

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 193

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Florent SCHMUTZ
né le 08 février 1990 à Le Mans

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2017

TITRE DE LA THESE : OBSERVATION DES MOYENS HUMAINS ET MATERIELS
POUR L'ACCUEIL DES MOINS DE 18 ANS DANS LES SERVICES D'ACCUEIL
DES URGENCES POLYVALENTS DES PAYS DE LA LOIRE.

Président : Monsieur le Professeur Batard Eric

Directeur de thèse : Madame le Professeur Gras Le Guen Christelle

Je remercie Madame Gras Le Guen, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier, de m'avoir fait l'honneur d'être ma directrice de thèse pour ses nombreuses relectures, ses conseils aiguisés, sa rigueur et son cadre.

Je remercie Monsieur Batard, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier, de m'avoir fait l'honneur d'être mon président de Jury.

Je remercie Monsieur Le Conte, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier, Monsieur Montassier, Maître de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier ainsi que Madame Vrignaud, Praticien Hospitalier, d'avoir accepté de faire partie de mon Jury.

Je remercie également tous les responsables des différents services des urgences polyvalents des Pays de la Loire, les membres de l'Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire et particulièrement Monsieur Buyck, Professeur Université et Praticien Hospitalier et Madame Goument, Praticien Hospitalier, pour leur aide au projet de thèse et à la création du questionnaire.

Je remercie tout particulièrement ma famille et ma belle-famille, pour leur soutien et leurs nombreux encouragements.

En Particulier :

Ma femme pour son amour et sa patience. Elle a été mon principal soutien durant ce travail

Mon fils, source de motivation

Mes parents pour leur amour et leurs encouragements

Ma belle-mère pour ses bons conseils et sa forte contribution à ma concentration

Je remercie également mes amis pour les nombreux encouragements et leur soutien et particulièrement Madame Claire Fesquet, interne en santé publique, pour ses précieux conseils et Monsieur Jean Chevillard, pour son aide à l'outil Excel.

SOMMAIRE

Introduction.....	page 7
Matériels et Méthodes.....	page 16
Résultats.....	page 19
Discussion.....	page 33
Conclusion.....	page 39
Bibliographie.....	page 40
Annexes.....	page 43
Classification Clinique des Malade aux Urgences.....	page 43
Liste des abréviations.....	page 44
Questionnaire.....	page 46
Résumé et mots clefs.....	page 65

Liste des figures

Figure 1 : Membres de la FEDORU en bleu-gris et volume de passages aux urgences par région.....	page 8
Figure 2 : Evolution comparée du nombre annuel de passages aux urgences entre la France entière et les Pays de la Loire.....	page 9
Figure 3 : rapport entre médecins entrants et médecins sortants selon le département de la région Pays de la Loire en 2016.....	page 11
Figure 4 : indices comparatifs de recours aux urgences en Pays de Loire en 2015.....	page 12
Figure 5 : Taux bruts de recours aux urgences de personnes âgées de moins de 18 ans.....	page 13
Figure 6 : Services d'urgences des Pays de Loire et des départements limitrophes en 2015....	page 14
Figure 7 : Nombre d'établissement selon le nombre de passages annuel.....	page 19
Figure 8 : L'accueil des moins de 18 ans est-il assuré par une IOA dédiée à la pédiatrie ?.....	page 20
Figure 9 : Prise en charge médicale organisée en semaine aux heures ouvrables et en permanence des soins.....	page 21
Figure 10 : Moyenne des effectifs médicaux selon le nombre de passages annuel des établissements en semaine aux heures ouvrables et en permanence des soins.....	page 23
Figure 11 : Moyenne des effectifs paramédicaux selon le nombre de passages annuel des établissements en semaine aux heures ouvrables et en permanence des soins.....	page 24
Figure 12 : Part des urgentistes formés au DIU Gestes d'urgences pour les 24 services d'urgences.....	page 24

Figure 13 : Part des urgentistes formés au DESC d’Urgences pour les 24 services d’urgence.....	page 25
Figure 14 : Part des urgentistes formés au DIU de Pédiatrie sur les 24 services d’urgences.....	page 25
Figure 15 : Part des urgentistes formés au DIU de Pédiatrie sur les 24 services d’urgences.....	page 26
Figure 16 : Part des urgentistes formés à la RANP sur les 24 services d’urgences.....	page 26
Figure 17 : Part des urgentistes ayant réalisé un semestre d’interne aux UP sur les 24 services d’urgences.....	page 27
Figure 18 : Part des urgentistes ayant réalisé une année d’assistant aux UP sur les 24 services d’urgences.....	page 27
Figure 19 : Etat des formations des urgentistes en pourcentage dans les 24 services d’urgences.....	page 28
Figure 20 : Moyenne de box dédié à l'enfant dans les services d'urgences selon nombre de passages annuels.....	page 29
Figure 21 : Moyenne du nombre de lit selon le nombre de passages annuel.....	page 30
Figure 22 : Moyenne de service pédiatrie selon le nombre de passages annuel.....	page 31
Figure 23 : Moyenne par service d'urgence du nombre d'examen radiologique selon le nombre de passages annuel.....	page 32

INTRODUCTION

En France, l'activité des services subit depuis plusieurs années une augmentation de fréquentation de 4 à 5 % de par an, responsable de tensions hospitalières (1,2). L'Observatoire Régional des Urgences (ORU) des Pays de Loire a été mis en place par l'Agence régionale de santé (ARS) en 2014, afin de favoriser le déploiement des Résumés de passage aux urgences (RPU), l'amélioration de la qualité du recueil d'informations par les services d'urgences de la région, et d'assurer l'analyse des données ainsi collectées (3). Le RPU est un format de données à transmettre à l'issue d'un séjour dans un service d'urgences et apporte des informations essentielles tant pour les dispositifs de veille régionaux (ORU, ARS) que pour les dispositifs nationaux (Ministère, Institut de Veille Sanitaire) ou pour les professionnels des établissements de santé pour le pilotage de leur service (4). Les Résumés de Passages Urgences (RPU) sont parfois incomplètement remplis, rendant imprécis l'interprétation de certaines données (5,6). La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) est une association regroupant les différents ORU et structures similaires de 16 nouvelles régions de France depuis septembre 2016 (confère la cartographie ci-dessous) (6). Elle a pour but de promouvoir les observatoires régionaux des urgences et les structures ayant une activité similaire, de promouvoir toutes les actions visant à améliorer la connaissance sur les soins de premiers recours, de partager les expertises dans le domaine du recueil, de l'analyse et de l'évaluation de la qualité des données relatives à l'activité des urgences et d'assurer toutes les actions de représentations pour ce domaine d'expertise (5).

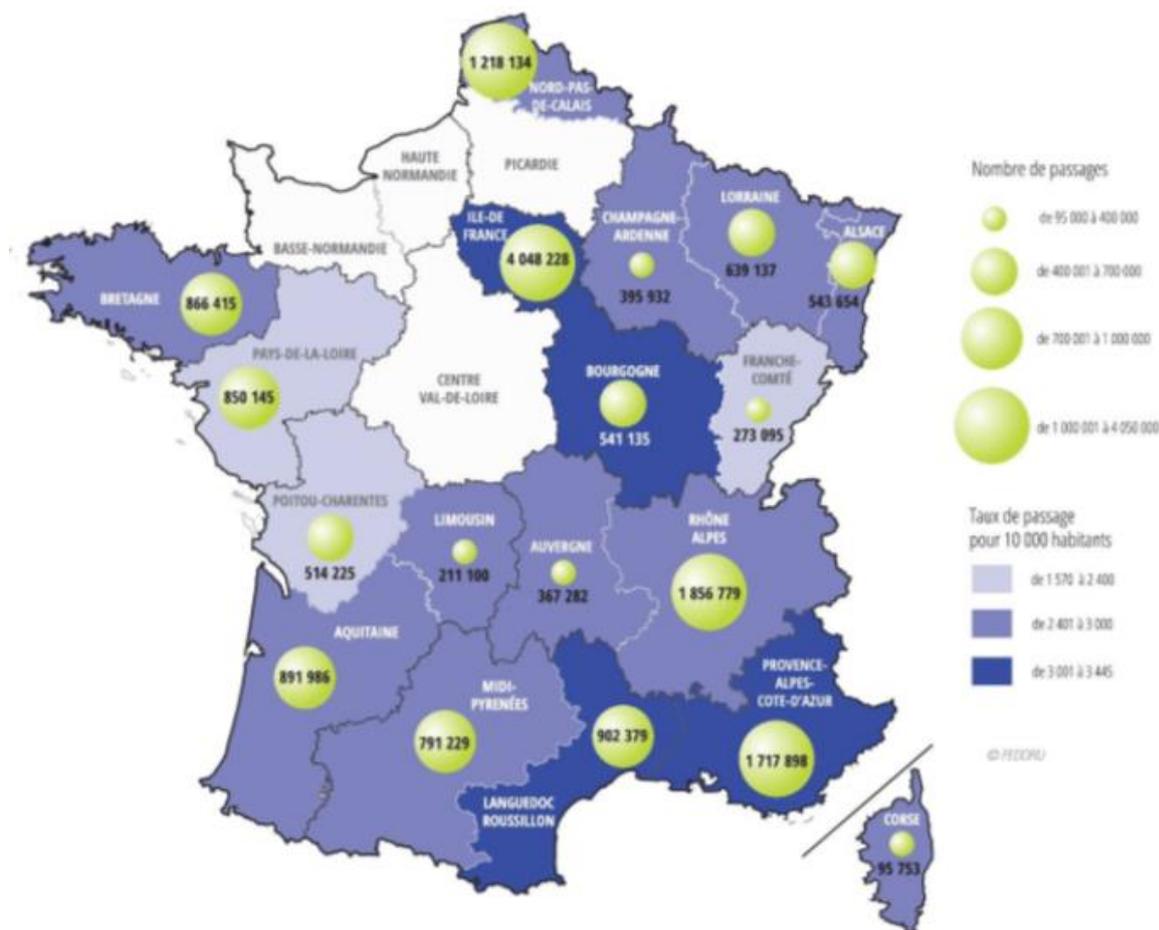


Figure n°1 : Membres de la FEDORU en bleu-gris et volume de passages aux urgences par région

La FEDORU recense 16 724 506 passages dans les services d'urgences en 2015 (6). C'est 3,7 % de plus que 2014 (6). En 2002, il y avait 11 millions de passages et 7 millions en 1990 soit un français sur 8 (1,2). La France n'est pas seule face à cette hausse. Les Etats-Unis ont enregistré une augmentation de 14% de la fréquentation des services d'urgences entre 1992 et 1999 (7), le Royaume-Uni objective une augmentation de 5% par an (8) et la région Ouest de l'Australie précise une inflation de 4.6% par an pour des motifs autres que de l'urgence primaire (9). Cette inflation persiste malgré tous les dispositifs mis en place jusqu'alors (1,2,10) : régulation du centre 15 (23 595 020 appels décrochés en 2015 (6), une permanence des soins ambulatoires (2,5,11), le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (1,5), SOS médecin (2),

restructuration des services d'urgences (2), la médicalisation des services et des structures d'urgences (2) avec 70% de médecins urgentistes des effectifs médicaux (13), la mise en place de filières spécialisées (2), création d'unité de médecine polyvalente (10), des plateaux techniques de plus en plus performants (10), implications des cliniques aux urgences (1,10), projets d'établissement (2), hospitalisations non programmées sans passage aux urgences (1,10), équipes mobiles de spécialistes (10), développement d'une coordination intra-hospitalière (10), formations du personnel (1,2,10).

L'ORU des Pays de Loire (PDL) remarque une augmentation encore plus rapide de la fréquentation des différents services d'urgences de notre région par rapport au reste de la France. On recense 850 145 passages en 2015 soit 4,9% de plus par rapport à 2014 (contre 3,7% au plan national). (5,13)

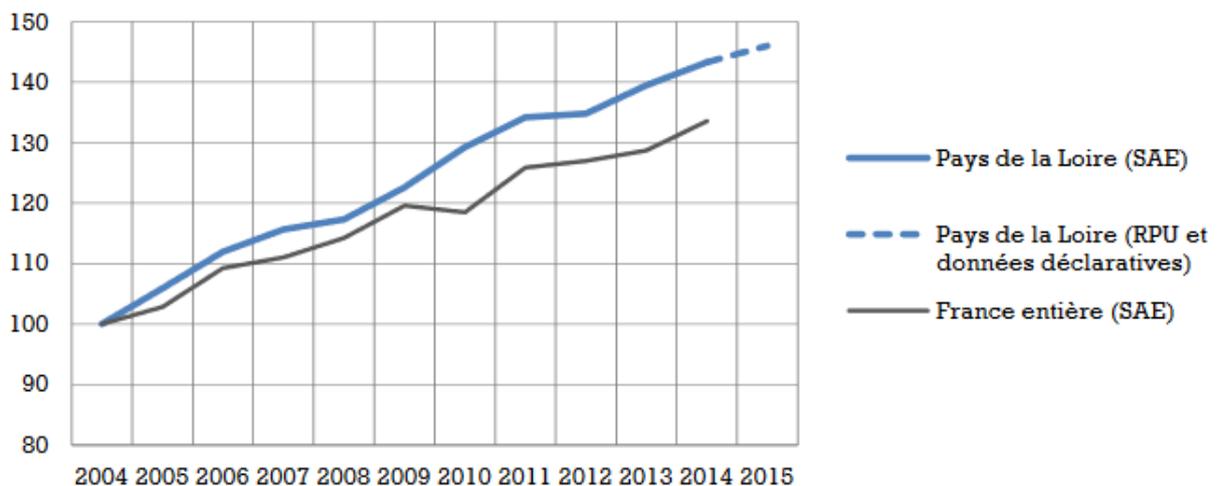


Figure 2 : Evolution comparée du nombre annuel de passages aux urgences entre la France entière et les Pays de la Loire (base 100 en 2004).

La définition du mot « urgence » ne fait pas consensus entre professionnels de santé et patients (5). Depuis plusieurs années, il est constaté que le pourcentage de pathologie grave

où le pronostic vital est engagé reste stable (< 1%) tandis que le pourcentage de consultations pour des problèmes non urgent s'accroît (1,2,5). Les pathologies de médecine ambulatoire sont des motifs de recours fréquents aux urgences (12,14–16). Ceci est d'autant plus vrai pour la population de moins de 18 ans (12,14,15,17). L'enquête de la DREES menée en 2003 objective un quart des patients de moins de 15 ans et 43 % de patients de moins de 25 ans qui consultent aux urgences (12). La FEDORU constate 89% de retour à domicile chez les patients de moins de 18 ans dont 27% de passages codés en gravité 1 de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), tous services d'urgences compris (6). La gravité CCMU 1 signifie que l'état lésionnel ou le pronostic fonctionnel du patient est jugé stable après le premier examen clinique. Ce dernier est éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade. Il n'y a aucun acte complémentaire ou thérapeutique (4). Un rapport d'expert sur la permanence de soins pédiatriques dans les établissements hospitaliers de la région Île de France en 2011, emploie le terme « consumérisme des soins » de la part des familles puisque le nombre de passages aux urgences diminue de 20 à 30% les jours de soldes, de neige ou de verglas ou de match important à la télévision (17). Selon une thèse de médecine, réalisée par le Dr Cosaert, la baisse de disponibilité des médecins généralistes et la raréfaction des pédiatres libéraux seraient une des causes du problème (14). L'ordre des médecins recense en 2016 une baisse de 8.4 % de médecins spécialistes en médecine générale sur le territoire français (11). En Pays de la Loire, on constate une légère hausse de ces derniers de 1.3% (11). C'est grâce aux départements de Loire-Atlantique et de Maine-et-Loire que l'on observe cette légère augmentation. En effet, les trois autres départements, la Sarthe, la Mayenne et la Vendée subissent une nette diminution de leurs médecins généralistes. De plus, quatre départements

sur cinq ont un rapport médecins sortants supérieur au nombre de médecins entrants (figure 3) (11).

Pays-de-la-Loire

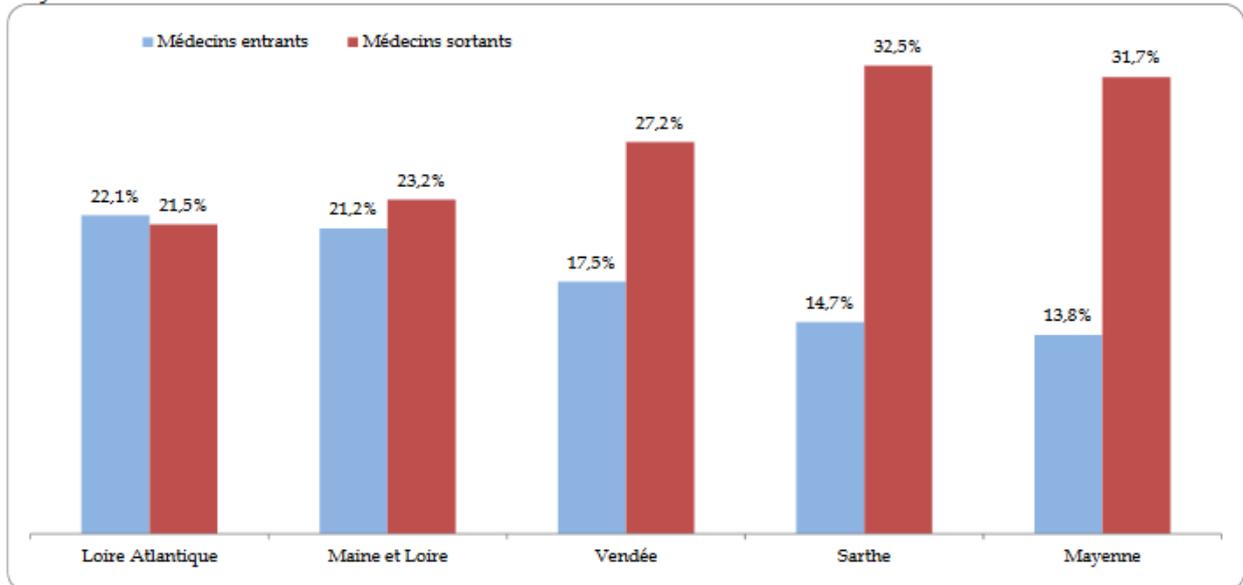


Figure 3 : rapport entre médecins entrants et médecins sortants selon le département de la région Pays de la Loire en 2016

Pourtant, notre région fait partie des régions qui a le plus faible taux de recours aux urgences (figures 1 et 4) (6). Mais il existe des inégalités à l'intérieur de la région (figures 4 et 5). Les départements où les médecins généralistes sont devenus rares sont ceux dont le recours aux urgences est le plus élevé, mettant en situation de « tension » certains établissements (figures 4 et 5) (5).

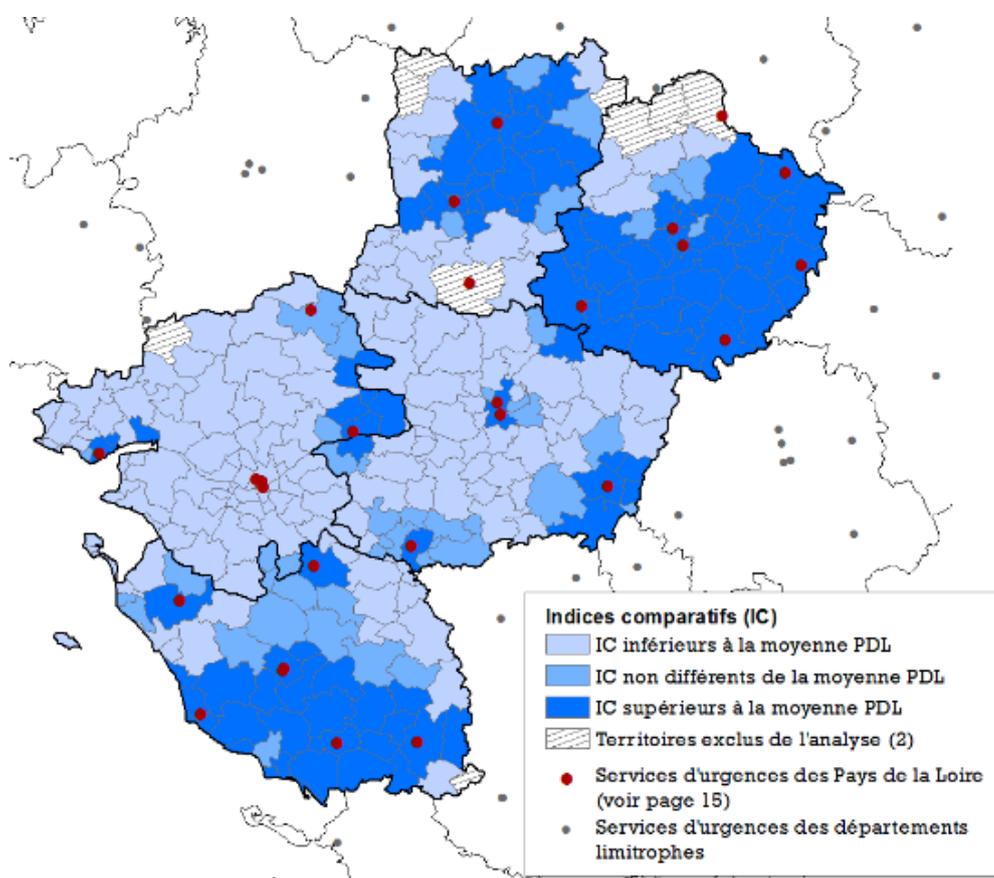


Figure 4 : indices comparatifs (base 100) de recours aux urgences en Pays de Loire en 2015

Le département de Loire Atlantique est épargné par rapport aux départements voisins (figure 4 et 5) (5,6), tandis que la Sarthe est celui qui a le plus haut taux brut de recours aux urgences pour la population générale (figure 4) (306 passages pour 1000 habitants) et pour la population de moins de 18 ans (figure 5) (5).

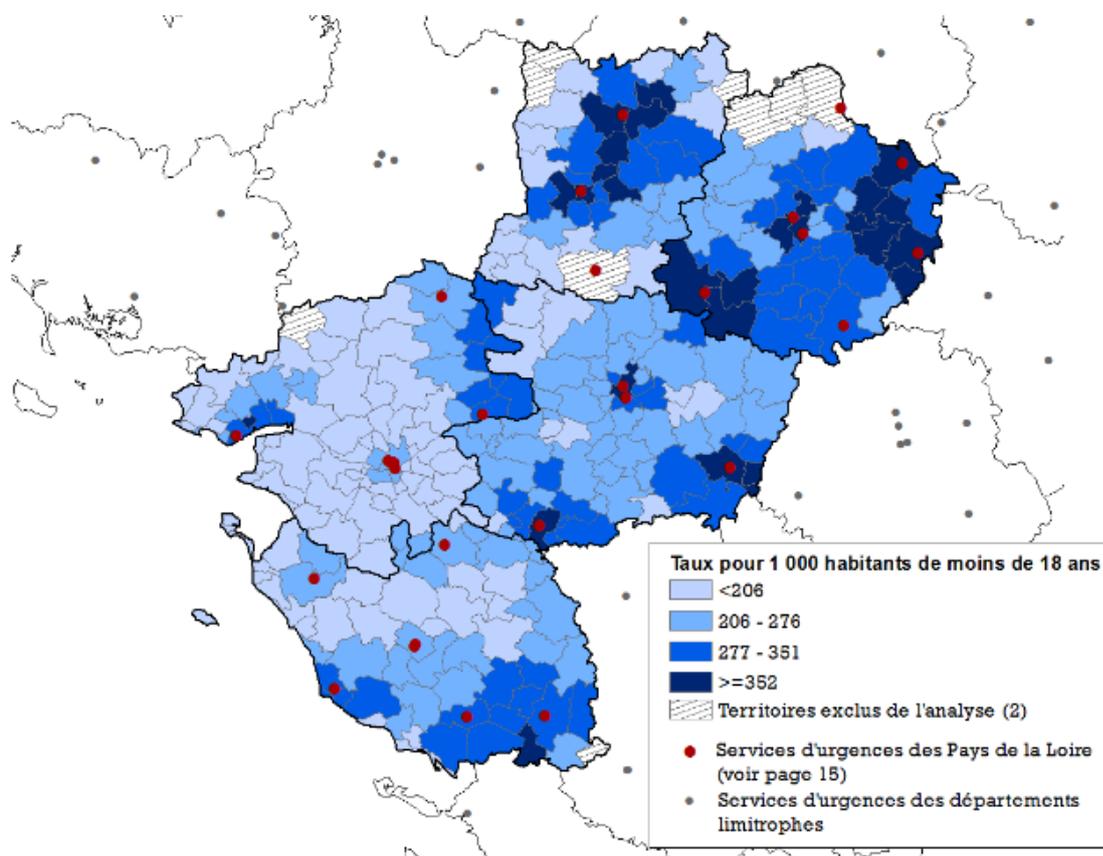


Figure 5 : Taux bruts de recours aux urgences de personnes âgées de moins de 18 ans

En 2015, la FEDORU recense en France 4 270 974 de passages de moins de 18 ans, tous services d'urgences compris (6). Cela représente 28% des passages aux urgences sur la population générale. Il existe deux types de services d'urgences accueillant la population pédiatrique : les services d'urgences pédiatriques (SUP) dont l'activité représente plus de 90% de moins de 18 ans, et les services d'urgences polyvalentes, qui accueille l'ensemble de la population. Une enquête nationale a été menée par la FEDORU en 2016 sur les structures d'urgence uniquement pédiatrique, motivée par l'imprécision en France de leur définition, leur dénombrement et leur organisation (18). Les objectifs de cette étude sont multiples : donner une définition à la dénomination SUP, dénombrer ces structures, établir une

cartographie ce celles-ci sur le territoire français et décrire leur organisation en termes d'effectif, de locaux, de planning, de plateau technique de l'établissement et le type d'activité en regard (18).

1 396 917 patients de moins de 18 ans sont recensés dans ces SUP (6). Il y a donc 2 874 057 passages de cette même population dans les services d'urgences polyvalents. A l'échelle de la région PDL, les patients de moins de 18 ans représentent également 28% de la population générale en 2015, soit 230 452 passages en 2015 dans les 30 services d'urgences de la région (5). C'est 4,8% de passages en plus par rapport à entre 2014 (6). Or il existe 3 services d'urgences pédiatriques reconnus comme tel par l'ARS et la FEDORU (2,5,18) et 27

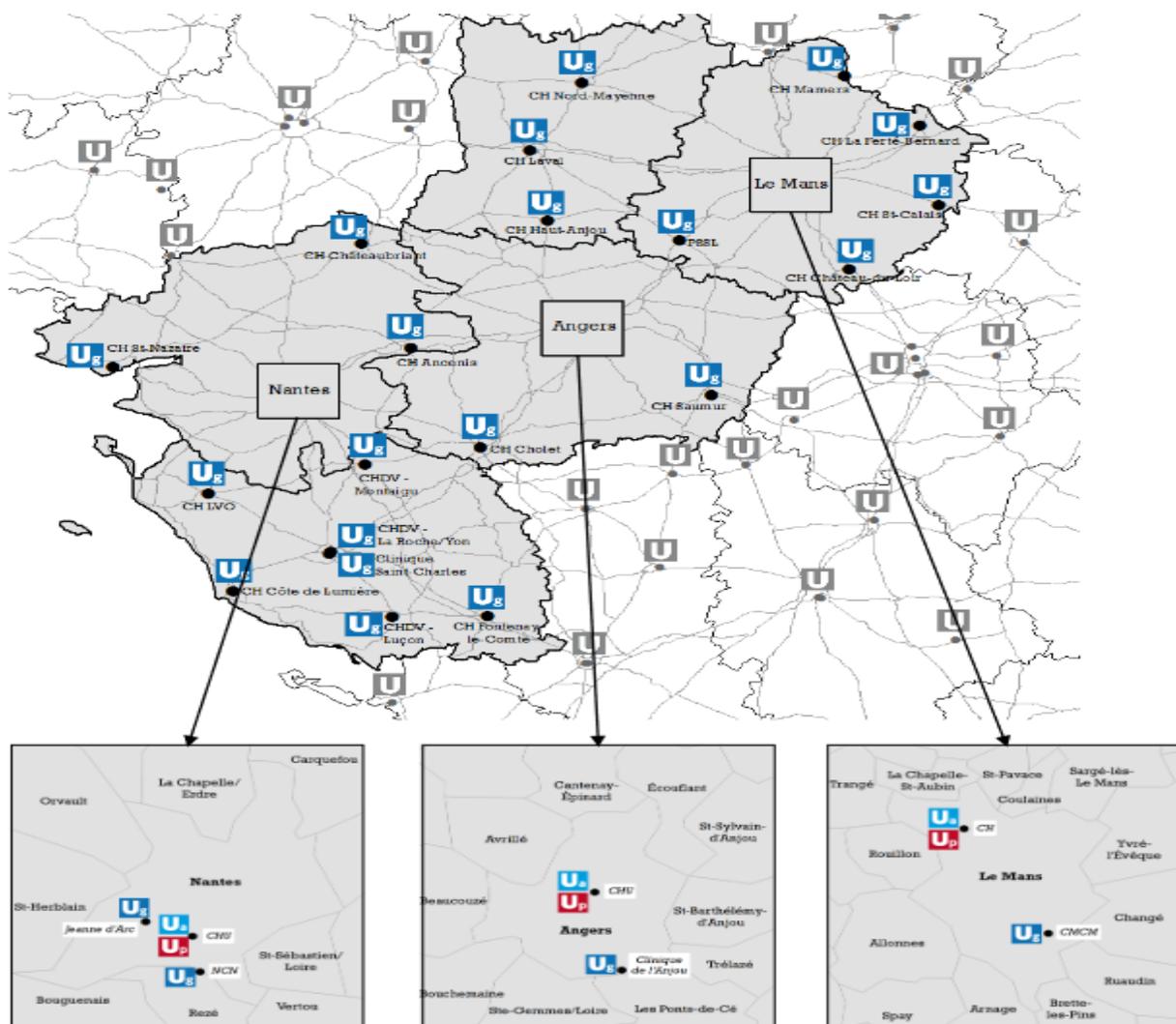


Figure 6 : Services d'urgences des Pays de Loire et des départements limitrophes en 2015

services d'urgences polyvalents répartis sur le territoire des Pays de la Loire qui accueillent des enfants (figure 6) (5).

On ne connaît pas l'organisation de ses services d'urgences polyvalents pour accueillir la population pédiatrique notamment en termes d'effectif, de locaux, de plateau technique mais également de formation des médecins intervenants. On ne connaît pas précisément le nombre d'enfants qui sont de passage puisque certains établissements ne distinguent par leur population pédiatrique de l'adulte et que certains RPU ne renseignent pas toutes les données. De plus, l'âge pédiatrique est défini différemment selon les établissements : 15 ans 3 mois, 16 ans ou 18 ans.

Le travail effectué veut analyser la population des moins de 18 ans au sein des urgences polyvalentes, soit non spécifiquement pédiatrique, à l'échelle des Pays de la Loire. Cela représente plus de 200 000 passages pour l'année 2015 sans que l'on sache précisément combien passent par les services d'urgences pédiatriques (6). L'objectif principal de cette étude est de décrire les conditions d'accueil des moins de 18 ans dans les services d'urgences polyvalents des Pays de Loire, en complément de l'étude nationale menée par la FEDORU en 2016 exclusivement dans les Urgences pédiatriques.

Matériels et Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, multicentrique et réalisée sur les 27 services d'urgences polyvalentes des pays de Loire. La population étudiée est la population pédiatrique, âgée de moins de 18 ans (circulaire n° 517 du mois d'octobre 2004), correspondant à la majorité légale (19).

Les participants sont les chefs de services et/ou les responsables des 27 Services d'accueil des urgences (SAU) polyvalents et adultes des Pays de la Loire (5). Les services d'urgences pédiatriques ne font pas parti de l'enquête. Leurs coordonnées nous ont été communiquées par l'ORU des PDL. Ils ont été sollicités par mail sous forme d'un questionnaire de 16 pages maximum. En effet, le nombre page est variable en fonction des réponses données au fur et à mesure du questionnaire. Ce dernier est inspiré de l'enquête menée sur les différentes structures d'urgences pédiatrique (SUP) en France décrite ci-dessus, dans le paragraphe Introduction (18). Il a été réalisé par Madame le professeur Christelle GRAS LE GUEN et l'interne Florent SCHMUTZ puis validé par l'ORU des PDL et la FEDORU. Le mail envoyé renseigne un lien qui permet de répondre au questionnaire directement en ligne, grâce au support « Survey Monkey ». Obtenir au moins 90% des réponses est l'objectif. Pour cela, deux mails de rappel sont prévus à 15 jours d'intervalle. Puis deux rappels téléphoniques sont réalisés à 15 jours d'intervalle également. Un rendez-vous physique est proposé si la réponse n'a pas été donnée malgré les rappels cités ci-dessus. En réalité, malgré les rappels effectués, le refus de prendre un rendez-vous physique et devant le nombre très faible de réponse en ligne de la part des responsables de services, nous avons décidés de changer de méthode. Les participants non-répondants et

partiellement répondant ont été contactés par téléphone. Les données ont été récupérées sur papier puis rentrées dans un tableau de type Excel. Puis, nous avons créé une adresse mail pour les établissements non-répondants seulement car les questionnaires des partiellement-répondants pouvaient être modifiés directement en ligne. Un mail de la plateforme Survey Monkey est envoyé sur ces nouvelles adresses mails. Grâce aux données restituées sur le tableau type Excel, le questionnaire à la place des candidats concernés, permettant de centraliser les résultats sur la plateforme Survey Monkey.

Le questionnaire compte 51 questions maximum. Ce chiffre est aussi variable en fonction des réponses données au fur et à mesure du questionnaire.

Les variables recherchent :

- L'accueil de patients âgés de moins de 18 ans
- La présence d'une infirmière d'accueil de d'orientation (IAO) dédiée aux enfants, si elle est présente 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et formée à la pédiatrie
- Un âge en dessous duquel le service d'urgence n'accepte pas la prise en charge de l'enfant.
- Accueil des urgences traumatiques, chirurgicales et/ou médicales
- Effectifs présents aux urgences aux heures ouvrables et lors de permanence des soins des médecins urgentistes, pédiatres, médecins libéraux, internes, infirmières et aides-soignantes
- Différentes formations générales et pédiatriques des médecins thésés des urgences à savoir la Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU,) le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) d'urgences, le Diplôme Universitaire (DU) de gestes d'urgences, le Diplôme Inter Universitaire (DIU) de pédiatrie, la Réanimation Avancée Néonatale et Pédiatrique (RANP), un semestre d'interne effectué dans un service d'urgences pédiatrique et une année d'assistant effectué dans un service d'urgences pédiatrique

- Locaux avec la demande à chaque fois s'ils en existent dédiés à la pédiatrie : nombre de lit ou box, déchocage ou Salle Accueil des Urgences Vitales (SAUV), nombre de lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et d'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD)
- Plateau technique : un service de pédiatrie voire plusieurs, une échographie aux urgences, une Tomodensitométrie (TDM) et/ou Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) dans l'établissement.
- L'existence d'une organisation en hôpital en tension lors d'épidémie saisonnière

Il n'y a pas d'autorisation du comité d'éthique ni du comité de protection des personnes car les données ne concernent pas les patients mais une organisation de service.

Résultats

26 sur les 27 services ont répondu, ce qui représente plus de 96% de réponse. L'établissement qui n'a pas répondu est le CHU d'Angers. Parmi les répondants, 2 centres n'accueillaient pas de patient de moins de 18 ans, le service d'accueil des urgences adultes du CH du Mans et le service des urgences du CH de Cholet.

L'ORU compte en 2015, 118 253 passages de moins de 18 ans dans 21 services d'urgences polyvalents des PDL, soit 59% des passages totaux de la région (16). Pour rappel, l'ORU recense 200 000 passages de moins de 18 ans tous services compris dans les PDL en 2015. Les RPU des CHU n'ont pas différencié l'activité de leurs différents services d'urgences (adultes et pédiatriques) donc le nombre de patient de moins de 18 ans passant dans les services d'urgences adultes n'est pas connu. Les CH de Mamers et du Haut-Anjou n'ont pas

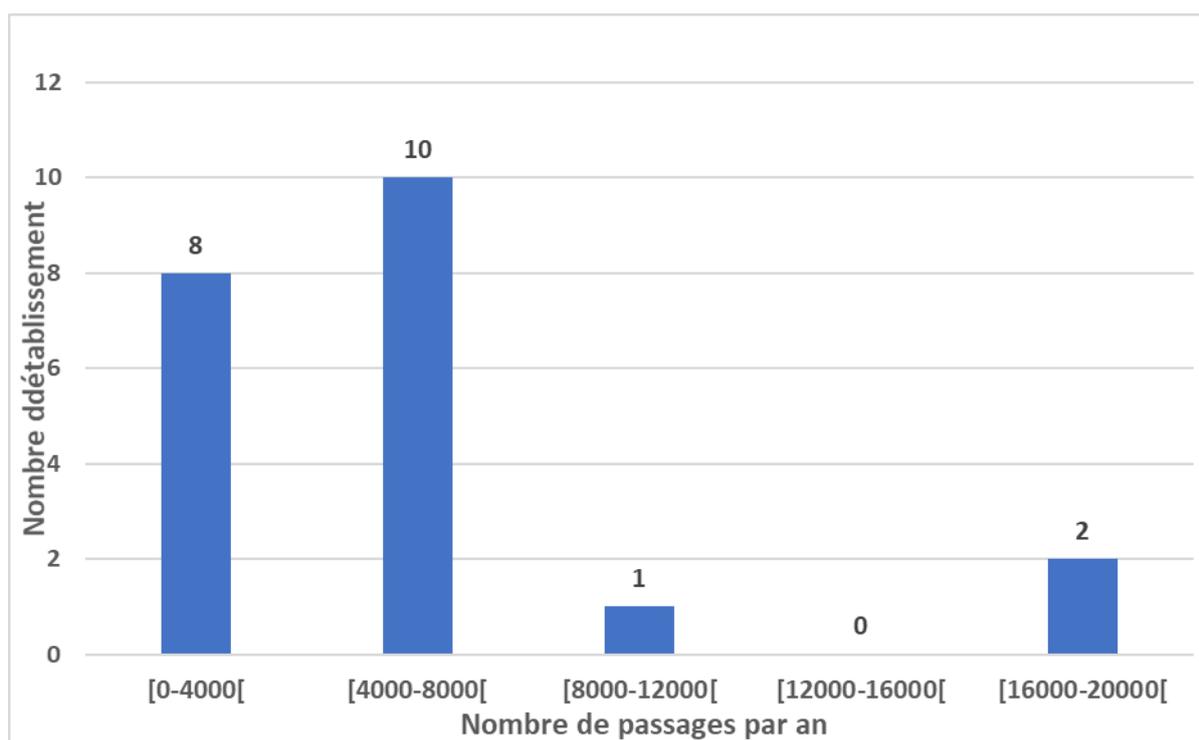


Figure 7 : Nombre d'établissement selon le nombre de passages annuel (118 253 passage sur 21 établissements)

utilisé de RPU pour l'année 2015. Le CH du Mans n'accueille pas de moins de 18 ans dans son service d'urgences adultes, de même que le CH de Cholet pour son service d'urgences polyvalents. La figure 7 représente le nombre d'établissement selon le nombre de passages par an cela avec en abscisse, un intervalle correspondant au nombre de passages de moins de 18 ans par an et en ordonnées, le nombre d'établissement qui recense par RPU auprès de l'ORU.

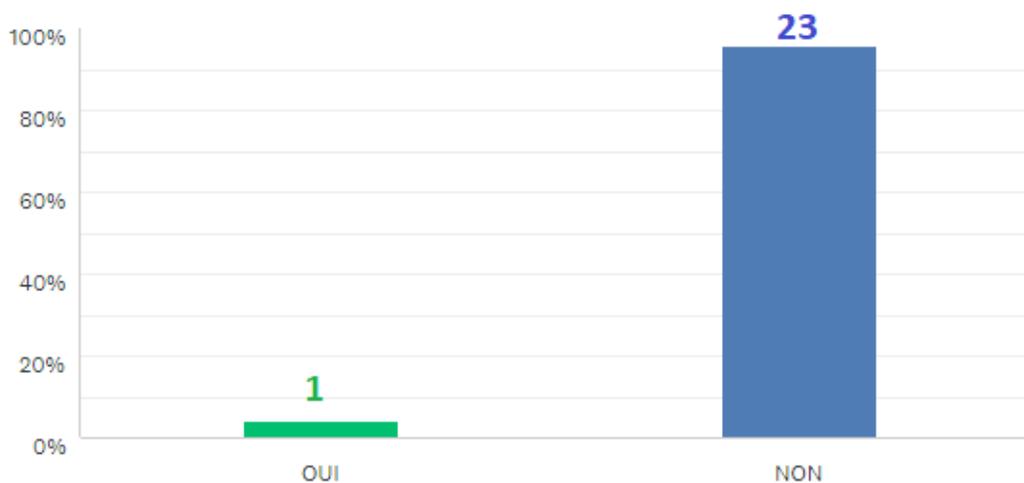


Figure 8 : L'accueil des moins de 18 ans est-il assuré par une IOA dédiée à la pédiatrie ?

Les moins de 18 ans sont accueillis par une IAO dédiée dans un seul centre. Elle est présente 24h/24 et 7j/7 mais n'a cependant pas reçu de formation spécifique.

25% des centres ne prennent pas en charge l'enfant en dessous d'un certain âge prédéfini.

Parmi ces centres, l'âge de la majorité sexuelle (15 ans et 3 mois) est l'âge prédéfini pour un tiers.

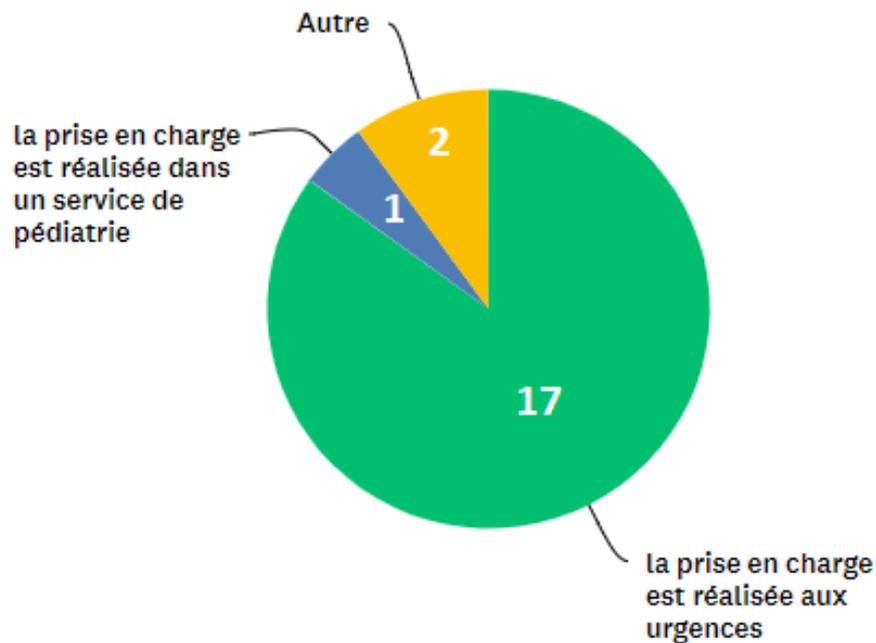


Figure 9 : Prise en charge médicale organisée en semaine aux heures ouvrables et en permanence des soins.

Pour une prise en charge initiale aux urgences, tous les centres accueillent des urgences traumatologiques de l'enfant. Tous les centres, sauf un seul service, accueillent les urgences chirurgicales non traumatologiques. 4 centres n'accueillent pas les urgences médicales, qui sont alors réorientées directement soit vers un service pédiatrique existant au sein de l'établissement soit vers un autre établissement plus adapté. Pour les autres, la prise en charge initiale se réalise aux urgences quelques soit l'horaire avec conditions pour certains : un service les prend en charge que lors de la permanence des soins. Ils sont transférés vers le service de pédiatrie sur les heures ouvrables.

A l'inverse, un autre service transfère les urgences médicales directement vers le service de pédiatrie lors de la permanence des soins. Pour deux autres services, un arrangement entre l'urgentiste et le service de pédiatrie existe pour un transfert direct dans le service pendant les heures ouvrables. Pour un service, sur les mêmes horaires, les urgences médicales sont acceptées à condition qu'il ne s'agisse pas d'un second avis, d'un enfant de moins de 3 ans ni s'il existe une pathologie chronique.

Le personnel varie d'un service à l'autre. Le nombre d'urgentiste aux « heures ouvrables » varie de 0 à 7, avec une moyenne sur l'ensemble des établissements de 2.6 urgentistes, et de 0 à 4 lors de la permanence des soins, avec une moyenne de 1.73 urgentiste. Un seul service n'a pas de médecin urgentiste, il s'agit du service d'urgences chirurgicales de la main Jeanne d'Arc à Nantes. 42 % des services ont un pédiatre aux urgences aux heures ouvrables contre 13 % lors de la permanence des soins. La présence d'un pédiatre est liée à l'existence d'un service de pédiatrie. Un service recense un médecin généraliste tandis qu'un autre compte 2 à 3 chirurgiens aux heures ouvrables. Un autre centre recense d'un médecin libéral lors de la permanence des soins. La majorité des services, soit 62,5% ont un ou plusieurs internes aux heures ouvrables, correspondant à 1,9 interne en moyenne sur les services répondant, et 58,3 % lors permanence des soins, soit 1 interne en moyenne par service (figure 10).

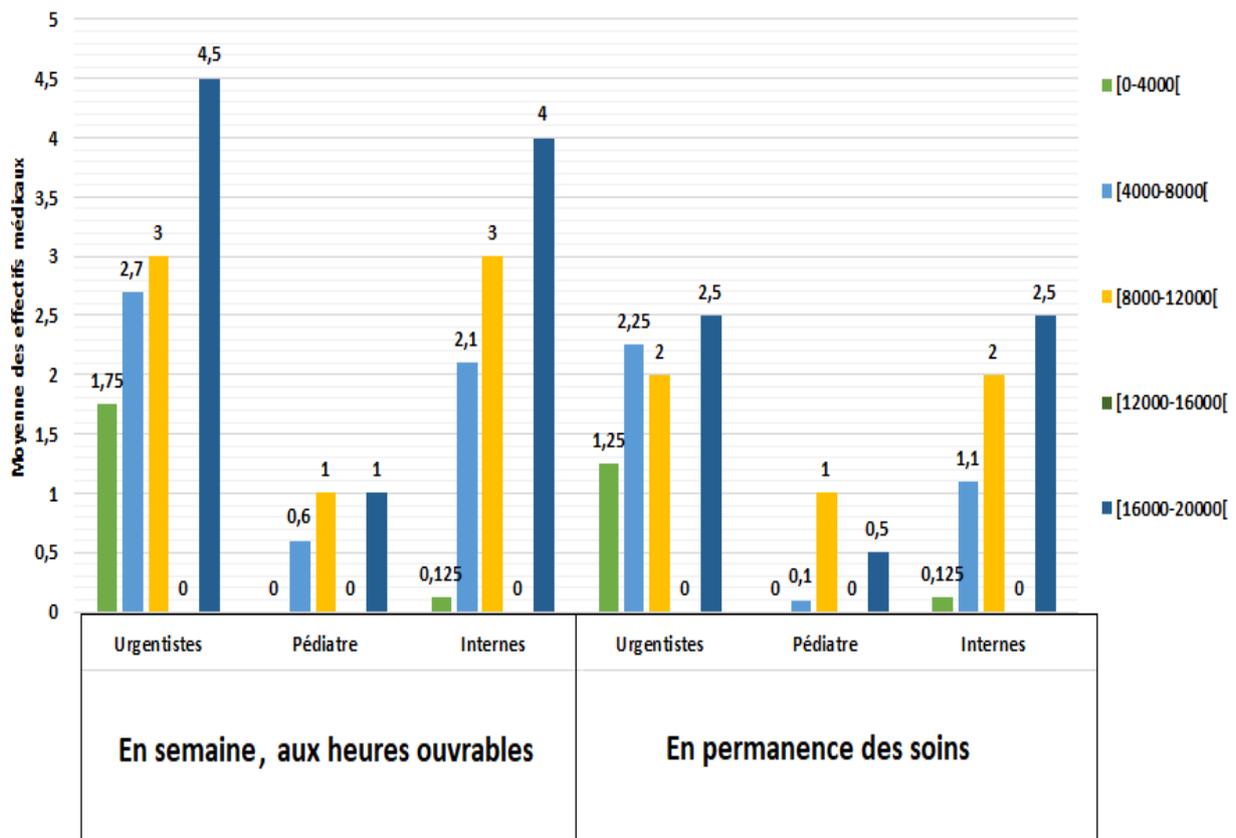


Figure 10 : Moyenne des effectifs médicaux selon le nombre de passages annuel des établissements en semaine aux heures ouvrables et en permanence des soins.

Tous les services ont au moins une infirmière, allant d'une à 12 infirmières quelques soit l'heure. En moyenne, cela représente 4.5 infirmières par service sur une journée de semaine aux heures ouvrables et presque 3 (2.96) sur une plage de permanence des soins. Tous les services, sauf un, ont au moins une aide-soignante, avec un maximum de 10 quelques soit l'heure. En moyenne, cela représente 2.8 aides-soignantes par service sur une journée de semaine aux heures ouvrables, et 2.2 sur une plage de permanence des soins (figure 11).

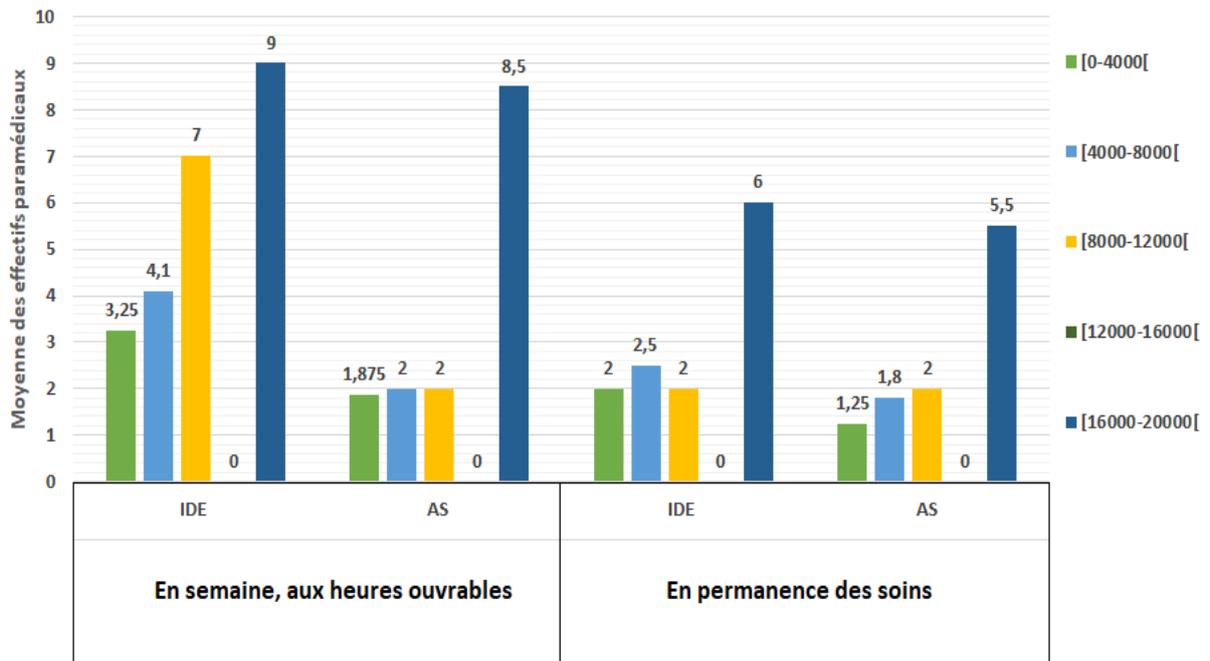


Figure 11 : Moyenne des effectifs paramédicaux selon le nombre de passages annuel des établissements en semaine aux heures ouvrables et en permanence des soins.

Concernant la formation des médecins, pour le DIU de geste d'urgence, 41% des services affirment que moins qu'un quart des urgentistes est formé au DIU tandis que 25% affirment que plus des trois quarts des urgentistes y est formé (figure12).

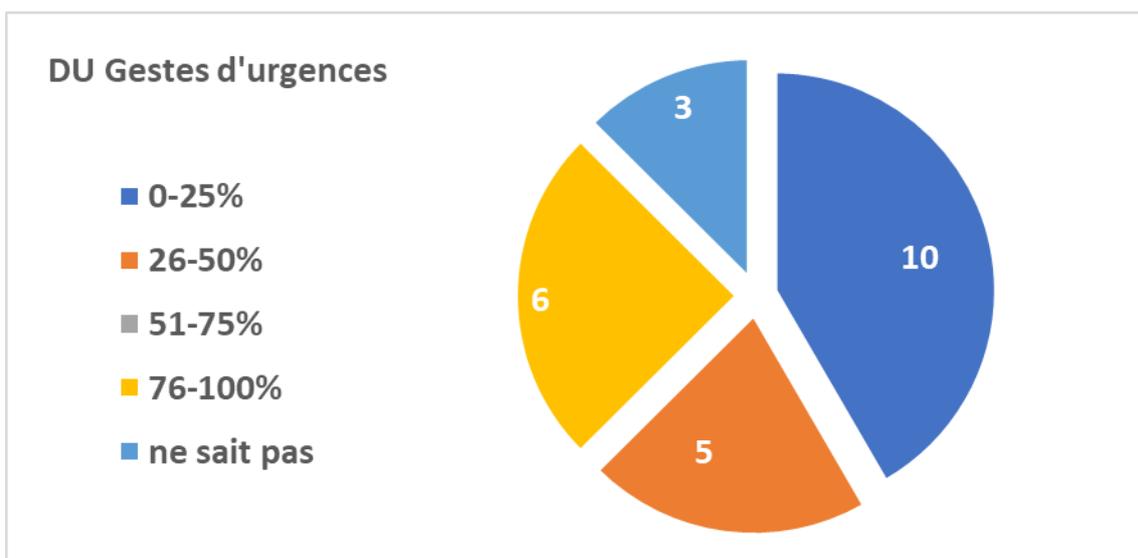


Figure 12 : Part des urgentistes formés au DU Gestes d'urgences pour les 24 services d'urgences

Pour le DESC de médecine d'urgence, 37,5% des services affirment que moins d'un quart des urgentistes est formé à un tel diplôme, 25% affirment que moins de la moitié y est formé et 21 % affirment que plus des trois quarts des urgentistes y est formé (figure 13).

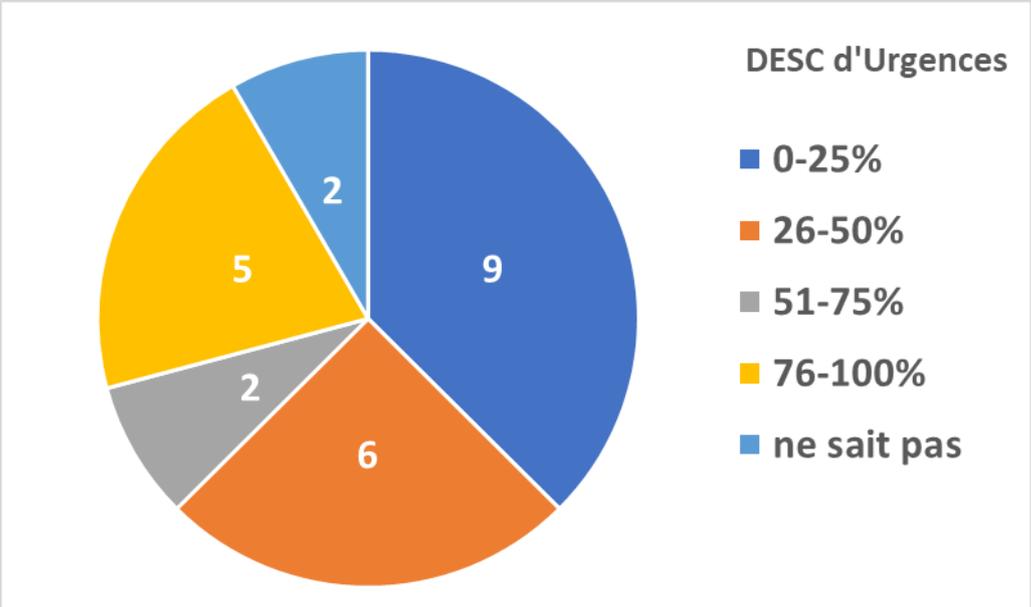


Figure 13 : Part des urgentistes formés au DESC d'Urgences pour les 24 services d'urgences

Pour le DIU de pédiatrie, 62,5% des services affirment que moins d'un quart des urgentistes est formé à un tel diplôme, que 29% affirment que moins de la moitié y est formé et que 4% des services, soit un seul affirme que plus des trois quarts des urgentistes y est formé (figure

14).

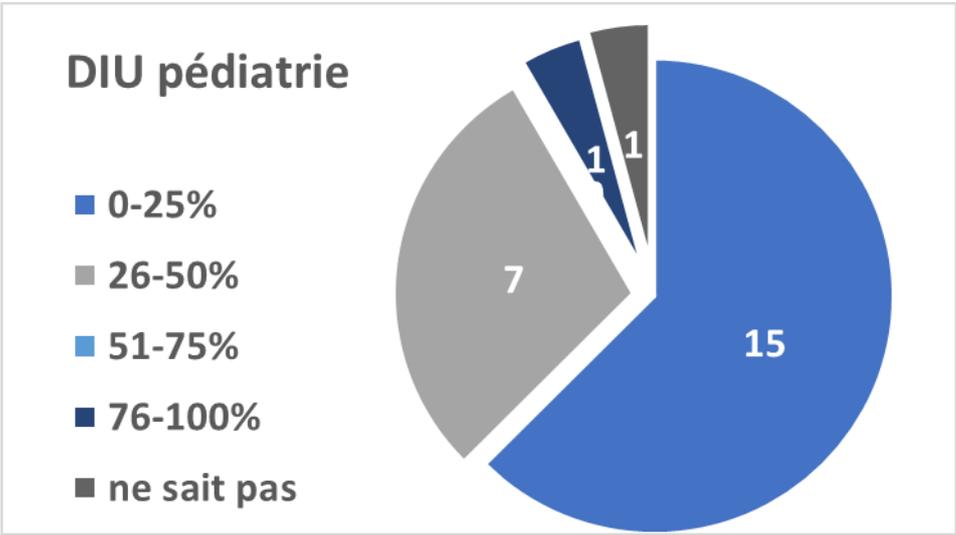


Figure 14 : Part des urgentistes formés au DIU de Pédiatrie sur les 24 services d'urgences

Pour la CAMU, 58% des services affirment que plus des trois quarts des urgentistes sont formés, 25% affirment que moins de la moitié y est formé et 2 services avancent que moins d'un quart des urgentistes y est formé (figure 15).

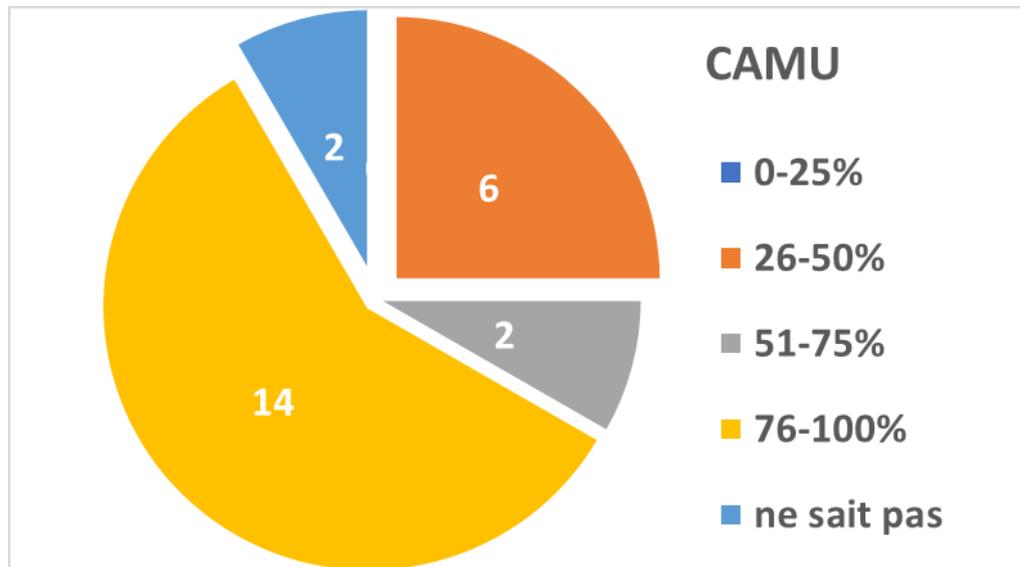


Figure 15 : Part des urgentistes formés au DIU de Pédiatrie sur les 24 services d'urgences

Pour la RANP, 21% des services ne savent pas si leurs urgentistes sont formés, 62,5% affirment que moins d'un quart y est formé et 16,7% affirment que plus de la moitié mais moins des trois quarts y est formé (figure 16).

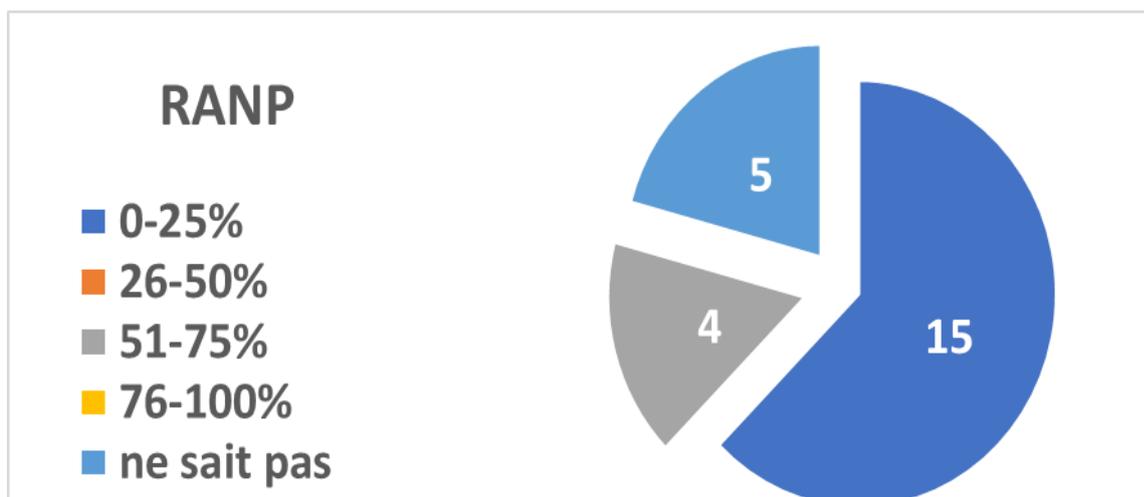


Figure 16 : Part des urgentistes formés à la RANP sur les 24 services d'urgences

48% des services ne savent pas si leurs urgentistes ont réalisés un semestre en tant qu'interne aux urgences pédiatrique et 25 % affirment qu'ils sont plus de trois quarts à en avoir réalisé un (figure 17).

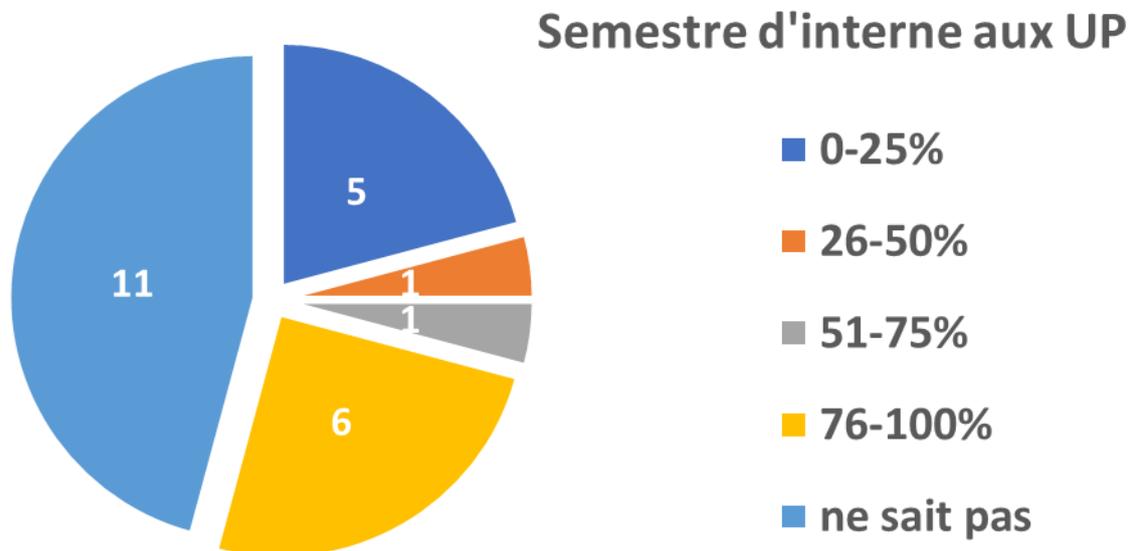


Figure 17 : Part des urgentistes ayant réalisé un semestre d'interne aux UP sur les 24 services d'urgences

Deux tiers des services affirment que moins d'un quart de leurs urgentistes ont réalisé une année d'assistantat aux urgences pédiatriques et 29%, soit presque le tiers restant, ne savent pas (fig 18).

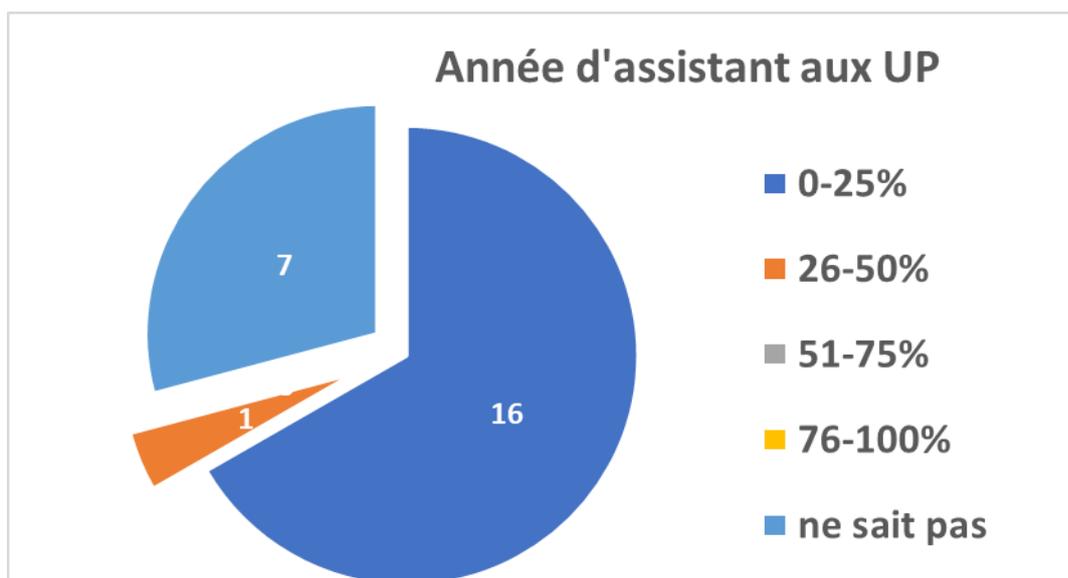


Figure 18 : Part des urgentistes ayant réalisé une année d'assistant aux UP sur les 24 services d'urgences

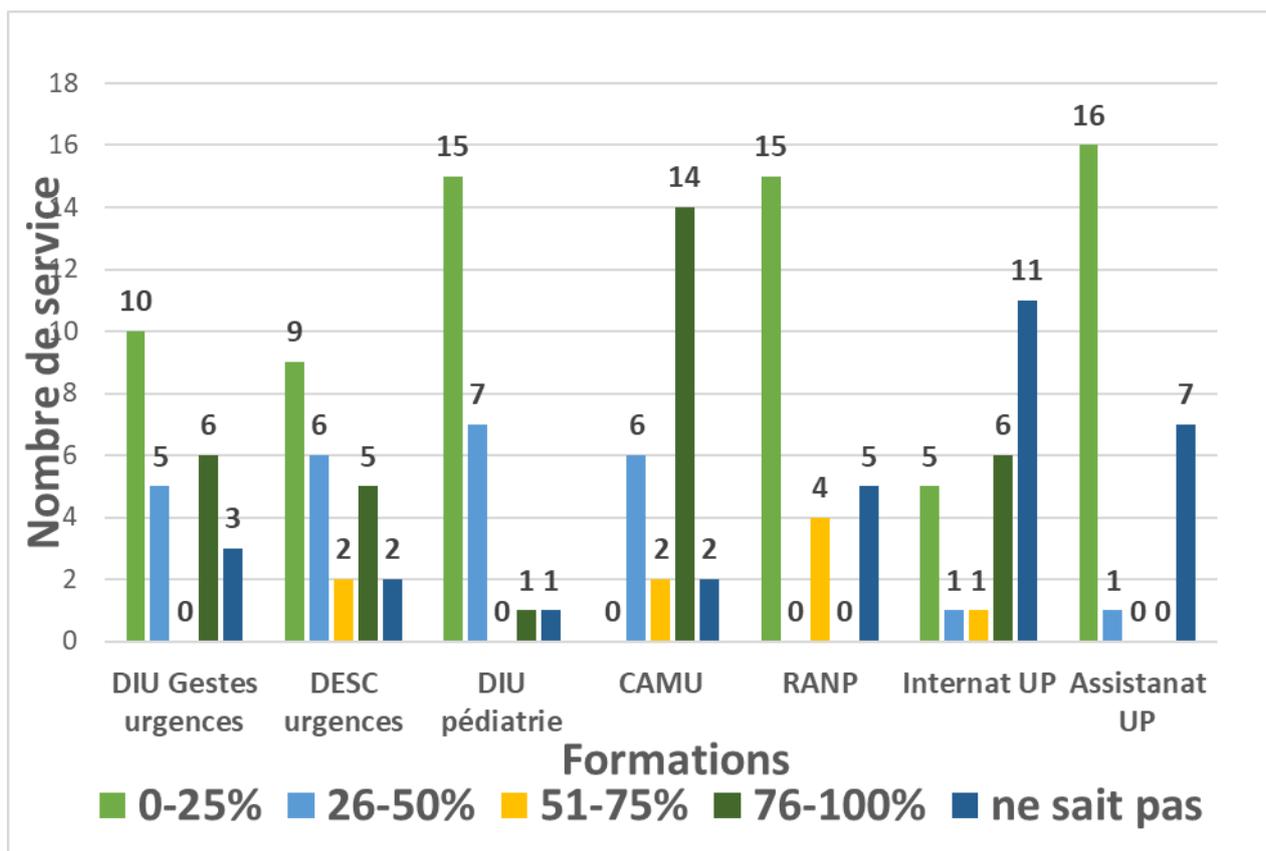


Figure 19 : Etat des formations des urgentistes en pourcentage dans les 24 services d'urgences

Pour les locaux, un tiers ont au moins un box dédié aux enfants tandis que deux tiers n'en ont pas. Un service en possède 4 dédiés aux enfants.

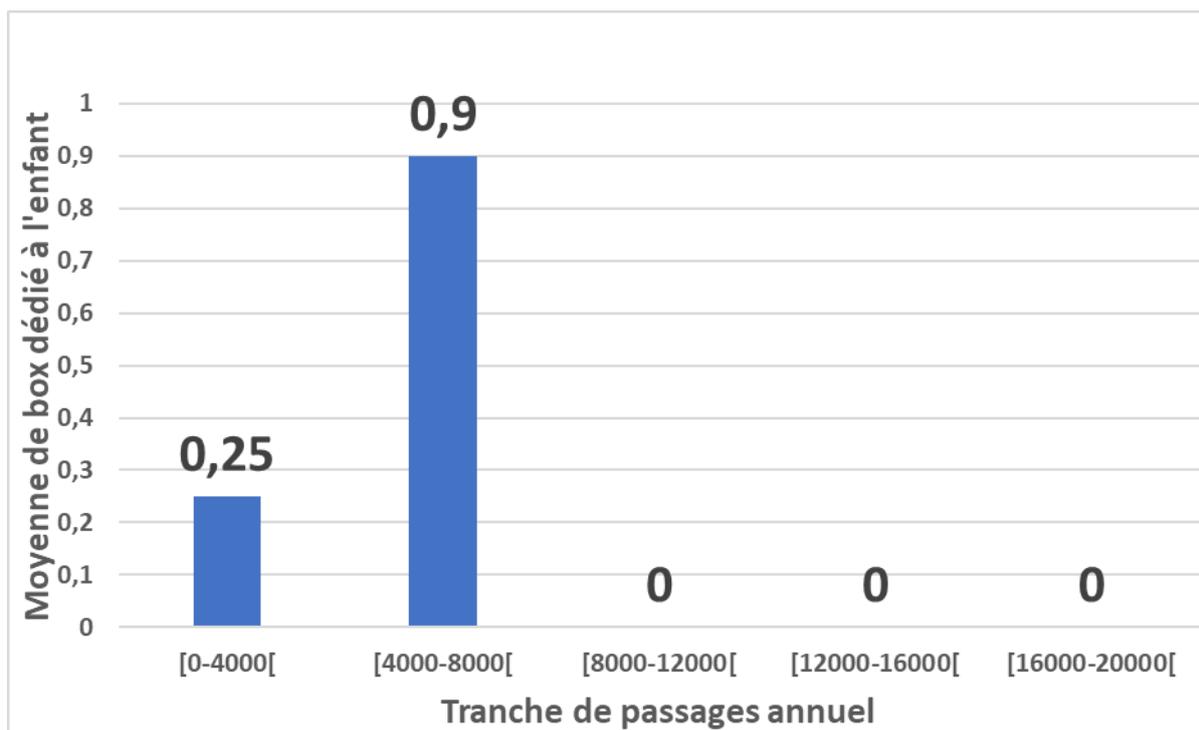


Figure 20 : Moyenne de box dédié à l'enfant dans les services d'urgences selon nombre de passages annuels

Le nombre lit physique d'examen pour une prise en charge médicale varie de 0 à maximum 23 avec une moyenne de 7,46 lits par établissement. Le nombre de déchoquage varie de 0 à 4 avec une moyenne de 1,67 lits par établissement. Le seul service qui n'en possède pas est la clinique chirurgicale de la main Jeanne d'Arc à Nantes. Dans tous les autres services, le médecin urgentiste intervient toujours en cas d'urgence vitale de l'enfant. Un anesthésiste-réanimateur l'accompagne dans 47,8% des services. Un pédiatre intervient dans 26% des services et un cardiologue dans un service, selon les besoins. Dans un établissement, 4 des pédiatres intervenants ont une formation de réanimateur et 1 est cardio-pédiatre. Le nombre de lits d'UHCD varie de 0 à 20 lits avec une moyenne de 5.3 lits par établissement, mais aucun n'est dédié à la pédiatrie, dans aucun service. Pour le nombre d'UHTCD, le

nombre varie de 0 à 12, avec une moyenne de 2.33 lits par établissement. Un seul service a un lit UHTCD dédié à la pédiatrie.

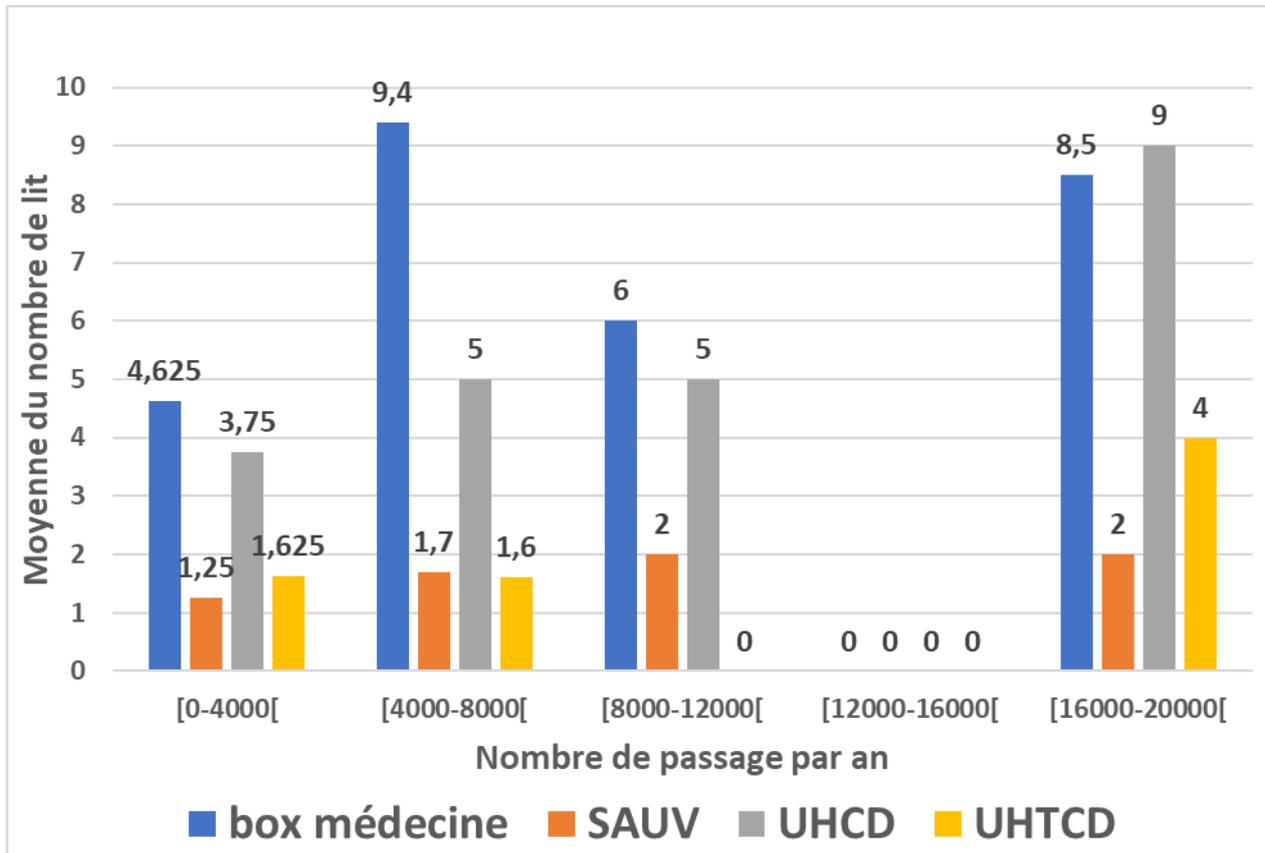


Figure 21 : Moyenne du nombre de lit selon le nombre de passages annuel

13 des établissements, soit 54%, n’ont pas de services de pédiatrie contre 9, soit 37,5%, qui en ont un seul et 2 qui en ont plusieurs. Selon le nombre de passages annuel de la population pédiatrie, la moyenne des services varie. On observe que plus le service accueille des enfants sur une année, plus l’établissement a la possibilité d’avoir un service de pédiatrie. Les établissements qui ont plusieurs services de pédiatrie sont le CHU de Nantes et le CH de Saint Nazaire.

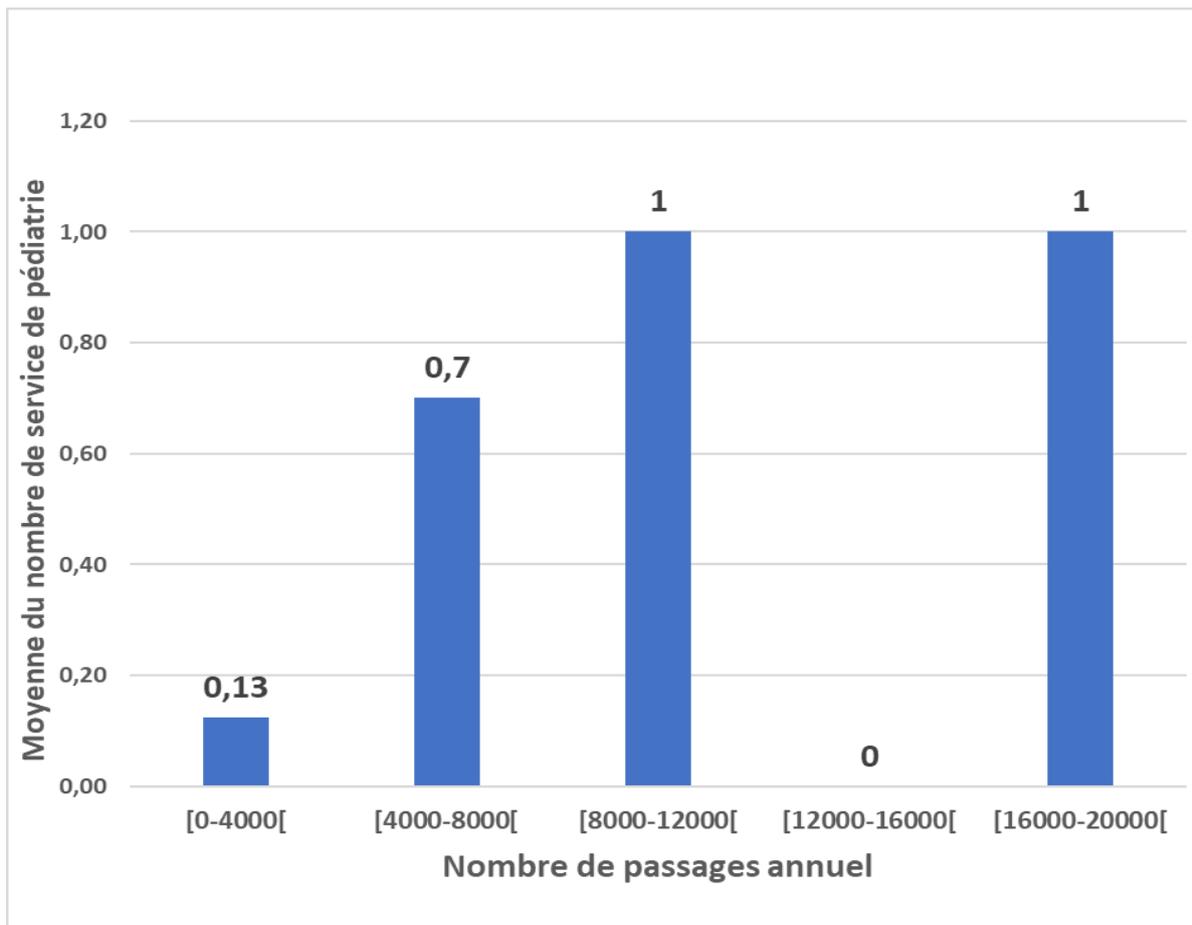
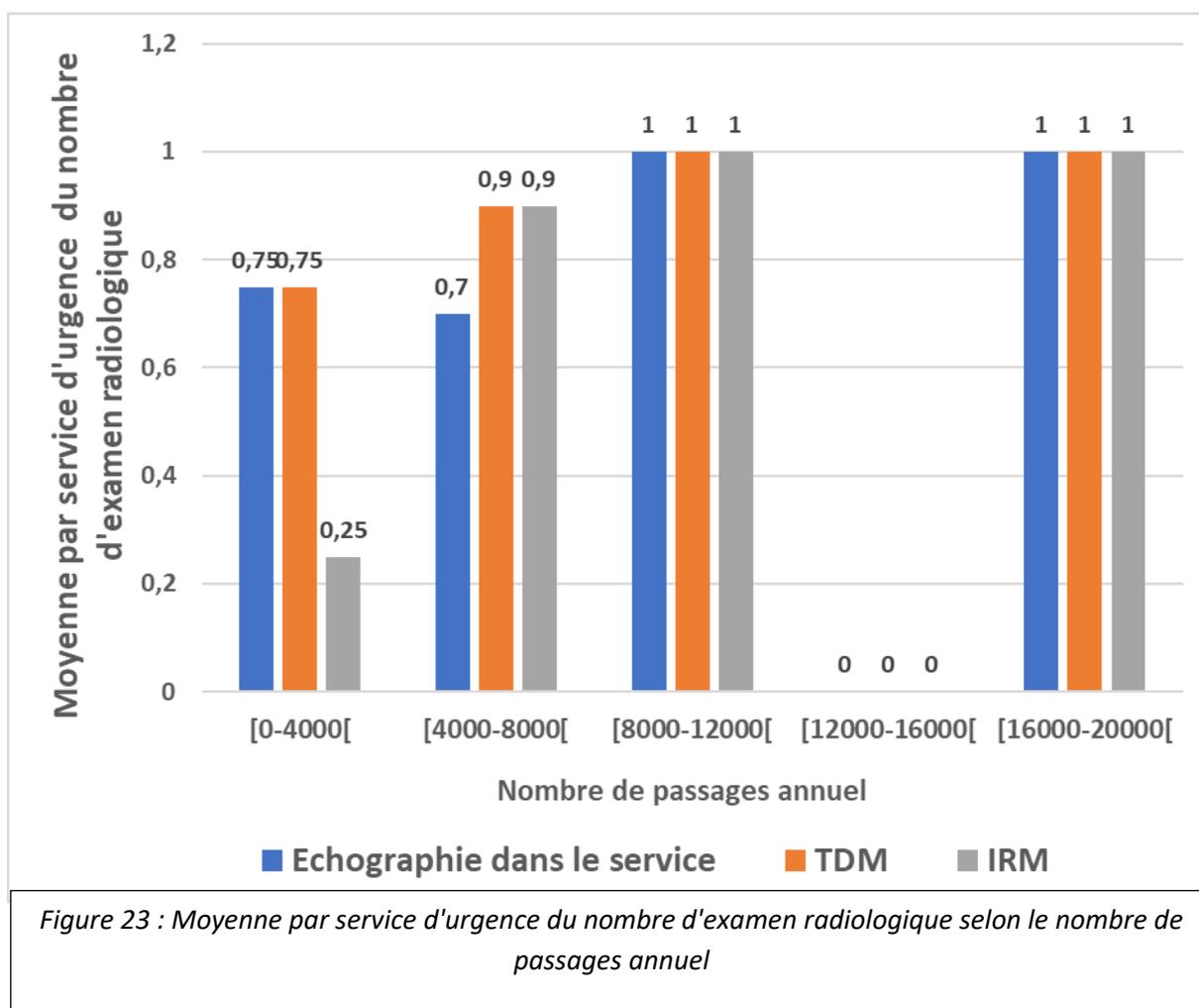


Figure 22 : Moyenne de service pédiatrie selon le nombre de passages annuel

Pour le plateau technique, trois quarts des services d'urgence ont un appareil d'échographie disponible au sein du service d'urgence, 83,3% des établissements ont une TDM disponible et deux tiers ont une IRM.

Selon le nombre de passages annuel dans le service, la disponibilité du plateau technique varie. Plus il y a de passages, et plus les différents examens radiologiques sont disponibles dans le service pour l'échographie et dans l'établissement pour la TDM et l'IRM. Pour un nombre inférieur à 4000 passages par an dans un établissement, un établissement sur quatre compte une IRM (figure 23).



Enfin, 17 des établissements interrogés ont une organisation en hôpital en tension dont 6 ont un renfort médical avec une moyenne de 1,17 médecin par service ayant ce renfort. 13 ont un renfort paramédical avec en moyenne 2,07 infirmières et 1,84 aide-soignante. Le nombre lit supplémentaire sur l'établissement est très variable d'un établissement à un autre variant de 0 à 30 maximum et avec une moyenne de 8,6 lits. 5 établissements comptent d'autres renforts dont 3 d'ordre administratif.

DISCUSSION

On observe que les moyens humains et matériels pour l'accueil des moins de 18 ans des services d'urgences polyvalents des Pays de Loire restent à optimiser. Plus de 59 % des moins de 18 ans qui consultent dans un service d'urgence des PDL sont pris en charge dans un service d'urgence polyvalent. Plus l'établissement accueille d'enfant, plus il dispose de moyens humains et matériels dédiés à l'enfant sauf en matière de formation pédiatrique où, quel que soit l'établissement, le nombre de médecins titulaire d'un diplôme ou d'une formation en pédiatrie reste faible. En effet, presque deux tiers des services ont moins d'un quart de leurs urgentistes formés au DIU de pédiatrie et la RANP. On peut même affirmer que plus de 90% des services ont moins de la moitié de leurs urgentistes formés au DIU de pédiatrie et la RANP. Deux tiers des services n'ont pas de boxs dédiés aux enfants et aucun service n'a de lit-porte ou lit d'UHCD pour la pédiatrie.

Une des forces de l'étude est que nous avons obtenu plus de 96% des réponses et donc une bonne exhaustivité dans la description des services existants dans les PDL. L'objectif était d'avoir le maximum de réponse pour avoir une vision claire de l'activité des urgences des Pays de Loire pour la population pédiatrique. L'établissement non répondant est le CHU d'Angers qui prend en charge que les adolescents de plus de 15 ans et 3 mois car ils ont un service d'urgence pédiatrique, déjà étudié par l'enquête de la FEDORU menée par le Dr GRAS LE GUEN en 2016 sur le plan national (18) . Cette étude est également la première à décrire l'équipement des services d'urgences polyvalents sur l'accueil des moins de 18 ans dans la région PDL. Cependant, les informations obtenues sont purement

déclaratives et n'ont pas été vérifiées par croisement avec d'autres sources potentielles (administratives par exemple). Ces dernières n'ont pas toujours été comprises de manière similaire par les participants. La question sur les effectifs présents aux urgences n'a pas été comprise pour le nombre de pédiatre. Quelques-uns ont compté un pédiatre alors que celui-ci n'était pas physiquement aux urgences mais était joignable par téléphone et mobilisable en cas de problème, au même titre qu'un spécialiste d'avis. A titre d'exemple, le CH de LAVAL ne prend pas en charge les urgences médicales et pourtant, il est spécifié qu'il y a un pédiatre aux urgences aux heures ouvrables. Cette observation remet en doute certaines retranscriptions de données, surestimant les résultats. Il y a donc un biais d'information. Peut-être que la nuance n'a pas été correctement précisée au moment de certains échanges téléphoniques, parfois pressés. Les questions autour des formations relèvent quelques difficultés. Nous aurions pu distinguer le 0% et le 100% des autres tranches de pourcentage car un certain nombre de participant nous ont répondu lors d'entretien téléphonique avec certitude par 0% ou 100% et notamment à propos de la RANP ou le DIU de pédiatrie indiquant qu'aucun urgentiste n'avait réalisé ces formations. Nous n'avons pas pu modifier le questionnaire car il y avait déjà eu des réponses enregistrées dont nous n'avions pas connaissance des détails. Un autre problème était que les participants n'ont pas répondu directement en ligne. Cela ne laisse pas le temps adéquat pour répondre à ce genre de questions qui demandent plus de réflexion que les autres. Toujours à propos des formations des urgentistes, nous aurions également pu mettre les formations CAMU et DESC d'urgence ensemble. En effet, le DESC d'urgence a repris la suite de la CAMU et tous les urgentistes selon leur âge, ont soit l'un, soit l'autre. C'est pourquoi les résultats sont très hétérogènes car ils sont liés à l'âge des urgentistes de l'établissement, non demandé dans le questionnaire. Nous aurions pu faire une question brève sur la présence ou non d'une salle

d'attente dédiée à la pédiatrie. La récupération de la plupart des données sur papier par téléphone, le regroupement de celles-ci dans un tableau Excel et leurs retranscriptions en ligne via le questionnaire envoyé sur des adresses mails provisoires, peuvent être à l'origine de quelques biais d'informations, malgré les précautions prises à chaque transfert de données. Cependant, ce travail était nécessaire devant le nombre important d'établissement non répondant malgré les rappels. Personne ne l'a signalé trop long à remplir, ce que nous redoutions initialement.

La moitié des établissements qui accueille des urgences médicales sont sans pédiatre comme appui. Plusieurs responsables rapportent que les enfants sont transférés vers un centre plus compétent dès qu'ils nécessitent des soins particuliers. Quand il n'y a pas de pédiatre, c'est malgré tout le médecin urgentiste qui évalue les besoins de l'enfant. Le DIU de pédiatrie dont il est question aurait pu être nommé DIU d'accueil des urgences médico-chirurgicales en service de pédiatrie selon la circulaire n° 2003-238 du 20 mai 2003 (20). De même pour la RANP, pourtant indispensable lorsque l'on prend en charge une urgence vitale de l'enfant. De plus, la plupart des urgentistes sont smuristes. Ils interviennent donc sur des urgences pédiatriques quand le SMUR pédiatriques ne peut pas intervenir faute de temps ou de distance. Les établissements reculés des départements de la Mayenne et de la Vendée sont d'autant concernés que le SMUR pédiatrique est basé à Nantes avec une activité locale à Angers et au Mans (5). Quelques urgentistes confient en effet un manque d'assurance face à l'urgence de l'enfant. Le résultat concernant le DIU de geste d'urgence n'est pas vraiment interprétable. La question s'adressait initialement aux éventuels médecins libéraux qui réalisaient des gardes ou des permanences dans les services d'urgences. Or cette population

était à notre surprise quasi-inexistante. Dans le souci de bien accueillir nos enfants, l'intérêt de leur dédier des boxs est triple. Le matériel médical pédiatrique est différent de celui de l'adulte par la taille et par la puériculture, cela évite de mélanger enfant et adulte quelques soit les circonstances, et la loi y invite. En effet, selon la circulaire n° 2003-238, un établissement ayant un service de pédiatrie doit avoir des locaux spécifiques à la pédiatrie (20) , ce qui n'est pas le cas de trois services. Les examens complémentaires disponibles aux urgences informent sur les capacités de réponse à une demande et, dans le cas de la population pédiatrique, de transférer si besoin de manière précise les enfants. L'échographie est très utilisée en pédiatrie car non irradiante, très informative sur beaucoup de pathologies, notamment chirurgicales, et est peu coûteuse. Mais elle est manipulateur-dépendant et il serait intéressant de savoir qui réalise les échographies des enfants. Notre questionnaire n'explore pas l'investigation jusque-là. La question de l'organisation en hôpital en tension en cas d'épidémie saisonnière est très intéressante ici car les enfants sont victimes de gastro-entérite aiguë, de bronchiolites et de gripes, parfois sévères et qui remplissent les services d'urgences l'hiver. Il est donc intéressant de voir comment l'établissement réagit face à ce pic d'affluence en termes de soins et de dispositif mis en place pour y faire face. Les services d'urgences qui n'ont pas cette organisation sont pour la plupart à flux tendus en permanence. Une grande partie de ces établissements se trouvent dans les départements de la Sarthe et de la Mayenne, où la démographie médicale est pauvre et s'appauvrit (5). En comparaison avec l'enquête menée par la FEDORU sur les SUP, les services d'urgences polyvalents ont en moyenne moins de passages annuels par établissement. Mais ces derniers sont plus nombreux et à l'échelle des Pays de la Loire, et le nombre de passages dans ces services d'urgences polyvalents dépasse celui que l'on observe dans les 3 SUP malgré l'absence de RPU sur 2 centres (16). Donc pour un chiffre total de

passages annuels dépassant celui des SUP, les moyens humains et matériels ne sont pas égaux. Dans les SUP, on compte en moyenne 3.1 pédiatres par établissement en semaine aux heures ouvrables, et 1.2 pédiatre en permanence des soins, alors que la moyenne des services d'urgences polyvalents est de 0.42 pédiatre par établissement en semaine et aux heures ouvrables, et 0.13 pédiatre en permanence des soins. Si on ajoute la moyenne des urgentistes à celle des pédiatres dans les services d'urgences polyvalents, on arrive à une moyenne de 3.02 médecins en semaine aux heures ouvrables et 1.86 en permanence des soins. Donc le nombre de médecin susceptible de prendre en charge les enfants n'est pas remis en question. Pour le nombre d'IDE et d'AS, les moyennes dans les services d'urgences polyvalents sont équivalentes à celles des SUP. En effet, en semaine aux heures ouvrables dans un SUP, on compte 5.4 IDE et 2.8 AS en moyenne or on compte 4.5 IDE et 2.8 AS en moyenne dans un service polyvalent aux mêmes heures. Pour une permanence des soins, un SUP compte en moyenne 4.1 IDE et 1.8 AS alors que dans un service polyvalent, on compte en moyenne 2.9 IDE et 2.8 AS.

A l'échelle nationale, si le nombre d'enfants passants dans les services d'urgences polyvalent est supérieur, comme c'est le cas en PDL, au nombre d'enfants passants dans les SUP, il serait intéressant d'élargir notre enquête au pays, afin d'objectiver les manques et ainsi d'y palier. Notre étude a plusieurs intérêts. Notre principal intérêt est la population de moins de 18 ans, qui pourrait être mieux accueillie dans les différents services d'urgences polyvalents. Le manque de formations et de locaux mis en évidence peut être aisément comblé : formations des urgentistes au DIU de pédiatrie, à la RANP, restructuration du service d'urgences, dédié au moins un box, voire deux, à la pédiatrie avec du matériel

adéquat, former les infirmières... Cela prend nécessairement du temps et de l'argent. Le temps, les médecins et les paramédicaux en ont peu. L'activité est croissante et certains établissements sont à flux tendus en permanence (2,5,11). Mais lorsque l'on est à l'aise avec l'évaluation clinique de l'enfant, on gagne du temps, de la précision et même de l'argent car on oriente mieux l'enfant donc les frais de transport diminuent et les SUP se désengorgent. Cela demande aux établissements aussi de l'argent. Il en manque toujours, certes, c'est pourquoi les autorités devront prendre conscience de cela afin d'y palier, dans l'intérêt de nos enfants. C'est un investissement peu conséquent pour un bénéfice plus que certain. Sur le plan législatif, la loi n'oblige pas les services d'urgences, dont l'établissement ne dispose pas de service de pédiatrie, à s'organiser de manière à accueillir les enfants. De même, elle n'oblige pas les médecins à être formé en pédiatrie. Elle stipule que le service ne devrait pas accueillir d'enfant et notamment des nourrissons. Mais en réalité, beaucoup de famille et de parents, se rendent aux urgences de proximité plutôt que dans un centre de référence. Il serait difficilement envisageable de ne pas les accueillir ni de les évaluer ni de faire un diagnostic pour mieux les prendre en charge. De ce fait, la loi pourrait être revue et préciser que tous les services d'urgences, même s'ils n'ont pas vocations à prendre en charge des enfants doit, dans la mesure où les enfants et notamment les nourrissons sont accueillis et évalués aux urgences, organiser son service pour les accueillir correctement et former ses médecins à la pédiatrie pour les évaluer correctement. Sinon, il faut envisager un moyen de ne pas accueillir d'enfant en aval de l'accueil du service.

CONCLUSION

Même si cette exploration des services d'urgences non pédiatrique reste générale, elle montre qu'il y a matière à optimiser les locaux des services d'urgences polyvalents ainsi que la formation des urgentistes à l'urgence pédiatrique. En vue de la réforme du troisième cycle, qui sera mise en œuvre dès novembre 2017, un Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) d'urgence en quatre années est envisagé. Selon le rapport de Couraud et Pruvot d'avril 2014, le temps entre l'internat et le début de son exercice professionnel est trop long avec un parcours universitaire devenu complexe, sans lisibilité générale ni réel moyen de contrôle sur les compétences acquises au cours des différentes formations (21) . Les Diplômes d'Etudes Spécialisé Complémentaire (DESC) seraient sources de confusion générale et seront remplacés par des DES complétés par des « options de DES » et des « Formations Spécialisées Transversales » (FST) (21–23). Le nouveau DES de médecine d'urgence prévoit systématiquement un semestre dans un service d'urgence ou dans un service de pédiatrie avec urgences (24). La création d'une FST Urgences pédiatriques est une révolution pour cette spécialité, qui sera, comme dans le reste de l'Europe, enfin reconnue par un diplôme spécifique accessible tant aux médecins urgentistes qu'aux pédiatres. Le profil des médecins qui s'y inscriront sera déterminant pour l'avenir de cette spécialité vraiment à la croisée de deux métiers différents mais complémentaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. circulaire N° 195 / DHOS/01/2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. avr 16, 2003. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1090/circ_195_DHOS_O1_2003.pdf
2. Dr GRALL J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet]. juillet 2015 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
3. ORU Pays de la Loire [Internet]. Présentation 2015 [cité 17 août 2017]. Disponible sur: <http://www.oru-paysdelaloire.fr/fr/presentation/l-oru-pays-de-la-loire/>
4. République Française. SFMU, Ministère de la santé et des solidarités, Institut de veille sanitaire. Résumé de Passage aux Urgences [Internet]. juin 2006 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/03/RPU-National-V2006.pdf>
5. ORU des Pays de la Loire. BUYCK J-F, DENIS-LAROQUE J, GOUMENT M, LELIEVRE F, TALLEC A, TUFFREAU F. Panorama de l'ORU 2015 [Internet]. 2016 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/01/36/00013620-a39107e67ce8c1f66625d8bd8da0bea4/panoramaorupdl2015.pdf>
6. FEDORU. Panorama des ORU 2015, Activités des structures d'urgences [Internet]. calameo.com. Disponible sur: <http://www.calameo.com/read/0046058877b4ea096622f>
7. Burt CW, McCaig LF. Trends in hospital emergency department utilization: United States, 1992-99. *Vital Health Stat* 13. sept 2001;(150):1-34.
8. Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. *BMJ*. 20 avr 1996;312(7037):991-2.
9. Aboagye-Sarfo P, Mai Q, Sanfilippo FM, Preen DB, Stewart LM, Fatovich DM. Growth in Western Australian emergency department demand during 2007-2013 is due to people with urgent and complex care needs: Trends and Characteristics of ED Demand in WA. *Emerg Med Australas*. juin 2015;27(3):202-9.
10. SFMU. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions [Internet]. 2005 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf
11. Conseil National de l'Ordre des médecins. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, RAULT J-F. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016 [cité 11 août

- 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
12. République Française. DREES. CARRASCO V, BAUBEAU D. L'activité des services d'urgences en 2004. [Internet]. n°215, janvier 2003 [cité 10 août 2017]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/drees/etude_resultat/er524/er524.pdf
 13. République Française. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2013 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
 14. Cosaert C. Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale: première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif le désengorgement des urgences pédiatriques [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2016 ; 100 p.
 15. Simsek N, Gouraud F. Étude des motifs de recours aux urgences pédiatriques, du Centre Hospitalier de Meaux, plutôt que chez le médecin traitant [Thèse d'exercice]. UPEC [Créteil, Paris XII, France]: Université de Paris-Val-de-Marne; 2009 ; 45 p.
 16. ORU Pays de la Loire. Profils d'activités des services d'urgences en 2015 [Internet]. 2015 [cité 17 août 2017]. Disponible sur: <http://www.oru-paysdelaloire.fr/fr/profils-d-activite-des-services-d-urgences-en-2015,1605,106241.html>
 17. Pr MERCIER J-C, Dr CHABERNAUD J-L. Rapport sur la Permanence Des Soins pédiatriques dans les Etablissements Hospitaliers de la Région Île de France [Internet]. 2011 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: http://www.sante-iledefrance.fr/PDSES/Rapport_d_expert_PDSES_Pediat.pdf
 18. FEDORU. Réunion Plénière du 18 novembre 2016. Focus Urgences Pédiatrie en collaboration avec le GFRUP. Paris-Montparnasse [Internet]. Disponible sur: <http://www.fedoru.fr/reunion-18-novembre-2016/>
 19. République Française. Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire DHOS/01/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. octobre 28, 2004. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>
 20. République Française. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/SDO n°2003-238 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences [Internet]. 2003-238 mai 20, 2003. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261837.htm>
 21. Pr COURAUD F, Pr PRUVOT F-R. Rapport et propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. [Internet]. 2014 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: http://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf

22. République Française. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Legifrance [cité 17 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758&categorieLien=id>
23. République Française. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. Legifrance [cité 17 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/11/13/MENS1525635A/jo/texte>
24. Riou B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. SFMU et Lavoisier. Ann Fr Médecine Urgence. févr 2017;7(1):1-4.

Annexes

Classification CCMU

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

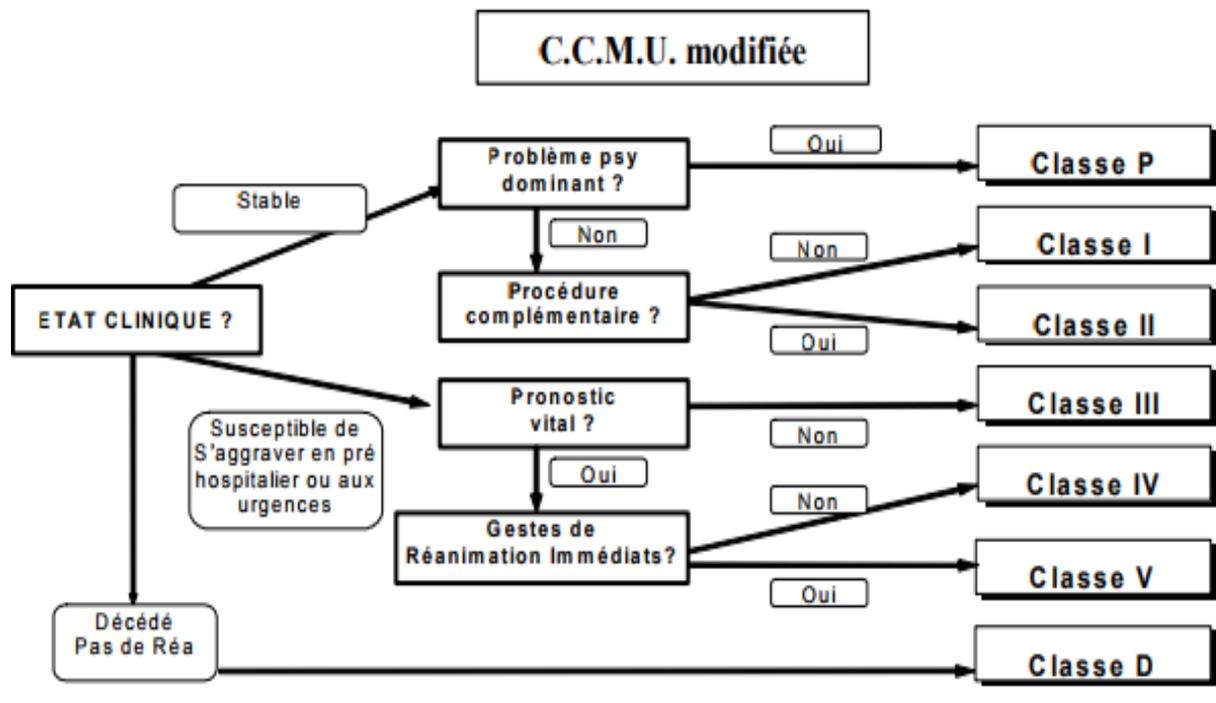
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignante

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CH : Centre Hospitaliser

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisé Complémentaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FEDORU : Fédération Des Observatoires Régionaux des Urgences

FST : Formation Spécialisée Transverse

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PDL : Pays de la Loire

RANP : Réanimation Avancée Néonatalogie et Pédiatrie

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

SAE : Statistiques Annuelles des Etablissements de santé

SAMU : Service Aide Mobile d'Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

SUP : Service d'Urgences Pédiatrique

TDM : Tomodensitométrie

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

UP : Urgences Pédiatriques

ZAD : Zone d'Attente Diagnostic

Questionnaire

Observation des moyens humains et matériels pour l'accueil des moins de 18 ans au sein des services d'urgences polyvalents des pays de la Loire.

1. ACCUEIL

* 1. Votre service accueille-t-il des patients âgés de moins de 18 ans ?

- OUI (continuer le questionnaire)
- NON (arrêter le questionnaire)

2. ACCUEIL 2

* 2. L'accueil de ces patients est-il assuré par une IOA (Infirmière d'Orientation et d'Accueil) dédiée à la pédiatrie :

- OUI
- NON

3. ACCUEIL 2b

3. Ont-elles suivi une formation spécifique à l'orientation et l'accueil de l'enfant ?

- OUI
 NON

4. Sont-elles présentes 7 jours / 7 ?

- OUI
 NON

Si NON, précisez

5. Sont-elles présentes 24 heures / 24 ?

si NON, précisez

4. ACCUEIL 3

6. Y a-t-il un âge limite en dessous duquel votre service n'accueille pas les enfants?

- OUI
- NON

5. ACCUEIL 3b

7. Quelle est cette limite :

Autre (veuillez préciser)

6. ACCUEIL 4

8. Accueillez-vous des enfants pour des urgences traumatologique?

- OUI
- NON

9. Accueillez-vous des enfants pour des urgences chirurgicales non traumatologique?

- OUI
- NON

10. Accueillez-vous des enfants pour des urgences médicales?

- OUI
- NON

7. ACCUEIL 4b

11. Comment la prise en charge, pour les urgences médicales, est-elle organisée en semaines et aux heures ouvrables?

12. Comment la prise en charge médicale est-elle organisée sur une plage de permanence des soins?

8. EFFECTIFS SOIGNANTS

En moyenne, sur une journée de semaine (hors Permanence des soins, pendant heures ouvrables), combien de soignants sont présents dans le service d'urgences ?

13. Nombre de médecins urgentistes ?

14. Nombre de médecins pédiatres?

15. Nombre de médecins autres ?

précisez

16. Nombre d'internes ? (semestre en cours)

17. Nombre d'IDE ? (hors cadre)

18. Nombre d'aides soignantes ?

9. EFFECTIFS SOIGNANTS 2

En moyenne, sur une plage horaire de Permanence Des Soins (garde et/ou astreinte comprise), combien de soignants sont présents dans le service d'urgences ?

19. Nombre de médecins urgentistes ?

20. Nombre de médecins pédiatres?

21. Nombre de médecins libéraux ?

22. Nombre d'internes ? (semestre en cours)

23. Nombre d'IDE ? (hors cadre)

24. Nombre d'aides soignantes ?

10. FORMATION

En matière de formation à la médecine de l'enfant, quel pourcentage (approximatif) de médecin théoricien (hors internes) prenant en charge les enfants dans le service d'urgences a :

25. Un DIU geste d'urgence ?

- 0 - 25 %
- 26 - 50 %
- 51-75 %
- 76 - 100%
- ne sait pas

26. Un DESC médecine d'urgence?

- 0 - 25 %
- 26 - 50 %
- 51-75 %
- 76 - 100%
- ne sait pas

27. Un DIU d'urgence pédiatrique ?

- 0 - 25 %
- 26 - 50 %
- 51-75 %
- 76 - 100%
- ne sait pas

28. la CAMU ?

- 0 - 25 %
- 26 - 50 %
- 51-75 %
- 76 - 100%
- ne sait pas

29. un RANP ?

- 0 - 25 %
- 26 - 50 %
- 51-75 %
- 76 - 100%
- ne sait pas

30. réalisé un semestre d'interne aux urgences pédiatriques ?

- 0 - 25 %
- 26 - 50 %
- 51-75 %
- 76 - 100%
- ne sait pas

31. réalisé un assistantat aux urgences pédiatriques ?

- 0 - 25 %
- 26 - 50 %
- 51-75 %
- 76 - 100%
- ne sait pas

11. LOCAUX - Salles de soins - Box

32. Avez-vous un ou des box dédiés à la prise en charge des enfants ?

- OUI
- NON

12. LOCAUX - Salles de soins - Box 1b

33. Combien en avez-vous?

13. LOCAUX - Salles de soins - Box 2

34. Nombre total de lits physiques au sein du service d'urgence (ex : pour une salle de soin ou box simple, compter 1 ; pour une salle de soin ou box double, compter 2) pour une prise en charge médicale (quelque soit l'âge des patients pris en charge)

35. Nombre total de lit physique de Salles d'Accueil des Urgences Vitales ou salle de « déchocage » ?

36. S'il y a en a une :

Quels médecins thésés (hors internes) interviennent en priorité dans cette SAUV en cas d'urgence vitale chez un enfant ?

- urgentiste
- urgentiste pédiatrique
- pédiatre
- anesthésiste-réanimateur
- autre

Autre (veuillez préciser)

37. Nombre total de lit physique d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou lit-porte (ex : pour chambre double, compter 2 lits) ?

38. 37 a. Parmi ces lits, en existe-t-il spécifiquement dédiés à la pédiatrie ?

- OUI
- NON

si OUI, précisez combien

39. Nombre de lit physique de type UHCD repéré au sein des urgences, appelé également Zone d'Hospitalisation de Très courte Durée (ZHTCD) ou Zones d'Attente Diagnostiques (ZAD) ou équivalents ?

40. 40 a. Parmi ces lits, en existe-t-il spécifiquement dédiés à la pédiatrie ?

OUI

NON

Si OUI, précisez combien

14. PLATEAU TECHNIQUE

41. Existe-t-il un/des service(s) de pédiatrie au sein de l'établissement ?

- OUI, un seul
- OUI, plusieurs
- NON

commentaire

42. Avez-vous un appareil d'échographie disponible dans les urgences?

- OUI
- NON

43. Avez-vous accès à une Tomodensitométrie dans votre établissement ?

- OUI
- NON

44. Avez-vous une Imagerie par Résonance Magnétique dans votre établissement ?

- OUI
- NON

15. ACTIVITE PARTICULIERE

45. Avez-vous une organisation formalisée "Hôpital en Tension" durant les épisodes d'épidémies saisonnières ?

OUI

NON

16. Hôpital en tension

Par quels effets se traduit-elle?

46. Renfort en personnel médical dans le service d'urgences ?

- OUI (précisez combien)
 NON

précisez

47. Renfort en personnel paramédical dans le service d'urgences?

- OUI
 NON

48. Si OUI à Q 67, combien de renfort IDE ?

49. Si OUI à Q 67, combien de renfort Aide Soignante ?

50. Nombre de lits ouverts en plus dans l'établissement ?

51. Avez-vous d'autres renfort?

- OUI (précisez)
 NON

(veuillez préciser)

Vu, le Président du Jury,
Pr Eric BATARD

Vu, le Directeur de Thèse,
Pr Christèle Gras Le Guen

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : OBSERVATION DES MOYENS HUMAINS ET MATERIELS POUR L'ACCUEIL DES MOINS DE 18 ANS DANS LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES POLYVALENTS DES PAYS DE LA LOIRE.

RESUME

Introduction. En France, on observe une fréquentation croissante des services d'urgences par la population générale (2,5). C'est 3.7% de fréquentation en plus entre les années 2014 et 2015 dont 28% appartenant à la tranche d'âge de moins de 18 ans (5,6). En Pays de Loire (PDL) et pour cette population pédiatrique, c'est 4.8% de fréquentation en plus sur la même période dans tous les services d'urgences (5). Or il n'y a aucune visibilité en pédiatrie sur le fonctionnement des différents services d'urgences. Une étude a été menée en France en 2016 pour définir ce qu'est un service d'urgence pédiatrique (SUP), les recenser et visualiser leur organisation (18). Il y en a trois en PDL mais les enfants passent aussi par des services d'urgences polyvalents. Ils sont 27 services en PDL. On ne connaît pas précisément le nombre d'enfants qui sont de passages dans ces services ni leur proportion entre services polyvalent et SUP (6,16). L'objectif principal est de décrire les conditions d'accueil des moins de 18 ans dans les services d'urgences polyvalents des Pays de Loire, en complément de l'étude nationale menée par la FEDORU en 2016 exclusivement dans les Urgences pédiatriques.

Matériels et Méthodes. Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, multicentrique, et réalisée sur les 27 services d'urgences polyvalents des pays de Loire. Les participants sont leurs chefs de services, sollicités par mail avec un lien qui les oriente vers un questionnaire à remplir en ligne grâce à la plateforme SURVEY MONKEY. Les données sont regroupées puis analysées par la même plateforme.

Résultats. On observe que les moyens humains et matériels pour l'accueil des moins de 18 ans dans les services d'urgences polyvalents des Pays de Loire restent à optimiser. Plus de 59 % de cette population consultent dans un service d'urgence polyvalents des PDL. Or sur plus de 90 % des services, moins d'un médecin sur deux est formé au DIU de pédiatrie et à la Réanimation Avancée Néonatalogie Pédiatrie (RANP). Plus de deux tiers des services n'ont pas de box dédié à la pédiatrie et aucun service n'a de lit-porte dédié.

Conclusion. Les locaux devraient être mieux équipés et les urgentistes mieux formés à l'urgence pédiatrique en attendant la réforme du 3^e cycle qui prévoit une formation obligatoire en service de pédiatrie avec urgences et propose une Formation Spécialisé Transversale d'Urgence Pédiatrique.

MOTS-CLES

Urgences. Services d'urgences polyvalents. Pédiatrie. Pays de la Loire. France. Moyens humains et matériels