

# OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LA GESTION DES URGENCES PÉDIATRIQUES EN BELGIQUE

M. MASSIN (1), PH. LEPAGE (2)

**RÉSUMÉ :** Comme c'est le cas dans d'autres pays, l'inflation du nombre de passages dans les services d'urgence pédiatriques est une préoccupation très actuelle en Belgique. Le caractère urgent de la consultation est le plus souvent inapproprié. La majorité des enfants consultent en soirée lorsque les polycliniques hospitalières sont fermées. Il en résulte des dépenses inutiles, un stress supplémentaire pour l'équipe de soins et un retard dans la prise en charge des cas urgents. Il apparaît donc nécessaire de s'adapter à cette situation nouvelle en améliorant le fonctionnement des services d'urgence pédiatriques (triage, personnel, équipement) mais aussi en assurant la promotion de solutions alternatives comme une meilleure éducation à la santé des familles et une meilleure organisation de la médecine de première ligne. Cet article décrit l'état des lieux et évalue les stratégies qui pourraient être appliquées en Belgique.

## INTRODUCTION

Le problème des soins urgents et des services d'urgence est indiscutablement une préoccupation très actuelle pour les professionnels de la santé et les pouvoirs publics. Face à l'affluence grandissante du public dans les services hospitaliers, différentes solutions ont été envisagées mais jamais le problème des urgences pédiatriques n'a été spécifiquement évoqué. Pourtant, plus d'une urgence sur trois concerne un enfant ou un adolescent et le taux d'accroissement annuel de ces urgences pédiatriques est trois fois supérieur à celui des urgences adultes.

La position que les pédiatres peuvent revendiquer dans l'organisation future des soins de santé dépend en grande partie de l'investissement qu'ils sont disposés à fournir à la fois dans les services d'urgence et dans la médecine de première ligne, avec leurs confrères généralistes. Cet article établit un état des lieux sur base des données belges et internationales disponibles, puis décrit les objectifs à atteindre et les pistes à explorer pour améliorer la situation.

## ETAT DES LIEUX AUX URGENCES PÉDIATRIQUES

En Europe comme aux Etats-Unis, les urgences pédiatriques représentent environ 30 % de l'ensemble des urgences (1). Dans toutes les unités d'accueil hospitalières, on constate une inflation du nombre de passages dans les services d'urgence pédiatriques, avec un accroissement annuel de 5 à 10 % depuis la fin des années

## INAPPROPRIATE PEDIATRIC EMERGENCY ROOM ATTENDANCE IN BELGIUM: STRATEGIES TO ALTER THEIR UTILIZATION PATTERNS

**SUMMARY :** Similar to the findings of other nations, inappropriate utilization of the pediatric emergency departments is a major problem in Belgium. The majority of patients come with non-urgent complaints. Maximum rush is seen in the evening when the outpatient clinic is closed. It results in a waste of resources, stress among the emergency room staff and an increase in waiting time for patients requiring attention. It appears important to adapt to this new situation by improving the organisation of the pediatric emergency departments (triage, human resources, equipment), but also by finding alternative solutions such as health education of families and greater availability of primary care providers. This article describes the present situation and evaluates strategies that could be applied in Belgium.

**KEYWORDS :** *Emergency - Care - Pediatrics*

quatre-vingts dans tous les pays industrialisés (2) (fig. 1). Ce phénomène est observé aussi bien dans les hôpitaux universitaires que non universitaires (2).

Les patients sont pour la plupart très jeunes: 50 à 80 % des enfants présentés ont moins de 5 ans (3-4), souvent moins de 2 ans. La population adolescente est également sur-représentée avec plus de 10 % des demandes (5-6). Cette observation suscite des interrogations d'autant plus vives que certaines demandes de soins peuvent apparaître floues, l'adolescent ne sachant trop qu'attendre du corps médical ou pouvant refuser les soins, et que le clivage entre structures d'accueil pédiatriques et adultes n'est pas pour simplifier les difficultés, ni diminuer l'appréhension des équipes soignantes.

La moitié des consultations aux urgences hospitalières ont lieu entre 16 heures et 1 heure du matin (4), avec un pic entre 18 et 20 heures, soit juste après la fermeture des polycliniques hospita-

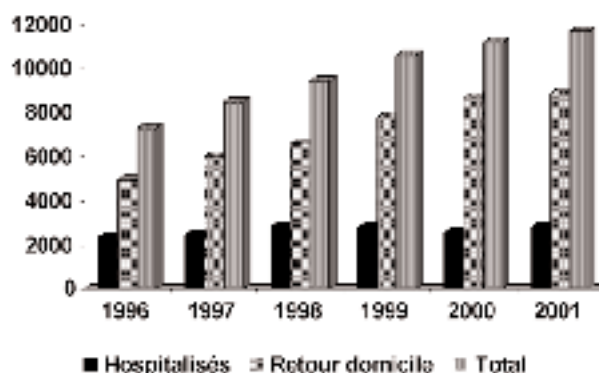


Fig. 1. Nombre de passages annuels aux urgences médicales pédiatriques du Département universitaire de Pédiatrie au CHR de la Citadelle.

(1) Chef de Clinique Associé, (2) Chargé de Cours, Département Universitaire de Pédiatrie, CHR Citadelle, ULg.

lières. Le nombre de cas est nettement plus élevé durant le week-end et il est intéressant de noter que cette recrudescence se poursuit le lundi. Enfin, les variations saisonnières sont nettement moindres qu'on ne pourrait l'imaginer, du moins dans un pays comme la Belgique, puisque seule la fréquentation durant les "grandes vacances", de juillet et août, est nettement plus faible. Enfin, il existe des variations d'affluence imprévisibles, notamment lors des épidémies de grippe, de bronchiolite ou de gastro-entérite à rotavirus (fig. 2).

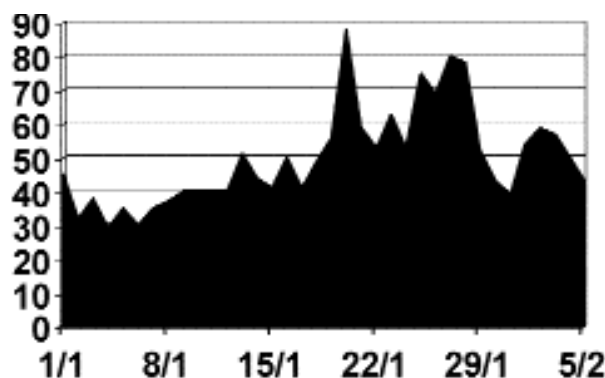


Fig. 2. Nombre de passages journaliers aux urgences médicales pédiatriques du Département universitaire de Pédiatrie au CHR de la Citadelle lors d'une épidémie de grippe (janvier 2002).

En France, par exemple, la plupart des enfants présentés dans un service d'urgence n'ont pas de médecin traitant ou ne l'ont pas appelé (4), 30 % ont un pédiatre (4), et seulement un enfant sur cinq est envoyé sur avis d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre ambulatoire (3, 7-9). La plupart des parents ne voient pas l'utilité de passer par ce type de service en cas d'urgence. L'activité des omnipraticiens et des pédiatres libéraux n'a d'ailleurs subi aucune modification significative durant ces dernières années. Parmi les enfants présentés dans les services d'urgence, plus de la moitié sont déjà venus au moins une fois et un sur cinq plus de 5 fois (4). Ces utilisateurs itératifs ont souvent une affection chronique (10-11). Les urgences ne sont pourtant pas le meilleur lieu de suivi des affections chroniques, pas plus qu'elles ne sont les structures les plus adéquates pour la surveillance des enfants (croissance, diététique, vaccinations,...) (12). Enfin, des facteurs socio-économiques sont également associés à l'inflation des urgences. La plupart des enfants présentés pour consultation ordinaire ont des parents à faible niveau de revenus et de diplômes, sans couverture sociale ou récemment immigrés (2).

#### ARGUMENTS D'UTILISATION DES SERVICES D'URGENCE

L'activité croissante des services d'urgence pédiatriques relève non tant d'une augmentation

d'incidence d'affections relevant de l'urgence que d'une évolution de l'usage de ces structures. Le caractère urgent de la consultation est le plus souvent inapproprié. Moins de 5 % des cas sont des urgences réelles (convulsions, détresse respiratoire, déshydratation, ...). Nous considérons habituellement 20 % des cas comme des urgences ressenties (fièvre, douleurs abdominales, cris, chutes,...). En fait, cette appréciation ne résiste pas à l'analyse quand on sait que 80 % des enfants consultent plus de 4 heures après le début d'une diarrhée et plus de 6 heures après une montée thermique. Les symptômes sont présents depuis plus de 24 heures dans un tiers des cas (4). Enfin 75 % des cas sont des consultations ordinaires (rhume, éruption, régurgitations, mauvaise prise pondérale, ...) (13). Les études les plus optimistes considèrent que la venue du patient est appropriée dans la moitié des cas (14), qu'on se base sur des critères de gravité clinique ou de nécessité de soins en urgence (examen complémentaire, traitement ou avis spécialisé non réalisable hors d'une structure hospitalière).

Le fait qu'environ un tiers des passages des adolescents ait lieu entre 16 et 20 heures, ou encore que 20 % des adolescents consultent un service d'urgence plusieurs fois par an (5) soulève aussi la question de l'utilisation des urgences comme dispensateur de soins primaires dans cette tranche d'âge, théoriquement la moins souvent malade.

La notion de service d'urgence est mal connue des parents (4) : seulement 30 % de ceux-ci pensent qu'on y soigne seulement de vraies urgences. 60 % admettent utiliser ce service comme consultation sans rendez-vous (12, 15, 16). La progression du nombre de consultations en urgence ne témoigne d'ailleurs que d'une inflation des urgences ressenties et des consultations sans rendez-vous puisqu'il n'y a pas d'augmentation concomitante du nombre d'hospitalisations (fig. 1) et que des pans entiers de la pathologie aiguë ont quasi disparu.

Les arguments exprimés pour une demande de consultation hospitalière sont tout aussi critiquables (2). Les familles mettent en avant la disponibilité des médecins d'accueil alors que l'attente peut atteindre plusieurs heures, la sécurité alors que les performances sont certainement moindres après de nombreuses heures de prestation, l'accessibilité permanente à un tableau technique performant alors que la plupart des cas ne justifient pas d'examens complémentaires, sans oublier le paiement différé (6 % pensent même qu'il s'agit d'un service gratuit) (4). Ils justifient également leur attitude par leur vive

inquiétude lorsque l'enfant est malade, l'anxiété des médecins traitants consultés (2) et la faible accessibilité aux soins la nuit et le week-end en dehors des structures hospitalières (2).

## CONCILIER LES DIFFÉRENTS POINTS DE VUE

Le médecin considère que la mission de l'urgence hospitalière est de rendre de façon adéquate aux bénéficiaires dont l'état le requiert d'une façon immédiate, les services spécifiques d'accueil, d'évaluation, de stabilisation et d'amorce de traitement. Il en va tout autrement d'une partie de plus en plus importante de la population qui revendique l'accès direct et permanent à des soins, y compris s'ils relèvent d'une consultation banale. La tolérance des symptômes aigus est de moins en moins bonne et l'enfant devient de plus en plus précieux : l'indice de fécondité diminue, les jeunes mères sont de plus en plus âgées, les médias véhiculent le mythe de l'enfant parfait et de la médecine triomphante.

On tente souvent de culpabiliser le patient lorsqu'il consulte à l'urgence pour un motif qu'on juge inapproprié. Il est pourtant démontré que la plupart des patients qui consultent à l'urgence perçoivent que leur condition nécessite des soins urgents, ou n'ont tout simplement aucun autre accès aux soins médicaux. Bien sûr, dans une bonne proportion des cas, il ne s'agit pas d'une condition réellement urgente. Mais peut-on reprocher au patient de ne pas disposer de connaissances suffisantes pour procéder à cette distinction de manière éclairée, alors que même les professionnels de l'urgence ne s'entendent pas sur la notion de visite appropriée (17)? Le client de l'urgence n'a pas à assumer le fardeau de la preuve de la nécessité de sa visite. C'est l'équipe de l'urgence qui doit procéder à une évaluation de la condition et si, effectivement, cette condition ne nécessite pas de soins d'urgence, c'est à elle d'assumer la responsabilité de diriger ce patient vers des ressources plus appropriées à sa condition, aptes à assurer la continuité des soins.

Les services d'urgence jouent le rôle de centre de consultations pour de plus en plus d'enfants et le pédiatre hospitalier devient alors leur médecin traitant : 10 % des enfants examinés à Paris (12) et jusqu'à 25 % aux Etats-Unis (16-17) utilisent les services d'urgence comme lieu de soins habituel. Il n'est cependant plus possible de laisser se poursuivre l'accroissement annuel des flux dans les services d'urgence dans une incohérence qui ne pourra qu'accroître la

mauvaise qualité des soins, déborder la capacité d'accueil des sites et augmenter le risque juridique. Outre la réorganisation des services d'urgence pédiatriques, il faut raisonnablement envisager simultanément des solutions de régulation du flux des patients en amont de l'hôpital.

## LA RÉGULATION DU FLUX EN AMONT DE L'HÔPITAL

Les pédiatres ambulatoires sont très souvent sollicités pour des pathologies aiguës, le plus souvent pour des enfants qu'ils suivent régulièrement. Leur expertise en fait des acteurs importants dont le travail est injustement sous-estimé dans le domaine des urgences pédiatriques. Leur formation spécialisée et leur expérience leur permettent de résoudre bien des problèmes sans recours à une hospitalisation ou à un excès d'examen complémentaires. Dans un service hospitalier d'accueil des urgences pédiatriques, on note que la plupart des patients se présentant spontanément sont renvoyés à domicile après une simple consultation. Un recours plus large au pédiatre ambulatoire diminuerait donc certainement le nombre de consultations hospitalières.

On pourrait tenter de réguler le flux par des campagnes médiatiques d'éducation à la santé et de responsabilisation du patient. Il paraît dès à présent évident qu'une telle mesure ne sera efficace que si elle s'accompagne d'une meilleure organisation de la médecine de première ligne (service téléphonique, remplacements, collaboration avec des plateaux techniques,...). On notera toutefois que de telles campagnes médiatiques n'ont eu que peu d'effets à l'étranger et que, dans des villes comme Charleroi où la garde de médecine générale fait déjà l'objet d'une très bonne organisation, la fréquentation des urgences hospitalières est aussi forte qu'ailleurs.

Le pédiatre ambulatoire peut contribuer à la régulation des flux en assumant les urgences de ses propres patients par sa disponibilité au téléphone et en consultation mais aussi en participant à des systèmes de tour de garde de pédiatrie de nuit et de week-end dans les villes où la densité pédiatrique le permet. Il s'agit dans cette organisation d'astreintes au téléphone avec consultation si elle est justifiée soit au cabinet du pédiatre d'astreinte, soit dans un lieu unique situé en ville ou à proximité immédiate des structures hospitalières.

## RÉGULATION DU FLUX À L'ACCUEIL DES SERVICES D'URGENCE

La méthode la plus radicale pour limiter l'afflux aux services d'urgence serait d'en réglementer l'accès par le passage préalable obligatoire chez un médecin généraliste ou un pédiatre libéral. Un tel système est en vigueur en Allemagne et aux Pays-Bas. La mentalité belge s'accorderait probablement très mal avec un tel dirigisme et on imagine donc difficilement que les politiciens puissent prendre une mesure aussi impopulaire.

D'autres proposent de pénaliser le comportement consumériste. Refuser d'examiner le patient présenté pour un motif considéré comme futile présente un risque médico-légal inacceptable. Augmenter fortement le prix de la consultation aux urgences risquerait de provoquer l'exclusion des plus démunis de notre système de santé. D'autres envisagent un remboursement gradué de la consultation aux urgences. Celui-ci pourrait être inférieur à celui d'une visite nocturne de médecine ambulatoire si le jeune patient n'est pas référé par un médecin extérieur et si son état ne justifie pas une telle visite. Cette piste n'améliorerait pas la relation médecin-malade d'autant que les critères séparant urgences ressenties et visite de routine sont très flous. La perception systématique des honoraires à l'admission serait peut-être un bon moyen de dissuasion vis-à-vis de ceux qui s'y présentent dans le but de ne pas payer la consultation au moment du passage et souvent même par la suite.

## LA MEILLEURE ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE PÉDIATRIQUES

Il faut bien admettre que le principal facteur à l'origine de l'inflation des urgences est le climat d'anxiété vis-à-vis de la santé, l'absence de tolérance des symptômes et l'impatience vis-à-vis du diagnostic et du résultat de la thérapeutique. A moins que l'accès aux urgences ne soit réglementé par le passage préalable obligatoire chez un médecin généraliste ou un pédiatre libéral, il semble qu'on s'oriente bel et bien inexorablement par la volonté du public vers une sorte d'hospitalocentrisme. Ce phénomène est déjà une réalité aux Etats-Unis où on compte 100 millions de passages dans les services d'urgence par an pour une population de 265 millions d'habitants. Si nous voulons répondre à ce "réflexe social" avec la même efficacité qu'aux Etats-Unis, de nombreuses mesures devront être prises pour structurer les services d'accueil de l'ur-

gence pédiatrique de façon à ce que la qualité du travail soit optimale.

*Le triage efficace des cas à l'admission* est une mesure souvent mise en avant pour séparer directement les consultations sans rendez-vous ou les urgences ressenties, des urgences vitales dont la prise en charge devra relever d'un urgentiste. L'attribution de ce triage au personnel infirmier semble inefficace et dangereux (18), y compris lorsqu'une échelle de triage est utilisée. Il faudrait donc plutôt réaliser une évaluation rapide par un "médecin de tri" avec réorientation vers des solutions alternatives dès que le caractère vital de l'urgence est écarté. Le processus d'inscription à l'urgence ne devrait pas interférer avec la séquence de soins.

*L'obtention de locaux adaptés pour le service d'urgence* est un objectif important pour ce type d'activité. Il faut y inclure une unité d'hospitalisation de courte durée, de même qu'il faut assurer la proximité d'un plateau technique complet. Idéalement, des locaux séparés devraient aussi être disponibles pour l'accueil des adolescents avec disparition de cette limite d'âge rigide de 16 ans. Dans de nombreux pays, on privilégie le développement de "lits portes" qui permettent d'assurer des soins tels que le traitement d'une crise convulsive fébrile, une crise d'asthme ou une déshydratation modérée, tout en se donnant le temps d'observation nécessaire pour décider d'une éventuelle hospitalisation conventionnelle. Les critères d'admission dans ce type de structure "lits portes" sont le temps d'observation nécessaire, la charge de soins, l'existence de protocoles adéquats de prise en charge, le niveau de gravité et la fiabilité des familles. L'unité d'hospitalisation de courte durée génère beaucoup plus d'économies d'hospitalisations qu'elle ne provoque d'hospitalisations brèves intempestives et s'avère particulièrement adaptée aux affections de l'enfant. De plus, la comparaison régulière des missions remplies aux missions définies par l'hôpital permet de repérer les dérives d'utilisation de ce type de structure (19).

*L'organisation du travail et le renforcement des effectifs médicaux* est un point fondamental. On ne peut affecter à la garde en soirée et la nuit quelqu'un ayant déjà assuré une journée entière de travail. Comment peut-on en effet imaginer qu'un pédiatre ayant accumulé stress et fatigue durant une journée entière d'activités de salle ou de consultation puisse encore exercer son métier en soirée avec toute l'efficacité voulue face à des parents revendicateurs et souvent agressifs ? C'est d'autant moins envisageable que la moitié des consultations "ordinaires" aux urgences hospitalières ont lieu en soirée et début de nuit. La

qualité des soins aux hospitalisés doit également être assurée la nuit.

Le renforcement des effectifs médicaux est la seule façon d'obtenir un service de qualité tout en assurant un temps de travail raisonnable et un repos compensateur. Il y a dix fois plus de médecins affectés aux services d'urgence aux Etats-Unis que dans les pays Européens. La participation des internes aux consultations des services d'urgence doit être encouragée parce que c'est un lieu de formation privilégiée. La supervision de cette activité de porte doit être assurée par des médecins spécialistes dont la pratique quotidienne s'articule autour de la pédiatrie générale et de l'urgence ressentie, non par des réanimateurs ou des surspécialistes. Des pédiatres libéraux, mais aussi des généralistes porteurs du brevet de médecine aiguë (BMA) et ayant reçu une solide formation pédiatrique, pourraient être invités à participer à l'activité de porte des urgences. Ces renforts seront même une obligation pour les petites structures hospitalières dont le staff pédiatrique se limite à 2 ou 3 pédiatres. Les mauvaises conditions de travail et le manque de valorisation de ce type d'activité n'ont toutefois guère suscité de vocations jusqu'à présent. La participation des pédiatres libéraux serait pourtant un plus pour les services d'urgence. Ceux-ci augmenteraient d'autant plus le rendement de l'accueil du flux aux urgences que leur expérience les conduit à une rationalisation des examens complémentaires et des hospitalisations supérieure à celle des internes de garde qu'ils assistent, et à la formation desquels ils peuvent ainsi contribuer. Il est à noter que cette activité pénalise l'activité libérale en imposant une vacance du cabinet et qu'un choix de société s'impose donc probablement entre favoriser la pédiatrie ambulatoire et renforcer les services d'urgence puisque la densité pédiatrique est relativement faible dans notre pays et diminuera encore lorsque les effets du *numerus clausus* seront patents.

*Les missions de proximité et les missions de centre de référence d'un service universitaire* impliquent une répartition efficace des responsabilités entre les pédiatres généralistes et les surspécialistes. Les services de pédiatrie hospitalo-universitaires ne peuvent assurer des soins et un enseignement de haut niveau qu'en combinant à qualité égale pédiatrie générale, soins intensifs et surspécialités pédiatriques à tout moment. Ils peuvent d'autant moins se soustraire aux missions d'un hôpital de proximité qu'ils sont habituellement implantés dans de grandes agglomérations et sont confrontés aux besoins de populations en situations socio-éco-

nomiques difficiles. Les services d'enfants sont plus que jamais sollicités par des populations pour lesquelles l'hôpital est le lieu de premier recours pour les soins. Ce phénomène contraint les services pédiatriques à revoir la part dévolue à la pédiatrie générale sur le plan de l'accueil comme sur celui des moyens humains affectés à cette activité. C'est la pédiatrie générale qui doit être responsable des urgences, des consultations non programmées, de l'accueil indifférencié des patients. Elle doit attirer les médecins qui ont une vocation de limiers. Elle prend en charge l'exploration rapide de diverses situations pathologiques types. Elle facilite l'orientation vers les surspécialités selon des protocoles établis d'un commun accord et, réciproquement, apporte à ces surspécialités le point de vue plus global d'un pédiatre interniste. A la suite du développement de la pédiatrie universitaire en surspécialités, la pédiatrie générale a pu apparaître comme une "médecine de second rang". Il faut au contraire insister sur son rôle primordial et son organisation rationnelle. La disponibilité des surspécialistes vis-à-vis du service d'urgence comme de l'hospitalisation devrait être "à la demande", le recours à des techniques sophistiquées connues d'eux seuls étant de plus en plus souvent nécessaire y compris pour des évaluations fonctionnelles, et les possibilités de la médecine moderne ne permettant plus de justifier le report d'un examen important, le recours au spécialiste de médecine adulte ou l'abandon du patient dans un lit par l'importance de la qualité du sommeil du médecin compétent. Ce recours devrait être de plus en plus fréquent également du fait que la proportion de pathologies complexes augmente en raison de la disparition des pathologies classiques grâce aux différentes mesures préventives (épiglottite, rougeole, et probablement gastro-entérites et bronchiolites dans un futur relativement proche). Enfin, de plus en plus de patients atteints d'une pathologie chronique (mucoviscidose, cancer, diabète, cardiopathies,...) ont une vie prolongée voire quasi normale, et c'est au surspécialiste, par sa compétence et la confiance que les familles ont en lui, d'assurer l'accueil d'un malade en rechute ou présentant une complication aiguë. La même organisation concertée doit exister en aval dans les services d'hospitalisation. L'existence d'unités dévolues à une surspécialité pédiatrique est une notion dépassée. La plupart des malades requièrent l'avis concerté de plusieurs surspécialistes et de pédiatres généraux, que ce soit en soins banalisés ou en réanimation. Par ailleurs, la prise en charge des pathologies chroniques implique le recours fréquent à des formes

diverses d'hospitalisation. Il faut donc définitivement organiser les services pédiatriques par "ensembles d'hospitalisation partagés" comprenant des unités ouvertes à tous les spécialistes y compris aux internistes de l'enfant et regroupant des prises en charge de même type (adolescents, nourrissons, maladies chroniques,...), des structures d'hôpital de jour et de semaine, des structures d'accueil pour l'éducation aux soins, des structures de soins ambulatoires ou à domicile, et une unité de soins intensifs pédiatrique et néonatale assurant également les transports.

Les *soins aux adolescents* impliquent qu'un référent médical soit clairement identifié. Les "adolescents en souffrance" représentent jusqu'à 7 % des urgences adolescentes (5). La prise en charge des troubles psycho-comportementaux (50 % tentatives de suicide, 50 % troubles anxio-dépressifs) doit être immédiate et non différée au lendemain après une nuit d'hospitalisation : ces moments de crise sont fertiles à exploiter. Manquer cette opportunité, c'est s'exposer à repousser les vraies questions et préparer un refus de soins, une sortie contre avis médical, un nouveau passage aux urgences. Chaque année, un adolescent sur 10 est hospitalisé et, pour 2 %, au moins 3 fois/an. Il importe donc de savoir dans quelles conditions optimales l'hôpital peut être le vecteur effectif d'une approche à l'adresse des adolescents qui permette de défricher leurs réels besoins de santé et d'y répondre adéquatement. Il est toutefois clair qu'une structure propre à cette tranche d'âge ne peut pas "tout recevoir" et elle doit fixer elle-même au préalable ses propres limites.

Le *plan de désengorgement des services d'urgence* implique une amélioration des procédures de fonctionnement des urgences, afin d'accélérer les prises de décision. Ces procédures portent notamment sur l'élargissement des horaires des polycliniques notamment en soirée de façon à désengorger les services d'urgence. En effet, une partie importante des "consultations sans rendez-vous" aux urgences sont justifiées par la volonté de présence des deux parents lors de la consultation ou celle de ne pas interférer avec les horaires de travail et les horaires scolaires. C'est l'urgence qui doit s'alléger en aiguillant des patients vers la polyclinique et non cette dernière qui doit se débarrasser du surplus vers l'urgence. L'urgence qui fonctionne 24 heures sur 24 entre en contradiction avec ce qui est perçu comme un mode normal de fonctionnement pour le reste de l'hôpital. Un hôpital, un département ou un consultant ne peut plus se permettre d'offrir des services sur une plage horaire limitée, qui ne répond pas aux besoins communautaires.

La *prise en charge du relationnel* permet de rassurer les familles et d'éviter de nombreux conflits. Expliquer les pathologies, les examens complémentaires et leur utilité, mais aussi le fonctionnement du service fait partie intégrante de la mission du médecin aux urgences. Chaque soignant doit comprendre l'importance de l'écoute du malade et des efforts pour répondre à l'attente de la famille, et doit être formé à devenir "acteur à la communication". Cette communication est d'ailleurs en partie une obligation légale quand le consentement éclairé du patient est requis. Un cas particulier est la confrontation avec d'autres cultures. Celle-ci commence au sein du service d'urgence : 75 % des familles "culturellement différentes" utilisent ce service en premier recours. Le poids relatif des consultations sans rendez-vous est très important alors que celui des urgences ressenties est plus faible. Le délai de consultation après le début du symptôme est nettement plus long (12 heures *versus* 6 heures pour une famille européenne pour un pic fébrile, 24 heures contre 4 heures pour la diarrhée,...), mais les enquêtes sociales démontrent les difficultés d'accès aux urgences de ces familles qui attendent souvent la disponibilité du père pour le transport de l'enfant. Les difficultés d'évaluation des données de l'anamnèse, l'absence de garantie de la compréhension et du suivi d'une prescription thérapeutique ne pourront être contrôlées que par la disponibilité de médiateurs socioculturels pour les services d'urgence. Cette organisation est difficile à mettre en œuvre car ces familles consultent essentiellement le soir et le week-end. La mise à disposition d'un médiateur culturel permettrait toutefois une meilleure qualité des soins pour ces patients, éviterait de nombreuses hospitalisations à visée sociale et, surtout, seraient l'occasion d'informations élémentaires d'éducation préventive et de repérage de situations à risque.

Un *service spécifique pour les conseils téléphoniques* doit être instauré. Même si les implications médico-légales ne sont pas bien définies, il est clair que la responsabilité du service peut être engagée (20). Il n'est pas sûr que les urgences soient les structures les plus aptes à offrir cette prestation, compte tenu de leur mode de fonctionnement et de la faible séniorisation, et certains hôpitaux ont d'ailleurs développé un service spécifique. Le conseil téléphonique doit être enseigné, donné selon des protocoles établis, noté dans un registre ou mieux, enregistré sur bande magnétique, et associé à une démarche de contrôle de qualité.

Une *formation médicale continue* doit être organisée. Les études actuelles ne préparent pas

suffisamment à la prise en charge des urgences pédiatriques vraies et de la pathologie rencontrée en consultation. Les responsables de l'accueil de l'urgence pédiatrique devraient avoir une formation spécifique, disposer de fiches décrivant la prise en charge des pathologies classiques et bénéficier de mises à jour régulières de leur connaissance. Il est également important de rédiger des protocoles de prise en charge diagnostique et thérapeutique pour les maladies courantes. Les objectifs de ces protocoles internes sont l'amélioration de la qualité des soins, l'homogénéité de la prise en charge et la diminution du risque d'erreur médicale ou paramédicale.

Le développement d'un service d'urgence ambulatoire, ouvert en soirée et le week-end, pourrait être une avancée majeure pour soulager le fonctionnement des services d'urgence pédiatriques. Il serait chargé de prendre en charge les consultations banales et la plupart des urgences ressenties, le service d'urgence classique pouvant alors se concentrer sur la prise en charge des cas plus complexes. Une telle interactivité n'est bien sûr possible que si les deux structures sont contiguës. Ce service d'urgence ambulatoire pédiatrique doit être géré par des médecins hospitaliers ayant une activité de pédiatrie générale, des pédiatres libéraux et des omnipraticiens ayant une bonne expérience de la médecine de l'enfant. Une telle organisation répondrait aux aspirations de chacun. Le patient pourrait se présenter dans cette structure de soins ambulatoires à toute heure, sans crainte de ne pas bénéficier immédiatement d'une prise en charge complète si des examens complémentaires sont nécessaires. L'organisation de la médecine de première ligne dans de telles structures serait probablement plus facile (service téléphonique, rôle de garde, collaboration avec le plateau technique et le service d'urgence de l'hôpital,...) et le médecin ambulatoire pourrait y travailler en toute sécurité physique et médico-légale. Le médecin hospitalier pourrait se consacrer à sa véritable mission et le service de tri pourrait réorienter les enfants présentant *a priori* une pathologie bénigne vers le service d'urgence ambulatoire, collaboration qui n'est réellement possible que si la structure se trouve au sein ou à proximité immédiate de l'hôpital.

## CONCLUSION

L'afflux des entrées dans les services d'accueil des urgences pédiatriques est devenu un problème majeur. Il n'y a certainement pas de réponse simple à l'inflation des urgences. C'est probablement un ensemble de mesures adaptées au contexte local qui devrait permettre aux

urgences, si on leur donne les moyens humains et financiers, de mieux répondre à leur mission.

La demande de consultations pédiatriques en urgence témoigne de la survenue d'un événement inhabituel inquiétant aux yeux des parents, parfois d'une réelle menace vitale mais le plus souvent, de la soudaine intolérance familiale ou de l'enfant vis-à-vis d'une situation ancienne dont l'existence perturbe la vie quotidienne sur le plan affectif, social ou ludique. Le caractère urgent de la demande est souvent lié aux horaires et emploi du temps des familles mais témoigne parfois aussi d'un comportement de consommateur.

L'hospitalocentrisme est donc devenu un réflexe social et les services d'urgence doivent être perçus comme un filet de sécurité sanitaire pour la population. Quand une famille perçoit dans un problème aigu une menace pour la santé d'un enfant, il doit avoir confiance que ce problème puisse être effectivement pris en charge dans ce lieu qu'on nomme "urgence". Celle-ci doit donc intégrer, au cœur de sa mission, une approche-patient forte, partagée, bien implantée et crédible. De même, le discours doit être adapté à cette réalité et il faut cesser de culpabiliser le patient pour les choix qu'il fait d'une manière qu'il croit juste en ce qui concerne sa santé. La mission de l'urgence peut alors être redéfinie comme le filet de sécurité sanitaire de la population intégré à la fois au réseau de soins de la communauté et à l'hôpital comme plaque tournante et principale porte d'entrée. Elle peut alors fournir à chaque individu qui se présente pour un problème bio-psycho-social aigu les services requis par sa condition. Ces services, rendus dans un délai approprié, par une équipe de professionnels voués à leur tâche s'appuyant sur des moyens adéquats, comprennent la priorisation, l'évaluation, la stabilisation, le traitement puis, le cas échéant, l'orientation vers les ressources les plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi.

## RÉFÉRENCES

1. Zimmerman DR, Allegra JR, Cody RP.— The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments. *Pediatr Emerg Care*, 1998, **14**, 112-115.
2. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, et al.— L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Péd*, 1999, **6**, suppl. II, s454-s456.
3. Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J.— L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales "un jour donné". *Arch Péd*, 1997, **4**, 21-26.
4. Pedespan L, Husser J, Llanas B, Pillet P.— Portraits d'une salle d'attente aux urgences pédiatriques. *Arch Péd*, 2001, **8**, suppl. II, s559.

5. Boudailliez B, Perrin I, Alvin P.— Les adolescents aux urgences hospitalières : usage et messages. *Arch Péd*, 2001, **8**, suppl. II, s476-s478.
6. Ziv A, Boulet JR, Slap GB.— Emergency department utilization by adolescents in the United States. *Pediatrics*, 1998, **101**, 987-994.
7. Alfaro C, Brodin M, Lombrail P, et al.— Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Ile-de-France. *Arch Fr Pédiatr*, 1992, **49**, 785-791.
8. Bouloche J, Guibert L, Godde F, et al.— Les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre. *Arch Pédiatr*, 1995, **2**, 601-602.
9. Kini NM, Strait RT.— Nonurgent use of the pediatric emergency department during the day. *Pediatr Emerg Care*, 1998, **14**, 19-21.
10. Reynolds S, Desguin B, Uyeda A, Davis AT.— Children with chronic conditions in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 1996, **12**, 166-168.
11. Yamamoto LG, Zimmerman KR, Butts RJ, et al.— Characteristics of frequent pediatric emergency department users. *Pediatr Emerg Care*, 1995, **11**, 340-346.
12. Lombrail P, Alfaro C, Vitoux-Brot C, et al.— Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique. *Arch Fr Pédiatr*, 1993, **50**, 313-317.
13. Diekema DS, Del Beccaro MA, Cummings P, Quan L.— Physician parents and utilization of a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 1996, **12**, 400-403.
14. Dorkenoo A, Hue V, Dron E, et al.— Evaluation du caractère approprié de l'admission aux urgences pédiatriques : comparaison de deux critères. *Arch Péd*, 2001, **8**, suppl. II, s559.
15. Chande VT, Krug SE, Warm EF.— Pediatric emergency department utilization habits: a consumer survey. *Pediatr Emerg Care*, 1996, **12**, 27-30.
16. Halfon N, Newacheck PW, Wood DL, St-Peter RF.— Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics*, 1996, **98**, 28-34.
17. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care. *Am.J.Emerg.Med.* 1997, **15**, 133-136.
18. Bergeron S, Gouin S, Bailey B, Patel H.— Comparaison de l'attribution d'un niveau de triage pédiatrique entre les infirmiers et les médecins urgentistes. *Arch Péd*, 2001, **8**, suppl. II, s560.
19. Martineau O, Hue V, Chartier A, et al.— Evaluation de l'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques. *Arch Péd*, 2002, **9**, suppl. II, 307s.
20. Carbajal R, Barthez P, Viala J, et al.— Evaluation des demandes de conseils téléphoniques pédiatriques dans un service d'urgences. *Arch Pédiatr*, 1996, **3**, 959-963.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr M. Massin, Cardiologie Pédiatrique, CHR de la Citadelle, Boulevard du 12<sup>e</sup> de Ligne, 1, 4000 Liège.