

Urgences ORL pédiatriques : une inquiétude familiale, des réponses territoriales

*Pediatric otorhinolaryngology emergencies:
family concerns, territorial responses*



Dr Yves Manach

*Ancien responsable de la grande garde
d'ORL pédiatrique de Paris, hôpital
Necker-Enfants malades, AP-HP, Paris.*

Le terme d'urgence est fourre-tout : s'il est formulé par la famille, un tri est nécessaire ; s'il est formulé par un médecin, l'urgence requiert une disponibilité en personnel et parfois en moyens techniques.

Libérons-nous de deux urgences qui risquent de troubler notre approche :

- l'enfant qui, après un syndrome de pénétration, conserve une gêne ventilatoire ; l'angoisse générée par la dyspnée persistante et son exemplarité dans le domaine des urgences font que la famille appelle au secours le 15 ou le 18 qui mettra en route la prise en charge optimale en fonction de la situation géographique de l'enfant ; la logistique est assurée ;
- l'urgence vasculaire, ici hémorragique (alors que chez l'adulte elle est le plus souvent obstructive) survient essentiellement après une amygdalectomie ; les consignes de surveillance postopératoires indiquent le chemin à suivre.

Rappelons-nous également que 20 à 60 % de la pathologie ORL pédiatrique est prise en charge par le médecin traitant ou le pédiatre, pourcentage dépendant de la disponibilité ou de l'éloignement du médecin ORL ; il en est de même pour les urgences ressenties.

Face à une urgence ressentie et en dehors des heures ouvrables, la famille, après s'être heurtée au répondeur téléphonique du médecin traitant, du pédiatre ou de l'ORL, se rendra en premier lieu intuitivement :

- aux urgences de l'hôpital de proximité qu'elle connaît, où l'enfant sera pris en charge. Si un geste technique est requis sans nécessiter d'hospitalisation et que cet hôpital possède un service ORL insuffisamment étoffé pour l'organisation d'une garde, ce geste pourra y être réalisé le lendemain aux heures ouvrables ;
- si l'urgence nécessite une hospitalisation, la famille devra se rendre dans un hôpital doté d'un secteur pédiatrique et d'une garde ORL.

Entre les milieux urbain et rural, deux différences pratiques : en milieu urbain, il peut exister une association de médecins libéraux de garde assurant des visites à domicile tout à fait performantes pour la prise en charge de l'enfant, ou si besoin son orientation ; en milieu

rural, moins de la moitié des départements bénéficient d'un hôpital avec urgences pédiatriques et garde ORL, ce qui peut conduire, pour les urgences ORL les plus sévères, à des déplacements de 60 à 80 km supplémentaires vers un département voisin...

Face au désarroi familial et pour prévenir son errance, l'outil d'orientation le plus performant, surtout en milieu rural, est l'appel au 15, seul central téléphonique actualisant le maillage de médecine générale du département et celui de sa garde. Ainsi, après évaluation téléphonique de la situation de l'enfant, le 15, revenant à ses fonctions d'origine, orientera au mieux la famille vers le médecin généraliste ou la maison de santé de garde, ou vers l'une des structures sus-décrites. Les vraies urgences nécessitent un examen calme, bien souvent la prescription d'examen complémentaires, avec l'attente de leurs résultats et une prise en charge thérapeutique plus réfléchie que précipitée. Si cette prise en charge est chirurgicale, elle est de fait réalisée le plus souvent le lendemain, aux heures ouvrables, désorganisant quelque peu le programme établi... Grandeur et servitude... L'acte chirurgical avec anesthésie générale nocturne est devenu rare.

En France, les urgences ORL – notamment pédiatriques – fonctionnent correctement mais en règle, les praticiens ORL qui les assument expriment un sentiment de fatalisme dont il faut veiller à prévenir l'accentuation. L'impérative évolution est pour le moment ailleurs, dans un meilleur maillage du territoire national, en particulier rural, en médecine générale ; pourquoi une maison de santé peut être un réel succès alors que celle qui lui est distante de 20 km peut rester sans médecin, au grand dam du conseil municipal qui en a assuré la construction ? En cette fin 2022, nous semblons nous orienter vers des mesures plus contraignantes : à suivre... C'est l'immobilisme qui serait dangereux.

Y. Manach déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef. Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique par les pairs, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors),
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.