

**OBSERVATIONS ET REFLEXIONS SUR LA GESTION DES URGENCES
PEDIATRIQUES EN Belgique :**

RESULTATS DE L'ENQUÊTE DU G.B.P.F.

Martial MASSIN¹, Philippe LEPAGE¹, Pierre BAUCHE²

Département Universitaire de Pédiatrie¹, CHR Citadelle, ULg.

**Pédiatre libéral², Secrétaire scientifique du Groupement Belge des Pédiatres
Francophones.**

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 que ceux-ci 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 brièvement un état des lieux et décrit les objectifs à atteindre pour améliorer la situation. Dans un deuxième volet sont proposées les pistes à explorer pour atteindre ces objectifs en tenant compte de l'opinion des

pédiatres du Groupement Belge des Pédiatres Francophones (GBPF) grâce à l'analyse de leurs réponses à un questionnaire qui leur a été récemment soumis.

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. 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. 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.

QUESTIONNAIRES AUX PEDIATRES

Le secrétaire scientifique du Groupement Belge des Pédiatres Francophones (GBPF) a, en avril 2002, envoyé à tous les pédiatres francophones un questionnaire, dit Q1, sur le thème des soins urgents et des services d'urgence en pédiatrie en même temps que l'invitation à la réunion scientifique de printemps de ce groupement puis a recueilli les réponses par retour de courrier. La réunion traitant de ce thème, une forme simplifiée de ce questionnaire, dite Q2, a été distribuée à l'issue des conférences. Celui-ci a permis de récolter des avis supplémentaires mais aussi de noter une éventuelle évolution des opinions après qu'une information actualisée sur le sujet a été délivrée. Les réponses au questionnaire seront analysées dans la deuxième partie de cet article, les réponses les plus importantes étant également résumées dans les tableaux I, II et III.

136 pédiatres ont collaboré à l'enquête : 75 n'ont répondu qu'au premier questionnaire, 25 n'ont répondu qu'au second, et 36 ont répondu aux deux questionnaires. Le panel était représentatif puisqu'on dénombrait 48 pédiatres ambulatoires (groupe I), 49 pédiatres ayant une activité à la fois ambulatoire et hospitalière (groupe II), 26 pédiatres universitaires ou exerçant dans un service universitaire (groupe III) et 13 pédiatres travaillant exclusivement dans une institution hospitalière non universitaire (groupe IV).

Les pédiatres ayant une activité hospitalière (groupes II, III, IV) ont répondu à la partie du premier questionnaire portant sur la qualité de leur travail dans les services d'urgence. Il s'avère que 67% d'entre eux sont insatisfaits de leur activité dans cette structure (19/32 dans G2, 18/22 dans G3 et 8/13 dans G4), notamment parce qu'ils pensent ne pas pouvoir assurer des soins optimaux durant les périodes d'affluence (53%) (18/32 dans G2, 12/22 dans G3 et 6/13 dans G4) et ne pas bénéficier d'une sécurité médico-légale suffisante (69%) (23/33 dans G2, 15/22 dans G3 et 9/13 dans G4). 22% d'entre eux ont d'ailleurs déjà été confrontés à une plainte juridique dans le cadre de cette activité (6/34 dans G2, 3/23 dans G3 et 4/13 dans G4).

Par ailleurs, les observations font penser qu'on s'oriente inexorablement par une volonté du public vers une sorte d'hospitalocentrisme. Une majorité des pédiatres (respectivement 66, 72, 60 et 67% dans les groupes I à IV) (Tableau III) pense toutefois que ce phénomène n'est pas irrémédiable. Comme nous le verrons plus loin dans l'analyse du questionnaire, nombreux sont ceux qui sont prêts à contribuer au développement de solutions alternatives. En plus de la réorganisation des services d'urgence pédiatriques, on peut donc raisonnablement envisager simultanément des solutions de régulation du flux des patients en amont de l'hôpital.

LA REGULATION DU FLUX EN AMONT DE L'HOPITAL

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'exams 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. 77% des pédiatres pensent que cette méthode pourrait être efficace (28/36 en G1, 27/36 en G2, 17/23 en G3 et 10/12 en G4) et se disent prêts à participer à de telles campagnes (22/34 en G1, 28/36 en G2, 16/23 en G3, 9/11 en G4). 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,...).

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. 75% des pédiatres des groupes I et II souhaitent assurer cette médecine de première ligne pour les enfants aux côtés des médecins généralistes, en participant à un rôle de garde extrahospitalière avec des confrères de leur région.

REGULATION DU FLUX A L'ACCUEIL DES SERVICES D'URGENCE

La moitié des pédiatres pense qu'il faut limiter l'accès aux services d'urgence. Cette opinion se retrouve dans tous les groupes (52% dans le groupe I, 55% dans le groupe II, 63% dans le groupe III et 50% dans le groupe IV).

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. Augmenter fortement le prix de la consultation aux urgences est prôné par la moitié des pédiatres (50,4%). La perception systématique des honoraires à l'admission est également envisageable et est proposée par une large majorité des pédiatres (84,7%).

LA MEILLEURE ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE PEDIATRIQUES

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. 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 pédiatres hospitaliers (groupes II, III, IV) souhaitent intégrer des pédiatres ambulatoires (92,7%) et des médecins généralistes porteurs d'un BMA avec formation pédiatrique complémentaire (76,2%) à l'activité des services d'urgence. Les pédiatres ambulatoires sont opposés à l'intégration d'omnipraticiens (25,6% seulement y sont favorables) et l'information qu'ils ont reçues lors de la réunion scientifique sur la pratique du BMA n'a en rien modifié leur opinion. On notera toutefois que par ailleurs la moitié d'entre eux (45,5%) seulement accepterait de participer à l'activité des services d'urgence, sous réserve la plupart du temps d'un salaire significatif, d'un nombre de

gardes très limité et de la présence simultanée d'un pédiatre hospitalier. 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.

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 policliniques 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. Près de deux-tiers (61%) des pédiatres hospitaliers (groupes II, III, IV) seraient favorables à des horaires de travail plus souples et accepteraient de faire des consultations certains soirs.

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.

TABLEAU I - RESUME DES PRINCIPALES REPONSES DES PEDIATRES AMBULATOIRES (GROUPE I) AUX QUESTIONNAIRES DU GBPF.

QUESTIONS POSEES	QUESTIONNAIRE	REPONSES
Faut-il réglementer l'accès aux services d'urgence ?	Q1	13 oui / 14 non
	Q1+Q2	4 oui / 6 non à Q1 6 oui / 4 non à Q2
	Q2	6 oui / 5 non
Faut-il augmenter le prix de la consultation aux urgences?	Q1	13 oui / 14 non
	Q1 + Q2	7 oui / 2 non à Q1 4 oui / 5 non à Q2
	Q2	6 oui / 5 non
Faut-il percevoir les honoraires aux urgences?	Q2	16 oui / 3 non
Accepteriez-vous de participer aux gardes d'urgence?	Q1	9 oui / 14 non
	Q1 + Q2	2 oui / 8 non à Q1 5 oui / 5 non à Q2
	Q2	7 oui / 4 non
Faut-il intégrer des généralistes avec BMA aux gardes d'urgence?	Q1	4 oui / 15 non
	Q1 + Q2	2 oui / 7 non à Q1 3 oui / 6 non à Q2
	Q2	3 oui / 8 non
Participeriez-vous à un système de garde extrahospitalière?	Q1	17 oui / 6 non
	Q1 + Q2	7 oui / 3 non à Q1 7 oui / 3 non à Q2
	Q2	9 oui / 2 non

TABLEAU II - RESUME DES PRINCIPALES REPONSES DES PEDIATRES HOSPITALIERS OU MIXTES (GROUPES II à IV) AUX QUESTIONNAIRES DU GBPF.

QUESTIONS POSEES	QUESTIONNAIRE	REPONSES
Faut-il réglementer l'accès aux services d'urgence ?	Q1	25 oui / 21 non
	Q1+Q2	16 oui / 8 non à Q1 16 oui / 8 non à Q2
	Q2	6 oui / 7 non

Faut-il augmenter le prix de la consultation aux urgences?	Q1	25 oui / 23 non
	Q1 + Q2	12 oui / 13 non à Q1 13 oui / 12 non à Q2
	Q2	8 oui / 7 non
Faut-il percevoir les honoraires aux urgences?	Q2	34 oui / 6 non
Faut-il intégrer des pédiatres ambulatoires aux gardes d'urgence?	Q1	40 oui / 4 non
	Q1 + Q2	26 oui / 0 non à Q1 26 oui / 0 non à Q2
	Q2	10 oui / 2 non
Faut-il intégrer des généralistes avec BMA aux gardes d'urgence?	Q1	35 oui / 11 non
	Q1 + Q2	19 oui / 7 non à Q1 20 oui / 6 non à Q2
	Q2	9 oui / 3 non

TABLEAU III - L'HOSPITALOCENTRISME EST-IL IRREMEDIALABLE ?

QUESTIONNAIRE	G1	G2	G3	G4
Q1	10oui/15non	7oui/16non	4oui/14non	1oui/5non
Q1 + Q2	2oui /8non	3oui/10non	6oui/1non	3oui/3non
	puis 4oui/6non	puis 2oui/11non	puis 6oui/1non	puis 4oui/2non
Q2	3oui/8non	5oui/8non	1oui/0non	-