

confortant des professionnels dans l'impression qu'ils n'ont aucune responsabilité et sont dans une totale incapacité à proposer et à agir ;

- ou, avec discernement, faire la part de ce qui relève de l'État (les revendications n'en sont que plus pertinentes) et de ce qui dépend directement de leurs propres capacités de professionnels à résoudre leurs problèmes, en s'engageant à améliorer leur organisation.

Pour améliorer la gestion des flux, nous devons agir sur les points suivants :

- Poursuivre l'effort engagé en développant de nouvelles structures d'accueil : plus spacieuses, plus confortables, avec des agents d'accueil, des médiateurs... et pas seulement plus de médecins.

- L'organisation interne des établissements sièges de services d'urgences, sous la responsabilité du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, doit prendre en compte les indicateurs d'activité des urgences, pour programmer les activités d'hospitalisation, chirurgicales, d'exams d'imagerie... Une véritable volonté doit s'afficher davantage que des déclarations de bonnes intentions.

- L'organisation des services d'urgences : l'effort pour renforcer les effectifs d'équipes en difficulté doit se poursuivre, mais il faut « optimiser le temps médical », avec de nouvelles organisations : modification des plages horaires médicales en fonction des pics d'activité, « mutualisation » des médecins du Smur (en dehors de leurs interventions) pour renforcer l'équipe des urgences. La constitution d'équipes médicales communes Samu/Smur/Urgences dans un même établissement, voire interétablissements, autorise cette mise en commun des moyens, et augmente donc le temps médical disponible pour le service d'urgences. Par ailleurs, il faut organiser dans nos services une répartition des flux en fonction de la durée prévisible de prise en charge des patients (prise

en charge « courte » : malades relevant de la permanence des soins, traumatologie sans gravité..., une autre pour les patients qui seront probablement hospitalisés ou pour ceux dont la durée de prise en charge estimée, dès l'accueil, sera plus longue, et une autre, bien sûr, spécifiquement réservée aux patients graves...) On peut ainsi légitimement espérer une diminution globale du délai d'attente.

- L'évaluation de nos pratiques cliniques doit rester un objectif essentiel pour répondre aux objectifs de performances diagnostiques et thérapeutiques, et améliorer la gestion des flux (nos collègues nord-américains affichent une durée de passage inférieure à 4 heures pour 33 % des patients admis, et ceux de Grande-Bretagne pour 77 %...). Cette évaluation doit nous conduire, afin de maintenir un bon niveau de pratiques, vers la formation continue bien sûr, mais aussi, et surtout, nous engager à participer à des séances d'entraînement, à des exercices de simulation (stages de pratiques, mannequins...).

Nous finissons de traverser actuellement une période relativement favorable, avoir du soleil pendant les vacances (sans canicule...), et des ressources supplémentaires pour renforcer nos équipes en difficulté... Et pourtant, certaines déclarations sous-entendent des discours catastrophistes sur le devenir de nos services d'urgences...

Tâchons de préserver autant que possible un acquis essentiel : la confiance de nos concitoyens dans nos services d'urgences, car elle est précieuse, et que l'on cesse de croire que tout peut nous être accordé... Laissons de côté cette crédulité et continuons à nous « retrousser les manches » avec tous nos collègues hospitaliers pour être prêts à répondre aux besoins de la population dans le domaine de la médecine d'urgences. 🇫🇷

Urgences pédiatriques Quelles spécificités ?

Un quart des urgences en France sont des urgences pédiatriques [9]. Les nourrissons de moins de 1 an ont recours aux urgences trois fois plus souvent que la population générale. Les moins de 6 ans représentent la moitié de la population pédiatrique vue en urgence. Ces quelques chiffres attestent du poids de la pédiatrie dans l'urgence et la demande de soins en urgence.

Les particularités liées à l'âge des patients, aux pathologies rencontrées, aux nombreuses demandes imposent une organisation spécifique de la prise en charge des situations urgentes en pédiatrie. Autre spécificité, l'urgence en pédiatrie concerne un trio : une

équipe médicale, un enfant et ses parents. Elle est toujours pour une famille une situation traumatisante et la qualité de l'accueil, la gestion de la souffrance physique et morale et la capacité à partager les informations doivent être des soucis permanents.

Spécificités organisationnelles

La circulaire Dhos/SDO du 20 mai 2003 établit une reconnaissance des urgences pédiatriques [16]. Elle pose comme préambule : « *les enfants¹ ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, et en*

1. Enfant ou adolescent de moins de 18 ans.

Pascal Le Roux
Pédiatre, chef du
Service des urgences
pédiatriques, groupe
hospitalier Le Havre

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 68.



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

particulier aux urgences, par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants». Elle définit trois niveaux d'intervention des établissements de santé en fonction de leurs moyens pédiatriques :

- établissement ne disposant pas de service de pédiatrie,

- établissement disposant d'un service de pédiatrie

- et établissement disposant de l'ensemble des ressources (service de pédiatrie médical et chirurgical, réanimation pédiatrique). Ce troisième niveau est souvent reconnu comme Posu² pédiatrique selon la nomenclature actuelle. Il fait l'objet de recommandations sur la prise en charge des urgences vitales et les caractéristiques des salles de « déchocage » [10].

Les projets modifiant les décrets relatifs à l'accueil et aux traitements des urgences intègrent cette hiérarchisation. Les exigences en termes de filière de soins, de locaux adaptés et individualisés ainsi que d'accueil des familles sont reconnues.

Les données démographiques concernant les pédiatres [26] et les chirurgiens pédiatres rendent indispensable une organisation intelligente en réseau avec les structures accueillant des adultes selon les particularités géographiques. Ce maillage en réseau est à établir dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) dans ses parties pédiatrie et urgences, grâce aux contrats relais (protocoles et procédures communes de prises en charge, évaluation des pratiques,...).

La création d'unités d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques n'est réalisable que dans les grandes structures pédiatriques disposant d'effectifs médicaux et paramédicaux suffisants. Les travaux menés par le Colpège (Collège des pédiatres des hôpitaux généraux) montrent que, même sans individualisation d'unité fonctionnelle dédiée à l'urgence, la totalité des services de pédiatrie des hôpitaux généraux accueillent les urgences médicales en leur sein dans des locaux spécifiques ; pour les urgences chirurgicales, les prises en charge sont variables.

La circulaire de 2003 intègre l'accueil des « adolescents en crise ». Des organisations doivent être établies avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour permettre une réponse spécifique dans les situations d'urgence en santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. Pour les situations de maltraitance et de sévices sexuels chez les mineurs, l'accueil dans les services de pédiatrie doit être organisé pour la réalisation des soins, l'élaboration des procédures médico-légales et l'hospitalisation dans les meilleures conditions.

Cette organisation planifiée n'exclut pas le rôle important de la médecine libérale. Une enquête « un jour donné », menée à Lyon, a montré que si les structures hospitalières reçoivent 6 à 18 % des consultations non programmées, les généralistes en assurent 65 à 74 % et les pédiatres libéraux 10 à 18 % [29]³. À ce titre, l'enseignement de la pédiatrie en situation d'urgence est à développer dans les cursus universitaires des

2. Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences.

3. Cette répartition ne recouvre cependant pas exactement celle des demandes de soins urgents puisqu'elle prend en compte toutes les consultations non prévues 24 heures à l'avance. Par ailleurs, Lyon a la spécificité d'avoir une garde pédiatrique libérale structurée.

figure 1

Moyenne horaire des passages sur un an au service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre (29 240 passages en 2003)

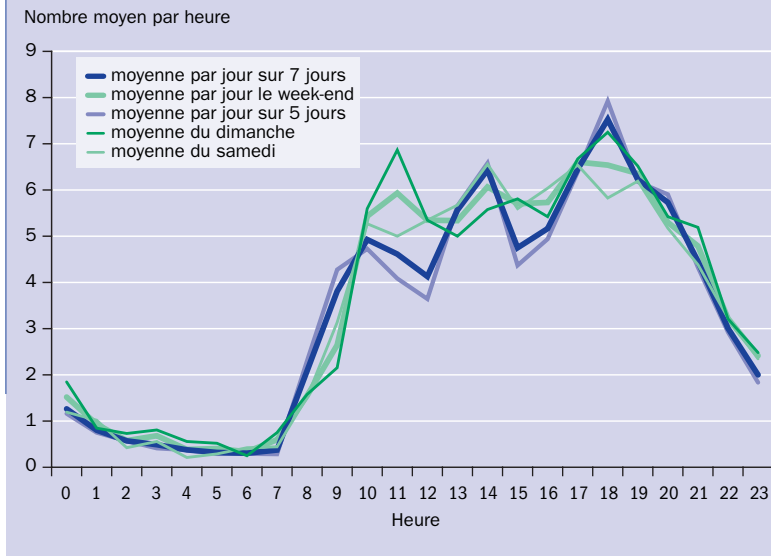
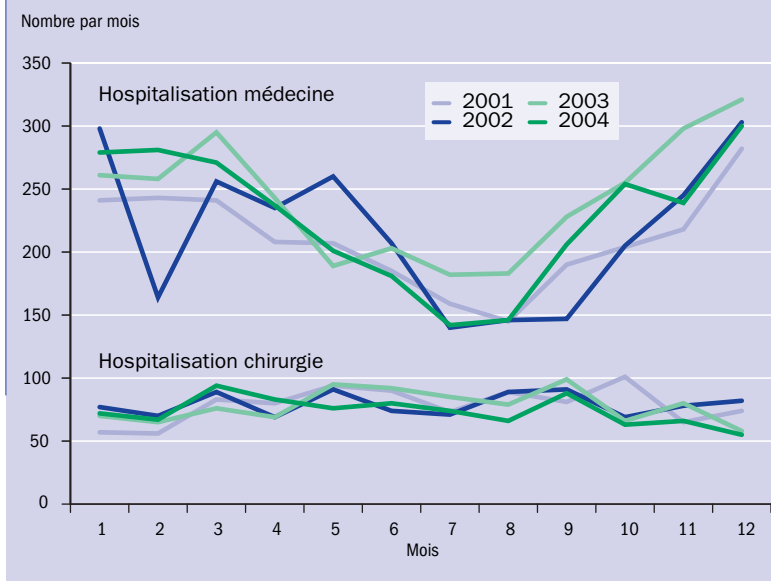


figure 2

Détail des hospitalisations médecine, chirurgie, service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre



futurs médecins généralistes à l'instar de ce qu'ont fait nos voisins québécois.

Demandes de soins et motifs

Les demandes de soins urgentes qui parviennent à l'hôpital se répartissent entre urgence réelle (ou ressentie) et mauvaise utilisation de l'offre de soins. Les services d'accueil et d'urgences pédiatriques sont désorganisés par les demandes de consultation, le soir, de parents après leur travail. Les faibles taux d'hospitalisation, inférieurs à 20 %, et même à 10 % chez les plus de 6 ans, montrent l'inadéquation de nombreux recours à l'hôpital [9]. En atteste également la faible part (5 %) chez les moins de 15 ans des situations classées 3 à 5⁴ dans la classification clinique des malades des urgences. Le recours direct aux services d'urgences est très fréquent (80 % des cas) tandis que l'adressage par un médecin est rare ; il est alors souvent suivi d'une hospitalisation [9]. De notre expérience, la mise en place des maisons médicales de garde élargit l'offre de soins mais ne « désengorge » pas les structures hospitalières. Il serait utile que les pédiatres participent aux comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins pour aider à la résolution de ce problème.

L'angoisse parentale représente environ un quart des motifs évoqués en premier lors de l'arrivée aux urgences [9, 29]. Elle est également un motif important de consultations téléphoniques en urgence [23]. Dans notre expérience, les demandes pour les moins de 1 mois sont surreprésentées par rapport à l'ensemble des moins de 6 ans. Elles ont lieu aux heures ouvrables des médecins libéraux et concernent souvent des questions de puériculture (conduite à tenir lors des difficultés d'allaitement, en cas de pleurs, définition du transit normal, de la température normale,...). À ce titre, les informations données en maternité sont essentielles. La diminution annoncée des durées de séjour des mères en maternité nécessite des actions de prévention fortes et coordonnées avec les pédiatres libéraux, les médecins généralistes, sans oublier les services de protection maternelle et infantile.

Chez les moins de 2 ans, les variations saisonnières des passages aux urgences sont liées aux pathologies virales respiratoires et digestives (bronchiolites, gastro-entérites). L'importance numérique de ces affections a conduit les services de pédiatrie à organiser des lits supplémentaires l'hiver et à favoriser la création de permanences de kinésithérapeutes libéraux en fin de semaine en période hivernale.

La fièvre est une situation clinique délicate et très fréquente chez les nourrissons aux urgences ; elle appelle un diagnostic précis et rapide et nécessite une bonne information des familles sur sa prise en charge.

Les douleurs abdominales représentent 15 à 20 % des motifs de consultation en urgence, pour lesquels


il importe de différencier pathologie chirurgicale (ex : appendicite) et cause médicale organique ou psychologique.

Chez les jeunes enfants, les accidents de la vie courante peuvent représenter jusqu'à 45 % de l'activité des services d'urgences médico-chirurgicales pédiatriques, *versus* environ 15 % chez les adultes. Parmi eux, les morsures d'animaux domestiques sont une préoccupation majeure, car quotidienne, et souvent lourde de conséquences fonctionnelles et esthétiques. Les services d'urgences jouent un rôle de sentinelle concernant les accidents de la vie courante pour l'Institut de veille sanitaire qui réalise en continu une surveillance de ces motifs de consultation (enquête EPAC, www.invs.fr). Ce travail permet l'élaboration de campagnes de prévention comme celle sur le port du casque et de protections pour la pratique de sports type rollers.

Chez les plus de 6 ans, les motifs de consultation en urgence sont majoritairement liés à la traumatologie, dont la prise en charge doit tenir compte des spécificités liées à la croissance de ces enfants. La pathologie infectieuse reste présente ; les pédiatres participent aux campagnes sur le bon usage des antibiotiques avec, par exemple, l'utilisation des tests de diagnostic rapide dans les angines.

En urgence, comme face à toute demande de soins, le pédiatre reste économe des examens complémentaires potentiellement source de douleurs pour l'enfant. La prise en charge de la douleur reste une priorité forte. De la même façon, le pédiatre prenant en charge un enfant ou un adolescent aura systématiquement un regard de surveillance sur le développement statur pondéral (dépistage de la surcharge pondérale), le calendrier vaccinal, les éventuels troubles comportementaux et scolaires évoqués par les parents et, si besoin, l'orientera vers son pédiatre référent et/ou la structure adaptée. Il s'attachera également à repérer les situations d'enfants en danger ou de maltraitance⁵ (vigilance accrue lors des consultations répétées quel que soit le motif).

Conclusion

L'urgence pédiatrique présente des spécificités dans l'organisation des soins et dans la pathologie rencontrée notamment du fait de sa dimension triangulaire enfant-parents-pédiatres et soignants formés à la pédiatrie. La mise en place des Sros de troisième génération fournit l'opportunité d'établir un maillage constructif et harmonieux au profit des enfants et adolescents en demande de soins en urgence. Quoi qu'il arrive, la situation de consultation non programmée doit systématiquement être mise à profit pour vérifier les paramètres de la santé de l'enfant (croissance, vaccinations, scolarité, harmonie familiale). 

5. Conférence de consensus organisée par la Société française de pédiatrie et la Société francophone de médecine d'urgences.

4. États graves ou susceptibles de s'aggraver.