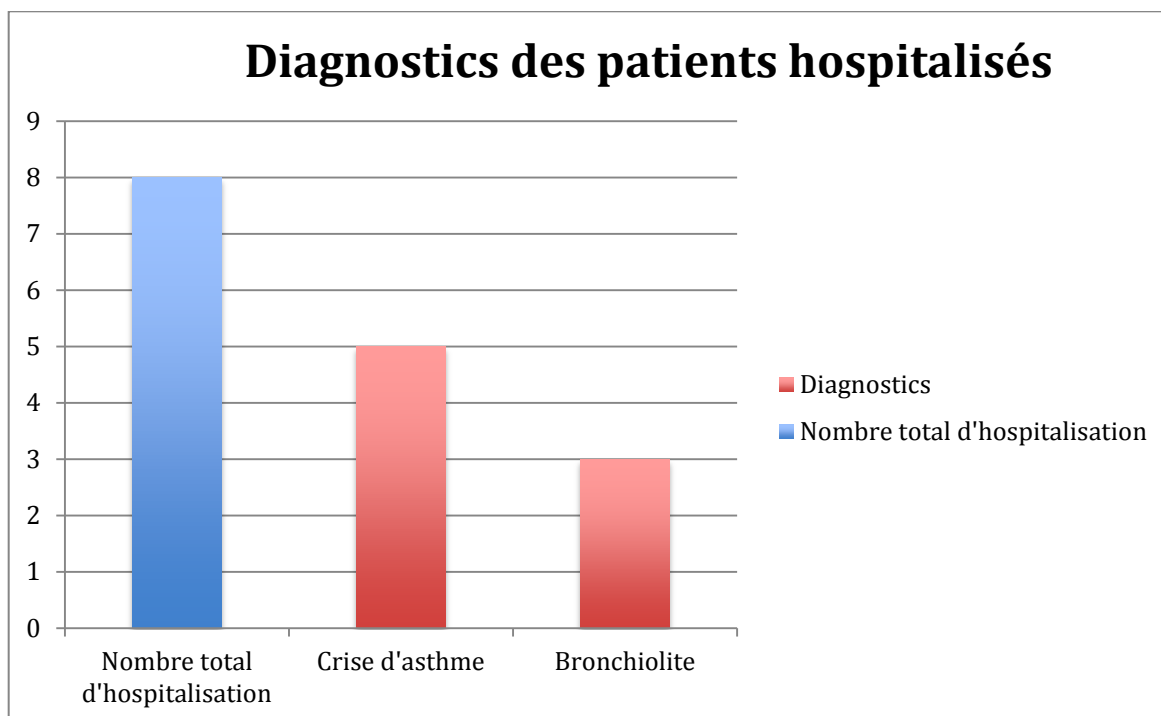
9 (8,4%) ont reconsulté car ils ne trouvaient pas d'amélioration, 7 (6,6%) pour dégradation de l'état de leur enfant, 3 (2,83%) pour apparition d'un nouveau symptôme et 2 (1,88%) pour une consultation de contrôle.

Aucune de ces consultations n'a donné lieu à une hospitalisation.



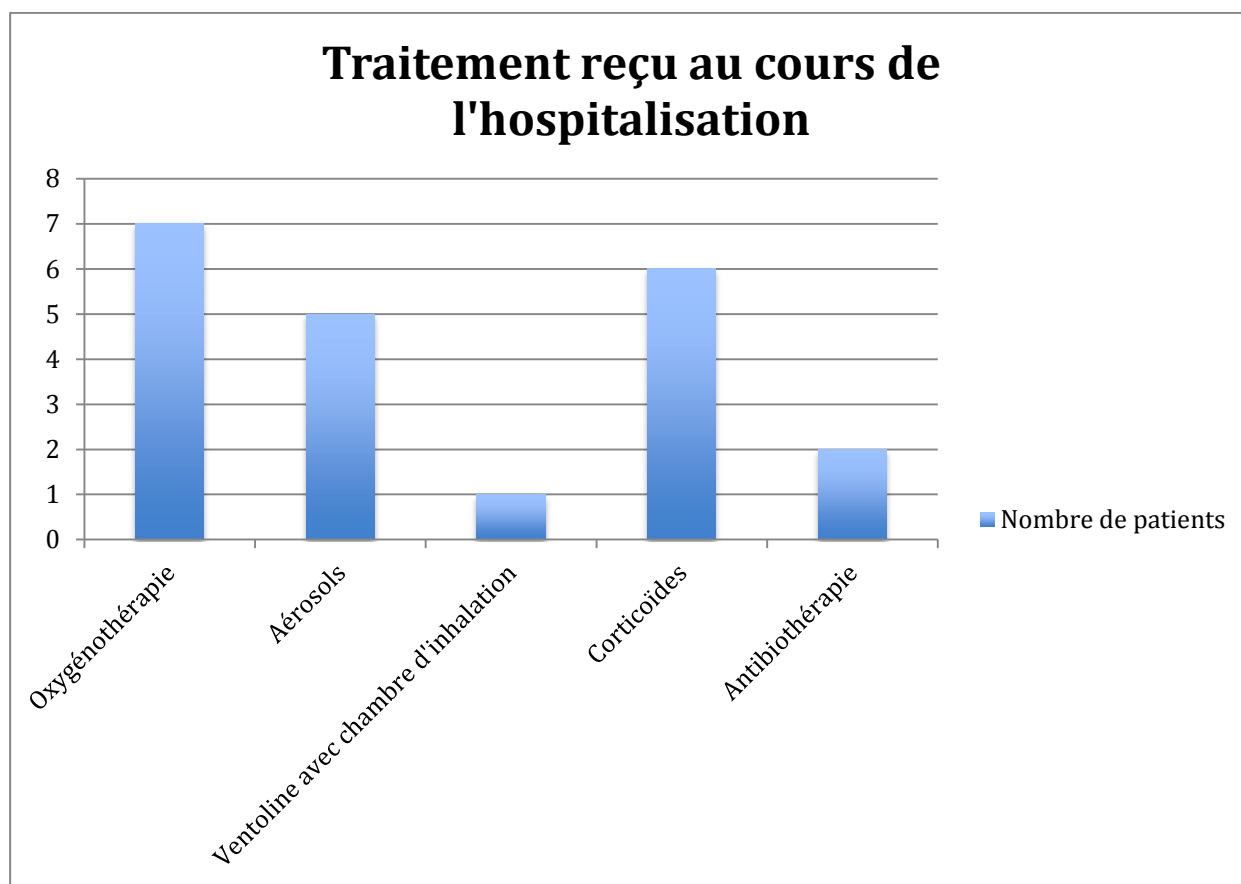
5.5 Analyse des données en cas d'hospitalisation

Sur les 106 patients vus pour dyspnée, 8 (7,5%) ont été adressés aux UP : 3 (2,83%) l'ont été pour bronchiolite et 5 (4,72%) pour crise d'asthme.



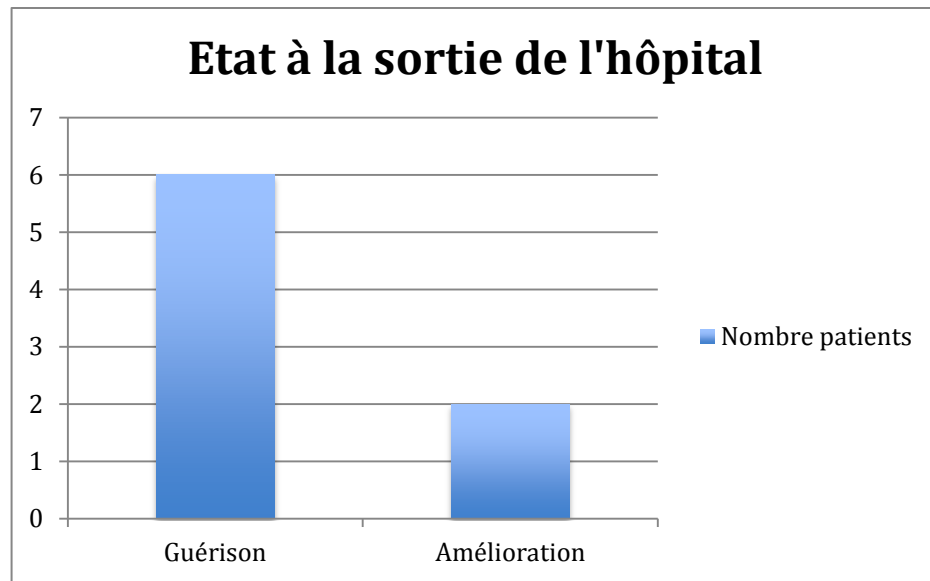
Sur les 25 patients vus pour bronchiolite au total, 12% ont été hospitalisés et sur les 24 vus pour crise d'asthme, le taux d'hospitalisation est de 20,8%.

7 ont bénéficié d'une oxygénothérapie, 5 ont eu des nébulisations de béta2-mimétiques, 6 ont eu des corticoïdes, 2 ont eu une antibiothérapie et 1 a eu de la Ventoline avec une chambre d'inhalation.



La durée moyenne d'hospitalisation est de 44,1 heures (soit 3 jours) avec un écart-type de 33 (soit un jour et demi). 1 est resté moins de 6 heures et 7 de 12 à 96 heures.

6 (75%) parents ont estimé que leur enfant était guéri à la sortie de l'hôpital et 2 (25%) ont estimé que son état s'était nettement amélioré.



5 (62,5%) patients n'ont pas reconsulté de médecin dans les 48 heures suivant la sortie de l'hôpital et 3 (37,5%) ont revu leur médecin traitant ou leur pédiatre pour une consultation de contrôle.

5.6 Analyse du critère principal

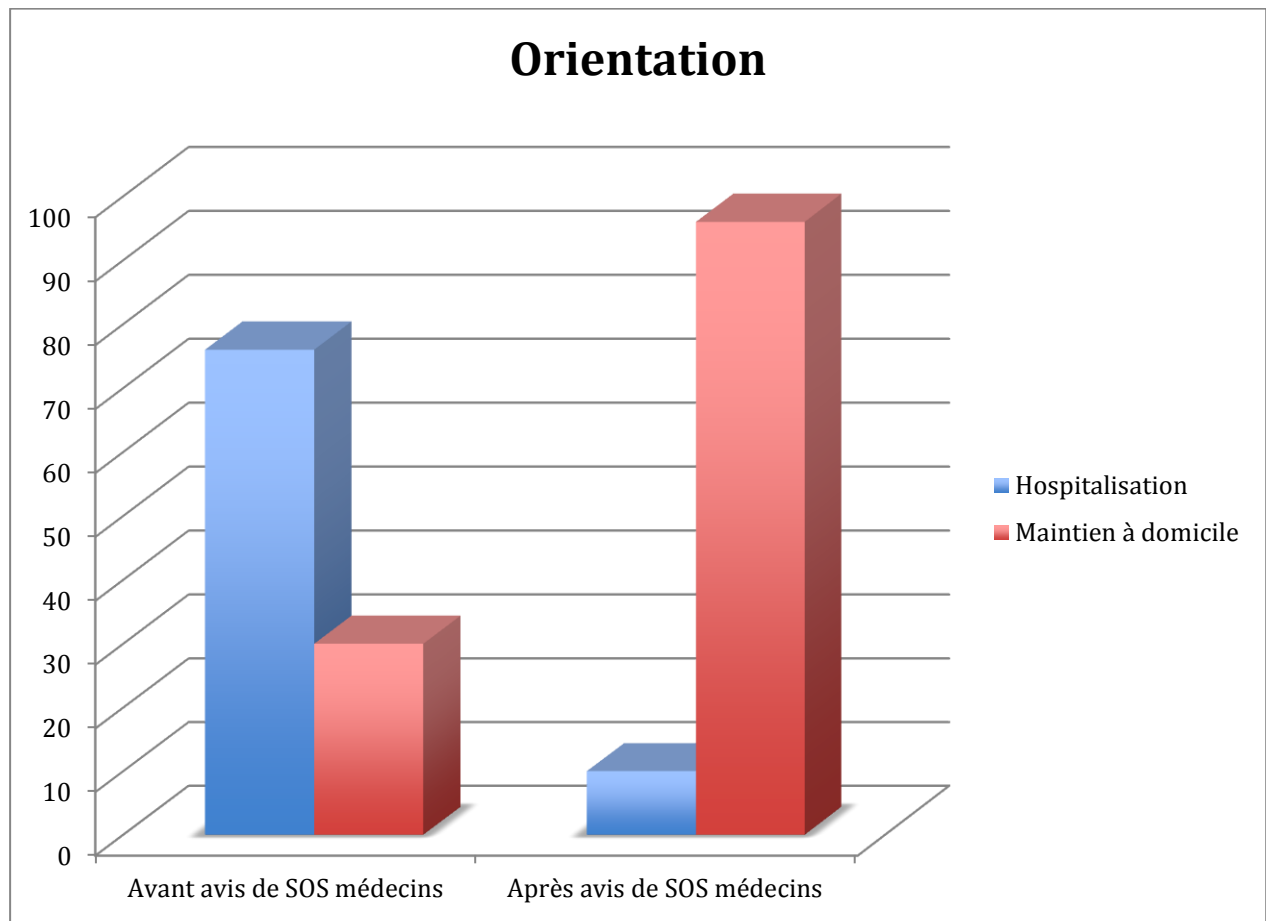
76 (71,7%) parents déclarent qu'ils seraient allés aux UP s'ils n'avaient pas pu consulter un médecin en externe et 30 (28,3%) déclarent qu'ils auraient attendu de pouvoir consulter leur médecin traitant ou leur pédiatre habituel.

A l'issue de la consultation, 96 (90,6%) sont restés à domicile et 10 (9,4%) sont passés aux UP, 8 sur avis du médecin et 2 contre l'avis du

médecin. Ce qui fait un taux d'hospitalisation de 7,5% le jour de la consultation et un taux de 9,4% à J2.

Sur les 76 en faveur d'une hospitalisation avant le passage du médecin, celle-ci a été confirmée par le médecin pour 8 (10,5%) d'entre eux et ne l'a pas été pour 68 (89,5%).

Nous notons une différence significative du nombre d'hospitalisations avant et après le passage de SOS médecins ($p < 0,001$).



6 DISCUSSION

L'étude montre que la majorité des consultations de soins primaires pour dyspnée en pédiatrie ne nécessite pas de passage aux UP et qu'il y a une différence significative entre les parents qui souhaitent aller aux UP avant et après le passage du médecin ($p < 0,001$).

Sur les 76 parents déclarant qu'ils auraient consulté aux UP en l'absence d'un médecin libéral disponible, 68 (89,5%) ne nécessitaient pas de plateau technique en urgence et ne seraient pas restés hospitalisés. Dans la littérature, nous retrouvons des chiffres différents en fonction des études, 78% en moyenne de retour à domicile avec des résultats allant jusqu'à 83% pour certains hôpitaux (3, 26, 29). Il est en revanche assez aisé de critiquer l'indication d'une radiographie thoracique ou d'autres examens complémentaires une fois qu'ils ont été faits.

Une autre étude faite en 2001 montrait que 90% des enfants vus en consultation non programmée (c'est-à-dire prévue moins de 24 heures à l'avance) dans les cabinets de médecine et de pédiatrie ainsi que dans les SAU pendant et en dehors des horaires de PDS retournaient à domicile après la consultation. Parmi ces consultations non programmées, 48% étaient jugées justifiées, la consultation médicale était nécessaire mais ne justifiait pas un passage aux UP (27).

Dans la littérature, 22% des enfants qui consultent aux UP sont hospitalisés. Dans notre étude, le taux d'hospitalisation est beaucoup moins important, seulement 9,4% des patients passent aux UP.

Sur les patients qui restent à domicile, 21,4% bénéficient d'une seconde consultation dans les 48 heures, sans orientation secondaire vers les UP, ce qui signifie qu'une surveillance en ville est possible et évite le recours inapproprié aux UP.

Au moment où les SAU sont régulièrement surchargés et les coûts économiques au cœur des discussions, sans oublier le risque nosocomial, il est très important que les patients puissent compter sur une offre de soins de ville suffisante pendant les horaires de fermeture des cabinets. Le recours aux UP est trop souvent motivé par l'indisponibilité du médecin traitant ou du pédiatre. Il est capital aujourd'hui d'éviter les recours inappropriés aux UP qui sont en moyenne de 50% lorsque les parents s'adressent de manière spontanée aux UP sans consultation préalable chez un médecin. Cela passe par l'information sur le système de garde libéral ainsi que sa coordination (27, 29). C'est d'ailleurs le message qu'a fait passer l'ARS (Agence régionale de santé) en décembre 2012 par l'intermédiaire de la presse régionale. Deux articles dans le quotidien Ouest-France les 13 et 14 décembre 2012 incitaient les patients à consulter en premier lieu un médecin en ville qui serait plus à même de juger de la nécessité d'une hospitalisation, cette démarche permettant de

limiter l'engorgement des UP ainsi que la dissémination des infections. C'est là que la médecine de ville joue tout son rôle.

Depuis 2003, il est proposé aux patients d'appeler un centre de réception des appels (Centre 15 ou associations de médecins libéraux) permettant de dispenser un conseil ou d'ordonner une consultation, ainsi que les informer des différents recours aux soins autres que les UP. Dans cette étude, les régulateurs du Centre 15 transmettent 13% des appels pour dyspnée en pédiatrie. Il serait intéressant de connaître le nombre de patients qui se sont présentés aux UP malgré un conseil différent donné par le médecin régulateur.

Ces consultations sont en majorité effectuées pendant la PDS, 58,5% contre 41,5% pendant les horaires d'ouverture des cabinets de médecins libéraux. En cas de volonté de consultation rapide par les parents, c'est ce que nous retrouvons dans la littérature. Une étude faite en 2001 à Lyon a montré que les consultations avant 24 heures d'évolution des signes et les consultations très précoces (moins de 3 heures d'évolution) étaient plus importantes pendant la PDS.

La dyspnée est un symptôme qui peut être une source d'angoisse parentale importante. Elle est souvent associée à un « sentiment d'urgence ressentie », que l'on peut définir comme une situation dans laquelle les parents peuvent légitimement penser que l'état de leur enfant

nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave. La prise en charge des urgences pédiatriques repose en partie sur la prise en charge de l'angoisse parentale (26).

Les consultations par SOS médecins et les recours directs aux UP pendant les horaires d'ouverture des cabinets de médecine de ville peuvent s'expliquer par l'impossibilité de consultation rapide chez le médecin traitant ou le pédiatre, indisponibilités en rapport avec les épidémies hivernales surchargeant les cabinets. Ceux qui se présentent directement aux UP se justifient par ce sentiment d'angoisse face à la gravité du problème, par la présence de spécialistes et d'un plateau technique « sur place » et la proximité.

De plus, nous aurions pu interroger les appelants parents ayant recours à SOS médecins sur leur volonté de ne pas encombrer les UP sans motif valable, argument fréquemment entendu par les médecins régulateurs de SOS médecins.

Quant aux consultations pendant la PDS, que ce soit en cas de recours à SOS médecins ou aux UP, nous retrouvons ce « sentiment d'urgence ressentie », la nécessité pour les parents d'avoir rapidement une réponse, une prise en charge adaptée et d'être rassurés. Les autres motifs invoqués sont l'absence du médecin traitant et les convenances personnelles. Environ 50% des consultations aux UP pendant la PDS sont justifiées par des motifs non médicaux, nous retrouvons également que

parmi les patients qui se présentent spontanément aux UP, un tiers ont déjà bénéficié d'une consultation par un médecin (3, 27, 29).

Une étude faite dans la région de Marseille en juillet 2002 s'est intéressée au comportement des patients devant une « urgence ressentie ». En cas de demande de soins ressentis comme « urgents », la majorité (70,5%) des patients ont eu recours à un service d'accueil des urgences. Dans la plupart des cas, ils ont pris leur décision rapidement, 67% l'ont pris dans l'heure d'apparition des symptômes et 64% dans la demi-journée. L'élément majeur de décision semble être le sentiment du niveau de gravité du problème médical. A partir du moment où le patient se sent « en état d'urgence », il souhaite une réponse immédiate, la consultation leur paraît alors incontournable même lorsqu'elle ne paraît pas médicalement indiquée. Il devient difficile après une régulation téléphonique d'empêcher le recours aux UP de ces patients. Ces comportements peuvent témoigner d'une société plus inquiète ou alors d'une société plus exigeante en matière de soins et de santé (30). La médiatisation et la vulgarisation de la médecine ont poussé les parents à consulter rapidement de peur de passer à côté des diagnostics les plus effrayants. Ces informations sont largement diffusées sur internet et dans la presse en période hivernale.

Un autre argument de recours direct aux UP est le coût des soins. Il est peu retrouvé dans la littérature mais il paraît difficile de ne pas

l'évoquer. Lors d'un passage aux urgences hospitalières, le patient ne paie pas les soins alors qu'en médecine libérale, il s'agit du paiement à l'acte. Malgré la CMU (Couverture Maladie Universelle) et l'incitation des médecins de ville par la Sécurité Sociale à faire le tiers payant pendant la PDS, de nombreux patients continuent à se présenter spontanément aux urgences. Nous n'avons pas d'explication pour les passages de ces patients aux UP.

Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont la bronchiolite (23,6%), la crise d'asthme (22,6%) et la rhinopharyngite (20,8%). Ces résultats sont ceux que nous pouvions attendre mais aucune étude en ville n'a été faite permettant de les corroborer. Il aurait été également intéressant de récupérer les diagnostics posés aux urgences des patients adressés pour dyspnée.

Dans cette étude, nous pouvons considérer que les explications données par le médecin ont rassurés les parents car 93,4% d'entre eux admettent qu'ils l'ont été et 6,6% ne l'ont pas été. De même, 83% d'entre eux ont retenu le diagnostic donné par le médecin.

Sur les 7 parents qui n'ont pas été rassurés, seulement 2 sont allés aux UP pour une seconde consultation, consultation qui n'était pas nécessaire car le diagnostic posé aux UP était identique et qu'elle n'a pas donné suite à une hospitalisation.

Malgré le taux de réassurance important, 21,4% (21) des patients ont revu un médecin dans les 48 heures mais ils se sont majoritairement dirigés vers les médecins de ville : 12 ont revu leur médecin traitant ou leur pédiatre et 7 ont revu SOS médecins.

L'étude montre que prendre du temps pour rassurer et expliquer la pathologie aux parents évite les passages superflus aux UP. C'est également ce que met en évidence une étude faite aux UP du CHU de Nantes en 2011. Cette étude met en évidence qu'un des facteurs de risque de consultation inappropriée aux UP après consultation de soins primaires est une mauvaise explication de la pathologie et une information insuffisante sur l'évolution (28).

De plus, l'information du patient est un devoir du médecin précisé dans le code de déontologie médicale : article 35 (article r.4127-35 Du CSP), *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

Parmi les motifs de reconsultation dans les 48 heures, nous retrouvons en majorité l'absence d'amélioration (8,4%) puis la

dégradation de l'état du patient (6,6%). Viennent ensuite l'apparition d'un nouveau symptôme (2,83%) et enfin les consultations de contrôle (1,88%). Ces consultations n'ont entraîné aucune hospitalisation.

Nous pouvons alors nous poser la question de l'éducation des parents. Très souvent, ils surestiment la gravité de l'état de leur enfant, ce qui entraîne une utilisation inadaptée du système de soins. Tous les acteurs de soins ont un rôle à jouer dans leur éducation en leur expliquant les critères devant les amener à consulter directement aux UP, ceux qui doivent les amener à consulter rapidement un médecin de garde et enfin ceux qui ne sont pas urgents et peuvent différer la consultation médicale. Il serait intéressant de créer une feuille de repérage des critères de gravité, permettant aux parents de limiter le recours spontané aux UP lorsqu'une consultation médicale en ville pourrait être suffisante.

12% des patients vus pour bronchiolite et 20,8% de ceux vus pour crise d'asthme sont hospitalisés.

Dans la littérature, la bronchiolite est responsable de 6 à 9% de l'activité des UP avec des pics d'activité allant jusqu'à 25% en période épidémique et un taux annuel d'hospitalisation de 0,5 à 2%. Dans cette étude, le taux d'hospitalisation est plus important, ce que nous pouvons expliquer par le fait qu'elle a été faite au cours du mois de décembre 2012, au moment où l'épidémie était la plus forte (3, 20, 22, 26).

Nous savons que 15% des admissions hospitalières sont en relation avec l'asthme mais ces études ne précisent pas si ces patients avaient déjà bénéficié d'une consultation médicale préalable, s'ils avaient eu un traitement et enfin sur ces admissions, nous ne connaissons pas le taux d'hospitalisation et ceux qui ont bénéficié d'une simple consultation. Nous notons tout de même une élévation du nombre d'enfants pris en charge pour crise d'asthme dans les UP, élévation en rapport avec une augmentation de la prévalence de l'asthme et non à la gravité des crises (14,15, 26).

Un certain nombre de crises d'asthme ne sont pas nébulisées à domicile car elles répondent bien au traitement par bêta2- mimétiques avec la chambre d'inhalation. De plus, les difficultés évoquées par les parents concernent ce traitement (5,1%). Nous retrouvons encore une fois l'intérêt de l'éducation des parents avec remise d'un protocole en cas de crise d'asthme et de l'école de l'asthme. Il est également important de réévaluer régulièrement le traitement des patients car une étude a montré que celui-ci n'est pas toujours adapté, que ce soit la dose des traitements ou la forme galénique sans oublier la prise en charge des facteurs déclenchants ou favorisants (26).

Sur ces 8 patients admis aux UP sur avis du médecin, un a bénéficié d'une consultation et d'un traitement qui aurait finalement pu

être prescrit en externe et 7 sont restés hospitalisés plus de 12 heures et ont bénéficié d'une oxygénothérapie justifiant cette orientation vers les UP. Dans la littérature, nous retrouvons que 83% des admissions médicales aux UP sont appropriées lorsque l'enfant est adressé par un médecin (29). Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude et mettent encore une fois en évidence qu'une information claire des pathologies et de l'utilisation du système de soins permettrait une meilleure utilisation des UP.

Cette étude apporte des informations intéressantes mais elle a également beaucoup de limites. Tout d'abord, elle a été effectuée sur une durée courte, un mois, avec un échantillon peu important, ce qui est responsable d'un manque de puissance. Nous constatons également une perte d'informations importante car 82 patients n'ont pu être inclus dans l'étude.

De plus, il s'agit de l'étude de la dyspnée en pédiatrie en soins primaires mais elle n'a été effectuée que chez SOS médecins à Nantes et mériterait d'être étendue à des cabinets de médecine générale et de pédiatrie afin d'avoir un panel de patients plus large.

7 CONCLUSION

La médecine de ville évite manifestement un grand nombre de passages aux UP. La régulation téléphonique semble être un bon moyen de trier les appels et de délivrer aux patients un conseil téléphonique ou de les orienter vers la structure de soins la plus appropriée à leurs besoins. Mais un symptôme comme la dyspnée est une source d'angoisse importante pour les parents et même si le taux d'hospitalisation est faible pour ce motif de consultation, il est impossible de prendre le risque de surseoir à la consultation et de se contenter d'un conseil téléphonique.

La présence et la disponibilité de médecins pendant et en dehors de la PDS est absolument indispensable afin d'éviter le recours aux UP de ces patients, urgences très souvent saturées en période hivernale. Pour beaucoup de ces consultations, l'indication peut être exclusivement parentale mais semble incontournable. La médecine de ville joue ici parfaitement son rôle.

BIBLIOGRAPHIE

- . 1- M. Gehri J.-D. Krahenbuhl J.-S. Landry A. Gervais, *L'enfant dyspnéique*, Revue Médicale Suisse n° 7, février 2005
- . 2- J. Uijen. F. Schellevis. P. Bindels. S. Willemsen. *Low hospital admission rates for respiratory diseases in children*, BMC Family Practice, octobre 2009, 10.1186/1471
- . 3- C. Sagne-Raffy. I. Claudet. E. Grouteau. F. Fries. JL. Ducasse, *Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans*, SFMU, 2002-2003
- . 4- Joseph L. Mathew & Sunit C. Singhi, *Approach to a child with breathing difficulty*, Indian J Pediatric, septembre 2011, 78(9):1118–1126
- . 5- A. Harver. R. M. Schwartzstein. H. Kotses. C. T. Humphries. *Descriptors of breathlessness in children with persistent asthma*, CHEST, décembre 2010, 10.1378/10.2388
- . 6- G. Casimir. L. Hanseens. S. Mullier. *La dyspnée aiguë chez l'enfant*, revue médicale de Bruxelles, 2009 ; 30 : 229-33
- . 7- J. Brouard. A. Vabret. D. Nimal-Cuvillon. N. Bach. *Epidémiologie des infections virales aiguës des voies respiratoires hautes et basses de l'enfant*, revue du praticien, 31 octobre 2007, vol 57
- . 8- B. Llanas. P. Pillet. L. Pedespan. M. Fayon. *Urgences respiratoires du nourrisson*, la revue du praticien, 2001, 51, 1884-1891
- . 9- O. Mimouni. R. Nicolas. S. Roman. J. M. Triglia. *Laryngite aiguë et épiglottite de l'enfant*, La revue du praticien, 31 octobre 2007, vol 57
- . 10- C. Bjornson. T. Klassen. J. Williamson. *A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup*, The New England Journal of Medicine septembre 2004, 351 : 1306-1313
- . 11- R. Zoorob. M. Sidani. J. Murray. *Croup : an overview*, American Family Physician, 2011 May 1;83(9):1067-1073
- . 12- F. Payot. *Asthme de l'enfant*, la revue du praticien médecine générale, mai 2002, n° 575
- . 13- J. De Blic. *Asthme de l'enfant et de l'adulte, asthme de l'enfant*, Revue du praticien n°19, décembre 2005
- . 14- *Education thérapeutique du patient asthmatique, adulte et adolescent*, juin 2001, ANAES
- . 15- J. just. *Asthme de l'enfant et de l'adulte*, La revue du praticien, 16 mai 2011, vol 61
- . 16- I. Pin. F. Neukirch. R. Liard. C. Pison. J. Bousquet. *Etude épidémiologique sur la prévalence et les facteurs de risque de l'asthme*, revue française d'allergologie et

d'immunologie clinique, 1998, vol 38, pages 290-295

- . 17- A. Bourillon. *Infections broncho-pulmonaires du nourrisson et de l'enfant*, revue du praticien 2001, vol 51
- . 18- C. Marguet. *Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte*, la revue du praticien
- . 19- K. McIntosh. *Community-acquired Pneumonia in Children*, The New England Journal of Medicine, février 2002, vol 346, N° 6
- . 20- G. Bellon. B. Chevallier. G. Dahan. J. De Blic. G. Delacourt. *Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson*, septembre 2000, ANAES
- . 21- M. Dawson-Caswell. H. Muncie. *Respiratory Syncytial Virus Infection in Children*, American Family Physician, janvier 2011
- . 22- J.B.M. van Woensel. W. M. C. van Aalderen. M. C. J. Kneyber. *Bronchiolitis hospitalisations in the Netherlands from 1991 to 1999*, Arch Dis Child 2002; 86:370-371
- . 23- G. Worral. *Bronchiolitis*, Canadian family physician, mai 2008, 54(5): 742–743
- . 24- N. Rouillet-Renaudeau. E. Gilbert-Bonnemaison. E. Saliba. *Détresse respiratoire aigüe du nourrisson et de l'enfant*, la revue du praticien, janvier 2007, vol 57
- . 25- D. Devictor. L. Chevret. *Détresse respiratoire aigüe du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte*, la revue du praticien, 2003, vol 53
- . 26- C. Marguet. D. Feray. N. Bocquel. *Les détresses respiratoires dans les services d'accueil et d'urgences pédiatriques, épidémiologie et critères d'évaluation*, 2000, les archives pédiatriques, vol 7, supp 1
- . 27- J. Stagnara. J. Vermont. A. Duquesne. D. Atayi. *Urgences pédiatriques et consultations non programmées*, archives de pédiatrie 2004, vol 11, 108-11
- . 28- A. Vercruysse *Recours aux Urgences Pédiatriques Après Consultation de Soins primaires*, 2011
- . 29- A. Martinot. C. Boscher. C. Roustit. V. Hue. *Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ?* Archives de pédiatrie 1999, supp 2 : 461-3
- . 30- S. Gentile. *Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie*, revue de santé publique, 2004, vol 16

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

- 1- Récupération des données informatiques :
 - 1.1 Horaire de PDS ou pas ?
 - 1.2 Appel transmis par le centre 15 ?
 - 1.3 Âge
 - 1.4 Diagnostic posé par le médecin ?
 - 1.5 Orientation : maintien à domicile ou hospitalisation ?

- 2- Recueil téléphonique auprès des familles :
 - 2.1 Quel est le diagnostic compris par les familles ?
 - 2.2 Seriez-vous allé aux UP en cas d'indisponibilité d'un médecin de garde ?

- 3- En cas d'hospitalisation :
 - 3.1 Quel est le diagnostic posé à l'hôpital ?
 - 3.2 Quel traitement a été fait ?
 - 3.3 Quelle a été la durée d'hospitalisation ?
 - 3.4 Considérez-vous que votre enfant était guéri à la sortie ?
 - 3.5 Avez-vous rappelé un médecin ou êtes-vous repassé aux urgences dans les 48h suivant la sortie ?

- 4- En cas de maintien à domicile :
 - 4.1 Avez-vous été rassuré par le médecin ?
 - 4.2 Le médecin a-t-il donné un traitement à votre enfant ?
 - 4.3 Avez-vous trouvé le traitement facile ?
 - 4.5 Avez-vous de nouveau consulté un médecin dans les 48h ?
 - 4.6 Si oui, où et pour quelle raison (absence d'amélioration, dégradation de l'état de votre enfant ou nouveau symptôme ?)

NOM : HASLE

PRENOM :

Marlène

**TITRE DE THÈSE : PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNÉE EN
PÉDIATRIE EN SOINS PRIMAIRES ET IMPACT SUR
L'HOSPITALISATION**

RÉSUMÉ :

Les pathologies respiratoires sont un motif fréquent de consultation en pédiatrie. Les parents consultent leur médecin de famille, leur pédiatre ou consultent directement dans un service d'accueil des urgences. Lors de ces consultations aux urgences pédiatriques, les examens complémentaires sont rares et la majorité de ces enfants (78% en moyenne) retournent à domicile. Ce travail met en évidence que la prise en charge des dyspnées en pédiatrie en soins primaires évite les passages aux UP. Mais la dyspnée étant une « urgence ressentie », un simple conseil téléphonique n'est souvent pas suffisant et il est indispensable que des médecins soient disponibles pendant et en dehors de la PDS afin de répondre à l'angoisse parentale.

MOTS-CLES : Dyspnée – Pédiatrie – Permanence de Soins – Service
d'Accueil des Urgences – Soins Primaires