

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



Année 1991

Thèse n° 407/1



106 008215 0

**QU'EST-CE-QU'UNE HOSPITALISATION
INJUSTIFIEE EN PEDIATRIE ?**

A PROPOS DE 100 OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'HOPITAL
DE TULLE EN CORREZE DU 1er FEVRIER AU 27 MARS 1990

THESE

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 19 Février 1991

PAR

Béatrice SAGOT

née le 23 Avril 1963 à BEAUMONT-sur-OISE (Val d'Oise)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur de LUMLEY WOODYEAR, _____ Président

Monsieur le Professeur ALAIN, _____ Juge

Monsieur le Professeur BONNAUD, _____ Juge

Monsieur le Professeur PIVA, _____ Juge

Monsieur le Docteur GIGONNET, Hôpital de Tulle _____ } Membre invité

Madame le Docteur CHABAUD-HOERTH, Châlus _____ } Membre invité



Ex 1

Sibip: 278 356

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 1991

Thèse n° 107

**QU'EST-CE-QU'UNE HOSPITALISATION
INJUSTIFIEE EN PEDIATRIE ?**

A PROPOS DE 100 OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'HOPITAL
DE TULLE EN CORREZE DU 1er FEVRIER AU 27 MARS 1990

THESE

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 19 Février 1991

PAR

Béatrice SAGOT

née le 23 Avril 1963 à BEAUMONT-sur-OISE (Val d'Oise)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur de LUMLEY WOODYEAR, _____ Président
Monsieur le Professeur ALAIN, _____ Juge
Monsieur le Professeur BONNAUD, _____ Juge
Monsieur le Professeur PIVA, _____ Juge
Monsieur le Docteur GIGONNET, Hôpital de Tulle _____ } Membre invité
Madame le Docteur CHABAUD-HOERTH, Châlus _____ } Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

-DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
-ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
: Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT :

. PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie Infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique Obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de Chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPRODES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle

LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

A la mémoire de

Jean-Luc , mon frère

A mes parents

Je vous remercie d'avoir permis la réalisation , sans "obstacle", de ces études .

Malgré les douloureuses épreuves que vous avez subies vous avez su garder une éternelle jeunesse qui font de nous des enfants comblés .

Que votre courage , votre générosité soient un modèle à suivre tout au long de ma vie !

Recevez à travers ce travail , le témoignage de tout mon amour .

A Laurence , ma soeur et collègue

Par ta bonne humeur permanente et ton optimiste réconfortant , tu as contribué , largement à la réussite de mes études .

Je t'en remercie de tout mon cœur .

A Isabelle , Catherine , mes soeurs

A l'approche de mes examens, vous avez patiemment supporté mes mauvaises humeurs .

Je m'en excuse et m'efforcerais , dans l'avenir à être plus agréable !

A Danièle , Jean-Noël

A Magali , Geoffroy , Clothilde

A toute ma famille

A tous mes amis

Pascale , Anne et Pierre, Régine , Pascale et Francois

Marie-Hélène , tous mes amis de Tulle et de Limoges

A Fanfan , Sandy mes fidèles compagnons

A tout le personnel de Pédiatrie de l'hôpital de Tulle

A Monsieur le Docteur Fournier

A Monsieur le Docteur Soulier

A Madame Guyonnet

A Michelle

A toutes les puéricultrices et auxiliaires de puéricul-
tures

sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé

A notre Président de thèse ,

Monsieur le Professeur de Lumley-Woodyear ,
Professeur des Universités de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir présider
ce jury de thèse .

Pour la valeur de l'enseignement que vous nous avez
dispensé tout au long de nos études , veuillez trouver
ici le témoignage de notre grande reconnaissance et de
notre profond respect .

A Notre Directeur de thèse ,

Monsieur le Docteur Gigonnet

Pédiatre

Chef de Service de Pédiatrie

Hôpital de Tulle en Corrèze

Vous nous avez accueilli dans votre service avec gentillesse .

Votre amour pour les enfants , vos qualités de médecin et d'enseignant , nous ayant profondément touché , nous avons souhaité réaliser ce travail sous votre direction
Veuillez trouver, ici, le témoignage de notre très vive reconnaissance .

A notre Jury

Monsieur le Professeur Alain ,
Professeur des Universités de Chirurgie Infantile
Chirurgien des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger ce travail .

Vous nous avez gentiment accueilli dans votre service .
Le travail à vos côtés fut très agréable et enrichissant.
Vos qualités pédagogiques , votre haute technicité chirurgicale nous ont marqué .

Permettez-nous de vous exprimer notre grande admiration.

Monsieur le Professeur Bonnaud ,
Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur des Universités de Pneumologie
Médecin des Hôpitaux

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail .

Nous avons apprécié la qualité exceptionnelle de votre enseignement tout au long de nos études .

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde admiration et de notre gratitude .

Monsieur le Professeur Piva ,
Professeur des Universités de Médecine Légale
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger ce
travail .

Votre humour, vos anecdotes ont fait de votre enseigne-
ment l'un des " plus vivant " de la Faculté .

Veillez trouver ,ici ,le témoignage de notre gratitude
et de notre profond respect .

A Marie-claude Chabaud - Hoerth

Tu m'as gentiment accueillie en me permettant dès les premières années de prendre contact avec la Médecine Générale .

Tu m'as encouragée tout au long de mes études et facilité mes débuts professionnels .

Que tes qualités exceptionnelles de médecin généraliste soient un exemple tout au long de ma carrière .

Tu me fais un très grand honneur en acceptant d'être à nos côtés ce jour .

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposés de répondre à la question : qu'est-ce-qu'une hospitalisation injustifiée en pédiatrie ? à l'aide d'une enquête détaillée prospective réalisée dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Tulle en Corrèze du 1^{er} Février au 27 Mars 1990 .

Cette enquête comporte 100 observations en excluant toutes les hospitalisations programmées et les hospitalisations de jour .

Des études réalisées antérieurement étaient des études rétrospectives; celles-ci liaient , le plus souvent , la justification d'une hospitalisation à l'état clinique de l'enfant et aux moyens techniques nécessaires à le soigner .

HISTORIQUE

L'ENFANT ET L'HOPITAL

Jusqu'au 19 ème siècle les hôpitaux étaient des hospices réservés aux indigents , aux pauvres , aux infirmes , aux orphelins et aux enfants abandonnés . Il n' y avait pas d'hôpitaux ni de services spéciaux pour l'accueil des enfants .

La création de l'Assistance Publique à l'enfance date du 17 Octobre 1801 .

C'est au 19 ème siècle que les premiers hôpitaux pour enfants ont été ouverts : l'hôpital des Enfants Malades à Paris en 1802 , le Guy's hospital de Londres en 1848 , l'hospital for Sick Children à Londres en 1852 .

Leur rôle restera pendant longtemps essentiellement social .

Les conditions d'hygiène hospitalière, les surinfections, le peu d'efficacité de la médecine de soins faisaient de l'hôpital le dernier refuge des enfants des classes socio-économiques les plus défavorisées .

Le surencombrement, la promiscuité , l'absence d'hygiène étaient responsables d'une importante mortalité .

Dans toute la mesure du possible , on cherchait à placer les enfants abandonnés , trouvés ou orphelins hors des établissements hospitaliers en nourrice ou en apprentissage .

Les travaux de Pasteur et de Davaine , à partir de 1850 sur la découverte des microbes et la propagation des infections révolutionnèrent l'hôpital .

Une nouvelle conception architecturale de l'hôpital d'enfant (hôpitaux Bretonneau , Hérold et Trousseau de l'Assistance Publique de Paris) a été établie à la suite de différentes études : étude de Grancher en 1885 sur la contamination intrahospitalière à l'hôpital des Enfants Malades à Paris , étude de Heubner en 1897 à l'hôpital de la Charité à Berlin sur l'épidémie de diarrhée dans les salles de nourrissons . L'hôpital est alors divisé en petits pavillons , séparés , consacrés chacun à une catégorie de maladie contagieuse , chaque salle comprenant plusieurs boxes d'isolement ; les services de nourrissons étant entièrement boxés (3) .

Depuis quelques dizaines d'années les progrès de la médecine et d'hygiène ont redéfini l'hôpital comme un centre de diagnostic et de soins , un centre de formation pour les étudiants et un centre de travail pour les chercheurs .

Mais l'hôpital doit garder un caractère humain où l'enfant pourra retrouver certains repères afin que se déroule au mieux son séjour .

Un certain nombre d'idées nouvelles sont apparues , ces dernières années , dans le but d'améliorer le séjour de l'enfant à l'hôpital et de réduire au minimum les effets néfastes de l'hospitalisation : troubles psychologiques et affectifs , infections nosoconiales .

En voici quelques exemples (4) (5) (6) (7) :

a - Organisation des locaux

- . présence de salles de jeux , de salles de classe ,
- ou à défaut de tables et de sièges de hauteur

- convenable ,
- . terrasses ou espaces verts ,
- . atmosphère familiale avec murs décorés à l'aide de dessins et de reproductions ,
- . possibilité pour les parents de coucher auprès de leur enfant (chaise longue , .. , chambre , hôtel parental)

b - Amélioration de l'accueil avec

- . développement des services d'urgences pédiatriques avec l'aide d'un personnel spécialisé ,
- . admission de l'enfant avec ses parents ,
- . préparation de l'admission en expliquant en termes simples la raison de l'hospitalisation , la nature des examens et des soins qui seront entrepris et en donnant des renseignements pratiques : heures des repas , ... , nom du médecin responsable de l' enfant ,
- . élaboration de dossier de soins indiquant les habitudes et les aversions de l'enfant (alimentaires ou autres) et son vocabulaire propre (pour aller aux toilettes ...)
- . acceptation des objets personnels de l'enfant: peluche , ... , chiffon .

c - Présence d'un personnel qualifié

- . pédiatre , pédo-psychiatre ,
- . puéricultrice , auxiliaire de puériculture , diététicienne ,
- . psychologue , psycho-motricien ,
- . assistante sociale ,

. éducateur , , instituteur .

d - Amélioration des conditions de soins avec l'organisation des soins par malade et non pas par tâche et participation de la mère aux soins de la vie quotidienne (alimentation , toilette ,) voire aux soins médicaux .

e - Eviter les hospitalisations non strictement nécessaires par le biais de consultations externes , de l'hospitalisation à domicile , de l'hospitalisation de jour et de nuit ; réduire au minimum la durée du séjour et éviter les hospitalisations dites " sociales " par des aides diverses : aide sociale à l'enfance , P.M.I ,)

De nombreuses études : Strauss en 1962 (8) , Rosberg en 1969 (9) , Carol V. Payne en 1972 (10) , Guyot en 1974 (11) ont montré une proportion non négligeable d'hospitalisations dites " sociales " c'est-à-dire ne retrouvant pas de motifs médicaux justifiant l'hospitalisation . De ces hospitalisations appelées également " médicalement non justifiées " , il apparait des facteurs extérieurs à la maladie rendant le maintien ou le traitement à domicile difficile voire impossible , compromettant la santé de l'enfant .

De nos jours , il est apparu des alternatives à l'hospitalisation permettant , entre autres , à l'enfant d'être traité chez lui ou de regagner plus rapidement sa famille .

QUELQUES ALTERNATIVES A
L'HOSPITALISATION
TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

-) QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE ET LEURS LIMITES (12) (13) (14)

- Introduction
- Famille
- Protection Maternelle et Infantile (P.M.I)
- Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E)
- Hospitalisation de jour (H.J.)
- Hospitalisation à domicile (H.A.D)
- Consultation externe

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE

ENQUETE

- I - GENERALITES
- II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE
- III - QUESTIONNAIRE
- IV - LIMITES DE L'ENQUETE
- V - INTRODUCTION
- VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES
- VII - RESULTATS DE L'ENQUETE
 - . répartition des enfants exclus de l'étude
 - . résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION (15)

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés retient comme définition des alternatives à l'hospitalisation : "toutes les activités qui permettent d'éviter une hospitalisation ou d'en réduire la durée (services spécialisés à domicile , médicalisation des établissements d'hébergement , hospitalisation de moins de 24 heures) ; ainsi que celles qui évitent la prise en charge de la totalité des frais d'hébergement et de soins engagés pour une hospitalisation complète (long séjour , structures ambulatoires pour enfants handicapés)"

LA FAMILLE

GENERALITES (16)

Traditionnellement , sous l'ancien régime , la famille rassemblait sous un même toit plusieurs générations qui constituait le groupe domestique étendu ou " la famille étendue " . En fait, ce modèle d'organisation sociale était surtout vrai pour les familles propriétaires terriens et pour certaines familles bourgeoises .

Vers 1700, il existait , déjà , un grand nombre de groupes domestiques simples , appelés ce jour "familles nucléaires".

En 1975, il n'y avait en France que 5 pour cent de ménages constitués d'une famille étendue , c'est-à-dire de 3 générations ou plus cohabitant dans un même lieu . Ces familles étendues se rencontrent essentiellement dans le monde rural .

Aujourd'hui , la forme de famille dominante est la famille conjugale ou nucléaire , c'est-à-dire celle qui est composée du père , de la mère et des enfants vivants dans un même foyer et ayant généralement un patrimoine commun. Cette famille réduite se situe cependant dans un réseau familial élargi auquel appartient l'ensemble des lignées des deux conjoints .

La forme de la famille conjugale ou nucléaire est elle-même en mutation interne . Les familles mono-parentales augmentent de façon régulière .

En 1975 , 50.000 enfants de moins de 3 ans appartenaient à une famille dont le chef était une femme sans conjoint

et 13.000 enfants de même âge vivaient dans une famille, dont le chef était un homme sans conjointe .

Au total , 3,8 % des enfants de moins de 3 ans et 6,3 % des enfants de 7 à 16 ans vivaient dans une famille mono parentale .

Dans la famille étendue , vivant dans la même maisonnée, la présence des ascendants et collatéraux permet de multiplier les personnes pouvant assurer le maternage , les soins aux enfants , les tâches d'éveil et de protection ainsi que les conséquences des crises et conflits relationnels .

Dans la famille nucléaire , c'est-à-dire la forme dominante actuellement , le maintien à domicile de l'enfant malade devient difficile en raison des conditions de logement , de vie et de travail (développement du travail féminin ...) .

Par ailleurs , rares sont les écoles , les crèches , les pouponnières acceptant la garde des enfants malades .

Néanmoins , certaines conventions collectives permettent au père ou à la mère de quitter leur travail afin de rester auprès de l'enfant malade .

LIMITES AU MAINTIEN DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE

1 - Gravité de la maladie , pathologie nécessitant une surveillance ou un traitement à domicile trop lourd pour la famille .

Nota bene: il existe , actuellement , une plus grande diversité des pathologies à domicile face au développement des hospitalisations à domicile et des services de soins à domicile

Où se situe la limite ?

- 2 - Maladies conséquentes de comportements parentaux .
exemples : manifestations psychosomatiques liées à des difficultés relationnelles (anorexie du nourrisson , dépression , asthme , tentative d'autolyse ...)
: accidents survenants dans des périodes de crises familiales
: les mauvais traitements
- 3 - Maladies pouvant retentir profondément sur la vie de la famille .
- 4 - Impossibilité d'obtenir , pour les parents , des congés "enfant malade" . Côté élevé de ces congés pour les entreprises .
- 5 - Problèmes pour les maladies graves et longues ou chroniques ; la limite des jours de congé " enfant malade " est fixée à 12 jours ouvrables .
- 6 - Barrière linguistique pour certains migrants qui entraîne une impossibilité d'un suivi correct du traitement et de la surveillance de l'enfant .
- 7 - Niveau intellectuel insuffisant des parents .
- 8 - Irresponsabilité des parents .
- 9 - Insalubrité del'habitat et promiscuité .

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (P.M.I) (17)

Historique

L'ordonnance du 2 Novembre 1945 a fait obligation aux départements de créer un service de P.M.I afin d'assurer une surveillance régulière et obligatoire de toutes les femmes enceintes et de tous les enfants de 0 à 6 ans . L'objectif immédiat était d'abaisser la mortalité infantile très élevée au lendemain de la seconde guerre mondiale (110 pour 1000 en 1945 , 50 pour 1000 en 1950 , 25 pour 1000 en 1960 , 18,2 pour 1000 en 1970 et 8,3 pour 1000 en 1984) .

Cette ordonnance prévoit une action conjuguée des médecins et des travailleurs sociaux grâce entre autres au certificat prénuptial , aux consultations prénatales , à la surveillance de l'enfant , à l'éducation des mères et à la création d'un carnet de santé .

Depuis 1970 , année de lancement du programme "périnatalité " et de la création des certificats de santé , la P.M.I est devenue un service de santé publique chargé de "promouvoir la santé familiale" (circulaire du 16 Mars 1983) .

Depuis 1985 , conformément aux lois de décentralisation, le service de P.M.I a la compétence départementale .

Il est placé sous l'autorité du directeur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales par délégation du président du Conseil Général .

Les départements sont divisés en circonscription d'environ 40 000 habitants . Chaque circonscription est dotée d'un centre principal de P.M.I .

Les circonscriptions sont elles-mêmes divisées en secteur de 8 à 10 000 habitants qui sont les unités élémentaires de l'action sur le terrain .

6 000 centres de P.M.I sont répartis sur l'ensemble de la France (18)

Objectifs de la P.M.I

- prévenir et éduquer :

Le service de P.M.I organise des consultations gratuites pour la mère et les enfants de 0 à 6 ans , des consultations prénuptiales , des consultations prénatales : obligation de 4 examens médicaux durant la grossesse afin de bénéficier des allocations familiales , une surveillance post-natale avec 3 examens médicaux obligatoires dans les 2 premières années de vie (8 ème jours, 9 ème mois et 24 ème mois) , des consultations spécialisées (centre de grossesse à haut risque , de lutte contre la stérilité , de conseil génétique , de planification et d'éducation familiale , un centre d'action médico-social et précoce .

- protéger

La P.M.I assure des visites à domicile et la protection de l'enfant en difficulté et en danger .

Aujourd'hui , les orientations prioritaires de la P.M.I sont différentes (loi n°89-899 du 18/12/1989) : promotion de la santé , prévention des handicaps liés à la grossesse et à l'accouchement , dépistage et réduction des handicaps de l'enfant . Enfin , une action renforcée en faveur de groupes sociaux défavorisés vient compléter l'activité générale de prévention .

LIMITES DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

- 1 - L'age : de 0 à 6 ans .
- 2 - Une absence de permanence la nuit , le samedi , le dimanche et les jours fériés .
- 3 - Un effectif insuffisant de travailleuses familiales, de sages-femmes , d'infirmières , de puéricultrices et de médecins .

Le service de P.M.I relevant de la compétence départementale , le développement de ses moyens est naturellement soumis aux choix de priorité du Conseil Général .

En matière de politique sociale , les choix sont évidemment très variables suivant les départements : en Corrèze , les choix s'orientent en priorité vers la prise en charge des personnes âgées, et on assiste à un net désengagement des Instances Départementales en matière de protection maternelle et infantile .

AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (A.S.E)

Historique (19)

Jusqu'au XVII ème siècle , les enfants privés de famille étaient pris en charge par les ordres religieux , dans des asiles ou orphelinats , qui séparaient nettement les enfants légitimes des bâtards .

Saint Vincent de Paul innova en accueillant ces 2 catégories d'enfants et en les plaçant en nourrice dans des familles suceptibles de les élever .

Après la révolution , cette pratique devint officielle , soumise à une législation réglemant les placements à la campagne , leur financement et la surveillance des enfants .

Le décret du 19 Janvier 1811 constitue la première charte des enfants assistés . Ceux-ci sont confiés aux hôpitaux et aux hospices ; on les appelle " enfants des hôpitaux " .

A la fin du XIX ème siècle , apparait , dans chaque département , un " inspecteur " chargé de la surveillance des familles nourricières .

En 1889 , une loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés retire aux parents déchus de la puissance paternelle, leurs enfants et les confient à l'Assistance Publique .

La loi de 1904 étend cette protection , non plus seulement aux enfants abandonnés mais , sous certaines conditions de ressources , aux mineurs dont le lien familial n'est pas rompu mais que des circonstances particulières : service militaire du père , chômage , maladie , accou-

chement... , empêchent d'être gardés au foyer .

L'organisation est alors fixée ; le Préfet de chaque département a la tutelle des enfants qui sont classés en diverses catégories administratives , et la délègue au directeur départemental de l'action sanitaire et sociale. Les structures qui avaient été mises en place pour des enfants définitivement abandonnés : services d'hôpitaux, orphelinats , placements à la campagne , furent alors utilisées pour une catégorie d'enfants dont les besoins réels, et limités dans le temps, étaient totalement différents . Pour faciliter le maintien à la terre et l'accession à la petite propriété , le caractère rural des placements est maintenu jusqu'à 14 ans par le décret Loi de 1935 . Le même souci de lutte contre la dépopulation des campagnes justifie encore la Loi de 1943 faisant du placement familial rural la règle essentielle du service. Ce n'est qu'en 1953 que le Code de la Famille et de l'Aide Sociale supprimera le qualificatif de rural dans la règle du placement familial .

L'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E) a pris le relais de l'Assistance Publique en 1956 .

En 1985 , l'Aide Sociale à l'Enfance aidait plus de 500 000 enfants et disposait d'un budget d'environ 10 milliards de Francs .

Depuis 1985 , conformément aux lois de décentralisation, les services d'A.S.E ont la compétence départementale et comme les services de la P.M.I , sont placés sous l'autorité du directeur de la D.D.A.S.S .

Il dispose d'établissements propres (foyer de l'enfance, maison maternelle , pouponnière) et un réseau de placements familiaux ou d'internat .

Objectifs et actions (20) (21)

Aider les familles en difficulté par :

- une aide financière sous forme d'une allocation mensuelle ou de secours d'urgence , elle permet de donner aux familles dépourvues de ressources suffisantes certains moyens destinés à l'entretien ou à l'éducation des enfants.L'allocation mensuelle est régie par l'article 53 du code de la famille et de l'aide sociale . Elle est destinée aux enfants de moins de 18 ans et aux femmes enceintes dès leur déclaration de grossesse EN 1978 , 576 millions ont été versés pour 200 000 enfants de moins de 18 ans . Le montant moyen était de 600 francs par mois pour une famille de 3 enfants, somme venant compléter les prestations sociales de droits commun que versent notamment les caisses d'allocations familiales .

- une aide matérielle par l'intervention des travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs , travailleuses familiales). Le rôle de la travailleuse familiale est de remplacer ou d'aider une mère de famille absente ou malade.

Depuis la loi du 27 décembre 1975 , l'A.S.E peut prendre en charge tout ou partie des frais de cette intervention si cela permet d'éviter qu'un enfant soit séparé de sa famille .

- un rôle éducatif avec possibilité d'assurer des mesures d'action éducative en milieu ouvert (A.E.M.O) .
Ces mesures sont décidées par la D.D.A.S.S ou par le juge des enfants et leur but est de maintenir l'enfant dans sa famille et d'éviter le placement . Ces mesures sont exercées auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé , la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé , ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises . Ces mesures sont prises avec l'assentiment des familles . En 1978 , 109 000 enfants bénéficiaient d'une A.E.M.O .

- des placements d'enfants dans des familles d'accueil ou dans des établissements publics ou privés afin d'assurer un environnement stable et sécurisant sans pour autant se substituer aux parents . Si le placement se réalise à la demande ou avec l'accord des parents par suite d'hospitalisation , de maladie grave ou d'un autre empêchement des parents , ou lorsqu'il s'agit de mineurs en danger dans leur famille mais dont les parents sont d'accord pour déléguer la garde de leur enfant à l'A.S.E , l'enfant est dit "recueilli temporaire" .

Le placement résulte d'une décision des parents qui gardent l'autorité parentale et peuvent donc y mettre fin à tout moment .

Si l'enfant est en danger et que la famille n'est pas d'accord pour confier leur enfant, le juge des enfants confie la garde à l'A.S.E .

L'enfant est alors immatriculé en garde provisoire pour une durée de 6 mois par ordonnance du juge des enfants puis , si nécessaire , en garde par jugement . La fin de cette mesure ne peut être décidée que par une main levée du jugement de placement .

Les enfants recueillis temporaires ou en garde sont soumis à l'exercice du droit de garde par l'A.S.E, qui leur assure l'entretien, l'éducation, le choix du mode et du lieu du placement .

- une prise en charge des enfants privés de famille : la tutelle .

Lorsque des parents sont déchus de leur autorité parentale ou absents ou décédés, l'état se substitue à la famille et exerce la tutelle sur les enfants, qui sont alors pupilles de l'état (ils sont susceptibles d'être adoptés) .

Cette tutelle est exercée par le Commissaire de la République .

LIMITES DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

- 1 - Un effectif insuffisant de travailleurs sociaux .
- 2 - Une absence de permanence , hormis les internats de placement, de telle sorte que les possibilités d'intervention, exemple : de recueil , sont limitées aux heures ouvrables .
- 3 - Les traumatismes psychologiques qu'entraînent les placements d'enfants .

HOSPITALISATION DE JOUR

Historique (22)

De 1899 à 1908 , James Nicholl a rapporté une série de 9 000 enfants opérés en hôpital de jour à l'Hôpital Royal pour Enfants de Glasgow .

En 1913 , Fullerton ouvre un service chirurgical de jour à Belfast .

En 1938 , Herzfeld rapporte une expérience de 1 000 cures chirurgicales de hernies inguinales en hospitalisation de jour à Edinbourg .

En 1949 , Lawrie inaugure son service de chirurgie de jour à Londres .

Leur but était de diminuer les infections post-opératoires .

Dans les années 1930 , l'hôpital de jour s'est développé en milieu psychiatrique en U.R.S.S. Ce concept a été repris dans les secteurs psychiatriques un peu partout dans le monde et notamment en France en 1960 .

En 1968 , un service d'hospitalisation de jour d'hématologie est mis en place à l'hôpital Saint Louis à Paris dans le but de regrouper tous les examens complémentaires dans le laps de temps le plus court possible, d'éviter les problèmes psychologiques liés à la nuit passée à l'hôpital loin de la famille et de garder le plus possible de lits pour les malades nécessitant une surveillance 24 heures sur 24 .

Cette forme d'hospitalisation a été reprise en 1970 par les pédiatres pour les enfants atteints de maladies du sang (leucémie , , hémophilie) .

L'hospitalisation de jour s'est développée en 1970 dans les centres hospitaliers universitaires de Nancy et de Marseille, en 1972 à Grenoble... Ouverture d'un hôpital de jour en oncologie infantile à Marseille, en néphrologie pédiatrique à Paris et en endocrinologie à Toulouse. En 1976, un hôpital de jour pédiatrique pluridisciplinaire et commun à plusieurs services a été créé à l'hôpital Trousseau à Paris.

Les principaux motifs conduisant à une hospitalisation sont les suivants :

- chimiothérapie anti-cancéreuse
- thérapeutique médicale et chirurgicale de courte durée
- bilan d'infection broncho-pulmonaire à répétition, d'asthme, d'infection urinaire, de protéinurie, d'hématurie, de syndrome néphrotique, d'insuffisance rénale, de diarrhée chronique, de retard staturo-pondéral, de crise convulsive, de retard psycho-moteur
- bilan hématologique.

La proportion d'enfants dans l'hospitalisation de jour a plus que doublée en 3 ans : elle est passée de 7,4 % en 1982 à 15,1 % en 1985 par contre la proportion d'enfants en hospitalisation complète est restée stable: 12,3 % en 1982 et 12,2 % en 1985 (23).

Le prix de journée en hôpital de jour dans le service de pédiatrie de Laval était en 1988 de 1 200 francs contre 1 400 francs en hospitalisation traditionnelle. Dans ce même hôpital, en 1980 il a été dénombré 300 hospitalisations de jour contre 4 060 en 1987 (24) (25).

Objectif

Réaliser en une journée un traitement ou un bilan complet sans couper l'enfant de son milieu familial .

Le plus souvent, l'hospitalisation de jour est programmée à l'avance , ce qui permet de concentrer sur quelques heures les examens cliniques et paracliniques (qui ne pourraient être réalisés au cours d'une seule consultation externe) et (ou) les interventions thérapeutiques .

LIMITES DE L'HOSPITALISATION DE JOUR (26)

- 1 - Hôpital de jour non présent dans tous les hôpitaux .
En 1983 , on dénombrait 80 hôpitaux de jour .
- 2 - Le service d'hôpital de jour doit être intégré dans un centre hospitalier plus vaste . L'état de l'enfant peut nécessiter une surveillance plus longue à la suite des investigations instrumentales ou des thérapeutiques .
- 3 - L'hôpital de jour n'est pas fonctionnel le samedi, le dimanche et les jours fériés , recours à l'hospitalisation traditionnelle ces jours-là .
- 4 - Perception par certains généralistes comme une concurrence à la médecine de ville .
- 5 - Concentration des examens dans la journée , ce qui peut être mal vécu par les enfants .
- 6 - Nécessite un environnement familial disponible .
- 7 - Les équipes doivent disposer d'un plateau technique suffisant dont le fonctionnement s'inscrit efficacement dans les tranches horaires de fonctionnement de l'hôpital de jour. Les examens doivent être réalisés chaque jour et interprétés dans la "journée" d'hospitalisation de jour .
- 8 - Nécessité d'un secrétariat performant : le médecin traitant doit être informé par courrier immédiat ou par téléphone des conclusions de l'hospitalisation de jour.
- 9 - Structure coûteuse au départ car elle nécessite un équipement lourd , un personnel nombreux , qualifié pour un petit nombre de malades par jour .

HOSPITALISATION A DOMICILE (H.A.D)

Historique (27) (28) (29) (30)

En 1928 , la Société de Pédiatrie sous l'impulsion des docteurs Huber , Lesné et Guinon a proposé la création à Paris d'un " corps d'infirmières chargées spécialement d'assurer les soins à domicile et d'enseigner aux familles la pratique des soins nécessaires aux enfants atteints de maladies contagieuses ou éruptives , mis ainsi à l'abri d'infections secondaires souvent redoutables à l'hôpital " . Mais cette proposition n'a pas abouti .

En 1947 , la première expérience d'H.A.D fut tentée à New-York à l'hôpital Montefiore d'adultes. Cette initiative connut un grand succès et fut adoptée dans plusieurs hôpitaux aux Etats Unis , au Canada , en Grande Bretagne

En 1954, l'idée fut appliquée en Pédiatrie au Sainte-Mary's hospital de Londres par Lightwood et Shrand . Leur but était d'éviter la séparation de l'enfant malade et de sa mère tout en assurant à celui-ci la même qualité des soins qu'à l'hôpital .

En France , l'Assistance Publique de Paris , a crée un service d'H.A.D en 1960 pour les adultes qui s'est étendu aux enfants en 1968 .

En 1970 , pour l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance Publique , 294 enfants ont été pris en charge .

En 1980 , 900 enfants ont été pris en charge après accord des caisses de Sécurité Sociale .

En 1988 , l'H.A.D a représenté 7630 admissions , 250 000 journées et 800 patients traités par jour . La pédiatrie

représente 5 % de l'activité de l'H.A.D .

Les avantages sont multiples :

- le traitement est humanisé
- les hôpitaux sont désencombrés
- l'économie financière est importante, le forfait journalier payé par la caisse régionale d'Assurance Maladie au centre d'H.A.D est de 407 francs en moyenne contre 1500 francs dans un service de médecine générale .

Objectifs et actions

Après une consultation hospitalière (dans 30 % des cas) ou après un séjour hospitalier (dans 70 % des cas) sur demande du médecin Chef de service , après enquête par une assistante sociale pour apprécier la qualité du milieu familial , après accord de la caisse de Sécurité Sociale , l'admission est réalisée en hospitalisation à domicile . Le patient reste civilement un hospitalisé , mais il rentre à son foyer où les soins sont poursuivis. Une équipe de soignants : infirmières , aide soignantes, kinésithérapeutes) en contact avec l'hôpital viendra à domicile s'occuper de l'enfant avec le concours du médecin traitant .

L'hospitalisation à domicile permet d'éviter ou de raccourcir un séjour hospitalier tout en assurant au patient , à son domicile , des soins de qualité égale à ceux qu'il aurait reçus à l'hôpital .

LIMITES DE L'H.A.D

- 1 - Système possible que dans les hôpitaux ayant une convention avec un service d'H.A.D
- 2 - Territoire d'action limité à 15 Kms autour de l'hôpital
- 3 - Capacité faible : 3000 lits répartis sur 24 départements dont 50 % en région parisienne en 1988 (31)
- 4 - L'H.A.D s'adresse essentiellement à une population âgée : 3,6 % avaient en 1982 de 0 à 9 ans et 1,2 % de 10 à 19 ans (régime général)
- 5 - Prescription réservée au médecin hospitalier
- 6 - Coordination médicale difficile par la séparation très nette entre la médecine hospitalière et la médecine praticienne de type libéral
- 7 - Intensité de la pathologie et celle des soins qui en découlent ne permettant pas le maintien à domicile de l'enfant
Réservée aux pathologies "lourdes" (cancer,s.i.d.a, traumatismes,hémiplégie,soins palliatifs d'accompagnement à la mort)
- 8 - Disponibilité des parents nécessaire (32)
L'H.A.D n'assure pas une permanence auprès de l'enfant 24 H sur 24 .
- 9 - Conditions de logement et familiales rendant l'H.A.D impossible (pièce calme suffisamment chauffée, aérée confortable ..)
- 10 - Angoisse et responsabilité qu'engendre l'H.A.D parmi les proches

Sur le plan régional , il existe :

- un service d'H.A.D dépendant du centre hospitalier de Limoges pour adultes. Le prix de journée est de 455 francs .

Il n'existe pas de service d'H.A.D pour enfants .

- un service d'H.A.D privé à Limoges composé d'infirmières libérales ayant un champ d'action plus large mais également réservé aux adultes .

CONSULTATION EXTERNE (33)

Le décret du 6 Décembre 1972 rend obligatoire la consultation externe dans les centres hospitaliers .

L'objectif de ces consultations est d'éviter ou d'abréger des hospitalisations et de garder un trait d'union entre l'hôpital et la communauté .

LIMITES DES CONSULTATIONS EXTERNES

- 1 - Les consultations externes sont perçues par les libéraux comme une concurrence : "hospitalo-centrisme"
- 2 - Complexité des circuits de paiement ou de prise en charge
- 3 - Disponibilité des médecins moindre

Les médecins hospitaliers à plein temps , chargés de tâches d'enseignement , de recherche et de soins , sont moins disponibles pour assurer ces consultations .

Par ailleurs , l'activité de ces consultations est assez différente du mode de travail hospitalier .

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES

A L'HOSPITALISATION

TRADITIONNELLE

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

-) COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION
TRADITIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE

- 1 - Consultation d'un médecin généraliste : 90 Francs
dimanche jours fériés : 200 F , nuit : 240 F
- 2 - Consultation au service des urgences
 - . par l'interne ou le faisant fonction : 90 Francs
 - . par un spécialiste : 130 Francs
- 3 - Consultation externe spécialiste : 130 Francs
- 4 - Hospitalisation de jour : 1267 Francs 50 Centimes
- 5 - Hospitalisation classique : 1690 francs par jour
- 6 - Hospitalisation à domicile pour adultes à Limoges
: 455 Francs par jour

Contrairement à ce que l'on pourrait penser , l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont coûteuses en raison de la nécessité de beaucoup plus de médecins et de personnel dans la journée. La charge administrative est considérable .

Selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie , le forfait journalier de l'H.A.D ne couvre que les soins infirmiers, l'aide ménagère, la fourniture de matériel et les frais généraux du service. Les honoraires médicaux , la pharmacie, les examens de laboratoire , la radiographie restent en dehors du forfait , et sont remboursés dans les conditions habituelles .

Les structures des forfaits sont très différentes d'un service à un autre ce qui explique les différences notables observées dans le montant des prix de journée .

7 - Service d'urgences pédiatriques

La création d'un tel service serait coûteuse dans la mesure ou elle nécessite un personnel qualifié 24 heures sur 24 .

Il pourrait être crée un service commun à plusieurs hôpitaux , mais l'éloignement éventuel de ce service pourrait nuire à la santé voire à la vie de l'enfant face à une véritable urgence .

8 - Infirmier (tarifs au 1 er Juillet 1988)

acte de base infirmier (A.M.I 1) : 14 Francs 30

majoration de 60 Francs la nuit

majoration de 50 Francs le dimanche

9 - Masseur kinésithérapeute (tarifs au 9 Mars 88)

acte de base masseur (A.M.M 1) : 11 Francs 55

majoration de 40 Francs la nuit

majoration de 40 Francs le dimanche

ENQUETE

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

-) I - GENERALITES
- II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE
- III - QUESTIONNAIRE
- IV - LIMITES DE L'ENQUETE
- V - INTRODUCTION
- VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES
- VII - RESULTATS DE L'ENQUETE
 - . répartition des enfants exclus de l'étude
 - . résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

I - GENERALITES

SITUATION GEOGRAPHIQUE (34)

Traversé par la Dordogne et bordé par le département du Lot , le sud de l'arrondissement appartient au Bas-Limousin , région riche en sites touristiques et archéologiques . Le nord-est se situe sur les contreforts du plateau de Millevaches , en bordure des Monédières dont un des points culminants s'élève à 920 mètres. Cette zone est dotée d'une couverture forestière importante où domine la futaie .

La Dordogne s'écoule au sud d'abord dans les sections très étroites qualifiées de gorges , à pentes fortes et irrégulières puis , en aval d'Argentat , dans des sections élargies à pente plus faible . La Vézère au nord et la Corrèze au centre sont les deux autres principaux cours d'eau .

Plusieurs barrages permettent de récupérer la force motrice de ces différents cours aux profils accidentés circulant sur un sol imperméable .

La route nationale 20 (Uzerche - Tulle - Souillac) permet aux habitants d'Uzerche de rejoindre Paris par Limoges et la route nationale 89 permet depuis Tulle , vers l'ouest de joindre Brive, et vers l'est Clermont-ferrand. Il s'agit là des deux principaux axes de communication . La préfecture est le principal pôle économique de l'arrondissement avec , dans une moindre mesure , Uzerche .

TULLE ET SON ARRONDISSEMENT EN CHIFFRE (34)

(recensement de la population de 1982 source I.N.S.E.E)

GEOGRAPHIE

- superficie : 2 564 KM²
- 118 communes
- 3 unités urbaines : Tulle , Argentat , Uzerche

POPULATION

- 84 872 habitants
- Tulle rassemble 22 pour 100 de la population
- densité : 33 habitants au KM²
- 13 093 enfants agés de 0 à 14 ans
- natalité : 9,6 pour 1000
- mortalité : 16,1 pour 1000

EMPLOI

- 33 000 emplois offerts soit un tiers du chiffre corrézien et un neuvième du total régional
- 1 travailleur sur 5 travaille dans l'agriculture
- un peu plus de 1 sur 4 dans le secondaire
- 1 sur 2 dans le tertiaire

CHOMAGE

- taux de chômage en 1986 : 7,7 pour 100

ETRANGERS

- 2 297 dont 1464 portugais et 240 marocains

LOGEMENTS

- résidences principales : 32 152
- logements vacants et résidences secondaires : 11 064

LIEU DE L'ENQUETE : SERVICE DE PEDIATRIE DU CENTRE
HOSPITALIER GENERAL DE TULLE

Le service de pédiatrie comporte différents secteurs

1 - La néonatalogie avec 6 lits accueille

- . les prématurés
 - . les nouveau-nés hypotrophes
 - . toute la pathologie néonatale
- sont transférées : les détresses néonatales nécessitant une ventilation assistée
les malformations nécessitant une cure chirurgicale d'urgence

2 - La chirurgie pédiatrique avec 6 lits accueille

- . les traumatismes crâniens
- . la chirurgie orthopédique (fractures)
- . la chirurgie viscérale (appendicectomie, cure de hernie , sténose du pylore)
- . la chirurgie de spécialité (adénoïdectomie, drains transtympaniques , extractions dentaires)
- . les brûlures

3 - La pédiatrie avec 14 lits accueille

- . toute la pathologie pédiatrique en dehors de la réanimation

4 - L'hôpital de jour avec 3 places accueille

- . les bilans de dépistage
infectieux , tests hormonaux , bilans urologiques.....
- . les bilans de surveillance
post hospitalisation , chimiothérapie.....
- . les bilans immuno-allergologiques

5 - Les consultations externes

Le personnel du service est composé de

1 - Médecins

- . 4 pédiatres
 - 1 praticien hospitalier Chef de Service à temps plein
 - 1 praticien hospitalier à temps partiel
 - 2 attachés
- . 1 pédo-psychiatre avec vacation hebdomadaire
- . 2 internes de médecine générale

2 - Personnel para-médical

- . 1 surveillante
- . 11 puéricultrices ou infirmières
- . 21 auxiliaires de puériculture

3 - Secrétaire médicale : 1

4 - agents des services hospitaliers : au nombre de 3
pour l'entretien des locaux

Par ailleurs, les autres médecins de l'hôpital participent aux soins des enfants :

- chirurgiens (orthopédie , viscérale , urologie ..)
- chirurgiens de Spécialités (O.R.L , dermatologie , stomatologie , ophtalmologie ...)
- endocrinologue , rhumatologue , pneumologue

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

-) II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

- . Type , nombre de cas , période étudiée
- . Recrutement
- . Participant à l'enquête
- . Composition du questionnaire de l'enquête

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

- . répartition des enfants exclus de l'étude
- . résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

TYPE , NOMBRE DE CAS , PERIODE ETUDIEE

Afin de mieux étudier les différents facteurs socio-familiaux pouvant motiver ou favoriser une hospitalisation traditionnelle, il a été nécessaire de réaliser une étude dite prospective .

Face à un nombre important d'items , dans le but d'être le plus précis possible, nous avons limité notre enquête à 100 observations donc sur une période réduite du 1^{er} Février au 27 Mars 1990 .

Nous ne pourrions donc pas tenir compte de la variation du nombre d'hospitalisations en fonction des saisons .

RECRUTEMENT

Ont été volontairement écartés de l'enquête

- tous les enfants arrivant au service des urgences générales pour des affections explorées et traitées dans le cadre même du service :

- . petite plaie
- . entorse , fracture
- . traumatisme cranien bénin
- . contusions

- tous les enfants dont l'hospitalisation a été programmée à l'avance :

- . interventions chirurgicales (adénoïdectomie , amygdaléctomie , ... , ectopie testiculaire , hernie)
- . examens complémentaires (fibroscopie, PH métrie ...)
- . hospitalisation de jour (allergologie ; endocrinologie avec les bilans de retard psycho-moteur , de retard staturo-pondéral, de diabète ; bilan de malaise avec électrocardiogramme et électroencéphalogramme ; urographie intraveineuse , cysto.....)

Ont donc été retenus tous les autres enfants entrant directement dans le service de pédiatrie adressés par un médecin ou par l'intermédiaire des urgences .

Une place à part pour le service de néonatalogie où l'hospitalisation est presque toujours justifiée au départ mais où la durée de l'hospitalisation peut être allongée en raison de facteurs extra médicaux (mère toujours hospitalisée lors de la décision de sortie de l'enfant , conditions défavorables du milieu familial , milieu non préparé au retour de l'enfant, retard dans la prise en charge par une structure de relais (services sociaux , , P.M.I) .

PARTICIPANT A L'ENQUETE

- Les infirmières et puéricultrices du service de pédiatrie de Tulle
- Les internes de garde de l'hôpital

COMPOSITION DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE

L'enquête se compose de 58 questions classées en 2 catégories :

- items à caractère social
- items à caractère médical

Les items à caractère social comprennent :

- l'état civil: âge , sexe , nationalité , langue
- l'environnement familial: âge, niveau d'instruction, profession des parents , situation familiale , nombre et santé des frères et soeurs , mode de garde
- l'environnement socio-économique : habitation
- l'environnement médical : situation géographique, médecin
- le suivi médical
- l'admission: date, horaire, adressé par qui?
- comportement des parents , de l'enfant à l'admission et au cours de l'hospitalisation

Les items à caractère médical comprennent :

- l'état de l'enfant à l'admission
- ses antécédents
- le diagnostic établi avant l'admission , à l'admission et à la sortie
- les examens , le traitement , la surveillance réalisée à l'hôpital , le traitement de sortie .

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

-> III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

III - QUESTIONNAIRE

ETAT CIVIL

AGE

- de 0 à 12 mois
- de 13 mois à 36 mois
- de 37 mois à 5 ans
- de 6 à 10 ans
- 11 ans et plus

SEXE

- masculin
- féminin

NATIONALITE

- française
- maghrébine (Algérie, Maroc, Tunisie) + Turquie
- Europe méridionale (Portugal, Italie, Espagne)
- autre (préciser)

FRANCOPHONE

- oui
- non

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

PARENTS

AGE DE LA MERE

- moins de 20 ans
- de 20 à 35 ans
- plus de 35 ans

AGE DU PERE

- moins de 20 ans
- de 20 à 35 ans
- plus de 35 ans

SITUATION FAMILIALE

- isolé
- marié
- concubinage
- divorcé
- séparé

PROFESSION DU PERE :

PROFESSION DE LA MERE :

NIVEAU D'INSTRUCTION

PERE

- absence de scolarité
- enseignement primaire
- enseignement secondaire
- enseignement technique
- enseignement supérieur
- autre (préciser)

MERE

- absence de scolarité
- enseignement primaire
- enseignement secondaire
- enseignement technique
- enseignement supérieur
- autres (préciser)

DIPLOME DU PERE

- absence
- b.e.p.c
- c.a.p
- b.e.p
- baccalauréat
- diplôme d'université
- autre (préciser)

DIPLOME DE LA MERE

- absence
- b.e.p.c
- c.a.p
- b.e.p
- baccalauréat
- diplôme d'université
- autre (préciser)

SANTE DU PERE

- bonne
- malade (préciser)
- décédé

SANTE DE LA MERE

- bonne
- malade (préciser)
- décédée

FRATRIE

NOMBRE DE FRERE ET DE SOEUR

- 0
- 1
- 2 à 4
- 5 ou plus

SANTE

- bonne
- mauvaise (préciser)

MODE DE GARDE

- mère ou père
- famille
- nourrice
- collectivité (crèche)
- autre (préciser)

ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE

HABITAT

- ville
- campagne

LOGEMENT

- sans domicile fixe (caravane , baraquement...)
 - cité H.L.M
 - immeuble
 - maison
 - autre (préciser)
-
- propriétaire
 - locataire

NOMBRE DE PIECES (en dehors de la cuisine et de la salle
de bain) :

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT SOUS LE MEME TOIT :

L'ENFANT FAIT SA TOILETTE

- au lavabo
- douche
- bain

ENVIRONNEMENT MEDICAL

SITUATION GEOGRAPHIQUE

DISTANCE FOYER MEDECIN EN KILOMETRE

- 0 à 5
- 6 à 15
- plus de 15

DISTANCE FOYER HOPITAL EN KILOMETRE

- 0 à 5
- 6 à 15
- 16 à 30
- plus de 30

MEDECIN

ANCIENNETE (nombre d'année d'installation)

- 0 à 2
- 3 à 10
- plus de 10

ANTECEDENTS

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ANTERIEURES

- 0
- 1
- 2 ou 3
- plus de 3

MALADIE (nécessitant une surveillance et ou un traitement au long cours : diabète , leucémie ,.....)

- oui
- non

SUIVI (carnet de santé : vaccination à jour)

- oui
- non
- pas de carnet de santé

ADMISSION

ENFANT AMENE PAR

- famille
- voiture sanitaire légère
- ambulance
- S.A.M.U
- pompiers
- autre (préciser)

DEMANDEE PAR

- médecin traitant
- médecin remplaçant
- médecin de garde
- spécialiste
- maternité
- P.M.I
- transfert d'un autre hôpital
- famille
 - . directement
 - . indirectement (la famille réclame l'hospitalisation au médecin)
- autre (préciser)

DATE

- jour de la semaine (du lundi au vendredi)
- week end (samedi et dimanche)
- jour férié

HORAIRE

- de 8 h à 18 h
- après 18 h et avant 8 h

PRESENCE DES PARENTS

- oui
- non

COMPORTEMENT DES PARENTS

- agressif
- paniqué
- angoissé
- normal
- sur protecteur
- indifférent , passif
- décontracté
- désinvolte
- autre (préciser)

COMPORTEMENT DES PARENTS VIS A VIS DE L'ENFANT

- rejet
 - agressif
 - . verbalement
 - . gestuellement
 - autoritaire
 - sur protecteur
 - normal
 - autre (préciser)
-
- demandent à rester ou restent avec l'enfant
 - restent un peu , puis s'en vont
 - s'en vont très rapidement
 - ne sont pas présents

ETAT DE L'ENFANT A L'ADMISSION

- abattu
- agressif
- apeuré
- paniqué
- calme
- coopérant
- somnolent
- énervé
- pleurant
- souriant
- riant

DIAGNOSTIC ETABLI AVANT L'ADMISSION :
(par le médecin , la famille ...)

DIAGNOSTIC ETABLI A L'ADMISSION :

SEJOUR A L'HOPITAL

PRESENCE DES PARENTS

- restent la nuit avec l'enfant
- viennent voir l'enfant tous les jours ou presque
- viennent voir l'enfant épisodiquement
- ne viennent jamais voir l'enfant

PRISE DE NOUVELLES PAR TELEPHONE

- tous les jours ou presque
- épisodiquement
- jamais

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- per os
- parentéral

sans tenir du contexte familial

- possible à domicile
- difficile
- impossible

KINESITHERAPIE

- oui
- non

SURVEILLANCE (tension artérielle, conscience, monitoring..)

- oui
- non

sans tenir compte du milieu familial

- possible à domicile
- difficile
- impossible

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

SANG

- oui
- non

URINES

- oui
- non

PONCTION LOMBAIRE

- oui
- non

AUTRES EXAMENS REALISES A L'HOPITAL
(radiographie, fibroscopie...)

- oui (préciser)
- non

DUREE DU SEJOUR :

SORTIE

VERS

- domicile
- transfert vers un autre hôpital
- autre (préciser)

STRUCTURE DE RELAIS

- médecin traitant
- P.M.I
- services sociaux
- autre (préciser)

DELAI DANS LEQUEL UNE STRUCTURE DE RELAIS EST JOIGNABLE :

DANS QUEL DELAI PEUT ELLE ASSURER LA PRISE EN CHARGE :

DIAGNOSTIC DE SORTIE :

TRAITEMENT DE SORTIE :

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

- I - GENERALITES
- II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE
- III - QUESTIONNAIRE
-) IV - LIMITES DE L'ENQUETE
- V - INTRODUCTION
- VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES
- VII - RESULTATS DE L'ENQUETE
 - . répartition des enfants exclus de l'étude
 - . résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

NOMBRE LIMITE DE CAS ET DUREE LIMITEE DE L'ENQUETE

Le nombre de cas a été volontairement réduit en raison de la longueur du questionnaire dans le désir de mieux analyser les différentes observations .

Par voie de conséquence , la durée de l'étude a été réduite . Les facteurs saisonniers ne sont donc pas pris en compte. Une hospitalisation qui n'était pas justifiée en été peut le devenir en hiver (famille vivant en caravane ou dans une habitation insalubre) .

POPULATION BIEN SPECIFIQUE : TULLE ET SON ENVIRONNEMENT

Chaque pays , chaque région , chaque ville a ses caractéristiques de vie . Il n'est donc pas concevable de superposer les différents résultats de l'étude à la région du Limousin ou à la France .

PART DE SUBJECTIVITE DU QUESTIONNAIRE

L'étude du comportement des parents et de l'enfant est tout à fait subjective. L'observateur devra être le plus juste possible .

VALIDITE REELLE DU QUESTIONNAIRE

N'y a-t-il pas une surestimation volontaire des conditions socio-économiques ?

PERTE DE DONNEES

- par oubli de remplir le questionnaire
- par absence des parents
- par le refus de répondre aux questions
- par la gêne des parents ressentie par l'interrogateur

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

-) V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

V - INTRODUCTION

Pour tenter de donner une définition d'une hospitalisation injustifiée en pédiatrie , il a fallu étudier les 100 observations cas par cas et répondre à différentes questions :

- 1 - L'état médical de l'enfant relève-t-il d'une hospitalisation classique ou d'une alternative ?
- 2 - Si cette dernière est préférable , laquelle ?
- 3 - Existe-t-elle réellement ?
- 4 - Est-elle disponible le jour et à l'heure de l'admission ?
- 5 - Quel en est le coût éventuel ?

Il faudra toujours garder en mémoire les principes quatrième et cinquième de la Déclaration des Droits de l'Enfant et le a) et b) de la Charte Européenne des Enfants Hospitalisés .

Quelques réflexions :

* Un enfant traité par voie orale ou même non traité peut justifier une hospitalisation par une surveillance rapprochée difficile voire impossible à domicile .

exemples : gastro-entérite avec début de déshydratation chez le tout petit traitée par des mesures diététiques strictes avec surveillance des apports, des selles , du poids ; l'enfant risquant la déshydratation sévère à tout moment .

: intoxication avec surveillance déterminée en fonction du produit ingéré .

- * A l'inverse , un enfant nécessitant un traitement par voie parentérale justifie-t-il toujours une hospitalisation traditionnelle ?
exemple : ne peut-on pas réaliser une cure d'antibiotique dans le cadre d'une mucoviscidose à domicile ou en hospitalisation de nuit ?
- * Un enfant présentant une affection bénigne mais porteur dans ses antécédents d'une pathologie plus grave peut imposer une hospitalisation .
exemple : pathologie infectieuse chez un enfant diabétique ou sous chimiothérapie pouvant aggraver le pronostic .
- * Une hospitalisation qui pourrait apparaître non justifiée au départ peut apparaître vraiment justifiée secondairement .
exemple : enfant entrant pour hyperthermie et développant dans le service une méningite . Cette notion fait appel au sens clinique du médecin .
- * A l'inverse , une hospitalisation justifiée au départ peut ne plus se justifier par la suite .
exemple : prolongation d'une hospitalisation
- par l'impossibilité des parents à reprendre leur enfant dans l'immédiat (problèmes familiaux)
 - par les limites de la structure de relais (délais nécessaires pour la prise en charge, absence de permanence la nuit , le week-end , les jours fériés ..)
 - par l'impossibilité de joindre les parents afin de les prévenir de la sortie
 - dans le cadre de la néonatalogie , par le maintien



de la mère hospitalisée alors que le nourrisson est sortant .

* L'état clinique de l'enfant à l'entrée ne doit pas être à lui seul un critère d'hospitalisation .

exemple : aggravation d'un traumatisme cranien devant la constitution d'un hématome cérébral .

* Une hospitalisation dite à caractère "social " peut être justifiée .

exemple : enfant victime de sévices physiques ou moraux en danger chez lui

: pathologie banale chez un enfant étranger en raison de la barrière de la langue

: milieu familial inconscient , débile ...

: habitat insalubre (caravane , baraquement en période hivernale)

En aucun cas , la justification d'une hospitalisation ne se fera avec le seul diagnostic final .

Combien , dans ce cas , d'hospitalisations seraient injustifiées !

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

-) VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

OBSERVATION N° 1

A... , agé de 4 ans , est hospitalisé un soir à 19 H 30 pour une fracture de l'humérus déplacée suite à une chute de canapé .

L'enfant est adressé par son médecin traitant et amené par sa maman .

A... est issu d'un milieu familial aux conditions socio-économiques difficiles :

- mère divorcée sans emploi sans formation professionnelle ,
- père reparti en Algérie avec les 4 frères et soeurs .

La réduction de la fracture se fait , le soir même, sous anesthésie générale .

A... sortira le lendemain avec un plâtre et sera revu secondairement en consultation externe par le chirurgien

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique en raison de l'anesthésie générale et de la surveillance post opératoire .

La durée de l'hospitalisation est réduite au minimum .

OBSERVATION N°2

X.. naît par césarienne à 42 semaines d'aménorrhée à la polyclinique de Tulle en raison d'une souffrance foetale avec bradycardie en début de travail .

L'enfant naît en état de mort apparente. Un massage cardiaque et une ventilation au masque s'avèrent nécessaires.

Au moment de l'intuber , la respiration reprend .

A l'aspiration endo-buccale , la sonde bute à 5-6 centimètres .

Le diagnostic d'atrésie de l'oesophage est alors suspecté .

X.. est transféré en pédiatrie à l'hôpital de Tulle à 0 h 15 . A l'admission , le nouveau-né est bien coloré et non encombré . L'aspiration endo-gastrique est impossible à réaliser. L'examen au laryngoscope confirme l'atrésie de l'oesophage .

Un bilan pré-opératoire est alors réalisé .

Une aspiration continue est mise en place .

L'enfant est transféré en chirurgie pédiatrique à Limoges à 3 h 30 où il sera opéré d'une atrésie de l'oesophage .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique en raison de l'urgence chirurgicale de la malformation .

Nota bene : la polyclinique de Tulle n'a pas de service de pédiatrie .

OBSERVATION N° 3

J.B.. , agé de 5 ans , est adressé par son médecin traitant un mercredi à 23 h 15 pour gastro-entérite avec déshydratation .

J.B.. est issu d'un milieu familial aux conditions socio économiques bonnes .

A l'entrée, l'enfant est abattu , déshydraté et présente des selles liquides et sanglantes .

Une perfusion est aussitôt mise en place afin de réhydrater l'enfant .

Devant l'amélioration de l'état clinique de J.B.. , la perfusion est arrêtée au 4 ème jour et la sortie est autorisée le 5 ème jour .

Diagnostic de sortie: gastro-entérite aigüe à Salmonella typhi murium avec déshydratation .

L'enfant sort avec une ordonnance d'antibiotique et un régime anti-diarrhéique .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique .

L'hospitalisation aurait pu être prolongée , tout en étant justifiée , si le milieu familial avait été différent (étranger avec barrière de la langue , parents irresponsables , ... , quotient intellectuel des parents très bas) .

Ici , les parents ont tout à fait bien compris l'importance du régime antidiarrhéique et des antibiotiques .

OBSERVATION N° 4

M. . , âgée de 3 ans , est adressée par son médecin traitant à 22 h 30 pour traumatisme cranien après chute d'un caddie avec somnolence secondaire et refus alimentaire .

M. . est issu d'un milieu familial sur protecteur .

A l'entrée , l'enfant est calme . L'examen clinique et radiologique sont normaux . Une surveillance clinique est réalisée dans le service , celle-ci s'avère sans problème .

La fillette sortira donc le lendemain sans traitement particulier .

Le diagnostic de sortie : traumatisme cranien bénin .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique en raison de l'existence d'une somnolence pouvant annoncer une complication grave du traumatisme .

OBSERVATION N°5

F.. , agé de 3 mois , est amené à 20 heures par ses parents pour fièvre .

F.. est issu d'un milieu familial aux conditions socio-économiques très défavorisées :

- réfugiés roumains , en France depuis 3 mois , ne sachant pas parler le français
- sans travail , sans ressources
- vie dans une caravane avec 3 autres frères

A son entrée , le nourrisson est calme . Il existe une hyperthermie à 39 ° et une toux discrète .

Par ailleurs , l'examen clinique est normal .

La radiographie pulmonaire ne révèle pas d'anomalie .

Dans les antécédents de l'enfant on retrouve une hospitalisation du 6^{ème} au 9^{ème} jour de vie à Compiègne pour des raisons sociales .

F.. sortira 36 heures plus tard avec une antibiothérapie et des antipyrétiques .

Diagnostic de sortie : infection bénigne des voies aériennes supérieures .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique devant :

- 1 - La barrière de la langue et une absence d'interprète
 - . méconnaissance de l'histoire de la maladie avec les différents symptômes
 - . traitement et surveillance impossibles à expliquer aux parents
- 2 - L'absence de couverture sociale
 - . circuit de l'hôpital plus facile évitant la consultation avec un généraliste, les médicaments à aller chercher chez un pharmacien et éventuellement les examens complémentaires réalisés à différents endroits .
- 3 - Le milieu familial
 - . promiscuité (6 personnes dans une caravane)
 - . période hivernale (pas de chauffage)

Le motif de cette hospitalisation est essentiellement à caractère social .

OBSERVATION No 6

J., agé de 2 mois, est hospitalisé un samedi à 16 H 30, à la demande d'un médecin de garde, pour une bronchite asthmatiforme et des tétées insuffisantes.

L'enfant est issu d'un milieu familial sans problème.

A l'admission, les parents sont anxieux. L'examen clinique de J. révèle une infection des voies aériennes supérieures et une discrète dyspnée en rapport avec un encombrement des voies aériennes. L'état d'hydratation est satisfaisant. Néanmoins devant les difficultés d'alimentation, confirmées dans le service, une sonde de gavage est mise en place et une surveillance de la P. O₂ (pression d'oxygène) est entreprise.

L'évolution clinique est favorable sous kinésithérapie biquotidienne associée à de fréquentes aspirations des sécrétions.

J. sort donc au bout de 6 jours avec un traitement antibiotique.

Diagnostic final : infection des voies aériennes diffuse avec difficultés alimentaires.

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique malgré un diagnostic apparemment bénin.

Le gavage, la surveillance de la P. O₂ ne peuvent être réalisés en dehors d'une hospitalisation classique.

OBSERVATION N°7

H.. , agé de 4 ans , est amené aux urgences un dimanche à 16 h 15 mn par ses parents pour une bronchite et une fièvre .

L'enfant est issu d'un milieu familial sans problème .

A l'arrivée , H.. est apeuré . L'examen clinique réalisé par l'interne de garde retrouve une rhino-pharyngite .

Après avis du pédiatre de garde par téléphone , l'enfant est hospitalisé .

Une biologie à minima , un examen cyto-bactériologique des urines et une radiographie pulmonaire s'avèrent sans anomalie .

L'autorisation de sortie sera donnée 2 heures plus tard par le pédiatre avec une ordonnance d'antibiotique et d'antipyrétique pour angine .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique : une consultation au sein du service des urgences .

Le diagnostic et le traitement auraient pu être donnés aux urgences afin d'éviter cette hospitalisation de 2 h.

L'interne de garde est responsable de cette hospitalisation devant l'incertitude de son diagnostic avec peur de ne pas déceler l'urgence pédiatrique (méningite, appendicite , déshydratation, ...)

En effet, la grande majorité des internes de garde n'ont peu ou aucune expérience pratique en pédiatrie .

Coût de l'alternative : une consultation dimanche d'un médecin généraliste .

Pour remédier à cela , il faudrait :

1 - obtenir une formation pratique pédiatrique obligatoire .

Malheureusement , peu de postes d'internes sont proposés par rapport au grand nombre d'étudiants .

La durée des stages pourrait être réduite à 3 mois .

2 - créer des services d'urgences pédiatriques avec un personnel qualifié en pathologie pédiatrique .

Mais le coût d'un tel service serait très élevé devant la nécessité d'un fonctionnement 24 heures sur 24 .

OBSERVATION N° 8

S... , enfant unique agé de 28 jours , est amené par ses parents à 20 heures pour cris et pleurs après la tétée . S... a été hospitalisé du 1er au 26ème jours de vie à Toulouse pour une souffrance foetale aigue avec hémorragie sous arachnoïdienne . Il a donc regagné son domicile depuis 48 heures .

Le nourrisson est issu d'un milieu familial aux conditions socio-économiques difficiles :

- père au chômage
- mère sans profession
- vie dans une seule pièce

A l'admission, les parents sont angoissés , S... pleure.

L'examen clinique est sans anomalie .

Il n'est réalisé aucun examen complémentaire .

Les parents resteront la nuit auprès de leur enfant .

S... sortira le lendemain après un séjour sans problème.

Diagnostic de sortie : cris , angoisse parentale .

La puéricultrice de secteur est prévenue .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique: une consultation au sein du service des urgences .

Le facteur essentiel ayant motivé cette hospitalisation est l'angoisse parentale (angoisse majorée par les antécédents néo-natals de S...).

Cette hospitalisation aurait pu être évitée après entretien avec les parents et éventuellement après avis spécialisé aux urgences dont le but aurait été de rassurer les parents .

Coût de l'alternative : une consultation de généraliste
ou une consultation de spécialiste

OBSERVATION N° 9

S..... , âgée de 7 ans , est adressée par un médecin de P.M.I , un jeudi à 15 heures , pour troubles du comportement .

La fillette est amenée par sa maman qui part très rapidement .

A l'admission , S..... présente un mutisme . L'interrogatoire de la mère révèle une anorexie et des troubles du sommeil à type de cauchemar .

Cette symptomatologie est apparue après avoir appris par une camarade de classe que son père était à nouveau incarcéré .

Le contexte socio-économique est défavorisé :

- père incarcéré
- mère sans profession
- 3 autres enfants dont un est décédé
- vie en H.L.M (2 pièces pour 5 personnes)

Dans les antécédents de l'enfant nous retrouvons :

- une fracture de la clavicule gauche à l'âge de 2 ans
- 5 hospitalisations
 - . à l'âge de 1 mois pour cyanose péri buccale dont le bilan était négatif
 - . à l'âge de 2 mois pour un enregistrement cardio-respiratoire
 - . à l'âge de 1 an pour gastro-entérite aigüe et otite
 - . à l'âge de 3 ans pour adénoïdectomie
 - . à l'âge de 4 ans pour accès d'apnée dont le bilan

était négatif .

La sortie est autorisée dès le lendemain après un entretien avec le psychologue du service . S..... sera revue 5 jours après sa sortie au centre de guidance infantile.

Diagnostic de sortie :

- altération de l'état général
- troubles du comportement
- problèmes psycho-affectifs .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique : une consultation externe. L'enfant aurait pu être , d'emblée , dirigée vers le centre de guidance infantile et prise en charge par le pédo-psychiatre .

Les facteurs qui ont pu orienter cette décision sont :

- une mauvaise évaluation de la pathologie ?
- un désir d'éliminer une pathologie somatique ?
- un circuit de soins mieux accepté par les parents ?
- un besoin d'éloigner l'enfant de sa famille ?

Coût de l'alternative : une consultation externe

OBSERVATION N° 10

A... , âgée de 3 ans , est adressée par un médecin remplaçant un mardi à 15 heures pour une pneumopathie gauche .

L'enfant est issu d'un milieu familial défavorisé :

- père malade en invalidité
- mère sans profession et sans formation .

A l'entrée , l'enfant est apeuré . Il ne présente aucun signe de détresse respiratoire. L'examen clinique réalisé par l'interne de garde retrouve une pneumopathie gauche . A... est hospitalisée .

Des examens biologiques à minima , un examen cyto-bactériologique des urines s'avèrent sans anomalies . La radiographie pulmonaire ne retrouve pas de pneumopathie .

Le diagnostic retenu par le pédiatre est une bronchite

L'enfant sortira 24 heures plus tard avec une ordonnance d'antibiotique , de fluidifiant bronchique et de kinésithérapie respiratoire .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique : une consultation externe .

Les facteurs ayant pu motiver l'hospitalisation sont :

- le milieu familial défavorisé
- l'inexpérience et l'anxiété du jeune médecin
- l'état de l'enfant lors de la consultation
- le besoin d'examens complémentaires (l'hôpital a l'a-

vantage de regrouper en un même lieu tous les examens)

Problème de l'environnement médical et para-médical :

dans ce cas , la famille habitait loin d'un centre de radiologie ; le plus proche était à Tulle .

Il aurait pu être envisagé :

après entretien téléphonique, une consultation externe. L'enfant aurait pu bénéficier des différents examens le jour même . Le diagnostic de bronchite aurait été posé aussitôt et l'enfant serait sorti avec le même traitement .

Coût de l'alternative : une consultation externe .

OBSERVATION N° 11

Y.. , âgée de 4 ans , est hospitalisée à la demande de son médecin traitant un jeudi à 12 h 30 pour cris .

L'enfant est issue d'un milieu familial très défavorisé:

- père au chômage sans formation professionnelle
- mère au foyer
- 2 soeurs âgées de 2 et 5 ans dont l'une présente un retard global avec des antécédents d'hospitalisations multiples pour des infections bénignes .

Y.. est amenée en voiture sanitaire légère accompagnée de sa maman . Celle-ci repart très rapidement .

Elle ne viendra pas voir sa fille pendant 4 jours mais prendra des nouvelles par téléphone quasi quotidiennement (habitat à plus de 30 Kms) .

L'examen somatique est normal mis à part un écoulement nasal clair .

L'hospitalisation conclut à une rhino-pharyngite chez une enfant présentant un retard global, des carences familiales et socio-éducatives .

Y.. est donc sortante au 2 ème jour mais l'hospitalisation sera prolongée de 48 heures en raison du Week end . En effet , la P.M.I ne pourra prendre en charge l'enfant qu'à partir du lundi .

Y.. sort sans traitement et sera vu ultérieurement par le centre de guidance infantile .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

L'enfant aurait pu être, au départ, orientée vers une consultation externe . Cette consultation aurait pu également déboucher sur une prise en charge par la P.M.I et par le centre de guidance infantile .

La prise en charge aurait été immédiate puisque demandée en cours de semaine .

Par ailleurs , l'hospitalisation a été " prolongée " de 48 heures devant les limites des structures de relais : la P.M.I n'assure pas de permanence le samedi et le dimanche .

Coût de l'alternative : une consultation externe .

OBSERVATION n°12

M..... , âgée de 5 ans , est adressée par son médecin traitant un mercredi à 15 heures pour des douleurs abdominales associées à une rhinopharyngite .

L'enfant est issu d'un milieu familial très défavorisé : mère isolée sans travail avec 4 enfants , habitant dans un H.L.M .

M..... est amenée par sa mère qui part rapidement afin de s'occuper de ses autres enfants .

Dans les antécédents de M.... on retient 4 hospitalisations :

- 1985 , problème d'alimentation et hypotonie
- 1987 , otite purulente et hyperthermie
- Janvier 1989 , mauvaise prise pondérale et bronchite
- Novembre 1989 , angine

Le diagnostic d'entrée retenu est celui d'une broncho-pneumopathie .

48 heures après , M..... présentera une polyarthrite fugace sans syndrome inflammatoire et une sérologie positive à Parvovirus B 19 avec des immunoglobulines M .

Devant la récurrence de broncho-pneumopathie, le bilan est complété par une PH métrique qui révèle un reflux gastro-oesophagien .

L'enfant restera , au total , 12 jours dans le service .

Diagnostic de sortie :

- broncho-pneumopathie récidivante
- reflux gastro-oesophagien
- polyarthrite fugace : Parvovirose

M..... sort avec un traitement anti-reflux .

La puéricultrice de secteur est prévenue .

A noter , au cours de son hospitalisation , une amélioration du langage et une progression sur le plan psychomoteur (l'enfant réalisant des puzzles de plus en plus compliqués) associées à un désir d'apprendre .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

L'hospitalisation aurait pu être évitée si le milieu familial avait été favorable . En effet , une consultation externe avec secondairement une hospitalisation programmée de 48 heures pour la réalisation de la PH métrie auraient été suffisantes .

Une hospitalisation programmée aurait eu l'avantage de ne pas attendre le rendez-vous de la PH métrie .

N'aurait-il pas fallu, pour aider cette mère isolée sans travail avec 4 enfants et pour éviter cette hospitalisation , avoir recours à une travailleuse familiale ?

Une surveillance de l'enfant aurait pu être également réalisée par le passage fréquent de la puéricultrice de secteur .

Mais les délais de prise en charge, les effectifs insuffisants des puéricultrices et des travailleuses familiales , l'absence de permanence la nuit , le samedi , le dimanche et les jours fériés limitent cette alternative.

Coût de l'alternative :

- une consultation externe et 2 jours d'hospitalisation
classique

ou

- une consultation externe , une hospitalisation de jour
et une seconde consultation externe pour retirer la
sonde de PH métrie

OBSERVATION n°13

P... ,agée de 5 ans et demi , est hospitalisée un mercredi à 20 h 30 à la demande de son médecin traitant pour une éruption pétéchiale des membres inférieurs évoluant depuis 48 heures . L'enfant est amenée par ses parents . Ceux ci sont très inquiets . La maman demande à rester auprès de son enfant .

A l'entrée, la fillette est calme. Elle se plaint de douleurs articulaires fugaces notamment lorsqu'elle est prise dans les bras de ses parents .

L'examen clinique retrouve un purpura des membres inférieurs et un oedème des articulations du genou droit et du poignet gauche , celles ci sont chaudes et douloureuses.

L'enfant est apyrétique .

Le reste de l'examen clinique est sans anomalie .

Le diagnostic de purpura rhumatoïde est posé . L'enfant est , par conséquent , mis au repos strict en décubitus dorsal .

Le bilan biologique et la radiographie de l'abdomen sans préparation sont normaux , la surveillance de sang dans les urines est négative .

L'évolution clinique étant rapidement favorable , P... sort donc 2 jours et demi après son admission avec repos strict au lit pendant 8 jours .

Le relais est donné au médecin traitant .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique : une consultation externe .
Le médecin traitant avait déjà vu l'enfant 24 heures plus tôt pour cette éruption pétéchiale .

Devant une absence de diagnostic , une consultation externe , obtenue aussitôt , suivie éventuellement d'une hospitalisation de jour aurait abouti au diagnostic .

Le milieu familial était favorable et les conseils ont bien été compris des parents .

Dans cette observation l'hospitalisation a été demandée par le médecin .

Coût de l'alternative: une consultation externe et éventuellement une hospitalisation de jour .

Nota bene :

Cas d'un autre enfant hospitalisé pour la même pathologie mais dont le séjour a été beaucoup plus long en raison d'un milieu familial incapable de comprendre l'utilité du repos strictement allongé .

OBSERVATION n° 14

S... , agé de 6 ans , est adressé par un médecin remplaçant , un lundi à 12 h 30 mn pour un syndrome douloureux abdominal .

La famille habite à plus de 30 kilomètres de l'hôpital .
A l'entrée , l'enfant est calme , coopérant , souriant .
L'examen clinique retrouve un abdomen légèrement douloureux dans son ensemble .

Une analyse sanguine , un examen cyto-bactériologique des urines , un abdomen sans préparation et une échographie abdominale s'avèrent sans anomalie .

Le chirurgien consulté récuse l'intervention .

L'enfant sortira, 6 heures après son entrée dans le service , sans traitement avec comme diagnostic :

- . douleurs abdominales
- . bilan négatif
- . testicules oscillants

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

Les facteurs qui ont pu orienter la décision d'hospitaliser l'enfant sont :

- la méconnaissance du milieu familial
- l'influence de la famille
- l'inexpérience et l'anxiété du médecin remplaçant
- l'état clinique de l'enfant (consultation au cours d'un paroxysme douloureux)
- l'éloignement du centre hospitalier . La difficulté diagnostique en pédiatrie réside dans le fait que l'état clinique des enfants s'améliore ou se détériore très rapidement .

Pour éviter cette hospitalisation , deux possibilités :

- 1 - Après contact téléphonique, une consultation externe, obtenue le jour même , suivie éventuellement d'une hospitalisation de jour .

Mais une pathologie aiguë est-elle une bonne indication à l'hospitalisation de jour ?

N'existe-il pas un risque de traumatisme psychologique si l'enfant reste hospitalisé en hospitalisation classique en raison d'une évolution défavorable de la pathologie (enfant et famille non préparés , changement de locaux, changement de personnel ...) ?

- 2 - un service d'urgence pédiatrique avec une possibilité de garder un enfant en surveillance quelques heures (surveillance de douleurs abdominales , de

traumatisme cranien , d'ingestion accidentelle ...)

Coût de l'alternative - deux possibilités

- 1 - une consultation externe et éventuellement une hospitalisation de jour
- 2 - une surveillance au sein d'un service d'urgences pédiatriques

Mais le coût d'une telle structure serait très élevé en raison de la nécessité d'une permanence spécialisée 24 heures sur 24 .

OBSERVATION N° 15

C... , agé de 2 ans , est amené par sa grand-mère un dimanche à 14 heures pour une suspicion d'ingestion médicamenteuse (1 comprimé de ?) .

L'enfant est issu d'un milieu familial favorisé :

- père avocat
- mère notaire

La grand-mère , anxieuse , a contacté directement le pédiatre par téléphone . Celui-ci a conseillé d'amener l'enfant à l'hôpital .

A l'entrée , l'enfant est souriant , calme , coopérant . L'examen clinique ne retrouve pas de signes d'intoxication .

C... restera en surveillance 3 heures dans le service de pédiatrie .

Devant un deuxième examen clinique strictement normal , la sortie sera autorisée avec une surveillance à domicile par la famille .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

Les facteurs essentiels ayant motivé l'hospitalisation sont : l'angoisse et le sentiment de culpabilité de la grand-mère .

Ce qui aurait pu être fait :

1 - une consultation avec le médecin traitant suivie d'une surveillance de l'enfant à domicile par la famille .

Problème du samedi et du dimanche où le médecin de garde est le plus souvent un médecin remplaçant donc non connu de la population .

2 - une surveillance de l'enfant quelques heures au sein même d'un service d'urgences pédiatriques .

Coût de l'alternative

1 - une consultation dimanche de médecin généraliste

2 - une surveillance au sein d'un service d'urgences pédiatriques (voir observation précédente)

OBSERVATION n° 16

M... , âgée de 3 ans et demi , est hospitalisée à la demande de son médecin traitant, un lundi à 8 heures, pour la découverte à l'examen systématique d'une masse rénale gauche . L'enfant est en excellent état général .

Le milieu familial est favorable .

L'échographie abdominale , réalisée le jour même, est en faveur d'un néphroblastome . Un bilan pré-opératoire est fait .

M... restera la nuit et sera transférée le lendemain matin en chirurgie pédiatrique à Limoges .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

L'hospitalisation est justifiée en raison du bilan étiologique de cette masse . Elle est néanmoins prolongée inutilement: une consultation externe suivie d'une hospitalisation de jour aurait pu aboutir au même diagnostic. M... aurait pu dormir chez elle avant d'être hospitalisée à Limoges .

Coût de l'alternative : une consultation externe et une hospitalisation de jour .

13 jours plus tard , M... revient dans le service adressée par le service de pédiatrie de Limoges pour cure de chimiothérapie .

L'enfant a subi une néphrectomie gauche pour un néphroblastome en chirurgie pédiatrique puis a été transférée en pédiatrie à Limoges pour une prise en charge chimiothérapique .

L'enfant restera 9 jours hospitalisée dans le service où sera réalisé le premier cycle de chimiothérapie .

Commentaire

L'état médical de l'enfant relève d'une hospitalisation classique en raison de la thérapeutique et de sa surveillance (premières injections) , non réalisables à domicile ou en hospitalisation de jour .

Par la suite , M... reviendra régulièrement en hospitalisation de jour pour des cures de chimiothérapie .

OBSERVATION N° 17

K... et P..., âgées de 14 et 15 ans, sont deux soeurs atteintes de mucoviscidose .

Dans leurs antécédents, nous retenons de nombreuses hospitalisations pour mauvais traitements , surinfections pulmonaires , cures d'antibiotiques

Tous les trimestres , elles sont hospitalisées pour un bilan avec examens sanguins , prélèvements d'expectoration , cure d'antibiotiques en injectable et kinésithérapie respiratoire .

Elles sont issues d'un milieu familial défavorisé :

- vie en caravane pendant de nombreuses années . Actuellement , la famille est locataire d'une maison de 4 pièces située à plus de 30 kilomètres de l'hôpital .
- 6 enfants
- père chauffeur de car
- mère sans profession ni formation

Elles restent hospitalisées tous les 3 mois en moyenne 6 jours .

Leur traitement à domicile comporte essentiellement de la kinésithérapie respiratoire .

Commentaire

L'état clinique de K...et P... relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

K... et P... auraient pu bénéficier d'une hospitalisation à domicile (H.A.D) précédée d'une consultation externe. Au cours de la consultation un examen cyto-bactériologique des crachats aurait été réalisé . Puis , en fonction des résultats , un traitement antibiotique en intra-veineux aurait pu être fait chez elles .

Pourquoi K... et P... n'ont-elles pas bénéficié de l'H.A.D ?

en raison :

- de l'absence de ce service à Tulle
- de l'éloignement du domicile des enfants ; en effet , l'H.A.D possède un rayon d'action de 15 Kms autour du centre hospitalier
- du milieu familial et des antécédents de mauvais traitement ?

Le milieu familial ne doit pas être une limite , dans ce cas, les enfants sont grandes et peuvent être surveillées lors des passages fréquents de l'infirmière et du kinésithérapeute .

Par ailleurs , les conditions de prise en charge sont indépendantes du logement et des ressources puisque le service d'H.A.D prend en charge toutes les dépenses médicales et para-médicales sans que la famille n'ait à participer .

- du comportement de K... et de P... dans le service .

En effet , ces 2 adolescentes sont très dissipées .

Chez elles , les soins ne seraient-ils pas encore plus difficiles à réaliser ?

OBSERVATION N° 18

P.. , agé de 5 ans , est adressé par le service de chirurgie pédiatrique de Limoges pour polytraumatisme agricole en bonne voie d'évolution .

P.. est issu d'un milieu familial défavorisé :

- père bûcheron
- mère sans travail présentant des problèmes de santé (microcéphalie , communication inter ventriculaire)
- vie à 4 personnes dans une seule pièce (maison en travaux actuellement)

Les antécédents de l'enfant sont les suivants :

- Avril 1986 , troubles du transit nécessitant une hospitalisation au cours de laquelle est découvert un néphroblastome .
- Août 1986 , hospitalisation à Paris pour intervention chirurgicale sur le néphroblastome succédée de nombreux séjours pour chimiothérapie .
- Avril 1987 , dernière cure de chimiothérapie .
- Mai 1988 , hospitalisation pour une gastro-entérite virale et une ostéo-chondrite de hanche .
- Novembre 1989 , hospitalisation pour bilan de néphroblastome qui se révèle négatif .

A la fin du mois de Novembre 1989 , P.. est admis en pédiatrie à Tulle pour un polytraumatisme agricole qui a pour conséquence :

- une fracture du fémur gauche
- un traumatisme laryngé avec hémithorax bilatéral et emphysème médiastinal

- une paralysie diaphragmatique droite
- une contusion des pieds

L'enfant est alors transféré en chirurgie pédiatrique à Limoges . Un fixateur externe pour la fracture du fémur est mis en place . Au bout de 2 mois d'hospitalisation , P.. revient à Tulle . Les parents ne sont pas présents . P.. est triste , il présente une dysphonie .

Une kinésithérapie est mise en route .

Au cours de son séjour sont apparues une énurésie et une encoprésie nettement améliorées après stimulation de l'enfant par le personnel, les parents étant peu présents. Le jeune âge de P.. ne permet pas la prise en charge éducative par l'institutrice (réservée aux enfants à partir du cours préparatoire) .

P.. apprend donc à compter avec l'aide du personnel , il est très attentif aux histoires .

Au bout du 25ème jour, l'enfant est revu en consultation externe par le chirurgien et l'oto-rhino-laryngologiste à Limoges. Le fixateur est retiré et un plâtre pelvi-pédieux est mis en place . Sur le plan O.R.L , la paralysie laryngée persiste .

P.. ne suit aucun traitement particulier .

Au cours de son hospitalisation il est réalisé 1 prise de sang , 2 radiographies pulmonaires et 2 radiographies du fémur .

La sortie est envisagée au 31ème jour, le père y est opposé .

Avec l'aide de la P.M.I et de l'assistante sociale une structure à domicile est organisée .

Celle-ci est fonctionnelle au 38ème jour:date de la sortie de l'enfant .

P.. bénéficiera à domicile :

- d'un matelas anti-escarre
- d'une kinésithérapie
- de soins infirmiers
- de l'aide d'une travailleuse familiale

A la nouvelle du retour imminent à domicile,l'enfant redevint plus gai .

Par la suite,P.. sera à nouveau hospitalisé à Limoges en raison d'un plâtre mouillé et de l'apparition d'escarres.

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

P.. aurait pu bénéficier d'une hospitalisation à domicile ou d'une structure de soins à domicile permettant , ainsi , d'éviter que l'enfant perde sa place au sein de sa famille .

En 1986 , il aurait fallu remettre l'enfant au domicile avec soins de cathéter , chimiothérapie légère et réhospitalisation seulement pour les chimiothérapies lourdes. En 1988 , il aurait fallu faire sortir l'enfant précocément avec régime sans lait au domicile ou même avec une nutrition entérale à domicile réalisable par le service d'H.A.D .

Des enfants ont été maintenus au domicile avec des soins lourds dans des milieux très défavorisés alors que des essais de réinsertion d'enfants presque guéris après une hospitalisation très longue ont été des échecs .

Ce service permet à l'enfant de garder sa place au milieu de ses frères et soeurs .

Pourquoi P.. n'a-t-il pas bénéficié de l'H.A.D ?

en raison :

- de l'absence de ce service à Tulle
- de l'éloignement de l'hôpital

Pourquoi le retour à domicile avec un service de soins à domicile ne s'est-il pas fait plus tôt ?

en raison :

- du milieu familial avec un père opposé au retour de l'enfant à la maison .

Le milieu familial doit être favorable au retour de l'enfant pour obtenir une guérison rapide .

En effet , l'équipe de soins à domicile n'est pas présente 24 heures sur 24 ; par conséquent , la famille doit effectuer les soins et surveiller l'enfant en l'absence du personnel soignant .

Dans ce cas, l'échec des soins à domicile n'est-il pas dû , en partie , à une mauvaise acceptation du retour à domicile ?

P.. a perdu sa place au sein de sa famille et gêne .

- du délai nécessaire pour mettre en place la structure de relais .

La structure de soins à domicile a été organisée en 7 jours .

OBSERVATION N°19

A.., agé de 2 ans , est adressé par son médecin traitant un mardi à 13 heures pour otite bilatérale et bronchite. L'enfant a déjà été hospitalisé à 2 reprises pour otites suppurées et adénoïdectomie .

A.. est issu d'un milieu familial défavorisé :

- famille turque ne sachant pas parler le français ,
- père ouvrier , mère sans profession ,
- 2 autres enfants ,
- vie en H.L.M (3 pièces pour 5 personnes) .

A.. est amené par ses parents qui repartent très rapidement .

A l'entrée , l'enfant est apeuré . Il présente une otorrhée bilatérale suppurée abondante , une infection des voies aériennes supérieures . Il est apyrétique . Aucun signe de détresse respiratoire n'est retrouvé .

Une consultation d'oto-rhino-laryngologie confirme l'otite suppurée bilatérale nécessitant la prescription d'antibiotique. Quelques séances de kinésithérapie suffiront à l'amélioration rapide de l'état respiratoire de A.. .

L'enfant restera apyrétique durant tout son séjour . La sortie est décidée pour le vendredi. Face à l'impossibilité de contacter ses parents (pas de téléphone, domicile à plus de 30 Km), A.. sortira 24 heures plus tard lorsque ses parents se seront manifestés pour le voir .

Diagnostic final : otite suppurée bilatérale .

Traitement de sortie : antibiotique pendant 6 jours .

Le relais est donné au médecin traitant .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique .

Les facteurs ayant pu motiver l'hospitalisation sont :

- des conditions sociales déplorables (un des motifs contenus dans la lettre du médecin)
- la nécessité d'un traitement bien suivi devant les éventuelles complications d'une otite suppurée mal soignée (mastoïdite , méningite)
- un milieu familial non francophone
 - . absence d'interprète lors de la consultation
 - . impossibilité d'expliquer à la famille le traitement, la nécessité de traiter , la surveillance
 - . le désir d'une consultation d'oto-rhino-laryngologie, d'une biologie et d'une radiographie pulmonaire éventuellement avec la difficulté pour expliquer la date, l'horaire du rendez-vous, le lieu (à plus de 30 Kms)
Problème du moyen de transport (père travaillant toute la journée, mère s'occupant des autres enfants)
 - . prescription de séances de kinésithérapie ...

Pour réunir toutes les conditions pour une évolution favorable et rapide de la pathologie , l'hospitalisation semblait être la meilleure solution .

A noter : le jour du départ , un interprète est venu avec les parents pour leur expliquer le traitement .

Par ailleurs , l'hospitalisation a été prolongée de 24 heures en raison d'une impossibilité de joindre les parents (absence de téléphone) . Nécessité absolue d'obtenir dès l'entrée un numéro de téléphone (voisin ...)

OBSERVATION N° 20

J.C. , agé de 13 ans , est adressé par le médecin d'un institut médico-éducatif un vendredi à 20 h 30 mn pour une épiglottite .

Dans ses antécédents nous retrouvons :

- un retard psycho-moteur
- une hypoacousie
- un strabisme convergent
- des pathologies infectieuses à répétition
- des sévices

L'enfant est pris en charge au centre par le S.A.M.U .

Une injection de corticoïde l'améliore partiellement .

A son admission dans le service, J.C. est fébrile (40°) présente un tirage sus sternal , une toux rauque et sa voix est éteinte .

L'évolution est favorable sous un traitement associant corticothérapie et antibiothérapie par voie parentérale.

Une fibroscopie laryngée réalisée confirme le diagnostic d'épiglottite localisée aux arythénoïdes postérieures .

J.C. peut sortir 24 heures plus tard , soit le samedi soir . Or le départ devra être différé de 24 heures , à la demande du directeur de l'établissement , en raison de l'absence de l'infirmière du centre ; en effet , le traitement comportait une dernière injection d'antibiotique .

L'enfant sort donc le dimanche soir avec une ordonnance de Célestène goutte pour une journée .

Commentaire

L'enfant relève d'une hospitalisation classique de part son état clinique , la surveillance et le traitement .
Mais le séjour est prolongé de 24 heures face à une structure de relais déficiente le samedi et le dimanche.
L'enfant aurait pu sortir 24 heures auparavant avec des soins infirmiers externes au service .

OBSERVATION N°21

H. , nouveau-né né à la maternité de Tulle , est transféré dans le service de néonatalogie pour prématurité à 34,5 semaines et souffrance foetale (mère présentant des signes de toxémie très sévère) .

Il existe un antécédent de mort foetale .

H. est donc le premier enfant d'une famille turque .

Les parents ne savent pas parler le français .

Au cours de son hospitalisation , les différents problèmes posés sont :

- l'apparition au 2^{ème} jour d'une hémorragie digestive isolée de faible abondance
- des troubles métaboliques avec hypoglycémie réfractaire à l'administration de sérum glucosé à 10 % . La mise sous hydrocortisone a été nécessaire
- une apnée transitoire qui a entraîné une surveillance cardio-respiratoire monitorée
- un gavage jusqu'au 15^{ème} jour
- une hyperplaquettose

L'enfant est resté, par conséquent, hospitalisé 25 jours .

La maman , quant à elle , a du être transféré en service de néphrologie à l'hôpital de Brive pendant 5 jours pour bilan de néphropathie (du 17 au 22^{ème} jours) .

La puéricultrice de secteur est avertie de la sortie .

H. reviendra en consultation externe un mois après avec une numération formule sanguine de contrôle .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une hospitalisation classique ; mais le séjour a été prolongé de 6 jours du fait de l'état de santé de la mère .

De retour à Tulle , la mère a été logée pendant 3 jours à l'hôtel parental du service de pédiatrie afin d'apprendre à s'occuper de son enfant .

H., ne posant plus de problèmes de santé, aurait pu être placé à la pouponnière en attendant le retour de sa mère.

Mais un deuxième transfert avec changement de personnel, d'environnement n'aurait-il pas été plus traumatisant pour l'enfant ?

Par ailleurs , la prise en charge aurait-elle été immédiate ?

OBSERVATION n°22

B.. ,agé de 8 mois, est adressé par son médecin traitant un mercredi à 10 heures pour hyperthermie depuis 8 jours résistante aux antipyrétiques .

B.. est fils unique. Les parents, à l'entrée , sont "décontractés" .

L'enfant est calme , souriant . Il est apyrétique .

L'examen clinique , la biologie, l'examen cyto-bactériologique des urines, la radiographie pulmonaire s'avèrent sans anomalies .

B.. restera hospitalisé 8 heures dans le service et sortira sans traitement avec le diagnostic final de virose en fin d'évolution .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

Une histoire de malchance pour le médecin !!!!

Une consultation externe , obtenue le jour même , suivie éventuellement d'une hospitalisation de jour aurait abouti au même diagnostic .

Coût de l'alternative: une consultation externe et éventuellement une hospitalisation de jour .

OBSERVATION No 23

J.. , agé de 1 mois , est amené par sa maman aux urgences un samedi à 20 heures 45 minutes pour des vomissements associés à des pleurs après chaque tétée .

J.. a été hospitalisé 8 jours auparavant pour un bilan de rectorragies s'étant révélé négatif .

L'enfant est issu d'un milieu familial très défavorisé : mère isolée sans profession vivant en centre maternel avec un autre enfant agé de 16 mois .

A l'admission, la mère accompagnée par une amie est "décontractée" , elles repartent au bout de 5 minutes .

La mère ne fera qu'une brève visite le lendemain soir .

L'enfant pleure , l'examen somatique est sans anomalie .

J.. a , par ailleurs , pris du poids depuis sa précédente hospitalisation .

L'enfant est surveillé . Il ne sera pas réalisé d'exams complémentaires .

Au cours de l'hospitalisation , l'enfant n'a posé aucun problème excepté quelques régurgitations après les tétées atténuées en position proclive .

J.. sortira le lundi après midi avec un traitement postural .

Le centre maternel est prévenu .

Commentaire

L'état clinique de l'enfant relève d'une alternative à l'hospitalisation classique .

Néanmoins , une hospitalisation pouvait être justifiable devant le tableau clinique annoncé et majoré par une mère désinvolte (une sortie n'était-elle pas prévue le samedi soir ?)

N'y-a-t-il pas pour l'enfant un danger de ne pas l'hospitaliser face à une mère négligente ? (risque de laisser l'enfant seul sans surveillance)

Coût de l'alternative : une consultation aux urgences

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

-) VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

-) . répartition des enfants exclus de l'étude
- . résultats et commentaires de l'enquête

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

REPARTITION DES ENFANTS EXCLUS DE L'ETUDE

1- Service des urgences

Chirurgie

. nombre total : 190 enfants

. répartition selon l'âge

tranche d'âge	0 à 12 mois	13 à 36 mois	37 m à 5 ans	6 à 10 ans	plus 10 a
nombre enfant	3	30	19	39	99
% enfant	1,6	15,8	10	20,5	52,1

. répartition selon le sexe

sexe	masculin	féminin
nombre enfant	120	70
% enfant	63	37

. adressé par un médecin

25 enfants soit 13,15 % sont adressés par un médecin

. devenir de l'enfant

- hospitalisation : 20 enfants soit 10,5 %

- sortie : 170 enfants soit 89,5 %

. pathologies dominantes en fonction de l'âge

- 0 à 12 mois : 100 % de traumatisme cranien (TC)

- 13 à 36 mois : 40 % de TC , 23 % de plaie ,
10 % de fracture

- 37 m à 5 ans : 58 % de plaie et contusion ,
21 % de fracture , 21 % de TC

- 6 à 10 ans : 33,5 % de plaie et de contusion ,
20 % de fracture , 8 % de douleur abdominale et testiculaire

- plus de 10 ans : 30 % de fracture , 15 % d'entorse

. répartition des enfants en fonction de la pathologie

pathologie	fracture	entorse	TC	plaie	douleur abdo test	autre *
total enf.	52	23	27	29	10	49
hospitalisé	4	2	5	0	9	0
sortie	48	21	22	29	1	49
% hospit	7,7	8,7	18,5	0	90	0
motif hospit	réduct sous A.G	surventors cervic	somnolence vommi		surveillance	

* autre : sortie sans traitement ou avec un traitement antalgique et/ou anti-inflammatoire

Médecine

. nombre total : 35

. répartition selon l'âge

tranche d'âge	0 à 12 mois	13 à 36 mois	37 m à 5 ans	6 à 10 ans	plus de 10 ans
nombre enfant	10	9	7	5	4
% enfant	28,6	25,7	20	14,3	11,4

. répartition selon le sexe

sexe	masculin	féminin
nombre	24	11
%	68,6	31,4

. adressé par un médecin

5 enfants soit 14,3 % sont adressés par un médecin

Parmi les 5 enfants , 4 ont été hospitalisés soit 80 %

. devenir de l'enfant

- hospitalisation : 19 enfants soit 54,3 %

- sortie : 16 enfants soit 45,7 %

. répartition en fonction du jour

- semaine : 22 enfants soit 62,8 %

- samedi et dimanche : 13 enfants soit 37,2 %

. répartition en fonction de l'heure d'arrivée

- après 18 H et avant 8 H : 15 enfants soit 42,9 %

- entre 12 H et 14 H : 7 enfants soit 20 %

- de 8 H à 12 H et de 14 H à 18 H : 13 enfants

soit 37,1 %

. répartition des enfants en fonction de la pathologie

pathologie	O.R.L	pneumologie	ophtalmologie	gastrologie	neurologie	ingest méd	symptôme *2
nombre enf.	6	5	5	7	2	3	7
hospitalisé	2	1	0	5	1	3	7
sortie	4	4	5	2	1*3	0	0
% hospit.	33,3	20	0	71,4	50	100	100

*2 : cris , pleurs , hyperthermie , somnolence

*3 : sortie contre avis médical

Nota bene : tous les enfants hospitalisés ont été inclus dans l'enquête .

2-Service de pédiatrie

Hospitalisation

. nombre total : 65

. répartition

- hospitalisation programmée en médecine : 7

exemples : enregistrement cardio-respiratoire

: PH métrie

: fibroscopie

- hospitalisation programmée en chirurgie : 25

exemples : adénoïdectomie , amygdalectomie ,

hernie inguinale , ectopie testiculaire,

drains trans tympanique ,

ablation de tumeur cutanée

- hospitalisation de jour : 33

exemples : bilan allergologique , hormonal ,

comitentialité ,, chimiothérapie

Consultation externe

. nombre total : 170

Acte médical infirmier (prélèvement de sang, test cutané)

. nombre total : 85

3-Place des 100 observations retenus dans l'activité globale du service de pédiatrie

	Consultations		Hospitalisations	
	Urgences	Pédiatrie	programmées	de jour
enfants exclus	186	170	32	33

	Hospitalisations	
	par l'intermédiaire des Urgences	directement en Pédiatrie
enfants retenus	39	61

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

-) VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

-) 1 - résultats globaux

2 - hospitalisation non justifiée et alter-
natives

3 - hospitalisation traditionnelle non justi-
fiée et alternatives

4 - hospitalisation prolongée

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESULTATS GLOBAUX DE L'ENQUETE

Répartitions des 100 observations en fonction des différents critères .

Age

- de 0 à 12 mois : 26 %
- de 13 à 36 mois : 20 %
- de 37 mois à 5 ans : 21 %
- de 6 à 10 ans : 14 %
- plus de 10 ans : 19 %

Sexe

- masculin : 42 %
- féminin : 58 %

Nationalité

- française : 94 %
- maghrébine et turque : 4 % dont 75 % de turcs
- europe méridionale : 1 %
- autre : 1 %

Francophone

- oui : 96 %

Age de la mère

- moins de 20 ans : 0 %
- de 20 à 35 ans : 75 %
- plus de 35 ans : 23 %
- mère décédé ou absence de renseignement : 2 %

Age du père

- moins de 20 ans : 0 %
- de 20 à 35 ans : 55 %
- plus de 35 ans : 40 %
- père décédé ou absence de renseignement : 5 %

Situation familiale

- isolé : 6 %
- marié : 70 %
- concubinage : 18 %
- divorcé : 3 %
- séparé : 3 %

Santé de la mère

- malade : 11 %
- bonne : 84 %
- pas de renseignement : 5 %

Santé du père

- malade : 6 %
- bonne : 86 %
- pas de renseignement : 8 %

<u>Profession</u>	<u>père</u>	<u>mère</u>
- agriculteurs exploitants	: 7 %	: 2 %
- artisans , commerçants chefs d'entreprises	: 13 %	: 2 %
- cadres et professions intellectuelles supér.	: 9 %	: 4 %
- professions intermédiaires	: 8 %	: 10 %
- employés	: 16 %	: 24 %
- ouvriers	: 26 %	: 8 %
- retraités	: 0 %	: 0 %
- sans activité	: 17 %	: 48 %
- absence de renseignement	: 4 %	: 2 %

<u>Niveau d'instruction</u>	<u>père</u>	<u>mère</u>
- absence de scolarité	: 2 %	: 4 %
- enseignement primaire	: 20 %	: 18 %
- enseignement secondaire	: 37 %	: 45 %
- enseignement technique	: 16 %	: 6 %
- enseignement supérieur	: 10 %	: 11 %
- absence de renseignement (décès, refus, gêne...)	: 15 %	: 16 %

<u>Diplôme (le plus élevé)</u>	<u>père</u>	<u>mère</u>
- absence	: 21 %	: 27 %
- b.e.p.c	: 5 %	: 14 %
- c.a.p	: 28 %	: 13 %
- b.e.p	: 12 %	: 7 %
- baccalauréat	: 11 %	: 16 %
- diplôme d'université	: 8 %	: 7 %
- pas de renseignement	: 15 %	: 16 %

<u>Nombre de frère et de soeur</u>	
- 0	: 19 %
- 1	: 36 %
- 2 à 4	: 40 %
- 5 ou plus	: 4 %
- absence de renseignement	: 1 %

<u>Santé de la fratrie</u>	
- bonne	: 95 %
- malade	: 2 %
- décédé	: 2 %
- absence de renseignement	: 1 %

<u>Mode de garde</u>	
- mère ou père	: 67 %
- famille	: 15 %
- nourrice	: 7 %
- collectivité	: 8 %
- absence de renseignement	: 3 %

Habitat

- ville : 38 %
- campagne : 55 %
- absence de renseignement : 7 %
(S.D.F, refus, gêne ...)

Logement

- sans domicile fixe (S.D.F) : 2 %
- H.L.M : 11 %
- immeuble : 9 %
- maison : 62 %
- absence de renseignement : 16 %

- propriétaire : 42 %
- locataire : 33 %
- absence de renseignement : 25 %

Nombre de personnes par pièce

- 4 personnes par pièce ou plus : 4 %
- 2 personnes par pièce : 10 %
- 1,5 personnes par pièce : 11 %
- 1 personne par pièce : 24 %
- moins de 1 personne par pièce : 28 %
- absence de renseignement : 23 % .

Distance foyer médecin en kilomètre

- 0 à 5 : 61 %
- 6 à 15 : 28 %
- plus de 15 : 2 %
- absence de renseignement : 9 %
(+ nouveau né, S.D.F, vacancier...)

Distance foyer hôpital

- 0 à 5 : 20 %
- 6 à 15 : 13 %
- 16 à 30 : 30 %
- plus de 30 : 28 %
- absence de renseignement : 9 %
(+ nouveau né, S.D.F, vacancier...)

Nombre d'hospitalisation antérieure

- 0 : 50 %
- 1 : 28 %
- 2 ou 3 : 12 %
- plus de 3 : 9 %
- absence de renseignement : 1 %

Maladie (diabète, leucémie, handicap, mucoviscidose)

- oui : 15 %
- non : 81 %
- nouveau né : 4 %

Suivi (carnet de santé : vaccination à jour)

- oui : 78 %
- non : 4 %
- enfant trop petit pour être vacciné : 9 %
- absence de carnet de santé : 9 %

Enfant amené par

- famille : 80 %
- V.S.L : 2 %
- ambulance : 6 %
- S.A.M.U : 5 %
- pompiers : 2 %
- autres : 5 %

admission demandée par

- médecin traitant : 45 %
- médecin remplaçant : 9 %
- médecin de garde : 6 %
- spécialiste : 18 %
- P.M.I : 1 %
- famille
 - . directement : 19 %
 - . indirectement : 1 %
- assistante sociale : 1 %

- 80 % des enfants sont adressés par un médecin
- 41 médecins différents ont adressé un enfant

Date de l'admission

- jour de la semaine : 75 %
- samedi et dimanche : 25 %

Horaire de l'admission

- de 8 H à 18 H : 59 %
- après 18 H et avant 8 H : 41 %

Présence des parents à l'admission

- oui : 87 %
- non : 13 %

Comportement des parents à l'admission

- agressif : 1 %
- paniqué : 4 %
- angoissé : 24 %
- normal : 48 %
- sur protecteur : 2 %
- indifférent, passif : 1 %
- décontracté : 9 %
- inquiet : 5 %
- non présent : 13 %

Comportement des parents vis à vis de l'enfant

- autoritaire : 1 %
- sur protecteur : 8 %
- normal : 78 %
- non présent : 13 %

Les parents

- demandent à rester ou restent avec l'enfant : 67 %
- restent un peu puis s'en vont : 18 %
- s'en vont très rapidement : 2 %
- ne sont pas présents : 13 %

Etat de l'enfant à l'admission

- abattu : 14 %
- apeuré : 15 %
- paniqué : 4 %
- calme : 48 %
- coopérant : 20 %
- somnolent : 4 %
- énervé : 12 %
- pleurant : 36 %
- souriant : 18 %
- riant : 2 %

Présence des parents au cours de l'hospitalisation

- restent la nuit avec l'enfant : 60 %
- viennent voir l'enfant tous les jours ou presque : 19 %
- viennent voir l'enfant épisodiquement : 5 %
 - mais téléphonent
 - . tous les jours ou presque : 1/5
 - . épisodiquement : 3/5
 - . jamais : 1/5
- ne viennent jamais voir l'enfant : 7 %
 - mais téléphonent
 - . tous les jours ou presque : 4/7
 - . épisodiquement : 2/7
 - . jamais : 1/7
- l'enfant est resté hospitalisé quelques heures : 9 %

Traitement médicamenteux au cours de l'hospitalisation

- 37 % des enfants ne reçoivent pas de médicaments
- 37 % des enfants reçoivent des médicaments per os
- 26 % des enfants reçoivent des médicaments par voie intra veineuse

Kinésithérapie

- 20 % des enfants bénéficient de kinésithérapie

Surveillance (état de conscience , monitoring , T.A...)

- 48 % des enfants ont une surveillance rapprochée

Examens complémentaires réalisés au cours de l'hospitalisation

- 85 % des enfants ont eu un prélèvement de sang
- 48 % des enfants ont eu un examen cyto-bactériologique des urines
- 5 % des enfants ont eu une ponction lombaire
- 19 % une radiographie de l'abdomen sans préparation
- 53 % une radiographie pulmonaire
- 17 % une autre radiographie (crâne , membre ,)
- 19 % une échographie
- 10 % un fond d'oeil
- 10 % un électro-encéphalogramme
- 4 % un électro-cardiogramme
- 1 % une P.H métrie
- 8 % une consultation chirurgicale
- 16 % une consultation O.R.L
- 2 % une consultation psychiatrique
- 3 % une consultation autre (dermato. , stomato ..)

Sortie

- 93 % des enfants sont sortis vers leur domicile
- 6 % ont été transférés vers un autre hôpital
- 1 % des enfants sont décédés

Structure de relais

- | | |
|-----------------------------------|--------|
| - médecin traitant | : 85 % |
| - P.M.I | : 8 % |
| - transfert vers un autre hôpital | : 6 % |
| - enfant décédé | : 1 % |

Traitement de sortie

- 45 % des enfants sont sortis avec un traitement médicamenteux
- 9 % des enfants sont sortis avec une kinésithérapie à domicile
- 11 % avec des conseils hygiéno-diététiques uniquement

- 5 % des enfants seront revus en consultation pédiatrique
- 5 % seront revus en consultation chirurgicale
- 4 % au centre de guidance infantile (C.G.I)

Diagnostic final

- maladies de l'appareil digestif	: 26 %
- maladies pulmonaires	: 16 %
- maladies O.R.L	: 13 %
- traumatismes	: 9 %
- maladies neurologiques (comitialité..)	: 7 %
- intoxications	: 7 %
- problèmes socio-familiaux	: 6 %
- troubles métaboliques , immunitaires	: 4 %
- symptômes , signes	: 4 %
- maladies des organes génito-urinaires	: 2 %
- tumeurs	: 2 %
- maladies dermatologiques	: 2 %
- anomalies congénitales	: 1 %
- maladies de l'appareil circulatoire	: 1 %

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

-) VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

1 - résultats globaux

-) 2 - hospitalisation non justifiée et alter-
natives

21 - première alternative : consultation au
service des Urgences et sortie

22 - deuxième alternative : consultation ex-
terne

23 - troisième alternative : unité de sur-
veillance au sein du service des Urgen-
ces

3 - hospitalisation traditionnelle non justi-
fiée et alternatives

4 - hospitalisation prolongée

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

21. PREMIERE ALTERNATIVE - CONSULTATION AU SERVICE DES

URGENCES ET SORTIE : 9 % des observations

RESULTATS EN FONCTION DES DIFFERENTS CRITERES

Age

Parmi ces 9% d'observations

- 55,55 % des enfants sont agés de 0 à 12 mois
- 11,11 % des enfants sont agés de 13 à 36 mois
- 22,22 % des enfants sont agés de 37 mois à 5 ans
- 11,11 % des enfants sont agés de 6 à 10 ans
- 0 % de plus de 10 ans

A noter : les enfants de 0 à 12 mois sont tous agés de moins de 3 mois

Nationalité

tous les enfants sont français

Situation familiale

- 55,55 % des enfants ont leurs parents mariés
- 22,22 % ont leurs parents vivant en concubinage
- 11,11 % n'ont que le père ou la mère (parent isolé)
- 11,11 % ont leurs parents séparés ou divorcés

Profession de la mère

- 66,66 % des enfants ont leur mère sans profession
- 11,11 % ont leur mère travaillant comme employée
- 22,22 % ont leur mère exerçant une profession intermédiaire
- 0 % d'ouvrières , d'agricultrices , de cadres

Profession du père

- 55,55 % des enfants ont leur père au chômage
- 22,22 % ont leur père travaillant comme employé
- 11,11 % ont leur père exerçant une profession intermédiaire
- 11,11 % ont leur père artisan
- 0 % d'ouvriers , d'agriculteurs , de cadres

Santé des parents

- 22,22 % des enfants ont leur père ou leur mère malade

Fratrie

Parmi ces 9 % d'observations

- 33,33 % sont enfants uniques
- 44,44 % ont un frère ou une soeur
- 22,22 % ont 2 à 4 frères et soeurs

Mode de garde

- 66,66 % des enfants sont gardés par leurs parents
- 22,22 % des enfants sont gardés par la famille (grand mère , tante) ; les parents travaillant tous les deux
- 11,11 % des enfants ont une nourrice; les parents travaillant tous les deux

Habitat

- 77,77 % des enfants habitent en ville

- 44,44 % habitent en maison
- 22,22 % habitent en immeuble
- 22,22 % en H.L.M
- 11,11 % en maison maternelle

- 66,66 % sont locataires
- 22,22 % sont propriétaires
- 11,11 % autres (en maison maternelle)

- 55,55 % vivent dans des logements où il existe moins de 1 personne ou 1 personne par pièce
- 11,11 % 1,5 personnes par pièce
- 11,11 % 2 personnes par pièce
- 11,11 % 4 personnes par pièce
- 11,11 % sans réponse

Eloignement foyer - médecin

- 77,77 % habitent à 0 - 5 Kms de leur médecin
- 22,22 % habitent à 6 - 15 Kms de leur médecin
- 0 % à plus de 15 Kms de leur médecin

Eloignement foyer - hôpital

Parmi ces 9 % d'observations

- 55,55 % habitent à 0 - 5 Kms de l'hôpital
- 0 % habitent à 6 - 15 Kms de l'hôpital
- 11,11 % à 16 - 30 Kms de l'hôpital
- 33,33 % à plus de 30 Kms de l'hôpital

Hospitalisations antérieures

- 11,11 % des enfants n'ont jamais été hospitalisés
- 66,66 % des enfants ont été hospitalisés 1 fois
- 11,11 % ont été hospitalisés 2 ou 3 fois
- 11,11 % ont été hospitalisés plus de 3 fois

Adressé par

- 88,88 % sont amenés directement par la famille aux urgences
- 11,11 % sont adressés par un médecin (ici il s'agit de médecin installé depuis moins de 10 ans)

Jours et horaire d'arrivée

- tous les enfants sont arrivés aux urgences le samedi après midi ou le dimanche et/ou entre 18 heures et 20 heures ; donc pendant le service de garde .

Comportement des parents à l'entrée

- 44,44 % des parents avaient un comportement "normal"
- 44,44 % des parents étaient angoissés
- 11,11 % étaient "décontractés"

Diagnostic avant l'admission

- 33,33 % des enfants viennent pour hyperthermie
- 33,33 % viennent pour vomissement (s)
- 22,22 % viennent pour pleurs
- 11,11 % viennent pour toux

Diagnostic à l'admission

Parmi ces 9 % d'hospitalisations

- 33,33 % ont pour diagnostic : anxiété maternelle
- 33,33 % ont pour diagnostic : intolérance gastrique
- 33,33 % ont pour diagnostic : rhino-pharyngite

Traitement dans le service et surveillance

Parmi ces 9 % d'hospitalisations

- 66,66 % des enfants n'ont pas de traitement
- 33,33 % ont un traitement per os
- aucun enfant ne bénéficie de kinésithérapie
- aucun enfant n'a besoin de surveillance particulière

Examens complémentaires

Parmi ces 9 % d'hospitalisations

- 55,55 % des enfants ont eu un prélèvement sanguin
- 44,44 % des enfants ont eu une radiographie

Durée moyenne du séjour

- 44,33 heures
- 2,88 jours

Retour

- Tous ces enfants sont retournés à leur domicile
- 44,44 % de ces enfants seront suivis par la P.M.I

Diagnostic de sortie

Parmi ces 9 % d'hospitalisations le diagnostic retenu est dans :

- 33,33 % : problèmes sociaux ou angoisse parentale
- 22,22 % : gastro-entérite
- 22,22 % : infection virale O.R.L
- 11,11 % : otite suppurée
- 11,11 % : reflux gastro-oesophagien

Traitement à la sortie

Parmi ces 9 % d'hospitalisations

- 55,55 % des enfants sont sortis avec un traitement médicamenteux per os
- 22,22 % avec des conseils diététiques
- 22,22 % sans traitement

Aucun rendez-vous de consultation externe n'a été donné.

En pratique

- plus de la moitié des enfants sont âgés de moins de 3 mois et 8/9 sont âgés de moins de 5 ans
- tous sont français (problème du faible recrutement)
- 3/4 vivent avec les 2 parents
1/4 vivent qu'avec un seul parent
- 2/3 des enfants ont leur mère qui ne travaille pas
- plus de la moitié ont leur père au chômage
- pratiquement 1/4 des enfants ont un de leurs parents malade
- 1/3 des enfants sont uniques
- 2/3 sont gardés par leurs parents
1/3 sont gardés par leur famille ou la crèche car les 2 parents travaillent
- plus des 3/4 habitent en ville
- plus des 2/3 sont locataires
- plus de la moitié des enfants vivent dans des logements où il existe 1 pièce ou plus d'1 pièce par personne
A noter que les grandes maisons sont le plus souvent des fermes
- plus des 3/4 habitent à coté de leur médecin traitant
- plus de la moitié habitent près de l'hôpital
1/3 habitent à plus de 30 Kms de l'hôpital
- presque tous les enfants ont déjà été hospitalisés malgré leur jeune âge (en général pour des pathologies bénignes)
- presque tous les enfants sont amenés directement aux urgences par la famille

- tous les enfants sont arrivés pendant le service de garde .
- pratiquement la moitié des parents étaient angoissés à l'entrée .
- 4 diagnostics avant l'entrée : toux, pleurs , fièvre , vomissement .
- diagnostics non faits par l'interne à l'entrée :
 - . otite suppurée bilatérale
 - . reflux gastro-oesophagien
- 2/3 des enfants n'ont pas eu de traitement médicamenteux dans le service .
- plus de la moitié ont eu une analyse de sang .
- pratiquement la moitié ont eu une radiographie .
- aucun n'a nécessité une surveillance particulière ou une kinésithérapie .
- tous les enfants sont retournés chez eux .
- la P.M.I a été prévenue dans pratiquement la moitié des cas .
- la durée d'hospitalisation est , par rapport, à la durée moyenne de toutes les hospitalisations réduite de 1,5 .
Mais elle reste de 2,88 jours en raison d'une durée plus longue des hospitalisations où prédominent des problèmes socio-familiaux .
A noter que pour toutes les hospitalisations de plus de 2 jours , la P.M.I a été avertie (et non pour les autres) .
- plus de la moitié sont sortis avec un traitement médicamenteux .
1/4 avec des conseils diététiques .

REFLEXIONS

Pourquoi existe-t-il une majorité d'enfant en bas âge ?

- l'anxiété maternelle est le facteur principal qui incite les parents à amener directement leur enfant à l'hôpital .

En effet, il existe une relation affective mère-enfant très importante avant l'âge de 3 ans .

Cette anxiété sera majorée si :

- . l'enfant est le premier
 - . l'enfant a déjà été hospitalisé pour une pathologie grave (notamment en néonatalogie)
 - . l'enfant a des antécédents familiaux de convulsions , de mort subite
 - . l'enfant est malade la nuit, le week end
 - . l'hôpital se trouve loin du foyer familial.....
- la méconnaissance des règles hygiéno-diététiques .
- Des conseils doivent être donnés aux parents dès la maternité et à chaque consultation (préparation des biberons , ... , conduite à tenir devant une fièvre , devant une diarrhée ,)

Pourquoi les parents ne vont-ils pas consulter dans un premier temps le médecin généraliste ?

Malgré la proximité foyer-médecin généraliste , les familles amènent directement l'enfant aux urgences .

- pour les familles aux conditions socio-économiques très défavorisées qui n'ont pas l'Aide Médicale Gratuite , l'hôpital reste un endroit où l'enfant peut y être soigné gratuitement (consultation,médicaments..) Sur les 9 observations il a été demandé une fois l'Aide Médicale Gratuite .
- la non connaissance du médecin généraliste de garde favorise l'arrivée aux urgences, surtout lorsque l'hôpital est proche .
- la notion de l'urgence des parents est souvent différente de celle des médecins. La symptomatologie est souvent majorée par la panique : "mon enfant étouffe", "il vomit tous ses biberons".....

Pourquoi existe-t-il plus d'enfants de familles défavorisées ?

En effet , nous avons remarqué un taux de chômage plus important , des conditions socio-familiales difficiles dans la majorité des observations .

- pérennité de la notion hôpital = asile ?

- l'hôpital = solution de facilité :

- . présence en permanence aux urgences d'un personnel
- . regroupement de la consultation , de la biologie , de la radiographie,de la pharmacie en un même lieu
- . circuit de paiement plus simple , sans nécessité d'avancer l'argent de la consultation et des médicaments
- . le plus souvent l'enfant est déjà connu du service

Pourquoi hospitalise-t-on l'enfant lorsque celui-ci est
aux urgences ?

- lorsque l'enfant est adressé par un médecin traitant ,
il est difficile de ne pas l'hospitaliser (enfant vu
après crise, non connaissance de certains problèmes: in-
salubrité du milieu, milieu familial insouciant, enfant
en danger chez lui , problème déontologique) .
- l'interne de médecine générale de garde ou le faisant
fonction d'interne n'a le plus souvent qu'une forma-
tion théorique de la pédiatrie . Ce qui explique l'an-
goisse du jeune médecin face à l'enfant et les dia-
gnostics incertains .
- problèmes des infirmières du service des urgences non
formées aux prélèvements sanguins des enfants .
Lorsqu'un bilan biologique est demandé , l'enfant doit
monter dans le service de pédiatrie afin que la puéri-
cultrice réalise le prélèvement sanguin .

PROPOSITIONS AFIN D'EVITER CES HOSPITALISATIONS

- CREATION DE SERVICE D'URGENCES PEDIATRIQUES AVEC
UN PERSONNEL QUALIFIE
- FORMATION PRATIQUE DES INTERNES OBLIGATOIRE AVEC
CREATION DE POSTES PAR UN RACCOURCISSEMENT DE LA DU-
REE DES STAGES (3 MOIS)
- CONSEILS HYGIENO-DIETETIQUES DONNES AUX PARENTS DES
LA MATERNITE ET A CHAQUE CONSULTATION
- OBTENIR L'AIDE MEDICALE GRATUITE POUR LES FAMILLES
SANS RESSOURCES
- OBTENIR LA PERMANENCE DU RELAIS A DOMICILE

22. DEUXIEME ALTERNATIVE - CONSULTATION EXTERNE SUIVIE

EVENTUELLEMENT D'UNE HOSPITALISATION DE JOUR

: 7 % des observations

RESULTATS EN FONCTION DES DIFFERENTS CRITERES

Age

Parmi ces 7 % d'observations

- 28,57 % des enfants sont agés de 0 à 12 mois
- 14,28 % sont agés de 13 à 36 mois
- 28,57 % sont agés de 37 mois à 5 ans
- 14,28 % sont agés de 6 à 10 ans
- 14,28 % sont agés de plus de 10 ans

Nationalité

- tous les enfants sont français

Situation familiale

- 71,42 % des enfants ont leurs parents mariés
- 28,57 % ont leurs parents vivant en concubinage
- 0 % n'ont que le père ou la mère (parent isolé)
- 0 % ont leurs parents divorcés ou séparés

Profession de la mère

- 71,42 % ont leur mère sans profession
- 14,28 % ont leur mère travaillant comme employée
- 14,28 % ont leur mère exerçant une profession intermédiaire
- 0 % d'ouvrières , d'agricultrices , de cadres

Profession du père

- 71,42 % ont leur père au chômage
- 14,28 % ont leur père exerçant la profession de cadre.....
- 14,28 % ont leur père exerçant la profession d'employé
- 0 % d'ouvriers , d'agriculteurs

Diplome du père

Parmi ces 7 % d'hospitalisations

- 57,14 % n'ont pas de diplome
- 14,28 % ont le b.e.p.c
- 14,28 % ont un c.a.p
- 0 % un b.e.p
- 14,28 % le baccalauréat
- 0 % un diplome d'université

Diplome de la mère

- 57,14 % n'ont pas de diplome
- 0 % ont le b.e.p.
- 28,57 % ont un c.a.p
- 0 % un b.e.p
- 0 % le baccalauréat
- 14,28 % ont un diplome d'université

Santé du père

- 28,57 % ont un père malade

Santé de la mère

- 28,57 % ont une mère malade

Fratrie

- 28,57 % sont enfants uniques
- 28,57 % ont un frère ou une soeur
- 42,85 % ont 2 à 4 frères et soeurs

Mode de garde

- 85,71 % sont gardés par leurs parents
- 14,28 % sont gardés par la famille

Habitat

- 57,14 % des enfants habitent en ville
- 57,14 % habitent en maison
- 42,85 % en H.L.M
- 57,14 % sont locataires
- 71,42 % vivent dans des logements où il existe moins de 1 personne ou 1 personne par pièce
- 14,28 % 1,5 personnes par pièce
- 14,28 % 2 personnes par pièce

Eloignement foyer - médecin

Parmi ces 7 % d'hospitalisations

- 71,42 % habitent à 0 - 5 Kms de leur médecin
- 28,57 % habitent à 6 - 15 Kms de leur médecin
- 0 % à plus de 15 Kms

Eloignement foyer - hôpital

- 42,85 % habitent à 0 - 5 Kms de l'hôpital
- 14,28 % habitent à 6 - 15 kms de l'hôpital
- 14,28 % à 16 - 30 Kms de l'hôpital
- 28,57 % à plus de 30 kms

Adressé par

- 100 % adressés par un médecin
(sur 7 enfants , 7 médecins différents)
- 71,42 % adressés par le médecin traitant
- 14,28 % par un médecin remplaçant
- 14,28 % par un médecin de P.M.I

Hospitalisations antérieures

- 57,14 % des enfants n'ont jamais été hospitalisés
- 14,28 % ont été hospitalisés 1 fois
- 0 % 2 ou 3 fois
- 28,57 % plus de 3 fois

Jours et horaire d'entrée

- tous les enfants sont arrivés en dehors du samedi ou du dimanche
- 85,71 % de 8 Heures à 18 heures
- 14,28 % après 18 heures et avant 8 heures

Traitement dans le service et surveillance

- 57,14 % des enfants n'ont pas eu de traitement
- 42,85 % ont eu un traitement per os
- aucun enfant n'a nécessité une surveillance particulière
- 85,71 % des enfants ont bénéficié d'une kinésithérapie

Examens complémentaires

- tous les enfants ont eu un prélèvement sanguin

- 85,71 % des enfants ont eu une radiographie

Diagnostics

- 1 - diagnostic avant l'admission (donné par le médecin généraliste)
- 2 - diagnostic à l'admission (donné par l'interne du service de pédiatrie)
- 3 - diagnostic de fin d'hospitalisation (donné par le pédiatre)

Cas n01

- 1 - pneumopathie gauche (médecin remplaçant)
- 2 - pneumopathie gauche
- 3 - bronchite

Cas n02

- 1 - cris (médecin traitant)
- 2 - douleurs abdominales - rhinopharyngite
- 3 - rhinopharyngite - carences familiales majeures - retard global du développement

Cas n03

- 1 - hyperthermie au long cours (médecin traitant)
- 2 - hyperthermie au long cours
- 3 - lymphocytose avec leucocytose sans signes inflammatoires

Cas n04

- 1 - abcès de la fesse droite (médecin traitant)
- 2 - abcès de la fesse droite
- 3 - abcès de la fesse droite- encéphalopathie grabataire

Cas n05

- 1 - trouble du comportement - problèmes familiaux (médecin de P.M.I)
- 2 - trouble du comportement - problèmes familiaux
- 3 - trouble du comportement - problèmes psycho-affectifs

Cas n06

- 1 - hyperthermie depuis 8 jours (médecin traitant)
- 2 - hyperthermie depuis 8 jours
- 3 - bilan négatif - virose probable en fin d'évolution

Cas n07

- 1 - éruption pétéchiiale (médecin traitant)
- 2 - purpura rhumatöide
- 3 - purpura rhumatöide

Sortie

- tous les enfants sont rentrés chez eux
- la P.M.I a été prévenue dans 14,28 % des cas
- 28,57 % des enfants ont été orientés vers le centre de guidance infantile

Sortie

- 71,42 % sortent sans traitement
- 28,57 % sortent avec un traitement médicamenteux per os

Durée moyenne du séjour

- 42,14 heures
- 2,57 jours

En pratique

- répartition un peu près homogène des hospitalisations en fonction de l'âge
- tous sont français
- tous les enfants vivent avec les 2 parents
- plus des 2/3 des enfants ont leur père au chômage
- plus des 2/3 des enfants ont leur mère qui ne travaille pas
- plus de 1/4 des enfants ont leur père ou leur mère malade
- tous les enfants sont gardés par leur famille
- plus de la moitié habitent en ville
- plus de la moitié sont locataires
- plus des 2/3 habitent près de l'hôpital
- 3/7 habitent à plus de 16 Kms de l'hôpital
- tous les enfants sont adressés par un médecin
- 3/7 ont déjà été hospitalisés au moins 1 fois
- tous les enfants sont arrivés en dehors du samedi et du dimanche
- plus de la moitié n'ont pas bénéficié de traitement médicamenteux
- aucun enfant n'a nécessité une surveillance particulière
- tous les enfants ont eu un prélèvement sanguin
- presque tous une radiographie
- une structure de relais (C.G.I ,P.M.I) a été prévue dans 2/7 cas

- 2/7 diagnostics établis par le médecin traitant
- 2 diagnostics supplémentaires établis par l'interne du service de pédiatrie sans examens complémentaires
- 3 autres diagnostics établis par le pédiatre après examens biologiques et/ou radiographiques
- tous les enfants sont rentrés chez eux
- un peu plus d'1/4 des enfants sortent avec un traitement médicamenteux
- la durée moyenne d'hospitalisation est, par rapport, à la durée moyenne de toutes les hospitalisations réduite de 1,75

REFLEXIONS

Pourquoi, parmi les 7 enfants de ce groupe , a-t-on fait hospitalisé 2 enfants alors que le diagnostic avait été établi par le médecin traitant ?

- en raison d'une incertitude de diagnostic ?
- en raison d'un désir d'avis spécialisé ou d'examens complémentaires ?
- en raison d'une nécessité d'éloigner l'enfant de son milieu familial ?
 - . face à une "crise" familiale (incarcération ..)
 - . problème des enfants encéphalopathes demandant des soins "lourds" à la famille même lors d'une pathologie bénigne (d'autant plus qu'il s'agit, ici, d'une famille nombreuse aux parents chômeurs et malades)

A noter dans ces 2 observations une durée d'hospitalisation courte de 1 et 2 jours .

Afin d'éviter ces hospitalisations , il aurait été souhaitable que les familles obtiennent, rapidement , l'aide d'une puéricultrice de secteur et éventuellement d'une aide familiale . Ces aides peuvent être demandées directement par le médecin traitant ou après consultation externe .

Cette alternative est limitée par un effectif insuffisant de personnel (puéricultrice , travailleuses familiales ...) qui par voie de conséquence allonge le délai de prise en charge .

Par ailleurs , il est possible d'adresser directement un enfant en consultation pédo-psychiatrique .

3 diagnostics ont été établis après des examens complémentaires simples (biologiques et radiologiques) .

Ces examens auraient pu être réalisés en consultation externe ou en hospitalisation de jour .

Nota bene : la durée de ces hospitalisations est courte (3 H , 8 H et 29 H)

Pour limiter ces hospitalisations , il faudrait informer les médecins généralistes de l'existence de ces alternatives , les encourager en travaillant en étroite collaboration avec eux (redonner le relais , immédiatement après la consultation , au médecin traitant ; nécessité d'un secrétariat performant) , augmenter la disponibilité des médecins hospitaliers afin de pouvoir obtenir dans la journée une consultation spécialisée , posséder un plateau technique efficace .

Les 2 derniers diagnostics établis cliniquement par l'interne du service de pédiatrie prouvent l'efficacité des stages de pédiatrie , ceux ci concourent, par voie de conséquence , à une meilleure formation des médecins généralistes .

PROPOSITIONS AFIN D'EVITER CES HOSPITALISATIONS

- OBTENIR DES SERVICES DE P.M.I ET D'AIDES SOCIALES A L'ENFANCE PLUS PERFORMANTS EN CREANT DES POSTES DE PUERICULTRICE , DE TRAVAILLEURS SOCIAUX

Mais la politique actuelle va à l'encontre du développement de ces services .

- DEVELOPPER L'INFORMATION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES CONSULTATIONS EXTERNES ET LES HOSPITALISATIONS DE JOUR .
- FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES CONSULTATIONS EXTERNES ET DES HOSPITALISATIONS DE JOUR EN AUGMENTANT LA DISPONIBILITE DES MEDECINS , DES PARA-MEDICAUX , DU PLATEAU TECHNIQUE ... , DU SECRETARIAT , EN OBTENANT LA CONFIANCE DES MEDECINS GENERALISTES PAR UNE GRANDE EFFICACITE DE CES SERVICES , PAR UN RELAIS RAPIDE DONNE AU MEDECIN TRAITANT .

23. TROISIEME ALTERNATIVE - UNITE DE SURVEILLANCE AU SEIN
DU SERVICE DES URGENCES OU SURVEILLANCE A DOMICILE

: 3 % des observations

RESULTATS EN FONCTION DES DIFFERENTS CRITERES

Age

Parmi ces 3 % d'hospitalisations

- 2 enfants sont agés de 13 à 36 mois
- 1 est agé de 37 mois à 5 ans

Nationalité

- tous sont français

Situation familiale

- tous les enfants ont leurs parents mariés

Profession des parents

- tous les pères travaillent
- 1 mère ne travaille pas

- 1 artisan
- 2 cadres et professions intellectuelles supérieures
- 1 profession intermédiaire
- 1 ouvrier

Diplomes des parents (diplôme le plus élevé)

- 1 B.T.S
- 1 B.E.P
- 1 baccalauréat
- 3 diplômes d'université

Fratrie

- 1 enfant est enfant unique
- 1 enfant à 1 frère ou 1 soeur
- 1 enfant à 2 à 4 frères et soeurs

Mode de garde

- 1 enfant est gardé par les parents
- 1 enfant est gardé par la famille
- 1 enfant est gardé par une nourrice

Habitat

- 2 enfants habitent à la campagne
- 1 enfant habite en ville

Eloignement foyer - médecin

- 2 enfants habitent à 0 - 5 Kms de leur médecin
- 1 enfant habite à 6 - 15 Kms de son médecin

Eloignement foyer - hôpital

- 1 habite à 0 - 5 Kms de l'hôpital
- 1 habite à 6 - 15 Kms
- 1 habite à plus de 30 Kms

Adressé par

- 2 enfants sont adressés directement par la famille
 - . 1 par la mère
 - . 1 par la grand-mère
- 1 enfant est adressé par le médecin traitant

Hospitalisations antérieures

- 1 enfant n'a jamais été hospitalisé
- 2 enfants ont déjà été hospitalisés 1 fois

Jours et horaire d'entrée

- tous les enfants sont arrivés en dehors du samedi ou du dimanche
- tous sont arrivés en debut d'après midi (13H,14H,14H)

Comportement des parents à l'entrée

- 2 enfants avaient des parents angoissés
- 1 enfant avait des parents calmes

Comportement des enfants à l'entrée

- 2 enfants étaient calmes et souriants
- 1 enfant était ennervé

Motif d'hospitalisation

- 1 ingestion d'eau de javel diluée ?
- 1 ingestion de Silomat ?
- 1 ingestion de 1 comprimé de ?

Diagnostic à l'admission

- tous les enfants ne présentent pas de signes d'intoxication

Diagnostic de sortie

- ingestion de sans signe d'intoxication chez tous les enfants

Traitement et surveillance dans le service

- aucun enfant n'a bénéficié d'un traitement
- aucun enfant n'a nécessité une surveillance intensive

Examens complémentaires

- aucun enfant a eu un prélèvement de sang
- 1 enfant a eu une radiographie pulmonaire

Durée d'hospitalisation

- 2 heures 30
- 5 heures
- 21 heures (enfant adressé par le médecin traitant)

En pratique

- tous les enfants ont moins de 5 ans
- tous sont français
- tous ont des parents mariés
- 5/6 parents travaillent
- tous les parents sont diplômés
- tous sont arrivés en début d'après midi en dehors du samedi ou du dimanche
- tous les enfants n'ont eu ni traitement ni prélèvement de sang ni surveillance intensive
- durée d'hospitalisation courte pour 2 enfants
- 1 enfant est resté la nuit (enfant adressé par son médecin traitant)
- tous les enfants sont sortis sans traitement

REFLEXIONS

Pourquoi hospitalise-t-on un enfant qui ne présente pas de signes d'intoxications ?

- en raison de l'incertitude de l'ingestion du produit ; l'enfant est gardé en surveillance afin de s'assurer de l'absence de signe d'intoxication secondaire
- le médecin traitant a demandé la surveillance . Il est difficile et non déontologique de renvoyer l'enfant chez lui (contexte familial et socio-économique connu du médecin généraliste et non connu de l'hôpital)
- en raison de l'angoisse des parents avec sentiment de culpabilité

Afin d'éviter ces hospitalisations , il pourrait être crée une unité de surveillance au sein même du service des urgences permettant de garder un enfant en surveillance quelques heures ,si nécessaire, et donc d'éviter l'hospitalisation .

Ce service pourrait être élargi aux surveillances de traumatismes crâniens , de douleurs abdominales

Si le milieu familial le permet , la surveillance de l'enfant se fera chez lui notamment si l'intoxication a eu lieu le matin ou en début d'après midi .

La surveillance nocturne est plus difficile à réaliser (état de conscience d'un enfant qui dort ? ,angoisse des parents majorée la nuit) .

Afin de prévenir ces intoxications et par voie de conséquence , éviter ces hospitalisations , il faut en permanence éduquer toutes les familles , dès la maternité et à chaque consultation , sur la nécessité de mettre "sous clé" ou hors de portée des enfants les médicaments , les produits ménagers (entre autres) .

Existe-t-il un lien entre le milieu familial et la fréquence des intoxications ?

On peut remarquer , ici , que les enfants sont tous issus d'un milieu familial favorisé .

- problème du faible recrutement : 3 enfants
- les parents consultent-ils toujours un médecin lors de ces intoxications ?
- nécessité d'éduquer toutes les familles et sans exception

PROPOSITIONS AFIN D'EVITER CES HOSPITALISATIONS

- CREATION D'UNITE DE SURVEILLANCE AU SEIN DES SERVICES D'URGENCES
PROBLEME DE COUT ELEVE DE CES SERVICES D'URGENCES PEDIATRIQUES DEVANT LA NECESSITE D'UNE PERMANENCE QUALIFIEE 24 HEURES SUR 24.
- POURSUIVRE L'EDUCATION DES PARENTS DES LA MATERNITE ET A CHAQUE CONSULTATION AFIN D'EVITER, ENTRE AUTRES, LES ACCIDENTS DOMESTIQUES

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

-) VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

1 - résultats globaux

2 - hospitalisation non justifiée et alter-
natives

-) 3 - hospitalisation traditionnelle non justi-
fiée et alternatives

31 - première alternative : hospitalisation
de jour (H.J)

32 - deuxième alternative : hospitalisation
à domicile (H.A.D)

33 - autres alternatives non mises en évi-
dence dans l'enquête

. soins à domicile

. aide respiratoire à domicile

. hémodialyse à domicile

. nutrition entérale et para entérale
à domicile , , placements

4 - hospitalisation prolongée

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

31. PREMIERE ALTERNATIVE - HOSPITALISATION DE JOUR

PRECEDEE D'UNE CONSULTATION EXTERNE

: 9 % des observations

RESULTATS EN FONCTION DES DIFFERENTS CRITERES

Age

parmi ces 9 % d'hospitalisations

- 0 % des enfants ont de 0 à 12 mois
- 22,22 % ont de 13 à 36 mois
- 33,33 % ont de 37 mois à 5 ans
- 11,11 % ont de 6 à 10 ans
- 33,33 % ont plus de 10 ans

Nationalité

tous sont français

Situation familiale

- 66,66 % des enfants ont leurs parents mariés
- 22,22 % ont leurs parents vivant en concubinage
- 11,11 % n'ont qu'un parent (parent isolé)
- 0 % ont leurs parents séparés ou divorcés

Profession de la mère

- 55,55 % ont une mère sans profession
- 11,11 % ont une mère exerçant la profession d'employée
- 11,11 % ont une mère exerçant une profession intermédiaire
- 22,22 % ont une mère ouvrière
- 0 % d'agricultrice , de cadre

Profession du père

- 22,22 % ont un père artisan , commerçant ou chef d'entreprise
- 22,22 % ont un père exerçant une profession intermédiaire
- 11,11 % ont un père exerçant la profession d'employé
- 33,33 % ont un père ouvrier
- 0 % d'agriculteur , de cadre et profession supérieure

Santé des parents

- tous les parents sont en bonne santé

Diplome du père (diplome le plus élevé)

- 66,66 % des pères ont un C.A.P
- 11,11 % ont un B.E.P
- 11,11 % ont un diplôme d'université
- 11,11 % absence de renseignement

Diplome de la mère

- 33,33 % des mères n'ont pas de diplome
- 22,22 % des mères ont le B.E.P.C
- 22,22 % ont un C.A.P
- 11,11 % ont un B.E.P
- 11,11 % ont un diplôme d'université

Fratrerie

- 22,22 % des enfants sont enfants uniques
- 44,44 % des enfants ont un frère ou une soeur
- 33,33 % ont 2 à 4 frères et soeurs

- tous les frères et soeurs sont en bonne santé

Mode de garde

- 55,55 % des enfants sont gardés par les parents
- 33,33 % sont gardés par la famille
- 11,11 % sont gardés en collectivité

Habitat

- 66,66 % des enfants habitent à la campagne
- 33,33 % des enfants habitent en ville

- 66,66 % des parents sont propriétaires du logement
- 33,33 % sont locataires

- 11,11 % habitent en H.L.M
- 11,11 % en immeuble
- 77,77 % dans une maison

- 77,77 % vivent dans des logements où il existe moins de 1 personne ou 1 personne par pièce
- 11,11 % 1,5 personnes par pièce
- 11,11 % 2 personnes par pièce

Eloignement foyer - médecin

- 77,77 % habitent à 0 - 5 Kms de leur médecin
- 11,11 % habitent à 6 - 15 Kms de leur médecin
- 11,11 % habitent à plus de 15 Kms de leur médecin

Eloignement foyer - hôpital

- 22,22 % des enfants habitent à 6 - 15 Kms de l'hôpital
- 66,66 % habitent à 16 - 30 Kms de l'hôpital
- 11,11 % habitent à plus de 30 Kms de l'hôpital

Adressé par

- tous les enfants sont adressés par un médecin
- 9 médecins différents pour 9 enfants

Hospitalisations antérieures

- 44,44 % des enfants n'ont jamais été hospitalisés
- 33,33 % ont été hospitalisés 1 fois
- 22,22 % ont été hospitalisés 2 à 3 fois

Jours et horaire d'entrée

- tous les enfants sont arrivés en dehors du samedi ou du dimanche
- tous sont arrivés le matin ou en tout début d'après midi

Comportement des parents à l'entrée

- 88,88 % avaient des parents calmes
- 11,11 % avaient des parents angoissés

Comportement des enfants à l'entrée

- 88,88 % des enfants étaient calmes
- 11,11 % des enfants étaient paniqués (ceux dont les parents étaient angoissés à l'entrée)

Motif d'hospitalisation

- arthralgie et purpura
- boiterie gauche
- tumeur rénale gauche
- syndrome méningé
- syndrome appendiculaire
- syndrome appendiculaire
- douleur abdominale
- douleur abdominale
- douleur abdominale

Diagnostic à l'admission

- purpura rhumatoïde
- virose
- néphroblastome ?
- virose
- syndrome appendiculaire
- syndrome appendiculaire
- constipation , angine
- affection O.R.L
- douleur abdominale

Diagnostic de sortie

- purpura rhumatoïde
- virose , boiterie : bilan négatif
- néphroblastome ?
- pharyngite
- douleur abdominale : bilan négatif
- entérite aigüe
- angine
- broncho-pneumopathie récidivante : reflux gastro-oeso-phagien
- douleur abdominale : bilan négatif

Traitement dans le service et surveillance

- 44,44 % des enfants n'ont pas eu de traitement
- 55,55 % ont eu un traitement per os

- 11,11 % ont bénéficié de kinésithérapie respiratoire

- aucun enfant n'a eu besoin d'une surveillance particulière en dehors d'1 enfant (bandelette à chaque miction)

Examens complémentaires

- tous les enfants ont eu un prélèvement sanguin

- 88,88 % des enfants ont eu d'autres explorations (radiographie , échographie , consultation O.R.L , avis chirurgical ...)

Durée moyenne du séjour

- 49,11 heures
- 2,88 jours

Remarque : 1 enfant issu d'un milieu très défavorisé est resté hospitalisé 12 jours .
Sans cet enfant la durée d'hospitalisation serait de

: 19,25 heures
: 1,75 jours

En pratique

- absence d'enfants de moins de 1 an
- tous les enfants sont français
- presque tous vivent avec leurs 2 parents
- tous les pères travaillent
- un peu plus de la moitié des mères ne travaillent pas
- pas de problème de santé chez les parents et les frères et soeurs
- presque tous les enfants sont gardés par les parents ou la famille
- 2/3 des enfants habitent à la campagne
- 3/4 habitent dans une maison
- 2/3 des parents sont propriétaires
- 3/4 des enfants vivent dans des logements où il existe moins de 1 personne ou 1 personne par pièce
- 3/4 des enfants habitent à plus de 15 Kms de l'hôpital
- tous sont adressés par un médecin généraliste
- pratiquement la moitié des enfants n'a jamais été hospitalisée
- tous les enfants sont arrivés en dehors du samedi ou du dimanche, dans la matinée ou en tout début d'après-midi
- tous les enfants ont eu un prélèvement de sang
- presque tous ont eu d'autres examens para-cliniques
- pratiquement la moitié des enfants n'a pas eu de traitement médicamenteux
- hospitalisation relativement courte (19,25 H) en dehors d'un enfant issu d'un milieu familial très défavorisé

REFLEXIONS

Malgré des motifs d'hospitalisation pouvant faire évoquer des pathologies graves (méningite, épiphysiolyse , ostéo-chondrite de hanche ... , tumeur néoplasique , appendicite aigüe) , les enfants auraient pu bénéficier d'une hospitalisation de jour en raison :

- du jour d'admission

Le service des hospitalisations de jour fonctionne du lundi au samedi .

- de l'horaire d'admission

Tous les enfants sont arrivés soit le matin soit en tout début d'après-midi .

- du milieu familial

Parents ou familles disponibles et aptes à prendre en charge leur enfant malade (surveillance et traitement)
En effet , tous les enfants (sauf un) ont eu leur père ou leur mère auprès d'eux jours et nuits .

- des examens para-cliniques

Tous les enfants ont eu des examens complémentaires réalisables dans la journée (biologie, radiographie , échographie) .

Il est possible que les enfants n'aient pas bénéficié de l'hospitalisation de jour en raison de sa création récente .

En effet les médecins généralistes ignorent peut-être son existence ? Perçoivent-ils cette alternative comme une concurrence à la médecine de ville ?

Une information auprès des médecins généralistes concourrait à développer l'hospitalisation de jour .

Les avantages de cette alternative sont multiples :

- pour les enfants

Cette forme d'hospitalisation évite les traumatismes affectifs secondaires au maintien prolongé de l'enfant à l'hôpital , évite "l'abandon" de l'enfant lorsque la mère ne peut pas se rendre à l'hôpital (absence de moyens de transport , présence de frères et soeurs au foyer familial....)

- pour le médecin généraliste

Grâce au relais immédiat, le médecin réalise le suivi de l'enfant. L'hôpital a , ici , un rôle de diagnostic et de traitement .

- pour l'économie de la santé

Bien que le prix de journée soit quasiment le même , l'hospitalisation de jour est moins coûteuse qu'une hospitalisation traditionnelle dans la mesure où elle permet d'écourter le séjour à l'hôpital .

PROPOSITIONS AFIM D'EVITER CES HOSPITALISATIONS

- DEVELOPPER LES HOSPITALISATIONS DE JOUR EN INFORMANT LES MEDECINS DE LEUR EXISTENCE ET EN OBTENANT LEUR CONFIANCE PAR UNE GRANDE DISPONIBILITE , PAR UNE EFFICACITE DIAGNOSTIC ET THERAPEUTIQUE , PAR UN RELAIS IMMEDIAT DONNE AU GENERALISTE .

32. DEUXIEME ALTERNATIVE - HOSPITALISATION A DOMICILE

: 3 % des observations

En raison du nombre limité de cas et de l'exposition précédente des 3 observations (n°17 et n°18), il n'a pas été réalisé de statistiques .

Dans ces 3 cas , une hospitalisation à domicile aurait pu être envisagée ; malheureusement ce service est inexistant à Tulle et les enfants habitent à plus de 15 Kms de l'hôpital .

PROPOSITIONS AFIN D'EVITER CES HOSPITALISATIONS TRADITIONNELLES

- CREER UN SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE ET DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE CAPABLES , ENTRE AUTRES , DE PRENDRE EN CHARGE UN ENFANT TRES RAPIDEMENT ET HABITANT LOIN DE L'HOPITAL
- AVOIR RECOURS, SI POSSIBLE , A L'HOSPITALISATION A DOMICILE APRES UNE HOSPITALISATION COURTE AFIN D'EVITER QUE L'ENFANT PERDE SA PLACE AU SEIN DE SA FAMILLE
- INFORMER LE SECTEUR PRIVE ET LUTTER CONTRE L'IDEE :
H.A.D = CONCURRENCE A LA MEDECINE DE VILLE
LE MEDECIN RESPONSABLE EST CHOISI PAR LA FAMILLE
LES INFIRMIERES LIBERALES PEUVENT PARTICIPER AUX SOINS ET SONT RENUMEREES PAR L'H.A.D .

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

-) VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

1 - résultats globaux

2 - hospitalisation non justifiée et alter-
natives

3 - hospitalisation traditionnelle non justi-
fiée et alternatives

-) 4 - hospitalisation prolongée

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

HOSPITALISATION PROLONGEE

: 3 % des observations

Ces 3 observations ont été exposées précédemment (n°19
n°20 et n°21) .

Au total :

- une hospitalisation prolongée de 6 jours en raison de l'état de santé de la mère .
- une hospitalisation prolongée de 1 journée en raison des limites de la structure de relais (absence d'infirmière le samedi et le dimanche dans le centre où vit l'enfant) .
- une hospitalisation prolongée de 1 journée en raison de l'impossibilité à joindre les parents .

PROPOSITIONS AFIN D'EVITER CES HOSPITALISATIONS

- PENSER AUX ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE (INFIRMIERE , SOINS, HOSPITALISATION A DOMICILE ; HOSPITALISATION DE JOUR) SANS AVOIR RECOURS SYSTEMATIQUENENT A CES ALTERNATIVES .
EXEMPLE: une hospitalisation prolongée peut être mieux vécue par l'enfant qu'un placement transitoire .
CHAQUE ENFANT EST UN CAS PARTICULIER .
- OBTENIR IMPERATIVEMENT UN NUMERO DE TELEPHONE OU L'ON POURRA JOINDRE LES PARENTS A TOUT MOMENT DE LA JOURNEE

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE
ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI-
TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

1 - résultats globaux

2 - hospitalisation non justifiée et alter-
natives

3 - hospitalisation traditionnelle non justi-
fiée et alternatives

4 - hospitalisation prolongée

-) CONCLUSION

- L'hospitalisation injustifiée à travers la littéra-
ture
- L'hospitalisation injustifiée et la loi
- L'hospitalisation injustifiée et la sécurité sociale
- L'hospitalisation injustifiée et une certaine presse
- L'hospitalisation injustifiée en 1990 : conclusion
de l'étude

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

L'HOSPITALISATION "INJUSTIFIEE" A TRAVERS LA LITTERATURE

En 1968, B. Melekian et J. Salet étudiaient les dossiers de 316 nourrissons âgés de 0 à 18 mois hospitalisés dans leur service à l'hôpital Trousseau à Paris .

Les conclusions de leur étude portées dans un article de 1972 intitulé : "hospitalisations abusives en pédiatrie" étaient les suivantes : (35)

" L'hôpital n'est plus, comme au siècle dernier, un lieu d'accueil et de soins pour nécessiteux , mais un centre spécialisé , pour lequel des investissements coûteux ont été consentis par la collectivité pour le diagnostic et le traitement de maladies sérieuses et pour l'enseignement de futurs médecins . Le prix de revient d'une telle organisation est incompatible avec son fonctionnement tel qu'il est conçu actuellement, sous peine d'entraîner un gaspillage énorme des deniers publics hors de proportion avec le service rendu". "Il est certain que la collectivité ne peut indéfiniment tolérer que le coût total d'une maladie bénigne de l'enfance traitée à l'hôpital soit 5 à 6 fois supérieur à celui de son traitement à domicile. Le poids supplémentaire des prolongations inutiles d'hospitalisation , bien que plus difficile à évaluer, est également considérable. Les principales causes de ce gaspillage nous ont paru relever de deux grandes sources :

- 1) les conditions socio-économiques défavorables de certaines familles
- 2) une organisation hospitalière et sanitaire déficiente et irrationnelle, dont tous, médecins, administrateurs, organismes de sécurité sociale, pouvoirs publics sont, à des degrés divers , responsables ."

En 1976 , A. Frederick North a dressé pour l'Académie américaine de Pédiatrie , la liste des conditions qui imposent l'hospitalisation : (36)

- 1) toutes les interventions nécessitant une anesthésie générale (chirurgie générale , O.R.L ...) ;
- 2) soins et surveillance intensive après un traumatisme crânien, une intoxication , ;
- 3) toutes les affections nécessitant des traitements par voie intra-veineuse (perfusions , cathéters ..) ;
- 4) traitements respiratoires nécessitant oxygène , intubation , canules , tentes , respirateurs mécaniques , aspirations de mucosités , ;
- 5) affections nécessitant des soins de nursing fréquents et délicats ou des techniques spéciales: alimentation par gavage, soins après brûlures étendues, affections cutanées sévères , ... ;
- 6) enfants en danger chez eux : suspicion d'intoxication chronique , suspicion d'enfants battus ou négligés, ..
- 7) nécessité de mise en observation: troubles du comportement , études biologiques ou hormonales (bilans...)
- 8) menace ou tentative de suicide ;
- 9) création de la relation mère-enfant à la période néonatale .

En 1977, Claude Guyot soutenait sa thèse dont l'intitulé était le suivant : l'hospitalisation médicalement injustifiée en Pédiatrie . Cette thèse était réalisée à la suite d'une enquête rétrospective portant sur 1118 hospitalisations dans le service de pédiatrie du C.H.U de Nantes en 1974 .(11)

C. Guyot retenait 4 facteurs d'estimation de la justification médicale de l'hospitalisation :

- 1) gravité de l'état de l'enfant à l'entrée
La gravité est basée sur l'existence de faits cliniques précis recherchés lors de l'examen somatique d'entrée et notés dans l'observation .
- 2) nécessité d'examens complémentaires spécialisés à pratiquer rapidement :
 - . ponction lombaire
 - . hémocultures
 - . bilans ioniques et gazeux
- 3) l'urgence de la thérapeutique spéciale
 - . oxygénothérapie
 - . perfusion intra-veineuse
 - . traitement d'un état convulsif
 - . défaillance cardiaque
 - . antibiothérapie massive et polyvalente
 - . traitement d'un collapsus
 - . probabilité d'une éventuelle sanction chirurgicale
- 4) l'aspect astreignant et/ou lourd de certaines thérapeutiques et de certains examens complémentaires

L'auteur dénombrait 302 hospitalisations médicalement non justifiées et 816 hospitalisations médicalement justifiées, ainsi plus du quart étaient des hospitalisations médicalement "abusives" . Il soulignait l'influence des facteurs sociaux comme déterminants majeurs d'hospitalisations cependant nécessaires . Il proposait afin de réduire ces hospitalisations abusives une modification de l'organisation hospitalière , une amélioration de l'information sanitaire et surtout des conditions socio-économique .

En 1984 , L.Rossant écrivait en introduction d'un livre intitulé l'hospitalisation des enfants : (37)

"l'analyse des motifs d'hospitalisation fera apparaître, à côté des enfants réellement malades , toute une population infantile dont la présence à l'hôpital n'est pas motivée par des raisons proprement médicales mais malheureusement socio-économiques: c'est le difficile problème des hospitalisations abusives ." "De nouveaux systèmes de soins tendent à s'implanter actuellement , notamment l'hôpital de jour et l'hospitalisation à domicile . Ces nouvelles formes de prise en charge permettront de réduire de façon notable les perturbations psychologiques , conséquences bien fréquentes des hospitalisations mal conduites ."

En Mars 1987 , les professeurs V. Courtecuisse et J.P Deschamps écrivaient le rapport du groupe de travail sur la pédiatrie.(38)

Un paragraphe intitulé " que dire de l'hospitalisation "sociale" ?" disait ,entre autres, :

" Il n'est pas rare de voir des séjours hospitaliers en pédiatrie se justifiant ou excédant ce qui devrait être leur durée normale, pour cause "sociale". Si l'on exclut le problème des enfants victimes de sévices , ces hospitalisations dites sociales correspondraient pour certains enfants à des prolongations de séjours hospitaliers au-delà de la durée normale que supposait leur pathologie à l'admission , pour d'autres à des admissions dont le motif "médical" masque une demande sociale de la famille , qui a choisi l'hôpital plutôt qu'un autre type de recours aux soins ." " Il est clair que dans ces conditions, l'hôpital assure des hébergements qui ne répondent pas à sa mission première de médecine de l'enfant . Mais cette situation est imposée par des carences dans les moyens d'accueil de ces enfants en dehors de la structure hospitalière . Ici , c'est "faute de mieux" que l'hôpital jouera un rôle de support social transitoire et il va de soi que ces situations doivent mobiliser l'ensemble de l'équipe soignante pour tenter d'y mettre un terme dans les meilleurs délais, en respectant toutefois des exigences qualitatives minimales dans la recherche des solutions ."

En Septembre 1987 , Jean de Kervasdoue écrivait un article intitulé "alternatives à l'hospitalisation" . L'auteur introduisait son article par : (39)

" Des études épidémiologiques récentes , tant françaises qu'étrangères, montrent que 20 à 30 % des malades admis un jour donné dans un hôpital de court séjour pourraient techniquement être traités dans d'autres structures de soins souvent plus humaines et moins onéreuses . Ceci s'explique soit parce que le malade aurait pu être soigné sans être hospitalisé , soit parce que la durée d'un séjour hospitalier est trop longue et que d'autres structures pourraient aussi bien répondre à la nécessité médicale . "

L'HOSPITALISATION INJUSTIFIEE ET LA LOI

En 1948 , les Nations Unies proclamaient la Déclaration Universelle des droits de l'homme dont les 3 premiers articles sont les suivants : (40)

- Art. 1. Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits .
- Art. 2. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et libertés proclamés .
- Art. 3. Tout individu a droit à la vie, la liberté et la sûreté de sa personne .

Le 20 Novembre 1959 , l'Assemblée générale des Nations Unies proclamait la Déclaration des Droits de l'Enfant dont ,entre autres , les principes 4 et 5 suivants :(1)

Principe 4

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale. Il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine ; à cette fin , une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère,notamment des soins prénatals et postnatals adéquats . L'enfant a le droit à une alimentation , à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats .

Principe 5

L'enfant , physiquement , mentalement ou socialement désavantagé , doit recevoir le traitement , l'éducation et les soins spéciaux que nécessitent son état ou sa situation .

Circulaire n° 83-24 du 1er AOUT 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (41)

Cette circulaire était adressée par le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, le secrétaire d'Etat chargé de la santé , le secrétaire d'Etat chargé de la famille , de la population et des travailleurs immigrés à Messieurs les commissaires de la République: Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information) ; Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Messieurs les directeurs généraux des centres hospitaliers généraux ; Messieurs les directeurs des établissements hospitaliers .

Un paragraphe intitulé "éviter les hospitalisations non strictement nécessaires" disait :

- a) De nombreux examens préliminaires ou de contrôle peuvent avantageusement être pratiqués dans le cadre des consultations externes , sans admettre ou maintenir l'enfant à l'hôpital .
- b) Chaque fois que la nature du traitement le permet, il est préférable de maintenir l'enfant chez lui ou de le faire rentrer rapidement en utilisant des services d'hospitalisation à domicile. Vous vous efforcerez de développer de tels services , au besoin par un redéploiement de certains moyens existants .

- c) La création ou le développement de l'hospitalisation de jour ou de nuit , en accord avec les organismes de sécurité sociale , devrait également remplacer l'hospitalisation classique chaque fois que possible . Les indications médicales ou même chirurgicales permettant de prendre en charge les enfants exclusivement pendant la journée se développent d'ailleurs actuellement . L'hospitalisation de jour peut aussi préparer ou prolonger une hospitalisation complète . Elle nécessite cependant un environnement familial averti et disponible , ainsi qu'une liaison bien établie avec le médecin traitant ou éventuellement le service de P.M.I .
- d) Quand une hospitalisation complète semble nécessaire , sa durée doit être réduite au minimum . Certes , il ne convient pas de concentrer sur une trop courte période trop d'actes fatigants ou douloureux pour l'enfant mais il faut éviter tout temps mort médicalement injustifié . Dès lors que le traitement ou la surveillance peut être poursuivi par l'entourage de l'enfant ce dernier doit retourner à son domicile , quitte à être revu plus souvent lors de consultations de contrôle chez le médecin traitant ou à l'hôpital .
- e) Vous vous efforcerez d'éviter les "hospitalisations sociales" c'est à dire l'entrée ou le maintien à l'hôpital d'un enfant sans raison médicale réellement contraignante . Les accueils d'enfants pour raisons sociales peuvent , dans la plupart des cas , être évités , ou du moins abrégés , par des aides diverses à leurs familles . Quand un accueil s'avère indispensable , il vaut mieux recourir à un placement familial ou à un autre mode d'accueil temporaire proche du domicile .
Les assistantes sociales de vos services ont un rôle essentiel à jouer à cet égard , en coopération systématique avec le médecin traitant , les services sociaux de secteur et les équipes départementales de P.M.I et d'aide sociale à l'enfance .
- f) Les placements sanitaires qui exilent de jeunes enfants pendant des semaines , voire des mois , loin de leur famille peuvent provoquer des ravages psychologiques et affectifs . Ces risques sont souvent sans commune mesure avec le bénéfice attendu sur le plan physique .
Aucun placement ne devrait donc être décidé sans une réflexion concertée entre le médecin , le service social hospitalier et , si possible , l'équipe médico-sociale du secteur concerné . Cette réflexion permettra d'envisager les alternatives possibles ou les mesures d'accompagnement à prévoir .

Le 13 Mai 1986 , le Parlement Européen demandait que la Charte des Enfants Hospitalisés proclame notamment les droits suivants (2) :

- a) Droits de l'enfant à n'être hospitalisé que si les soins dont il doit faire l'objet ne peuvent lui être dispensés dans les mêmes conditions chez lui ou dans un cabinet de consultation et s'ils sont coordonnés de manière à permettre son hospitalisation la plus rapide et la plus courte possible .
- b) Droit de l'enfant à l'hospitalisation de jour , sans frais supplémentaires pour les parents .

HOSPITALISATION INJUSTIFIEE ET SECURITE SOCIALE

Le Docteur P.J Cousteix (Médecin Conseil National Adjoint de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés) faisait en Décembre 1989 , lors d'un échange de courrier, quelques réflexions concernant l'hospitalisation "injustifiée" .

Pour lui, le terme "injustifié" comporte une connotation morale (de non justesse). Aussi , en matière d'Assurance Maladie, on parle "d'inadéquation". Ces "inadéquations" ou "adéquations" ne sont pas distingués en Adultes ou Enfants ; ceci pour permettre une application générale des textes mais n'exclut pas le cas particulier qui fait exception .

Sur un plan médical , les "inadéquations" constatées médicalement par le Médecin Conseil au lit du malade et après discussions avec le médecin responsable des soins , peuvent se situer à l'admission ou en cours d'hospitalisation. Elles peuvent relever du fait que l'état de santé du malade ou de sa pathologie ne justifient pas son admission dans un établissement hospitalier ou son admission dans tel service dont la discipline n'est pas adaptée à la maladie . Mais ces inadéquations peuvent apparaître également en cours d'hospitalisation lorsque la pathologie constatée à l'admission a évolué , l'état médical du patient ne justifiant plus son maintien en établissement hospitalier ou dans le service dont la discipline n'est plus adaptée" .

HOSPITALISATION INJUSTIFIÉE ET UNE CERTAINE PRESSE

Articles parus dans le Monde le mercredi 21 Janvier 1987 et dans Dossiers et Documents du Monde n°168 en Septembre 1989

L'hôpital-fourrière

Un lit de pédiatrie sur trois est indûment occupé. Pourquoi tant d'hospitalisations médicales injustifiées ?

En France, chaque citoyen a « dépensé », en 1986, 8 000 francs pour couvrir les frais de l'assurance-maladie (400 milliards de francs). La moitié de cette somme, soit 200 milliards, soit 4 000 francs par personne, a servi à couvrir le fonctionnement des hôpitaux. C'est dire si le capital hospitalier est coûteux, précieux, et s'il importe, plus encore que pour les autres secteurs de ces dépenses colossales, de ne l'utiliser qu'à bon escient, lorsque son personnel et son plateau technique adéquatement spécialisés s'avèrent indispensables.

Il existe en France 517 745 lits d'hôpitaux, dont près de la moitié (214 677) sont consacrés aux malades mentaux et aux hospices et maisons de retraite, médicalisés ou non. Des études récentes conduites par la Caisse nationale d'assurance-maladie avaient déjà indiqué (*le Monde* du 21 juillet 1984) que près d'un tiers des cent mille personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et hospitalisées ne devraient pas se trouver dans l'établissement qu'elles occupaient indûment, alors que le coût annuel de ces hospitalisations injustifiées dépassait (en 1982) 10 milliards de francs.

Or voici qu'une autre série d'études portant sur cinq grandes villes de France montre qu'entre un quart et un tiers de toutes les admissions hospitalières dans des services de pédiatrie sont médicalement injustifiées. Autrement dit, sur les quelque 880 000 enfants hospitalisés chaque année, de deux cent mille à

trois cent mille occupent indûment un lit hospitalier. Or le prix de journée d'un lit de pédiatrie (il y en a 15 446 en France) est, à l'Assistance publique de Paris, par exemple, de 2 094 francs.

L'étude conduite par les docteurs Carol Payne (médecin de santé publique à l'université Yale, Etats-Unis) et R. Nicoladze (président du Comité d'éducation pour la santé et l'aide aux migrants du Languedoc, de Montpellier) (1) a porté sur les motifs de ces hospitalisations médicalement injustifiées (HMI) et sur les types de prise en charge qui permettraient de les limiter, sinon de les justifier.

Toutes les enquêtes (notamment celle de Nantes) indiquent tout d'abord que les enfants d'immigrés sont plus fréquemment hospitalisés que les Français. A Bar-le-Duc, les petits maghrébins (2) étaient huit fois plus souvent hospitalisés que les autochtones ; sur une année entière, 14,3 % de ces maghrébins étaient réhospitalisés, contre 10 % de Français et 21 % d'Espagnols, de Portugais ou d'Italiens. A Metz et à Nantes, le taux d'hospitalisation des petits maghrébins est de trois à qua-

tre fois plus élevé que celui des Français.

Si les enfants des milieux défavorisés sont trois fois plus nombreux à l'hôpital que ceux des professions libérales, le taux des hospitalisations médicalement non justifiées est pourtant le même chez les uns et les autres. Le fait que la mère travaille ne joue - dans cette étude - aucun rôle sur les HMI, car le nombre des enfants maghrébins y est dominant alors que leurs mères travaillent très rarement à l'extérieur.

Le plus grand nombre de ces hospitalisations non justifiées s'observe chez les enfants de moins d'un an, avec une fréquence double, à Lille par exemple, pour les enfants nord-africains. Dans la moitié des cas, ces hospitalisations abusives sont « motivées » par des affections bénignes, rhinopharyngites, bronchites ou diarrhées, et elles ont été demandées non par un médecin généraliste, mais directement par les parents.

Les motifs médico-sociaux (logement, surpeuplement) motivent (à Dunkerque) la moitié des réhospitalisations, dont près de 80 % sont également médicalement injustifiées. En somme et dans ces cas, l'hospitalisation devient une forme de placement, parce qu'il « n'est que trop fréquent qu'aucune tentative ne soit faite pour résoudre les problèmes familiaux et souvent à l'origine de l'hospitalisation ». En effet, et en dépit d'un service social hospitalier,

A NANTES	FRANÇAIS	MAGRÉBINS
Population	96,4 %	1,2 %
Enfants hospitalisés	94 %	3,6 %
HMI	25,8 %	50 %

HMI : hospitalisation médicalement injustifiée.

les liaisons avec les services sociaux de secteur ou avec ceux de centres de protection maternelle et infantile sont très rares.

Des modèles du genre existent cependant, comme l'hôpital d'enfants de Clocheville (Tours) qui fonctionne avec un centre d'action médico-sociale précoce polyvalent financé par la Caisse régionale d'assurance-maladie (pour 80 %) et le département (pour 20 %). De telles structures permettent d'intervenir auprès des parents dès l'hospitalisation de l'enfant et, dans bien des cas, d'éviter les placements si fréquents à la sortie.

Hospitaliser un enfant dont l'état ne le justifie pas a de multiples conséquences, toutes désastreuses. Le nombre des infections contractées à l'hôpital est élevé (13 % des patients). Les effets psychologiques sur le développement de l'enfant sont d'autant plus fâcheux que l'hospitalisation est longue et qu'elle est répétée. Ils se traduisent ultérieurement par des troubles du comportement et de l'adaptation scolaire, et la fréquente appartenance de ces enfants à des groupes socioculturels défavorisés et transplantés aggrave encore la situation.

Enfin, il est aisé d'évaluer ce que coûte à un système d'assurance-maladie d'ores et déjà en difficulté financière cette utilisation abusive d'un équipement hospitalier.

Dr ESCOFFIER-LAMBIOTTE.

(Lire la suite page 18.)

(1) L'étude peut être consultée au Centre de documentation du Comité médico-social pour la santé des migrants, 23, rue du Louvre, 75001 Paris. Tél. 42-33-24-74.

(2) Le terme « maghrébins » utilisé par ces études concerne la nationalité du chef de ménage et donc l'appartenance de l'individu à un groupe ethnique donné.

(Suite de la page 17.)

On peut, très grossièrement, évaluer le coût des hospitalisations médicalement injustifiées de l'enfant à 10 millions par jour en 1986... Soit plus de 3 milliards et demi pour l'année...

Les travaux comparatifs concernant ces évaluations indiquent, notamment, qu'une rhinopharyngite traitée à l'hôpital revient sept fois et demi plus cher que si le généraliste l'avait traitée à domicile...

Les motifs de cette aberration humaine et financière tiennent à la fois aux lacunes des structures sociales françaises, à leurs défauts graves d'organisation ou de cohérence et à la psychologie propre aux parents de certains groupes sociaux. De multiples études ont montré que les immigrés s'adressent beaucoup plus volontiers au système hospitalier qu'aux soins de ville : 72 % de la consommation médicale des maghrébins est

réalisée à l'hôpital (3) et leurs autres dépenses médicales (soins de ville, pharmacie, etc.) sont très inférieures à celles des autochtones.

Rénover le travail social

Le fait que les crèches publiques refusent un enfant malade est, pour la mère qui travaille, une puissante incitation à l'hospitalisation illégitime. En outre, les mères qui ne travaillent pas n'ont pas droit à la crèche, même si elles tombent malades elles-mêmes. Les travailleuses familiales ne sont pas autorisées à s'occuper d'un enfant malade, et les médecins de la protection maternelle et infantile ne font, eux, que de la prévention. En outre, et sur le plan psychologique, il semble que la demande d'hospitalisation pédiatrique

réponde à la fois « au désir maternel de voir l'enfant guéri » et constitue « une absolition de sa carence comme mère ».

Mais, dira-t-on, les médecins de garde, les autorités hospitalières, jouent bien un rôle également lorsqu'ils acceptent ces hospitalisations, parfois prolongées; parfois répétées. Bien que les budgets des hôpitaux, calculés à présent de façon « globale » n'incitent plus comme jadis à la prolongation abusive des séjours pour des malades qui n'en sont pas et donc ne coûtent que peu de chose, et bien que les durées des hospitalisations soient peu à peu réduites dans les hôpitaux les mieux gérés, il reste que les mauvaises habitudes seront longues à effacer.

En outre, les difficultés de culture et de langue constituent pour le médecin de garde une incitation à placer l'enfant en observation, dans l'ignorance où il se trouve de son état exact. Rôle qui devrait être tenu par des ser-

vices sociaux préalables et mieux organisés. Encore faudrait-il que ces services aient à leur disposition d'autres structures pour l'accueil de l'enfant, et que l'hôpital moderne ne soit plus considéré, ainsi qu'au dix-neuvième siècle, comme le seul refuge possible des déçus de la société...

Les auteurs du rapport sur les hospitalisations non justifiées des enfants de migrants font un certain nombre de propositions pour en réduire le nombre, notamment en développant les alternatives de soins. Ces derniers pourraient être assurés par les parents eux-mêmes, à condition de légaliser les congés paternels (ou maternels) pour maladie de l'enfant. Les crèches publiques devraient pouvoir disposer d'un secteur isolé (pour les enfants simplement en-humés) et devraient aussi faire des dépannages temporaires. Le nombre des travailleuses familiales devrait être accru et leurs tâches élargies, de même que celui des réseaux communautaires (comme celui de Belleville), ou des médecins de protection maternelle et infantile.

L'hospitalisation à domicile (qu'ont organisée déjà quelques services pédiatriques de pointe) pourrait être développée pour les cas sérieux, et les consultations externes hospitalières transformées en petites polycliniques disposant d'un laboratoire pourraient assumer la quasi-totalité des soins qui impliquent, à l'heure actuelle, une hospitalisation. Il paraît clair, en somme, que s'il ne peut être question d'abandonner ou de rejeter l'enfant de familles en difficulté, bien d'autres dispositifs que l'hospitalisme cruel et coûteux actuellement pratiqué permettraient d'assurer cette mission avec plus d'efficacité, d'humanité, et pour un coût bien inférieur.

Encore faudrait-il qu'un minimum de coordination — encore trop exceptionnel — puisse s'instaurer entre les intervenants socio-sanitaires et ceux des hôpitaux. Autrement dit, qu'une véritable politique de santé soit, un jour, instaurée en France.

Dr ESCOFFIER-LAMBIOTTE.

3) Etude de R. Sérango-Fonterme : « La consommation médicale des immigrés ». In : *Prévenir*, n° 7, mars 1983, « Les immigrés dans leur champ social et de santé ». Société coopérative d'édition de la Vie mutualiste, 5-7, rue d'Italie, 13006 Marseille Cedex 6.

Le sort injuste de la famille Oufkir

Mohamed Oufkir, ancien officier de l'armée française, fut impitoyablement tué dans l'affaire Ben Barka, puis l'auteur d'une sanglante tentative d'attentat contre le roi qui s'acheva par son « suicide » le 16 août 1972.

Après une période de deuil, Fatima, la veuve du général, une cousine restée fidèle au clan et les six enfants Oufkir sont transférés dans le Sud marocain. Ils voient leur régime de détention s'aggraver en 1977. Privés de tous soins médicaux, « nourris d'un seul plat de légumes par jour », les aînés souffrent dans le désespoir, et les plus jeunes demeurent « pratiquement analphabètes » malgré une très relative amélioration qui, au bout de dix ans, permet à quatre d'entre eux de s'enfuir par un tunnel.

Ils errent de ville en ville, tentent vainement d'alerter des diplomates étrangers, avant de se faire repêcher dans un hôtel de Tanger.

M^r Klejman, l'avocat de la famille, qui a rencontré le roi, finit par obtenir une promesse d'asile au Canada.

Considérée comme réglée en octobre 1987, l'affaire restera bloquée du fait de manœuvres dilatoires.

Jean de la Guérvillière
(30 avril-2 mai 1989.)

Enfants otages

La menace des sanctions les plus sévères n'empêchera jamais les parents qui se sentent trahis de voter les décisions organisant le partage et la garde de leurs enfants. La loi est en effet un rempart qui résiste mal à l'amour et au devoir que sa propre conscience impose à chaque individu.

La solution n'est sans doute que très accessoirement judiciaire. Il serait temps d'organiser les structures qui permettront à chacun, en conscience, de réfléchir à ce qu'exige l'intérêt des enfants, mais aussi, lorsque la situation est trop tendue, le passage de l'un à l'autre sans contact direct entre les parents.

S'il est certain que la seule répression est insuffisante, il faut bien cependant que des moyens coercitifs soient donnés aux juges pour leur permettre de faire respecter les droits de chacun. Car, trop souvent, sous prétexte d'amour, on se venge de l'autre avec la seule arme qui reste : l'enfant, qui n'est plus que l'instrument d'un règlement de comptes.

Jean-Louis Malherre.
17 février 1987.

L'hôpital fourrière

Sur les quelque 880 000 enfants hospitalisés chaque année, de deux cent mille à trois cent mille occupent indûment un lit hospitalier. Or le prix de journée d'un lit de pédiatrie (il y en a 15 446 en France) est, à l'Assistance publique de Paris, par exemple, de 2 094 F.

Le plus grand nombre de ces hospitalisations non justifiées s'observe chez les enfants de moins d'un an, avec une fréquence double, à Lille par exemple, pour les enfants nord-africains. Dans la moitié des cas, ces hospitalisations abusives sont « motivées » par des affections bénignes, rhinopharyngites, bronchites ou diarrhées, et elles ont été demandées non par un médecin généraliste, mais directement par les parents.

Les motifs médico-sociaux (logement, surpeuplement) motivent (à Dunkerque) la moitié des réhospitalisations, dont près de 80 % sont également médicalement injustifiées. En somme et dans ces cas, l'hospitalisation devient une forme de placement, parce qu'il « n'est que trop fréquent qu'aucune tentative ne soit faite pour résoudre les

problèmes familiaux si souvent à l'origine de l'hospitalisation ». En effet, et en dépit d'un service social hospitalier, les liaisons avec les services sociaux de secteur ou avec ceux de centres de protection maternelle et infantile sont très faibles.

Hospitaliser un enfant dont l'état ne le justifie pas a de multiples conséquences, toutes désastreuses. Le nombre des infections contractées à l'hôpital est élevé (13 % des patients). Les effets psychologiques sur le développement de l'enfant sont d'autant plus fâcheux que l'hospitalisation est longue et qu'elle est répétée. Ils se traduisent ultérieurement par des troubles du comportement et de l'adaptation scolaire, et la fréquence d'apparition de ces enfants à des groupes socio-culturels défavorisés et transplantés aggrave encore la situation.

Il ne peut être question d'abandonner ou de rejeter l'enfant de familles en difficulté, bien d'autres dispositifs que l'hospitalisme cruel et coûteux actuellement pratiqué permettraient d'assurer cette mis-

sion avec plus d'efficacité, de manière, et pour un coût bien inférieur.

D'Eric Flor-Lambie
(21 janvier 1984)

Attention, accidents

Si 52 % des Français figurent dans les statistiques des accidents de la circulation, 12 % seulement sont aux dangers de la maison. Pourtant, ces derniers figurent au premier rang des causes de mortalité chez les enfants et les adolescents. On note un risque plus grave chez les garçons (39 % des décès) que chez les filles (30 %) et c'est entre deux et quatre ans que les enfants sont le plus souvent victimes d'accidents. Deux ans et demi figure le plus critique.

Parmi les causes d'accidents, la première place revient à la chute, notamment chez les bébés (lait répandu sur les vêtements ou petits objets avalés de travers, lierre, s'enliser dans un jouet).

Viennent ensuite les brûlures et noyades, puis les intoxications sans compter les coups, les morsures, etc.

(17 novembre 1987)

L'HOSPITALISATION INJUSTIFIEE EN 1990 : CONCLUSION DE L'ETUDE

A partir des 100 observations étudiées, nous avons retenu, après réflexion cas par cas :

- * 19 % d'hospitalisations non justifiées (H.N.J) où les enfants auraient pu bénéficier dans
 - . 9 % des cas d'une consultation au service des Urgences
 - . 7 % des cas d'une consultation externe
 - . 3 % des cas d'une surveillance au sein d'un service d'Urgences pédiatriques
- * 12 % d'hospitalisations traditionnelles non justifiées (H.T.N.J) où les enfants auraient pu bénéficier dans
 - . 9 % des cas d'une hospitalisation de jour
 - . 3 % des cas d'une hospitalisation à domicile
- * 3 % d'hospitalisations prolongées

En tenant compte de l'inexistence à Tulle de services d'hospitalisation à domicile et de soins à domicile pour enfants et de l'inexistence de service d'Urgences pédiatriques au sein duquel pourrait être organisée une unité de surveillance , les H.N.J sont réduites à 16 %

les H.T.N.J sont réduites à 9 % .

Ces pourcentages auraient pu être également réduits si nous avions inclus dans l'enquête les hospitalisations programmées et les hospitalisations de jour .

Lier la justification de l'hospitalisation exclusivement à l'état clinique du malade et aux moyens techniques indispensables pour le soigner , c'est aller à l'encontre d'une médecine globale , d'une médecine de la personne qui doit prendre en compte d'autres facteurs .

Une hospitalisation sera donc classée en "justifiée" ou "non justifiée" après étude des critères suivants :

1) critères liés à l'enfant et à sa pathologie

- . âge
- . antécédents
- . motif ayant entraîné l'arrivée de l'enfant à l'hôpital
- . examen clinique de l'entrée
- . nécessité d'exploration (avis spécialisé, biologie, radiographie, échographie)
- . nécessité d'un traitement
- . nécessité d'une surveillance
- . diagnostic final

2) critères liés à la famille

- . situation familiale (isolé , divorcé....)
- . fratrie
- . nationalité
- . existence d'une "crise" familiale actuelle: décès, maladie, accident, conflit, absence
- . comportement des parents (anxiété ...)
- . existence d'une débilité, d'une inconscience, d'une irresponsabilité, d'une agressivité
- . disponibilité de la famille (grand-parents , parents)
- . mode de garde

3) critères liés à l'environnement socio-économique

- . habitat (salubrité, chauffage, existence d'une promiscuité)
- . "couverture" sociale

4) critères liés à l'environnement médical

- extra hospitalier

- . situation géographique du milieu familial par rapport aux structures médicales et para médicales : médecin traitant , spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes , laboratoire d'analyses , radio...
- . expérience et disponibilité du médecin généraliste

- hospitalier

- . date et horaire d'arrivée
- . situation géographique du milieu familial par rapport à l'hôpital
- . disponibilité et compétence des médecins hospitaliers
- . disponibilité et performance du plateau technique

- extra hospitalier et hospitalier

- . alternatives à l'hospitalisation et leur disponibilité (P.M.I , Aides Sociales à l'Enfance , H.J. , H.A.D, soins à domicile , consultation externe , service d'aide respiratoire , d'hémodialyse , de nutrition entérale ...) offertes dans la région en tenant compte de leurs limites .

Pour conclure :

- 1) Une hospitalisation "non justifiée" est donc une hospitalisation "non adaptée" à la pathologie de l'enfant , à l'environnement familial , à l'environnement socio-économique et à l'environnement médical .

Elle sera "justifiée" dans la mesure où toutes autres alternatives ont été étudiées et récusées sans avoir négligé la notion que l'enfant doit bénéficier de la structure la plus favorable à une guérison rapide et celle laissant le moins de séquelles psychologiques .

2) Une hospitalisation non justifiée à Tulle peut le devenir dans une autre ville et réciproquement .

En effet, les critères liés à l'environnement médical varient d'une ville à une autre , d'une région à une autre et d'un pays à un autre .

3) Afin de limiter ces hospitalisations "non justifiées" il conviendra de sensibiliser toutes les professions médicales et para médicales , les services sanitaires et sociaux , les administrateurs des hôpitaux aux problèmes des hospitalisations "injustifiées" avec leurs conséquences , aux alternatives offertes avec leurs limites et aux problèmes d'économie de la santé. Malgré tous les moyens que l'on pourra mettre en oeuvre pour limiter ces hospitalisations , on ne saura jamais les réduire à 0 % .

La décision d'hospitaliser un enfant est prise par un seul médecin et on ne peut lui demander d'être fiable à 100 % dans l'appréciation de tous les critères .

Ne pouvons nous pas admettre une marge raisonnable de 5 à 10 % ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - LA DECLARATION DES DROITS DE L'ENFANT
Pédiatrie Sociale : R. Mandø - N. Masse - M. Manciaux
édition Flammarion Médecine-Sciences 1977
p. 697-699
- 2- CHARTE EUROPEENNE DES ENFANTS HOSPITALISES
Les Droits de l'Enfant Hospitalisé
Action entreprise au niveau européen - J. MASSION
La Revue Hospitalière de France, Juin Juil. 1989, N0422
p. 549-550
- 3- ROSSANT L.
L'Hospitalisation des Enfants
Que Sais-Je ? Presses universitaires de France
Septembre 1984 , p. 5-7
- 4- ROBERTSON
Jeunes Enfants à l'Hôpital
Edition Le Centurion . 1972
- 5 - MASSION J.
Les Droits de l'Enfant Hospitalisé
Action entreprise au niveau européen
La Revue Hospitalière de France, Juin Juil. 1989, N0422
p. 547-548
- 6 - MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE
NATIONALE
SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA SANTE
SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA FAMILLE , DE LA POPU-
LATION ET DES TRAVAILLEURS IMMIGRES
L'Hospitalisation des Enfants
Circulaire N083-24 du 1er Août 1983 - p. 1-11
- 7- SEILLEUR-PAZARD
Charte des Droits des Enfants Hospitalisés
édition Le Centurion
- 8- STRAUSS P.
La fonction sociale de l'hôpital d'enfant
Courrier-Centre International de l'Enfance
1962 , volume XII, N03, p. 165-169
- 9- ROSBERG G.
Social and psychological factors influencing hospital
admission of children
Acta paediatrica scandinavica - Supplement 196.1969
- 10- CAROL-V.PAYNE
Medically unjustified hospitalization of migrant chil-
dren in France
B.A. Pomona College 1972
- 11- GUYOT C.
Hospitalisations médicalement injustifiées en pédia-
trie
Thèse , C.H.U Nantes , 1977

- 12- LENOIR G.
Alternatives à l'hospitalisation longue durée chez
l'enfant
Gazette Médicale , 1988 , 95 , N° 1 , p. 56
- 13- DE KERVASDOUE J.
Alternatives à l'hospitalisation
Mutualité Fonction Publique , Sept. 87, N°82, p. 16-18
- 14- LE BORGNE C. , BENDAVID G. , FIZEAU A. , BIAUSSER J.P.
Dossier - Quelles Alternatives à l'Hospitalisation ?
Le Généraliste , 15 Nov. 1988 , N° 1036
p. 54,56,57,62,63,64,66,67,68
- 15- LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION :
RESULTATS 1984 ET ANALYSE PAR STRUCTURE
Hospitalisation Nouvelle , Nov. 1987, N°164 , p. 5
- 16- MANCIAUX M. , DESCHAMPS J. P. , FRITZ M. T.
Structures familiales
Santé de la mère et de l'enfant - Nouveaux concepts en
pédiatrie sociale
édition Flammarion Médecine Sciences , 1984 ,
chapitre 3 , p. 51,52,55
- 17- DOSSIER - SANTE PUBLIQUE , PROTECTION DE L'ENFANCE
Les structures d'aide à l'enfance
La Pratique Médicale , 36 , 1985 , p. 15-18
- 18- FAYARD M. C.
Les centres de P.M.I
Dossier Familial , Avril 1990 , N° 185 , p. 40-43
- 19- RIPOCHE J.
L'Aide Sociale à l'Enfance
Pédiatrie Sociale (R. MANDE , N. MASSE , M. MANCIAUX)
édition Flammarion Médecine Sciences, 1977 ,
chapitre 30 , p. 670-671
- 20- MANCIAUX M. , DESCHAMPS J. P. , FRITZ M. T.
Le service d'Aide Sociale à l'Enfance
Santé de la mère et de l'Enfant - Nouveaux concepts en
pédiatrie sociale
édition Flammarion Médecine Sciences , 1984 ,
chapitre 7 , p. 144-149
- 21- DOSSIER - SANTE PUBLIQUE , PROTECTION DE L'ENFANCE
Les structures d'Aide à l'Enfance
La Pratique Médicale , 36 , 1985 , p. 18-19
- 22- ROSSANT L.
L'hospitalisation des enfants
Que sais-je ? Presses Universitaires de France
Septembre 1984 , chapitre VII , p. 122-124

- 23- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
cahiers statistiques
L'Enfant et l'Hôpital , Juin 1987 , N° 13 , p. 74-75
- 24- POUSSIER J. L.
Un hôpital de jour pour les enfants de Mayenne
La Croix l'Evénement , 6 Janv. 1988 , p. 9
- 25- POUSSIER J. L.
En pédiatrie , l'hospitalisation de jour est payante
pour tout le monde
Le Quotidien du Médecin , 18 Mai 1988, N° 4082 , p. 52
- 26- MINISTERE CHARGE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE
Rapport du groupe de travail sur la pédiatrie
Rapporteurs : Pr Courtecuisse V. , Pr Deschamps J. P.
Mars 1987 , chapitre IX , p. 67-70
- 27- ROSSANT L.
L'Hospitalisation des enfants
Que sais-je ? Presses Universitaires de France
Septembre 1984 , chapitre VII , p. 124-126
- 28- DULEU P.
L'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique
Hôpitaux de Paris : un service public dont vous êtes
les partenaires
Le Quotidien du Médecin, 18 Sept. 1989 , N°4366, p. 45
- 29- FAYARD M. C. , BREUZE P.
L'hôpital à la maison
Dossier Familial , NOV. 1989 , N° 180 , p. 37-44
- 30- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
Cahiers statistiques
L'Enfant et l'Hôpital , Juin 1987 , N°13 , p. 73
- 31- DENIS C.
L'H.A.D sans toit ni loi
L'Express , 4 au 10 Mars 1988 , p. 63
- 32- H.A.D - s'appuyer sur les parents
Le Journal des Pharmacies et des Laboratoires
25 Sept. 1989 , N°964
- 33- MINISTERE DU PLAN ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE
Préparation du IX e plan 1984-1988
Les Alternatives à l'Hospitalisation
Enrayer la reproduction de la grande pauvreté
La Documentation Française , 1983 , chap. II , p.28-30
- 34- I.N.S.E.E
Tulle : des activités liées à la géographie
Connaissance des arrondissements
3ème trimestre 1986 - dossier N°15

- 35 - MELEKIAN B. ET SALET J.
Hospitalisations abusives en pédiatrie
Entretiens de Bichat - Médecine , 1972 , p. 475-480
- 36- NORTH A. FREDERICK
When should a child be in the hospital ?
Pediatrics , 1976 , 57 , 4 , 540
- 37- ROSSANT L.
L'Hospitalisation des enfants
Que sais-je ? Presses Universitaires de France
Septembre 1984 , p. 3
- 38 - MINISTERE CHARGE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE
Rapport du groupe de travail sur la pédiatrie.
Rapporteurs : Pr Courtecuisse V. et Pr Deschamps J.P.
Mars 1987 , chapitre VIII , p. 63-64
- 39- DE KERVASDOUE J.
Alternatives à l'hospitalisation
Mutualité Fonction Publique , Sept. 87 , N°82 , p. 16
- 40 - MASSION J.
Les Droits de l'Enfant hospitalisé
Action entreprise au niveau européen
La Revue Hospitalière de France
Juin juillet 1989 , N° 422 , p. 546
- 41- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE
NATIONALE
SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA SANTE
SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA FAMILLE , DE LA POPULA-
TION ET DES TRAVAILLEURS IMMIGRES
L'Hospitalisation des Enfants
Circulaire N° 83-24 du 1er Août 1983 , p. 3-4

ANNEXES

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE ET LEURS LIMITES

COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADI- TIONNELLE

ENQUETE

I - GENERALITES

II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE

III - QUESTIONNAIRE

IV - LIMITES DE L'ENQUETE

V - INTRODUCTION

VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE

. répartition des enfants exclus de l'étude

. résultats et commentaires de l'enquête

1 - résultats globaux

2 - hospitalisation non justifiée et alter-
natives

3 - hospitalisation traditionnelle non justi-
fiée et alternatives

4 - hospitalisation prolongée

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

-) ANNEXES

- NO 1 : LA DECLARATION DES DROITS DE L'ENFANT
- NO 2 : CHARTE EUROPEENNE DES ENFANTS HOSPITALISES
- NO 3 : NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES
SOCIO-PROFESSIONNELLES
- NO 4 : CARTE PHYSIQUE DE LA CORREZE

1 - LA DECLARATION DES DROITS DE L'ENFANT (1)

texte de la résolution adaptée le 20 Novembre 1959 au cours de sa 41 ème séance plénière par l'assemblée générale des Nations Unies

PREAMBULE

- Considérant que , dans la Charte , les peuples des Nations Unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine , et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleurs conditions de vie dans une liberté plus grande ,
- Considérant que , dans la déclaration universelle des droits de l'homme , les Nations Unies ont proclamé que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés , sans distinction aucune , notamment de race , de couleur , de sexe , de langue , de religion , d'opinion politique ou de toute autre opinion , d'origine nationale ou sociale , de fortune , de naissance ou de toute autre situation ,
- Considérant que l'enfant , en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle , a besoin d'une protection spéciale et soins spéciaux , notamment d'une protection juridique appropriée , avant comme après la naissance ,
- Considérant que la nécessité de cette protection spéciale a été énoncée dans la déclaration de Genève de

1924 sur les droits de l'enfant et reconnue dans la déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans les statuts des institutions et des organisations internationales qui se consacrent au bien-être de l'enfant ,

- Considérant que l'humanité se doit de donner à l'enfant le meilleur d'elle même ,

- L'assemblée générale ,

proclame la présente déclaration des droits de l'enfant afin qu'il ait une enfance heureuse et bénéficie , dans son intérêt comme dans l'intérêt de la société , des droits et des libertés qui y sont énoncés ; elle invite les parents , les hommes et les femmes à titre individuel , ainsi que les organisations bénévoles , les autorités locales et les gouvernements nationaux à reconnaître ces droits et à s'efforcer d'en assurer le respect au moyen de mesures législatives et autres adoptées progressivement en application des principes suivants :

PRINCIPE PREMIER

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration .

Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants , sans exception aucune , et sans distinction ou discrimination fondée sur la race , la couleur , le sexe , la langue , la religion , les opinions politiques ou autres l'origine nationale ou sociale , la fortune , la naissance , ou sur toute autre situation , que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille .

PRINCIPE DEUXIEME

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens , afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique , intellectuel , moral , spirituel et social , dans des conditions de liberté et de dignité . Dans l'adoption des lois à cette fin , l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante .

PRINCIPE TROISIEME

L'enfant a droit , dès sa naissance , à un nom et à une nationalité .

PRINCIPE QUATRIEME

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale. Il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine ; à cette fin , une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère , notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation , à un logement , à des loisirs et à des soins médicaux adéquats .

PRINCIPE CINQUIEME

L'enfant , physiquement , mentalement , socialement désavantagé , doit recevoir le traitement , l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation .

PRINCIPE SIXIEME

L'enfant , pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité , a besoin d'amour et de compréhension . Il doit , autant que possible , grandir sous la sauvegarde et la responsabilité de ses parents et , en tout état de cause , dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle ; l'enfant en bas âge ne doit pas , sauf circonstances exceptionnelles , être séparé de sa mère . La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas les moyens d'existence suffisants .

Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'Etat ou autres pour l'entretien des enfants .

PRINCIPE SEPTIEME

L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires . Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette , dans des conditions d'égalité de chances , de développer ses facultés , son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales , et de devenir un membre utile de la société .

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation ; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents .

L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives , qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation ; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit .

PRINCIPE HUITIEME

L'enfant doit , en toutes circonstances , être parmi les premiers à recevoir protection et secours .

PRINCIPE NEUVIEME

L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence , de cruauté et d'exploitation . Il ne doit pas être soumis à la traite , sous quelque forme que soit .
L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié ; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuit à sa santé ou à son éducation , ou qui entrave son développement physique , mental ou moral .

PRINCIPE DIXIEME

L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale , à la discrimination religieuse ou toute autre forme de discrimination . Il doit être élevé dans un esprit de compréhension , de tolérance , d'amitié entre les peuples , de paix et de fraternité universelle , et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables .

2. CHARTE EUROPEENNE DES ENFANTS HOSPITALISES

Le Parlement Européen dans sa Résolution du 13 Mai 1986 demande que la Charte des enfants hospitalisés proclame notamment les droits suivants : (2)

a - Droit de l'enfant à n'être hospitalisé que si les soins dont il doit faire l'objet ne peuvent lui être dispensés dans les mêmes conditions chez lui ou dans un cabinet de consultation et s'ils sont coordonnés de manière à permettre son hospitalisation la plus rapide et la plus courte possible .

b - Droit de l'enfant à l'hospitalisation de jour , sans frais supplémentaires pour les parents .

c - Droit de garder auprès de lui ses parents ou la personne qui en tient lieu autant que possible pendant la durée de son hospitalisation , non en tant que spectateurs passifs mais bien comme éléments actifs de la vie hospitalière , sans que cela donne lieu à des frais supplémentaires ; l'exercice de ce droit ne doit cependant pas compromettre ni entraver l'application , dans les meilleurs conditions , des traitements auxquels l'enfant doit être soumis .

d - Droit de l'enfant à recevoir une information adaptée à son âge , son développement mental , son état affectif et psychologique , quant à l'ensemble du traitement

médical auquel il est soumis et des perspectives positives qu'il offre .

e - Droit de l'enfant à un accueil et à une prise en charge individuels , les mêmes membres du personnel soignant et auxiliaire étant , dans la mesure du possible , chargés des soins et de l'accueil .

f - droit de refuser (par l'intermédiaire de ses parents ou de la personne qui en tient lieu) de servir de sujet d'expérience pour des recherches et de refuser tout soin ou examen lorsque ce dernier poursuit en priorité un but pédagogique ou informationnel plutôt que thérapeutique .

g - Droit pour ses parents ou la personne qui en tient lieu de recevoir toutes les informations qui concernent la maladie et le bien-être de l'enfant pour autant que celle-ci n'aillent pas à l'encontre du droit fondamental de l'enfant au respect de son intimité .

h - Droit des parents ou de la personne qui en tient lieu de donner son accord sur les traitements auxquels l'enfant est soumis .

i - Droit des parents ou de la personne qui en tient lieu à un accueil et à une prise en charge psycho-sociale adéquats , par un personnel spécialement formé .

j - Droit à ne pas faire l'objet d'expériences pharmacologiques ou thérapeutiques . Seuls les parents ou la personne qui en tient lieu , dûment avertis des risques et des avantages de ces traitements , auront la possibilité d'accorder leur assentiment et , aussi , de le retirer .

k - Droit de l'enfant hospitalisé soumis à des expériences thérapeutiques , à être protégé par la déclaration d'Helsinki de l'Assemblée médicale mondiale et ses mises à jour successives .

l - Droit à ne pas recevoir des traitements médicaux inutiles et à ne pas subir de souffrances physiques et morales pouvant être évitées .

m - Droit (et moyens) de contacter ses parents ou la personne qui en tient lieu en période de stress .

n - Droit à être traité avec tact , éducation et compréhension et à être respecté dans son intimité .

o - Droit à bénéficier pendant son séjour hospitalier de soins prodigués par un personnel qualifié , connaissant parfaitement les besoins de chaque groupe d'âge sur les plans physique et affectif .

p - Droit à être hospitalisé avec d'autres enfants en évitant autant que possible l'hospitalisation avec les adultes .

q - Droit de disposer de locaux meublés et équipés de manière à répondre à ses besoins en matière de soins , d'éducation et de jeux ainsi qu'aux normes officielles de sécurité .

r - Droit de poursuivre sa formation scolaire pendant la durée de son hospitalisation en profitant du personnel enseignant et du matériel didactique mis à sa disposition par les autorités scolaires , en particulier dans le cas d'une hospitalisation prolongée , à la condition que ladite activité ne nuise pas à son bien-être et/ou n'entrave pas les traitements en cours .

s - Droit de disposer pendant son séjour à l'hôpital de jouets adaptés à son âge , de livres et de moyens audiovisuels .

t - Droit à pouvoir profiter d'un enseignement en cas d'hospitalisation partielle (hospitalisation de jour) ou de convalescence à domicile .

u - Droit à l'assurance de recevoir les soins dont il a besoin même si l'intervention de la justice s'avère pour cela nécessaire - au cas où les parents ou la personne qui en tient lieu les lui refusent pour des raisons

religieuses , de retard culturel ou de préjugés ou ne sont pas en mesure de prendre les dispositions qu'impose l'urgence de la situation .

v - Droit de l'enfant à l'assistance financière , morale et psycho-sociale requise en vue de subir des examens et/ou des soins qui nécessite un séjour à l'étranger .

w - Droit des parents ou de la personne qui en tient lieu à demander l'application de la présente Charte au cas où l'enfant devrait être hospitalisé ou examiné dans des pays situés en dehors de la Communauté Européenne .

3. NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES - Edition 1983

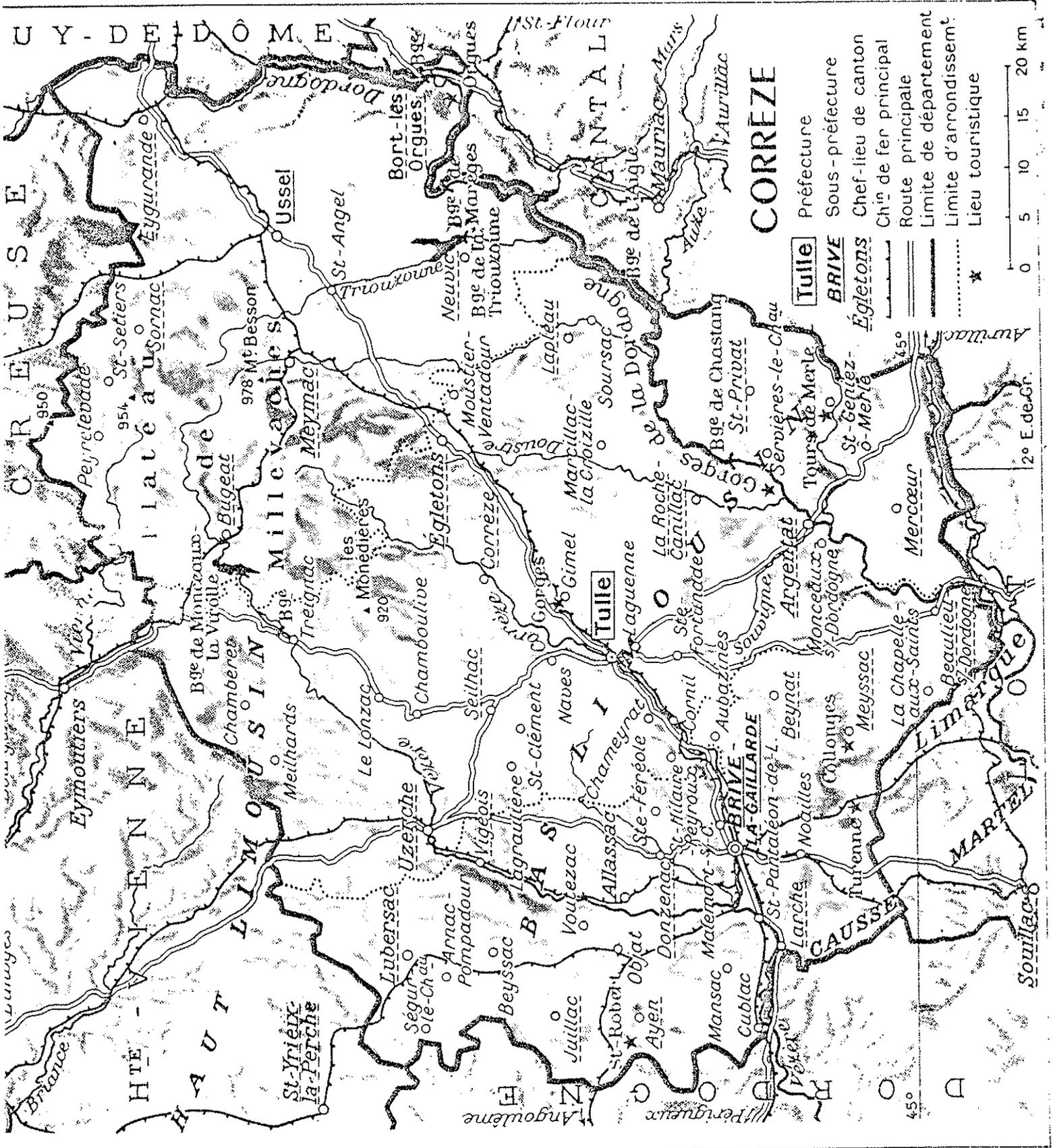
CORRESPONDANCE ENTRE LES NIVEAUX AGRÉGÉS 8, 24 ET 42 et l'ancienne nomenclature

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs occupés)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)	Correspondance avec l'ancienne nomenclature
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agricult. sur petite exploitation 12 Agricult. sur moyenne exploitation 13 Agricult. sur grande exploitation	00 Agriculteurs exploitants 23 Patrons pêcheurs < 10 salariés
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	21 Artisans	21 Artisans	21 Industriels 22 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés	23 Patrons pêcheurs > 10 salariés 26 Gros commerçants
	23 Chefs d'entreprises > 10 salariés	23 Chefs d'entreprises > 10 salariés	27 Petits commerçants
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales	31 Professions libérales	30 Professions libérales 32 Professeurs, professions littéraires et scientifiques 33 Ingénieurs 34 Cadres administratifs supérieurs 80 Artistes
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles	
	36 Cadres d'entreprises	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises	
4 Professions intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	41 Instituteurs, professions intellectuelles diverses 42 Services médicaux et sociaux 43 Techniciens 44 Cadres administratifs moyens 60 Contremaîtres 81 Clergé
	46 Profes. intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Profes. intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	
	47 Techniciens	47 Techniciens	
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires	51 Employés de bureau 53 Employés de commerce 70 Gens de maison 71 Femmes de ménage 72 Autres personnels de service 82 Armée, police
	54 Employés administratifs d'entrepr.	54 Employés administratifs d'entrepr.	
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce	
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux particuliers	
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention du magasinage et du transport	61 Ouvriers qualifiés 63 Ouvriers spécialisés 65 Mineurs 66 Marins pêcheurs 67 Apprentis ouvriers 68 Manœuvres 70 Salariés agricoles
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvr. non qualifiés de type industriel 68 Ouvr. non qualifiés de type artisanal	
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles	
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants	93 Anciens agriculteurs (exploitants ou salariés) 94 Retirés des affaires 95 Retraités du secteur public 96 Anciens salariés du secteur privé
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprises	72 Anciens artisans, commerçants chefs d'entreprises	
	73 Anciens cadres et professions intermédiaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires	
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers	
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	91 Etudiants et élèves > 17 ans 92 Militaires du contingent 97 Autres person. non actives < 17 ans 98 Autres personnes non actives de 17 à 64 ans 99 Autres person. non actives > 65 ans
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants 85 Person. diverses sans activité profession. de < 60 ans (sauf retraités) 86 Person. diverses sans activité profession. > 60 ans (sauf retraités)	

Remarques : Quelques modifications entre la nouvelle et l'ancienne nomenclature :

- la suppression des anciens groupes 1 (salariés agricoles), 7 (personnels de service) et 8 (autres catégories : clergé, artistes, armée-police), qui ont été réventilés dans d'autres groupes,
- la ventilation des agriculteurs suivant la taille de l'exploitation,
- les distinctions salarié / indépendant et fonction publique / entreprises sont introduites pour certaines catégories (certaines approximations ont été faites pour ne pas multiplier inconsidérément le nombre de postes de la nomenclature),
- le remplacement du terme "cadre moyen" qui prêtait à de nombreuses confusions par "profession intermédiaire" terme adopté, faute de mieux, bien qu'il soit assez peu usuel,
- le classement des agents de maîtrise et contremaîtres dans le groupe "professions intermédiaires" et non plus dans le groupe "ouvriers",
- la disparition de certaines petites catégories (mineurs, marins-pêcheurs, etc...),
- le remodelage du groupe "inactifs".

4 - A - Corrèze 19 - Carte physique



Tulle Préfecture
BRIVE Sous-préfecture
 Égletons Chef-lieu de canton
 Chⁱⁿ de fer principal
 Route principale
 Limite de département
 Limite d'arrondissement
 * Lieu touristique

0 5 10 15 20 km

45° 2° E de Gr.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE ET LEURS LIMITES	18
- Introduction	20
- Famille	21
- Protection maternelle et infantile	24
- Aide sociale à l'enfance	27
- Hospitalisation de jour	33
- Hospitalisation à domicile	37
- Consultation externe	41
COUT DE QUELQUES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE	42
ENQUETE	46
I - GENERALITES	48
- Situation géographique	48
- Tulle et son arrondissement en chiffre .	49
- Lieu de l'enquête	50
II - DESCRIPTION DE L'ENQUETE	53
- Type , nombre de cas , période étudiée .	53
- Recrutement	53
- Participant à l'enquête	55
- Composition du questionnaire	55
III - QUESTIONNAIRE	57
IV - LIMITES DE L'ENQUETE	66
V - INTRODUCTION	69
VI - EXEMPLES D'OBSERVATIONS ET LEURS COMMENTAIRES	73
- Observation n01	73
- Observation n02	74
- Observation n03	75
- Observation n04	76
- Observation n05	77
- Observation n06	79
- Observation n07	80

- Observation n08	82
- Observation n09	84
- Observation n010	86
- Observation n011	88
- Observation n012	90
- Observation n013	93
- Observation n014	95
- Observation n015	98
- Observation n016	100
- Observation n017	102
- Observation n018	104
- Observation n019	109
- Observation n020	111
- Observation n021	113
- Observation n022	115
- Observation n023	116

VII - RESULTATS DE L'ENQUETE 119

- Répartition des enfants exclus de l'étude	119
1 - Service des Urgences	119
2 - Service de Pédiatrie	122
3 - Place des 100 observations retenues dans l'activité globale du service ..	123
- Résultats et commentaires de l'enquête ..	125
1 - Résultats globaux	125
2 - Hospitalisation non justifiée et alternatives	133
21 - Première alternative : consultation au service des Urgences ..	133
22 - Deuxième alternative : consultation externe	142
23 - Troisième alternative : unité de surveillance au sein du service d'urgences pédiatriques	151
3 - hospitalisation traditionnelle non justifiée et alternatives	157
31 - Première alternative : hospitalisation de jour	157
32 - Deuxième alternative : hospitalisation à domicile	164
4 - hospitalisation prolongée	166

CONCLUSION	168
- L'hospitalisation injustifiée à travers la littérature	168
- L'hospitalisation injustifiée et la Loi	171
- L'hospitalisation injustifiée et la Sécurité Sociale	174
- L'hospitalisation injustifiée et une certaine presse	175
- L'hospitalisation injustifiée en 1990 : conclusion de l'étude	178
 BIBLIOGRAPHIE	 182
 ANNEXES	 187
N° 1 : LA DECLARATION DES DROITS DE L'ENFANT	189
N° 2 : CHARTE EUROPEENNE DES ENFANTS HOSPITALISES	194
N° 3 : NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	199
N° 4 : CARTE PHYSIQUE DE LA CORREZE	200

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine .

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail .

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes .

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement .

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes . Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire .

BON A IMPRIMER N° 7

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME ET CONCLUSION

Nous nous sommes proposés de répondre à la question : qu'est-ce-qu'une hospitalisation injustifiée en pédiatrie ?, grâce à une enquête détaillée , prospective réalisée dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Tulle en Corrèze .

Nous avons étudié 100 observations en excluant toutes les hospitalisations programmées et les hospitalisations de jour .

L'analyse de chaque observation , à partir de nombreux critères médicaux et sociaux a permis de retrouver :

- 16 % d'hospitalisations non justifiées
- 9 % d'hospitalisations classiques non justifiées
- 3 % d'hospitalisations prolongées

Lier la justification de l'hospitalisation exclusivement à l'état clinique de l'enfant et aux moyens techniques indispensables pour le soigner, c'est aller à l'encontre d'une médecine globale , d'une médecine de la personne qui doit prendre en compte d'autres facteurs .

Une hospitalisation non justifiée sera donc une hospitalisation non "adaptée" à la pathologie de l'enfant , à l'environnement familial, à l'environnement socio-économique et à l'environnement médical .

La justification d'une hospitalisation varie avec les circonstances.

Une hospitalisation non justifiée à Tulle peut le devenir dans une autre ville et réciproquement.

En raison de l'importance du nombre de critères entrant dans la justification d'une hospitalisation et malgré tous les moyens que l'on pourra mettre en oeuvre pour limiter les hospitalisations non justifiées, on ne saura jamais les réduire à 0 pour cent .

MOTS CLES

hospitalisation non justifiée

enfant

pédiatrie : hospitalisation