

# La pédiatrie à l'AP-HP

Rapport du Groupe de  
Travail CME - DOMU



## Les membres du groupe de travail

**Pilote :** Eve Parier

**Représentant CME :** Professeur Jean-Claude CAREL

**Président de la collégiale :** Professeur Philippe LABRUNE  
Professeur Pierre-Henri JARREAU

**Référent DOMU :** Marie-Anne RUDER

### Participants :

- Yves AIGRAIN	NCK
- Olivier BAUD	RDB
- Pierre CARLI	NCK
- Gérard CHERON	NCK
- Bertrand CHEVALLIER	HUPIFO
- Isabelle CONSTANT	HUEP
- Stéphanie DECOOPMAN	RDB
- Loïc DE PONTUAL	HUPSSD
- Luc DESFRERE	HUPNVS
- Jacques DURANTEAU	HUPS
- Alaa EL GHONEIMI	RDB
- Elsa GENESTIER	HUPS
- Bertrand GUIDET	HUEP
- Guy LEVERGER	HUEP
- Agnès LINGLART	HUPS
- Renaud PELLE	HUEP
- Laure WALLON	HUPSSD

## Table des matières

1 <sup>ère</sup> partie : LE CONTEXTE .....	3
A/ Les besoins régionaux de santé.....	4
1- Le contexte régional .....	4
2- Les enjeux du programme régional de santé : .....	5
B/ La place de l'AP-HP .....	6
1- Les SAU et la pédiatrie générale.....	6
2- Les grandes données d'activité .....	9
3- L'AP-HP dans son environnement .....	9
2 <sup>ème</sup> PARTIE : PROPOSITIONS.....	3
A/ Activités spécialisées : .....	4
1- Les constats : .....	4
2- Eléments de réflexion et propositions : .....	4
B/ Permanence des soins : .....	6
1- Permanence des soins en imagerie : .....	6
2- Permanence des soins en chirurgie pédiatrique : .....	7
3- La prise en charge des AVC pédiatriques .....	9
4- L'organisation des astreintes dialyse.....	9
C/ Pics et Creux.....	10
D/ Organisation des SMUR pédiatriques.....	12
E/ Collaborations territoriales entre la pédiatrie AP-HP et les autres acteurs de santé régionaux..	13

Ce rapport est la synthèse des échanges qui ont eu lieu au cours des réunions qui se sont déroulées tout au long de l'année 2015.

Le sujet de la pédiatrie a fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années avec notamment la fermeture du Site de Saint Vincent de Paul, des déménagements d'activité de site à l'autre, l'arrêt d'activité de l'oncologie pédiatrique à Garches.

Dans le cadre de la préparation du plan stratégique, la collégiale de pédiatrie a produit un document relatif aux axes majeurs des disciplines.

Compte tenu de la richesse du sujet, le groupe a fait le choix de ne pas traiter l'ensemble des thématiques. Ainsi la néonatalogie a été exclue du champ de la réflexion de même que la pédopsychiatrie. L'accent ayant été mis sur les structures d'hospitalisation, les disciplines dont l'activité est essentiellement ambulatoire, comme la génétique médicale ou la dermatologie n'ont pas été traitées.

Par ailleurs, la dimension universitaire n'a pas été abordée tant sur la partie formation que recherche. Il convient néanmoins de préciser sur ce point la prédominance l'AP-HP dans ce domaine comme en témoigne les évaluations forces / faiblesses / opportunités / risques SWOT réalisés par les établissements en annexe de ce document.

## 1<sup>ère</sup> partie : LE CONTEXTE

### A/ Les besoins régionaux de santé

L'Île de France est une région jeune :

- 26% de moins de 20 ans
- Une différence sensible entre grande couronne (28% de la population a moins de 20 ans) et Paris (20%)

Les indicateurs de la santé sont les suivants :

- Un recours aux soins qui reste faible passée la première année de vie
- Une baisse de la mort par accident
- Perception de la bonne santé proche de celle du bien être

Le bilan du SROS est globalement positif, mais certains indicateurs restent défavorables:

- Fréquence des maladies chroniques
- Conduites addictives
- Prises de risque
- Problèmes de santé mentale
- Mauvaises conditions de nutrition et de santé bucco-dentaire
- Les inégalités de santé : poids du médico-psycho-social
- Grande diversité des indicateurs santé entre les départements de la région
- La durée de séjour en pédiatrie générale (PG) augmente de 36% lorsque l'enfant est dans une situation précaire

En matière de maladies chroniques, les pathologies identifiées comme prioritaires sont:

- Asthme et allergies (asthme non contrôlé dans 1/3 des cas)
- Maladies neurologiques (ex : épilepsie) et plus largement les troubles neurologiques du développement (ex : troubles des apprentissages)
- Diabète: l'un des pathologies les plus courantes chez les enfants de tous âges mais dont l'incidence augmente en particulier chez les nourrissons et les moins de 5 ans.
- Obésité (1 enfant sur 5 en CM2 est en surcharge pondérale, 3.8% sont obèses)
- Pathologies de la croissance et de la puberté
- Saturnisme, tuberculose et drépanocytose, maladies rares au plan national dont la fréquence est plus élevée en IDF

#### 1- Le contexte régional

Il est marqué par :

- Contexte de baisse de la démographie médicale en ville avec un déficit d'articulation entre acteurs hospitaliers et ambulatoires.
- Augmentation des files actives hospitalières (recours aux urgences et consultations externes)
- Notion de filière insuffisamment développée
- Prise en charge presque exclusivement hospitalière

- Complexification des prises en charges et du niveau de technicité requis qui incite les familles à avoir un recours systématique vers les gros centres qui se trouvent saturés
- Problématiques de valorisation de l'activité
- Problématique de partage des données entre les différents acteurs

En matière de démographie médicale, les enjeux pour la région reposent sur la diminution des professionnels en activité et la diminution de l'offre spécialisée en ville. On compte environ 2 000 pédiatres en IDF tout mode d'exercice confondu. 40% des pédiatres partiront à la retraite dans les 10 ans à venir, la prévision de différentiel entre les « sorties » et les « entrées » est négative. Il existe des disparités au sein de la région avec des départements plus sinistrés: Essonne, Seine et Marne, Seine Saint Denis et Val de Marne.

## 2- Les enjeux du programme régional de santé :

Certains objectifs du SROS précédents partiellement atteints ont été reconduits sur les champs suivants :

- Prise en charge des maladies chroniques (accès au diagnostic, annonce du handicap/accompagnement des familles, délais et rupture de prise en charge, difficultés d'accès aux structures)
- Développement des pratiques préventives et de l'éducation thérapeutique
- Prise en compte spécifique des adolescents

Concernant les maladies chroniques, un programme régional doit être mis en place sous l'égide de l'ARS :

- Champ: neurologie, pneumologie, gastro-entérologie, diabète, obésité, pathologie de la croissance et de la puberté, drépanocytose
- Principe: adapter le plan aux besoins identifiés par territoire et en fonction des acteurs
- Améliorer la qualification et la visibilité de l'offre
  - Premier recours (pédiatres, généralistes, médecine scolaire, PMI,...)
  - Recours spécialisé intermédiaire (spécialistes hospitaliers et libéraux) proche du domicile
  - Recours hospitalo-universitaire
- Promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée (réseaux)
- Le suivi au long cours et l'éducation thérapeutique (+ coopérations interprofessionnelles)
- Le développement de la télémédecine

Les autres enjeux identifiés portent sur les organisations:

- Impact des tensions saisonnières de l'activité d'urgence
- Transition enfant/adulte
- Développement des liens formalisés avec la psychiatrie et le médico-social
- Équilibre de l'offre entre spécialisation et proximité
- Réduction des délais entre prévention et prise en charge initiale
- Recherche de valorisation des activités de consultation et de soins ambulatoires paramédicaux et pluridisciplinaires

Pour certaines thématiques, l'ARS a affiché des objectifs propres :

- Conforter les unités de soins continus (USC) pédiatriques
- Chirurgie pédiatrique : l'objectif est de gagner en lisibilité et structurer davantage les filières
- Radiologie pédiatrique:
  - Développement de la téléradiologie
  - Adapter la tarification des IRM pour les moins de 6 ans
- Développer les systèmes d'information (suivi des enfants, identifier les points de rupture,...)
- Décrire et valoriser les programmes personnalisés de soins (consultations multiples, actes complexes)

## **B/ La place de l'AP-HP**

L'offre de pédiatrie générale est présente sur 9 sites:

- A Béclère
- Bicêtre,
- R. Debré
- L. Mourier
- Necker
- A. Paré
- R. Poincaré
- Trousseau
- J. Verdier

L'offre de pédiatrie spécialisée est principalement présente sur 4 sites pédiatriques polyvalents :

- Bicêtre
- R. Debré
- Necker
- Trousseau

L'offre de pédiatrie spécialisée est également présente sur les 4 autres sites (A. Paré, A. Béclère, J. Verdier et L. Mourier). Ces sites ont, avec des spécificités et des historiques qui leur sont propres, développé des activités spécialisées dans de nombreux domaines dont il conviendrait d'améliorer la visibilité et l'articulation avec les 4 sites pédiatriques polyvalents.

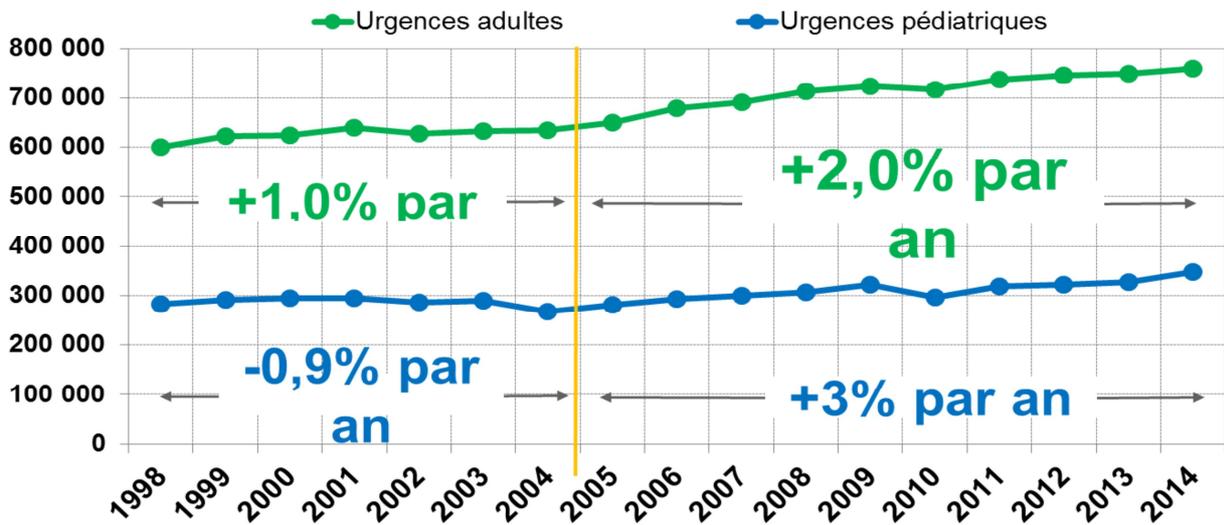
### **1- Les SAU et la pédiatrie générale**

Huit services de pédiatrie générale et d'accueil des urgences existent à l'AP-HP. L'AP-HP a mené une politique active en matière de prise en charge des urgences :

- a. tous les SAU disposent désormais d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- b. les différents sites ont travaillé sur la prise en compte des fluctuations saisonnières d'activité en travaillant sur la modularité des services et sur les organisations de personnel médical (PM) et de personnel non médical (PNM)

4 SMUR pédiatriques viennent compléter l'offre de soins sur les sites d'Avicenne, Béchère, R. Debré, et Necker.

Ces dernières années, la prise en charge des enfants au sein des SAU de l'AP-HP a augmenté. Le nombre de passages aux urgences progresse en moyenne de 3% par an depuis 2005. Le taux d'hospitalisation à partir des SAU est relativement faible comparé aux adultes, environ 12%.



### L'offre en pédiatrie spécialisée

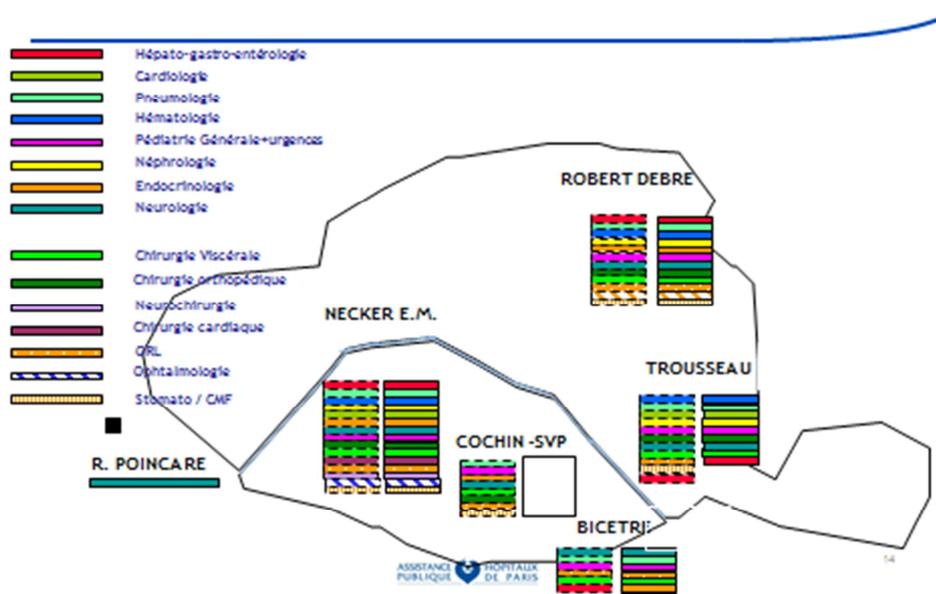
L'AP-HP dispose de l'offre publique la plus complète au niveau régional. L'offre privée ne présente pas d'équivalent sur l'ensemble des disciplines. Une offre spécialisée complémentaire existe dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), au centre chirurgical de Marie Lannelongue (CCML), à Massy, la fondation Rothschild (FOR) et au CHNO sur des thématiques particulières mais également dans les centres hospitaliers publics de la région.

L'offre de pédiatrie spécialisée au sein de l'institution a connu des évolutions ces dernières années:

- Fermeture de Saint Vincent de Paul
- Transferts d'activité
- Arrêt d'activité

Ces évolutions sont représentées dans la carte ci-dessous :

### La pédiatrie spécialisée Situation début 2010 vs 2015



Les services de pédiatrie de Béclère, Ambroise Paré et Jean Verdier se sont organisés depuis une dizaine d'années, après avoir évalué les besoins de chacun de leurs territoires, pour développer une offre de soins adaptée à la demande de soins (consultations avancées, expertise développée par les titulaires du service, participation active à des réseaux de soins). Ces sites se sont ainsi inscrits dans une dynamique souhaitée car efficace et efficiente, de hiérarchisation des soins, alliant compétence et proximité pour les familles.

Le site d'A Béclère dispose des spécialités suivantes : gastroentérologie avec fibroscopie, pneumologie, allergologie, dermatologie, onco-hématologie en HDJ et en HC au sein du RIFHOP, ophtalmologie, activité maladies métaboliques (centre de référence maladies rares).

Le site de Jean Verdier organise des prises en charge spécialisées autour des forces médicales suivantes : neurologie, endocrinologie et diabétologie, pneumologie allergologie, oncologie et quelques consultations avancées.

Le site d'Ambroise Paré dispose également de consultations avancées (neuropédiatrie, dermatologie, pneumologie, endocrinologie, rhumatologie, nutrition, allergologie, gynécologie, oncologie) ainsi que d'activités de référence (médecine de l'adolescent, asthme et allergies alimentaires sévères, obésité adolescent, fibrillinopathies et syndromes marfanoides, maladie de Rendu-Osler).

Enfin, le site de R. Poincaré dispose d'une offre spécialisée en neurologie pédiatrique, réanimation pédiatrique, surveillance continue et soins de réadaptation post réanimation (SRPR).

## **2- Les grandes données d'activité**

La pédiatrie représente au sein de l'AP-HP :

- 10% des séjours médecine chirurgie obstétrique (MCO)
- 18% des consultations
- 30 % des passages aux urgences

Les grandes tendances sont marquées ces 5 dernières années (voir annexe) par :

### *Une diminution des séjours en hospitalisation conventionnelle*

- Diminution modérée en pédiatrie générale
- Diminution des séjours de spécialités chirurgicales (plus particulièrement en orthopédie, ORL, stomatologie)
- Progression des séjours dans certaines disciplines médicales (neurologie, pneumologie)
- Progression d'activité de soins critiques (diminution sur la réanimation pédiatrique, développement surveillance continue)

### *Une progression globale des séjours en hospitalisation partielle dans toutes les disciplines*

## **3- L'AP-HP dans son environnement**

L'offre de soins régionale repose sur 34 services de pédiatrie générale dans les hôpitaux généraux et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Les ESPIC sont positionnés sur les urgences médicales, l'hospitalisation complète dont réanimation ou les soins intensifs de néonatalogie, les hôpitaux de jour, la pédiatrie en maternité, les consultations.

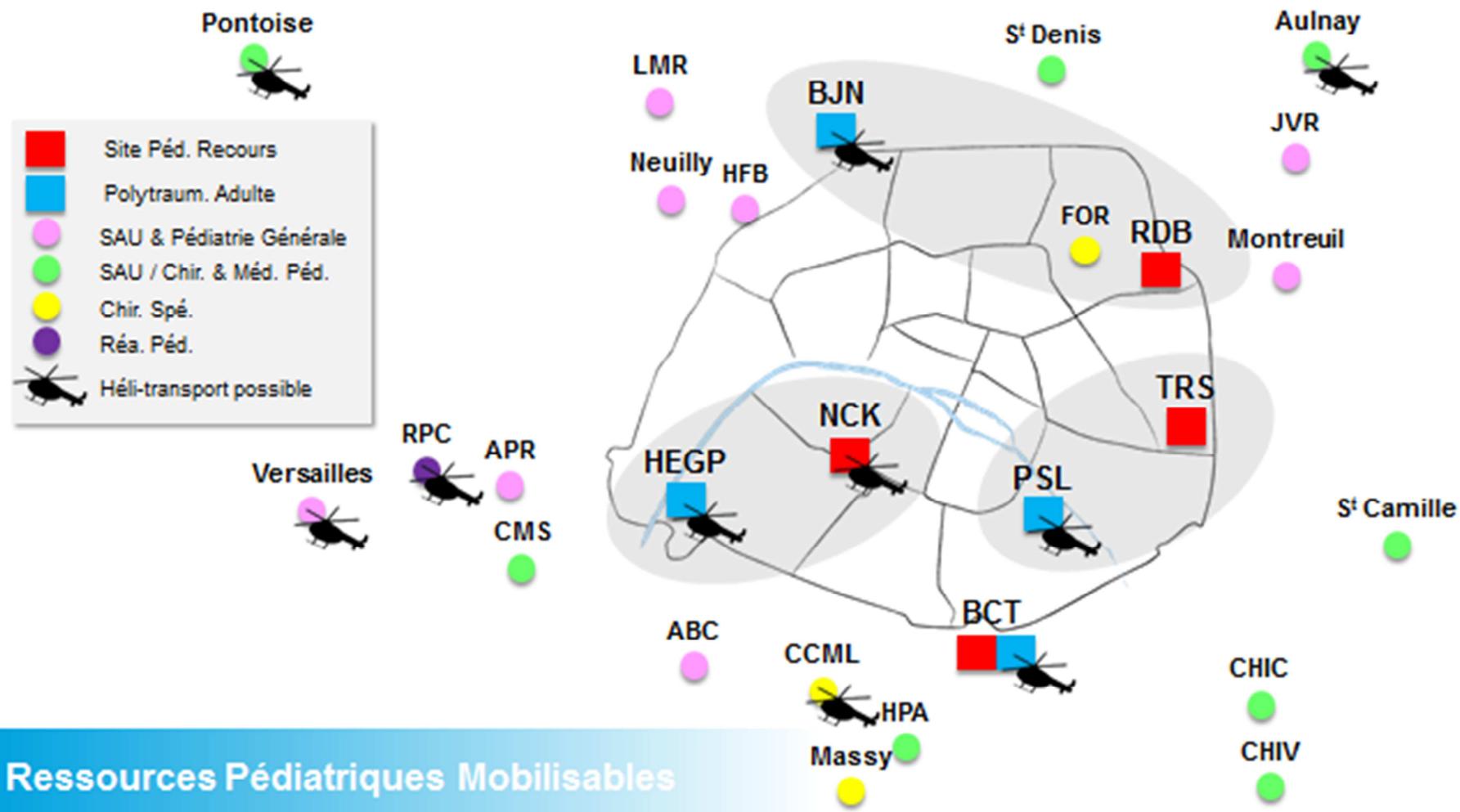
L'hospitalisation privée est peu développée en pédiatrie médicale mais l'est davantage dans les spécialités chirurgicales

Les centres hospitaliers publics hors AP-HP disposent pour certains d'une offre en chirurgie et peuvent dispenser des consultations spécialisées dans certains domaines. De même il convient de noter que notre environnement s'organise pour répondre et s'adapter aux besoins.

L'île de France, à l'instar des autres régions, s'est structurée en trois de niveaux de recours, une pédiatrie de proximité (celle effectuée par les médecins ambulatoires et la majorité des CHG de taille moyenne), une pédiatrie de recours exercée par les CHU et un troisième niveau, une pédiatrie d'expertise représentée par les quatre hôpitaux pédiatriques polyvalents. Cette hiérarchisation des prises en charge, expérimentée en Grande Bretagne, aux Pays bas et au Danemark a fait la preuve de son efficacité. L'évaluation très positive du réseau « oncolor » en Lorraine pour la cancérologie de l'enfant a été à l'origine du développement du réseau RIFHOP en Ile de France dont tous s'accordent pour en reconnaître un modèle d'organisation et d'efficacité.

Le tableau ci-dessous permet de cartographier l'offre de pédiatrie telle que labellisée par l'ARS.

Dpt	Groupe		Réanimation ped	USC	SU pédiatrique	SU adulte	PDS ES	ActOrto Trau 0-2	ActOrto Trau 3-9	Viscérale péd	AUTRES	Pédiatrie	Remarques	Ressources pédopsy internes	Cs Psycho trauma	Secteurs PII support/renfort
75	1	Trousseau AP-HP	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	UA	non	OUI/UMI	CHSP
	1	Necker AP-HP	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI	ORL	OUI	UA	OUI	OUI	CHSA
	1	Debré AP-HP	OUI	OUI	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI	ORL	OUI	UA - renfort de la FOR pour ORL et avis neurochir	OUI	non	CH MaisonBlanche
	Appui	F.O.Rotschild									ORL-NC		Appui Debré pour NC et ORL			
77	3	Meaux			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	non	CH Jossigny
	3	Melun			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	OUI/CUMP	CH Nemours
	3	Marne la vallée			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	CUMP	CH Nemours Ch meaux
	3	Fontainebleau			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	non	Ch Meaux
	3	Provins			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	CH Coulommiers
	3	Coulommiers			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	non	Ch Jossigny
78	2R	Poissy			OUI	OUI			Intermédiaire	OUI		OUI		OUI	OUI	Institut Théophile Rousset
	3	Mantes			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	non	CH Meulan
	3	Rambouillet			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	CH Charcot
	3	Versailles	USC ped	OUI	OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	OUI/CUMP/UMI	CH Charcot
	2R	HROF				OUI			OUI					non	non	CH Charcot
91	3	CHSF			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	OUI/UMI	EFSM Barthélemy Durand
	3	Orsay			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	non	EFSM Barthélemy Durand
	3	Longumeau			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	Ch Orsay EFSM Barthélemy Durand
	3	Arpajon			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	Ch Orsay EFSM Barthélemy Durand
	Appui	Jacques Cartier	OUI - Chir Cardiaque			OUI							Appui vasculaire	non	non	CH Orsay
92	Appui	Ray, Poincaré	OUI									OUI	Appui Réaped	non	OUI/CUMP/UMI	Institut Théophile Rousset
	Appui	Marie Lannelongue	OUI - Chir Cardiaque										Appui de Bicêtre - Vasculaire	non	non	CH Erasme
	2	HPA			OUI	OUI	1ère partie nuit		Intermédiaire					non	non	Institut Théophile Rousset
	Appui	Clinique Marcel Sembat						OUI	OUI	Non			Appui à Necker - Orthopédie	non	non	CH Erasme
	3	Courbevoie			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	CH Roger Prévot
	3	IHF - Kleber			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	CH Roger Prévot
	3	Ambroise Paré AP-HP			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	CH Erasme
	3	Bédère AP-HP			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	CH Erasme
	3	Louis Mourier AP-HP			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	Institut Théophile Rousset
93	2	Aulnay	USC ped	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	UR - Site avec activité et USC	OUI	OUI	CH Ville Evrard
	3	Montreuil			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	non	CH Ville Evrard
	2	Saint Denis			OUI	OUI	1ère partie nuit	Intermédiaire	Intermédiaire	OUI		OUI	UR	OUI	OUI	CH Ville Evrard
	3	Jean Verdier AP-HP	USC ped	OUI	OUI	OUI				OUI		OUI	???	non	OUI/UMI	CH Ville Evrard
	3	Raincy Montfermeil			OUI	OUI				OUI		OUI		non	non	CH Ville Evrard
94	2	St Camille			OUI	OUI	1ère partie nuit	Intermédiaire	OUI	OUI		OUI	UR	non	non	Hopitaux Saint Maurice
	1	Bicêtre AP-HP	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	OPH-ORL-NC	OUI	Activité orthotraumatique très faible - A renforcer CHIV	OUI	OUI	Fondation Vallée
	2	CHC	USC ped	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		OUI	UR - Site avec activité et USC	OUI	OUI/CUMP/UMI	Fondation Vallée
	2	CHV			OUI	OUI	OUI	Intermédiaire	OUI	OUI		OUI	UR	non	non	CH Créteil / Fondation Vallée
95	2R	GHEM			OUI	OUI			Intermédiaire	OUI		OUI		OUI	non	CH Argenteuil
	2R	Gonesse			OUI	OUI			Intermédiaire	OUI		OUI		OUI	OUI/UMI	CH Aulnay
	2	Portoise	USC ped	OUI	OUI	OUI	1ère partie nuit	Intermédiaire	OUI	OUI		OUI	UR - Site avec activité et USC	OUI	OUI/CUMP/UMI	CH Argenteuil
	3	Argenteuil			OUI	OUI				OUI		OUI		OUI	non	CH Eaubonne

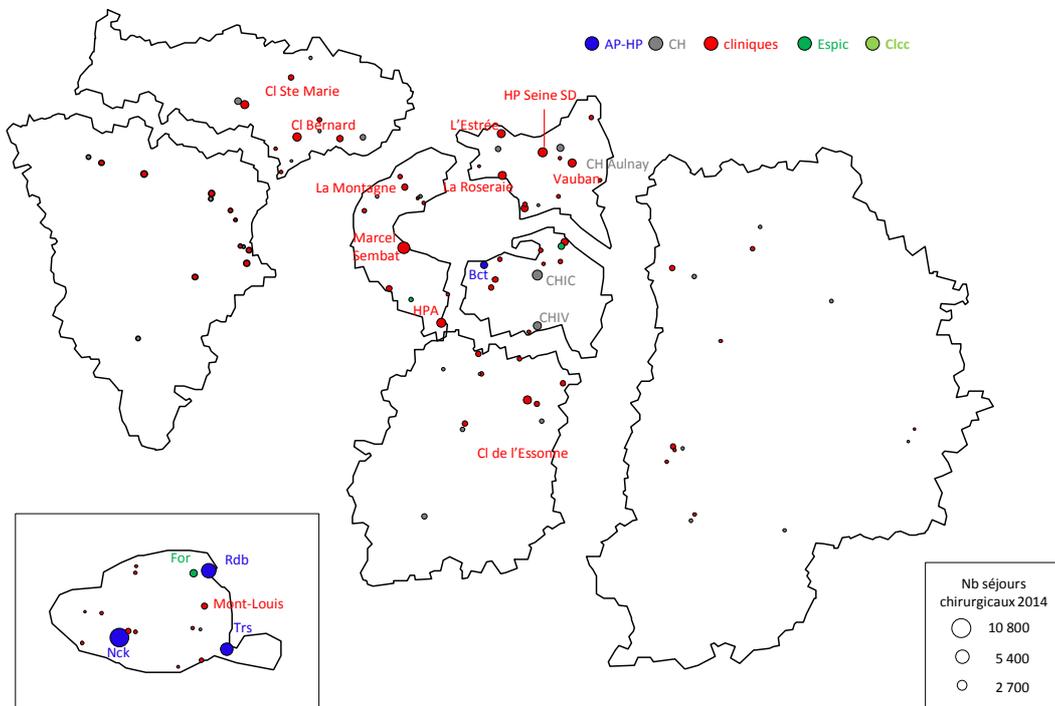


## Ressources Pédiatriques Mobilisables

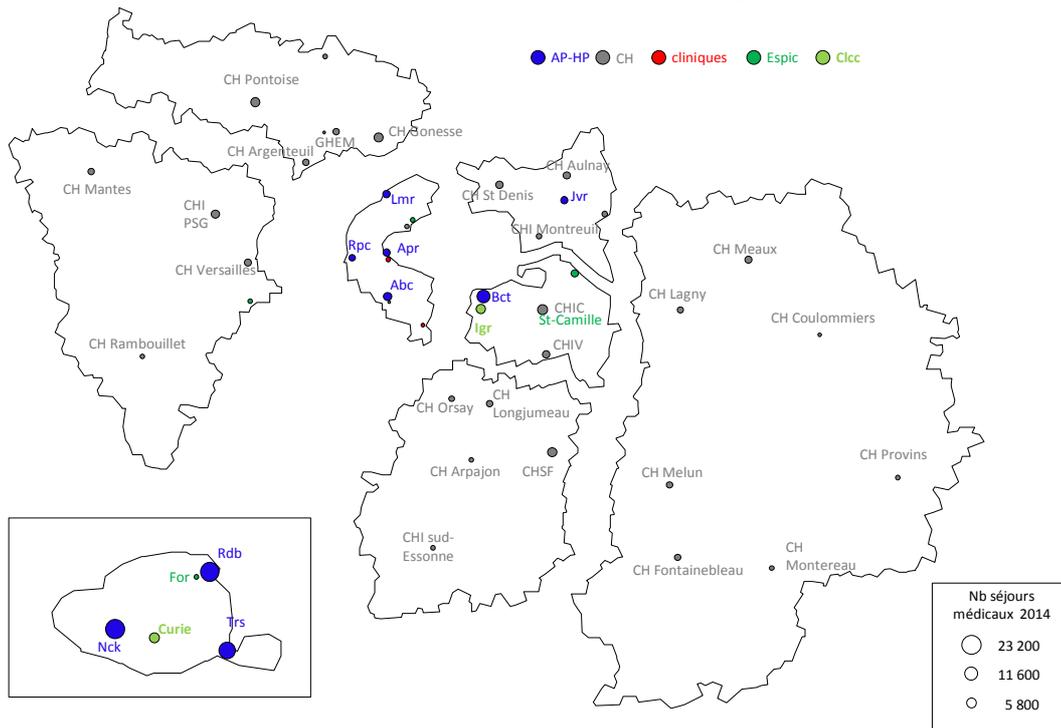
Les cartes ci-dessous montrent que les moins de 18 ans sont pris en charge au-delà des établissements affichant une offre pédiatrique tant pour les séjours médicaux que chirurgicaux.

Il convient néanmoins de préciser que l'activité est très hétérogène selon les établissements, parfois très spécialisée parfois très généraliste.

### Offre pédiatrique 2014 en IdF, hors néonatalogie – séjours chirurgicaux



## Offre pédiatrique 2014 en IdF, hors néonatalogie – séjours médicaux



Au-delà de ces activités officiellement référencées, il est difficile d'avoir une connaissance fine de l'offre spécialisée mise en place dans les centres hospitaliers généraux (CHG). On sait par exemple que Saint-Denis prévoit de développer une offre pédiatrique sur son TEP. De nombreux CH disposent de compétences reconnues dans diverses spécialités pédiatriques. Le groupe n'avait pas pour objectif de cartographier cette offre de soins, mais il faut noter que si la plupart des GH ont mis en place des consultations spécialisées pour répondre à leur besoin ils se heurtent à des problèmes de développement de cette offre du fait de limitation de la masse critique et de la compétition avec l'activité de pédiatrie générale et de permanence des soins. Cette variabilité de l'offre spécialisée impacte de façon indirecte sur la sollicitation des services "de référence" à l'AP-HP.

Enfin il convient de préciser que le recours à l'hôpital public est de plus en plus fréquent compte tenu de:

- La baisse de la démographie des professionnels et des conditions d'exercice (moins de pédiatres et de généralistes, moindre amplitude d'ouverture des cabinets)
- La diminution de l'offre de prévention (les effectifs médicaux en protection maternelle infantile (PMI) ont diminué de 15 à 20% entre 2005 et 2010).

L'urgence hospitalière pédiatrique est assurée de façon quasi exclusive par les établissements publics tandis que les pédiatres libéraux réalisent des soins non programmés à hauteur de 35% à 50% de leur activité selon la période de l'année.

L'attractivité de l'AP-HP est globalement assez stable sur la médecine malgré une progression des séjours, et sur la chirurgie malgré une diminution des séjours. En médecine, l'AP-HP représente près de la moitié de l'offre, en chirurgie plus de 20%. Toutefois le positionnement des autres offreurs nécessite de s'interroger sur le rôle du CHU dans l'animation territoriale et la stratégie à mettre en œuvre vers les autres sites.

## Evolution 2009/13 de l'activité et de l'attractivité de l'AP-HP en pédiatrie en Ile-de-France

Domaines	Séjours 2009	% évol nb de séjours	Evol. 09/13 (attractivité 09)	Sens de l'évolution de l'attractivité				
				AP-HP	Cliniques	Psph	CH	CLCC
<b>Total chir péd.</b>	<b>25 998</b>	<b>-3.1%</b>	<b>-0.1 pt (22,0%)</b>	↘	↗	↗	↘	↗
Digestif + uro	6 103	-10.8%	- 2,2 pt (15,2%)	↘	↗	→	↘	-
ORL + stomato	5 898	-4.8%	+ 0,8 pt (14,6%)	↗	↘	↘	↗	-
Orthopédie	5 394	+2.6%	+ 3,1 pt (33,6%)	↗	↗	→	↘	-
Ophtho	1 221	-6.0%	- 3,7 pt (32,6%)	↘	↗	↗	↘	→
<b>Total méd péd* hors séances</b>	<b>71 301</b>	<b>+3.3%</b>	<b>- 0,2 pt (46,4%)</b>	↘	↘	↗	↗	↘
Pneumologie	13 475	+4.5%	- 3,2 pts (48,1%)	↘	↘	↗	↗	-
Digestif	8 744	+11.5%	+ 3,1 pt (35,2%)	↗	↘	↗	↗	-
Endocrino	8 448	+7.8%	+ 3,1 pt (62,1%)	↗	-	↗	↘	-
Neuro	5 483	+23.9%	+ 6,8 pts (44,8%)	↗	-	↘	↘	↘
Hématologie	5 158	+15.5%	+ 7,0 pt (51,3%)	↗	-	↗	↘	↘
<b>Séances</b>	<b>12 267</b>	<b>8.1%</b>	<b>-1,7 pt (52,3%)</b>	↘	-	↗	↗	↗

\* Hors nouveaux nés

## 2<sup>ème</sup> PARTIE : PROPOSITIONS

Le groupe de travail s'est réuni en séance plénière à 7 reprises :

- Séance 1 (janvier) : séance introductive, partage des données d'activité, définition de la méthodologie
- Séance 2-3 (mars/avril) : présentation de chaque site selon la méthodologie SWOT
- Séance 4 (mai) : présentation de l'exemple londonien et identification des sous-thèmes de travail en sous-groupes
- Séance 5-6 (septembre-novembre) : restitution des sous-groupes de travail
- Séance 7 (décembre) : validation du rapport

Les thématiques de travail identifiées ont porté sur :

- Permanence des soins (chirurgie et imagerie)
- Activités spécialisées
- Pics et creux d'activité
- La prise en charge du handicap
- Coopérations territoriales
- Organisation des SMUR pédiatriques

La réflexion sur le handicap n'a pas été menée.

## A/ Activités spécialisées :

### 1- Les constats :

Entre 2008 et 2014, on observe une baisse des **activités chirurgicales** (-8%) qui se décompose en une diminution de 14% de l'hospitalisation complète (HC) non compensée par une augmentation de l'hospitalisation partielle (HP) de 11%. L'activité est répartie sur 2 à 4 sites, avec de petites unités.

Cette diminution des séjours en chirurgie est à confronter à l'évolution de l'activité opératoire et au développement de l'activité hors AP-HP (ESPIC, privé). Le contraste avec la prépondérance de l'AP dans la PDSSES est à relever.

Concernant les **spécialités médicales**, une approche détaillée figure en annexe. On note :

- Stabilité : endocrinologie, néphrologie (mais fluctuations), pédiatrie générale
- Augmentation modérée : gastro-entérologie, pneumologie, cardiologie
- Augmentation importante : neurologie
- Baisse : hématologie – immunologie – oncologie. Il convient toutefois de préciser que l'année 2014 a été une année charnière avec l'arrêt de l'activité sur le site de R. Poincaré. Par ailleurs le site de NCK a connu une période de travaux qui a eu des conséquences sur l'activité.

L'activité est donc stable en HC, avec une baisse du nombre de lits en hospitalisation conventionnelle quelle que soit la spécialité, laissant des services de petite taille de 7 à 38 lits au maximum, répartis sur 3 à 4 sites. En hospitalisation partielle, l'activité est très dynamique (+16%).

### 2- Eléments de réflexion et propositions :

#### Eléments de réflexion communs à l'ensemble des domaines d'activité

L'AP veut incarner le recours mais doit garder une activité de proximité pour permettre cet objectif, financer le recours et remplir sa mission de service public. Le maintien ou le développement du volume d'activité doit concilier la spécialisation et la proximité et donc maintenir une répartition géographique des sites et de l'offre.

Se positionner sur la proximité nécessite d'améliorer nos organisations. Pour faire aussi bien que nos concurrents sur la proximité, nous devons élever notre niveau d'exigence en qualité organisationnelle (consultations et développement de l'ambulatorio). Ceci est particulièrement vrai pour le secteur chirurgical où existe une offre de soins diversifiée.

- L'hétérogénéité des pratiques en ambulatorio invite à une harmonisation des pratiques et à un plan d'actions sur les différents sites (Necker pour plusieurs disciplines médicales et chirurgicales, Bicêtre pour la chirurgie viscérale, R. Debré pour l'endocrinologie, Trousseau pour la chirurgie viscérale).
- Il est possible de faire davantage d'ambulatorio en pédiatrie tant en médecine qu'en chirurgie, mais le groupe souligne que cela doit s'accompagner de réflexions organisationnelles :
  - Prise en charge de la douleur en post-opératoire,
  - Séniorisation des équipes médicales car craintes des internes de faire certaines activités en ambulatorio,
  - Importance des métiers de coordination et d'organisation des plateaux ambulatoires

- Question de la continuité = certains professionnels ont souligné la nécessité d'avoir une réflexion sur l'organisation de la continuité des avis/soins pour répondre à l'inquiétude des familles, de certains médecins.

Il conviendra également de poursuivre, avec la collégiale, la réflexion sur de nouveaux modèles organisationnels. Le développement de l'activité ambulatoire et les réponses à apporter en matière de prise en charge de proximité posent la question de l'évolution des modèles d'organisation des unités de soins ; les hôpitaux pédiatriques polyvalents ont jusqu'alors eu des réflexions plus ou moins abouties et mis en place des organisation différentes face à ces problématiques :

- Faut-il aller vers des services de médecine interne de l'enfant avec la possibilité de recourir à des avis spécialisés (neurologie, pneumologie) ?
- Maintenir des services de spécialité et poser la question de leurs liens avec la pédiatrie générale et leur capacité à prendre en charge et/ou organiser la prise en charge de besoins de proximité au-delà de leur spécialité ?
- Par ailleurs, les UHCD à capacité adaptables pourraient dans cette perspective jouer un rôle plus affirmé dans la gestion des épidémies hivernales.

**Proposition N°1 :** Organiser les flux intra-AP-HP selon 2 principes « Sécuriser le recours et développer la proximité ». Il est important que les hôpitaux de l'AP-HP sécurisent et organisent l'orientation des patients afin que le recours n'échappe pas aux équipes AP-HP avec 2 préconisations fondamentales :  
- Intra AP-HP : « réflexe AP-HP » adressage systématique au sein de l'institution quand la discipline (en particulier chirurgicale) n'existe pas sur site  
- Extra AP-HP : organiser les liens avec les CHG dans le cadre des discussions sur le projet médicaux partagés des GHT

**Proposition N°2 :** Optimiser les consultations en améliorant l'accessibilité aux RDV (travaux DPT) et l'affichage de notre offre sur internet (Direction de la communication). Il convient également d'inciter les GH à réfléchir sur les méthodes les plus adéquates pour l'amélioration du recrutement et la sécurisation du recours (consultations avancées dans les CHG et les centres de santé par exemple).

**Proposition N°3 :** Optimiser l'organisation ambulatoire médicale et chirurgicale, en lien avec les collégiales de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique

**Proposition N° 4:** organiser le partage d'expérience entre les GH sur les pratiques médicales en ambulatoire et les bonnes pratiques organisationnelles (DPT).

#### **Focus sur l'offre de soins en neurologie :**

La neurologie pédiatrique est unanimement identifiée comme la spécialité pédiatrique où existe le plus fort décalage entre besoins et offre, tant au niveau de l'AP-HP qu'en dehors.

- Dans les travaux préparatoires au plan stratégique effectués sous l'égide de la collégiale de pédiatrie, les services de neurologie ont indiqué qu'ils ne sont pas opposés à l'hypothèse de regroupements. Cette position est défendable dans une logique de spécialisation ne nécessitant pas un capacitaire important.
- Pour autant, il existe une forte demande non satisfaite dans des domaines comme l'évaluation des troubles des apprentissages, mais également l'épilepsie, avec des délais de consultations particulièrement longs dont il convient de préciser qu'elles ne débouchent pas nécessairement sur des besoins d'hospitalisation.
- Cette dichotomie pose clairement la question des orientations optimales pour l'AP-HP :
  - La spécialisation avec une diminution des capacités
  - La réponse aux besoins de proximité et donc la capacité à répondre à une demande diversifiée et non surspécialisée
- Cette thématique est emblématique de ce que pourrait être concrètement la mise en œuvre d'un projet territorial dont il convient de trouver l'équilibre entre des centres de recours et des besoins de consultations et d'avis dans les centres hospitaliers de la région. L'expérience de Trousseau qui a un poste partagé avec le CHIC sur cette thématique est très satisfaisante
- Cette réflexion devra être menée conjointement avec la pédopsychiatrie et la génétique médicale, deux disciplines qui n'étaient pas représentées dans le groupe de travail mais qui sont en lien étroit avec la demande de soins en neurologie.

**Proposition N°5** : développer les consultations avancées sur la thématique neurologie à partir des services de spécialité de l'AP-HP afin d'organiser le maillage et la réponse aux besoins en acceptant d'allier spécialisation et proximité.

## **B/ Permanence des soins :**

4 sujets ont été plus particulièrement identifiés.

### **1- Permanence des soins en imagerie :**

Le groupe souligne que le sujet du temps médical est critique compte tenu de la démographie des radiologues, des pans entiers d'activité ne sont pas traités faute de temps médical suffisant (problème des ressources formées et disponibles).

La demande des établissements du territoire est soulignée de même que l'impact sur le circuit des patients car à défaut d'imagerie il existe des transferts vers les SAU de l'AP-HP. Le transfert d'images, la télé expertise, la lecture à distance sont des leviers mais se heurtent aux mêmes problèmes de temps médical.

**Proposition 7** : le groupe estime que le sujet de l'imagerie pédiatrique doit être traité dans le cadre d'un groupe imagerie adulte/enfant tout en précisant certaines spécificités pédiatriques.

## 2- Permanence des soins en chirurgie pédiatrique :

Les constats relatifs à la permanence des soins en chirurgie pédiatrique :

- 60% à 75% de l'activité concerne l'orthopédie
- 60% première partie de nuit
- La durée moyenne des interventions est de 1h30 à 2h
- Les indications sont variables selon les équipes (ex réduction plâtre aux urgences, explorations testiculaires)
- l'organisation locale des blocs a un impact sur l'activité de permanence des soins : salle d'urgence disponible ou non en journée, organisation d'un circuit de reconvocation en chirurgie ambulatoire.

### Données d'activité entre 20h et 8h:

Les chiffres correspondent à des extractions d'IPOP faites par les sites dans le but de suivre l'activité de PDES en chirurgie pédiatrique pour l'ARS. Les sites ont adressé leurs données. Le tableau visant à une synthèse affiche une moyenne par nuit. Les sites ayant moins de 30 interventions par mois, donc moins de 1 par nuit apparaissent donc avec une activité nulle. Cela explique les données du site de Bicêtre.

ETABLISSEMENTS	SEPT ( $\bar{x}/J$ )	OCT ( $\bar{x}/J$ )	NOV ( $\bar{x}/J$ )	DEC ( $\bar{x}/J$ )	JAN ( $\bar{x}/J$ )	FEV ( $\bar{x}/J$ )	MARS ( $\bar{x}/J$ )	AVR ( $\bar{x}/J$ )	MAI ( $\bar{x}/J$ )
BICÊTRE	/	/	/	/	/	/	/	/	/
TROUSSEAU *	3	2	2	2	2	1	3	3	3
ROBERT DEBRE	2	2	1	1	2	2	2	2	2
NECKER	2	2	2	2	2	2	2	2	3
<b>TOTAL AP-HP</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

Détail de l'activité pour les 3 premiers mois de 2015

	janv-mars 2015					
	Ortho		Visceral		Total	moy/j
	18h 0h	0h 8h	18h 0h	0h 8h		
Bicêtre			10	16	26	0,29
Trousseau*	81	60	19	32	192	2,13
R Debré	89	25	38	22	174	1,93
Necker	90	9	66	6	171	1,90
<b>Total AP</b>	<b>260</b>	<b>94</b>	<b>133</b>	<b>76</b>	<b>563</b>	<b>6,26</b>

**Moyens mobilisés pour la permanence des soins :**

**Chirurgiens**

Hôpital	garde senior	garde interne	demi-garde senior	demi-garde/demi-astreinte senior	astreinte opérationnelle	astreinte de sécurité
NCK	2 + ORL	2 + 2 (ORL et neurochir)		1 (neurochir)	1 (CMF)	
TRS	2	2				
BCT		1			1	
RDB	1	1	1		1	1

1 astreinte d'interne en CMF à NCK

#### Anesthésistes

Hôpital	garde senior	garde interne	demi-garde senior	demi-garde/demi-astreinte senior	astreinte opérationnelle	astreinte de sécurité
NCK	1 + 1 (neurochir)	2		1	1	
TRS	1	mater				
BCT	1	0				
RDB	1	1	1			

#### IADE

Hôpital	sur place	astreinte
NCK	2 (mutualisé)	
TRS	1	
BCT	1	1 (greffe)
RDB	1	1

#### IBODE

Hôpital	sur place	astreinte
NCK	3 (mutualisé)	
TRS	1	
BCT	1	1 (greffe)

Ces données d'activité dans le cadre de la PDES montrent une activité relativement faible entre 20h-8h en relation avec des moyens mobilisés en séniors et internes importants. Cependant, il convient de préciser que l'activité du bloc ne reflète pas l'intégralité des tâches de la garde et de la continuité des soins. Cela pose la question de l'accessibilité du patient à l'avis spécialisé chirurgical.

Il convient également de confronter ces données aux organisations mises en place sur les différents sites. Ainsi R. Debré a fait le choix d'avoir un urgentiste formé à la chirurgie présent jusqu'à minuit. Le rôle de l'urgentiste chirurgical est important en complément d'un interne de garde. Par ailleurs, le site a travaillé sur la prise en charge ambulatoire différée au lendemain. La structure ambulatoire permet de prendre en charge les urgences le lendemain dans le cadre d'un circuit identifié ce qui permet de diminuer l'activité sur la période de garde et de redonner du temps médical de jour pour les internes et séniors tant sur les disciplines chirurgicales qu'anesthésistes. Il est par contre souligné l'impact des modifications éventuelles de la PDS sur la rémunération des praticiens.

Propositions :

- **Proposition N° 8** : échanger sur les bonnes pratiques organisationnelles concernant les urgences : salles de bloc dédiées, circuit de reconvoction ; travailler sur chacun des sites le circuit ambulatoire pour différer certaines interventions au lendemain (DPT)

- **Proposition N ° 9** : proposer une coordination de la permanence des soins pendant les périodes creuses (vacances scolaires) afin de réduire le nombre de personnes de garde sur place et améliorer l'adéquation activité/capacité en lits ouverts

### 3- La prise en charge des AVC pédiatriques

Le groupe est favorable à une mise à plat du fonctionnement de cette activité qui représente peu de cas par an. 2 réunions ad hoc se sont tenues sur ce sujet afin de réfléchir à un protocole de prise en charge.

L'organisation des différents sites repose sur des principes différents :

- NCK : une astreinte de neurologue est fonctionnelle et officielle. La liste est composée de 6 personnes.
- BCT : il n'existe pas de liste d'astreinte officielle. Un médecin est plus particulièrement fléché sur cette activité.
- RDB : les urgentistes assurent plus particulièrement l'accueil AVC. Il existe une continuité des soins en neurologie pour les appels internes du site.

La mise en place d'un système d'astreinte commune aux 3 sites pour l'AVC pédiatrique aurait pu être envisageable compte tenu du faible nombre d'appels. Cependant, cette astreinte est liée à la prise en charge des autres avis neurologiques des sites dans un contexte de forte demande régionale d'avis spécialisés, ce qui rend la mise en place d'une astreinte spécifiquement dédiée aux AVC pédiatriques non réaliste et non souhaitable. Les délais de RDV étant long, certaines orientations via les systèmes de permanence des soins sont une façon de contourner cette difficulté. En conséquence, on peut faire les propositions suivantes :

- Recensement des appels pour alerte AVC et avis neurologique pour l'IDF, avoir une vision territoriale, seule condition à laquelle l'ARS pourrait accepter un financement : test à réaliser sur une période de quelques mois,
- Finaliser une organisation AP-HP permettant de répondre à cette demande sur la base d'un cahier des charges/fonctionnement partagé,
- Proposer cette organisation AP-HP à l'ARS dans le cadre d'un financement PDS qui permettrait de répondre aux besoins de prise en charge et aux problématiques de financement des astreintes.
- Garder une vision territoriale de la demande.

**Proposition N°10** : sur la base d'un recensement des besoins, finaliser une organisation AP-HP pour répondre aux alertes AVC et avis neurologiques pour l'IDF afin de demander le financement de cette activité à l'ARS au titre de la PDS.

### 4- L'organisation des astreintes dialyse

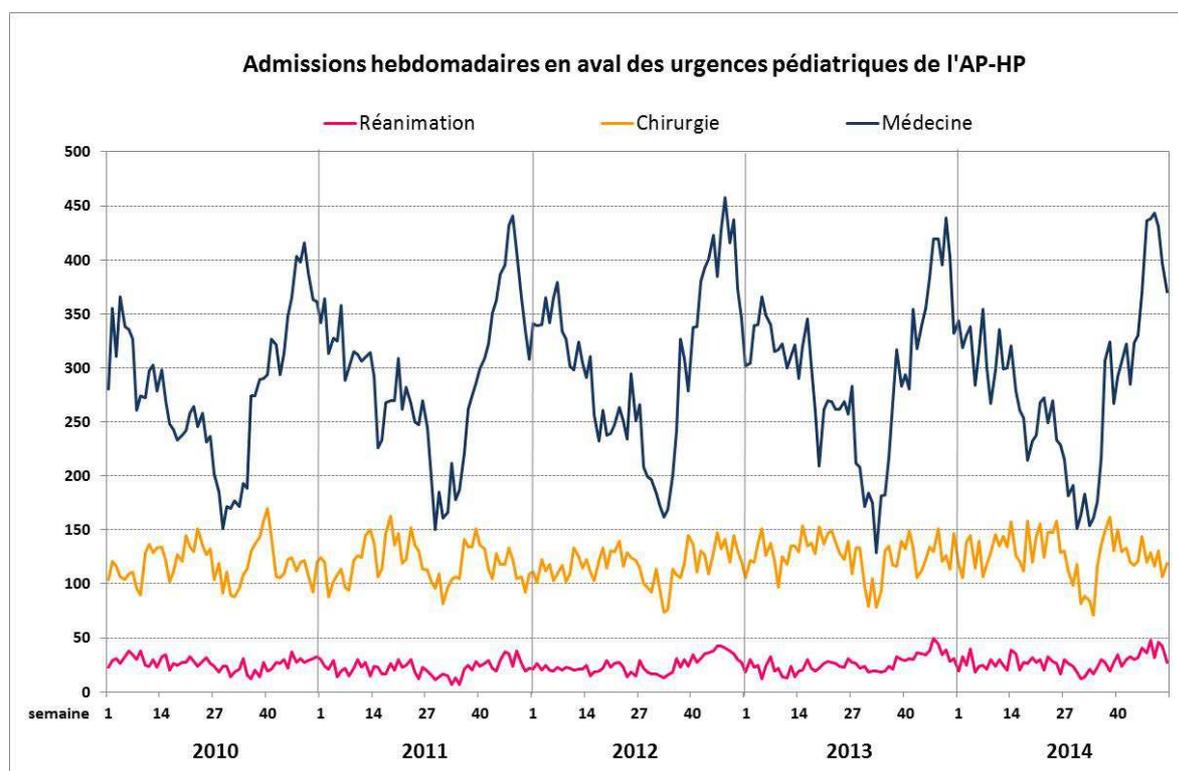
Il existe aujourd'hui une astreinte PM et PNM par centre (3 centres). Le groupe propose d'envisager les possibilités réglementaires d'une organisation AP-HP.

**Proposition N° 11** : étudier les possibilités réglementaires d'une astreinte PM et PNM unique APHP concernant la dialyse.

## C/ Pics et Creux

Sujet identifié dans le cadre projet régional de santé, la question de la gestion des flux d'activité en pédiatrie est un enjeu pour répondre aux besoins des enfants pendant la période des épidémies hivernales. C'est aussi un enjeu organisationnel nécessitant des capacités d'adaptabilité des moyens tant dans les périodes de tension que dans les périodes de sous activité.

L'étude de ces 5 dernières années montre une certaine constance dans ces pics et creux d'activité. Le graphique ci-dessous montre les besoins en aval des urgences pour les disciplines de médecine, chirurgie, et réanimation.



En médecine, la saisonnalité de l'activité est forte avec un pic d'activité très marqué entre novembre et février (pouvant aller de mi-octobre à mi-mars).

En chirurgie, l'impact des épidémies est moins visible. L'activité est par contre marquée par les périodes de vacances.

L'activité de réanimation connaît également une variation importante avec des besoins accrus pendant le pic épidémique. *NB l'échelle donne l'impression que l'activité varie peu en réa, mais ce n'est pas le cas car elle varie du simple au double*

La saisonnalité de l'activité est particulièrement vraie pour la prise en charge des nourrissons de moins de un an (données 2014) :

	Ecart NOV-DEC-JAN versus reste de l'année hors JUIL-AOUT	Ecart JUIL-AOUT versus reste de l'année hors NOV-DEC-JAN
PASSAGES	+ 43 %	- 24 %
ADMISSIONS - TRANSFERTS	+ 62 %	- 35 %

L'impact moyen des épidémies de bronchiolite et de grippe sur le nombre total d'admissions (hors UHCD) en aval des urgences pédiatriques au cours des années 2010 à 2014 est le suivant :

- Au pic épidémique de la bronchiolite : + 15%
- Au pic épidémique de la grippe : + 9%

Les services de pédiatrie générale et les UHCD pédiatriques sont plus particulièrement concernés par ces pics et creux d'activité. Chaque GH a été destinataire d'un document propre mentionnant le nombre de semaines de tension (TO > 90%) et le nombre de semaines d'activité plus faible (TO < 50%).

L'objectif d'un affichage de nos capacités plus cohérent avec les besoins et de taux d'occupation plus représentatif de notre activité se heurte au problème de la saisonnalisation des PNM et à un moindre degré des PM, impactant sur le niveau de formation et la qualité des soins. Des solutions doivent donc être trouvées pour pouvoir assurer la formation rapide des PNM recrutés pendant ces périodes d'épidémie hivernales (période intermédiaire, précédant les pics, de 4 à 6 semaines permettant une formation adéquate des PNM nouvellement recrutés par exemple).

Propositions :

- **Proposition N°12** : poursuivre le travail avec l'HAD dans le cadre du plan EPIVER qui est déployé à l'ensemble des hôpitaux pédiatriques pour la première fois sur l'épidémie 2015-2016, envisager un déploiement en dehors des hôpitaux pédiatriques AP-HP. Chaque groupe hospitalier doit faire parvenir dans le cadre de la réflexion sur le capacitaire une proposition organisationnelle permettant d'adapter les organisations à ces variations d'activité et les effectifs en regard. (suivi DOMU)

- **Proposition N° 13** : il est proposé de travailler pour chacun des sites à une cible en nombre de lits plus conforme à l'occupation moyenne de chaque service sur l'année et d'identifier pour les 4 mois de tension le nombre de lits nécessaires à mettre à œuvre avec un renfort des équipes. (Suivi DOMU)

## D/ Organisation des SMUR pédiatriques

L'IDF dispose de 5 SMUR pédiatriques dont 4 à l'AP-HP (ABC, RDB, NCK, HUPSSD-Montreuil). Le SMUR pédiatrique hors AP-HP est situé à Pontoise dans le 95. La régulation des appels et les interventions primaires sont organisées par les SAMU départementaux. La régulation des transports secondaires est faite directement par les SMUR pédiatriques de Bécclère, R. Debré et Avicenne par délégation des SAMU. Dans ce cas, les appels proviennent des maternités, SAU pédiatriques et services de pédiatrie.

Les thématiques travaillées ont porté sur :

- L'harmonisation des pratiques des transports, notamment pour les plus grands enfants
- La répartition territoriale des moyens en fonction des besoins
- L'expertise d'un projet de régulation médicale centralisée des appels pour transports médicalisés secondaires.

L'analyse s'est fondée sur les données d'activité fournies par l'inter SMUR et des requêtes dans le système d'information CARMEN (activité par tranche horaire, par territoire, engagement simultané des SMUR ...). L'objectivation des données est d'autant plus indispensable que des approches différentes sont constatées sur ces 2 sujets :

- 3 SMUR pédiatriques sont rattachés à la réanimation, néonatale (Bécclère et Avicenne-Montreuil) ou polyvalente (R. Debré) alors que l'équipe de Necker est rattachée au SAMU-SMUR. Le lien avec la réanimation néonatale est évident en termes de compétence et doit être préservé mais ne doit pas être exclusif compte tenu de l'évolution de la démographie médicale et de la participation possible d'urgentistes pédiatres aux équipages.
- Les difficultés de fonctionnement du SMUR pédiatrique de Necker liées à des problématiques de recrutement de médecins pédiatres spécialisés ont été très largement partagées dans les travaux du groupe. Des actions ont été entreprises, qui ont permis d'améliorer partiellement cette situation : mise en place d'un temps partagé de médecin entre le SAU pédiatrique et le SAMU-SMUR à Necker, meilleure organisation du travail du pédiatre qui assure le SMUR et la régulation pédiatrique. Cependant cette situation, même transitoire, ne peut pas perdurer.

Le constat met en évidence une disparité des pratiques pour les transports des enfants de plus de 5 ans : 21% des transports pour les SMUR pédiatriques de Necker et R. Debré, 3% pour ABC, 4% pour Avicenne-Montreuil. Cette situation s'explique en partie par les procédures d'engagement des SMUR pédiatriques par les SAMU, notamment pour les interventions primaires : systématique jusqu'à 5 ans seulement pour les SAMU 92 et 93, plutôt jusqu'à 15 ans pour le SAMU de Paris.

Le groupe de travail s'accorde sur l'intérêt d'engagement d'un SMUR pédiatrique essentiellement jusqu'à 6 ans, ce qui n'empêche pas le recours à une équipe pédiatrique au-delà de 5 ans selon les besoins et les profils de malades. Les prises en charge spécialisées des hôpitaux pédiatriques peuvent en effet justifier une prise en charge dans le cadre de transports secondaires bien au-delà de 6 ans.

Il est proposé un travail d'harmonisation des définitions de transports primaires et secondaires, pour une meilleure cohérence des analyses des pratiques et des besoins. Les situations devront être précisées, sous forme de protocoles médicaux. Le groupe s'accorde pour indiquer que ce travail reposera largement sur la distinction entre les pathologies accidentelles pour lesquelles

l'engagement des SMUR polyvalents parait le plus adapté et les pathologies médicales pour lesquelles la compétence des SMUR pédiatriques est d'un apport important.

La mise en place d'une régulation médicale centralisée pour les transports secondaires répondrait à un double objectif de sécurisation des organisations et d'optimisation des moyens. L'actualité récente a montré la nécessité d'une vision globale permanente des moyens mobilisables et engagés. Un document de travail a été transmis en octobre 2015. Il n'a pu faire l'objet d'une discussion car la dernière réunion a été consacrée au positionnement des SMUR pédiatriques en cas de catastrophe faisant un nombre important de victimes enfants. Les travaux en cours seront partagés avec les autres acteurs de la région. Il est important de poursuivre le travail sur la régulation médicale centralisée des appels pour transports médicalisés secondaires en interne AP-HP et en lien avec l'ARS.

- Répartition territoriale des activités et des moyens :

Un travail précis sur l'activité des différents SMUR a été mené sur la base des bilans des équipes et des données CARMEN. Il montre qu'en période nocturne le nombre d'interventions diminue de manière significative et que l'engagement simultané des SMUR est rare. Cette analyse permet de proposer l'arrêt de l'activité nocturne du SMUR pédiatrique de Necker et du maintien de son fonctionnement en journée 7 jours sur 7 à compter de début mars 2016. Ce dispositif transitoire fera l'objet d'un suivi particulier et d'ajustement éventuel en cas de difficulté. Cette proposition a fait l'objet d'une demande auprès de l'ARS.

Propositions :

- **Proposition N° 14** : harmonisation des pratiques des transports, notamment pour les plus grands enfants.
- Au regard, des données disponibles et des difficultés actuelles du SMUR de Necker, il est proposé l'arrêt de l'activité nocturne du SMUR pédiatrique de Necker et du maintien de son fonctionnement en journée 7 jours sur 7 à compter de mars 2016 après validation par l'ARS.

- **Proposition N°15** : travailler à un projet de régulation médicale centralisée des appels pour transports médicalisés secondaires (suivi DOMU).

## **E/ Collaborations territoriales entre la pédiatrie AP-HP et les autres acteurs de santé régionaux**

Un recensement des collaborations et partenariats a été effectué par la DOMU en lien avec les GH. Il montre une hétérogénéité des partenariats. Il n'y a pas de réponse coordonnée entre hôpitaux pédiatriques ou services de pédiatrie à l'AP-HP à des demandes de partenariat dans le cadre de parcours patients.

**Les modalités** de collaboration territoriales disponibles pour la pédiatrie de l'AP-HP sont multiples et doivent s'adapter aux besoins et aux spécificités de chaque discipline. Il peut s'agir de (liste non exhaustive) :

- **Consultations avancées.** Mode de collaboration territorial traditionnel, il permet de mettre à disposition des compétences spécialisées dans un ou plusieurs CH d'un territoire de santé. Il se heurte à l'importance de la demande par rapport à l'offre limitée que peuvent apporter les équipes de l'AP-HP. L'impact en termes d'activité est en général limité de façon directe, mais renforce la collaboration inter-équipe et l'organisation du recours. Dans certains cas, ces consultations avancées dans les CHG ou les centres de santé peuvent permettre de promouvoir le recrutement (modèle de la FOR qui a ouvert des consultations d'ophtalmologie dans un centre de santé et dont plus de 50% des patients nécessitent un acte chirurgical).
- **Adossement des USC sur les services de réanimation.** L'ouverture d'USC dans les services de pédiatrie générale des CH (Pontoise, Aulnay, ...) ou des services de pédiatrie des services de pédiatrie des hôpitaux extra-muros de l'AP (Louis-Mourier, Jean-Verdier, ...) a permis de mettre à niveau les effectifs en personnel nécessaires à la surveillance des enfants instables, en particulier pendant les épidémies hivernales, et a permis de limiter les transferts pour "rapprochement de réanimation". Ces USC sont adossées de façon contractuelle sur des services de réanimation qui exercent plusieurs rôles : un accueil préférentiel des patients pris en charge en USC qui nécessitent un transfert en réanimation, une formation des personnels médicaux et paramédicaux des USC à la surveillance et la prise en charge des détresses d'organes. Cette formation passe par l'accueil de personnels en stage dans les services de réanimation et par des visites sur site et nécessite un engagement important des équipes de réanimation.
- **Téléexpertise.** Généralement spécialisée dans un domaine spécifique, elle permet de mettre en place une offre thématique et de l'ouvrir à plusieurs établissements. Exemples : réseau de relecture des IRM cérébrales néonatales (MATRIX Neonat), réseau de téléexpertise drépanocytose TextoDrep en cours de mise en place (financement ARS). Ces réseaux nécessitent une mobilisation de ressource médicale au niveau de l'établissement support et d'autre part une organisation au niveau des "utilisateurs". Une analyse systématique des expériences en cours ou passées (fonctionnement, financement, impact en termes d'activité) serait utile.
- **Accès à des avis spécialisés.** Il peut s'agir d'un accès privilégié et formalisé à des consultations ou à un plateau d'expertise sur des thématiques ou avec des interlocuteurs spécifiques. Ces avis spécialisés peuvent être donnés de façon téléphonique (avec un fonctionnement de type hotline), en consultation externe ou selon d'autres modalités. Exemple : le centre d'expertise et de ressources CRENE autour de la nutrition artificielle pédiatrique.
- **Postes partagés.** Ces postes ont un double impact sur la collaboration territoriale de l'AP-HP : d'une part elles assurent la formation des futurs titulaires des CH et d'autre part, elles permettent d'instaurer un mode de fonctionnement collaboratif entre les équipes, via l'interaction qu'ils occasionnent. Une des limitations actuelles importantes de ces postes est l'impossibilité de les établir au sein de l'AP-HP, entre services de pédiatrie générale (AP extra-

muros) et services de pédiatrie spécialisé d'un des hôpitaux pédiatrique, l'ARS soutenant la démographie médicale des CH.

- **Fonctionnement en réseau.** Ces réseaux permettent la mise en œuvre de plans de soins prédéfinis, adaptés à la typologie des patients et permettant de donner leur place aux différents acteurs de santé. Le RIFHOP (héματο-onco pédiatrique) est le meilleur exemple puisqu'il permet de répartir les étapes du parcours de l'enfant atteint de leucémie ou de cancer entre les différents acteurs en privilégiant la proximité pour les phases ne nécessitant pas une technicité ou un plateau technique spécifique. Le REPOP est un réseau libéral de prise en charge de l'obésité pédiatrique selon un parcours de soin médical et paramédical défini. L'AP-HP y intervient en position de recours pour des avis ou l'évaluation des formes les plus sévères. Ces deux réseaux sont financés par l'ARSIF (FIR). Il existe d'autres exemples de réseau actifs dans le domaine de la pédiatrie qui favorisent l'interaction entre les équipes de l'AP et les autres acteurs de soin de la région (ROFSED – drépanocytose). Le réseau EPINORD permet le partage des cas, la formation d'intervenants identifiés dans différents sites, en particulier extra-AP-HP leur permettant la prise en charge des cas les plus typiques et le recours aux services spécialisés pour les cas complexes. Un accès privilégié aux explorations spécialisées est offert, de même que des formations classiques et online (MOOC). EPINORD est soutenu par l'ARSIF. On peut rapprocher le fonctionnement en réseau des centres spécialisés obésité (CSO) labellisés dans le cadre du PNNS (3 centres à l'APHP) et qui fédèrent les équipes APHP impliquées dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique et leur donne une mission d'animation territoriale. Par ailleurs, les nombreux centres de référence maladies rares (CRM) de l'APHP assurent une mission d'animation territoriale importante.
- **Equipes mobiles.** L'éducation thérapeutique du patient et de sa famille nécessitent une approche multidisciplinaire et un niveau de compétence des paramédicaux souvent difficile à réunir dans les CH prenant en charge un nombre limité de patients. Néanmoins la formation ETP en pédiatrie est mobilisatrice du patient et de son entourage et sera d'autant plus efficace qu'elle est effectuée dans le lieu de prise en charge des patients, à proximité de leur lieu de vie. L'équipe Di@bétomobile est une équipe ETP expérimentale constituée de médecin et paramédicaux spécialisés (infirmière et diététicienne) dans le domaine du diabète de l'enfant, basés à l'AP-HP, qui interviennent au plus près des patients, en général dans les CH. Elle permet, outre la formation ETP du patient et de sa famille, la formation continue des équipes médicales et paramédicales des CH.
- **Adressage et interaction de proximité.** Les sites de pédiatrie AP-HP extra muros (A. Paré, A. Béclère, L. Mourier et J. Verdier) ont une place importante dans l'organisation du maillage territorial avec les CH environnants. L'offre de soins spécialisée dans ces sites permet une organisation en réseaux par niveaux de soins, de façon complémentaire aux services spécialisés. Cette offre reste insuffisante par rapport aux besoins et insuffisamment lisible.

Ces différentes modalités de collaboration territoriale ont des points communs :

- Dépendance d'une forte motivation des acteurs, tant AP-HP que dans les établissements partenaires. Impact mobilisateur sur les équipes.

- Impact financier direct négatif du fait de la mobilisation de moyens sans activité rémunérée, d'où la nécessité d'un financement dédié porté par l'ARSIF dans certains cas où d'un financement indirect via l'activité de recours générée par l'action d'animation territoriale.
- Fragilité des actions tant sur le plan humain (reposit en général sur un très petit nombre d'individus) que sur le plan financier, les financements ARSIF n'étant habituellement pas pérennes.
- Complexité de mise en œuvre aux différentes étapes de la conception et de la réalisation des projets.
- En général, absence de couverture au périmètre de l'AP-HP et de l'Ile de France, mais plutôt réseau d'interaction d'un établissement AP-HP avec certains partenaires.

La création d'une liste type des modalités d'animation territoriale comportant les étapes et les forces/faiblesses difficultés rencontrées, capitalisant sur les expériences acquises serait utile. Une meilleure visibilité de ces actions au niveau Ile de France pourrait également améliorer les possibilités de financement qui restent actuellement problématiques.

La mise en place des GHT offre une opportunité unique à l'organisation et la formalisation de ces actions d'animation territoriale. L'identification d'un site pédiatrique de recours, en complément du site pédiatrique du GH AP-HP tête de pont pour chaque GHT (voir tableau en annexe) permettra de travailler cette notion de gradation des soins et d'organisation des niveaux de recours.

En écho aux propositions sur le maillage des activités de recours et de proximité, le groupe propose d'organiser les discussions sur les projets médicaux partagés entre hôpitaux des groupements hospitaliers de territoire, CHU de premier recours et centre experts autour d'un site pédiatrique référent de l'AP-HP. Cette organisation permet d'afficher une stratégie AP-HP vis-à-vis de nos partenaires. Le GH référent organisera au besoin les discussions en faisant le lien avec les autres sites/GH de l'AP-HP en fonction des besoins.

Les sites de pédiatrie des CHU extra muros (Ambroise Paré, Antoine Béclère, Louis Mourier et Jean Verdier) ont une place importante dans l'organisation du maillage territorial avec les CHG environnants. L'offre de soins spécialisée dans ces sites permet une organisation en réseau par niveaux de soins bien qu'elle reste insuffisante par rapport aux besoins. Ces sites peuvent assurer un premier recours, au moins dans certaines spécialités et certains GHT, se référant ensuite aux centres experts. La création de postes partagés entre centre experts et CHU extra muros doit être incitée et une discussion sur ce point avec l'ARS serait souhaitable, les postes d'assistants spécialistes partagés n'étant pas pour l'instant possible dans ce cadre. Cette hiérarchisation des soins s'est montrée efficace et efficiente dans d'autres régions diminuant les inégalités d'accès aux soins spécialisés. Outre le fait d'être très bien accueillie par les familles, elle permet aux centres experts de pouvoir assurer leurs missions de soins, de formation et de recherche, sans être débordées de patients pouvant être pris en charge dans leur environnement.

**Proposition N°16** : Formaliser, à l'occasion de la mise en place des GHT les schémas de recours et de gradation des soins dans le domaine de la pédiatrie. Partager les expériences entre les GH délégués et les GH pédiatriques de recours pour harmoniser cette démarche.

**Proposition N°17** : Porter dans le cadre des GHT le sujet valorisation pour une meilleure reconnaissance du rôle de recours et d'animation territoriale de l'AP-HP.

Trois conclusions principales peuvent être tirées à l'issue de cette année de travail du groupe « Pédiatrie à l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris » :

- **La structuration de l'offre de soins en pédiatrie à l'AP-HP est satisfaisante** : les restructurations des dernières années (fermetures de sites, transferts de services) ont conduit à une situation globalement équilibrée. Le groupe a souhaité mettre l'accent sur la gradation de l'offre et la cohérence de la répartition des activités au sein de l'AP-HP et au sein de la région. Au-delà de ce sujet de la structuration globale de l'offre, il existe des points de fragilité sur certaines activités du fait de la rareté des ressources notamment médicales (imagerie, médecine nucléaire, anatomopathologie, explorations fonctionnelles spécialisées)
- **Des marges de progrès existent en termes d'amélioration de nos organisations** : le groupe a fait progresser la réflexion sur la permanence des soins en chirurgie pédiatrique ou encore sur les SAMU et SMUR pédiatriques. Notre enjeu principal est de continuer à améliorer l'adéquation entre ressources et activité, même si sur ce sujet, les hôpitaux pédiatriques ont été précurseurs avec le dispositif EPIVER.
- **Les coopérations territoriales, déjà bien structurées, doivent continuer d'évoluer dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**. Le groupe a très souvent eu des débats sur le rôle et la place de nos activités dans le schéma régional entre recours et proximité, préférence AP-HP et territorialisation. L'équilibre n'est pas toujours évident mais il est clair que la mise en place des GHT doit être l'occasion de clarifier notre stratégie et nos partenariats.

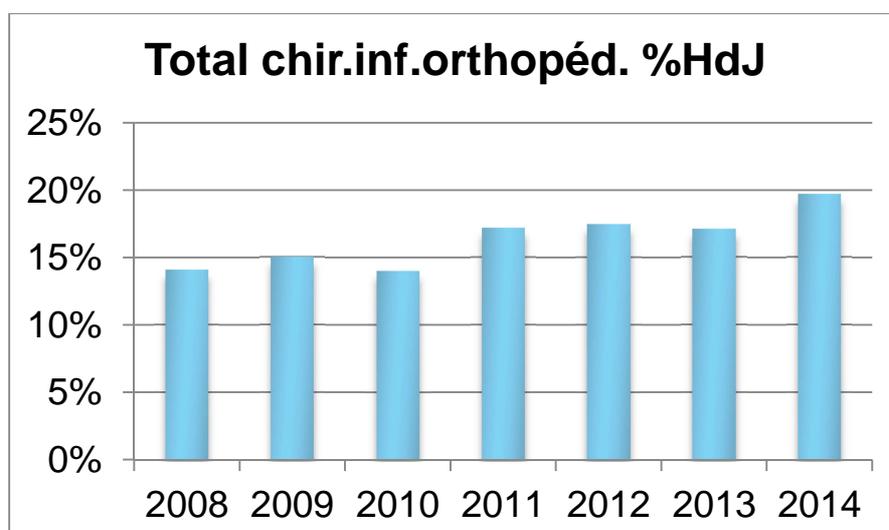
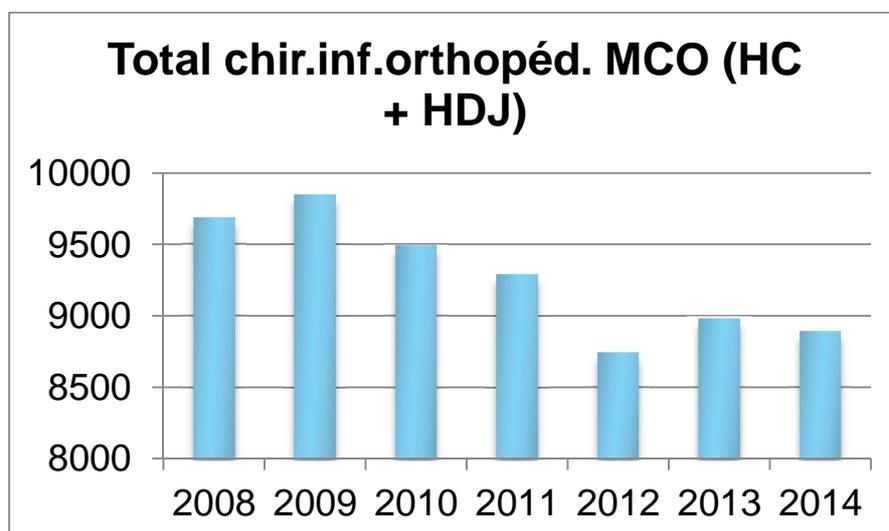
En définitive, la qualité de nos équipes et des soins dispensés est incontestée, elle répond aux besoins d'activité de recours et de proximité. Cette qualité de prise en charge s'inscrit dans une logique territoriale qu'il convient de renforcer.

## Annexe I : Evolution de l'activité MCO dans les services spécialisés en pédiatrie de l'AP-HP.

Le nombre total de séjours MCO (HC + HdJ) a été calculé à partir des activités des services et des UH spécialisés. Il n'a pas été tenu compte des activités non spécialisées (ou d'une spécialité différente) réalisées dans ces services. La proportion des séjours en HdJ sur le total (HC + HdJ) a également été calculé.

### Orthopédie (RDB, NCK, TRS) :

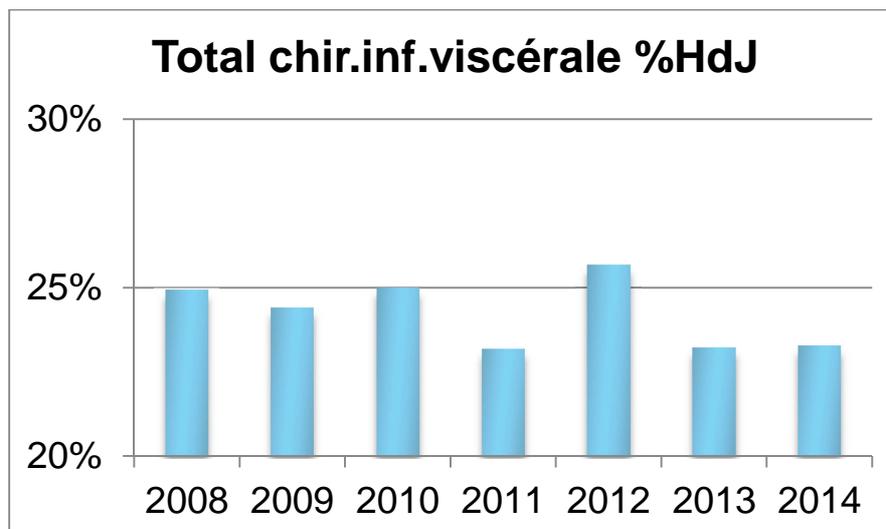
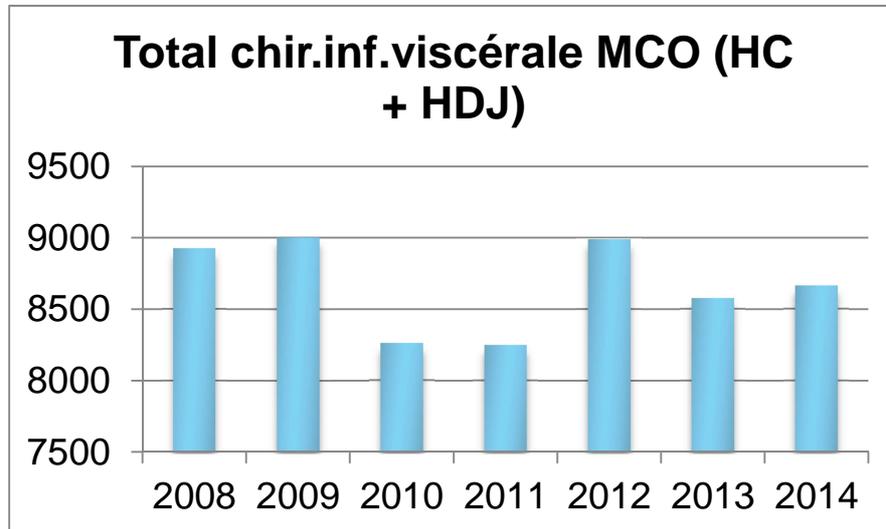
On note globalement une diminution de l'activité en séjours. La bascule ambulatoire existe mais est variable selon les sites.



La part de l'ambulatoire est très différente selon les sites avec une pratique de R. Debré plus importante que sur Necker et Trousseau.

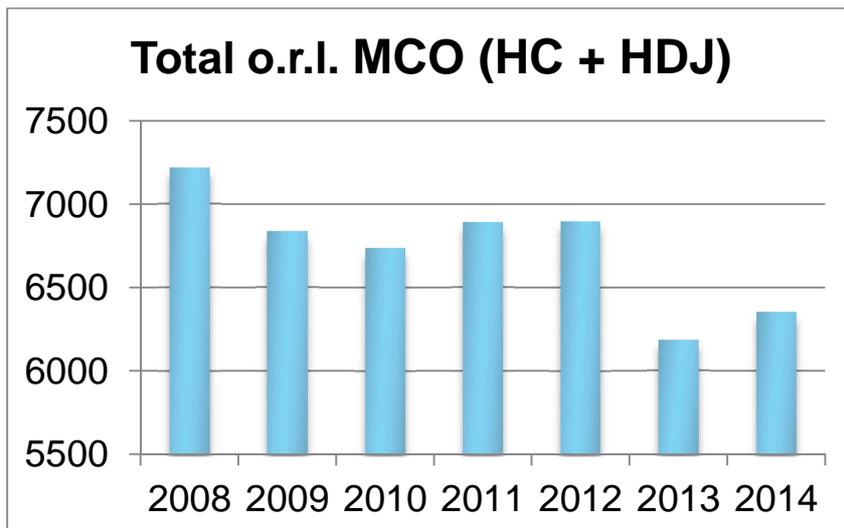
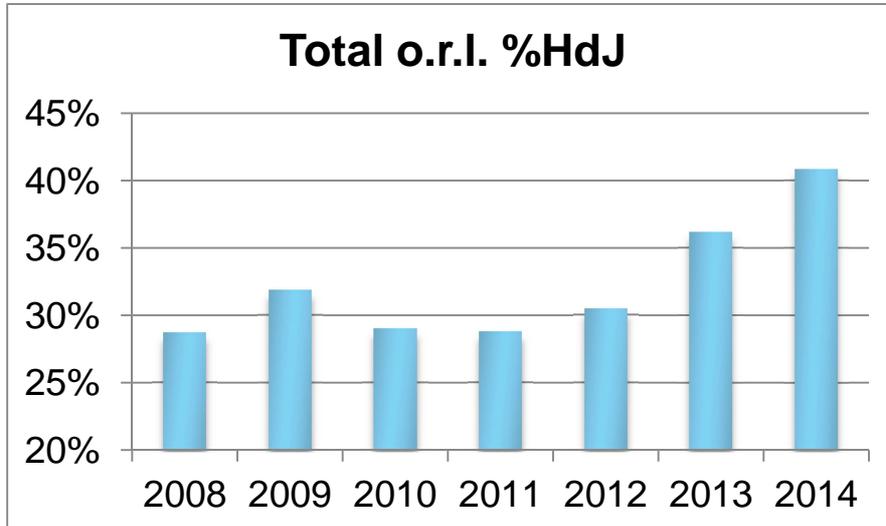
**Chirurgie viscérale (BCT, RDB, NCK, TRS) :**

L'activité est stable. La part de l'ambulatoire stagne mais est très variable selon les sites de 16% à 38%. R. Debré dispose de la plus forte activité ambulatoire



**ORL (BCT, RDB, NCK, TRS) :**

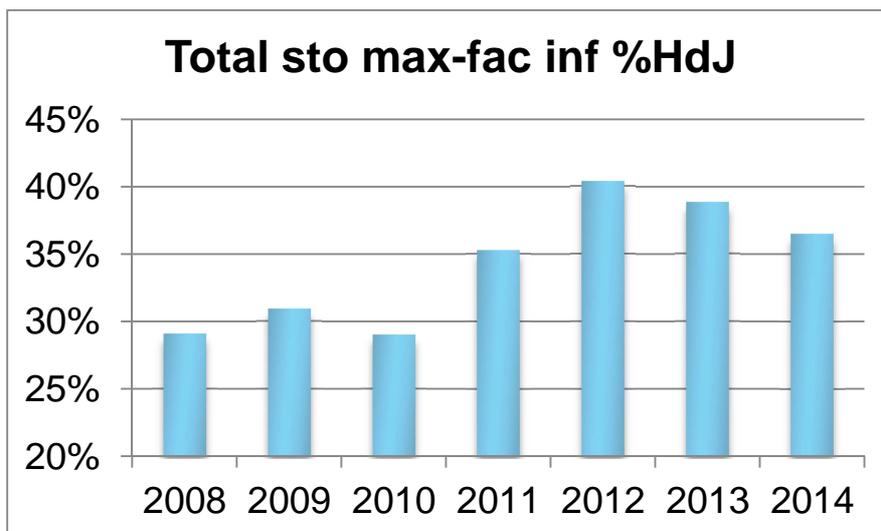
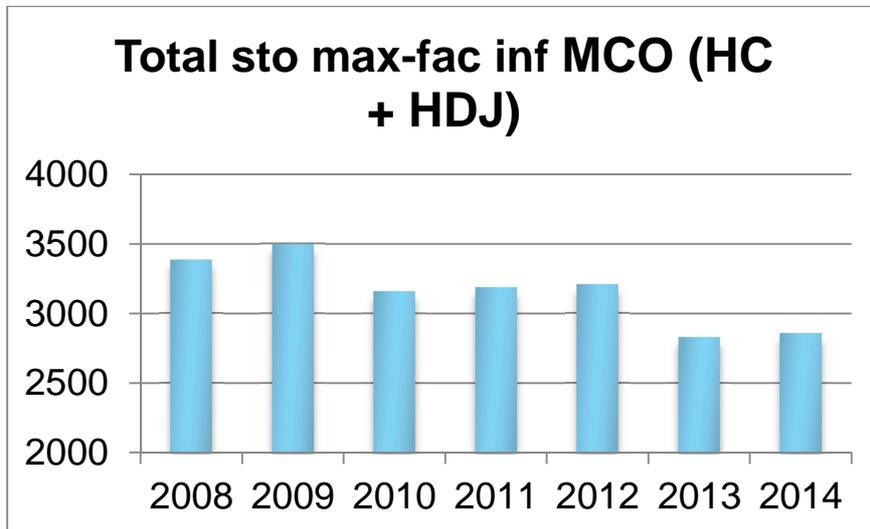
L'activité est en nette diminution sur la période (-12%) avec un report partiel entre Trousseau et Necker. L'activité de RDB a également diminué.



La part de l'ambulatoire a fortement progressé mais est variable d'un site à l'autre avec une part supérieure sur Bicêtre et R. Debré par rapport à Necker.

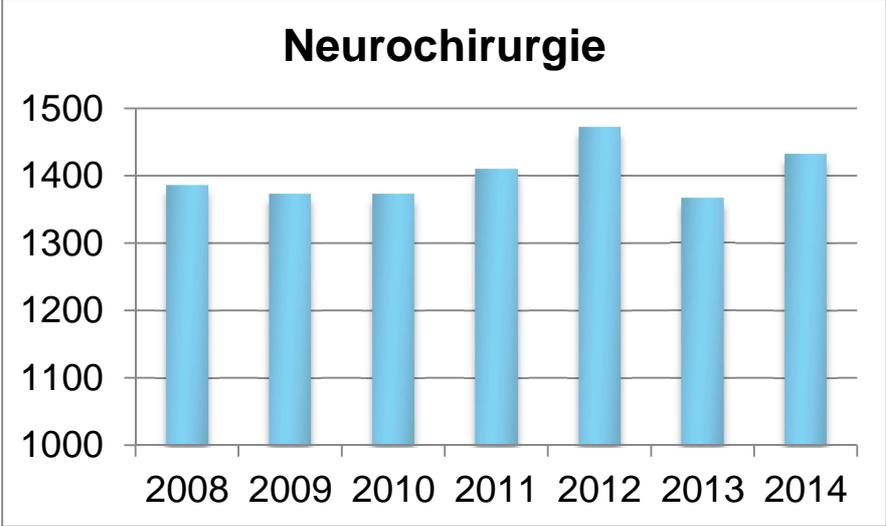
### Stomatologie/maxillo :

La discipline est marquée sur la période par une baisse d'activité de 16% (report partiel CCH+TRS sur NCK). L'ambulatoire a progressé avec des écarts de pratique. R. Debré a une part d'activité ambulatoire plus importante que Necker. Toutefois il convient de préciser que les années 2013-2014 ont été des années de transition et de montée en charge pour Necker.



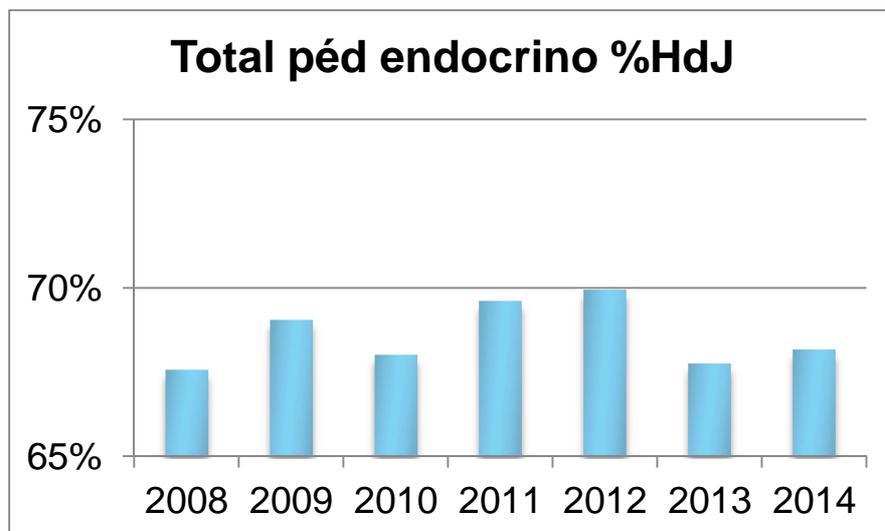
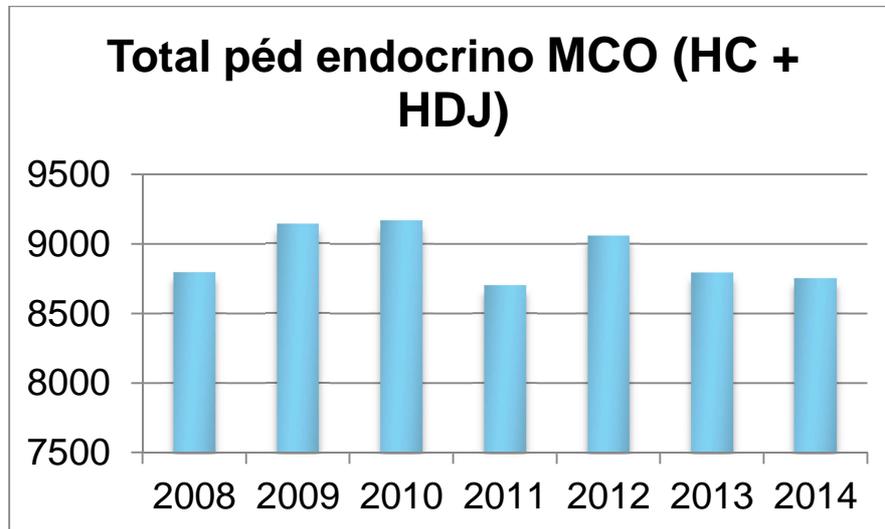
**Neurochirurgie (NCK)**

L'activité est stable et regroupée.



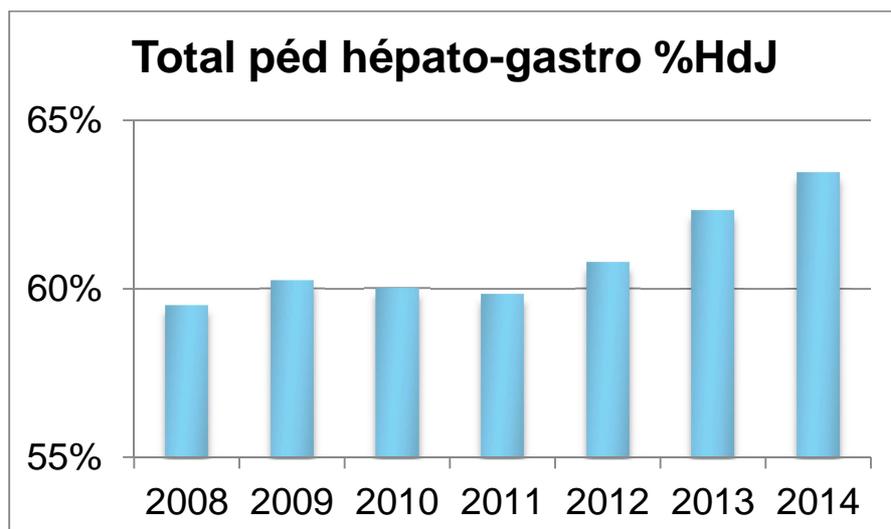
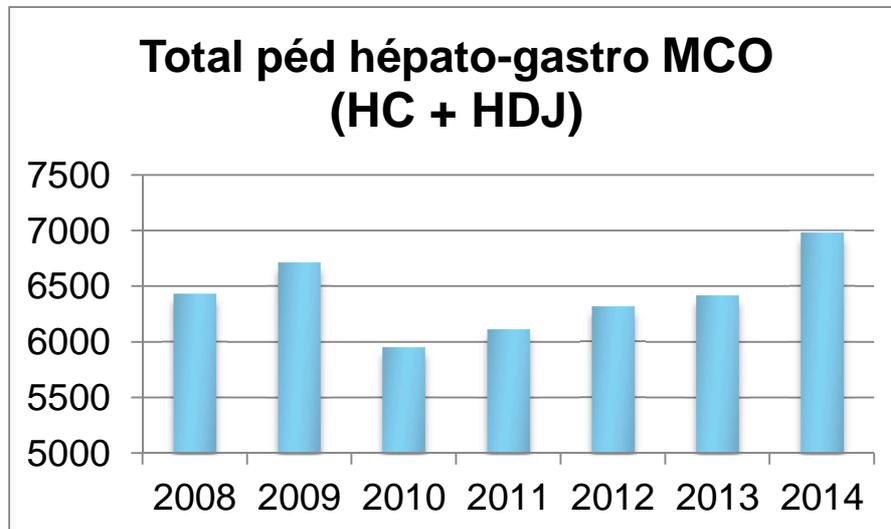
### Endocrinologie (BCT, RDB, NCK):

L'activité est stable. Le report d'activité entre St- Vincent de Paul et Bicêtre a bien fonctionné. Mais il convient de noter que la patientèle est différente. L'activité de R. Debré a également progressé. La part de l'ambulatoire est élevée dans cette discipline avec toutefois des différences entre les sites. R. Debré est à 54%, Bicêtre et Necker à plus de 75%.



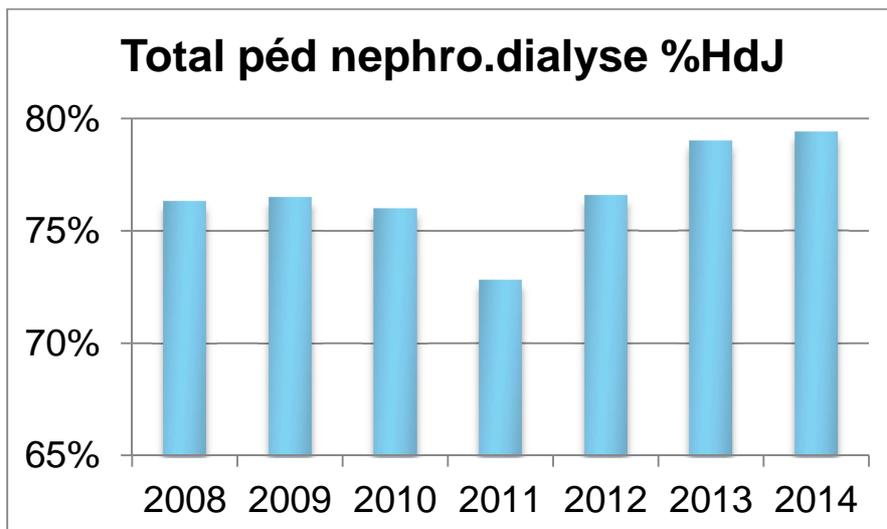
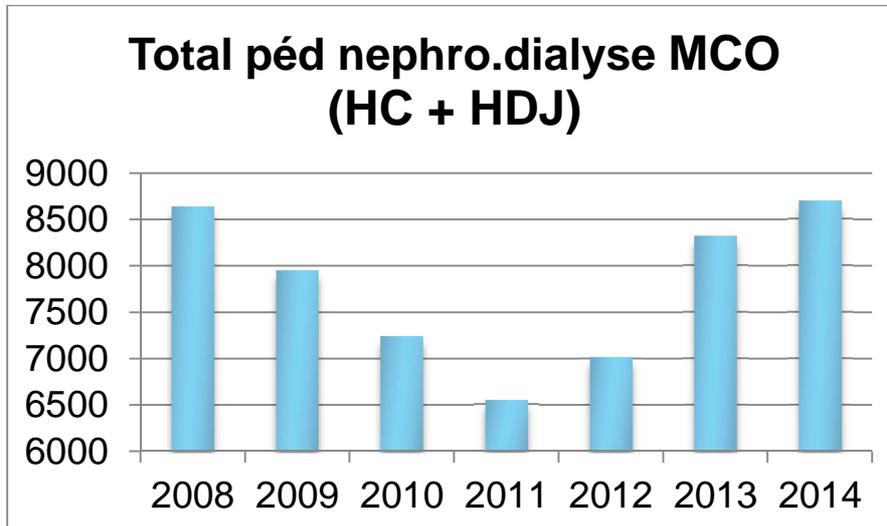
## Hépatogastro-entérologie

L'activité est en augmentation de 9% sur la période considérée avec une part ambulatoire en hausse modérée mais homogène sur les différents sites.



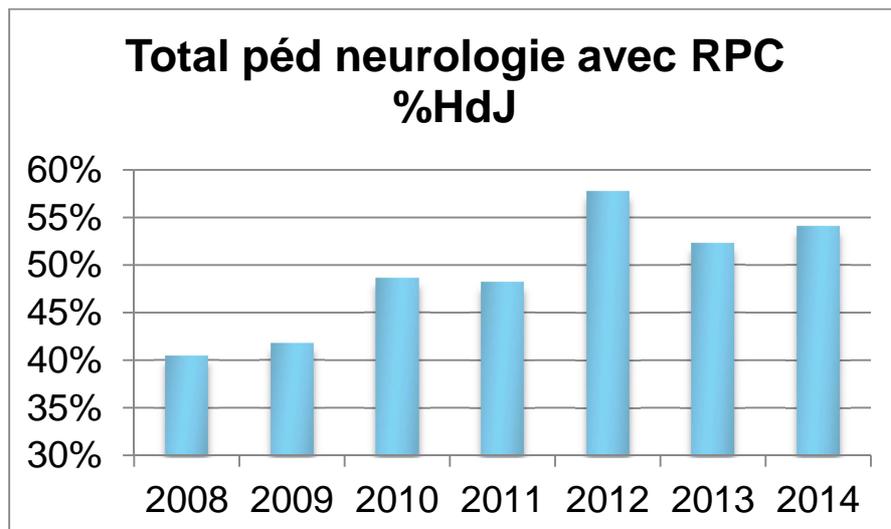
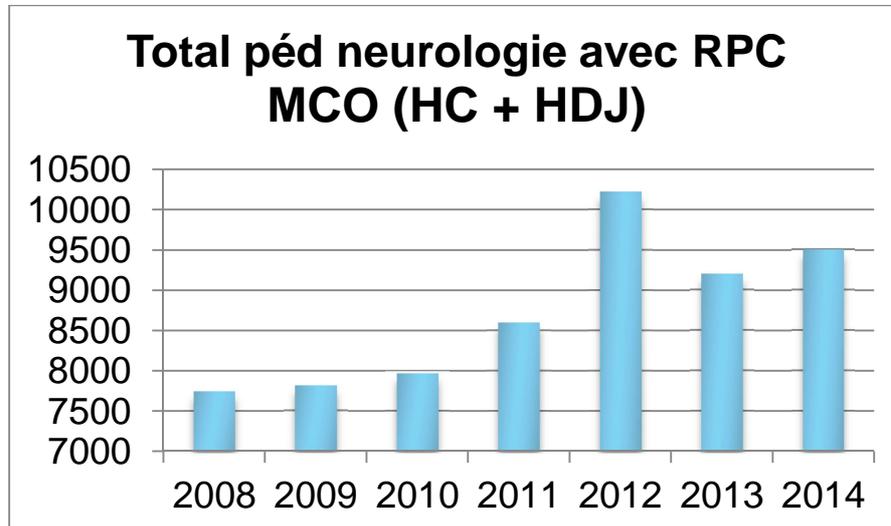
### Néphrologie (RDB, NCK, TRS) :

L'activité est très variable d'une année à l'autre. L'année 2011 a été une année creuse pour les 3 services. Globalement l'activité est stable mais avec des différences significatives (-21% TRS versus +11% NCK et RDB)



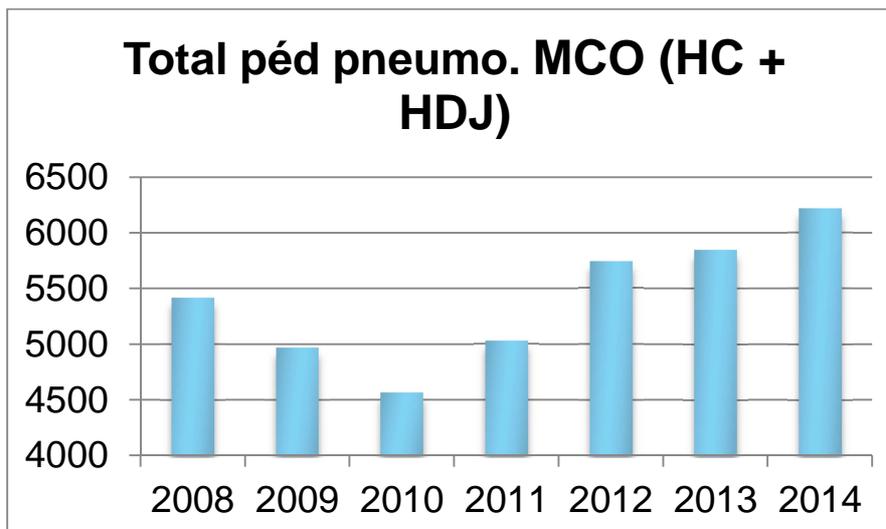
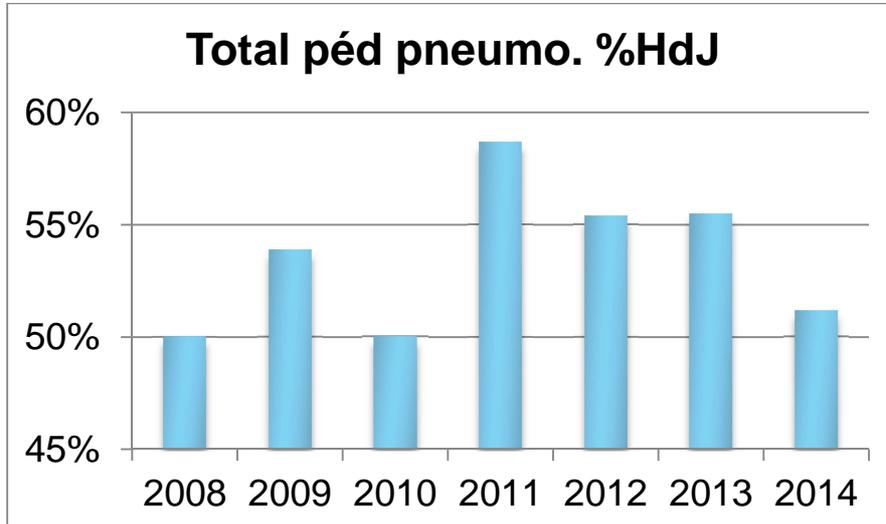
## Neurologie :

Sur la période, on note une augmentation globale 23% avec des situations très contrastée entre les sites (+200% RDB et +79% NCK versus -13% BCT). La part de l'ambulatoire progresse significativement et de façon homogène.



## Pneumologie (RDB, NCK, TRS)

On note une augmentation de 15% sur la période qui concerne les 2 sites historiques et la création de l'activité sur R. Debré. La part de l'ambulatoire est stable avec des situations contrastées avec R. Debré et Trousseau qui ont une pratique supérieure par rapport à Necker.



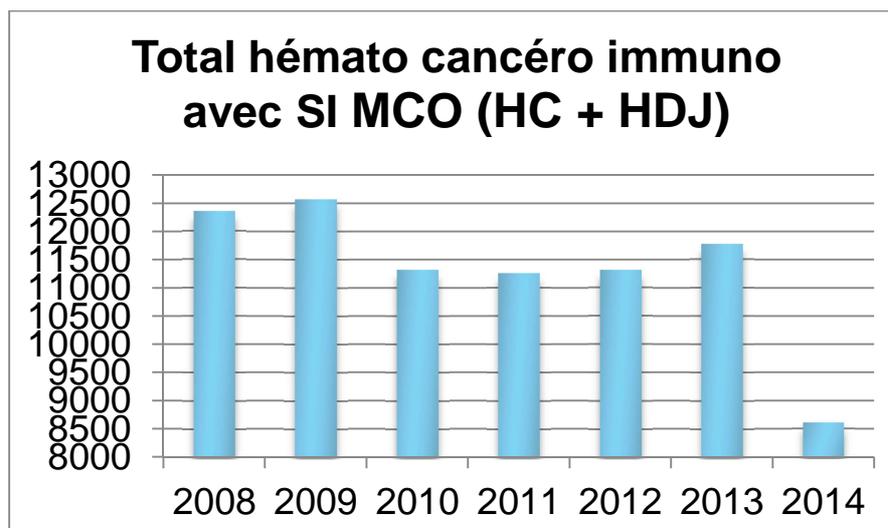
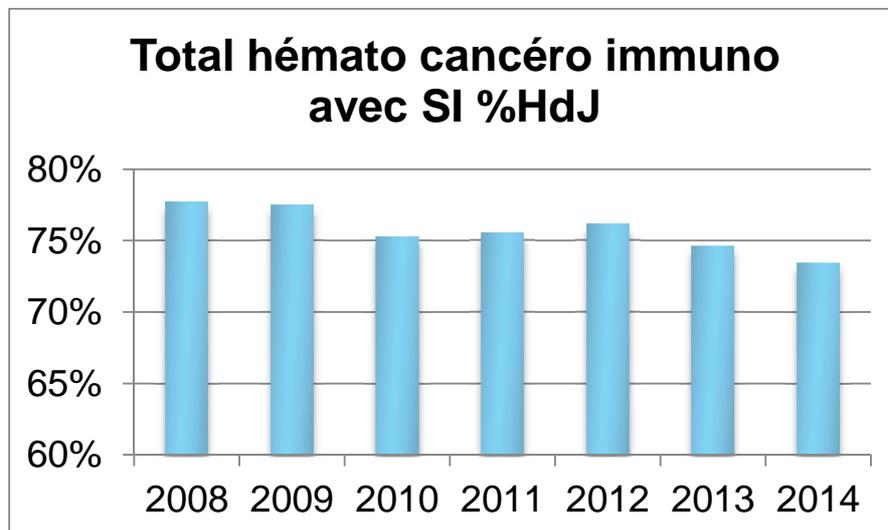
## Hématologie-immunologie-cancérologie

On note une diminution de l'activité de -30% sur la période avec un effet 2014 spécifique et des situations contrastées :

- Arrêt d'activité à Bicêtre (2010) et R. Poincaré (2014)
- Diminution de l'activité sur Trousseau, Necker et A. Bécclère
- Stabilité sur R. Debré
- Augmentation sur A. Paré

L'activité ambulatoire est stable. A noter que l'organisation ambulatoire est exclusive sur les sites d'A. Bécclère et A. Paré.

Le développement des centres en province et de l'HAD peuvent expliquer en partie les évolutions d'activité.

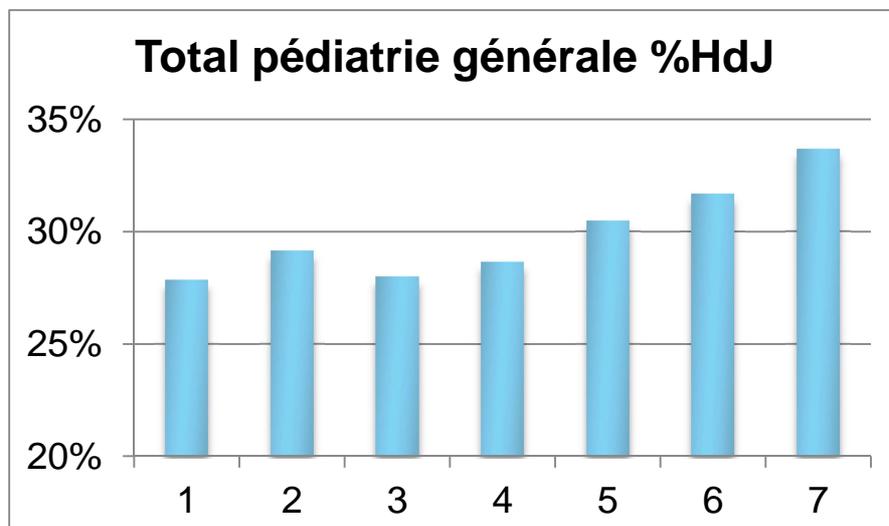
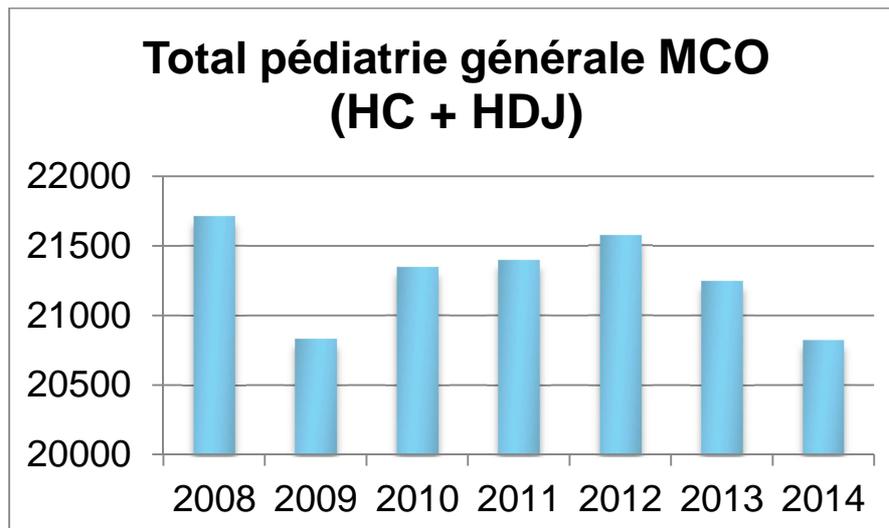


## Pédiatrie générale (8 sites) :

L'activité est globalement stable (-4%) sur la période avec des situations contrastées selon les sites

- -39% LMR
- report partiel SVP – NCK
- +500% TRS, +19% ABC

La part ambulatoire est faible même si elle est en progression.

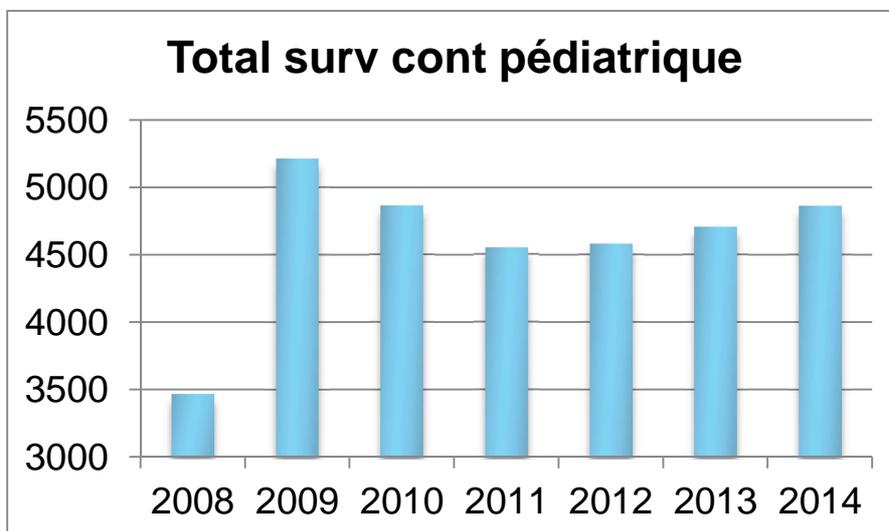
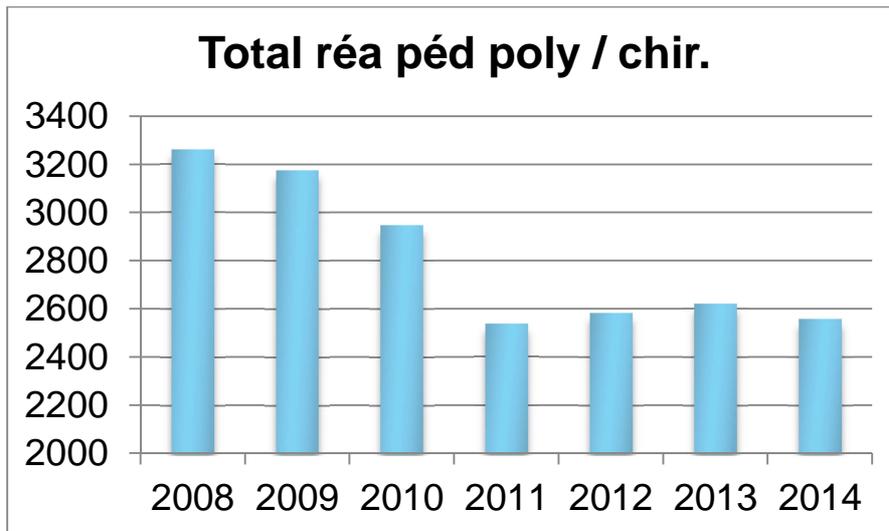


## Réanimation et USC pédiatrique (BCT, RDB, NCK, TRS)

L'activité est globalement en baisse (-22%) avec des situations contrastées :

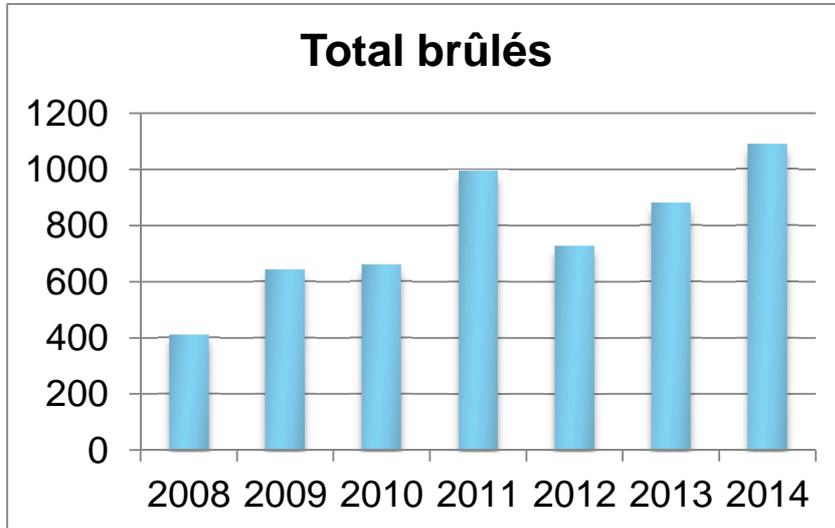
- TRS -35% et BCT -42%
- NCK stable
- RDB +36%

L'activité d'USC est en hausse (+40%) sur l'ensemble des sites.



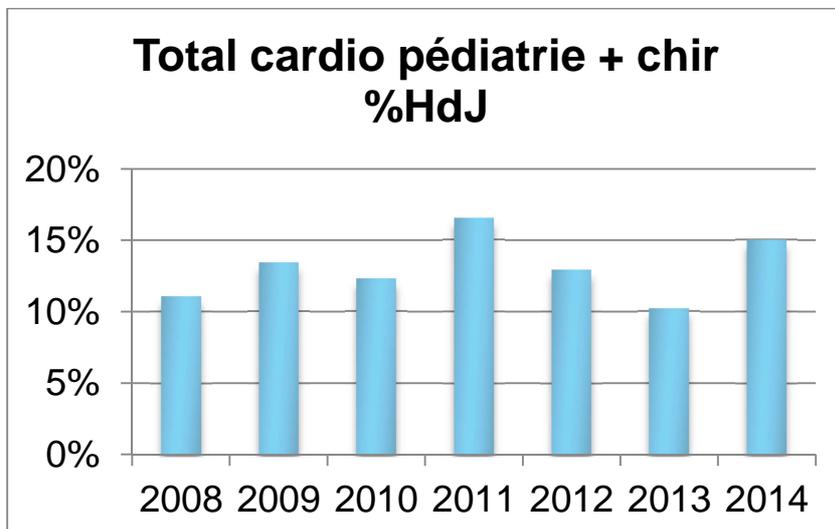
## Brûlés (TRS)

L'activité est en forte hausse avec une volonté de prendre toute l'activité qui se présente, avec une part hors IDF.



## Cardiologie (RDB, NCK)

L'activité est en hausse sur la période tant sur la chirurgie (+23%) que pour les activités de réanimation et USC associées (+68%). La difficulté de centre hors AP-HP renforce notre positionnement.



## Annexe II : Préfiguration des 14 GHT en Ile de France : Identification des GH référents pour la pédiatrie

Départements	GHT	Etablissements Hors APHP	Premier recours	Second recours
75	GHT Psy de Paris	CH Sainte Anne, CH Maison Blanche, CH Perray-Vaucluse		RDB NCK
77	GHT NORD	CH Marne la Vallée, CH Coulommiers, CH Meaux, CH Jouarre		HUEP
	GHT SUD	CH Melun, CH Montereau, CH Fontainebleau, CH Nemours, CH Brie Comte Robert, CH Provins		HUEP
78	GHT NORD	CHI Poissy St Germain, CH Meulan les Mureaux, CH Mantes La Jolie, CH Montesson	RPC	NCK
	GHT SUD	CH Versailles, CH Rambouillet, CH Plaisir-Grignon CH Charcot, CH Bullion, CHL la Mauldre, CH Le Vésinet, CH de Chevreuse	RPC	NCK
91	GHT NORD	CH Longjumeau, CH Juvisy, CH Orsay		HUPS
	GHT SUD	CH Sud-Francilien, CH Arpajon, CH Sud Essonne		HUPS
92	GHT 92 1 ou 2 (en cours de discussion)	CH Courbevoie-Neuilly-Puteaux, CH 4 Villes, CH Roger Prévot, CH Les Abondances, CH de Stell	APR RPC	NCK
93	GHT OUEST	CH Saint-Denis, CH Gonesse (95)	JVR	RDB
	GHT EST	CH Aulnay, CHI Raincy-Montfermeil, CH Montreuil	JVR	RDB
94	GHT 1	CHI Créteil, CH Villeneuve St Georges, Hôpitaux Saint Maurice, CH Les Murets (?)		HUEP
	GHT Sud (94/92)			HUPS
95	GHT OUEST	CH Pontoise, GH Carnelle Portes de l'Oise, GHI Vexin		RDB
	GHT EST	GH Eaubonne Montmorency, CH Argenteuil, CH Taverny, CASH (92)	LMR	RDB