

Évaluation de la réorganisation du dispositif de prise en charge des urgences pédiatriques deux ans après fermeture du service d'hospitalisation de pédiatrie

Fernanda Toffoletto Pinatti Stange

▶ **To cite this version:**

Fernanda Toffoletto Pinatti Stange. Évaluation de la réorganisation du dispositif de prise en charge des urgences pédiatriques deux ans après fermeture du service d'hospitalisation de pédiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932413

HAL Id: hal-01932413

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932413

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2018 N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mme Fernanda TOFFOLETTO PINATTI STANGE

Le 17 Janvier 2018

ÉVALUATION DE LA RÉORGANISATION DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES PÉDIATRIQUES DEUX ANS APRÈS FERMETURE DU SERVICE D'HOSPITALISATION DE PÉDIATRIE

Membres du jury :
Président :
M. le Professeur DI PATRIZIO Paolo
Juges :
M. le Professeur SCHWEITZER Cyril
M. le Docteur HAUTEMANIÈRE Alexis directeur
Mme le Professeur SIEGRIST Sophie
Mr le Docteur ABOTCHI Koffi

10 novembre 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL
– Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; addictologie)*
Professeur François PAILLÉ - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWÈGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'urgence)*
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)*
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio, PU-MG
Directeur du DMG et Coordonnateur local et régional du DES de Médecine Générale
Coordonnateur du DIU de remise à niveau en vue de l'exercice de la médecine générale

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Je vous remercie pour votre investissement, votre bienveillance et votre disponibilité.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Cyril Schweitzer
Chef du Pôle Enfants-Néonatalogie du CHRU de Nancy

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et l’expression de mon profond respect.

Au directeur de ce travail, Monsieur le Docteur Alexis Hautemanière
Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier
Docteur en Médecine, Santé Publique et Médecine Communautaire

Veuillez trouver ici ma profonde reconnaissance pour avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de votre confiance, de votre disponibilité et de votre bienveillance.
Merci de m'avoir fait l'honneur de bénéficier de votre expertise et de m'avoir prodigué vos conseils avisés.

Veuillez retrouver dans ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

À Mme le Professeur Sophie Siegrist
Professeur associé de Médecine Générale

Merci de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Koffi ABOTCHI
Chef de Service du Service d'Accueil des Urgences à l'hôpital de Mont-St-Martin

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.
Merci de m'avoir fait don de votre enseignement, de votre expérience et de votre sympathie pendant toutes ces années à l'hôpital de Mont-St-Martin. Votre accueil dans le Service des Urgences m'a permis d'évoluer en tant que personne et médecin et pour cela je vous suis sincèrement reconnaissante.

Retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

À ma famille

À mes parents et à mon frère, merci de me soutenir à chaque étape de ma vie, sans vous ce travail n'aurait jamais pu aboutir.
À ma petite chienne qui est partie pendant la rédaction de cette thèse, merci d'avoir été à mes côtés pendant toutes ces années d'études.

À mes grands-parents, mes tantes et oncles, mes cousines et cousins, merci pour votre soutien, même si vous êtes loin.

À mes amies et amis

Merci à mes amis-collègues d'avoir été à mes côtés pendant ces études, cela a été un plaisir de « grandir » à vos côtés.

Merci à mes amis-collègues-professeurs qui continuent de m'inspirer et de me pousser à donner toujours le meilleur de moi-même.

Merci à mes amis-collègues-soignants, vous qui continuez de m'inspirer avec votre dévotion au soin de la personne.

Merci à mes amis d'avant de continuer à me faire honneur de votre amitié, malgré les longues pauses entre les retrouvailles.

Merci à mes amis musiciens et mes amis-professeurs de musique pour votre soutien. La musique m'a permise de m'évader lorsque j'en avais besoin.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Index des figures 21
Index des tableaux 22
Liste des abréviations 23
INTRODUCTION 24
Première partie 26
Les particularités de la prise en charge des patients pédiatriques 26
I - La pédiatrie - Définition 27
II - Les droits des patients pédiatriques 27
III - La législation 28
1. Le statut de mineur - définition 28
2. L'autorité parentale et la loi sur la coparentalité 28
3. Le secret professionnel dans le cas du patient mineur (22) (23) 29
4. Le secret professionnel et la maltraitance 29
5. Notion d'actes usuels, actes non usuels et autorité parentale (23) 29
6. Prise en charge d'urgence vitale 30
IV - Les textes de recommandation de prise en charge des enfants et adolescents à l'Hôpital 30
1. Circulaire N° 83-24 DU 1er AOUT 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (13) 31
2. La charte de l'enfant hospitalisé (14) 31
V - Urgences pédiatriques et SROS 34
1. Avant le décret du 22 mai 2006 34
a. Établissements de santé accueillant les urgences pédiatriques, sans Service de Pédiatrie 35
b. Établissements de santé accueillant les urgences et disposant au moins d'un service de pédiatrie 35
c. Établissements de santé accueillant les urgences et disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique 36
2. Après le décret du 22 mai 2006 36
a. Les « structures d'urgence » (28) 36
b. Les groupements hospitaliers de territoire et l'accès aux centres de référence (33) 37
c. La prise en charge spécifique des urgences pédiatriques (34) 38
VI - L'Hôpital de Mont-St-Martin et les urgences pédiatriques 41

1. Historique de l'Hôpital de Mont-St-Martin 41
2. Généralités et chiffres clés (41) 41
3. Les plans sociaux 41
4. La démographie 42
a. L'évolution générale de la démographie en France (42) 42
1. Résumé de l'évolution de la démographie française de 1957 à 2016 (annexe I) 42
2. La fécondité en France (42) 44
b. Évolution de la démographie à Mont-St-Martin (43) 45
1. Les causes du ralentissement de la croissance démographique 46
2. L'évolution démographique et le nombre de passages aux Urgences 47
VII - La fermeture du Service de Pédiatrie 48
1. Résistance 48
2. Conséquences attendues et craintes 48
3. Préparation à la fermeture - Conventions signées 48
4. Collaboration entre SAU et Service de Pédiatrie AVANT fermeture 51
5. Réorganisation des soins 51
6. Protocoles médicaux d'urgences pédiatriques actualisés 51
VIII - Prise en charge des urgences pédiatriques après fermeture du Service de Pédiatrie 52
1. Avis et consultation pédiatrique aux Urgences 52
2. Reconvocation en consultation pédiatrique 53
3. Transfert en Hospitalisation 53
4. Particularités du transfert en Belgique à Arlon 54
5. Indication chirurgicale 55
5.1. Transfert pour hospitalisation chirurgicale sur un autre hôpital 55
6. Modalités de transfert 55
Deuxième Partie 56
Chapitre Étude 56
I - État des lieux 57
1. Évaluations quantitatives après fermeture 57
a. Évaluation à 8 mois 57
b. Évaluation à 1 an 57

II – ÉTUDE 58
1. Objectifs 58
2. Matériel et Méthodes 58
2.1. Type de l'étude 58
2.2. Période 58
2.3. Population 58
a. Critères d'inclusion 58
b. Critères d'exclusion 59
c. Les pathologies 59
d. Tranches d'âge 61
e. Accord pour recueil de données 61
f. Mode de recueil 61
g. Analyse statistique 62
h. La standardisation indirecte 62
III - RÉSULTATS 65
1. Épidémiologie - Effectifs, âge et sexe ratio 65
1.1. Effectifs 65
1.2. Âge 65
1.3. Sexe ratio 66
2. Type d'orientation 66
2.1. Comparaison du taux d'hospitalisation aux valeurs de référence 69
Nous avons voulu comparer le taux d'hospitalisation de l'hôpital de Mont-St-Martin aux normes régionales, et cela avant et après fermeture 69
Au total 69
2.2. Comparaison transferts internes et externes Période 1 et Période 2 70
3. Orientation vers l'Hôpital 70
4. Les pathologies « traceuses » 72
4.1. Recherche des dossiers à étudier 73
4.2. Nombre de passages global pour les pathologies avant et après 73
4.3. Type d'orientation selon les pathologies médicales 74
4.3.1. La rhinopharyngite 74

4.3.2. La gastroentérite aigüe 75
4.4. Les pathologies chirurgicales 76
4.4.1. L'appendicite aigüe 76
4.4.2. Les fractures osseuses 77
5. Hospitalisations selon les pathologies traceuses avant et après fermeture 78
5.1. Les pathologies médicales et hospitalisation 79
5.2. Les pathologies chirurgicales et hospitalisation 79
6. Résultats temps de passage 80
6.1. Temps de passage, toutes orientations confondues 80
6.1.1. La rhinopharyngite 80
6.1.2. La gastro-entérite aigue 80
6.1.3. L'appendicite aigue 80
6.1.4. Les fractures osseuses 80
6.2. Temps de passage pour les patients hospitalisés 81
6.2.1. La rhinopharyngite 81
6.2.2. La gastro-entérite aigue 81
6.2.3. L'appendicite aigue 82
6.2.4. Les fractures osseuses 82
IV – DISCUSSION 83
1. Objectif principal et objectifs secondaires 83
2. Limites et biais de l'étude 83
3. Nombre de passages 84
4. Caractéristiques de la population 85
a. Âge 85
b. Sexe ratio 86
5. Type d'orientation 86
5.1. Comparaison transferts internes et externes 88
5.2. Orientation vers l'Hôpital 89
6. Les pathologies 90
6.1. Nombre de passages global selon les pathologies 90
6.1.1. La rhinopharyngite 90

6.1.2. La gastro-entérite aigue 91
6.1.3. L'appendicite aigue 91
6.1.4. Les fractures osseuses 91
6.2. Type d'orientation selon les pathologies 92
6.2.1. La rhinopharyngite 92
6.2.2. La gastro-entérite aigue 93
6.2.3. L'appendicite aigue 93
6.2.4. Les fractures osseuses 94
7. Temps de passage 94
7.1. Temps de passage selon les pathologies, toutes orientations confondues 94
a. Les pathologies médicales 95
b. Les pathologies chirurgicales 96
7.2. Temps de passage selon les diagnostics avant et après fermeture ET selon orientation 96
7.3. Facteurs engendrant un allongement dans le temps de passage 97
7.4. Temps de passage comme indicateur 98
V - CONCLUSION 99
VI - PROSPECTIVE 100
Bibliographie 102
Annexes 110

Index des figures

Figure 1: Évolution du nombre de naissances, de décès et du solde naturel depuis 1957 selon l'INSEE 44
Figure 2: Distance et temps entre Mont-St-Martin et les hôpitaux conventionnés 50
Figure 3: Type d'orientation avant et après fermeture 67
Figure 4: Orientation selon l'hôpital avant et après fermeture 71

Index des tableaux

Tableau 1: Évolution générale de la situation démographique en France selon l'INSEE depuis 2006 43
Tableau 2: Indicateurs démographiques Mont-St-Martin (54) 45
Tableau 3: Population par grandes tranches d'âge dans la commune de Mont-St-Martin (54) ... 46
Tableau 4: Évolution du nombre de passages pédiatriques dans le temps pendant les périodes étudiées 47
Tableau 5: Évolution des passages adultes et enfants aux Urgences de Mont-St-Martin 47
Tableau 6: Variables utilisées dans l'outil "requêteur" 64
Tableau 7: Répartition tranches d'âge avant et après fermeture 65
Tableau 8: Comparaison sexe avant et après fermeture 66
Tableau 9: Chiffres clés du tableau 10 - Type d'orientation avant et après fermeture 67
Tableau 10: Nombre et pourcentage des patients selon type d'orientation, avant et après fermeture du Service de Pédiatrie 68
Tableau 11: Nombre d'hospitalisations observé comparé au nombre d'hospitalisations attendu 69
Tableau 12: Orientation selon transferts internes et externes avant et après fermeture 70
Tableau 13: Orientation vers l'hôpital avant et après fermeture 71
Tableau 14: Nombre de transferts vers le groupe "Hôpitaux de Proximité" versus le groupe "Autres" 72
Tableau 15: Reprise du nombre de dossiers inclus et exclus selon les pathologies 73
Tableau 16: Nombre global des passages par pathologie avant et après fermeture 74
Tableau 17: Type d'orientation pour les rhinopharyngites avant et après fermeture 75
Tableau 18: Type d'orientation pour les gastro-entérites aigues avant et après fermeture 76
Tableau 19: Type d'orientation pour les appendicites aigues avant et après fermeture 77
Tableau 20: Type d'orientation pour les fractures osseuses avant et après fermeture 78
Tableau 21: Moyenne globale de temps de passage avant et après fermeture, différence 81
Tableau 22: Temps de passage des patients hospitalisés avant et après fermeture 82
Tableau 23: Moyennes de temps de passage en Lorraine selon ORULOR dans le temps 94
Tableau 24: Comparaison moyenne globale des temps de passage avant et après fermeture avec moyennes de temps de passage ORULOR 95

Liste des abréviations

ACR	Arrêt Cardio-Respiratoire
AHBL	Association Hospitalière du Bassin de Longwy
APACHE	Association pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM 10	Classification Internationale des Maladies 10ième révision
CME	Commission Médicale d'Établissement
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EACH	European Association for Children in Hospital
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IOA	Infirmier Organisateur de l'Accueil
ORULOR	Observatoire Régional des Urgences Lorraine
POSU	*PÔle Spécialisé* d'accueil et de traitement des Urgences pédiatriques
PRS	Projet Régional de Santé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SIR	Standardized Incidence Ratio
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SU	Service d'Urgences
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarification à l'Activité
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil des Urgences
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USCPP	Unité de Surveillance Continue Pédiatrique Polyvalente
ZOAST	Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le visage de la démographie médicale hospitalière connait un remaniement important, lié d'une part aux migrations démographiques créant des déserts médicaux, et d'autre part la crise financière ayant pour conséquence une redistribution nécessaire des dépenses financières dans tous les domaines, y compris dans le domaine médical.

L' « accès aux soins pour tous » étant une priorité à niveau national, de nouvelles stratégies ont dû être élaborées afin d'assurer la qualité de la prise en charge des patients dans toute la France.
Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003 de simplification de la planification, du droit des autorisations et des coopérations transforme la dénomination de « secteurs sanitaires » en celle de « territoires de santé », prenant en compte les territoires selon leur réalité locale géographique, populationnelle, plutôt que les territoires administratifs (1).

C'est en voulant renforcer cette notion que la loi du 21 juillet 2009, « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) (2), prévoit le Contrat Local de Santé (3), dans le but de consolider les dynamiques territoriales de santé dans le cadre du projet régional de santé.

La commune de Mont Saint Martin appartient à l'agglomération transfrontalière du pôle européen de développement qui regroupe des communes de trois pays : la France, la Belgique et le Grand-Duché du Luxembourg (4).

Cette agglomération, dont Longwy est la ville principale, regroupe une population de 120000 habitants.

Le bassin de Longwy connut un « âge d'Or » lié à la métallurgie et sidérurgie allant jusqu'en début des années 1980. La crise de la sidérurgie, signant la fin de cette période de prospérité, vint changer complètement la situation socio-économique de la région (5) .

Avec cette nouvelle période, débute une ère de fuite extra-territoire du fait de la diminution de l'offre d'emploi et la perte d'attractivité de cette zone majoritairement industrielle.

C'est ainsi que dans le cadre d'une restructuration des soins faisant suite au Plan Social de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Mont-St-Martin de 2012, le bassin de Longwy a vu se fermer les portes du Service de Pédiatrie en avril 2013.

Or, dans le territoire de santé du bassin de Longwy, l'Hôpital Hôtel-Dieu de Mont-St-Martin est l'établissement de santé de proximité. Il dispose d'un Service d'Accueil des Urgences et d'un SMUR, un plateau technique, et réalise des activités de médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, psychiatrie, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation et long séjour.

Le Service d'Accueil des Urgences de Mont-St-Martin a dû être réorganisé afin de pouvoir garder son activité pédiatrique et continuer à assurer une qualité de prise en charge optimale malgré l'absence de Service d'hospitalisation de Pédiatrie disponible dans l'Hôpital.

Cette activité pédiatrique semble d'ailleurs toujours aussi importante, puisqu'en 2016, 3 ans après la fermeture du Service de Pédiatrie à l'Hôpital de Mont-St-Martin, les urgences pédiatriques représentaient encore 20% des passages aux urgences à Mont St Martin, alors qu'elle représentait 22 % des passages avant la fermeture du Service (6).

Depuis la fermeture du Service de Pédiatrie, et obéissant au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire relatif à la prise en charge des enfants et adolescents aux urgences, l'hospitalisation se fait par transfert dans un autre établissement de santé bénéficiant d'un service d'hospitalisation pédiatrique, avec lequel des conventions ont été signées dans le but de permettre une continuité de soins idéale.

Une question reste à évaluer en termes d'impact populationnel, soit quel est l'impact de la fermeture du Service de Pédiatrie dans la prise en charge des urgences pédiatriques à l'hôpital de Mont-St-Martin ?

Pour répondre à cette question, cette thèse évaluera l'impact de la fermeture du Service de Pédiatrie sur le temps de passage des enfants aux urgences pédiatriques avant et après fermeture.

Première partie

Les particularités de la prise en charge des patients pédiatriques

I - La pédiatrie - Définition

Le terme de « pédiatrie » est apparu en 1872 (7).

La définition donnée dans le Larousse médical est la suivante (8):
« La pédiatrie est la spécialité qui traite de l'enfant, depuis la vie intra-utérine, en collaboration avec les obstétriciens (médecine anténatale), jusqu'à l'âge adulte (au terme souvent imprécis de l'adolescence). »

« Dans tous les cas, les spécialités pédiatriques ont en commun l'approche de l'enfant dans sa globalité, avec ses acquis propres, au sein de son environnement familial et social. La pratique et l'expérience pédiatriques se déroulent dans une relation triangulaire spécifique entre l'enfant, ses parents et le médecin. »

II - Les droits des patients pédiatriques

Les droits des patients sont régulés par des textes nationaux et internationaux très spécifiques qui sont actualisés de manière régulière.

Les patients pédiatriques bénéficient des mêmes droits, auxquels vient s'ajouter le statut de mineur, avec des spécificités liées à ce statut que nous allons citer ci-dessous.

La « Déclaration de Genève » en 1924 (9) et la « Déclaration des droits de l'enfant » adoptée par les Nations Unies le 20 novembre 1959 (10) exprimaient déjà la nécessité d'accorder une attention particulière aux droits de l'enfant.

La Convention internationale des droits de l'enfant signée par les Nations unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990 (11) insiste sur la spécificité de la prise en charge des enfants et des adolescents, comme population à risque nécessitant une protection maximale lors du développement et jusqu'à l'âge adulte.

Le manuel de certification V2010 de l'HAS prévoit dans ce sens un chapitre sur la « Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique », détaillé en tant que critère 19.a : « Populations nécessitant une prise en charge particulière » (12).

Ce critère est centré sur la prise en charge des populations présentant une vulnérabilité ou des risques particuliers, notamment :

- les personnes âgées ;
- les patients porteurs de maladies chroniques ;
- les enfants et adolescents ;
- les personnes atteintes d'un handicap ;
- les personnes démunies ;
- les personnes détenues.

Les enfants et les adolescents entrent dans cette catégorie, puisqu'ils constituent une population dont les besoins et la prise en charge spécifique évoluent avec le temps, représentant un enjeu de santé publique.

Le critère 19.a spécifie que l'enfant « doit non seulement recevoir les soins adaptés à son état, mais aussi les recevoir dans des conditions et un environnement où son développement pourra se poursuivre et les conséquences psychologiques de l'hospitalisation être minimisées. »

Afin de codifier la bonne prise en charge des enfants et adolescents, l'HAS s'est appuyée sur les principes énoncés dans la Convention Internationale des droits de l'enfant, citée ci-dessus, les recommandations présentées dans la circulaire N° 83-24 du 1er Août relative à l'hospitalisation des enfants (13) et la Charte de l'enfant hospitalisé (14), qui seront exposés plus tard.

III - La législation

1. Le statut de mineur - définition

En France, le mineur « est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis », article 388 du Code Civil (15).

Cette limite d'âge a été fixée par la loi du 5 juillet 1974.

Cependant, il est communément admis que l'admission aux urgences adultes en France se fait à partir de 15 ans et 3 mois.

Selon l'article 86 du règlement intérieur de l'AP-HP (16), un groupe hospitalier à composante pédiatrique « est habilité à recevoir des enfants de moins de 16 ans dans sa structure d'urgence pédiatrique ».

Inversement, « les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les unités d'adultes dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir ».

2. L'autorité parentale et la loi sur la coparentalité

L'autorité parentale est définie par l' « ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant » selon l'article 371-1 du Code Civil (17).

Par ailleurs, l'article 372 du Code Civil stipule que l'autorité parentale est exercée en commun par le père et la mère de l'enfant, quel que soit le statut juridique du couple (18).

« Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. »

Les parents peuvent néanmoins associer « l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

Paradoxalement, le statut de mineur n'interfère pas avec le droit au secret professionnel de l'enfant, détaillé plus bas.

Ainsi, c'est aux titulaires de l'autorité parentale à qui revient la responsabilité et l'obligation des décisions thérapeutiques concernant les mineurs, et cela de manière conjointe, sauf exceptions précises (19), (20), (21):

- décès d'un des parents légitime
- jugement de divorce ou de séparation de corps des parents au décours duquel le juge d'affaires familiales confie l'autorité parentale exclusive à l'un des parents dans l'intérêt de l'enfant
- enfant naturel reconnu que par un seul des parents
- enfant reconnu par l'un des parents de l'enfant plus d'un an après sa naissance, le parent dont la filiation a déjà été établie exerçant dans ce cas seul l'autorité parentale.
- un des parents étant hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause

3. Le secret professionnel dans le cas du patient mineur (22) (23)

L'article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique assure le respect de la vie privée et le secret médical concernant le patient mineur.

Le médecin peut ainsi être amené à garder le secret professionnel sur les informations médicales concernant le mineur et ne pas les partager avec les titulaires de l'autorité parentale, sur la demande explicite de ce dernier et avec accord du médecin, contrariant le Code Civil en annulant ainsi le pouvoir absolu de l'autorité parentale.

Il est recommandé toutefois que l'équipe médicale et paramédicale conseille au patient mineur un accompagnement adulte dans toutes les étapes de ses soins, en incluant les informations et les décisions concernant son traitement.

Par ailleurs le mineur choisit un majeur qui l'accompagne lors de son admission dans un établissement de santé.

4. Le secret professionnel et la maltraitance

Devant une suspicion de maltraitance le soignant a cependant le devoir de le signaler, et cela avec ou sans l'accord du mineur, au risque de se faire accuser le cas échéant de non-assistance à personne en péril selon l'article 223-6 du Code Pénal (24).

5. Notion d'actes usuels, actes non usuels et autorité parentale (23)

A noter que la notion d'acte usuel et acte non usuel est utilisée, mais ne reste que partiellement définie par la jurisprudence.
La notion d'acte usuel ou acte bénin thérapeutique correspondrait à une prescription ou un geste de soins n'exposant pas le patient à un danger particulier.

Des exemples d'actes usuels seraient les soins obligatoires comme les vaccinations, les soins courants comme les pansements ou les soins de blessures superficielles et les soins habituels comme la poursuite d'un traitement habituel.

Concernant ces actes usuels, l'accord d'un seul titulaire de l'autorité parentale est nécessaire au niveau médico-légal, comme stipulé dans le code civil, article 372-2 (25):

« A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. »

La notion d'acte non usuel correspond par conséquent à des actes plus importants, présentant un risque non négligeable pour la santé du patient de manière immédiate ou à long terme.
Entrent par exemple dans cette définition des traitements ayant des effets secondaires fréquents ou des actes pouvant être invalidants, une hospitalisation prolongée et les actes invasifs tels qu'une intervention chirurgicale.

Ces actes non usuels et donc potentiellement graves nécessitent l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale, et cela indépendamment du statut juridique du couple.

6. Prise en charge d'urgence vitale

En cas d'urgence vitale, il n'est pas indispensable d'obtenir l'accord des titulaires de l'autorité parentale avant de débuter les soins. L'autorisation du juge n'est pas nécessaire avant les soins (23)**.** Le médecin doit assurer la prise en charge de l'urgence vitale au risque sinon d'être poursuivi pour omission de porter secours à personne en danger selon le Code pénal article 223-6 (24).

Il faut néanmoins insister à joindre les titulaires de l'autorité parentale et obtenir le consentement auprès de l'adolescent s'il est en état de le donner.

IV - Les textes de recommandation de prise en charge des enfants et adolescents à l'Hôpital

L'HAS V 2010 s'appuye donc sur la circulaire du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants et sur la Charte de l'enfant hospitalisé quant aux recommandations pour la prise en charge des enfants et adolescents à l'hôpital.

1. Circulaire N° 83-24 DU 1er AOUT 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (13)

Cette circulaire détaille 11 points concernant la prise en charge de l'enfant et l'adolescent à l'hôpital.

Les 11 points présentés sont les suivants:

- Eviter les hospitalisations non strictement nécessaires
- Préparer l'admission
- Accueillir l'enfant et ses parents à l'admission
- Admettre l'enfant avec un de ses parents
- Faire participer les parents
- Adapter les soins et les conditions de traitement à l'âge de l'enfant et l'y préparer
- Améliorer les conditions de séjour
- Développer les visites
- Informer les parents au cours du séjour
- Préparer la sortie
- Favoriser l'introduction de ces mesures auprès de l'équipe médicale soignante

Le premier point insiste comme la Charte de l'enfant hospitalisé, décrite ci-dessus, sur l'importance d'éviter les hospitalisations non strictement nécessaires.

Il est recommandé dans cette circulaire de préparer l'admission de l'enfant, en informant l'enfant et les parents des modalités et le déroulement de son hospitalisation, à l'accueil et régulièrement pendant son séjour.

Un des parents doit pouvoir être admis avec son enfant à l'hôpital.

L'âge de l'enfant doit être pris en compte afin d'adapter le traitement et l'information donnée.

2. La charte de l'enfant hospitalisé (14)

La charte de l'enfant hospitalisé a été écrite par un groupe d'associations à Leiden, Pays-Bas, en 1988, dans le but de rassembler les différentes recommandations concernant l'enfant hospitalisé dans une charte qui n'avait pas encore été créée par le Parlement européen.
Depuis 1993, ce groupe d'associations se nomme EACH (European Association for Children in Hospital - Association européenne pour l'enfant à l' hôpital) et l'association référente en France est l'APACHE (Association pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants).

Le premier article de la charte de l'enfant hospitalisé stipule justement qu'il ne faut pas hospitaliser un enfant si la prise en charge est possible en ambulatoire.

Les articles suivants suggèrent entre autres la présence d'un des parents pendant son hospitalisation, une information claire et adaptée à l'âge et la maturité de l'enfant concernant sa santé et ses soins, et le droit à avoir des activités éducatives et de loisir pendant leur hospitalisation.

Pour cela les enfants devraient être hospitalisés dans un Service dédié et non adulte, afin de bénéficier de la compagnie de patients de leur âge.

La charte recommande également que l'équipe soignante soit formée à la prise en charge de l'enfant, de manière à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels spécifiques à l'enfance.

L'enfant doit être traité avec respect et son intimité doit être respectée.

Ci-dessous les articles de la charte de l'enfant hospitalisé présentés sous forme de petits dessins sous-titrés selon APACHE (26).

Charte européenne de l'enfant hospitalisé

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)

Un enfant à l'hôpital, c'est l'affaire de tous.

Illustrations : Pef

© APACHE - Pef - EACH

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.
Avec APACHE, soutenez son application en France, faites-la connaître autour de vous.



1- L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.
On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



5 - Les enfants et les parents ont le droit d 'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.
On évitera tout examen ou traitement qui n 'est pas indispensable.





6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

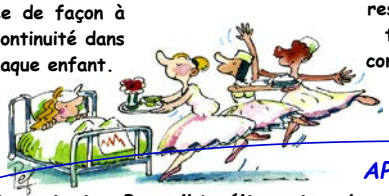


7 - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



8 - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9 - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.



10 - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.



APACHE
Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants
B.P. 162 - 92 185 Antony Cedex – tél & fax : 01 42 37 61 88
Courriel : **apache.asso@wanadoo.fr** - Site web : **www.hospiweb.com**

V - Urgences pédiatriques et SROS

L'admission aux urgences adultes dans la plupart des établissements de santé en France se fait à partir de 15 ans et 3 mois. En-dessous de cet âge-là, les enfants sont le plus souvent adressés aux urgences pédiatriques (27).

Il existe des établissements de santé dont l'activité du Service d'Accueil des Urgences est mixte, c'est-à-dire adulte et pédiatrique, comme c'est le cas du Service d'Accueil des Urgences à Mont-St-Martin. Les filières doivent cependant être individualisées.

La prise en charge des urgences pédiatriques diffère donc selon les établissements de santé et les services disponibles.

Le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique a remplacé les termes de SAU, UPATOU et POSU par les « structures d'urgence » (28).

Depuis la création des Agences Régionales de Santé en 2010 par la loi HPST (2), les SROS auparavant établis par les ARH, ont été intégrés dans les Projets Régionaux de Santé (29).

Les principes des SROS restent les mêmes et nous allons détailler les modalités de prise en charge des urgences pédiatriques selon le niveau de l'établissement de santé ci-dessous, avant de nous intéresser aux textes de loi en vigueur actuellement.

1. Avant le décret du 22 mai 2006

Afin d'harmoniser la prise en charge des urgences pédiatriques dans ces différents centres sanitaires, le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées avait publié une circulaire en mai 2003 présentant le SROS, schéma régional d'organisation sanitaire, qui visait à structurer la prise en charge des enfants et adolescents selon trois niveaux (30):

- centre de proximité, ou niveau 1
- centre de recours hospitalier ou niveau 2
- et centre d'expertise ou niveau 3.

Ces différents niveaux correspondaient respectivement à trois types d'établissement de santé :

- les établissements ne disposant pas de service de pédiatrie,
- les établissements disposant d'un service de pédiatrie
- les établissements disposant d'un service de pédiatrie, un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique ainsi que des différentes ressources permettant la prise en charge complète de l'ensemble des urgences de l'enfant.

Dans tous les cas, « l'activité pédiatrique des urgences » faisait « l'objet d'un compte-rendu annuel écrit en collaboration avec les services de référence, discuté en CME et transmis à la DDASS et à l'ARH », devenue donc ARS depuis le 1er avril 2010.

a. Établissements de santé accueillant les urgences pédiatriques, sans Service de Pédiatrie

Ces établissements étaient autorisés pour une UPATOU, c'est-à-dire une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences.
Ces établissements ne disposaient pas de manière permanente d'un accueil spécialisé pédiatrique.
Ceci était le cas de l'Hôpital de Mont-St-Martin.

Dans ces établissements, la prise en charge aux urgences était faite par les médecins urgentistes.

L'avis spécialisé pouvait être pris auprès d'un pédiatre qui se trouvait dans un établissement de référence spécialisé, ce pédiatre étant disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

La collaboration entre ce service d'accueil des urgences et les services référents spécialisés était formalisée par un contrat-relais selon l'article R. 712-69 du Code de la Santé Publique.

Ce contrat-relais précisait les modalités de collaboration et de transfert entre le service d'accueil des urgences et les différents services spécialisés dans les centres de recours ou d'expertise.

b. Établissements de santé accueillant les urgences et disposant au moins d'un service de pédiatrie

Ces établissements étaient autorisés pour une UPATOU ou un SAU.

Il était préconisé d'accueillir les enfants dans une filière d'accueil séparée dans des locaux spécifiques pour cette prise en charge.
Le personnel soignant n'était pas obligatoirement spécialisé.

Selon le nombre de passages, l'unité fonctionnelle d'urgences pédiatriques était individualisée ou non.

Si elle était individualisée, elle devait se retrouver à proximité du service d'accueil des urgences adultes afin de bénéficier du plateau technique commun des urgences.

Le service d'accueil des urgences pédiatriques relevait dans ce cas de la responsabilité du chef de service de pédiatrie.

La prise en charge chirurgicale pouvait être effectuée dans cet établissement, à condition de disposer de chirurgiens avec une compétence pédiatrique.

Le cas échéant, un contrat-relais était passé entre le service d'urgences pédiatriques et le service référent de chirurgie dans un autre établissement, précisant les modalités de collaboration entre les services.

c. Établissements de santé accueillant les urgences et disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique

Ces établissements étaient les centres de référence cités ci-dessus et sont spécialisés dans la prise en charge des urgences médicales et chirurgicales du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent, incluant celles qui requéraient un centre d'anesthésie ou de réanimation pédiatrique. Ils constituent des centres de proximité pour leur bassin et un établissement de recours pour les établissements cités auparavant.

Ces établissements de référence disposaient obligatoirement d'un accueil pédiatrique individualisé et l'hospitalisation se faisait en pédiatrie médicale ou chirurgicale.

C'était les établissements qui sont spécialisés dans la prise en charge en pédiatrique.

Ils disposent obligatoirement d'un accès à des spécialistes dans les domaines de la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique, la radiologie pédiatrique, réanimation pédiatrique, anesthésie pédiatrique, transports pédiatriques et néonatalogie, et cela vingt-quatre heures sur vingt-quatre, afin d'assurer la prise en charge de l'enfant jour et nuit, que le patient provienne de l'extérieur ou de l'intérieur de l'établissement.

Ces établissements de référence étaient autorisés pour un SAU ou un POSU pédiatrique.

Par ailleurs, l'article D . 712-60 du code de la santé publique spécifiait que, dans les POSU, « le médecin responsable et les membres de l'équipe médicale » devaient « également exercer la spécialité correspondant à la discipline ou à l'activité de soins concernés » (31).

Le personnel soignant devait comporter des soignants spécialisés en pédiatrie comme des puéricultrices ou des infirmières ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants.

2. Après le décret du 22 mai 2006

a. Les « structures d'urgence » (28)

Selon l'article R. 6123-1, un établissement de santé est autorisé à exercer une activité de soins de Médecine d'urgence selon une ou plusieurs modalités suivantes:

« 1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 ; »
« 2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ; »

« 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques. »

Cette autorisation est délivrée par les Agences Régionales de Santé.

Si cette autorisation est délivrée, ces établissements de santé ont un délai de deux ans à compter de la date de notification de l'autorisation pour se mettre en conformité avec les dispositions des articles R. 6123-1 à R. 6123-11 du même code dans leur issue du décret du 22 mai 2006, ainsi qu'avec les conditions techniques de fonctionnement décrites par l'article L. 6124-1 du même code (32).

Ces établissements peuvent poursuivre l'activité pour laquelle ils sont autorisés jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande.

b. Les groupements hospitaliers de territoire et l'accès aux centres de référence (33)

Selon le premier point de l'article L. 6132-1, « chaque établissement public de santé, sauf dérogation, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.

Ce groupement hospitalier de territoire doit permettre un accès de soins sécurisés et de qualité pour tous les patients, en permettant une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, un projet médical partagé est élaboré afin de garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Le troisième point de cet article spécifie que « tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. »

Dans notre cas, ce centre hospitalier universitaire est le CHU de Nancy.

c. La prise en charge spécifique des urgences pédiatriques (34)

Concernant les enfants, le décret n°2006-577 du 22 mai 2006 a créé un paragraphe dédié à la prise en charge des urgences pédiatriques dans le paragraphe 5 de la « Sous-section : Médecine d'Urgence » qui comporte l'article D. 6124-26-1 à l'article D. 6124-26-5.

Article D. 6124-26-1 :

« Lorsque la prise en charge des urgences pédiatriques est organisée dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 6123-32-7, la permanence médicale constituée pour ces urgences peut être assurée par les médecins de la structure de pédiatrie mentionnée au même alinéa.

Dans ce cas, cette prise en charge peut être placée sous la responsabilité d'un pédiatre de cette structure pédiatrique ou d'un médecin remplissant les conditions prévues à l'article D. 6124-1 qui justifie d'une expérience en pédiatrie.

Les moyens humains et techniques de la structure des urgences et de la structure de pédiatrie mentionnée au premier alinéa de l'article R. 6123-32-7 peuvent être mis en commun pour la réalisation de ces prises en charge. »

Article D. 6124-26-2 :

« La structure des urgences pédiatriques mentionnée au 3° du R. 6123-1 est placée sous la responsabilité d'un médecin justifiant d'un titre ou d'une qualification en pédiatrie ou en chirurgie infantile et d'une expérience professionnelle équivalente à au moins deux ans dans une structure des urgences pédiatriques. »

Ces dispositions concernent les structures d'urgence appelées POSU auparavant.

Article D. 6124-26-3 :

« Les médecins de la structure des urgences pédiatriques justifient d'un titre ou d'une qualification en pédiatrie ou en chirurgie infantile.

Toutefois, tout médecin justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins six mois en pédiatrie peut également, après inscription au tableau de service validé par le médecin responsable, participer au fonctionnement de la structure des urgences pédiatriques. »

Article D. 6124-26-4 :

« L'établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences pédiatriques organise en son sein, ou par convention particulière avec un autre établissement de santé, ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26, l'accès en permanence à tous les moyens humains et techniques nécessaires à la prise en charge des urgences accueillies dans cette structure, notamment le recours à un chirurgien et à un anesthésiste expérimentés en pédiatrie. »

Relatif à la formation spécifique à la prise en charge des enfants aux Urgences:

Article D. 6124-26-5 :

« Le personnel non médical affecté à la prise en charge des urgences pédiatriques a acquis une formation à la prise en charge des urgences pédiatriques, soit au cours de ses études, soit par une formation ultérieure. »
Cela reste donc pareil pour une structure d'urgences pédiatriques.

Concernant les hôpitaux ne bénéficiant pas d'un Service de Pédiatrie, mais pouvant prendre en charge les urgences pédiatriques, l'article R. 6123-32-7 spécifie (35):

« Lorsqu'elle n'a pas lieu dans une structure des urgences pédiatriques mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1, la prise en charge des enfants dans une structure des urgences est organisée en collaboration avec une structure de pédiatrie située ou non dans l'établissement autorisé à la faire fonctionner ou avec les spécialistes concernés d'un établissement de santé privé, selon une filière d'accueil et de soins séparée.

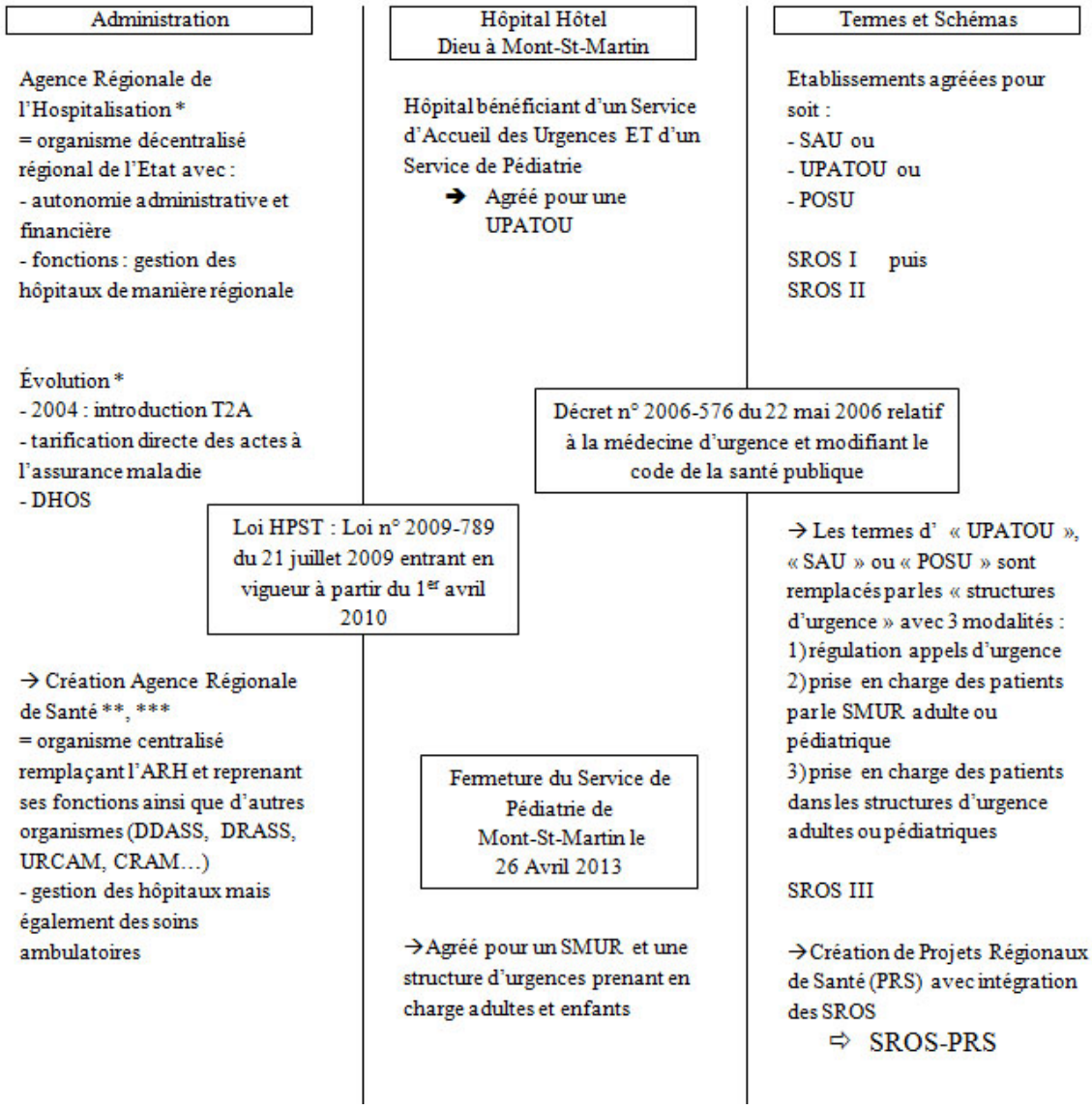
«Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés de manière à permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé.

L'organisation est adaptée pour favoriser la présence des proches, et notamment des parents, auprès des enfants pris en charge. »

Concernant les établissements spécialisés dans la prise en charge des enfants et constituant les anciennement dénommés « centres de référence », l'article R. 6123-7 stipule (36):

« Un établissement de santé peut être autorisé à prendre en charge de façon exclusive les enfants malades ou blessés dans une structure des urgences pédiatriques mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1. »

L'article D. 6124-19 (37) vient renforcer cette notion de formation spécifique à la prise en charge des urgences pédiatriques: « Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend également des puéricultrices, des aides-soignants et, le cas échéant, des auxiliaires de puériculture et des agents des services hospitaliers qualifiés. »


Administration
Agence Régionale de l'Hospitalisation *
= organisme décentralisé régional de l'Etat avec :
- autonomie administrative et financière
- fonctions : gestion des hôpitaux de manière régionale
Évolution *
- 2004 : introduction T2A
- tarification directe des actes à l'assurance maladie
- DHOS
Loi HPST : Loi n° 2009-789 du 21 juillet 2009 entrant en vigueur à partir du 1er avril 2010
→ Création Agence Régionale de Santé **, ***
= organisme centralisé remplaçant l'ARH et reprenant ses fonctions ainsi que d'autres organismes (DDASS, DRASS, URCAM, CRAM…)
- gestion des hôpitaux mais également des soins ambulatoires
Hôpital Hôtel Dieu à Mont-St-Martin
Hôpital bénéficiant d'un Service d'Accueil des Urgences ET d'un Service de Pédiatrie
➔ Agréé pour une UPATOU
Fermeture du Service de Pédiatrie de Mont-St-Martin le 26 Avril 2013
→Agréé pour un SMUR et une structure d'urgences prenant en charge adultes et enfants
Termes et Schémas
Etablissements agréées pour soit :
- SAU ou
- UPATOU ou
- POSU
SROS I puis SROS II
Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
→ Les termes d' « UPATOU », « SAU » ou « POSU » sont remplacés par les « structures d'urgence » avec 3 modalités :
1) régulation appels d'urgence
2) prise en charge des patients par le SMUR adulte ou pédiatrique
3) prise en charge des patients dans les structures d'urgence adultes ou pédiatriques
SROS III
→Création de Projets Régionaux de Santé (PRS) avec intégration des SROS
⇨ SROS-PRS

* = (38) ; ** = (39) ; *** = (40)

VI - L’Hôpital de Mont-St-Martin et les urgences pédiatriques

1. Historique de l'Hôpital de Mont-St-Martin

L'Hôpital Hôtel Dieu de Mont-St-Martin fut fondé en 1900 par les Acières de Longwy.

Après la destruction de l’Hôpital Civil pendant la 2e Guerre Mondiale, l’Hôpital de Mont-St-Martin est devenu le seul établissement hospitalier dans le Bassin de Longwy.

Avec la reprise de l’activité industrielle et l’augmentation de la population qui en a résulté, il y a également eu une hausse des besoins.
C’est dans le but de subvenir à ces besoins que s’est constituée en 1942 autour de l’Hôtel-Dieu l’Association Hospitalière du Bassin de Longwy.

L’Hôpital de Mont-Saint-Martin participe au Service Public Hospitalier depuis 1977.

2. Généralités et chiffres clés (41)

Le Service d’Accueil des Urgences de l’Hôpital de Mont St Martin constitue le 15ème SU de Lorraine, avec une activité mixte pédiatrique et adulte.

En 2013, l’activité totale des Services d’Urgences en région de Lorraine augmentait de 1,5% en un an, selon le rapport d’ORULOR.

Lors de la fermeture du Service de Pédiatrie en 2013, les urgences pédiatriques constituaient 22,59% des passages aux urgences. La moyenne régionale s’élevait à 26,51%.

Comme mentionné ci-dessus, le Service d’Accueil des Urgences à Mont St Martin a du être réorganisé afin d’optimiser la prise en charge des urgences pédiatriques malgré l’absence de Service d’hospitalisation disponible dans l’Hôpital.

3. Les plans sociaux

L’Hôpital de Mont-St-Martin a connu deux plans sociaux: le premier en 2009, où l’Association Hospitalière du Bassin de Longwy été reprise par le Groupe Alpha-Santé, et la deuxième en 2012 où l’Hôpital a été repris par le Groupe SOS.

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier Hôtel Dieu de Mont-St-Martin est un établissement privé à but non lucratif du Groupe SOS Santé.

Lors de ce deuxième plan social, la nécessité de réorganisation de l'établissement suite à une impossibilité de recruter de nouveaux Pédiatres et la partie en retraite imminente des deux Pédiatres du Service, la décision de fermer le Service de Pédiatrie à Mont St Martin a été prise.

4. La démographie

a. L'évolution générale de la démographie en France (42)

Selon l'INSEE, la croissance démographique en France connait un ralentissement depuis 2006. En 2006 elle s'élevait à + 0,7% par an, avec une croissance qui diminuait à +0,5% par an entre 2009 et 2014 et depuis 2015 ce taux s'élève à +0,4% par an.

En 2016, le solde naturel, c'est-à-dire la différence entre les naissances et les décès, s'établissait à + 198 000 personnes, ce qui constitue le chiffre le plus bas depuis 1976 (+ 182 000 habitants). Cette baisse du solde naturel est expliquée par la diminution du nombre de naissances.

Quant au solde migratoire, il s'élevait à 67 000 personnes en 2016.
Il participe moins à l'augmentation de la population française que le solde naturel, ce qui reste stable par rapport au passé.

En annexe, vous pourrez retrouver le Tableau : Évolution du nombre de naissances, de décès et du solde naturel depuis 1957.

1. Résumé de l'évolution de la démographie française de 1957 à 2016 (annexe I)

Ce tableau met en évidence les fluctuations du solde naturel de 1957 à 2016.

Il y a eu un pic en 1964, avec un solde naturel à +386 000, du à une augmentation du taux de natalité à + 916 000 et une baisse de la mortalité à - 529 000.

En 1976, le solde naturel était au plus bas comme décrit auparavant, avec +182 000. On observait une hausse de la mortalité et une baisse de la natalité cette année.

Depuis, le pic le plus haut du solde naturel entre 1978 et 2016 s'est observé en 2006 (+302 400) avec 829 400 naissances et 526 900 décès.

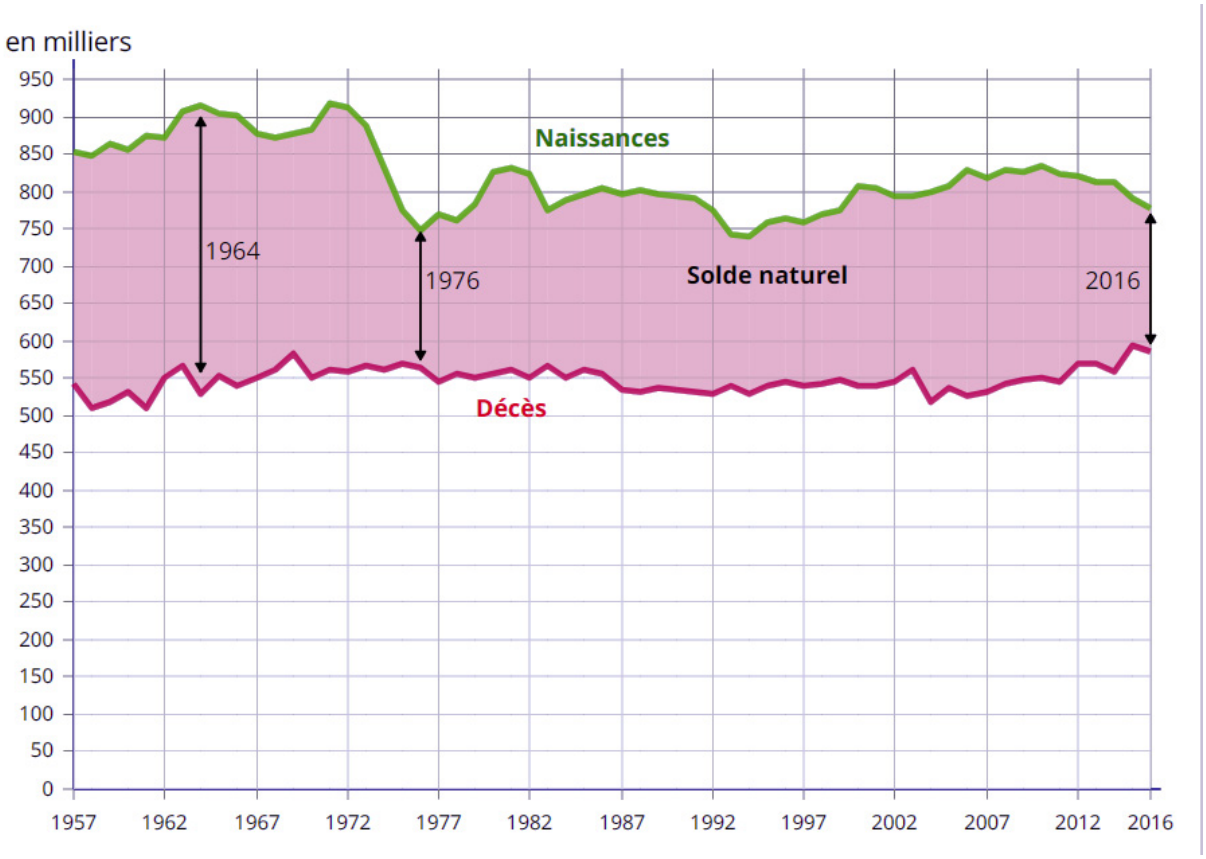
Enfin, on voit encore une fois la diminution du solde naturel jusqu'en 2016, où il atteint le niveau le plus bas depuis 1978 à +198 000 (avec Mayotte).

Tableau 1: Évolution générale de la situation démographique en France selon l'INSEE depuis 2006

Année	Population au 1er janvier	Nombre de naissances vivantes	Nombre de décès	Solde naturel	Solde migratoire
2006	63 186	829,4	526,9	+ 302,4	+ 112
2007	63 601	818,7	531,2	+ 287,5	+ 74
2008	63 962	828,4	542,6	+ 285,8	+ 57
2009	64 305	824,6	548,5	+ 276,1	+ 32
2010	64 613	832,8	551,2	+ 281,6	+ 39
2011	64 933	823,4	545,1	+ 278,3	+ 30
2012	65 241	821,0	569,9	+ 251,2	+ 72
2013	65 565	811,5	569,2	+ 242,3	+ 100
2014 hors Mayotte	65 907	811,4	558,7	+ 252,7	+ 67 (p)
2014 avec Mayotte	66 127	818,6	559,3	+ 259,3	+ 67 (p)
2015 avec Mayotte	66 454 (p)	798,9	593,7	+ 205,3	+ 67 (p)
2016 avec Mayotte	66 726 (p)	785,0 (p)	587,0 (p)	+ 198,0 (p)	+ 67 (p)
2017 avec Mayotte	66 991 (p)	*	*	*	*

*Chiffres en milliers. * = non disponible actuellement*
(p) = résultats provisoires à la fin 2016.
Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et y compris Mayotte à partir de 2014.
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Figure 1: Évolution du nombre de naissances, de décès et du solde naturel depuis 1957 selon l'INSEE



Champ : France hors Mayotte
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

2. *La fécondité en France* (42)

En 2016, l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,93 enfant par femme.

Cet indicateur est en baisse depuis 2 ans (2,00 en 2014 et 1,96 en 2015).

Le taux de fécondité chez les femmes âgées entre 15 et 29 ans est en baisse depuis 2 ans avec une baisse plus importante chez les femmes âgées de 25 à 29 ans (12,3 enfants pour 100 femmes en 2014, puis 11,9 en 2015 puis 11,5 en 2015).

La fécondité chez les femmes âgées de 15 à 24 ans diminue aussi, mais reste à 2,6 en 2016.

La fécondité des femmes âgées de 30 à 34 ans reste stable à 12,9 enfants pour 100 femmes en 2016, et au-delà de 35 ans, elle se stabilise depuis 2014.

b. Évolution de la démographie à Mont-St-Martin (43)

Localement, Mont-St-Martin a connu une augmentation de la population entre 2009 et 2014.
Cette augmentation est due pour partie au solde naturel local, mais ce dernier suit l'évolution nationale, c'est-à-dire un ralentissement de la croissance depuis 1968 (+ 2,2%) à 2014 (+ 0,4%).

Ce ralentissement de la croissance de la population de Mont-St-Martin résulte de l'effet national de réduction du solde naturel par diminution du taux de natalité, auquel s'associe une augmentation du solde migratoire vers les zones urbaines.

En effet, le taux de natalité chute de 28,7 naissances pour mille habitants à 12,7 de 1968 à 2014.

D'autre part, le solde migratoire, malgré une hausse depuis 2009, reste négatif à - 0,2% (-0,7% de 1999 à 2009).

Tableau 2: Indicateurs démographiques Mont-St-Martin (54)

	1968 à 1975	**1975 à 1982**	**1982 à 1990**	**1990 à 1999**	**1999 à 2009**	**2009 à 2014**
Variation annuelle moyenne de la population en %	2%	-1,5%	-2,3%	-0,5%	-0,2%	0,2%
Due au solde naturel en %	2,2%	1,6%	0,8%	0,5%	0,5%	0,4%
Due au solde apparent des entrées sorties en %	-0,2%	-3,1%	-3,1%	-1%	-0,7%	-0,2%
Taux de natalité(‰)	**28,7**	**22**	**15,9**	**12,8**	**13,4**	**12,7**
Taux de mortalité(‰)	**6,4**	**5,9**	**7,9**	**8**	**8,3**	**8,9**

Les données proposées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 01/01/2016. Sources : Insee, RP1968 à 1999 dénombrements, RP2009 et RP2014 exploitations principales - État civil.

Tableau 3: Population par grandes tranches d'âge dans la commune de Mont-St-Martin (54)

	2014	%	2009	%
Ensemble	8 151	100,0 %	8 080	100,0 %
0 à 14 ans	1 649	20,2 %	1 482	18,3 %
15 à 29 ans	1383	17,0 %	1 538	19,0 %
30 à 44 ans	1 662	20,4 %	1 725	21,4 %
45 à 59 ans	1 602	19,7 %	1 496	18,5 %
60 à 74 ans	1 102	13,5 %	1 136	14,1 %
75 ans ou plus	752	9,2 %	702	8,7 %

Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

Dans le tableau ci-dessus, qui reprend la population de Mont-St-Martin par les grandes tranches d'âges de 2009 à 2014, on observe une diminution du taux de personnes appartenant à la tranche d'âge entre 15 et 29 ans (17,0% en 2014 pour 19,0% en 2009) et entre 30 à 44 ans (20,4% en 2014 pour 21,4% en 2009), les âges auxquelles les couples sont susceptibles d'avoir des enfants.

Par conséquent, une diminution du taux de femmes en âge de procréer entraine une chute du taux de natalité, mis en évidence sur le tableau au-dessus.

1. *Les causes du ralentissement de la croissance démographique*

En conclusion, la démographie de Mont-St-Martin et de la France connaissent actuellement un ralentissement de croissance, due à différents facteurs :

- La baisse du nombre de naissances ayant pour conséquence une baisse du solde naturel
- Un solde migratoire qui se stabilise

Au niveau local :

- Une baisse des naissances
- Un solde migratoire négatif
- Une diminution du taux de femmes en âge de procréer dans la population
- Une baisse de la fécondité des femmes

2. L'évolution démographique et le nombre de passages aux Urgences

Ce ralentissement de la croissance de la population s'objective à notre niveau par une baisse constante des passages pédiatriques aux urgences, mise en évidence dans le tableau suivant :

Tableau 4: Évolution du nombre de passages pédiatriques dans le temps pendant les périodes étudiées

Année	Nombre de Passages	Différence par rapport à l'année précédente	Différence en pourcentage
2011/2012*	4287	/	/
2012/2013*	4187	**(-) 100**	**(-) 2,3 %**
2013/2014*	3917	**(-) 270**	**(-) 6,5 %**
2014/2015*	3955	**(+) 38**	**(+) 1 %**

**année débutant le 19/04 à 20h00 et se terminant le 19/04/ à 19h59 de l'année suivante.*

Il y a eu une décroissance de 2,3% de 2012 à 2013, donc l'année avant fermeture du Service de Pédiatrie, suivie d'une décroissance plus importante l'année suivant la fermeture avec moins 6,5% de passages.

Puis, une recrudescence du nombre de passages de +1% entre 2013/2014 et 2015.

Cette évolution suit l'évolution des passages globaux aux Urgences à Mont-St-Martin (adultes et enfants confondus).

Tableau 5: Évolution des passages adultes et enfants aux Urgences de Mont-St-Martin

Année	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Passages globaux	23152	22964	22824	23330
Différence par rapport à l'année précédente %	/	- 0,8%	- 0,6%	+ 2,2%

VII - La fermeture du Service de Pédiatrie

1. Résistance

L'annonce de la fermeture du Service de Pédiatrie a suscité une réaction importante de la part des patients du bassin de Longwy, mais également de différents syndicats, des employés de l'Hôpital de Mont-St-Martin et le personnel soignant.

De part sa Maternité et son service de Pédiatrie, l'hôpital était perçu comme un hôpital en rapport avec la famille dans son ensemble.

Par ailleurs, le Service de Pédiatrie employait toute une équipe médicale et paramédicale, dont deux pédiatres, la cadre du Service, les puéricultrices et auxiliaires puéricultrices.

2. Conséquences attendues et craintes

Au niveau du Service d'Accueil des Urgences, il y avait surtout la crainte des conséquences négatives pour l'activité pédiatrique au Service d'Accueil des Urgences.

Les conséquences escomptées étaient entre autres:

- une augmentation significative du temps de passage aux Urgences pour les patients nécessitant une hospitalisation, du à l'ajout du temps de demande d'avis spécialisé et du temps d'attente du moyen de transport
- une diminution des passages pédiatriques aux urgences par information sur la fermeture du Service de Pédiatrie
- des difficultés de communication avec les spécialistes par téléphone
- des obstacles au transfert au niveau humain, matériel ou logistique malgré les conventions signées avec les différents hôpitaux
- des difficultés liées aux modalités de transport
- des difficultés liées à l'absence d'avis spécialisé sur place
- un mécontentement des parents devant l'absence de service d'hospitalisation pédiatrique à Mont-St-Martin et la nécessité de transférer dans un autre hôpital

Par ailleurs au niveau de l'équipe médicale et paramédicale, la réorganisation des soins a été synonyme de réaménagement de poste et pour certains perte d'emploi et nécessité de changement de mode de vie imposé.

3. Préparation à la fermeture - Conventions signées

Selon l'article D. 6124-26-4 (34), « l'établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences pédiatriques organise en son sein, ou par convention particulière avec un autre établissement de santé, ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26, l'accès en permanence à tous les moyens humains et techniques nécessaires à la prise en charge des

urgences accueillies dans cette structure, notamment le recours à un chirurgien et à un anesthésiste expérimentés en pédiatrie. »

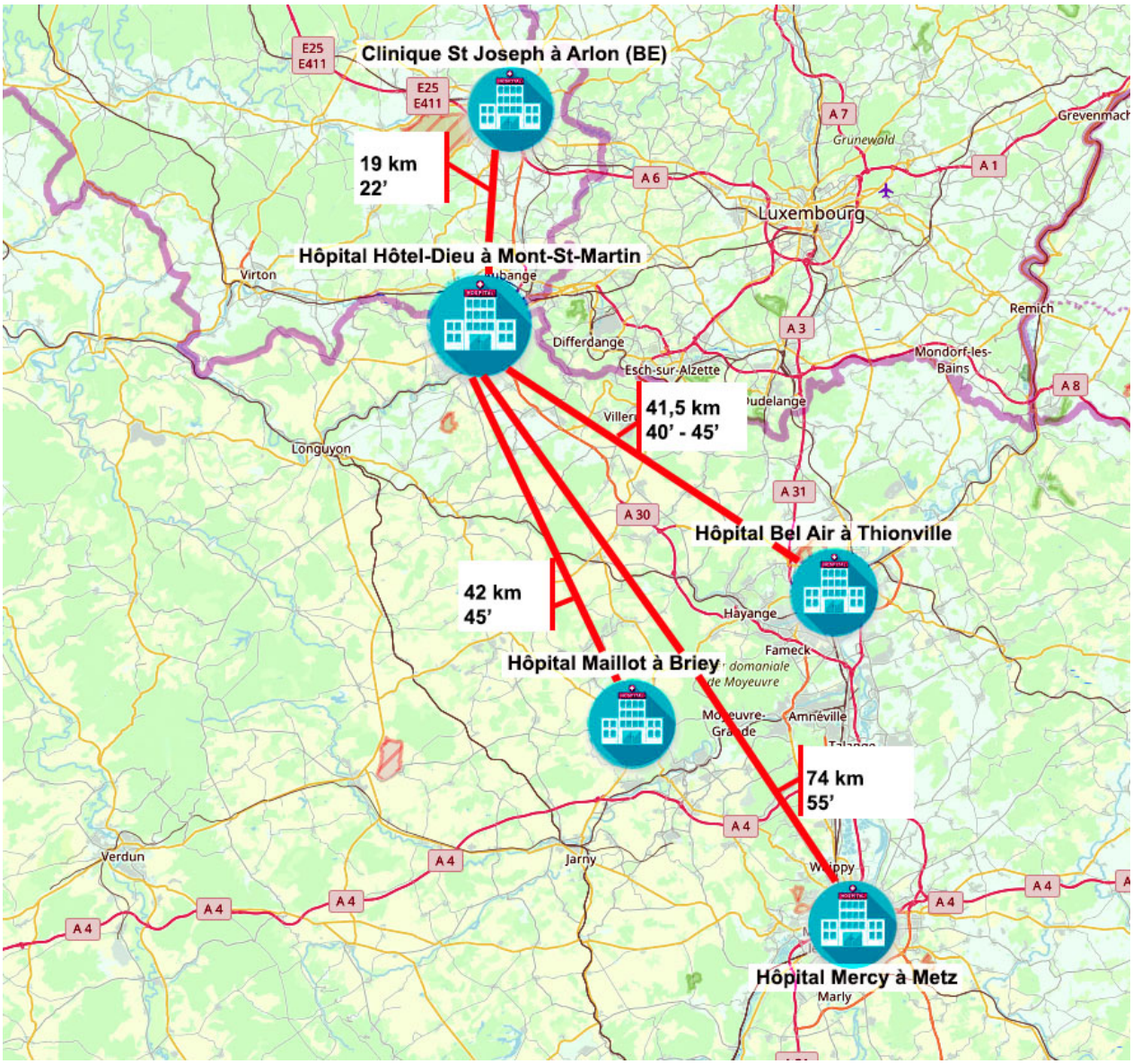
De part sa localité, et respectant le territoire sanitaire, des conventions ont donc été signées avec les centres sanitaires suivants (*annexe II, III*):

- CHR Metz-Thionville :
    - Hôpital Bel Air Thionville :
        - Pédiatrie : 15 lits (pouvant monter jusqu'à 21 lits si besoin)
        - Néonatalogie : 11 lits + 6 lits de Soins Intensifs
    - Hôpital Mercy à Metz :
        - Pédiatrie : 30 lits, dont
            - 19 lits de Médecine
            - 7 lits de Chirurgie pédiatrique et
            - 4 lits de Soins Continus Pédiatriques
        - Néonatalogie : 3 secteurs :
            - avec 7 lits dans le secteur « kangooroo »,
            - 8 lits de Néonatalogie
            - 7 lits de Soins Intensifs Pédiatriques
- Clinique Maillot à Briey :
        - Pédiatrie : 12 lits

- Clinique du Sud St Joseph à Arlon en Belgique
        - Pédiatrie : 20 lits

Le centre de référence et donc établissement de Santé qui était considéré niveau 3 est dans ce cas le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, plus spécifiquement l'Hôpital d'Enfants sur le site Brabois.

Figure 2: Distance et temps entre Mont-St-Martin et les hôpitaux conventionnés



4. Collaboration entre SAU et Service de Pédiatrie AVANT fermeture

Avant la fermeture du Service de Pédiatrie en avril 2013, le Service d'Accueil des Urgences et le Service de Pédiatrie travaillaient ensemble pour la prise en charge des urgences pédiatriques.

Cette coopération se déroulait comme suit:
L'enfant était admis aux Urgences, où il était examiné par le médecin urgentiste.

Si le médecin urgentiste préconisait un avis spécialisé, il y avait la possibilité d'appeler le Pédiatre de garde.

Celui-ci donnait son avis par téléphone ou souhaitait voir l'enfant d'emblée.
Dans ce cas, l'enfant était soit examiné aux Urgences par le pédiatre, soit adressé en consultation pédiatrique pour avis.
Le pédiatre posait l'indication ou non indication d'hospitalisation en Service de Pédiatrie.

De cette manière, la grande majorité des urgences pédiatriques était finalement prise en charge par le Pédiatre directement.

Ceci avait comme conséquence un désengorgement du Service des Urgences et par ailleurs, une prise en charge spécialisée pédiatrique disponible à l'Hôpital de Mont-St-Martin.

5. Réorganisation des soins

Dans le but de faciliter l'organisation de la fermeture du Service de Pédiatrie, il a été convenu avec le Service que les admissions en hospitalisation cesseraient à partir du 19 avril 2013 à 20 heures, quelques jours avant la fermeture officielle du Service le 26 avril 2013.

A partir de ce moment, les patients pédiatriques ayant consulté aux Urgences nécessitant une hospitalisation ont déjà commencé à être transférés dans un des hôpitaux avec lesquels la convention a été signée, afin d'assurer la suite des soins.

6. Protocoles médicaux d'urgences pédiatriques actualisés

Les protocoles pour la prise en charge des urgences pédiatriques ont également été actualisés avant la fermeture du Service de Pédiatrie en avril 2013, afin de garantir une prise en charge optimale en l'absence de Pédiatre de Garde.
Ils ont été inclus dans le répertoire informatique de protocoles médicaux de l'hôpital et également mis à disposition dans un classeur dédié dans le bureau médical du Service d'Accueil des Urgences (*annexe IV*).

Les protocoles actualisés étaient les suivants:

- Acidocétose chez l'enfant
- Actualisation de la prise en charge de l'ACR chez l'enfant
- Analgésie et sédation chez l'enfant
- Asthme aigu grave chez l'enfant
- Convulsions chez l'enfant
- Déshydratation chez l'enfant
- Etat de mal épileptique en pédiatrie
- Malaise et perte de connaissance brève chez l'enfant
- Méningites chez l'enfant
- Voie intra-osseuse chez l'enfant

Ces protocoles étaient et sont censés faire avancer rapidement la prise en charge de l'enfant aux urgences.

Si une hospitalisation est indiquée, elle ne doit pas être retardée par des examens complémentaires et l'avis du pédiatre de garde dans l'hôpital de transfert souhaité doit être pris dès que possible.

VIII - Prise en charge des urgences pédiatriques après fermeture du Service de Pédiatrie

1. Avis et consultation pédiatrique aux Urgences

Afin de proposer une prise en charge optimale pédiatrique même après fermeture du Service de Pédiatrie, l'Hôpital de Mont-St-Martin a gardé un pédiatre d'astreinte 24 heures sur 24 pour la maternité et une consultation pédiatrique programmée pendant les jours et heures ouvrables.

Dans le cadre de la prise en charge des urgences pédiatriques, un avis téléphonique auprès du Pédiatre d'astreinte peut être demandé, aboutissant ou non à une consultation aux urgences. Ceci se fait surtout pendant les heures ouvrables.

Le Pédiatre d'Astreinte peut poser l'indication de:

- sortie à domicile sous traitement avec consignes de reconsulter si besoin
- sortie à domicile avec reconvocation dès le lendemain en consultation pédiatrique
- hospitalisation et donc transfert dans un centre hospitalier bénéficiant d'un Service de Pédiatrie.

Un avis téléphonique peut aussi être demandé auprès des Pédiatres d'Astreinte ou de garde dans les hôpitaux avec lesquels la convention a été signée.

2. Reconvocation en consultation pédiatrique

Selon l'examen clinique et le diagnostic initial posé par l'urgentiste, le patient peut être reconvoqué directement en consultation pédiatrique à partir du lendemain pour évaluation par le spécialiste, pendant les jours ouvrables.

Une fiche pré-remplie a été mise à disposition sur le logiciel ResUrgences®, comprenant le numéro de téléphone du secrétariat de consultation pédiatrique et les informations concernant l'heure de reconvocation en consultation si elle a déjà été fixée avec le pédiatre d'astreinte.

Le cas échéant, la fiche est donnée aux parents, avec la consigne de rappeler le secrétariat de consultation pédiatrique afin de convenir d'un horaire de consultation.

Les documents concernant la consultation aux Urgences, dont le dossier médical et paramédical Résurgences, la lettre du Médecin Traitant, les résultats biologiques, peuvent être déposés le lendemain par l'aide-soignant directement en consultation de pédiatrie pour 9h.

Le patient sort également avec une lettre adressée au Pédiatre.

3. Transfert en Hospitalisation

Le Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Mont-St-Martin ayant fermé ses portes en avril 2013, l'Hôpital ne peut donc plus accueillir des enfants en hospitalisation, sauf dans le cas de la chirurgie, et sous certaines conditions, ce qui sera détaillé ci-dessous.

Afin d'optimiser la prise en charge des urgences pédiatriques à l'Hôpital de Mont-St-Martin, et comme vu auparavant, une convention a été signée avec plusieurs centres hospitaliers bénéficiant d'un Service de Pédiatrie:

- CHR Metz-Thionville
- Briey Hôpital Maillot
- Clinique St Joseph à Arlon, en Belgique
- CHU Brabois Hôpital d'Enfants

Le choix d'appel à un de ces centres hospitaliers dépend de:

- la sécurité sociale du patient (si inclus dans la zone ZOAST ou non)
- la proximité avec son domicile
- le souhait des parents.

A noter que la limite d'âge pédiatrique pour la Belgique diffère avec celle de la France, notamment:

Pédiatrie en France: 15 ans et 3 mois
Pédiatrie en Belgique: 15 ans moins un jour (44)

Ceci limite les transferts à Arlon en Belgique.

Afin d'améliorer la prise en charge et diminuer le délai de prise en charge, l'indication d'hospitalisation se fait uniquement à partir de l'examen clinique et éventuellement d'une imagerie.

Les résultats des examens complémentaires biologiques, si indication, ne sont pas attendus.

S'il y a prélèvement biologique, et qu'il y a indication d'hospitalisation, l'enfant part avec sa perfusion et les prélèvements biologiques.

L'objectif de délai de prise en charge a été fixé à une heure.

La présence d'un parent pendant l'hospitalisation est fortement recommandée.

Une autorisation parentale de soins doit être signée au Service d'Accueil des Urgences, avant hospitalisation.

4. Particularités du transfert en Belgique à Arlon

Du fait de sa localisation, l'Hôpital de Mont-St-Martin bénéficie des avantages de la ZOAST, Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (45), permettant à une population déterminée résidant dans la région frontalière, une prise en charge hospitalière ou ambulatoire en Belgique, sans accord médical préalable nécessaire.
La prise en charge financière reste dans ces cas identique à celle de la France.

De part sa proximité géographique avec l'Hôpital de Mont-St-Martin, la Clinique du Sud St Joseph à Arlon est un hôpital de prédilection pour les transferts en hospitalisation pédiatriques et adultes.

Pour rappel, la Belgique accepte les patients pédiatriques jusqu'à un âge limite de 15 ans moins un jour, âge limite différent de celui de la France qui est de 15 ans et 3 mois pour certains hôpitaux, 18 ans pour le CHU Brabois.

Par ailleurs, sont exclus de la convention pour transfert à Arlon:

- les grands brûlés (2e degré et plus)
  → Service de Traitement des Grands Brûlés, Hôpital de Mercy à Metz ;

- les pathologies hématologiques
  → Hématologie à Metz ou au CHU à Nancy ;

- les enfants nécessitant une ventilation mécanique :
  → Réanimation pédiatrique au CHU à Nancy ;

- les cas de maltraitance pouvant donner lieu à des signalements, puisque la loi et la conduite à tenir diffèrent selon les pays :
  → Service de Pédiatrie d'un des hôpitaux conventionnés.

5. Indication chirurgicale

A l'Hôpital de Mont-St-Martin, le Service de Chirurgie dispose de chirurgiens spécialisés en Chirurgie Viscérale et Orthopédique.

Afin de pouvoir prendre en charge les urgences chirurgicales, comme par exemple une appendicite, 2 lits pédiatriques ont été ouverts dans le Service de Chirurgie.

Les conditions pour pouvoir être hospitalisé en Service de Chirurgie sur un lit pédiatrique sont:

- avoir plus de 3 ans
- et plus de 10 kg.

Ceci est du à l'absence de Service de Réanimation pédiatrique et donc l'absence d'Anesthésiste-Réanimateur spécialisé dans l'anesthésie générale d'un enfant de moins de 3 ans et moins de 10 ans.

5.1. Transfert pour hospitalisation chirurgicale sur un autre hôpital

La procédure est similaire que pour une hospitalisation médicale, en commençant par un appel du médecin urgentiste au chirurgien de garde de l'hôpital choisi qui doit donner son accord pour suite de prise en charge hospitalière et transfert.

6. Modalités de transfert

Après décision d'hospitalisation de l'enfant, le transfert doit être organisé.
Selon l'âge de l'enfant et le souhait des parents, le médecin urgentiste contacte le pédiatre de garde de l'hôpital souhaité.

Tout transfert en hospitalisation pédiatrique doit être noté dans le « cahier de traçabilité des transferts pédiatriques », tenu par l'IOA.

Il y a deux modalités de transport:

- transport par moyen personnel ou
- transport en ambulance, médicalisé, paramédical ou en ambulance seul.

Le médecin décide du moyen de transport selon la clinique, la présence ou non d'une perfusion et après entretien avec les parents.

Si le transfert se fait par ambulance, l'infirmier doit commander le transport via le logiciel de demande de transport.

Le dossier de transfert comporte:

- un bulletin de situation
- dossier médical et paramédical
- autorisation parentale de soins (double dans le dossier)
- les tubes de prélèvements éventuels pour analyse.

Deuxième Partie

Chapitre Étude

I - État des lieux

1. Évaluations quantitatives après fermeture

Des réunions pour évaluation de la prise en charge des urgences pédiatriques après fermeture du Service de Pédiatrie à l'Hôpital de Mont-St-Martin ont eu lieu à diverses reprises.
Voici le résumé des rapports des évaluations à 8 mois et à un an.

a. Évaluation à 8 mois

Une analyse quantitative a été faite en décembre 2013, 8 mois et 11 jours après la fermeture du Service de Pédiatrie.

Cette analyse a mis en évidence que le nombre de passages des urgences pédiatriques n'a pas diminué après fermeture du Service de Pédiatrie.

Notamment, 20,5% des passages aux urgences étaient encore des enfants, avec une moyenne mensuelle de 353 enfants.

De ces 353, 19 entre eux en moyenne ont été transférés par mois, dont 1/3 vers les hôpitaux d'Arlon et 2/3 dans le territoire lorrain.

b. Évaluation à 1 an

L'évaluation à un an retrouve également un nombre de passages d'urgences pédiatriques stable par rapport à avant la fermeture du Service.

Notamment, entre le 19 avril 2013 et le 18 avril 2014, il y a eu en tout 20 655 passages aux Urgences à l'Hôpital de Mont-St-Martin, dont 20,61% de moins de 16 ans.

La moyenne de passages d'enfants de moins de 16 ans par jour était de 13,6 par jour.
En tout, il y a eu 217 enfants transférés vers un autre hôpital pour suite de prise en charge, soit 5% des passages pédiatriques de moins de 16 ans.

Il n'y a pas eu d'incident majeur lors de ces prises en charges ni des transferts.

Les conclusions de la première année ont été:

Il n'y a pas eu de diminution significative des passages enfant aux Urgences après fermeture du Service de Pédiatrie.

Les transferts vers d'autres hôpitaux pour suite de prise en charge ont été faits sans incident.

II – ÉTUDE

1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de comparer le temps de passage aux urgences avant et après fermeture du Service de Pédiatrie.

Les objectifs secondaires sont de comparer le nombre de passages et le taux d'hospitalisation avant et après fermeture.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique sur l'Hôpital Hôtel-Dieu de Mont-St-Martin dans le département de Meurthe-et-Moselle (54), sur deux périodes d'une durée égale de deux ans.

2.2. Période

Les admissions en hospitalisation pédiatrique à Mont-St-Martin ont été arrêtées à partir du 19 avril 2013 à 20 heures, quelques jours avant la fermeture officielle du Service le 26 avril 2013.

L'étude a porté donc sur deux périodes :

- Période 1 : correspondant à la période avant arrêt des admissions en Service de Pédiatrie, ou « avant fermeture », allant du du 19 avril 2011 à 20h00 jusqu'au 19 avril 2013 à 19h59
- Période 2 : correspondant à la période « après fermeture » du Service de Pédiatrie, allant du 19 avril 2013 à 20h00 jusqu'au 19 avril 2015 à19h59

2.3. Population

Les sujets éligibles étaient les enfants de moins de 15 ans ayant été admis au Service d'Accueil des Urgences de Mont-St-Martin durant ces deux périodes, correspondant aux critères suivants :

a. Critères d'inclusion

- tous les enfants âgés de 0 à 15 ans moins 1 jour
- admis au Service d'accueil des Urgences à l'Hôpital de Mont-St-Martin
- ayant été examiné par un médecin aux Urgences

- du 19 avril 2011 à 20h00 au 19 avril 2015 à 19h59.
- Durée de passage inférieure à 5 heures OU
- Durée de passage supérieure à 5 heures avec vérification du dossier :
    - Inclus si ordonnance de sortie faite moins de 2 heures avant heure de sortie saisie
    - Inclus si orientation saisie moins de 2 heures avant clôture du dossier
    - Inclus si un ou plusieurs examens complémentaires, comme biologie, imagerie
    - Inclus si absence d'argument contre sortie avant clôture du dossier

b. Critères d'exclusion

- les patients dits « partis sans attendre » ou « partis avant soins », enfants dont la famille a refusé d'attendre la prise en charge
- les dossiers de patients dont le temps de passage était anormalement élevé et qui, après vérification dans le dossier, était erroné soit par retard de clôture du dossier d'un patient parti longtemps auparavant ou par faute de frappe lors de la saisie de la date, ne pouvant pas être corrigée ultérieurement.
- Ordonnance faite plus de 2 heures avant sortie
- Saisie de sortie faite plus de 2 heures avant clôture du dossier

Ci-dessous un arbre décisionnel illustrant la méthode d'inclusion et d'exclusion des patients dans cette étude, par leur dossier médical de passage.

c. Les pathologies

Sur l'ensemble des pathologies prises en charge au SAU, quatre pathologies ont été choisies, dont deux médicales, la rhinopharyngite et la gastro-entérite aigue, et deux chirurgicales, l'appendicite aigue et les fractures osseuses.

Les pathologies médicales ont été choisies pour leur fréquence de consultation au SAU, présentant une prévalence importante mais présentant chacune des taux d'hospitalisation différents.

Les pathologies chirurgicales, l'une viscérale nécessitant une intervention chirurgicale, l'autre, dont la prise en charge et le taux d'hospitalisation diffèrent de la première.

Le taux de transferts en hospitalisation diffère donc selon les pathologies chirurgicales.

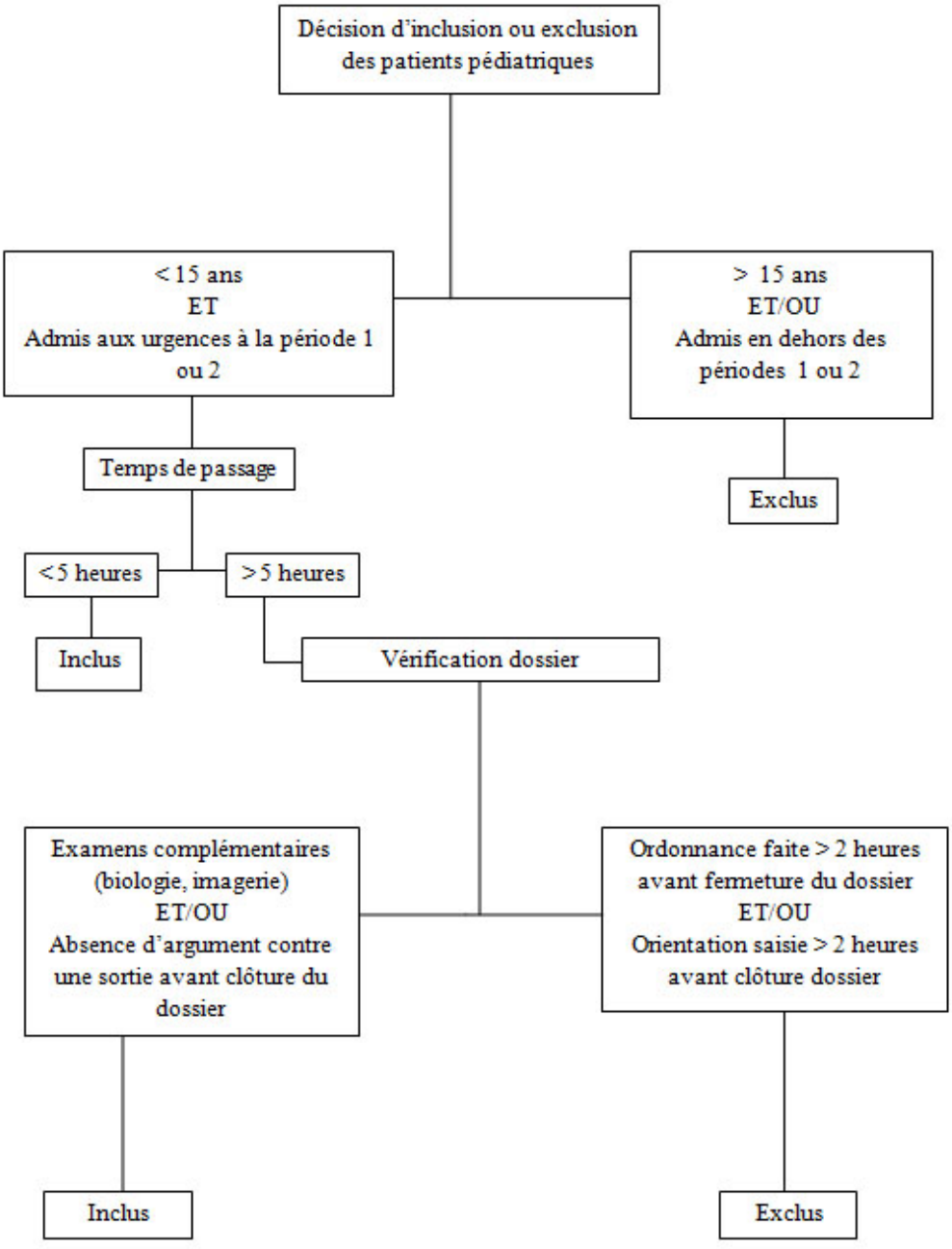
Dans le cas de l'appendicite aigue, la prise en charge chirurgicale est indispensable si le diagnostic a été posé, selon les recommandations de l'HAS (46).

Dans le cas des fractures osseuses, la prise en charge diffère selon les cas. Elle dépend du type de fracture osseuse.

Si la fracture est fermée, non déplacée, simple, le traitement peut être orthopédique.

Dans ce cas elle est prise en charge en ambulatoire à l'Hôpital de Mont-St-Martin

Si la fracture est ouverte, déplacée ou compliquée, la prise en charge est chirurgicale. Si la prise en charge est chirurgicale et non urgente, elle peut être prise en charge à Mont-St-Martin. Si la prise en charge est urgente et qu'il est impossible de la prendre en charge en urgence à Mont-St-Martin, l'enfant doit être transféré pour hospitalisation.



d. Tranches d'âge

La limite d'âge de moins de 15 ans a été choisie, afin de pouvoir comparer les nombres de transferts en Belgique et en France, puisqu'en Belgique la Pédiatrie admet des enfants jusqu'à l'âge limite de 15 ans moins 1 jour (44).

Les tranches d'âge ont été réparties comme suit : 0 à 1 an, 1 an à 6 ans, 6 ans à moins de 15 ans.

La tranche d'âge de 0 à 1 an a été choisie car ORULOR utilise cette tranche d'âge pour la petite enfance.

La tranche d'âge 1 an à 6 ans a été choisie, car c'est l'âge préscolaire.

La tranche d'âge 6 ans à 15 ans a été choisie car 6 ans est l'âge de scolarité des enfants.

e. Accord pour recueil de données

Avant de débuter cette étude, l'accord du Directeur de l'établissement a été obtenu après entretien et description du sujet de thèse.

Cette étude n'a pas nécessité d'accord du Comité d'éthique de l'établissement car il n'y a pas eu utilisation de données nominatives.

f. Mode de recueil

La base de données utilisée pour recueillir les données était le logiciel ResUrgences® (47).

ResUrgences® est une plateforme logicielle Intranet/Extranet communicante pour la gestion des Services d'accueil des urgences.
Les échanges se font via un navigateur internet par l'intermédiaire d'un réseau spécialisé santé qui assure la confidentialité et la protection des données médicales.
Le logiciel permet un partage d'information avec l'ensemble de l'établissement, en plus d'une communication directe avec les réseaux régionaux.

Il dispose d'un dossier médical et un dossier infirmier, et il permet la prescription et le codage d'actes thérapeutiques et médicamenteux, ainsi que d'examens complémentaires.

Les informations administratives sont intégrées dans le dossier patient.

Cette plateforme permet un accès aux dossiers antérieurs de chaque patient, permettant une saisie des antécédents qui est visible à chaque nouveau dossier pour le même patient et permet de consulter les évènements passés.

Par ailleurs, il est possible d'effectuer des statistiques et des requêtes à l'aide de ce logiciel.

L'outil « requêteur » a été utilisé pour extraire les dossiers médicaux selon les critères précisés antérieurement et les données suivantes :

- numéro du dossier
- date et heure d'entrée
- date et heure de sortie
- âge en année
- diagnostic principal → code diagnostic
- diagnostic principal → intitulé
- orientation → type d'orientation
- temps de passage

Lors de l'exploration des données, seuls les numéros des dossiers ont été utilisés afin de retrouver les données souhaitées.

g. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le test-du khi-deux, du test de khi-deux avec correction de Yates et du test d'ANOVA.

h. La standardisation indirecte

Nous avons utilisé la standardisation indirecte afin d'évaluer les pratiques d'hospitalisation de l'hôpital de Mont-St-Martin avant et après fermeture du Service de Pédiatrie par rapport aux normes. Pour cela nous avons utilisé les taux d'hospitalisation présentés dans le rapport d'activité des structures d'urgence d'ORULOR de 2012.

La standardisation indirecte consiste à appliquer aux effectifs des tranches d'âge de chacune des populations à comparer les taux d'incidence spécifiques par tranche d'âge (= "taux types") d'une population de référence commune.

Mode de calcul

Afin de trouver le rapport standardisé d'incidence ou « Standardized Incidence Ratio » (SIR), nous avons d'abord du calculer le nombre attendu d'hospitalisations pour chaque tranche d'âge avec cette formule :

$$Nbr\ attendu\ d'hospitalisations = Nbr\ de\ passages\ dans\ la\ tranche\ d'âge \times Pourcentage\ d'hospitalisations\ de\ référence\ dans\ cette\ tranche\ d'âge$$

Nous retrouvons les pourcentages d'hospitalisation de référence dans le rapport d'ORULOR sur l'activité des structures d'urgence en Lorraine de 2012.

Tableau : Pourcentage d'hospitalisations par tranches d'âge

Âge	% hospitalisations*
Moins de 1 an	26,9%
1 an à 5 ans	13,4%
5 ans à 10 ans	13,8%
10 ans à 15 ans	10,5%

**Source : Rapport Annuel d'Activité des structures d'urgence en Lorraine, 2012. ORULOR.*

Le nombre attendu d'hospitalisations pour chaque tranche d'âge va nous permettre de retrouver le Standardized Incidence Ratio (SIR) pour les tranches d'âge respectives :

$$SIR = \frac{Nombres\ observés\ d'\ hospitalisations}{Nombres\ attendus\ d'\ hospitalisations}$$

Les nombres observés d'hospitalisations se réfèrent ici aux nombres d'hospitalisations retrouvés dans notre étude pour chaque tranche d'âge.

Pour retrouver le SIR total, nous utiliserons la somme des nombres observés divisée par la somme des nombres attendus :

$$SIR\ total = \frac{Somme\ des\ nombres\ observés\ d'\ hospitalisation}{Somme\ des\ nombres\ attendus\ d'\ hospitalisation}$$

Interprétation des résultats

Si le SIR est égal à 1, l'incidence qui dans notre cas correspond au taux d'hospitalisation dans la population étudiée est identique à celle de la population de référence.

S'il est inférieur à 1, le taux d'hospitalisation est plus faible dans la population étudiée.

S'il est supérieur à 1, il est plus fort.

Tableau 6: Variables utilisées dans l'outil "requêteur"

Variables	Âge	Sexe	Date et heure d'entrée		Date et heure de sortie		Diagnostic principal		Orientation
	/	/	P1	P2	P1	P2	Code	Intitulé	
Rhinopharyngite	< 15 ans		19/04/2011 à 20h00	19/04/2013 à 20h00	19/04/2013 à 19h59	19/04/2015 à 19h59	J00	*	
Gastro-entérite aigue							A09	**	
Appendicite aigue							/	« Appendicite »	
Fractures							/	« fracture »	
Mutation et/ou transfert									« transfert vers l'hôpital » + « n'est pas nul »
Transfert interne									« transfert interne »
Transfert externe									« transfert externe »
Retour à domicile									« retour à domicile »
Autre orientation									« contre avis » ou « parti sans attendre »
Sexe ratio		= M ou = F							
Âge (pour les tranches d'âge)	< 1 an Ou >=1 an à <6 ans Ou >=6 ans à < 15 ans								

**« Autres gastroentérites et colites d'origine infectieuse ou non précisée » ; **« Rhinopharyngite [rhume banal]*

III - RÉSULTATS

1. Épidémiologie - Effectifs, âge et sexe ratio

1.1. Effectifs

Le nombre de passages total avant et après fermeture du Service de Pédiatrie est de 16.346 enfants, dont 8474 passages avant fermeture et 7872 passages après fermeture, soit une diminution de -602 passages (-7,1%).

Au total Il y a eu une diminution dans le nombre de passages pédiatriques aux Urgences après fermeture du Service de Pédiatrie.

1.2. Âge

La tranche d'âge fréquentant le plus les urgences est celle des 6 à 15 ans. En effet, cette tranche d'âge représente 47,5% sur l'ensemble de la période d'étude.

La part de cette tranche a augmenté après la fermeture passant ainsi de 46,2% (3919 passages) à 48,9% (3846 passages), alors que le nombre de passages dans cette tranche a diminué de -73 passages (-1,9%).

L'âge de recours préférentiel aux urgences est de très loin les moins de 1 an. Cette tranche des moins de 1 an a connu une diminution de sa fréquentation au SAU de -182 passages, soit -19%. Cette diminution est plus importante que pour les autres tranches d'âge. Elle est 10 fois supérieure à la diminution observée dans la tranche d'âge des 6 à 15 ans qui est de 1,9%.

La tranche des moins de un an représente 10,6% des passages alors qu'une année de la tranche des 6 à 15 ans représente 5,2% des passages.

Tableau 7: Répartition tranches d'âge avant et après fermeture

Âge	Avant	% Avant	Après	% Après	Total	% Total
< 1 an	961	11,3%	779	9,9%	1740	10,6%
1 an à 6 ans	3594	42,4%	3247	41,2%	6841	41,8%
6 ans à 15 ans	3919	46,2%	3846	48,9%	7765	47,5%
Total	**8474**	**100%**	**7872**	**100%**	**16.346**	**100%**

Au total
La population est plus âgée après fermeture du Service de Pédiatrie (p = 0,0005).

1.3. Sexe ratio

Sur les deux périodes étudiées, le nombre de passages du sexe masculin était de 9129 (55,8%) et 7217 (44,2%) passages du sexe féminin.

Le sexe ratio sur toute la période de l'étude était de 1,26 (H/F).

Ce rapport reste stable entre avant (1,26) et après fermeture (1,27) du Service.

Tableau 8: Comparaison sexe avant et après fermeture

Sexe	Avant	% Avant	Après	% Après	Total	% Total
Masculin	4730	55,8%	4399	55,9%	9129	55,8%
Féminin	3744	44,2%	3473	44,1%	7217	44,2%
Total	8474	100%	7872	100%	16 346	100%

Au total
Il n'y a pas eu de différence entre le nombre de passages garçons et filles avant et après fermeture (p = 0,934575).

2. Type d'orientation

Sur les 16 346 enfants ayant consulté, 11,8% (1 935 enfants) ont été hospitalisés, 88,2% (14 411 enfants) sont retournés à domicile après consultation dont 815 passages (5,7%) ont refusé les soins ou sont partis sans attendre.

Sur les 8474 passages au SAU observés pendant la période 1, 7066 soit 83,5% sont retournés à domicile et 16,6% ont été hospitalisés. Cette dernière modalité est l'explication exclusive de la diminution de l'activité des urgences de – 602 soit - 7% de passages.

Après fermeture le nombre de passages avec un retour à domicile a augmenté de +279 soit +4% alors que le nombre d'hospitalisations a diminué de -881 soit -63%. Cette diminution a généré -1228 soit -92% d'hospitalisations sur site. En revanche, le nombre d'hospitalisations avec un transfert secondaire a augmenté de +347 soit +469%.

L’impact de la fermeture du Service de Pédiatrie a été notable sur l’adressage des enfants en suivi. En effet, pour les enfants retournés à domicile avant fermeture, 194 (2,3%) ont été adressés à un Médecin Spécialiste, et 202 (2,9%) à leur Médecin Traitant pour un suivi. Ces pratiques ont diminué après la fermeture avec une baisse de -33,4% (-61 passages) pour les consultations spécialisées et -15,3% (-31 passages) pour le suivi par le Médecin Traitant.

Dans les refus de soins par partie sans attendre ou autre, il y a eu une diminution de -16,4% (- 73 passages) d’enfants partis sans soins.

Figure 3: Type d'orientation avant et après fermeture

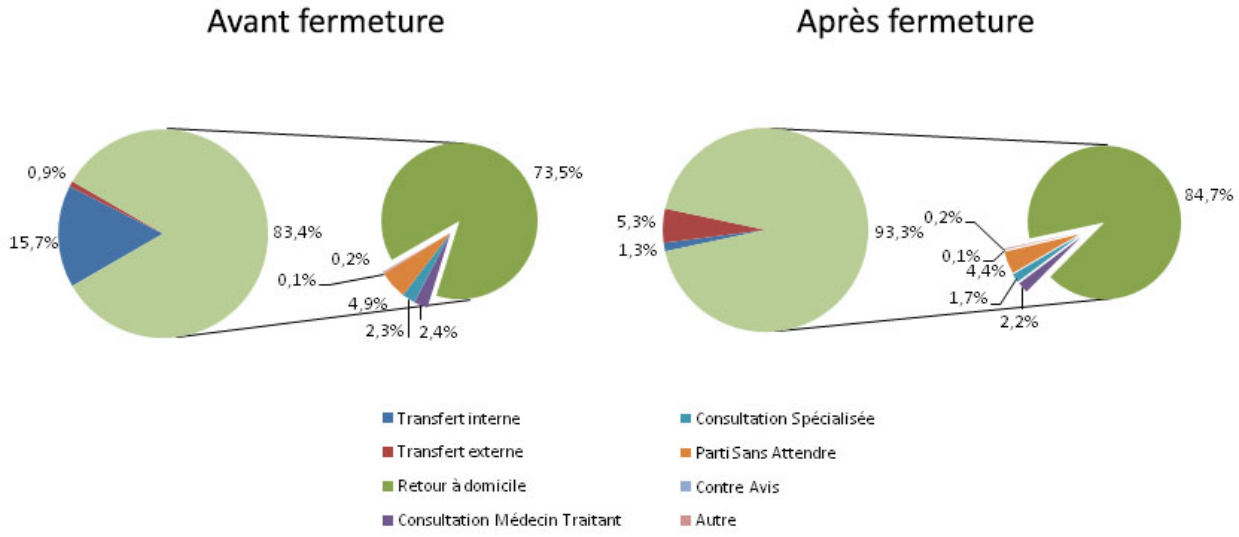


Tableau 9: Chiffres clés du tableau 10 - Type d'orientation avant et après fermeture

Orientation	**Nombre de passages**		**Total**
	Avant fermeture	Après fermeture	
Retours à domicile	7066	7345	**14 411**
Hospitalisations	1408	527	**1935**
Total	**8474**	**7872**	**16 346**

Au total
L'impact de la fermeture montre une diminution de la fréquentation des urgences avec – 7,1% entre avant 8474 et après 7872 et une diminution du réadressage vers le Médecin Traitant.
Les enfants sont plus souvent rentrés à domicile après fermeture du Service de Pédiatrie ($p < 0,00001$).

Tableau 10: Nombre et pourcentage des patients selon type d'orientation, avant et après fermeture du Service de Pédiatrie

Orientation	**Avant fermeture**		**Après fermeture**		**Total**	**Total %**
	Nombre de passages	**%age**	**Nombre de passages**	**%age**		
TOTAL Retour à domicile	**7 066**	**83,4%**	**7 345**	**93,3%**	**14 411**	**88,2%**
RAD simple	6 226	73,5%	6 670	84,7%	**12 896**	**78,9%**
Consult. Médecin Traitant	202	2,4%	171	2,2%	**373**	**2,3%**
Consult. Spécialiste	194	2,3%	133	1,7%	**327**	**2%**
Parti Sans Attendre	416	4,9%	349	4,4%	**765**	**4,7%**
Contre Avis	7	0,1%	6	0,1%	**13**	**0,1%**
Autre	21	0,2%	16	0,2%	**37**	**0,2%**
TOTAL Hospitalisations :	**1 408**	**16,6%**	**527**	**6,7%**	**1 935**	**11,8%**
Transfert interne	1 334	**15,7%**	106	**1,3%**	**1 440**	**8,8%**
Transfert externe	74	**0,9%**	421	**5,4%**	**495**	**3%**
TOTAL	**8 474**	**100%**	**7 872**	**100%**	**16 346**	**100%**

2.1. Comparaison du taux d'hospitalisation aux valeurs de référence

Nous avons voulu comparer le taux d'hospitalisation de l'hôpital de Mont-St-Martin aux normes régionales, et cela avant et après fermeture.

De manière générale, le nombre d'hospitalisations avant fermeture est supérieur aux nombres attendus, sauf dans la tranche d'âge des moins de un an (-3% d'hospitalisations par rapport aux nombres attendus). Cette différence dans le taux d'hospitalisation est plus marquée dans la tranche des 1 à 5 ans avant fermeture avec 39% d'hospitalisations de plus que le nombre d'hospitalisations attendu.

Après fermeture, tous les SIR (Standardized Incidence Ratio) baissent en-dessous de 1. Le SIR le plus bas correspond à la tranche d'âge des moins de 1 an et représente une différence de -59% d'hospitalisations par rapport à ce qui était attendu.

Si on calcule la différence entre le SIR avant et après fermeture, nous retrouvons finalement une différence de - 68% d'hospitalisations après fermeture du Service de Pédiatrie.

Tableau 11: Nombre d'hospitalisations observé comparé au nombre d'hospitalisations attendu

Âge	**Hospitalisations**					
	Avant fermeture			Après fermeture		
	Nombre observé	Nombre attendu	**SIR**	Nombre réel	Nombre attendu	**SIR**
Moins de 1 an	250	258,51	**0,97**	86	209,55	**0,41**
1 an à 5 ans	579	418,21	**1,39**	174	376,27	**0,46**
5 ans à 10 ans	304	297,11	**1,02**	124	274,76	**0,45**
10 ans à 15 ans	275	235,10	**1,17**	145	240,87	**0,60**
Total	1 408	1 208,93	**1,16**	529	1 101,45	**0,48**

Au total
La fermeture du Service de Pédiatrie a eu un impact sur le type d'orientation avec une chute du nombre d'hospitalisations pédiatriques en-dessous des valeurs attendues après fermeture.

2.2.Comparaison transferts internes et externes Période 1 et Période 2

Le nombre d'hospitalisations a chuté après la fermeture passant de 1408 à 527 soit –62,6%. Cette modification des pratiques d'hospitalisation montre une diminution de -92% des hospitalisations sur le site de Mont-St-Martin (de 1334 à 106). En revanche, le nombre de transferts a explosé avec +469% (+347) après fermeture.

Cette modification de pratique a fait passer le taux d'hospitalisation sur site de 94,7% à 20% et le taux d'hospitalisation externe de 5,3% à 80% (p<0,00001).

Tableau 12: Orientation selon transferts internes et externes avant et après fermeture

Orientation	**Nombre de passages**		**Total**
	Avant fermeture	Après fermeture	
Transfert interne	1334	106	1440
Transfert externe	74	421	495
Total	1408	527	1935

3. Orientation vers l'Hôpital

Ces modifications de pratique d'hospitalisation se traduisent aussi par une modification du choix des établissements de recours.

Les établissements vers lesquels les enfants étaient adressés par la période avant fermeture étaient les suivants:

- Hôpital d'Enfants à Brabois (45,9% des enfants)
- La clinique St Joseph à Arlon, Belgique (17,6%)
- Hôpital Bel Air à Thionville (6,8%)
- Hôpital Mercy à Metz (4,1%)
- Hôpital Maillot à Briey (1,4%)
- Autres hôpitaux (24,3%)

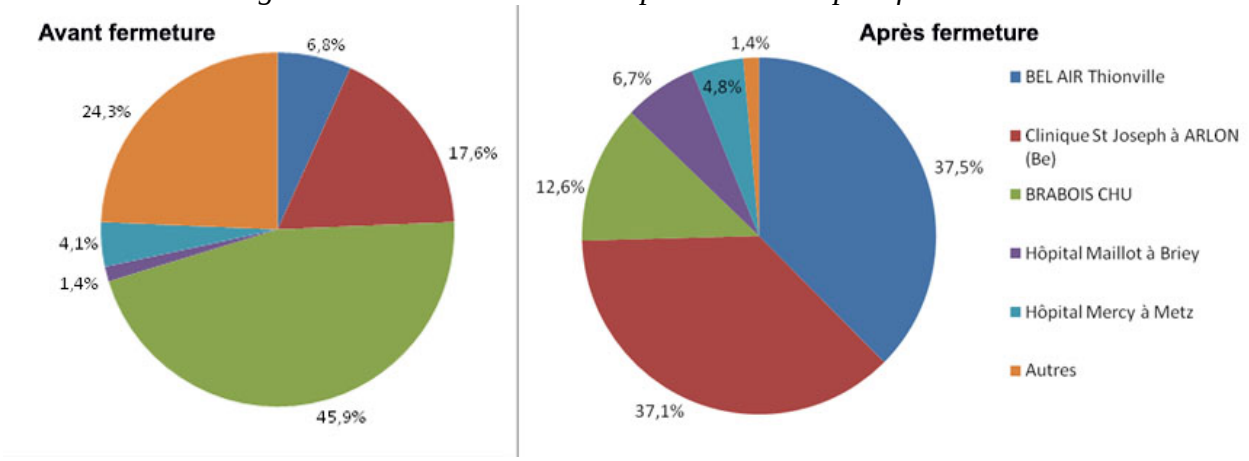
Et par la période après fermeture :

- Hôpital Bel Air à Thionville (37,5% de transferts)
- Hôpital St Joseph à Arlon, Belgique (37,5%)
- CHU Hôpital d'Enfants à Brabois (12,6%)
- Hôpital Maillot à Briey (6,7%)
- Hôpital Mercy à Metz (4,8%)
- Autres hôpitaux (1,4%).

Tableau 13: Orientation vers l'hôpital avant et après fermeture

Orientation vers l'Hôpital	Avant fermeture	%age Avant	Après fermeture	%age Après	Total	%age Total
Bel Air Thionville	5	6,8%	158	37,5%	163	32,9%
Clinique St Joseph à Arlon (Be)	13	17,6%	156	37,1%	169	34,1%
Brabois CHU (Nancy)	34	45,9%	53	12,6%	87	17,6%
Hôpital Maillot à Briey	1	1,4%	28	6,7%	29	5,9%
Hôpital Mercy à Metz	3	4,1%	20	4,8%	23	4,6%
Autres	18	24,3%	6	1,4%	24	4,8%
Total	74	100%	421	100%	495	100%

Figure 4: Orientation selon l'hôpital avant et après fermeture



Pour comprendre cette évolution, les établissements ont été agrégés en 2 groupes :

- Les hôpitaux de proximité avec :
  - Le CHR Metz-Thionville (Hôpital Bel Air à Thionville et Hôpital Mercy à Metz)
  - L'Hôpital Maillot à Briey
  - La Clinique St Joseph à Arlon (Be)

- Les « autres » :
    - CHU Brabois
    - Autres

Tableau 14: Nombre de transferts vers le groupe "Hôpitaux de Proximité" versus le groupe "Autres"

Destination	Avant fermeture	Après fermeture	Total
Hôpitaux de Proximité	22	362	384
Autres	52	59	111
Total	74	421	495

Dans les transferts externes à la période 1, 30% des transferts se sont faits vers les Hôpitaux de Proximité, alors que 70% des transferts ont été accueillis dans le groupe « autres ».

Dans les transferts externes à la période 2, il y a une augmentation de +340 transferts vers les Hôpitaux de proximité, soit +1545 %.

Les transferts vers les hôpitaux du groupe « autres » ont également augmenté de +7 transferts soit +13,5% et représentent 14% des transferts (59 transferts) après fermeture.

Au total
Il y a eu plus de transferts vers les Hôpitaux de Proximité après fermeture du Service de Pédiatrie ($p < 0,00001$).

4. Les pathologies « traceuses »

L'étude ayant montré que les pratiques d'hospitalisation pouvaient être modifiées par la fermeture du Service de Pédiatrie de Mont-St-Martin, nous avons souhaité analyser plus finement à l'aide de nos pathologies traceuses la typologie des pathologies impactées.

Dans un premier temps, nous analyserons l'impact sur deux pathologies médicales, puis deux chirurgicales.

4.1.Recherche des dossiers à étudier

En respectant l'arbre décisionnel d'inclusion/exclusion de dossiers, nous avons exclu quelques dossiers. De plus, dans notre recherche des fractures osseuses avec l'intitulé « fracture », nous avons retrouvé des dossiers de patients présentant des fractures dentaires, des os maxillaires et/ou des os du crâne. Ces dossiers ont également été exclus, au nombre de 30 dossiers avant fermeture et 29 dossiers après fermeture, en plus des 4 et 6 dossiers exclus par l'arbre décisionnel. Ces exclusions ne font pas de différence significative ni avant fermeture (p = 0,7127) ni après fermeture (p = 0,9194).

Tableau 15: Reprise du nombre de dossiers inclus et exclus selon les pathologies

Pathologies	**Période 1**			**Période 2**		
	Dossiers Période 2	Ont été exclus	Nombre de dossiers étudiés	Dossiers Période 2	Ont été exclus	Nombre de dossiers étudiés
Rhinopharyngite	153	0	153	200	1	199
Gastro-entérite aigue	118	0	118	129	0	129
Appendicite	22	0	22	27	1	26
Fractures osseuses	490	4 + 30	456	486	6 + 29	451

4.2. Nombre de passages global pour les pathologies avant et après

L'analyse par pathologie traceuse montre que l'activité relative de ces dernières ne suit pas l'évolution globale de l'activité. En effet, si l'activité du SAU a diminué de – 602 passages soit -7,1% sur cette période, l'activité pour nos 4 pathologies traceuses ont-elles augmenté les passages de +56 prises en charge, soit +7,5%.

Cependant, la segmentation Médecine/Chirurgie montre que l'activité de Chirurgie est restée stable avec -1 passage entre la période 1 et la période 2, diminution non significative (p= 0,5486). En revanche, l'activité de Médecine, elle, a connu une augmentation de +57 passages, soit +21%. Cette évolution n'est pas significative (p = 0,2971).

L'analyse des khi-deux partiels montre une augmentation des rhinopharyngites (p = 0,04).

Tableau 16: Nombre global des passages par pathologie avant et après fermeture

Pathologies		Nombre de passages		**Différence en %**	Valeur de p
		Avant fermeture	Après fermeture		
Médicales	**Total**	**271**	**328**	**+ 21%**	/
	Rhinopharyngite	153	199	+ 30,1%	*0,0433
	Gastro-entérite aigue	118	129	+ 9,3%	*0,8841
Chirurgicales	**Total**	**478**	**477**	**- 0,2%**	/
	Appendicite aigue	22	26	+ 18,2%	*0,7391
	Fractures osseuses	456	451	- 1,1%	*0,0523
Total		**749**	**805**	**+ 7,5%**	***0,0647**

*khi-deux partiels

4.3. Type d'orientation selon les pathologies médicales

4.3.1. La rhinopharyngite

Avant fermeture, sur les 153 patients consultant aux Urgences pour rhinopharyngite, 94,8% sont retournés à domicile et 5,2% ont été hospitalisés à Mont-St- Martin. Il n'y a pas eu de transfert externe en hospitalisation.

Après fermeture, sur les 199 patients diagnostiqués avec une rhinopharyngite après la fermeture du Service de Pédiatrie, 98,5% sont retournés à domicile et 1,5% ont été transférés pour hospitalisation. Aucune hospitalisation n'a été réalisée à Mont-St-Martin.

L'impact de la fermeture du Service de Pédiatrie a divisé significativement par 3,5 le taux d'hospitalisation pour cette pathologie déjà faiblement hospitalisée (0,0467).

Tableau 17: Type d'orientation pour les rhinopharyngites avant et après fermeture

Orientation Rhinopharyngite	Avant fermeture	Pourcentage	Après fermeture	Pourcentage	Différence taux
Retour à domicile	145	**94,8%**	196	**98,5%**	**+ 35,2%**
Total Hospitalisations	**8**	**5,2%**	**3**	**1,5%**	**- 62,5%**
Total passages	**153**	**100%**	**199**	**100%**	**+ 30,1%**

Au total
Les enfants diagnostiqués avec une rhinopharyngite aigue sont plus souvent rentrés à domicile après fermeture du Service (p = 0,0467).

4.3.2. La gastroentérite aigüe

Sur les 118 patients diagnostiqués avec une gastro-entérite aigue pendant la période 1, 69 enfants (58,5%) ont regagné leur domicile après consultation, 49 (41,5%) ont été hospitalisés à Mont-St-Martin et il n'y a pas eu de transfert externe.

Sur les 129 passages ayant été diagnostiqués comme une gastro-entérite aigue à la période 2, il y a eu 109 retours à domicile (84,5%), 20 transferts dans un autre hôpital (15,5%) et pas d'hospitalisation à Mont-St-Martin.

Le taux d'hospitalisation des enfants diagnostiqués avec une gastro-entérite aigue a chuté de manière significative de -59,2% après fermeture du Service de Pédiatrie. (p < 0,00001).

Tableau 18: Type d'orientation pour les gastro-entérites aigues avant et après fermeture

Orientation Gastro-Entérite aigue	Avant fermeture	Pourcentage	Après fermeture	Pourcentage	Différence taux
Retour à domicile	69	**58,5%**	109	**84,5%**	**+ 58%**
Total Hospitalisations	49	**41,5%**	20	**15,5%**	**- 59,2%**
TOTAL	**118**	**100%**	**129**	**100%**	**+ 9,3%**

Au total
Il y a eu plus de retours à domicile pour les gastro-entérites aigues après fermeture du Service de Pédiatrie.

4.4. Les pathologies chirurgicales

4.4.1. L'appendicite aigüe

Sur les 22 consultations pédiatriques ayant été diagnostiquées avec une appendicite aigue, 1 enfant (4,5%) est retourné à domicile, 20 ont été hospitalisés (90,9%) à Mont-St-Martin et un enfant (4,5%) a été transféré dans un autre établissement.

Sur les 26 enfants ayant été diagnostiqués avec une appendicite aigue après fermeture du Service de Pédiatrie, 21 enfants (80,8%) ont été hospitalisées en Service de Chirurgie à Mont-St-Martin, 4 enfants (15,4%) ont été transférées pour hospitalisation et 1 enfant (3,8%) est rentré à domicile.

Le taux d'hospitalisation a augmenté de +19% depuis la fermeture du Service de Pédiatrie. Il n'y a pas eu d'impact de la fermeture du Service de Pédiatrie sur le taux d'hospitalisation des appendicites aigues (p = 0,9038).

Tableau 19: Type d'orientation pour les appendicites aigues avant et après fermeture

Orientation Appendicite aigue	Avant fermeture	Pourcentage	Après fermeture	Pourcentage	Différence Avant et après
Retour à domicile	1	**4,5%**	1	**3,8%**	**/**
Total Hospitalisations	**21**	**95,5%**	**25**	**96,2%**	**+ 19%**
TOTAL	**22**	**100%**	**26**	**100%**	**+ 18,2%**

Au total
Il n'y a pas eu plus de retours à domicile ni plus d'hospitalisations après fermeture du Service de Pédiatrie pour les appendicites aigues.

4.4.2. Les fractures osseuses

Sur les 456 enfants diagnostiqués avec une fracture osseuse pendant la période 1, 393 enfants (86,2%) ont pu retourner à domicile, 38 enfants (8,3%) ont été hospitalisés à Mont-St-Martin et 25 enfants (5,5%) ont été transférés dans un autre établissement.

Sur les 451 enfants ayant été diagnostiqués avec une fracture osseuse pendant la période 2, 408 enfants (90,5%) ont pu sortir à domicile, 22 enfants (4,9%) ont été hospitalisées à Mont-St-Martin et 21 enfants (4,6%) ont été transférées dans un autre hôpital.

Le taux global d'hospitalisation pour les enfants ayant une fracture osseuse a chuté de -31,7% depuis la fermeture du Service de Pédiatrie ($p = 0,0448$).

Tableau 20: Type d'orientation pour les fractures osseuses avant et après fermeture

Orientation Fractures	Avant fermeture	Pourcentage	Après fermeture	Pourcentage	Différence Avant et après
Retour à domicile	393	**86,2%**	408	**90,5%**	**+ 3,8%**
Transfert interne	38	8,3%	22	4,9%	**- 42%**
Transfert externe	25	5,5%	21	4,6%	**- 16%**
Total Hospitalisations	**63**	**13,8%**	**43**	**9,5%**	**- 31,7%**
TOTAL	**456**	**100%**	**451**	**100%**	**- 1,1%**

Au total
Il y a eu plus de retours à domicile après fermeture dans le cas des fractures osseuses ($p = 0,0448$).

5. Hospitalisations selon les pathologies traceuses avant et après fermeture

Les hospitalisations internes de nos pathologies traceuses ont diminué de -72 hospitalisations soit de -62,6% après fermeture du Service, alors que les transferts externes ont augmenté de +22 transferts soit +84,6%. Cette évolution est significative ($p < 0,00001$).

Après fermeture du Service, les hospitalisations internes de ces pathologies représentent encore 47,3% des hospitalisations, alors que les transferts externes représentent 52,7% des hospitalisations.

Au total
Il y a eu moins d'hospitalisations après fermeture du Service et cela est dû à la diminution des hospitalisations internes après fermeture du Service.

5.1.Les pathologies médicales et hospitalisation

Nous constatons une diminution de -59,6% hospitalisations médicales (-34 patients) après fermeture du Service de Pédiatrie.

Cette diminution est plus importante dans le cas de la rhinopharyngite aigue avec une diminution de 5 hospitalisations à la période 2, soit -62,5% par rapport à la gastro-entérite aigue qui présente une diminution de -29 hospitalisations, soit – 59,2%.

La totalité des transferts des pathologies médicales s'est fait en interne à la période 1, et entièrement en externe à la période 2.

Le type d'hospitalisation a été impacté après fermeture du Service avec moins d'hospitalisations après fermeture ($p < 0,00001$).

Au total
Il y a eu plus de transferts externes en hospitalisation pour les pathologies médicales après fermeture ($p < 0,00001$).

5.2. Les pathologies chirurgicales et hospitalisation

Dans les hospitalisations internes, il y a eu une diminution de -15 hospitalisations chirurgicales, soit -25,9%.

Pour les transferts externes, il y a eu un transfert externe en moins après fermeture, soit -3,8% de pathologies chirurgicales transférées pour hospitalisation.

Cette évolution n'est pas significative ($p = 0,1463$).

Les fractures osseuses ont présenté une diminution de -16 soit -42% d'hospitalisations internes à la période 2, alors que l'appendicite aigue retrouve une augmentation de +5% (+1 patient) dans les hospitalisations internes.

Les transferts externes de l'appendicite aigue augmentent de +3 patients à la période 2, soit de +300%, alors que les fractures osseuses présentent plutôt une diminution des transferts externes à la période 2, soit -16% (- 4 patients).

Au total
Il n'y a pas eu d'impact de la fermeture du Service de Pédiatrie sur le type d'hospitalisation pour les pathologies chirurgicales ($p = 0,1463$).

6. Résultats temps de passage

Notre analyse ayant montré que la fermeture de la Pédiatrie impactait les modes de prise en charge des enfants, ainsi que le case mix, une analyse globale des temps de passage aurait été une erreur méthodologique. Pour cela, les temps de passage ont été analysés uniquement par pathologie traceuse.

6.1. Temps de passage, toutes orientations confondues

6.1.1. La rhinopharyngite

La prise en charge des patients pour rhinopharyngite aigue étaient en moyenne de 105,61 minutes. Ce temps était de 107,27 minutes avant fermeture et 103,95 minutes après. La prise en charge a diminué en moyenne de – 3,3 minutes.

Il n'y a pas de diminution significative dans le temps de passage global des rhinopharyngites aux urgences après fermeture (p = 0,6492).

6.1.2. La gastro-entérite aigue

Dans le cas de la gastro-entérite aigue, la différence entre les moyennes de temps de passage global est celle-ci de +26,7 minutes.

Les enfants diagnostiqués d'une gastro-entérite aigue ont passé plus de temps aux Urgences après fermeture du Service de Pédiatrie (p = 0,0028).

6.1.3. L'appendicite aigue

La moyenne du temps de passage au SAU pour l'appendicite aigue a augmenté de +45,8 minutes à la période 2. Cependant cette augmentation est non significative (p = 0,3739).

Les enfants atteints d'une appendicite aigue n'ont pas passé plus de temps aux Urgences après fermeture du Service de Pédiatrie.

6.1.4. Les fractures osseuses

Les enfants diagnostiqués d'une fracture osseuse ont passé en moyenne 140,87 minutes avant fermeture et 133,9 minutes après fermeture. Cette diminution de – 7 minutes dans la moyenne de temps du passage n'est pas significative (p = 0,1224).

Tableau 21: Moyenne globale de temps de passage avant et après fermeture, différence

Pathologies	Avant fermeture	SD Avant	Après fermeture	SD Après	Différence
Rhinopharyngite	107,27 min	62,6	103,95 min	71,5	**- 3,3 min**
Gastro-entérite	100,85 min	52,2	127,52 min	82	**+ 26,7 min**
Appendicite aigue	218,27 min	107	264,04 min	217,6	**+ 45,8 min**
Fractures	140,87 min	71,4	133,90 min	68,6	**- 7 min**

Au total
Pour nos pathologies traceuses, seulement les enfants admis pour une gastro-entérite aigue ont passé plus de temps aux urgences après fermeture (p = 0,0028).
Pour les autres pathologies, nous ne retrouvons pas d'augmentation significative dans la moyenne de temps de passage après fermeture.

6.2.Temps de passage pour les patients hospitalisés

Les lieux d'hospitalisation étant fortement impactés par la fermeture, nous avons voulu regarder si ce point avait eu un impact sur le temps de passage.

Les temps de passage pour les patients hospitalisés ont augmenté après fermeture du Service de Pédiatrie.

6.2.1. La rhinopharyngite

Les enfants ayant été hospitalisés pour une rhinopharyngite aigue ont passé en moyenne +78,3 minutes de temps aux Urgences. Cette différence s'avère être significative (p = 0,0085).

6.2.2. La gastro-entérite aigue

Les enfants diagnostiqués avec une gastro-entérite aigue et nécessitant une hospitalisation ont passé significativement plus de temps aux urgences, soit en moyenne +44,7 minutes de plus (p = 0,004367).

6.2.3. L'appendicite aigue

Dans le cas de l'appendicite aigue, les enfants hospitalisés n'ont pas passé plus de temps aux urgences après fermeture du Service de Pédiatrie, la différence de +48,3 ne représentant pas une différence significative (p = 0,3662).

6.2.4. Les fractures osseuses

Les enfants diagnostiqués avec une fracture osseuse n'ont pas passé plus de temps aux urgences, car l'augmentation de +10,5 minutes dans la moyenne du temps de passage n'est pas significative (p = 0,4054).

Au final, la pathologie qui montre une moindre augmentation après fermeture est la fracture osseuse avec une augmentation de +10,5 minutes après fermeture, soit moins d'une demi-heure.

La pathologie qui a connu l'augmentation la plus importante dans la moyenne du temps de passage en cas d'hospitalisation est la rhinopharyngite avec +78,3 minutes, soit plus d'une heure.

Tableau 22: Temps de passage des patients hospitalisés avant et après fermeture

Pathologies		**Transferts internes et externes**				
		Avant fermeture	SD avant	Après fermeture	SD après	**Différence**
Médicales	Rhinopharyngite	63,75 min	38,2	142 min	15,9	**+ 78,3 min**
	Gastro-entérite aigue	85,59 min	49,5	130,25 min	72,7	**+ 44,7 min**
Chirurgicales	Appendicite aigue	220,38 min	109,1	268,72 min	220,7	**+ 48,3 min**
	Fractures osseuses	117,95 min	68	128,45 min	63,1	**+ 10,5 min**

Au total

De manière globale, les patients diagnostiqués pour ces 4 pathologies ont passé plus de temps aux urgences en cas d'indication d'hospitalisation, transfert interne et externe confondus (p = 0,001049). Cette augmentation a été majeure pour la rhinopharyngite.

L'augmentation du temps de passage pour nos pathologies traceuses dans le cas d'une hospitalisation n'est significative que pour les pathologies traceuses médicales.

IV – DISCUSSION

Cette étude montre un impact de la fermeture du Service de Pédiatrie sur la prise en charge des urgences pédiatriques tant sur le mode de prise en charge (hospitalisation ou retour à domicile), l'adressage vers un spécialiste ou le médecin traitant après consultation aux urgences, ainsi que sur le temps de passage.

1. Objectif principal et objectifs secondaires

La fermeture du Service de Pédiatrie a eu un impact sur le temps de passage avec un allongement dans le cas des pathologies médicales lors d'une hospitalisation.

D'une autre part, le type d'orientation a été impacté avec une diminution du taux d'hospitalisation après fermeture, une diminution du réadressage vers le Spécialiste et vers Médecin Traitant.

Pour nos pathologies traceuses, il y a eu une diminution des hospitalisations dans le cas des pathologies médicales et des fractures osseuses.

Au total, la fermeture du Service de Pédiatrie a surtout impacté la prise en charge des pathologies médicales avec modification de son orientation et allongement du temps de passage.

2. Limites et biais de l'étude

Le premier biais à discuter est un biais de mesure concernant la durée de la prise en charge au SAU. Ce biais serait lié à la clôture informatique des dossiers médicaux par les Urgentistes. Cette clôture informatique est parfois saisie plusieurs heures après la sortie du patient, la nécessité de saisir une orientation avant clôture retardant parfois celle-ci. La durée de prise en charge réelle est donc souvent inférieure à la durée de prise en charge saisie. Ce biais a été anticipé dans la méthodologie de notre étude. Tous les dossiers présentant une durée de prise en charge supérieure à 5 heures ont été vérifiés, et exclus s'il y avait évidence dans le dossier d'une sortie antérieure du patient. Les dossiers dont la différence entre l'heure de sortie saisie et l'heure de sortie réelle n'a pas pu être confirmée, ont été inclus, comme expliqué antérieurement avec l'arbre décisionnel d'inclusion des dossiers présentée dans le chapitre « Matériel et Méthodes ».

Une des explications de cette saisie tardive pourrait être une surcharge de travail après fermeture du Service de Pédiatrie. Or, nous constatons plutôt une diminution des passages. Le nombre de médecins urgentistes est resté identique. Le mode de codage et l'effectif restant inchangés après fermeture, ce biais de mesure par erreur de codage peut être éliminé car s'il existe une erreur, elle est égale aux deux périodes.

Il pourrait également exister un biais lié au codage dans ResUrgences® du diagnostic. Ce biais théorique pourrait se justifier par le fait que certains diagnostics sont codés avec un seul

code, comme la rhinopharyngite (J00), alors que dans le cas de la gastro-entérite aigue la CIM 10 donne plusieurs possibilités de codage (K29, K52, A08, A09).

La CIM 10 est une nomenclature semi-structurée. Cela signifie qu'une partie du code est informatif. Les problèmes digestifs sont renvoyés sur le chapitre en « K » et les problèmes infectieux sont codés dans le chapitre en A. Pour la pathologie traceuse gastro-entérite aigue, un seul code doit être utilisé. C'est le code A09. Les codes en K sont à exclure.

L'appendicite aigüe a été recherchée par l'intitulé inclus dans le diagnostic principal « appendicite », car la recherche par code unique ne retrouvait pas de données cohérentes. Cet intitulé retrouvait 2 codes avant fermeture et 4 codes après fermeture, dont 2 codes en commun.

Les fractures osseuses sont codées dans le chapitre en S. La recherche de l'intitulé « fracture » retrouve 79 codes différents avant et 80 codes après fermeture du Service de Pédiatrie, dont 79 codes en commun. Dans ces 79 codes, 9 codes et 19 codes (respectivement avant et après fermeture) codent pour des fractures dentaires, des os maxillaires ou des os du crâne. Ces pathologies ont été exclues car ne pouvant pas être prises en charge à Mont-St-Martin ni avant ni après fermeture, elles ne nous intéressaient pas dans notre étude.

Au final, nous avons exclu 34 dossiers avant fermeture, et 37 dossiers après fermeture.

Dans les rhinopharyngites, un dossier a été exclu après fermeture.

Dans les gastro-entérites aigues, il n'y a pas d'exclusion de dossier.

Un dossier a été exclu des appendicites après fermeture.

Dans les fractures osseuses, 34 dossiers avant fermeture ont été exclus et 35 dossiers après fermeture. Dans les exclusions des fractures osseuses, il y a des exclusions dus à la durée comme prévus dans la méthodologie avec l'arbre décisionnel (4 avant fermeture, 6 après fermeture), et des exclusions effectuées lors du triage de diagnostics retrouvés par l'intitulé « fracture » (30 avant fermeture et 29 après fermeture). Ces exclusions ne font pas de différence significative ni avant fermeture ni après fermeture.

3. Nombre de passages

La décroissance du nombre de passages pédiatriques aux urgences à l'Hôpital de Mont-St-Martin peut avoir plusieurs explications:

- le ralentissement de la croissance démographique et plus particulièrement chez les moins de 15 ans dans le bassin de Longwy
- l'information du public et de la possibilité de consulter directement dans un centre hospitalier avec un service d'hospitalisation pédiatrique (Arlon en Belgique ou Thionville à Bel Air les plus proches)
- la séquestration des patients chroniques suivis antérieurement à Mont-St-Martin, dont le suivi se fait ailleurs depuis la fermeture du Service spécialisé

D’un autre côté, le nombre n’a décru que peu car:

- Le temps de passage reste stable par rapport au temps de passage avant fermeture dans le cas des simples consultations, ce qui ne décourage pas les patients et leurs parents
- L’Hôpital de Mont-St-Martin reste un centre de proximité dans le bassin de Longwy
- Les consultations pédiatriques pendant la semaine sont toujours actives
- Le niveau d’information est encore trop faible dans la population
- L’insuffisance de l’information sur la fermeture du Service de Pédiatrie au centre régulateur des appels (15)
- La démographie médicale locale:
    - L’offre de soins ambulatoire du bassin de Longwy se caractérise par une faible densité de médecins généralistes, notamment 79,6 pour 100 000 personnes contre 104,7 en région Grand-Est. Ce chiffre le situe au dix-neuvième rang sur vingt (48).
    - Par ailleurs, et ce qui est la cause de la fermeture du Service de Pédiatrie, la démographie vieillissante des Pédiatres. En 2013, 5 pédiatres sur 5 étaient âgés de 55 ans et plus (48) sur le territoire de Longwy.

4. Caractéristiques de la population

a. Âge

La tranche d’âge avec le plus de fréquentation aux Urgences avant et après fermeture est celle des moins de 1 an.

Une plus grande fréquentation dans cette tranche d’âge peut être due à plusieurs facteurs :

- Une plus grande inquiétude des parents avec les enfants en bas âge
- Une plus grande fragilité des enfants en bas âge
- Le départ en retraite des Pédiatres de ville et le départ des Pédiatres de Mont-St-Martin. Ces départs conjoints rendent l’étude des transferts de population entre les Pédiatres de ville et les Pédiatres hospitaliers plus complexes.

Selon l’Ordre des Médecins les enfants de bas âge (de 0 à 2 ans) seraient effectivement plutôt emmenés chez leur Pédiatre (49). La décroissance majoritaire dans la tranche d’âge des moins de 1 an peut alors s’expliquer par le départ des Pédiatres de l’Hôpital de Mont-St-Martin.

La fermeture du Service d’hospitalisation de Pédiatrie a eu pour conséquence de réorienter les enfants souvent en hospitalisation à Mont-St-Martin vers un autre établissement. Les parents dont les enfants ont un suivi dans un autre établissement ont surement plus l’habitude de les montrer dans le même établissement pour tous les problèmes de santé rencontrés.

Les enfants de plus de 6 ans sont le plus souvent suivies par leur Médecin Traitant. Devant une densité de Médecins Généralistes faible dans le bassin de Longwy et le départ de ceux-ci en retraite, une augmentation des passages dans cette tranche d’âge aux Urgences pourrait s’attendre. Or, c’est une diminution qui est observée. Cependant, cette diminution du nombre de passages est moins marquée dans cette tranche d’âge.

b. Sexe ratio

La population fréquentant les Urgences dans notre étude est majoritairement masculine, ce qui correspond aux statistiques d'ORULOR (1,19 en 2015) et à un rapport d'OSCOUR (53% de garçons) (50), (51).

Ce ratio montre que les garçons sont surreprésentés dans la fréquentation des Urgences, le sexe ratio de la population générale pour les moins de 14 ans étant de 1,03 en 2014 (43).

La fréquentation plus importante aux urgences de garçons plutôt que de filles peut s'expliquer par une plus grande fragilité du sexe masculin. Cette fragilité se met en évidence dès l'état d'embryon mais n'est pas encore complètement élucidée (52). Cela expliquerait pourquoi le sexe ratio est en faveur des garçons dans tous les Services d'Accueil des Urgences étudiés (6). Ce point n'est pas modifié par la fermeture du Service de Pédiatrie, puisqu'il est intrinsèque aux enfants et non au fonctionnement de l'hôpital.

Les idées culturelles et sociales actuelles forment des garçons qui sont censés être « plus forts » que les filles et « moins sensibles ». Cela mène à des garçons plus téméraires, prenant plus de risques, qui sentent une nécessité de « prouver » qu'ils sont plus forts, mais aussi moins communicatifs en cas de besoin, l'expression des émotions étant perçue comme un signe de faiblesse. Ces garçons vont également se plaindre plus tardivement, menant à en une consultation aux Urgences plutôt que chez le Médecin Traitant par sentiment de gravité plus importante (53).

À part l'indication d'avis spécialisé gynéco-obstétrical ou urologique, la prise en charge chez l'enfant ne diffère pas selon le sexe de l'enfant. Or, ces deux spécialités étant encore présentes à Mont-St-Martin après fermeture du Service de Pédiatrie, l'absence de changement du sexe ratio après fermeture du Service de Pédiatrie était attendue.

Au final, le sexe ratio n'est explicable que par des phénomènes externes/extrinsèques au fonctionnement d'un hôpital et n'appartiennent qu'à la population. Il est compréhensible de ne pas retrouver de différence entre les 2 populations avant et après fermeture du Service de Pédiatrie.

5. Type d'orientation

Notre étude montre une modification de la prise en charge avec une diminution des hospitalisations après fermeture du Service de Pédiatrie. Le taux d'hospitalisation qui avant fermeture était supérieur aux valeurs de référence va chuter bien en-dessous de la norme après fermeture. Cette diminution du taux d'hospitalisation peut être expliquée par plusieurs points.

Tout d'abord, l'âge de notre population avant et après fermeture est modifié avec une population plus âgée après fermeture. Nous observons une diminution de la fréquentation des enfants de moins de 1 an. Or, un des critères d'hospitalisation est un âge inférieur à 3 mois qui est un facteur de gravité en lui-même. Sachant qu'il y a moins d'enfants de 3 mois qui consultent aux Urgences après fermeture, une diminution du taux d'hospitalisation est en accord avec la modification de la population.

D’une autre part, ces résultats demandent une réévaluation de l’indication d’hospitalisation avant fermeture.

La présence d’un Service de Pédiatrie dans l’hôpital, pouvant accueillir les enfants 24h/24h, peut nous faire suspecter un recours à l’hospitalisation par facilité. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette décision prise d’un commun accord entre les médecins urgentistes et le Pédiatre de garde : l’indication d’examens complémentaires pouvant être faits dans le Service, la nécessité d’administrer des traitements avant sortie, une nécessité de surveillance du traitement.

L’absence d’un Pédiatre de garde aux Urgences pourrait nous faire attendre à un taux plus élevé d’hospitalisations de sécurité avant fermeture. Un doute sur l’indication d’hospitalisation et la nécessité d’un avis spécialisé auraient pu mener à une hospitalisation plutôt qu’un retour à domicile, en accord avec le Pédiatre de garde. Cette pratique étant impossible après fermeture du Service, nous pourrions nous attendre à une baisse du taux d’hospitalisations après fermeture.

Nous pourrions suspecter que les parents des enfants s’opposent parfois à un transfert dans un autre établissement pour hospitalisation, de part la distance et possiblement par méfiance vis-à-vis d’un hôpital inconnu. Ceci pourrait nous faire attendre à une diminution des hospitalisations après fermeture.

Nous constatons que la fermeture du Service de Pédiatrie a effectivement eu un impact sur le type d’orientation avec une diminution des hospitalisations après fermeture.

L’équipe médicale étant restée stable avant et après fermeture, nous pouvons éliminer une modification des pratiques de ceux-ci.

Une bonne orientation par le régulateur du SAMU 54 peut également expliquer en partie la baisse du taux d’hospitalisation, en supposant que les parents appellent le centre 15 pour avis avant de se rendre aux Urgences. Ainsi, le centre régulateur d’appels 15 adressera les enfants à différentes structures selon leurs besoins :

- Si l’enfant nécessite une consultation simple sans urgence, l’enfant est adressé chez le Pédiatre ou le Médecin de garde, sinon les urgences.
- Si l’enfant nécessite une consultation urgente, l’enfant est adressé aux urgences et si nécessaire, sera transféré dans un autre hôpital secondairement
- Si l’enfant nécessite des soins urgents, l’enfant sera pris en charge par le SMUR
- Si l’enfant nécessite une prise en charge hospitalière mais ne court pas de danger imminent, il est adressé à l’hôpital le plus proche pouvant accueillir des enfants en hospitalisation pédiatrique.

Le type d'orientation vers « Médecin Traitant » signifie que l'enfant sort à domicile mais un suivi chez le Médecin Traitant est préconisé. Cet enfant sort avec consignes de consultation de suivi chez son Médecin Traitant dans 48-72 heures, avec une lettre de sortie adressée à celui-ci.

La consultation chez le spécialiste n'étant pas spécifiée, le spécialiste est très probablement le pédiatre. La chute dans le nombre de patients adressés vers le spécialiste est expliquée par le départ des pédiatres de l'hôpital avec la fermeture du Service de Pédiatrie et de la zone de Longwy. Il reste cependant une activité pédiatrique la journée et pendant les jours ouvrables, ce qui expliquerait en partie le nombre restant de 133 enfants adressés chez le spécialiste après fermeture.

L'impact de la fermeture du Service de Pédiatrie sur le recours au spécialiste intra-hospitalier était donc prévisible. En revanche, celle du réadressage vers le Médecin Traitant est inexplicable.

L'équipe médicale des Urgences étant non modifiée après fermeture, cette modification dans le réadressage vers le Médecin Traitant ne s'explique pas par une modification des pratiques des médecins urgentistes.

L'âge de fréquentation des Urgences a augmenté depuis la fermeture du Service.
Les enfants de 6 à 15 ans étant le plus souvent pris en charge par le Médecin Généraliste, il serait attendu que le réadressage vers le Médecin Traitant augmente après fermeture. Or, nous constatons une diminution significative de ce réadressage. Le départ en retraite des Médecins Généralistes dans le bassin de Longwy pourrait expliquer d'une part cette diminution de réadressage en suivi et d'autre part la diminution moins marquée du nombre de passages de la part des 6 à 15 ans après fermeture du Service.

5.1. Comparaison transferts internes et externes

Comme il était attendu, la quasi-totalité des transferts avant fermeture du Service de Pédiatrie étaient internes avec 94,7% d'hospitalisations à Mont-St- Martin et seulement 5,3% de transferts en hospitalisation.

Après fermeture du Service de Pédiatrie, le taux est inversé avec 79,9% de transferts en hospitalisation et 20,1% d'hospitalisations à Mont-St-Martin.

Le taux non négligeable de 20,1% d'hospitalisations à Mont-St-Martin après fermeture est du à la possibilité d'hospitalisation en Service de Chirurgie pour les pathologies chirurgicales dont l'appendicite aigue et les fractures osseuses, deux de nos pathologies traceuses.

Le Service de Chirurgie de l'Hôpital de Mont-St-Martin a également été réorganisé en vue de la fermeture du Service de Pédiatrie, avec la création de deux lits chirurgicaux pédiatriques.

Ces lits sont destinés à être occupés par des enfants nécessitant une prise en charge chirurgicale non urgente, pouvant être effectuée à l'Hôpital de Mont-St-Martin.

Les conditions d'hospitalisation sont un âge supérieur à 3 ans et un poids supérieur à 10 kilogrammes. Cette possibilité d'hospitalisation pédiatrique sur le site de Mont-St-Martin explique à elle seule le taux encore important de 20,1% d'hospitalisations sur site.

5.2. Orientation vers l'Hôpital

Les hospitalisations sur les Hôpitaux de Proximité sont les anciens patients hospitalisés en interne ne nécessitant pas de recours à un plateau technique supérieur.

Après fermeture, ces patients peuvent donc être adressés à des hôpitaux de niveau 2 selon les anciennes règles du SROS (30), comme l'était l'Hôpital de Mont-St- Martin avant fermeture du Service de Pédiatrie.

De part leur proximité géographique, les trois centres conventionnés (CHR Metz-Thionville, Briey et Arlon) correspondent aux hôpitaux de transfert de préférence après fermeture.

L'Hôpital d'Arlon en Belgique est l'hôpital géographiquement le plus proche de Mont-St-Martin avec 19 kms et 22 minutes de trajet en moyenne.

Cependant, les transferts vers la Belgique sont limités par :

- leur appartenance ou pas à la zone ZOAST (45).
- Certaines pathologies nécessitant une prise en charge spécifique
- La différence de limite d'âge d'admission par rapport à la France (15 ans moins un jour en Belgique (44), respecté dans les critères d'inclusion de cette étude)
- Le souhait des parents (selon distance avec leur domicile, ou autre).

Ces points expliqueraient le fait que les transferts se font plus souvent à Thionville qu'en Belgique.

Les enfants nécessitant une prise en charge spécialisée ou une surveillance continue après fermeture nécessitent un transfert vers le centre de référence. Celui-ci reste toujours l'Hôpital d'Enfants à Brabois, Nancy.

En conclusion, la fermeture du Service de Pédiatrie a eu un impact sur le choix des établissements de transfert pour les enfants nécessitant une hospitalisation « simple ».

6. Les pathologies

6.1.Nombre de passages global selon les pathologies

Nous avons étudié quatre pathologies traceuses, deux médicales (rhinopharyngite et gastro-entérite aigue) et deux chirurgicales (appendicite aigue et fractures osseuses).

Nous retrouvons une augmentation non significative du nombre de passages en Médecine. Cette évolution pourrait avoir plusieurs explications.

En général, le suivi des enfants de bas âge (0-2 ans) est assuré par les Pédiatres, alors que le suivi des enfants plus âgés (à partir de 2 ans) par leur Médecin Traitant (49). La fermeture du Service de Pédiatrie a engendré un départ des Pédiatres de l'Hôpital de Mont-St-Martin et le départ en retraite des Médecins Généralistes a affaibli la densité médicale en ville (54).

Ces deux points pourraient faire attendre à une augmentation du nombre de passages aux Urgences. Nous constatons effectivement une augmentation du nombre de passages, mais elle touche uniquement les pathologies médicales, et est non significative.

Dans notre étude, nous constatons une diminution plus marquée des consultations dans la tranche des moins de un an, toutes pathologies confondues. En sachant que nos pathologies médicales étudiées touchent plus fréquemment les enfants en bas âge, la modification de l'âge de notre population pourrait expliquer cette stabilité dans le nombre de passages.

Nous ne constatons pas d'évolution significative dans les pathologies chirurgicales après fermeture.

La prise en charge de ces pathologies n'est pas influencée par le départ des pédiatres ni des médecins généralistes, car elle peut se faire en concertation entre les Urgentistes et les Chirurgiens, sauf cas particulier.

Ces pathologies surviennent plus fréquemment chez les enfants plus âgés et sont rares chez l'enfant de moins de un an.

La modification de l'âge de la population vers un âge plus élevé et l'absence de modification de prise en charge expliquerait ainsi la stabilité du nombre de passages dans les pathologies chirurgicales étudiées.

6.1.1. La rhinopharyngite

Nous constatons une augmentation significative du le nombre de passages des rhinopharyngites aigues.

Cette pathologie touche l'enfant de tout âge, avec une fréquence plus importante dans les bas âges (55).

Le départ des Pédiatres de Mont-St-Martin et le départ en retraite des Médecins Généralistes pourraient expliquer une augmentation significative de ces consultations au SAU.

6.1.2. La gastro-entérite aigue

Une évolution similaire à celle des rhinopharyngites aigues serait de s'attendre, car la gastro-entérite aigue est également une pathologie qui atteint l'enfant de tout âge, avec une fréquence plus importante chez les enfants de bas âge (56). Cependant, nous retrouvons une augmentation qui n'atteint pas la significativité.

Dans le cas de cette deuxième pathologie médicale, nous notons une diminution graduelle de sa prévalence dans la population de moins de 1 an en territoire ex-Lorraine durant les années étudiées (6), (41), (57), (50). Ce point pourrait nous faire attendre à une diminution du nombre de passages.

La stabilité du nombre de passages de la gastro-entérite aigue pourrait alors s'expliquer par l'influence contraire de ces différents facteurs.

6.1.3. L'appendicite aigue

Cette pathologie chirurgicale ne connait pas d'évolution significative.

La modification de l'âge de notre population pourrait expliquer une stabilité dans le nombre de passages, l'appendicite aigue survenant surtout chez l'enfant à partir de 6 ans (58).

Par ailleurs, cette pathologie étant une maladie de prise en charge chirurgicale, elle est obligatoirement prise en charge à l'hôpital (46). Avec l'existence des deux lits chirurgicaux pédiatriques à Mont-St-Martin, le mode de prise en charge ne connait pas de changement majeur, ce qui expliquerait également cette absence d'évolution significative.

6.1.4. Les fractures osseuses

Les fractures osseuses ne connaissent pas non plus d'évolution significative dans le nombre de passages.

Elles ne sont pas influencées par le départ des Pédiatres ni le départ en retraite des Médecins Généralistes, puisqu'elles peuvent être prises en charge par les Urgentistes et les Chirurgiens.

Les fractures osseuses étant rares avant 1 an (6), leur nombre de passages devrait rester stable devant la modification de l'âge de notre population.

Enfin, les fractures osseuses, de part leur tableau clinique souvent bruyant et le sentiment d'urgence qu'elles suscitent, sont le plus souvent emmenées vers le centre le plus proche. Mont-St-Martin reste un centre de proximité dans le bassin de Longwy. Ce facteur pourrait nous faire attendre la stabilité du nombre de passages constaté.

6.2. Type d'orientation selon les pathologies

Le taux d'hospitalisation pour nos pathologies a chuté après fermeture. Cette diminution n'a été significative que pour les pathologies médicales et les fractures osseuses.

De manière générale, la modification de l'âge de notre population pourrait expliquer en partie cette baisse dans les hospitalisations, l'âge bas constituant un critère d'hospitalisation en lui-même.

6.2.1. La rhinopharyngite

Cette pathologie touche principalement les enfants en bas âge. C'est également pendant cet âge que les complications sont plus fréquentes et les hospitalisations parfois nécessaires (59). Les critères d'hospitalisation d'une rhinopharyngite incluent une difficulté d'alimentation pouvant entraîner une déshydratation, surtout chez l'enfant nourri au biberon. Cette pathologie nécessite une bonne observance des traitements symptomatiques qui repose sur une bonne compliance et compréhension de la part des parents.

La modification de l'âge de notre population pourrait alors expliquer la baisse du taux d'hospitalisation après fermeture.

D'une autre part, il y a eu une modification des pratiques due à la fermeture du Service de Pédiatrie. Avant fermeture, et en accord avec le Pédiatre de Garde, les enfants pouvaient bénéficier des soins nécessaires dans le Service de Pédiatrie directement, correspondant ainsi à une hospitalisation. Dans le cas de la rhinopharyngite aigue, cela aurait été une désobstruction nasopharyngée et une administration d'antipyrétiques avec observation de l'efficacité thérapeutique, par exemple. Après fermeture, si l'enfant nécessite des soins immédiats, il les reçoit dans le SAU. S'il présente une amélioration, il peut rentrer à domicile. Si l'hospitalisation est toujours nécessaire, il sera transféré pour hospitalisation dans un autre établissement. Cette modification des pratiques pourrait également expliquer une diminution du taux d'hospitalisations après fermeture.

6.2.2. La gastro-entérite aigue

La gastro-entérite aigue présente également une diminution significative du taux d'hospitalisations après fermeture. Cette diminution est cependant moins marquée que dans le cas des rhinopharyngites.

Cette pathologie touche les enfants de tout âge, avec une fréquence plus marquée dans les bas âges.

Les critères d'hospitalisation dans ce cas sont les vomissements incoercibles, la déshydratation sévère avec perte de plus de 10% du poids corporel, choc hémodynamique, troubles neurologiques, échec de la réhydratation orale et suspicion de difficultés de prise en charge à domicile (60). L'âge constitue également un critère d'hospitalisation, mais elle diffère selon les recommandations, allant de moins de 4 mois à moins de 6 mois (61), (62). La modification de l'âge de notre population pourrait ainsi expliquer une diminution du taux d'hospitalisation.

Une modification du mode de prise en charge aux Urgences après fermeture pourrait également avoir influencé le taux d'hospitalisation. Dans le cas de la gastro-entérite aigue, le traitement effectué auparavant dans le Service de Pédiatrie et en accord avec le Pédiatre aurait été une administration d'antiémétiques oraux, avec l'observation de l'efficacité du traitement, ou même une réhydratation orale ou parentérale. Après fermeture, ce traitement est parfois effectué aux Urgences, s'il y a un doute sur la nécessité stricte de l'hospitalisation. Cette modification des pratiques pourrait expliquer en partie la diminution du taux d'hospitalisation après fermeture.

6.2.3. L'appendicite aigue

Nous ne constatons pas de différence significative dans le type d'orientation des appendicites aigues après fermeture du Service de Pédiatrie.

Cette pathologie nécessite une prise en charge chirurgicale, et donc hospitalière, quel que soit l'âge de l'enfant. La modification de l'âge de notre population ne devrait ainsi pas avoir d'impact sur le taux d'hospitalisation.

L'existence de deux lits d'hospitalisation pédiatrique dans le Service de Chirurgie pourrait également expliquer l'absence de différence dans le mode de prise en charge.

Le mode de prise en charge de cette pathologie ne s'étant pas modifié à l'Hôpital de Mont-St-Martin, ces résultats étaient attendus.

6.2.4. Les fractures osseuses

Nous constatons une diminution significative du taux d'hospitalisation des fractures osseuses. Bien que ce chiffre soit faiblement significatif (p = 0,0448), ces résultats n'étaient pas attendus.

La prise en charge des pathologies chirurgicales ne s'est pas modifiée, puisque le Service de Chirurgie bénéficie de deux lits d'hospitalisation pédiatrique.

Le mode de prise en charge ne s'est pas modifié non plus. Les fractures simples peuvent être traitées de manière orthopédique et être reconvoquées en consultation chirurgicale programmée. Les fractures compliquées nécessitant une prise en charge spécialisée continuent d'être transférées à l'Hôpital d'Enfants à Brabois, comme avant la fermeture. Nous nous attendrions à avoir un taux d'hospitalisation stable.

D'un autre côté, une préférence pour la prise en charge ambulatoire avec une programmation d'hospitalisation en externe si nécessaire pourrait expliquer cette diminution du taux d'hospitalisation après fermeture.

7. Temps de passage

Selon le rapport d'ORULOR de 2012, plus de 75% des passages aux Urgences en ex-Lorraine (Grand-Est) se font en moins de 3h51, sachant que l'objectif national ciblé est d'une durée maximale de 4 heures pour 80% des passages (6).

Les moyennes de temps de passage globaux des enfants aux Urgences en ex-Lorraine (Grand-Est) selon ORULOR sont reprises dans le tableau suivant.

Tableau 23: Moyennes de temps de passage en Lorraine selon ORULOR dans le temps

Année	**Avant fermeture**		**Après fermeture**	
	2012 (6)	2013 (41)	2014 (57)	2015 (50)
Moins de un an	1h37	1h36	1h54*	1h55*
1-14 ans	1h55	1h51		
Moyenne	**1h53 = 113 min**		**1h54 = 114 min**	

*ORULOR n'a plus individualisé les tranches d'âge après 2013.

7.1.Temps de passage selon les pathologies, toutes orientations confondues

Les moyennes du temps de passage selon ORULOR de 2012 et 2013, ainsi que les moyennes de 2014 et 2015 ont été calculées afin de pouvoir comparer les moyennes des passages avant et après fermeture du Service de Pédiatrie à Mont-St-Martin avec ces données de Lorraine.

Dans le tableau ci-dessous, nous mettons en évidence en gras qu'avant fermeture du Service, le temps de passage des pathologies médicales étudiées correspondait à la moyenne de temps de passage global pédiatrique en Lorraine, et était même inférieur.

Après fermeture du Service, nous constatons une augmentation de la moyenne de temps de passage des gastro-entérites aigues, de l'appendicite aigue et des fractures osseuses. Ces moyennes dépassent ainsi la moyenne globale du temps de passage rapportée par l'ORULOR, sauf pour la rhinopharyngite aigue.

Tableau 24: Comparaison moyenne globale des temps de passage avant et après fermeture avec moyennes de temps de passage ORULOR

Pathologies	**Avant fermeture**	**Moyenne ORULOR 2012/2013**	**Après fermeture**	**Moyenne ORULOR 2014/2015**
Rhinopharyngite	107,27 min	**113 min**	103,95 min	**114 min**
Gastro-entérite	100,85 min		**127,52 min**	
Appendicite aigue	**218,27 min**		**264,04 min**	
Fractures	**140,87 min**		**133,90 min**	

Pour nos 4 pathologies étudiées, la cible de 4 heures définie par ORULOR est respectée avant fermeture du Service de Pédiatrie.

Après fermeture, la prise en charge d'une de nos pathologies traceuses, notamment l'appendicite aigue, augmente de 45,8 minutes, surpassant ainsi le seuil de 4h et se situant à 4h24 (264,04 min), et cela, toutes orientations confondues. Pour rappel, cette augmentation dans la moyenne de temps surpassant le temps cible n'est pas significative.

Par ailleurs, en comparant avec une étude épidémiologique des Urgences de l'enfant de moins de 2 ans au CHU de Toulouse (63), les enfants passent en moyenne 2h19min aux urgences dans un POSU pédiatrique, contre 92 minutes dans une région hors CHU.

L'Hôpital de Mont-St-Martin correspondrait à cette dernière catégorie. En comparant les temps de passages globaux de nos pathologies traceuses avec ce temps moyen, toutes nos moyennes de temps sont supérieures à celle du CHU de Toulouse.

a. Les pathologies médicales

On note ainsi une différence entre la moyenne du temps de passage de la rhinopharyngite par rapport à la gastro-entérite aigue, mais cela qu'après fermeture du Service. Cette différence dans la moyenne du temps de passage est significative uniquement pour la gastro-entérite aigue.

Sachant que les patients nécessitant une hospitalisation passent en moyenne 45,4 minutes de plus aux Urgences depuis la fermeture du Service, cette différence s'explique par le taux d'hospitalisation plus élevé des gastro-entérites aigues que celui des rhinopharyngites aigues.

b. Les pathologies chirurgicales

Le temps de passage de l'appendicite aigue augmente de manière non significative après fermeture du service.

Ce résultat est attendu, car il n'y a ni différence significative dans le type d'orientation, ni différence dans le nombre d'hospitalisations après fermeture.

Le temps de passage pour les fractures ne s'est pas modifié de manière significative d'une période à l'autre selon les analyses statistiques.

Cette différence non significative peut être due à un faible taux d'hospitalisations avant et après fermeture du Service, puisque l'augmentation du temps semble être liée aux hospitalisations.

7.2. Temps de passage selon les diagnostics avant et après fermeture ET selon orientation

La moyenne du temps de passage entre les différentes pathologies en prenant en compte l'orientation interne avant fermeture et l'orientation externe après fermeture est de 45,43 minutes. Le temps de passage a donc augmenté de ¾ d'heure pour les patients nécessitant une hospitalisation et un transfert après fermeture.

Cette augmentation dans la durée de passage s'explique par cette hospitalisation et probablement aussi par la réalisation d'examens complémentaires.

Par ailleurs, s'ajoutent après fermeture du Service :

- Le temps de prise d'avis avec le Pédiatre d'Astreinte à Mont-St-Martin (pendant les heures ouvrables)
- L'entretien avec les parents expliquant l'indication d'hospitalisation et discussion sur les destinations possibles
- Le temps de prise de contact avec le Pédiatre ou Spécialiste de l'hôpital où l'on souhaite transférer le patient
- Le temps d'attente du transport, si transfert par ambulance, paramédical ou médical
- Le temps de préparer le dossier médical et paramédical
- Le temps d'administrer des soins primaires aux urgences si nécessaire avant le transfert.

Avant la fermeture, les examens complémentaires pouvaient être effectués dans le Service de Pédiatrie en accord avec le Pédiatre. Depuis la fermeture, ces examens complémentaires doivent souvent être faits avant le transfert externe, afin d'avoir des arguments et une hypothèse diagnostique pour le transfert en hospitalisation.

Cependant, malgré cette nécessité de faire des examens complémentaires aux urgences, la moyenne du temps de passage global des enfants aux urgences ne s'est pas modifiée de manière significative depuis la fermeture du Service de Pédiatrie.

L'absence de différence significative dans le temps de passage global des pathologies dans les 2 périodes par rapport au temps de passage des patients hospitalisés et donc transférés après fermeture, indique que le seul élément qui a une incidence significative sur la moyenne du temps de passage est l'indication en hospitalisation et surtout le transfert en externe pour hospitalisation.

7.3. Facteurs engendrant un allongement dans le temps de passage

Plusieurs études ont fait l'objet de l'influence de certains facteurs sur le temps de passage aux urgences. Les facteurs suivants ont pu être liés à un allongement dans le temps de passage aux urgences :

- Temps avant prise en charge médicale initiale ("door-to-physician time" ou "door-to-doctor time ») (64), (65)
- Demande de consultation spécialisée (64), (66)
- Prescription d'examens complémentaires (imagerie, biologie) (57) (64) (66) (67) (68)
- Prescription de soins aux urgences (68)
- Admission en hospitalisation (63) (66) (67) (69)
- Temps d'attente avant hospitalisation long (64)
- Gravité moyenne (66)
- Localisation de l'hôpital (allongement si zone métropolitaine/urbaine) (67)
- Activité des urgences plus importante (70)

L'admission en hospitalisation est le facteur le plus souvent retrouvé dans les études comme un des facteurs les plus importants faisant augmenter le temps de passage aux urgences.

Dans notre étude, ce facteur est retrouvé également. Uniquement les enfants hospitalisés, soit transférés en hospitalisation, présentent un allongement dans le temps de passage après fermeture.

D'autre part la prescription d'examens complémentaires représente un autre facteur important, faisant celui-ci aussi l'objet de plusieurs études. En sachant que pour transférer un enfant, il faut parfois confirmer le diagnostic par des examens complémentaires, cela expliquerait en partie l'augmentation du temps de passage pour les enfants transférés après fermeture à Mont-St-Martin.

Il est intéressant de noter ces deux autres facteurs d'allongement de temps retrouvés dans des études :

- Présence de symptômes gastro-intestinaux (64) → non confirmé dans notre étude, car les enfants présentant une gastro-entérite aigue ne présentent pas un temps de passage global plus important que les enfants présentant une rhino-pharyngite aigue, sauf après fermeture du Service. Puisque les symptômes gastro-intestinaux sont présents aux 2 temps, ce facteur n'est pas retrouvé dans notre cas.
- Ethnicité étrangère des patients (une étude aux États-Unis retrouvant un allongement dans le TPU dans le groupe d'ethnicité hispanique) (67) → non recherchée dans nos études, mais intéressant à explorer devant les flux migratoires actuels : est-ce que la barrière linguistique représente un facteur d'allongement dans le temps de passage aux urgences ?

7.4. Temps de passage comme indicateur

Finalement, nous nous apercevons que l'indicateur temps de passage n'est pas un indicateur pertinent pour évaluer la qualité de prise en charge, Cela est déjà démontré dans le point « b. Temps de passage selon les diagnostics avant et après fermeture ET selon orientation » du chapitre « 7. Temps de passage » dans la discussion.

Nous pouvons constater que dans les rapports des Urgences (6), (41), (57), (50), nous retrouvons cet indicateur de moyenne de temps de passage, alors qu'il ne prend pas en compte tous les éléments de la prise en charge. Cet indicateur ne prend pas en compte, par exemple, la pratique par rapport aux différentes pathologies. En réalité, à partir du moment où le patient a été pris en charge d'un point de vue médical, le délai avant sortie importe peu.

Le fait que les enfants nécessitant un transfert en hospitalisation aient attendu plus longtemps aux Urgences n'implique pas une baisse de la qualité de prise en charge.

En effet, selon les pathologies, des examens complémentaires seront nécessaires avant de poser un diagnostic. Ces examens constituent certes une augmentation dans le temps de passage (1 heure par examen complémentaire selon ORULOR (6)), mais sont nécessaires à la prise en charge optimale du patient. Une surveillance du patient aux Urgences constitue elle aussi une augmentation du temps de passage du patient, mais celle-ci peut parfois même éviter des examens complémentaires, comme c'est le cas pour les traumatismes crâniens, par exemple. Enfin, une surveillance de l'efficacité du traitement administré aux Urgences, comme dans le cas des gastro-entérites aigües, va augmenter le temps de passage aux Urgences, mais possiblement éviter une hospitalisation inutile.

V - CONCLUSION

La fermeture du Service de Pédiatrie à Mont-St- Martin a eu un impact sur le mode de prise en charge des enfants, notamment avec une baisse du taux d'hospitalisations après fermeture, et un allongement dans le temps de passage lors d'un transfert externe en hospitalisation, mais aussi au niveau du réadressage vers les spécialistes et vers le Médecin Généraliste, et une modification des âges des enfants consultants.

Cependant, cet impact n'est pas majeur et ne constitue pas un enjeu sanitaire, sauf au niveau du lien avec la Médecine de ville. Nous nous apercevons que l'indicateur temps de passage ne peut pas être utilisé pour évaluer l'impact de la fermeture, du fait que cet indicateur n'est finalement pas adapté pour évaluer la qualité de prise en charge dans un Service d'Accueil des Urgences.

VI - PROSPECTIVE

Des améliorations sont possibles dans la structuration de la filière de prise en charge des urgences pédiatriques, et celles-ci correspondent aux objectifs proposés par l'ARS dans leur Projet Régional de Santé en tant que SROS-PRS (29).

Le Projet Régional de Santé est un outil de planification dont le but est d'améliorer l'accès aux soins pour les usagers, planifiant des activités selon nécessité et autour de zones définies comme prioritaires.

Le SROS-PRS recommande pour une amélioration de l 'organisation de la filière des urgences :

- « Généraliser des protocoles partagés entre médecins urgentistes et pédiatres, dans les structures d'urgence implantées dans des établissements qui ne disposent pas d'une présence pédiatrique H24 »

Dans notre cas, cela veut aussi dire une homogénéisation dans la pratique entre les différents établissements, afin d'arriver à un parcours de soins structuré de la même manière dans tous les hôpitaux et faciliter le transfert et la suite de prise en charge de cette manière.

- « Créer une 2ème implantation d'unité de surveillance continue pédiatrique polyvalente (USCPP) de recours, au service des besoins de la moitié Nord de la Lorraine, adossée à une offre médicochirurgicale cohérente sur le site de Metz, et en lien étroit avec le plateau pédiatrique (réanimation / USCP) du CHU Brabois Enfant »

Dans le territoire de Mont-St-Martin, cela représenterait une unité de soins continue en addition à celle de Nancy et plus rapprochée. Sans doute, cette Unité serait également préférée à celle de Nancy par les parents par sa localisation.

Les résultats attendus sont :

- Améliorer la couverture pédiatrique des prises en charge en urgence de l'enfant, et renforcer l'offre pour les situations nécessitant une surveillance rapprochée.

Les indicateurs sont :

- Nombre de structures d'urgences implantées dans les établissements de santé sans présence pédiatrique H24, disposant de protocoles partagés entre pédiatres et urgentistes / nombre de structure d'urgences implantées dans un établissement de santé sans présence pédiatrique H24
- Mise en œuvre d'une unité USCP pédiatrique à Metz conventionnée avec l'Hôpital d'Enfants au CHU

De manière localisée, il est également possible d'améliorer la prise en charge des enfants aux Urgences, notamment:

- améliorer et promouvoir l'information sur la fermeture du Service de Pédiatrie, dans la population et au SAMU 54, et sur la possibilité de consultation et de transfert si hospitalisation nécessaire
- promouvoir l'information sur les maisons médicales et les médecins de garde susceptibles de prendre en charge les enfants ne nécessitant pas de prise en charge urgente, pouvant être plus rapides à les recevoir en ambulatoire
- actualiser régulièrement les protocoles médicaux et former régulièrement le personnel soignant, médical, paramédical et administratif dans la prise en charge des enfants aux Urgences et leur éventuelle hospitalisation
- organiser régulièrement des réunions de qualité avec les différents hôpitaux conventionnés afin d'améliorer la qualité de contact entre les différents praticiens/acteurs de la prise en charge et optimiser la relation inter-hospitalière, discuter des éventuels problèmes et des suggestions
- diminuer le temps de passage pour les enfants étant hospitalisés en Chirurgie, revoir ce parcours de soins
- poursuivre la formation de l'équipe sur les transferts pédiatriques

Nous constatons que le niveau d'information de la population sur la fermeture du Service de Pédiatrie à l'Hôpital de Mont-St-Martin a pu également impacter le nombre de passages des urgences pédiatriques, en influençant le choix du lieu de consultation. Cet impact n'est cependant pas calculable actuellement, car le niveau d'information de la population est inconnu. Il serait intéressant de faire une enquête afin d'étudier ce niveau d'information, de même que la qualité de l'information quant à la fermeture du Service et le nouveau mode de prise en charge des urgences pédiatriques.

Par ailleurs, nous avons pu constater que notre indicateur « temps de passage » n'est pas un indicateur pertinent pour évaluer la qualité de prise en charge dans un Service d'Accueil des Urgences.

Un indicateur plus intéressant et plus pertinent serait le « door-to-physician time » ou temps avant prise en charge médicale initiale (65). Cet indicateur n'est pas encore utilisé de manière courante, mais est utilisé dans quelques études sur les facteurs influençant la qualité de prise en charge au SAU.

Cet indicateur prend bien en compte qu'à partir du moment où le patient a été pris en charge par le médecin, évalué et que les soins urgents ont été administrés si nécessaires, le temps avant sortie du SAU n'est pas important. Un asthme aigu qui est mis sous aérosols dans les 10 minutes mais qui ne sort qu'après quelques heures et un asthme aigu qui attend pendant plusieurs heures en salle d'attente avant la prise en charge, l'indicateur temps de passage ne va peut-être pas nous montrer de différence significative, mais l'indicateur « door-to-physician time », lui, va clairement nous montrer qu'il y a un dysfonctionnement.

Bibliographie

1. France. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Code de la Santé Publique [Internet]. 2003. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2003/9/4/SANX0300081R/jo/texte

2. France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte

3. Agence Régionale de Santé. Contrats locaux de Santé: Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires. [Internet]. 2012 [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_-_contrats_locaux_sante.pdf

4. Wikipédia. Mont-Saint-Martin (Meurthe-et-Moselle). [Internet]. 2017 [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Mont-Saint-Martin_(Meurthe-et-Moselle)

5. Wikipédia. Longwy [Internet]. 2017 [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Longwy

6. Observatoire Régional des Urgences de Lorraine, Agence Régionale de la Santé Lorraine. Activités des structures d'urgence en Lorraine: Rapport annuel 2012 [Internet]. 2013 [consulté 8 août 2017]. Disponible sur: http://www.colmu.net/documents/ORULOR_Rapport_2012_BD.pdf

7. Biraben JN. Le médecin et l'enfant au XVIIIe siècle : Aperçu sur la pédiatrie au XVIIIe siècle. In: Le médecin et l'enfant au XVIIIe siècle : Aperçu sur la pédiatrie au XVIIIe siècle. Société de Démographie Historique.; 1973. p. 215. (Annales de démographie historique. Enfants et Société.; vol. 1973).

8. Pédiatrie. In: Larousse Médical [Internet]. [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/pédiatrie/15223

9. Société des Nations. Déclaration de Genève sur les Droits de l'Enfant [Internet]. 1924 [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: https://www.humanium.org/fr/declaration-de-geneve-1924/

10. Organisation des Nations Unies. Déclaration des Droits de l'Enfant. [Internet]. 1959 [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: https://www.humanium.org/fr/normes/declaration-1959/texte-integral-declaration-droits-enfant-1959/

11. Organisation des Nations Unies. Convention Internationale des droits de l'enfant. Convention des nations-Unies du 20 novembre 1989. [Internet]. 1989 [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

12. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé: Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010. [Internet]. 2011 [consulté 8 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf

13. Circulaire N° 83-24 du 1er Août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. [Internet]. août, 1983. Disponible sur: https://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf

14. APACHE, EACH. Charte des droits de l'enfant hospitalisé et commentaires. [Internet]. 1988 [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2013/07/charte-europeenne-de-l-enfant-hospitalise.pdf

15. France. Article 388 [Internet]. Code Civil. Sect. Chapitre 1er: De la minorité. juill 5, 1974. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006136221&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=19980518

16. Règlement intérieur de l'assistance publique - Hôpitaux de Paris [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.aphp.fr/sites/default/files/ri_aphp_-_27_mars_2017.pdf

17. France. Article 371-1 [Internet]. Code Civil. Sect. Chapitre 1er: De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. juin 5, 1970. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006136194&cidTexte=LEGITEXT000006070721

18. France. Article 372 [Internet]. Code Civil. Sect. Section 1: De l'exercice de l'autorité parentale. Paragraphe 1: Principes généraux. nov 18, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000033459285&idSectionTA=LEGISCTA000006165785&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20171106

19. France. Article 373-1 [Internet]. Code Civil. Sect. Section 1: De l'exercice de l'autorité parentale. Paragraphe 1: Principes généraux. mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165785&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20171106

20. France. Article 373-2-1 [Internet]. Code Civil. Sect. Section 1: De l'exercice de l'autorité parentale. Paragraphe 2: De l'exercice de l'autorité parentale par les parents séparés. mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165499&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20171106

21. France. Article 373 [Internet]. Code Civil. Sect. Section 1: De l'exercice de l'autorité parentale. Paragraphe 1: Principes généraux. mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165785&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20171106

22. France. Article L. 1110-4 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Chapitre préliminaire: Droits de la personne janv 12, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C6AC1E7F63D7522AC78958C8ED57BAB9.tplgfr31s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20171106

23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé: Admission d'un mineur dans un établissement de santé [Internet]. 2009 [consulté 8 août 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_mineur_dans_un_etablissement_de_sante-2.pdf

24. France. Article 223-6 [Internet]. Code Pénal. Sect. Chapitre III: De la mise en danger de la personne. Section 3: De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours. sept 19, 2000. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165289&cidTexte=LEGITEXT000006070719

25. France. Article 372-2 [Internet]. Code Civil. Sect. Section 1: De l'exercice de l'autorité parentale. Paragraphe 1: Principes généraux. mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006426536&cidTexte=LEGITEXT000006070721

26. APACHE, Ferrier PE, EACH. Charte européenne de l'enfant hospitalisé. [Internet]. [consulté 6 nov 2017]. Disponible sur: https://www.sparadrap.org/content/download/14385/145356/version/5/file/charte2017.pdf

27. Touzery Deffoux V, Bahiri M, Vareille C, Tissier A, Sanson F, Allo JC. Règles générales de prise en charge des patients mineurs au SAU adulte de Cochin [Internet]. Campus numérique de médecine d'urgence. 2011 [consulté 8 août 2017]. Disponible sur: http://www.urgences-serveur.fr/regles-generales-de-prise-en,1724.html

28. France. Article 2. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires) [Internet]. Code de la Santé

Publique. Sect. Section 1: Médecine d'urgence. Sous-section 1: Autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence. mai 22, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte

29. Agence Régionale de Santé Lorraine. Projet Régional de Santé 2012-2017. [Internet]. 2012 [consulté 8 nov 2017]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_Lorraine_version_integrale_hors_programmes.pdf

30. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/SDO nr 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences [Internet]. 2003 [consulté 8 août 2017]. Disponible sur: http://www.sofop.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/36.pdf

31. France. Article D. 712-60. Code de la Santé Publique. Sect. Paragraphe 1: Services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences mai 9, 1995.

32. France. Article 6. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Titre III: Dispositions d'entrée en vigueur. mai 22, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte

33. France. Article 107 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Titre II: Faciliter au quotidien les parcours de santé. Chapitre II: Groupements hospitaliers de territoire janv 26, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_107

34. France. Paragraphe 5 : Prise en charge des urgences pédiatriques. [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Sous-section 1 : Médecine d'urgence mai 22, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006198866&cidTexte=LEGITEXT000006072665

35. France. Article R. 6123-32-7 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Section 1 : Médecine d'urgence. Sous-section 5 : Prises en charge spécifiques. Paragraphe 2 : Prise en charge des enfants mai 22, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006198863&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060630

36. France. Article R. 6123-7 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Section 1 : Médecine d'urgence. Sous-section 1 : Autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence mai 22, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=66959A35FE59884EDA4CD5E017732A62.tplgfr31s_3?idArticle=LEGIARTI000006916752&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060630

37. France. Article D. 6124-19 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Sous-section 1 : Médecine d'urgence. Paragraphe 3 : Structure des urgences mai 22, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E90E0051A04619D064277E44E7C4940B.tplgfr31s_3?idArticle=LEGIARTI000006916975&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060630

38. Audigier C, Brochet H, Cormier M, Coupevent G, Girault C, Grailles B, et al. Région. Agence régionale de l'hospitalisation [Internet]. Référentiel pour l'administration locale. 2013 [consulté 9 nov 2017]. Disponible sur: https://aaf.ica-atom.org/region-agence-regionale-de-lhospitalisation

39. De Lacaussade G. Les agences régionales de santé: missions et organisation. mars 2011 [consulté 9 nov 2017];(74). Disponible sur: file:///C:/Users/stw/Downloads/ad741721.pdf

40. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les agences régionales de santé [Internet]. 2012 [consulté 9 nov 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/espace-reseau/ars.asp

41. Observatoire Régional des Urgences de Lorraine, Agence Régionale de la Santé Lorraine. Activité des structures d'urgence en Lorraine: Rapport annuel 2013 [Internet]. 2015 [consulté 8 août 2017]. Disponible sur: http://www.colmu.net/documents/doc_definitif_ORULOR_Rapport_2013.pdf

42. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2016 [Internet]. 2017 [consulté 4 nov 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860

43. Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet Commune de Mont-St-Martin [Internet]. 2017 [consulté 4 nov 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-54382

44. Belgique, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique. Arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé [Internet]. avr, 2014. Disponible sur: http://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/Wetgeving/AR_02.04.2014_Normes_programme_de_soins_pour_enfants.pdf

45. Boutillier N. Présentation de la convention franco-belge sur l'aide médicale urgente et ses annexes lorraines [Internet]. 2009 [consulté 10 nov 2017]. Disponible sur: http://www.colmu.net/IMG/pdf/Convention_Franco-Belge.pdf

46. Haute Autorité de Santé. Appendicectomie. Éléments décisionnels pour une indication pertinente. Texte court du rapport d'évaluation technologique [Internet]. 2012 [consulté 21 nov

2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/texte_court_appendicectomie_vd_2012-12-17_16-14-13_679.pdf

47. NEC Computers. La solution ResUrgences [Internet]. 2008 [consulté 30 oct 2017]. Disponible sur: http://www.nec.com/en/global/ad/itnw/france/pdf/la_solution_wp.pdf

48. Agence Régionale de Santé. Contrat Local de Santé du territoire de Longwy 2013-2017 [Internet]. [consulté 10 nov 2017]. Disponible sur: http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/LONGWY_doc_ars.pdf

49. Ordre National des Médecins – Conseil National de l'Ordre. Santé de l'enfant et de l'adolescent. Prise en charge. [Internet]. 2011 [consulté 8 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/santeenfantadolescent.pdf

50. Agence Régionale de la Santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine. Panorama Urgences: Activité des structures d'urgence. 2015. Région Grand-Est, Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine [Internet]. 2015 [consulté 27 déc 2016]. Disponible sur: http://www.oru-ca.com/wp-content/uploads/2016/09/PANORAMA-GE-2015.pdf

51. Bousquet V, Caserio-Schönemann C. La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Surveillance sanitaire des urgences et des décès. Institut de veille sanitaire. 2012 [consulté 19 déc 2017];12. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8985

52. Kraemer S. The fragile male. BMJ [Internet]. 23 déc 2000 [consulté 9 déc 2017];321(7276):1609-12. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119278

53. BINACCHI A. Motivations parentales et trajectoires de recours aux urgences pédiatriques. Enquête réalisée au sein du centre hospitalier régional de Thionville. [Internet]. [Nancy]: Faculté de Médecine de Nancy. Université de Lorraine; 2013 [consulté 9 nov 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_BINACCHI_AURELIE.pdf

54. Ordre National des Médecins. Le Conseil national publie l'Atlas 2017 de la démographie médicale ainsi qu'une étude sur les flux migratoires de médecins à diplômes étrangers en France [Internet]. 2017 [consulté 8 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_demographie2017.pdf

55. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante: infections ORL et respiratoires bsses. [Internet]. 1999 [consulté 9 oct 2017]. Disponible sur: http://bacterioweb.univ-fcomte.fr/bibliotheque/consensus/rhinopharyngite.pdf

56. Institut de Veille Sanitaire. Gastro-entérites aigues virales [Internet]. 2013 [consulté 15 nov 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Aide-memoire

57. Observatoire Régional des Urgences de Lorraine, Agence Régionale de la Santé Lorraine. Activités des structures d'urgence 2014: Panorama 2014 de la Région Lorraine [Internet]. 2015 [consulté 8 août 2017]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORULOR_rapport_

58. Le Mandat A. Item 224 : APPENDICITE AIGUE DE L'ENFANT (et de l'adulte*) [Internet]. 2018 [consulté 10 nov 2017]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item%20224%20Appendicite%20aigue%20d_enfant.pdf

59. Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale. Item 146 (ex item 77): Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant [Internet]. 2014 [consulté 9 nov 2017]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/angine/site/html/cours.pdf

60. Société Française de Pédiatrie. Diarrhée aigue du nourrisson et de l'enfant: recommandations d'experts [Internet]. 2017 [consulté 4 oct 2017]. Disponible sur: http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/recommandations/fiche-recommandations-diarrheesv3.pdf

61. Breton A. 194-Diarrhée aigue et déshydratation. 302-Diarrhée aigue chez l'enfant (et chez l'adulte)(avec le traitement) [Internet]. 2008 [consulté 5 oct 2017]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Items_194_et_302_Diarrhees_deshydratation.pdf

62. PLANTAZ D. Diarrhée aigue du nourrisson (194a) [Internet]. 2005 [consulté 2 oct 2017]. Disponible sur: http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/malinfped/194a/leconimprim.pdf

63. Sagnes-Raffy C, Claudet I, Grouteau E, Fries F, Ducassé JL. Épidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans [Internet]. 2017 [consulté 8 déc 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/242670641_EPIDEMIOLOGIE_DES_URGENCES_DE_L%27ENFANT_DE_MOINS_DE_2_ANS

64. Li ST, Chiu NC, Kung WC, Chen JC. Factors Affecting Length of Stay in the Pediatric Emergency Department. juin 2013 [consulté 9 déc 2017];54(3):179-87. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957212001891

65. Reiter M. 11 Benchmarks that should matter to EPs [Internet]. Emergency Physicians Monthly. [consulté 4 nov 2017]. Disponible sur: http://epmonthly.com/article/11-benchmarks-that-should-matter-to-eps/

66. Kreindler SA, Cui Y, Metge CJ, Raynard M. Patient characteristics associated with longer emergency department stay: a rapid review. Emerg Med J [Internet]. 4 sept 2015 [consulté 8 déc 2017]; Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26341654

67. Gardner RL, Sarkar U, Maselli JH, Gonzales R. Factors associated with longer ED lengths of stay. Am J Emerg Med [Internet]. juill 2007 [consulté 19 déc 2017];25(6):643-50. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606089

68. Kocher KE, Meurer WJ, Desmond JS, Nallamothu BK. Effect of Testing and Treatment on Emergency Department Length of Stay Using a National Database. Acad Emerg Med [Internet]. 1 mai 2012 [consulté 19 déc 2017];19(5):525-34. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22594356

69. Bashkin O, Sigalit C, Haligoa R, Mizrahi S, Stalnikowicz R. Organizational factors affecting length of stay in the emergency department: initial observational study. Isr J Health Policy Res [Internet]. 15 oct 2015 [consulté 10 déc 2017];4(38). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606993/

70. Pereira X. Évaluation des facteurs prédictifs d'allongement du temps de passage aux Urgences du Centre Hospitalier d'Agen [Internet] [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux - U.F.R des Sciences Médicales; 2016 [consulté 9 déc 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305759/document

Annexes

Annexe I : Tableau : Évolution du nombre de naissances, de décès et du solde naturel depuis 1957 selon l'INSEE
Annexe II : Projet de convention de transfert pédiatrique avec le CHR Metz-Thionville et l'hôpital de Briey
Annexe III : Projet de convention de transfert pédiatrique avec l'Hôpital St Joseph à Arlon (Belgique)
Annexe IV : Arbre décisionnel sur la prise en charge de l'enfant aux Urgences

Annexe I - Tableau : Évolution du nombre de naissances, de décès et du solde naturel depuis 1957 selon l'INSEE

Année	Décès	Naissances	Solde naturel
1957	542,2	851,5	309,3
1958	510,7	847,2	336,5
1959	518,6	864,6	346,0
1960	530,6	856,5	325,9
1961	509,4	875,2	365,8
1962	550,5	870,5	320,0
1963	567,2	907,3	340,1
1964	529,2	916,1	386,9
1965	552,8	904,7	351,9
1966	538,9	902,0	363,2
1967	551,9	877,5	325,6
1968	562,4	872,9	310,6
1969	582,5	877,1	294,6
1970	551,3	883,7	332,4
1971	562,6	916,4	353,8
1972	558,5	911,2	352,7
1973	567,4	888,8	321,4
1974	560,8	832,1	271,3
1975	568,4	774,5	206,2
1976	565,2	747,2	182,0
1977	544,0	770,2	226,2
1978	554,7	761,0	206,3
1979	549,4	782,4	233,1
1980	555,0	826,1	271,1
1981	562,4	831,0	268,6
1982	550,7	823,3	272,5
1983	567,8	775,4	207,7
1984	550,3	787,4	237,2
1985	560,4	796,1	235,7
1986	554,7	805,5	250,8
1987	535,4	795,8	260,4
1988	532,5	800,6	268,0

Année (cont.)	Décès (cont.)	Naissances (cont.)	Solde naturel (cont.)
1989	537,5	796,1	258,6
1990	534,4	793,1	258,7
1991	532,9	790,1	257,2
1992	529,8	774,8	244,9
1993	540,5	741,3	200,8
1994	528,1	740,8	212,7
1995	540,3	759,1	218,7
1996	544,6	764,0	219,4
1997	539,3	757,4	218,1
1998	543,4	767,9	224,5
1999	547,3	775,8	228,5
2000	540,6	807,4	266,8
2001	541,0	803,2	262,2
2002	545,2	792,7	247,5
2003	562,5	793,0	230,6
2004	519,5	799,4	279,9
2005	538,1	806,8	268,7
2006	526,9	829,4	302,4
2007	531,2	818,7	287,5
2008	542,6	828,4	285,8
2009	548,5	824,6	276,1
2010	551,2	832,8	281,6
2011	545,1	823,4	278,3
2012	569,9	821,0	251,2
2013	569,2	811,5	242,3
2014	558,7	811,4	252,7
2015	593,1	790,1	197,1
2016	586,0	776,0	190,0

Chiffres en milliers.

Champ : France hors Mayotte.

CONVENTION DE PARTENARIAT

Visa des textes :
VU le code de la santé publique
VU Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
VU le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
VU Le Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique
VU la circulaire DHOS/SDO n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge des enfants et des adolescents aux Urgences
VU le SROS Urgences et le SROS pédiatrique de la Région Lorraine
VU les recommandations de bonne pratique en matière de transfert en urgences entre établissements de santé / critères d'indication de transfert pédiatrique (HAS novembre 2012)
VU les recommandations de bonne pratique en matière de transferts néonataux édictés par le réseau périnatal lorrain (diffusées le 7/07/10)

ENTRE

ALPHA SANTE – GROUPE SOS
Centre Hospitalier Hôtel Dieu
4 rue Alfred Labbé – 54350 Mont Saint Martin
Représentée par Madame Sylvie JUSTIN, Directeur Général, agissant es-qualité,
Ci après dénommé le Centre Hospitalier Hôtel Dieu

d'une part,

ET

LE C.H.R. METZ-THIONVILLE
Hôpital de Mercy
1, allée du château - 57085 METZ
Représentée par Madame Véronique ANATOLE-THOUZET, Directeur Général, agissant es-qualité,
Ci après dénommé le CHR
Et

Le CH de Briey
31 avenue Albert de Briey
54151 Briey
Représenté par Monsieur Gabriel Giacometti, Directeur Délégué
Agissant es-qualité,
Ci après dénommé le CH de Briey

d'autre part.

PROJET

PREAMBULE

Le Centre Hospitalier Hôtel Dieu souhaite conclure une convention avec un établissement disposant d'une unité d'urgences et/ou d'hospitalisations pédiatriques à même d'assurer la prise en charge immédiate de ses patients en cas de besoins.

La proximité géographique des établissements signataires, permet d'envisager le transfert des patients dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité. La réponse de proximité doit être privilégiée, tenant compte des lits disponibles dans les structures.

Le CHR dispose de deux unités dédiées à la pédiatrie :

- site de Thionville : .... Lits d'hospitalisation, ... lits d'UHCD,
- site de Metz : ... lits d'hospitalisation, ... lits d'UHCD.

Le CH de Briey dispose d'une unité dédiée à la prise en charge des urgences pédiatriques ainsi qu'à l'hospitalisation en pédiatrie de ... lits

PROJET

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour but d'organiser la prise en charge des patients relevant du service d'urgences (SU) du Centre Hospitalier Hôtel Dieu nécessitant un transfert en secteur d'urgences et/ou d'hospitalisations pédiatriques.

Par la présente convention, les praticiens du Centre Hospitalier Hôtel Dieu auront la possibilité de sécuriser les soins prodigués aux patients accueillis au service des urgences (SU) et de les transférer en cas de besoin dans le service d'urgences et/ou d'hospitalisations pédiatriques de recours le plus proche.

Les équipes médicales (médecins urgentistes et pédiatres) élaboreront et mettront en place des protocoles médicaux communs.

La présente convention s'appliquera à tous les patients relevant d'un service d'urgences et/ou d'hospitalisations pédiatriques.

ARTICLE 2 – MODALITES DE TRANSFERTS

2.1. Décisions de transfert

La décision de transfert par le Centre Hospitalier Hôtel Dieu sera prise dans le respect du libre choix de l'usager. S'agissant de mineurs, l'autorisation parentale sera systématiquement requise et formalisée par écrit au moyen d'un document rempli à l'initiative du Centre Hospitalier Hôtel Dieu.

2.2. Modalités de transfert

Un médecin urgentiste du Centre Hospitalier Hôtel Dieu en charge du patient sollicitant le transfert de son patient devra :

- dans un premier temps, téléphoner au médecin responsable du service de pédiatrie du CHR (site de Thionville ou site de Metz) ou du CH de Briey , ou au médecin pédiatre d'astreinte, et solliciter son avis pour un transfert. Il doit l'informer du diagnostic et des soins prodigués, ainsi que du mode de transfert envisagé et recueillir son accord;

- dans un second temps, il doit préciser par écrit sa décision de transfert au moyen d'un courrier. Ce courrier est accompagné d'une copie du dossier médical et de l'autorisation parentale dûment signée.

Le Centre Hospitalier Hôtel Dieu se charge d'informer le médecin traitant du transfert de son patient par courrier.
Le transfert est assuré sous la responsabilité du Centre Hospitalier Hôtel Dieu et ce, jusqu'à la prise en charge de l'enfant par les équipes du CHR ou du CH de Briey. A ce

PROJET

titre, chaque établissement assure avoir souscrit une police d'assurance couvrant les risqués liés à son activité.

Une convention spécifique de transport a été conclue entre le Centre Hospitalier Hôtel Dieu et le GABL afin se conformer aux dispositions règlementaires relatives aux transports pédiatriques.

La continuité des soins est assurée jusqu'au transfert par l'équipe soignante du Centre Hospitalier Hôtel Dieu.
Toute disposition sera prise afin d'assurer le signalement et le suivi des vigilances (hémovigilance, pharmacovigilance, infection nosocomiale).

A l'issue de l'hospitalisation, un compte rendu détaillé des soins prodigués est transmis au Centre Hospitalier Hôtel Dieu et au médecin traitant de l'enfant.

Les modalités de sortie sont définies et planifiées par le CHR ou le CH de Briey, en accord avec la personne exerçant l'autorité parentale.

ARTICLE 3 – EVALUATION

L'objectif de cette convention est avant tout d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Celle-ci fera l'objet d'une évaluation régulière entre les services concernés chaque fois que cela s'avérera nécessaire et au moins une fois par an au cours d'une rencontre annuelle réunissant les responsables des services concernés, ainsi qu'un représentant administratif de chaque établissement.

ARTICLE 4 – DUREE ET CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT

La présente convention prendra effet au jour de sa signature par les deux parties et pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation à chaque échéance annuelle sous réserve d'un préavis de trois mois ouvert à chacune des parties.

ARTICLE 5 – INFORMATION

Le Centre Hospitalier Hôtel Dieu, le CHR et le CH de Briey s'engagent à porter à la connaissance des praticiens concernés et de l'Agence Régionale de Santé, le contenu de la présente convention.

ARTICLE 6 : RESILIATION

En cas de manquement de l'une ou l'autre des parties à ses obligations, le contrat serait résilié de plein droit.

ARTICLE 7 : LITIGES

Toutes contestations relatives à l'application des termes du présent contrat seront portées devant le tribunal administratif de Strasbourg sans préjudice du droit pour la partie lésée de se pourvoir devant une juridiction répressive dans les termes du droit commun.

PROJET

Fait en trois exemplaires originaux,
Mont Saint Martin, le 15 avril 2013.

Pour ALPHA SANTE – GROUPE SOS,
Centre Hospitalier Hôtel Dieu,
Sylvie JUSTIN, Directeur Général.

Pour le CHR Metz-Thionville,
Véronique ANATOLE-THOUZET
Directeur Général.

Pour le CH de Briey
Gabriel Giacometti
Directeur délégué

PROJET

CONVENTION DE PARTENARIAT

ENTRE

ALPHA SANTE – GROUPE SOS
Centre Hospitalier Hôtel Dieu
4 rue Alfred Labbé – 54350 Mont Saint Martin
Représentée par Madame Sylvie JUSTIN, Directeur Général, agissant es-qualité,

d'une part,

ET

VIVALIA - LES CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG (CSL)
137 rue des Déportés
Belgique 6700 – Arlon
Représentée par Monsieur Yves BERNARD, Directeur Général VIVALIA.

d'autre part.

Projet

PREAMBULE

Le Centre Hospitalier Hôtel Dieu souhaite conclure une convention avec un établissement disposant d'une unité d'urgences et d'hospitalisations pédiatriques à même d'assurer la prise en charge immédiate de ses patients en cas de besoins.

La proximité géographique des deux établissements, tous deux situés de part et d'autre de la frontière franco-belge, permet d'envisager le transfert des patients dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

Les Cliniques du Sud Luxembourg (CSL) disposent d'une unité dédiée de 22 lits d'hospitalisation de pédiatrie, permettant des séjours enfants/parents et d'un service d'urgences pédiatriques adossé à une liste de gardes de pédiatres accessibles quotidiennement 24h/24h.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour but d'organiser la prise en charge des patients relevant du service d'urgences (SU) du Centre Hospitalier Hôtel Dieu nécessitant un transfert en secteur d'urgences et/ou d'hospitalisations pédiatriques.

Par la présente convention, les praticiens du Centre Hospitalier Hôtel Dieu auront la possibilité de sécuriser les soins prodigués aux patients accueillis au service des urgences

(SU) et de les transférer en cas de besoin dans le service d'urgences et/ou d'hospitalisations pédiatriques.

Les équipes médicales (médecins urgentistes et pédiatres) élaboreront et mettront en place des protocoles médicaux communs.

ARTICLE 2 – MODALITES DE TRANSFERTS

2.1. Décisions de transfert

La décision de transfert par le Centre Hospitalier Hôtel Dieu sera prise dans le respect du libre choix de l'usager. S'agissant de mineurs, l'autorisation parentale sera systématiquement requise et formalisée par écrit au moyen d'un document rempli à l'initiative du Centre Hospitalier Hôtel Dieu.

La présente convention s'appliquera à tous les patients relevant d'un service d'urgences et/ou d'hospitalisations pédiatriques. Sont cependant exclus les grands brûlés (2ème degré et plus), les enfants nécessitant d'une ventilation mécanique, les enfants présentant ou susceptibles de présenter des pathologies hématologiques, les enfants subissant ou susceptibles de subir des actes de maltraitance pouvant donner lieu à des signalements.

2.2. Modalités de transfert

Un médecin urgentiste du Centre Hospitalier Hôtel Dieu en charge du patient sollicitant le transfert de son patient devra :

▸ dans un premier temps, téléphoner au médecin responsable du service de pédiatrie des Cliniques du Sud Luxembourg, ou au médecin pédiatre de garde, pour le prévenir du transfert, recueillir son accord, informer du diagnostic et des soins prodigués, ainsi que du mode de transfert envisagé ;

➢ Dans le cas des patients nécessitant **une prise en charge chirurgicale** non réalisable à l'Hôtel-Dieu, l'avis du chirurgien de garde sera sollicité systématiquement. Il conviendra de contacter directement le service des urgences des CSL qui assurera la mise en relation avec le chirurgien de garde concerné.
Dès accord de prise en charge par le chirurgien, le service des urgences du CSL préviendra l'infirmier de l'unité de pédiatrie de l'arrivée du patient.

Les transferts par SAMU (médicalisé ou non) seront assujettis aux règles et procédures de régulation habituelles.

▸ dans un second temps, préciser par écrit sa décision de transfert au moyen d'un courrier. Ce courrier sera accompagné d'une copie du dossier médical et de l'autorisation parentale dûment signée.

Le Centre Hospitalier Hôtel Dieu se chargera d'informer le médecin traitant du transfert de son patient par courrier.

La continuité des soins sera assurée jusqu'au transfert par l'équipe soignante du Centre Hospitalier Hôtel Dieu. Toute disposition sera prise afin d'assurer le signalement et le suivi des vigilances (hémovigilance, pharmacovigilance, infection nosocomiale).

Projet

A l'issue de l'hospitalisation un compte rendu détaillé des soins prodigués sera transmis au Centre Hospitalier Hôtel Dieu, ainsi qu'au médecin traitant ou pédiatre qui suit l'enfant.

Les modalités de sortie sont définies et planifiées par les CSL, en accord avec la personne exerçant l'autorité parentale.

ARTICLE 3 – PRISE EN CHARGE

Dans le cadre de la coopération transfrontalière franco-belge dont bénéficient tous les assurés domiciliés dans les communes de la Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST). Les mêmes garanties de prise en charge qu'en France avec la sécurité sociale seront assurées.

Les choix de prestations individuelles librement souscrites (notamment les chambres particulières, les dépassements d'honoraires, etc…) et la prise en charge des patients hors ZOAST n'entrent pas, dans ce cadre.

ARTICLE 4 – EVALUATION

L'objectif de cette convention étant avant tout d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Celle-ci fera l'objet d'une évaluation régulière entre les services concernés chaque fois que cela s'avérera nécessaire et au moins une fois par an.

La traçabilité des adressages des enfants vers Arlon depuis le SU de MSM contribuera à cette évaluation annuelle.

ARTICLE 5 – DUREE ET CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT

La présente convention prendra effet au jour de sa signature par les deux parties et pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation à chaque échéance annuelle sous réserve d'un préavis de trois mois ouvert à chacune des parties.

ARTICLE 6 – INFORMATION

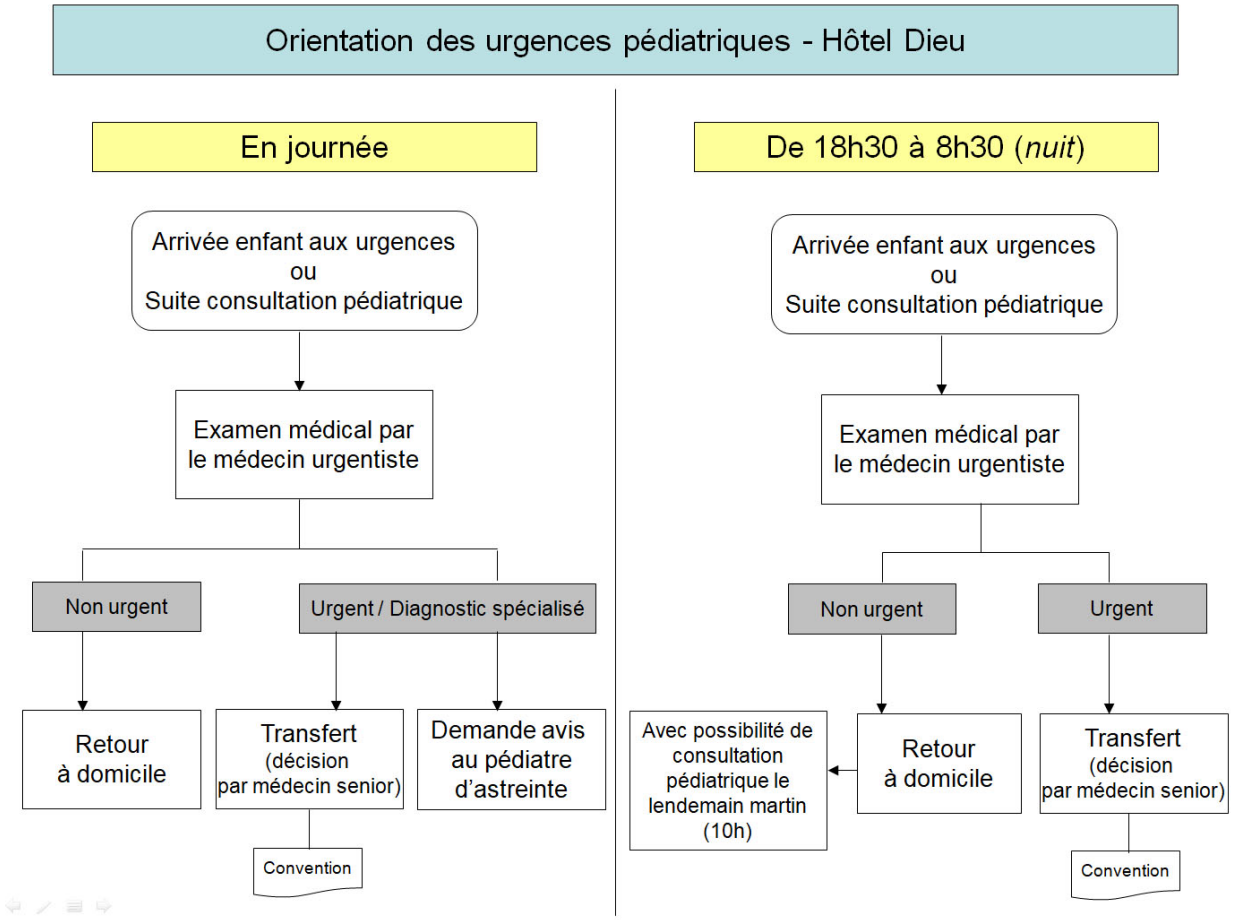
Le Centre Hospitalier Hôtel Dieu et VIVALIA - Les Cliniques du Sud Luxembourg s'engagent à porter à la connaissance des praticiens concernés et de l'Agence Régionale de Santé, le contenu de la présente convention.

Fait en trois exemplaires originaux,
Mont Saint Martin, le 15 avril 2013.

Pour ALPHA SANTE
Sylvie JUSTIN, Directeur Général,
GROUPE SOS

Pour Les Cliniques Sud Luxembourg,
Yves BERNARD, Directeur Général,
VIVALIA

Projet


Orientation des urgences pédiatriques - Hôtel Dieu
En journée
Arrivée enfant aux urgences
ou
Suite consultation pédiatrique
Examen médical par
le médecin urgentiste
Non urgent
Urgent / Diagnostic spécialisé
Retour
à domicile
Transfert
(décision
par médecin senior)
Demande avis
au pédiatre
d'astreinte
Convention
De 18h30 à 8h30 (nuit)
Arrivée enfant aux urgences
ou
Suite consultation pédiatrique
Examen médical par
le médecin urgentiste
Non urgent
Urgent
Avec possibilité de
consultation
pédiatrique le
lendemain martin
(10h)
Retour
à domicile
Transfert
(décision
par médecin senior)
Convention

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : La fermeture du Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Mont-St-Martin a engendré une restructuration de soins importante dans la prise en charge des enfants malades. D'autant que l'activité de consultation pédiatrique et d'accueil aux urgences a été maintenue. Une coopération étroite avec les centres de recours et de référence a dû être organisée afin d'assurer la continuité de la prise en charge pédiatrique dans ce territoire. **Objectif :** Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'impact de la fermeture du Service de Pédiatrie sur la réorganisation de la continuité des soins pédiatriques, sur le temps de passage, l'activité et le mode de prise en charge des enfants. **Matériel et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique sur l'Hôpital de Mont-St-Martin, sur deux périodes d'une durée égale, correspondant à avant et après fermeture du Service de Pédiatrie (du 19/04/2011 à 20h00 au 19/04/2013 à 19h59 et du 19/04/2013 à 20h00 au 19/04/2015 à 19h59). La population étudiée se composait des enfants de moins de 15 ans ayant été admis aux Urgences de Mont-St-Martin durant la période étudiée. En isolant 4 pathologies traceuses, nous avons pu comparer le temps de passage, l'activité et le type d'orientation avant et après fermeture. **Résultats :** Cette étude a mis en évidence une diminution du taux d'hospitalisation après fermeture du Service de Pédiatrie (-62,5%). Cette évolution dans le taux d'hospitalisations se voit aussi dans le cas des pathologies traceuses médicales et dans les fractures osseuses. Les transferts en hospitalisation après fermeture se sont faits préférentiellement vers les Hôpitaux de Proximité. Nous constatons une augmentation du temps de passage pour les pathologies médicales dans le cas d'un transfert en hospitalisation après fermeture du Service de Pédiatrie. **Conclusion :** La fermeture du Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Mont-St-Martin a eu un impact sur le mode de prise en charge des enfants aux Urgences. Cependant, cet impact n'est pas majeur et n'engendre pas d'enjeu sanitaire. On constate par ailleurs que l'indicateur temps de passage ne permet finalement pas d'évaluer la réorganisation des soins et nécessite une réévaluation.

TITRE EN ANGLAIS

Assessment of the impact on the emergency department after closing of pediatric ward in Mont-St-Martin Hospital in France.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2018

MOTS CLÉS: Urgences, Pédiatrie, SAU, Hospitalisation, Continuité des soins

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex